

Herrn Dr. Christos Pantazis, MdB
christos.pantazis@bundestag.de

Frau Dr. Tanja Machalet, MdB
tanja.machalet@bundestag.de

Telefon +49 30 39801-1001
Fax +49 30 39801-3011
E-Mail g.gass@dkgev.de

Datum 28.05.2026

— Gesetzentwurf der Bundesregierung für eine ambulante Notfallreform – Austausch mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

Sehr geehrte Frau Dr. Machalet,
sehr geehrter Herr Dr. Pantazis,

— die Reform der ambulanten Notfallversorgung ist von großer Bedeutung für die Patientinnen und Patienten, für die Beschäftigten im Gesundheitswesen und für die Krankenhäuser in Deutschland. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) unterstützt ausdrücklich das Ziel, die Notfallversorgung zu verbessern, Patientinnen und Patienten schneller in die richtige Versorgungsebene zu lenken und vorhandene Ressourcen effizient einzusetzen.

Gleichzeitig betrachten wir den vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung in seiner jetzigen Form mit großer Sorge. Der Entwurf ist aus unserer Sicht in wesentlichen Punkten nicht praxistauglich, nicht ausreichend durchfinanziert und insgesamt nicht geeignet, die Versorgung nachhaltig zu verbessern. Exemplarisch seien hierfür die vorgesehene Rolle der Krankenhäuser in den geplanten Integrierten Notfallzentren (INZ) sowie deren Ausgestaltung, die fehlende verlässliche und auskömmliche Finanzierung und die geplanten Patientensteuerungs- und Ersteinschätzungsverfahren genannt. Nur wenn Zuständigkeiten klar geregelt, Doppelstrukturen vermieden und die tatsächlichen Leistungen der Krankenhäuser angemessen berücksichtigt werden, kann die Reform im Alltag funktionieren. Unsere ausführlichen Positionen finden Sie in unserer Stellungnahme zum Gesetzentwurf anbei (Anlage).

Vor diesem Hintergrund würden wir uns sehr freuen, mit Ihnen persönlich über die aktuellen Herausforderungen, die praktischen Auswirkungen und notwendigen Anpassungen des Gesetzentwurfs ins Gespräch zu kommen, damit die Notfallreform ihr Ziel tatsächlich erreicht.

Für die Vereinbarung eines Gesprächstermins stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Gerald Gaß

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

(Stand: 13.05.2026)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	1
Grundlegende Bewertung	5
Patientensteuerung über 116117, Akutleitstelle und Gesundheitsleitsystem	5
Verpflichtung von KVen, an INZ Notdienstpraxen einzurichten	6
Finanzierung von Leistungen der Krankenhäuser	7
Ambulante Notfallbehandlung und Ersteinschätzung an nicht-INZ-Krankenhäusern	10
Ersteinschätzung an INZ zur Festlegung der geeigneten Versorgungsebene	12
Vergütung der Ersteinschätzung	13
Festlegung von INZ-Standorten durch erweiterte Landesausschüsse	14
Evaluationen durch Kassenärztliche Vereinigungen.....	15

Zusammenfassung

Die derzeitige ambulante Notfallversorgung muss für die Bevölkerung spürbar verbessert werden. Hilfesuchende, Patientinnen und Patienten müssen sich zukünftig darauf verlassen können, dass sie bei akutem Behandlungsbedarf zeitnah in die für sie richtige Versorgungsebene gesteuert und angemessen versorgt werden. Die Ressourcen des Gesundheitssystems müssen effizient genutzt werden.

Wie dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für eine ambulante Notfallreform zu entnehmen ist, soll dabei den Krankenhäusern in Form von Integrierten Notfallzentren (INZ) eine zentrale Rolle zuteilwerden. Leider ist es vor dem Hintergrund der aktuellen Kürzungspläne der Bundesregierung kaum vorstellbar, dass Krankenhäuser freiwillig INZ einrichten oder sich mit eigenen Ressourcen daran beteiligen. Es ist im Gegenteil damit zu rechnen, dass Krankenhäuser ihr derzeitiges Engagement zurückfahren und die Versorgung gänzlich den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) überlassen werden, die auch jetzt schon für die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung zuständig sind. Denn das Reformvorhaben leidet neben der aktuellen falschen Sparpolitik auch unter dem mangelnden politischen Willen, die Refinanzierung von Leistungen der Notfallbehandlung an INZ transparent und für alle Beteiligten fair zu gestalten. Mit dem Ausbleiben einer Vorhaltevergütung für Krankenhäuser, die die ambulante Notfallbehandlung vornehmlich aufrechterhalten, ist anzunehmen, dass der flächendeckende Betrieb von INZ nicht als Teil der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge erachtet wird. Dabei übernehmen Krankenhäuser mit ihren Notaufnahmen – trotz einer defizitären Leistungserbringung sowie Abrechnung lediglich über den nicht auskömmlichen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) – nunmehr seit mehreren Jahrzehnten einen großen Anteil der ambulanten Notfallversorgung. An dieser Stelle stellt sich die grundsätzliche Frage, ob Krankenhäuser in den Sicherstellungsauftrag der KVen in dem im Gesetzentwurf vorgesehenen Umfang eingebunden werden können. Krankenhäuser sollen zu „Hilfsorganen“ des vertragsärztlichen Sicherstellungssystems werden, obwohl sie selbst nicht dessen Träger sind. Die originäre Verantwortung der KVen für die notdienstliche Akutversorgung teilweise auf Krankenhäuser zu verlagern, ohne diese dauerhaft auskömmlich zu vergüten, stößt aus verfassungsrechtlicher Sicht auf Bedenken.

Die Krankenhäuser hatten mehrfach Vorschläge in die politischen Diskussionen eingebracht, mit der eine faire Refinanzierung von Leistungen an Integrierten Notfallzentren – unabhängig davon, ob sie von vertragsärztlichen Leistungserbringern oder von Krankenhäusern erbracht werden – gewährleistet wäre. Mit Bedauern nehmen die Krankenhäuser zur Kenntnis, dass ihr Einsatz wieder einmal nicht gewürdigt wird, sie aber als verlässlicher Partner angesehen werden, auf deren Ressourcen wie selbstverständlich zurückgegriffen werden darf. So sollen sich beispielsweise KVen der Verantwortung für die INZ entziehen können, wenn der Versorgungsbedarf auch von den Krankenhäusern oder ihren Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gedeckt werden könne. Während den meisten Akteuren im vorliegenden Entwurf eine Refinanzierung ihrer Aufwände über Anschubfinanzierungen und Aufstockung des Strukturfonds zugebilligt wird, sollen die Krankenhäuser weiterhin über den nicht auskömmlichen EBM und innerhalb der morbiditätsbedingten Vergütung entlohnt werden. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die Ersteinschätzung als Einzelleistung im EBM verankert und die dort bereits verankerten Zuschläge je nach Betreuung und Überwachung weiterentwickelt werden sollen. Solange der Gesetzgeber die erforderlichen Vorhaltekosten nicht anerkennt, sondern

stattdessen die Festlegung der bekannten Systematik des erweiterten Bewertungsausschusses überlässt, wird sich für Krankenhäuser erwartungsgemäß spürbar nichts verändern.

Unabhängig von dieser übergeordneten Problematik weisen die beabsichtigten Regelungen im vorliegenden Gesetzentwurf zudem einen hohen Grad an Komplexität auf, der mit unklaren Strukturen für Patientinnen und Patienten, nicht nachverfolgbaren Patientenpfaden für an der Notfallversorgung beteiligte Leistungserbringer, einem fehlenden Zusammenwirken der verschiedenen vorgesehenen Elemente, dem Aufbau von Doppelstrukturen sowie teilweise mit unverbindlichen Verpflichtungen für Leistungserbringer einhergeht. Überschattet wird das Reformvorhaben zudem von der derzeit vielerorts fehlenden digitalen Infrastruktur, die für ein nachverfolgbares und damit effizientes Notfallsystem notwendig ist. Hier wäre die Devise gewesen, das System nicht gleich im ersten Schritt zu kompliziert aufzuziehen, sondern die digitale Struktur für die Kommunikation zwischen den vielen verschiedenen Akteuren stufenweise und mit festen Fristen versehen aufzubauen und daran angelehnt auch die Reformschritte auszurichten. Andernfalls werden an unterschiedlichen Stellen im Gesundheitssystem mit viel Kraftanstrengung Strukturen aufgebaut, die nicht aufeinander abgestimmt sind und damit zu einer Ineffizienz der eingesetzten und knappen Ressourcen führen werden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zeitlich parallel am 05.05.2026 einen Referentenentwurf für ein Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) zur Verbändeanhörung gestellt hat. Hierin finden sich Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung, die den zielgerichteten Zugang der Versicherten auch in die Notfallversorgung ermöglichen soll. Zudem arbeitet das BMG nach eigenen Aussagen gerade an einem Referentenentwurf für ein Primärversorgungssystem. Auch hier soll es zu einer digitalen Ersteinschätzung kommen. Von einer Verzahnung der drei Vorhaben ist das BMG leider weit entfernt, es gibt keine wechselseitigen Hinweise oder Harmonisierungen in den Entwürfen. So spricht der Gesetzentwurf zur Notfallreform an mehreren Stellen von einer medizinischen Ersteinschätzung, die ohne direkten Kontakt zu medizinischem Personal keine medizinische Ersteinschätzung sein kann. Hier wäre der Begriff der Bedarfseinschätzung zu nutzen, so wie er auch im GeDIG genutzt wird. Die Politik hält bezogen auf INZ an dem verpflichtenden Dreiklang aus Krankenhausnotaufnahme, gemeinsamem Tresen und Notdienstpraxis – wie er schon spätestens seit dem Sachverständigenratsgutachten 2018 als Idealmodell angepriesen, aber trotz aller Bemühungen der Krankenhäuser faktisch so gut wie nicht oder nur unzureichend gelebt wird – und einer Weiterfinanzierung über den EBM fest. Sieht die Bundesregierung diese Struktur als obligat an, dann muss sie diese konsequenterweise auch wirklich verpflichtend im Gesetz verankern, und keine Szenarien erlauben, bei denen die Verpflichtung der KVen auf Kosten der Krankenhäuser aufgeweicht werden kann.

Eine Rettungsdienstreform ist auch aus Sicht der Krankenhäuser dringend notwendig, da sie das Potenzial besitzt, die präklinische Patientensteuerung effizient zu gestalten und damit die Ressourcen der Notaufnahmen von Krankenhäusern und INZ zu schonen. Wie bereits mehrmals angemahnt, erachten sie jedoch die undifferenzierte Integration der Rettungsdienstreform in eine Notfallreform – trotz des erforderlichen Zusammenwirkens der beiden Reformen – für das parlamentarische Verfahren potenziell als schädlich, da dies aufgrund von Kompetenzüberschreitungen zwischen Bund und Ländern zu einem Scheitern der Gesamtreform führen könnte. Wir schlagen stattdessen vor, bestimmte Rettungsdienstreformelemente (§§ 60, 133, 133g SGB V) im parlamentarischen Verfahren von der Notfallreform zu entkoppeln und diese im Schulterschluss mit den Ländern zeitlich parallel zur

Notfallreform in einer eigenen Rettungsdienstreform auf den Weg zu bringen. Dies würde die Akzeptanz bei allen betroffenen Verantwortlichen steigern. Regelungen hingegen, die für das Funktionieren des Gesundheitsleitsystems, der medizinischen Notfallrettung und digitalen Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung (§§ 133a, 133b, 133c SGB V) vor dem Hintergrund des direkten Zusammenspiels zwingend notwendig sind, sollten weiterhin in der Notfallreform integriert bleiben.

Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen in allen Sektoren des Gesundheitswesens ist überdies übergeordnet und politisch sowie gesamtgesellschaftlich die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung dringend in Angriff zu nehmen. Dies ist unabhängig davon, in welcher Form die Notfallreform gestaltet wird, nicht nur für deren mittelfristigen Erfolg entscheidend, sondern sollte vor dem Hintergrund knapper Ressourcen für das gesamte deutsche Gesundheitssystem leitend sein. Hier gilt es, die Gesundheits- aber auch die Gesundheitssystemkompetenz der Bevölkerung in besonderem Maße zu stärken und sie dafür zu schulen, Behandlungsbedürftigkeit von Nicht-Behandlungsbedürftigkeit sowie Notfälle von allgemeinen medizinischen Behandlungsbedarfen zu unterscheiden, damit sie das System der Notfallversorgung nicht als Angebot wahrnehmen, das jederzeit und undifferenziert in Anspruch genommen werden darf. Der vorliegende Entwurf lässt das Bestreben der Politik an dieser Stelle vermissen. Wie soll transparent gemacht werden, in welchen Fällen eine Akutleitstelle kontaktiert werden darf? Wie soll bewirkt werden, dass Hilfesuchende nicht direkt INZ aufsuchen, sondern vorher die Akutleitstelle anrufen? Statt präventive Elemente zu etablieren, die zur prospektiven Steuerung dienen können, soll stattdessen am Ende der Kette angesetzt und Krankenhäusern die Aufgabe übertragen werden, Hilfesuchende ohne vorangehenden Kontakt mit der Akutleitstelle abzuweisen bzw. zu verweisen.

Diese unbeantworteten Fragestellungen können künftig erhebliche Auswirkungen auf die Sicherheit des Krankenhauspersonals vor Ort haben und das Risiko von Gewaltvorkommnissen weiter erhöhen. Es bedarf somit einer zwingenden Klärung der Fragestellungen und der Etablierung von Gesundheitskompetenzen in der Bevölkerung sowie eindeutiger Steuerung der Patientinnen und Patienten bzw. klarer Patientenzufahrtspfade. Andernfalls ist das Krankenhauspersonal als erste Anlaufstelle der aufsuchenden Patientinnen und Patienten mit der Erklärung der neuen Strukturen und Prozesse konfrontiert. Die derzeit vorgesehenen Regelungen sind insbesondere für Krankenhäuser ohne INZ nur sehr schwer vermittelbar. Hier resultiert deutliches Potenzial für (eskalierende) Gewaltsituationen, das aufgrund von Unverständnis – möglicherweise krankheitsbedingt – oder Verzweiflung und Aggressionen von Patientinnen und Patienten oder deren begleitenden Angehörigen entsteht. Bereits jetzt zeigen aktuelle Daten des Deutschen Krankenhausinstituts¹, dass in 95 Prozent der deutschen Krankenhäuser Übergriffe in den Notaufnahmen stattgefunden haben. Die Krankenhäuser reagieren auf die zunehmende Gewaltentwicklung unter anderem mit dem Einsatz von Sicherheitspersonal, Deeskalationstrainings, Unterstützungsmaßnahmen und Fortbildungen. Diese Maßnahmen müssen die Krankenhäuser derzeit selbst finanzieren. Vor diesem Hintergrund stellt sich mit Nachdruck die Frage, welche konkreten Vorkehrungen der Gesetzgeber zum Schutz des Krankenhauspersonals vorsieht. Aus Sicht der DKG besteht eine klare staatliche Verantwortung für die Sicherheit des Krankenhauspersonals insbesondere in den Notaufnahmen. Daher sind Sicherheitsmaßnahmen sowie

¹ DKI (2025): Krankenhaus Barometer – Prävention zur Steigerung der Sicherheit im Krankenhaus, abgerufen am 04.05.2026 unter: https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/2025-12-29_Anlage_DKI-Krankenhaus-Barometer.pdf

weitere Unterstützungsmaßnahmen im Rahmen von Gewaltprävention für das Krankenhauspersonal vollumfänglich aus öffentlicher Hand zu finanzieren. Delikte gegen das Personal müssen konsequent verfolgt und bestraft werden.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung ist in der Gesamtschau weder tragfähig noch zielführend. Im Folgenden nimmt die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu mehreren kritikwürdigen Einzelaspekten Stellung. Neben einer grundlegenden Bewertung, die sich auf wesentliche Inhalte bezieht, finden sich weitere Bewertungen zu einzelnen Aspekten der Regelungen in der **Anlage** zu dieser Stellungnahme.

Grundlegende Bewertung

Patientensteuerung über 116117, Akutleitstelle und Gesundheitsleitsystem

Neuregelungen §§ 75, 133a SGB V

Unter der Telefonnummer 116117 soll künftig neben der Terminservicestelle auch eine Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu erreichen sein. Letztere soll, auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements, mit der 112 vernetzt werden und mit ihr das Gesundheitsleitsystem in Notfällen bilden. Während die 116117 von Montag bis Samstag sowohl als Terminservicestelle (ohne genaue Zeitangabe, mutmaßlich tagsüber) als auch als Akutleitstelle (24 Stunden) fungieren soll, soll sie nachts und sonntags nur die Telefonnummer zur Akutleitstelle sein.

Der Gesetzentwurf vermischt dabei zwei grundlegend verschiedene Funktionen unter einer Nummer: die Terminvermittlung in die Regelversorgung einerseits und die akute medizinische Triage andererseits. Diese Konstruktion folgt keinem bewährten internationalen Vorbild und gefährdet die Akzeptanz einer zentralen Patientensteuerung. Erfolgreiche Systeme, wie NHS 111 in England oder die 1813 in Dänemark, zeigen, dass funktionierende Patientensteuerung vor allem eines erfordert: Klarheit und Konstanz der Funktion hinter jeder Nummer. In beiden Ländern steht hinter der jeweiligen Nummer eine einzige stabile Funktion, 24 Stunden, 7 Tage die Woche, mit derselben Aufgabe zu jeder Zeit. Besonders das dänische Modell macht dabei deutlich, worauf es ankommt: Die 1813 ist keine allgemeine Terminvermittlung, sondern eine Akutanlaufstelle für medizinisch dringende Situationen, in denen der Hausarzt nicht erreichbar ist. Terminvermittlung erfolgt im Rahmen der Triage, wenn sich herausstellt, dass kein sofortiger Handlungsbedarf besteht, aber eine zeitnahe Behandlung nötig ist.

In Deutschland hingegen war die 116117 von Anfang an mit einer Doppelfunktion belegt: Sie sollte sowohl als Terminservicestelle als auch als ärztlicher Bereitschaftsdienst fungieren. Dieses Konstrukt war von Beginn an undurchsichtig und ist in der Bevölkerung nie wirklich angekommen. Eine weitere Ausdifferenzierung der Funktionen, mit wechselnden Aufgaben je nach Wochentag und Tageszeit, macht dieses Konstrukt nicht besser, sondern vollends unverständlich. Die 116117 ist daher als Fundament eines solchen Systems ungeeignet. Sie ist trotz jahrelanger gesetzlicher Verankerung in der Bevölkerung weitgehend unbekannt, durch ihre Länge schwer einprägsam und vielfach mit negativen Erfahrungen verbunden. Die DKG fordert, eine neue, einprägsame Nummer einzuführen, die die integrierte Akut- und Triagefunktion übernimmt und die 116117 in ihrer bisherigen Form ablöst. Diese neue Nummer muss als rund um die Uhr verfügbare Anlaufstelle ausgestaltet sein. Nur so wird verhindert, dass Hilfesuchende nach einem Erstkontakt ohne abschließende Orientierung zurückbleiben und in der Folge unnötig integrierte Notfallzentren aufsuchen. Sie muss zudem mit der 112 vernetzt sein, damit Hilfesuchende in lebensbedrohlichen Situationen unverzüglich weitergeleitet werden können — und umgekehrt.

Änderungsvorschlag

Prinzipielle Neuausrichtung der Regelungen, Abkehr von 116117

Eine Vernetzung mit der 112 ist sachgerecht und wichtig. Warum dies nur auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements und nicht verpflichtend erfolgen soll, ist im Sinne einer einheitlichen und effektiven Patientensteuerung nicht nachvollziehbar. Vielmehr sollte eine

Vernetzung von 112 und der Akutleitstelle der KVen obligat vorgesehen werden. Hierfür kann eine Verpflichtung zu einem in der Zukunft liegenden Zeitpunkt (bspw. ab 2028) oder schrittweise eingeführt werden, um realistische Verpflichtungen für die digitalen Vorkehrungen und insbesondere Fallübergaben zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag

§ 133a Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Leistungserbringer des Notfallmanagements nach § 30 Absatz 2 Nummer 1 und die örtlich zuständige Kassenärztliche Vereinigung als Träger der Akutleitstelle sind verpflichtet, bis zum 01.01.2028 eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung von Gesundheitsleitsystemen zu schließen.“

Damit dieses System funktionieren kann, ist zudem eine grundlegende Neuausrichtung der Gesundheits- und Gesundheitssystemkompetenz in der Bevölkerung erforderlich. Die DKG sieht es als zwingende Voraussetzung, dass die Politik eine umfassende, national koordinierte Aufklärungskampagne initiiert und dauerhaft finanziert, die der Bevölkerung ihre Anlaufstellen klar vermittelt.

Verpflichtung von KVen, an INZ Notdienstpraxen einzurichten

Neuregelungen in §§ 123, 123a, 123c SGB V

Im vorliegenden Entwurf wird an dem Dreiklang aus Krankenhausnotaufnahme, gemeinsamem Tresen und Notdienstpraxen für INZ festgehalten. Damit wird dem Vorschlag der Krankenhäuser, den sie bereits im Vorfeld in die politischen Diskussionen eingebracht hatten, nicht gefolgt. Zur Vermeidung von Doppelstrukturen sowie für einen effizienten und realistischen Einsatz von medizinischen und insbesondere personellen Ressourcen hatten sie vorgeschlagen, über einvernehmliche Kooperationsvereinbarungen an INZ-Standorten Ausnahmen von der Regel zu ermöglichen, mit denen bei Notwendigkeit die Aufgaben der Notdienstpraxen von Krankenhäusern übernommen werden. Voraussetzung für dieses Angebot der Krankenhäuser war aber die Etablierung eines Vorhaltebudgets für INZ (Ausführungen zum Vorschlag für ein Vorhaltebudget siehe weiter unten). Krankenhäuser und KVen sollten zwar nach wie vor verpflichtet werden, die Verantwortung für die ambulante INZ-Notfallversorgung in ihrer Region gemeinsam zu tragen und INZ gemeinsam personell zu besetzen. In ihrer Kooperation sollten sie aber frei sein und damit mehr und ressourcenschonenden Spielraum haben. Ein gemeinsamer Betrieb von Klinik und KV sollte dabei die Regelform darstellen, möglich wären aber auch einvernehmliche Regelungen als Ausnahme von der Regel. Schon jetzt ist es der Fall, dass Notdienstpraxen und Notaufnahmen gemeinsam auf apparative, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten von Krankenhäusern zurückgreifen. Daher ist es nicht erforderlich, die Sektoren organisatorisch so klar voneinander abzugrenzen und Doppelstrukturen aufzubauen. In diesem Falle sollte aber – und das ist die Grundvoraussetzung für das Entgegenkommen der Krankenhäuser – der übernehmende Partner sämtliche finanziellen Mittel aus dem Vorhaltebudget, die für die Leistungen des INZ vorgesehen sind, erhalten.

Da der vorliegende Entwurf aber an der „klassischen“ INZ-Struktur festhält, ist es wie vorgesehen folgerichtig, Mindestanforderungen an die Notdienstpraxen zu stellen und damit (inkl. der Vorgaben zu Kontrollen, Prüfungs- und Berichtspflichten) den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu

beauftragen. Es dürfen aber keine Ausnahmen von den Notdienstöffnungszeiten a priori ermöglicht werden, wie es in § 123a Absatz 2 SGB V vorgesehen ist. Denn demnach sollen kürzere Öffnungszeiten der Notdienstpraxen möglich sein, „soweit die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber dem Krankenhaus nachweist, dass der Betrieb der Notdienstpraxis zu den in Satz 5 genannten Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme der Notdienstpraxis nicht bedarfsgerecht wäre“. Der Nachweis ist nicht näher geregelt und lässt Interpretationsspielraum zu. Diese a priori-Ausnahme ist zu streichen. Stattdessen ist eine Evaluation vorzusehen, die die Inanspruchnahme von INZ nach einer bestimmten Zeit überprüft und einvernehmliche Anpassungen in Kooperationsverträgen ermöglicht, wobei es dabei nur um die Reduzierung von Öffnungszeiten und nicht um das Einstellen des Betriebes von Notdienstpraxen gehen kann.

Änderungsvorschlag

§ 123a Absatz 2 Satz 7 ist ersatzlos zu streichen.

In § 123 SGB V soll festgelegt werden, dass die fachliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle und ihre fachliche Leitung dem Krankenhaus obliegen, wenn in der Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist. Dies wird als sachgerecht erachtet. Der Entwurf lässt aber eine eindeutige Regelung zur fachlichen Leitung des INZ vermissen. INZ sollen an Krankenhausstandorten etabliert werden. Es sollen vornehmlich die Ressourcen von Krankenhäusern genutzt und die Notdienstpraxen sollen lediglich in einem begrenzten Umfang im INZ tätig werden. Die fachliche und organisatorische Leitung muss daher unabhängig von der genauen Ausgestaltung der Kooperation unmissverständlich beim Krankenhaus liegen.

Änderungsvorschlag

§ 123 Absatz 1 Satz 4 ist wie folgt zu fassen:

„Die fachliche Verantwortung für ~~die zentrale Ersteinschätzungsstelle~~ das Integrierte Notfallzentrum und ihre fachliche Leitung obliegen dem zugelassenen Krankenhaus, ~~wenn in der nach § 123a Absatz 2 Satz 1 abzuschließenden Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist.~~“

An dieser Stelle erfolgt zudem ein Hinweis zum Einbezug von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in die notdienstliche Akutversorgung. Die beabsichtigten gesetzlichen Regelungen in § 123 Absatz 1 Satz 7 sind nicht zu beanstanden und der Einbezug von MVZ insbesondere als Kooperationspraxis von INZ wird grundsätzlich begrüßt. Bei MVZ handelt es sich aber – entgegen der mancherorts propagierten Ideallösung – um Strukturen, die insbesondere für Sprechstunden- und sprechstundennahe Zeiten Lösungen anbieten und insbesondere außerhalb der § 123a Absatz 2 Satz 6 genannten Zeiten die notdienstliche Akutversorgung an INZ mitgestalten können. Eine weitreichende Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxen in der vorgesehenen Zeit wird damit nicht einhergehen können.

Finanzierung von Leistungen der Krankenhäuser

Neuregelungen in § 87 SGB V

Die Regelung in § 87 Absatz 2a Satz 21 SGB V differenziert die durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V für die ambulante Notfallversorgung zu beschließenden berechnungsfähigen Vergütungen. Gegenüber dem von der Vorgängerregierung

eingebrachten Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 20/13166) ist hervorzuheben, dass der vorliegende Gesetzentwurf immerhin Regelungen zur Vergütung von Notfallleistungen benennt.

Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Differenzierung gemäß § 87 Absatz 2a Satz 21 wird in der Begründung auf die bisherige Verpflichtung des Ergänzten Bewertungsausschusses (ErgBA) verwiesen, welcher die Gebührenordnungspositionen des EBM für die Versorgung im Notfall und Notdienst zu beschließen hat. Ferner wird ausgeführt, dass mit der Neuregelung in § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 2 der bisherige Auftrag zur Regelung der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen für die Versorgung mit telemedizinischen Leistungen fortgeführt wird. Faktisch wird damit nur eine Umformulierung der bereits in § 87 Absatz 2a SGB V getroffenen Regelungstatbestände vorgenommen, eine gesetzlich notwendige Anpassung der Vergütung wird nicht vorgesehen.

Vorgesehen werden in § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 3 allerdings zusätzlich berechnungsfähige Zuschläge für Versicherte, die wegen Art, Schwere oder Komplexität eine besonders aufwändige Betreuung und Überwachung in den Notaufnahmen eines Integrierten Notfallzentrums bedürfen. Allerdings wird in der Begründung hierzu auf die bereits im EBM vorhandenen Schweregradzuschläge bei ambulanter Notfallbehandlung hingewiesen, welche nach § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 3 insoweit überprüft und weiterentwickelt werden sollen; adressiert werden ebenfalls im EBM bereits enthaltene Schweregradzuschläge.

Vollkommen unverständlich ist, dass eine Berechnung dieser Zuschlagsleistungen nach § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 3 (neu) allein für die Notaufnahmen nach § 123 und § 123b (neu) vorgesehen wird. Daraus folgt im Umkehrschluss, dass die Vergütung einer im Bedarfsfall notwendigen stundenweisen Betreuung und Überwachung in einer Notaufnahme ohne Integriertes Notfallzentrum nicht zulässig ist, wenngleich der vorliegende Gesetzentwurf auch vorsieht, dass nach Ersteinschätzung eines Krankenhauses ohne Integriertes Notfallzentrum eine Versorgung auch dann vor Ort erfolgen könne, wenn eine Weiterleitung unzumutbar ist. Diese werden jedoch im Vergleich zu einem INZ bei derselben Leistung aus nicht nachvollziehbaren Gründen finanziell schlechter gestellt, obwohl das Krankenhaus diese Leistung erbringen soll und muss.

Der Gesetzentwurf sieht zudem vor, dass die Vergütung der ambulanten Notfallleistungen weiterhin innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt, unabhängig davon, ob die Leistungen von Krankenhäusern oder Vertragsärzten erbracht werden. Vor dem Hintergrund, dass die Leistungen des EBM für die Vergütung ambulanter Notfallleistungen weiterhin Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, ist eine substantielle Vergütungsanpassung unter Berücksichtigung der spezifischen Krankenhauskosten nicht zu erwarten. Vielmehr ist aufgrund der fortbestehenden Zuweisung der Leistungen zur morbiditätsbedingten Vergütung davon auszugehen, dass bestehende Gebührenordnungspositionen im EBM eher abgewertet werden, um insbesondere eine Refinanzierung der Zuschläge gemäß § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 3 (neu) innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu gewährleisten. Zwar ist hervorzuheben, dass gegenüber dem Referentenentwurf der Gesetzentwurf nunmehr einen finanziellen Mehrbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung ausweist. Dieser wird mit rund 100 Millionen Euro aufgrund zusätzlicher vertragsärztlicher Vergütung beziffert. Allerdings ist damit die bereits im Jahr 2015 empirisch

nachgewiesene (MCK/DGINA 2015: Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus²) und seitdem weiterhin bestehende, massive Unterfinanzierung der ambulanten Notfallvergütung in den Krankenhäusern in keiner Weise kostenaufwandsgerecht abbildbar.

Festzuhalten ist, dass die bestehende Unterfinanzierung der von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfalleleistungen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht verbessert wird und dies obwohl ein erheblicher Anteil der ambulanten Notfalleleistungen nachweislich nur von Krankenhäusern durchgeführt werden können.

Darüber hinaus greift der vorliegende Gesetzentwurf die von den Krankenhäusern eingebrachten Vorschläge zur Finanzierung von Standorten mit Integrierten Notfallzentren nicht auf, wonach die Finanzierung der Betriebskosten des Integrierten Notfallzentrums im Rahmen eines auskömmlich kalkulierten, vom stationären Budget abzugrenzenden INZ-Budgets erfolgen muss. Für das Gelingen der (dringend benötigten) Notfallreform ist aber zwingend ein neues Vergütungssystem notwendig. Ohne eine auskömmliche Finanzierung ambulanter Notfalleleistungen werden Reformvorhaben ins Leere laufen. Die von der letzten Bundesregierung eingesetzte Regierungskommission weist in ihrer vierten Stellungnahme zur „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland“ auf die unzureichende Refinanzierung hin und mahnt zugleich ein neues Vergütungssystem an; der vorliegende Gesetzentwurf berücksichtigt keine dieser Forderungen.

Die Krankenhäuser fordern erneut ein neues, auskömmliches und vor allem zielgerichtetes Finanzierungsmodell für INZ und ihre Betreiber. Die Finanzierung des INZ muss künftig im Rahmen eines sachgerecht kalkulierten, vom stationären Budget abzugrenzenden INZ-Budgets erfolgen. Die INZ-Budgetkalkulation muss dabei alle zu erwartenden Sach- und Personalkosten für die ambulante Versorgung von (Notfall-)Patientinnen und (Notfall-)Patienten sowie eine kostendeckende Finanzierung der für die ambulante Versorgung von Notfällen notwendigen Vorhaltungen im Rahmen des INZ umfassen. Dabei sind auch weitere erforderliche Kosten (z. B. Energiekosten) zu berücksichtigen. Die anfallenden Kosten sind in einem jährlich neu zu verhandelnden Budget zu vereinbaren.

Darüber hinaus darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass der vorliegende Gesetzentwurf die vertragsärztlichen Leistungserbringer von der Verpflichtung zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung sogar zu wirtschaftlich ungünstigen Zeiträumen entlastet. Die an INZ beteiligten Notdienstpraxen müssen lediglich bestimmte festgelegte Öffnungszeiten einhalten, von der die KVen sogar abweichen können. Dies steht im Widerspruch zur Gewährleistung einer rund um die Uhr zur Verfügung stehenden vertragsärztlichen Versorgung, wie in § 75 Absatz 1b (neu) vorgesehen ist. Damit sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser in zunehmendem Maße Anlaufpunkt zu den Zeiten, in denen die Notdienstpraxen nicht besetzt sind. Mit dieser impliziten Erweiterung des Versorgungsauftrages und der Belastung der Krankenhäuser muss zwingend eine adäquate und auskömmliche Finanzierung für deren ambulante Notfalleleistungen einhergehen. Es kann nicht sein, dass die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung sich nur dann in der Pflicht sieht, wenn durch entsprechende Fallzahlen eine weitgehende Refinanzierung des Angebotes möglich ist, die teuren Randzeiten ohne adäquate Refinanzierung dann aber von den Kliniken erbracht werden sollen.

² Online abrufbar unter: [Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus 2015 MCK DGINA](#) [zuletzt abgerufen am 12.05.2026]

Änderungsvorschläge

§ 87 Absatz 2a Satz 21 wird wie folgt geändert:

*„Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach Absatz 5a beschließt **unter Berücksichtigung der spezifischen Kostenstrukturen der Notaufnahmen zugelassener Krankenhäuser** im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen*

1. Regelungen für die Versorgung im Notdienst sowie für die Versorgung in Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2,
2. Regelungen für die Versorgung im Notdienst mit telemedizinischen Leistungen sowie
3. Zuschläge für die Gruppe der Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwändigen Betreuung und Überwachung in der Notaufnahme eines ~~Integrierten Notfallzentrums Krankenhauses nach § 123 Absatz 1 oder eines Integrierten Notfallzentrums für Kinder und Jugendliche nach § 123b Absatz 1~~ bedürfen.“

In § 87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 8 wird nach dem Wort „Heimen“ der Punkt durch ein Koma ersetzt und folgende Nr. 9 eingefügt: „**Leistungen nach § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 1 bis 3**“

In Artikel 1 Nr. 17 wird in § 123 ein neuer Absatz 3 eingefügt; die bisherigen Absätze 3 bis 5 werden zu den Absätzen 4 bis 6:

„Die Leistungen der Notaufnahmen und zentralen Ersteinschätzungsstelle der Integrierten Notfallzentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den nach § 123 zur Leistungserbringung bestimmten Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land jährlich als Budget vereinbart. Die Vergütung nach Satz 1 muss die Leistungsfähigkeit der Integrierten Notfallzentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten, die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sind hierbei zu berücksichtigen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a KHG ihren Inhalt innerhalb von drei Monaten fest. § 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen wird von den Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbart.“

Ambulante Notfallbehandlung und Ersteinschätzung an nicht-INZ-Krankenhäusern

Im Unterschied zum Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung der Vorgängerregierung sieht der nun vorliegende Gesetzentwurf in § 120 Absatz 3b SGB V (neu) sowie § 123c Absatz 1 SGB V (neu) Regelungen zur Teilnahme und Vergütung von Krankenhäusern ohne INZ-Status vor. Denn es ist nicht vermeidbar, dass sich trotz einer vorgesehenen Patientensteuerung weiterhin Hilfesuchende direkt an Krankenhäuser wenden werden, die im Rahmen der Standortplanung und -festlegung nicht den Status eines INZ erlangen. Diese Krankenhäuser werden mit der vorliegenden Regelung nicht von der ambulanten Notfallversorgung ausgeschlossen. Sie können unter bestimmten Bedingungen weiterhin an ihr teilnehmen, wenn Patientinnen und Patienten, die sich direkt und ohne Anruf bei der Akutleitstelle an diese Krankenhäuser wenden und eine Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.

Allerdings ist keine klare Linie erkennbar. Statt einer klaren gesetzlichen Regelung werden unklare Aufgaben an den G-BA übertragen. Wieder soll dabei in die Abläufe von Krankenhäusern eingegriffen werden, die eine präklinische Fehlsteuerung erst nach Kontakt mit ihnen, also erst am Ende der Kette, korrigieren und Hilfesuchende an INZ verweisen sollen. Wieder soll Krankenhäusern eine Ersteinschätzung als Leistungserbringungsberechtigung aufgebürdet werden, für die es kein patientensicheres Instrument gibt. Ein bloßes Abweisen oder striktes Verweisen von Hilfesuchenden auf nahegelegene INZ kann nicht die Lösung sein. Die medizinische Verantwortung für das Verweisen würde beim Krankenhaus liegen und ist in vielen Fällen aus medizinischen Gründen nicht zu verantworten. Als Gegenleistung würden sie lediglich mit der Ersteinschätzung eine nicht auskömmliche Vergütung ihrer Leistungen erhalten.

Auch wenn direkte Kontakte mit einem nicht-INZ-Krankenhaus optimalerweise durch eine Notfallreform deutlich zurückgehen werden, muss hier weiterhin die Möglichkeit bestehen, Patientinnen und Patienten mit Behandlungsbedarf zu behandeln. Diese Fälle sind wie bisher auch über den EBM, aber nunmehr angemessen, zu vergüten. Um den gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung erhöhten Kostenaufwand der Krankenhäuser bei der ambulanten Notfallversorgung abzubilden, müssen die bisherigen EBM-Vergütungssätze angepasst werden. Allerdings sieht der vorliegende Gesetzentwurf dies nicht vor, etwa da die Vergütung ambulanter Notfallleistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verbleibt. Darüber hinaus sind notwendige Vergütungszuschläge für Überwachung und Betreuung, die auch in diesen Einrichtungen vorkommen können, nicht berechnungsfähig.

Unklar bleibt, ob und in welchem Umfang sich Krankenhäuser ohne Integriertes Notfallzentrum zu verhalten haben, wenn Hilfesuchende selbstständig nach vorherigem Kontakt mit der Akutleitstelle diese Einrichtungen aufsuchen, weil ihnen das Aufsuchen des nächstgelegenen Krankenhauses empfohlen wurde. Hier ist dringend klarzustellen, dass diese Fälle keiner erneuten Ersteinschätzung bedürfen und sich dies nicht nachteilig auf die Leistungsvergütung auswirken darf. Diese Fälle dürfen im Zuge der Abrechnung nicht mit überzogenen Begründungsanforderungen einhergehen.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass in INZ eine Leistungsverdichtung erfolgen wird, sodass diese möglicherweise aus Kapazitätsgründen Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser ohne INZ verweisen müssen. Auch in diesem Fall sollte eine Leistungserbringung und -vergütung ohne erneute Ersteinschätzung nach § 123c Absatz 1 SGB V (neu) gewährleistet sein; dies wird aber im vorliegenden Gesetzentwurf nicht berücksichtigt. Die einer Versorgung nachgelagerte Abrechnung in solchen Fällen darf nicht mit überzogenen Begründungsanforderungen einhergehen.

Statt einer Verweisung von Hilfesuchenden schlagen die Krankenhäuser zur Steuerung eine Eigenbeteiligung für Versicherte vor, die vorher nicht die Akutleitstelle kontaktiert haben und an einem nicht-INZ-Krankenhaus, oder aber auch an einem INZ vorstellig werden. Die Idee des vorliegenden Entwurfes, dass diese vorstellig werdenden Hilfesuchenden an ein INZ verwiesen werden bzw. sich bei INZ auf längere Wartezeiten einstellen sollen, widerspricht dem Vorrang der medizinischen Behandlungsdringlichkeit und führt in der Praxis zu unnötigen Konflikten. Eine Direkt-Zugangsgebühr hätte das Potenzial, das GKV-System zu entlasten, indem Patientinnen und Patienten über den vorangehenden Kontakt zur Akutleitstelle direkt in die richtige Versorgungsebene gelenkt werden und auch ein bewussteres Empfinden für Notfälle und Nicht-Notfälle erhalten. Da diese Verwaltungsaufgabe den Krankenhäusern und INZ nicht zugemutet werden kann, und die

Krankenkassen mit bereits existenten Instrumenten in Form von Zuzahlungsbefreiungen die wirtschaftliche und soziale Belastung ihrer Versicherten am besten berücksichtigen können, muss der Einzug bzw. die In-Rechnungstellung durch die Krankenkassen erfolgen. Eine Direkt-Zugangsgebühr hätte den Vorteil, dass die Patientenlenkung trotz fehlender ausreichend evaluierter Instrumente nicht den Krankenhäusern aufgebürdet werden muss, sondern über den Weg einer direkt spürbaren Sanktion die begrenzten Ressourcen des Gesundheitssystems a priori geschont werden.

Der Auftrag an den G-BA, die Ersteinschätzung mit dem Ziel einer Verweisung an INZ zu regeln, ist schon daher ersatzlos zu streichen. Auch hat sich nichts an der Sach- und Tatsachenlage seit dem Nichtzustandekommen der G-BA-Ersteinschätzungsrichtlinie gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (alt) geändert. Insbesondere gibt es nach wie vor kein Instrument, welches das Verweisen von Hilfesuchenden an Leistungserbringer außerhalb oder in nicht unmittelbarer Nähe des Krankenhausstandortes erlaubt und in Anforderungen einer untergesetzlichen Norm verankert werden kann.

Änderungsvorschläge

§120 Absatz 3b ist wie folgt zu fassen:

„Die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen ~~Krankenhäuser erhalten für eine ambulante Notfallbehandlung Hilfesuchender, die diese Krankenhausstandorte mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen im Rahmen einer Inanspruchnahme~~ nach § 76 Absatz 1 Satz 2 ~~setzt für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig aufgesucht haben, an einem~~ einen Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum oder Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche ~~ab dem nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt nur eine Vergütung, wenn die in § 123c Absatz 1 Satz 1 genannte Ersteinschätzung ergeben hat, dass eine Behandlung an dem jeweiligen Krankenhausstandort erfolgen aufsuchen, voraus, dass eine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit nicht ausgeschlossen werden kann; Unabhängig von dem in Satz 1 genannten Ergebnis besteht ein Vergütungsanspruch für die Durchführung der für eine nach § 123c Absatz 1 Satz 1 genannten durchgeführte Ersteinschätzung besteht ein Vergütungsanspruch. Die Ersteinschätzung kann als Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 erfolgen.“~~

Der Auftrag an den G-BA im vorgesehenen § 123c, die Ersteinschätzung zu regeln, ist ersatzlos zu streichen.

Als Folgeänderung ist der Titel des § 123c wie folgt zu ändern:

§ 123c Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ~~zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und~~ zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des Integrierten Notfallzentrums

Ersteinschätzung an INZ zur Festlegung der geeigneten Versorgungsebene

Die Notfallreform definiert als eines der vorrangigen Ziele, dass Hilfesuchende nach einer telefonischen bzw. digitalen Ersteinschätzung in die richtige Versorgungsebene gelenkt werden. Ist hierbei ein INZ als die richtige Versorgungsebene der Patientin/ dem Patienten mitgeteilt worden, trifft die Patientin/ der Patient im INZ ein. Eine weitere Ersteinschätzung zur Festlegung der differenzierten

Versorgungsebene (vertragsärztlich oder Notaufnahme) innerhalb des INZ ist nicht erforderlich, sondern entspricht wieder einem vermeidbaren und unnötigen Doppelaufwand, der zu keinem höheren Patientennutzen führt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass bei Menschen in psychischen Notlagen, aber auch bei Missbrauch oder anderen Gewaltvorkommnissen, Vertrauen und Sensibilität unabdingbar sind, was durch das Erfordernis einer Mehrfacheinschätzung jedoch erheblich erschwert wird.

Sind aber mit dem Wort „selbständig“ nur diejenigen Hilfesuchenden gemeint, die vorher die Akutleitstelle nicht kontaktiert haben, ist dies hier dringend klarzustellen. Die Klarstellung muss auch im Hinblick darauf erfolgen, dass bis zum geregelten Nachweis mit Anbindung aller Leistungserbringer Hilfesuchende im Zweifel nicht belegen können, dass sie vorher die Akutleitstelle kontaktiert haben.

Es muss natürlich eine Ersteinschätzung stattfinden, jedoch nicht zur Festlegung der Versorgungsebene, sondern zur Behandlungspriorisierung, was heute auch schon absoluter Standard in allen Notaufnahmen ist. Die Zusammenarbeit im INZ soll gemäß § 123c SGB V (neu) in Teilen Kooperationsverträgen obliegen. Die Arbeitsteilung vor Ort wird auch stark davon abhängig sein, welche vertragsärztlichen Strukturen mit welcher Expertise am INZ-Standort zur Verfügung stehen. Deshalb sollten die Vertragspartner vor Ort gemeinsam festlegen und dies ggf. auch in ihren Kooperationsverträgen niederlegen, ab welcher Stufe der standortspezifischen Behandlungspriorisierungsinstrumente welche Struktur am INZ zuständig ist. Da der Entwurf richtigerweise vorsieht, dass die vertragsärztliche Struktur (Notdienstpraxis) am oder in unmittelbarer Nähe zum INZ-Standort zur Verfügung stehen muss, ist auch keine Patientengefährdung bei einer fehlenden bundesweit standardisierten Ersteinschätzung zur Festlegung der Versorgungsebene zu befürchten.

Änderungsvorschlag

Der Auftrag an die Selbstverwaltung, in der vorgesehenen Rahmenvereinbarung nach § 123a SGB V auch Anforderungen zur Ersteinschätzung, zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikation, erforderlicher Schulungen und regelmäßiger Fortbildungen des Personals zu regeln, ist ersatzlos zu streichen. Die genannten Anforderungen können Teil der Kooperationsvereinbarung sein, wie es auch schon im Referentenentwurf vorgesehen war. Die Kassen dürften hier auch schon daher kein Mitspracherecht haben, da die Vorhaltung nicht durch Kassen vergütet werden soll.

Zudem empfehlen wir dringend, die §§ 123a und 123c gut zu sortieren. Es gibt derzeit sprachliche Überschneidungen, die zu Missverständnissen führen werden. Was genau soll der G-BA regeln? Was genau soll Inhalt von Rahmenvereinbarungen sein? Was soll für INZ geregelt werden? Was soll für nicht-INZ-Krankenhäuser geregelt werden?

Vergütung der Ersteinschätzung

Vorgesehen wird, dass der ergänzte Bewertungsausschuss Regelungen im EBM zur Vergütung der Ersteinschätzung zu beschließen hat, die unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergüten ist. Grundsätzlich positiv ist, dass für die Ersteinschätzung eine gesonderte und von der weiteren Behandlung unabhängige Vergütung angedacht wird.

Allerdings fehlt die Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Kostenstrukturen vollkommen, so dass die Integration einer Leistung in den EBM bei wirtschaftlicher Betriebsführung für die Krankenhäuser nicht kostendeckend sein wird. Dies ist nachweislich darin begründet, dass große

Anteile der ambulanten Notfälle nur mit den Strukturen und personellen Ressourcen der Krankenhäuser behandelt werden können. Diese Leistungen sind mit den typischen vertragsärztlichen Akutbehandlungen nicht vergleichbar und können mit diesen in der Finanzierung nicht gleichgestellt werden.

Während die Leistungen der ambulanten Notfallversorgung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zugewiesen werden (s. o.), bleibt für die zu beschließende Ersteinschätzungsvergütung offen, ob diese innerhalb oder außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren ist. Da § 87a SGB V im vorliegenden Gesetzentwurf dies nicht vorsieht, ist davon auszugehen, dass die Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verortet werden. Dies wirkt sich aber kontraproduktiv auf die Beratungen und Ergebnisse des ergänzten Bewertungsausschusses aus, sodass die gesetzlich vorgesehene Ersteinschätzungsvergütung zwingend außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren ist.

Änderungsvorschlag

Nach § 123c Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt: **„Die Leistung nach Satz 1 ist unter Berücksichtigung der spezifischen Kosten der Krankenhäuser zu beschließen und muss bei wirtschaftlicher Betriebsführung kostendeckend sein.“**

In § 87a Absatz 3 Satz 5 wird Nr. 10 eingefügt: **„Leistungen nach § 123c Absatz 2 Satz 1.“**

Festlegung von INZ-Standorten durch erweiterte Landesausschüsse

Neuregelungen in §§ 90, 123a und 123b SGB V

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht für die Standortfestlegung der Integrierten Notfallzentren vor, die Landesausschüsse um Vertreter der Krankenhäuser zu erweitern. Die erweiterten Landesausschüsse (eLA) nach § 90 Absatz 4a SGB V (neu) erhalten neben der Wahrnehmung der Aufgaben für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung damit weitreichende Aufgaben für die Einrichtung und den Betrieb von Integrierten Notfallzentren. Der eLA soll gemäß der §§ 123a und 123b SGB V (neu) die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser bestimmen, an denen INZ eingerichtet werden. Hierzu soll er im Vorfeld eine geeignete Planungsregion zur flächendeckenden Versorgung mit INZ festlegen. Bei Vorhandensein mehrerer geeigneter Standorte sollen beispielsweise „medizinisch relevante Fachabteilungen“ berücksichtigt werden. Auch soll beurteilt werden, ob „Notdienstpraxen in der Notaufnahme eingerichtet werden können“ (§ 123a Absatz 1 Satz 6 Nr. 2 und 3). Dabei bleibt unklar, mit welcher medizinischen Expertise und auf welcher Grundlage die Relevanz von Fachabteilungen festgelegt werden sollen. Eine objektiv nachvollziehbare Entscheidungsfindung ist damit von vornherein gefährdet.

Vollkommen unklar ist, aus welchem Grund neben der bereits vorhandenen Krankenhausplanung des Landes eine zusätzliche Planung von Notfallstrukturen durch den erweiterten Landesausschuss erfolgen soll. Dies ist daher kategorisch abzulehnen. Die Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt bereits eine flächendeckende Notfallversorgung, die durch die Etablierung einer weiteren Planungsebene mit eigenen Planungsregionen und Planungskriterien ausgehöhlt wird.

Hinzu kommt, dass dem Land im eLA nicht wenigstens ein Stimmrecht zusteht. Nach § 90 Absatz 4 SGB V wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den (erweiterten) Landesausschüssen beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst dabei auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Antragstellung. Beschlüsse der erweiterten Landesausschüsse werden jedoch von der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen und den Vertretern der Krankenhäuser mit einfacher Mehrheit getroffen. Die vorgesehene Konstruktion der eLA verleiht dem Land damit keine durchgreifenden Beteiligungs- bzw. Gestaltungsrechte. Die in § 123 Absatz 1 (neu) vorgesehene Möglichkeit einer Standortfestlegung durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde im Falle der Nichteinigung des eLA bei Überschreitung einer eingeräumten Nachfrist hat keine Relevanz.

So ist zu erwarten, dass durch die paritätische Besetzung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern eine nur scheinbar legitimierte Entscheidungsfindung aufgrund der Stimmrechtsverteilung der eLA erfolgen wird und Entscheidungen mit den Stimmen von KVen und Krankenkassen gegen das Votum der Krankenhäuser und auch gegen Entscheidungen der Krankenhausplanung des Landes getroffen werden können. In einer Reihe von öffentlichen Stellungnahmen haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits kundgetan, die Anzahl der ambulanten Notfallstandorte in den Kliniken deutlich reduzieren zu wollen. Die eLA böte ihnen eine niederschwellige Möglichkeit, denn durch die vorgesehene Mehrheitsentscheidung könnte so über die Zukunft der Krankenhausstrukturen in Deutschland entschieden werden, ohne dass Krankenhäuser und Länder ein faktisches Mitspracherecht hätten. Das steht im absoluten Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Länderzuständigkeit für die Krankenhausplanung.

Insgesamt ist die vorgesehene Neuregelung in § 90 Absatz 4a SGB V komplett zu streichen. Die Planung und Bestimmung von INZ ist durch den Krankenhausplanungs-Ausschuss auf Landesebene erforderlich, da die flächendeckende Planung von Krankenhausstrukturen dem Land obliegt. Als Grundlage für die Festlegungen könnten erforderliche Planungskriterien mit Empfehlungscharakter vom G-BA festgelegt werden, der hierfür die bedarfsplanerische Expertise vorweisen kann. Es ist nicht hinnehmbar, dass die Kompetenz zur Standortbestimmung der INZ sowie die Festlegung von Planungsregionen über die erweiterten Landesausschüsse, und damit in erster Linie von KVen und Kassen, erfolgen sollen.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Änderungen in § 90 Absatz 4a SGB V sowie die damit im Zusammenhang stehenden Regelungen in § 123a Absatz 1 sowie § 123b Absatz 1 SGB V werden gestrichen.

Evaluationen durch Kassenärztliche Vereinigungen

Der Entwurf sieht in mehreren Regelungen Berichtspflichten der KVen vor. So sollen sie die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen und der Akutleitstellen insbesondere im Hinblick auf die fristgemäße Vermittlung von Arztterminen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme und die Vermittlungsquote evaluieren (§75 Absatz 1e SGB V). Ebenso sollen sie den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren im Hinblick auf Abweichungen von den in § 123a Absatz 2 Satz 6 genannten Öffnungszeiten der Notdienstpraxis, auf die Anzahl der Leistungserbringer nach Absatz 1

Satz 5 sowie der einbezogenen Kooperationspraxen und der eingerichteten INZ für Kinder und Jugendliche, auf die Anteile der Inanspruchnahme des INZ mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle sowie über die Auswirkungen auf die ambulanten Behandlungen in Notaufnahmen, die nicht über ein INZ verfügen, berichten (§ 123 Absatz 4). Auch die Berichtspflichten im Zuge der Kooperationen innerhalb der Gesundheitsleitstelle soll den KVen obliegen (§ 133a Absatz 5).

Berichtspflichten in alleiniger Verantwortung der KVen werden strikt abgelehnt. Bei allen vorgesehenen Berichtspflichten handelt es sich um Regelungen, bei denen die KVen als Adressaten der maßgeblichen gesetzlichen Pflichten fungieren und bspw. auch alleinig Auskunft zu Kooperationstatbeständen geben sollen. Die Evaluationen müssen neutraler gestaltet und unabhängigen Institutionen überlassen werden. Eine Evaluierung durch die KVen ist hier nicht der zielführende Weg.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

**Wegelystraße 3
10623 Berlin**

**Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de**

