

**Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des  
Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)**

**vom 25.06.2024**

**zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit**

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**

**(Notfallgesetz – NotfallG)**



<b>1. Allgemeines .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Einzelbemerkungen .....</b>	<b>5</b>
Zu Nummer 6 (§ 90 SGB V).....	5
Zu Nummer 10 (§ 120 SGB V).....	8
Zu Nummer 11 (§ 123 SGB V).....	10
Zu Nummer 12 (§ 123a SGB V und § 123b SGB V) .....	14

## **1. Allgemeines**

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) begrüßen die mit dem vorliegenden Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) verbundene Zielstellung uneingeschränkt.

Mit dem Referentenentwurf sollen insbesondere die Vernetzung der Versorgungsbereiche, die Steuerung der Hilfesuchenden in die richtige Versorgungsebene und die wirtschaftliche Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten verbessert werden. Es besteht weitestgehend Konsens darüber, dass die vielfach beklagte Überlastung der Notaufnahmen aus einem unzureichend wahrgenommenen vertragsärztlichen Versorgungsangebot im Bereich der Akutversorgung resultiert. Vor diesem Hintergrund ist es auch zu begrüßen, dass der Entwurf weiterhin die Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens vorsieht.

Allerdings werden die zentralen Strukturanforderungen, wie die Anforderungen an das Personal und die Voraussetzung für die Weiterleitung an Kooperationspraxen, nach den Regelungen des Entwurfs nicht bundesweit einheitlich, sondern teilweise krankenhausesindividuell festgelegt. Damit wird die Zielstellung einer bundeseinheitlichen Sicherstellung der Notfallversorgung konterkariert. Es erscheint wenig sinnvoll, die wesentlichen Strukturanforderungen für Integrierte Notfallzentren (INZ) anteilig auf den G-BA, die erweiterten Landesausschüsse und individuell abzuschließende Kooperationsverträge – mithin also drei verschiedene Ebenen – aufzuteilen.

Für eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Versorgungsstruktur der Notfallversorgung ist es entscheidend, dass zentrale Vorgaben auf der Bundesebene durch den G-BA festgelegt werden und diese Vorgaben dann in den Regionen als Rahmen für die Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse dienen. Die Kooperationsverträge für die einzelnen INZ sollten verpflichtend diese Vorgaben einhalten und konkret umsetzen müssen. Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA sprechen sich daher für ein Beibehalten der Regelung nach § 120 Absatz 3b SGB V in der Fassung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) und für eine unverzügliche Nichtbeanstandung der vom G-BA beschlossenen Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie) aus.

Ziel der Ersteinschätzungs-Richtlinie ist die bessere Koordination bei der ärztlichen Behandlung von Hilfesuchenden durch ein standardisiertes und qualifiziertes Verfahren, das durch ein digitales Assistenzsystem unterstützt wird. Hierdurch wird sichergestellt, dass Hilfesuchende je nach Dringlichkeit bestmöglich versorgt werden können und die Verfügbarkeit ausreichender Behandlungskapazitäten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser weiterhin gewährleistet bleibt. Der G-BA wurde gesetzlich beauftragt, hierzu Vorgaben zu beschließen. Dieser Auftrag wurde mit der Ersteinschätzungs-Richtlinie umgesetzt. Die für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser dringend erforderliche Ersteinschätzungs-Richtlinie kann in Folge der Beanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nicht in Kraft treten. Dadurch kann bis auf Weiteres auch die dringend erforderliche Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser nicht umgesetzt werden.

Die Aufhebung des Regelungsauftrages des G-BA zur Regelung der Ersteinschätzungs-Richtlinie sowie die damit einhergehende Aufsplittung und Verschiebung des bisher in § 120 Absatz 3b SGB V enthaltenen Regelungsauftrags wird abgelehnt.

Das mit dem vorliegenden Referentenentwurf adressierte Ziel einer bundeseinheitlichen Sicherstellung der Notfallversorgung setzt auch weiterhin eine qualifizierte Ersteinschätzung für die notwendige Patientensteuerung voraus. Dafür bedarf es auch weiterhin entsprechender Vorgaben zur konkreten Ausgestaltung des Verfahrens der Ersteinschätzung sowie zur technischen Ausstattung des Instruments der Ersteinschätzung. Unverzichtbar bleiben dabei auch die Konkretisierung des medizinischen Behandlungsbedarfs und die Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene. Die somit adressierten zentralen Bausteine liegen bereits in der vom G-BA beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie vor.

Zudem stellt die Regelungssystematik von § 120 Absatz 3b SGB V sicher, dass das qualifizierte, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren auf alle Krankenhäuser anzuwenden war, während der aktuelle Referentenentwurf eine solche Ersteinschätzung allein auf INZ beschränkt.

Im Ergebnis wird durch die beabsichtigten Neuregelungen in den § 123a Absatz 3 SGB V (neu) sowie in § 123 Absatz 2 SGB V (neu) die bundeseinheitliche Ausgestaltung und Umsetzung des Ersteinschätzungsverfahrens konterkariert und künstlich aufgesplittet in vorrangig technische Vorgaben auf Bundesebene und strukturelle Vorgaben auf Ebene der einzelnen INZ. Die bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung wird damit verhindert.

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA nehmen zu dem Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung im Einzelnen im nachfolgenden Umfang Stellung. Zu weiteren Aspekten wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des G-BA auf eine Stellungnahme verzichtet.

## 2. Einzelbemerkungen

### Zu Artikel 1 „Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

#### Zu Nummer 6

#### § 90 SGB V Landesausschüsse

§ 90 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 Satz 2 wird nach den Wörtern „erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3“ ein Komma und die Wörter „§ 123 Absatz 6, § 123a Absatz 1 und Absatz 4 sowie § 123b Absatz 1“ eingefügt.

- b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

*„Der Landesausschuss nach Absatz 1 wird für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2, § 123 Absatz 6, § 123a Absatz 1 sowie § 123b Absatz 1 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankengesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankengesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankengesellschaft berufen. Die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2, § 123 Absatz 6, § 123a Absatz 1 sowie § 123b Absatz 1 entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankengesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt mit einfacher Mehrheit; bei der Gewichtung der Stimmen zählen die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen doppelt. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 123 Absatz 6, 123a Absatz 1 sowie § 123b Absatz 1 erhalten Vertreter der Leistungserbringer im Rettungsdienst ein Anhörungsrecht. Kommt die Festlegung nach § 123a Absatz 1 oder § 123b Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, setzt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde unverzüglich eine Nachfrist, die sechs Wochen nicht überschreiten darf. Ist auch die Nachfrist ergebnislos verstrichen, erfolgt die Festlegung durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der Nachfrist. Der*

*erweiterte Landesausschuss stellt die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung. Die Standortbestimmungen nach § 123a Absatz 1 und § 123b Absatz 1 sind in regelmäßigen Abständen zu überprüfen.“*

#### Regelungsinhalt:

Durch die Neuregelung in Absatz 4a werden die bisherigen Regelungen zu den erweiterten Landesausschüssen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß §116b Absatz 3 Satz 1 bis 6 SGB V neu verortet und um die Aufgaben nach den §§ 123, 123a und 123b SGB V (neu) erweitert. Dadurch erhält der erweiterte Landesausschuss künftig Aufgaben im Zusammenhang mit der Standortbestimmung von INZ und INZ für Kinder und Jugendliche. Darüber hinaus soll er künftig die Konzeption und Koordinierung telemedizinischer Unterstützungsleistungen nach § 123 Absatz 6 SGB V (neu) bestimmen. Im Zusammenhang mit den neuen Aufgaben erhalten Vertreter des Rettungsdienstes ein Anhörungsrecht.

Zudem werden die Befugnisse der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden auf die neuen Aufgaben der erweiterten Landesausschüsse nach den §§ 123, 123a und 123b SGB V (neu) ausgerichtet und insbesondere um Befugnisse im Sinne einer Ersatzvornahme erweitert.

#### Bewertung:

Parallel zur Übertragung neuer Aufgaben auf die erweiterten Landesausschüsse erhalten auch die Bundesländer weitgehende Rechte zur Festlegung von INZ-Standorten im Sinne einer Ersatzvornahme, sofern der erweiterte Landesausschuss nicht fristgerecht zu einer Mehrheitsentscheidung gekommen ist. Dadurch wird in den Bundesländern der Aufbau unterschiedlicher Versorgungsstrukturen ermöglicht. Um diesen auch rechtlich fragwürdigen Aufbau unterschiedlicher Strukturen der Notfallversorgung zu verhindern, sollte eine verbindliche bundeseinheitliche Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten durch den G-BA geschaffen werden. Vor dem Hintergrund der Zuordnung der Notdienstpraxen als wesentliches Element der INZ zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), sollte die bereits bestehende Regelungskompetenz des G-BA für die Bedarfsplanung um den Bereich der Planung von bedarfsgerechten Kapazitäten für die notdienstliche Akutversorgung erweitert werden. Ein bundeseinheitlicher Rahmen erleichtert nicht nur die Entscheidungsfindung auf regionaler Ebene, sondern ist vielmehr zentraler Baustein für eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung. Dabei gilt es zu beachten, dass auch die Bedarfsplanung des G-BA stets Spielräume für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten umfasst.

Änderungsvorschlag:

Zur Schaffung einer einheitlichen Planungsgrundlage für die bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung werden folgende Änderungen in **§ 101 SGB V** vorgeschlagen:

In § 101 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Nummer 3a die folgende Nummer 3b eingefügt:

*„3b. allgemeine Voraussetzungen, nach denen der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Feststellungen gemäß § 123, 123a und 123b trifft.“*

Dem § 101 wird folgender Absatz angefügt:

*„(7) Die allgemeinen Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3b umfassen insbesondere die folgenden Kriterien:*

- 1. eine Planungsregion z. B. eine Planung auf Kreis- bzw. Bezirksebene in Großstädten,*
- 2. eine Kapazitätsplanung mit Bevölkerungsbezug z. B. mittels einer Verhältniszahl, die den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten für die notdienstliche Akutversorgung der Bevölkerung in Notdienstpraxen abbildet und die Festlegung der maximalen personellen Kapazitäten je Notdienstpraxis,*
- 3. sächliche und personelle Mindestanforderungen für den Betrieb einer Notdienstpraxis einschließlich der Vorgaben zur Ermittlung von bedarfsgerechten Mindestöffnungszeiten in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen,*
- 4. eine Erreichbarkeit für 95 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten,*
- 5. mindestens Erfüllung der Anforderungen der Basisnotfallstufe gemäß Abschnitt III der Notfallstufenregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses.*

*Für die Auswahl der Standorte bei mehreren geeigneten Krankenhäusern erfolgt die Auswahl nach der folgenden Reihenfolge:*

- 1. Vorrangigkeit von höheren Notfallstufen der Krankenhäuser*
- 2. Sicherstellungshäuser*
- 3. Vorrangigkeit von höheren stationären Fallzahlen der Krankenhäuser*
- 4. bestehende Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen.“*

## **Zu Nummer 10**

### **§ 120 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistung**

§ 120 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „nach § 75 Absatz 1b Satz 2“ durch die Wörter „nach § 75 Absatz 1b Satz 9“ ersetzt.
- b) Absatz 3b wird aufgehoben.

#### **Regelungsinhalt:**

Die Anpassungen in Absatz 1 sind redaktioneller Natur.

Durch die Aufhebung von Absatz 3b entfällt die Rechtsgrundlage für die bereits am 6. Juli 2023 vom G-BA beschlossene Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie).

#### **Bewertung:**

Das BMG hat als Rechtsaufsichtsbehörde gemäß § 94 Absatz 1 SGB V die Ersteinschätzungs-Richtlinie mit Bescheid vom 12. Oktober 2023 in ihrer Gesamtheit beanstandet. Gegen diese offensichtlich rechtswidrige Beanstandung hat der G-BA fristgerecht Rechtsmittel vor dem Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg eingelegt.

Ziel der Ersteinschätzungs-Richtlinie ist die bessere Koordination bei der ärztlichen Behandlung von Hilfesuchenden durch ein standardisiertes und qualifiziertes Verfahren, das durch ein digitales Assistenzsystem unterstützt wird. Hierdurch wird sichergestellt, dass Hilfesuchende je nach Dringlichkeit bestmöglich versorgt werden können und die Verfügbarkeit ausreichender Behandlungskapazitäten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser weiterhin gewährleistet bleibt. Der G-BA wurde gesetzlich beauftragt, hierzu Vorgaben zu beschließen. Dieser Auftrag wurde mit der Ersteinschätzungs-Richtlinie umgesetzt. Die für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser dringend erforderliche Ersteinschätzungs-Richtlinie kann in Folge der Beanstandung durch das BMG nicht in Kraft treten. Dadurch kann bis auf Weiteres auch die dringend erforderliche Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser nicht umgesetzt werden.

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA lehnen die Aufhebung des Regelungsauftrages des G-BA zur Regelung der Ersteinschätzungs-Richtlinie sowie die damit einhergehende Aufsplittung und Verschiebung des bisher in § 120 Absatz 3b SGB V enthaltenen Regelungsauftrags ab. Das mit dem vorliegenden Referentenentwurf adressierte Ziel einer bundeseinheitlichen Sicherstellung der Notfallversorgung setzt auch weiterhin eine qualifizierte Ersteinschätzung für die notwendige Patientensteuerung voraus. Dafür bedarf es auch weiterhin entsprechender Vorgaben zur konkreten Ausgestaltung des Verfahrens der Ersteinschätzung sowie zur technischen



Ausstattung des Instruments der Ersteinschätzung. Unverzichtbar bleiben dabei auch die Konkretisierung des medizinischen Behandlungsbedarfs und die Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene. Die somit adressierten zentralen Bausteine liegen mit der vom G-BA beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie bereits vor.

Zudem stellte die Regelungssystematik von § 120 Absatz 3b SGB V sicher, dass das qualifizierte, standardisierte Ersteinschätzungsverfahren auf alle Krankenhäuser anzuwenden war, während der aktuelle Referentenentwurf eine solche Ersteinschätzung allein auf INZ beschränkt.

Letztlich wird durch die beabsichtigten Neuregelungen in den § 123a Absatz 3 SGB V (neu) sowie in § 123 Absatz 2 SGB V (neu) die bundeseinheitliche Ausgestaltung und Umsetzung des Ersteinschätzungsverfahrens konterkariert und künstlich aufgesplittet in vorrangig technische Vorgaben auf Bundesebene und strukturelle Vorgaben auf Ebene der einzelnen INZ. Die bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung wird damit verhindert.

#### Änderungsvorschlag:

Auf die Aufhebung der Regelung in § 120 Absatz 3b SGB V wird verzichtet.

Um das für die bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung wichtige Verfahren der Ersteinschätzung in der Praxis etablieren zu können, erklärt das BMG unverzüglich die Nichtbeanstandung der Ersteinschätzungs-Richtlinie als Voraussetzung für deren In-Kraft-Treten.

## Zu Nummer 11

### § 123 SGB V Integrierte Notfallzentren

Zu Absatz 3:

*„(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie*

- 1. Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, das für Hilfesuchende einerseits die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs feststellt und andererseits die Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene innerhalb der Kooperation nach Absatz 1 als Grundlage für die Ersteinschätzungsstelle ermöglicht,*
- 2. Vorgaben zum Nachweis der Einhaltung der Anforderungen nach Nummer 1 durch das Ersteinschätzungsinstrument,*
- 3. Vorgaben zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Verwendung des Ersteinschätzungsinstruments an der jeweiligen Ersteinschätzungsstelle,*
- 4. den Zeitpunkt ab dem das Ersteinschätzungsinstrument von der Ersteinschätzungsstelle zu verwenden ist,*
- 5. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren,*
- 6. Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung der Mindestanforderungen nach Nummer 5 sowie*
- 7. das Nähere zur Umsetzung des Überprüfungs- und Berichtsauftrags nach Satz 6, einschließlich der Übermittlung der hierzu erforderlichen Informationen an den Gemeinsamen Bundesausschuss.*

*Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), geändert am 20. November 2020 (Banz AT 24.12.2020 B2), sind zu berücksichtigen. Die Vergütung der Ersteinschätzung nach § 123 Absatz 4 setzt ab dem Zeitpunkt, den der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 1 Nummer 4 bestimmt, voraus, dass ein Nachweis nach Satz 1 Nummer 3 erbracht wird. § 92 Absatz 7e gilt entsprechend. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Auswirkungen der Richtlinie nach Satz 1 hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen und der Notdienstpraxen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen bis zum 31. Dezember 2026 zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten.“*

Zu Absatz 6:

*„(6) Integrierte Notfallzentren haben bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen Unterstützung durch telemedizinische Konsilien nach § 367 oder telefonische Konsilien von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu gewährleisten, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt die Konzeption und Koordinierung dieser telemedizinischen Unterstützung. Die entsprechenden Integrierten Notfallzentren haben die erforderliche technische Ausstattung für eine telemedizinische Anbindung vorzuhalten.“*

Regelungsinhalt:

Mit der Neuregelung in § 123 Absatz 3 SGB V soll der G-BA innerhalb einer Frist von sechs Monaten insbesondere Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument und die Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in INZ sowie diverse Vorgaben an die entsprechenden Nachweise und Kontrollen in einer Richtlinie regeln. Zudem soll der G-BA bis zum 31. Dezember 2026 eine Evaluation seiner Richtlinie vornehmen und über die Ergebnisse dem BMG berichten. Nach der Entwurfsbegründung ist die Regelung von Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung für das Personal, welches das Ersteinschätzungsinstrument anwenden soll, nicht mehr vom Regelungsauftrag des G-BA umfasst. Vielmehr wird über die vorgesehene Regelung in § 123a Absatz 2 Satz 4 Nummer 4 SGB V (neu) in Referentenentwurf vorgegeben, dass die Vorgaben zur Organisation und zur Qualifikation des Personals der Ersteinschätzungsstelle im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zwischen der jeweiligen KV und dem Krankenhausträger des INZ festzulegen sind.

Ebenfalls nicht mehr umfasst vom Regelungsauftrag des G-BA ist die Ausgestaltung der Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in die Kooperationspraxen. Dies soll ausweislich der Entwurfsfassung des § 123a Absatz 2 Satz 4 Nummer 8 SGB V (neu) ebenfalls in der Kooperationsvereinbarung zwischen der jeweiligen KV und dem Krankenhausträger der INZ erfolgen.

Mit der Neuregelung in § 123 Absatz 6 SGB V soll das INZ bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Konzeption der erweiterten Landesausschüsse durch telemedizinische oder telefonische Konsile von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin unterstützt werden, sofern an einem INZ-Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist.

Bewertung:

Zwar kann dem Grunde nach positiv bewertet werden, dass auch nach dem Referentenentwurf über die Formulierung in § 123 Absatz 3 SGB V (neu) der G-BA bundeseinheitliche Mindestanforderungen für die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen an INZ sowie Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument festlegen soll.

Der Referentenentwurf verhält sich jedoch nicht zu der Frage, wie die konkrete Ausgestaltung der Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument sowohl losgelöst von der Festlegung der Qualifikationsanforderungen an das Personal, das die Ersteinschätzung durchführt, als auch von den prozessualen Vorgaben zum konkreten Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens im INZ durch den G-BA erfolgen soll. Ein fundamental fehlerhafter Ansatz des Referentenentwurfes ist die weiterhin beim G-BA angesiedelte Entwicklung eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstruments, ohne die als Paket zwingend mit einzubeziehenden zentralen Bestandteile der personellen und prozessualen Anforderungen regeln zu wollen.

Der im Referentenentwurf formulierte Ansatz führt zu intransparenten krankenhausespezifischen Regelungen, die der zwingend erforderlichen bundeseinheitlichen Sicherstellung der Notfallversorgung entgegenstehen.

Vor diesem Hintergrund ist es ganz offensichtlich wenig zielführend, die zentralen Strukturanforderungen für INZ auf drei verschiedene Ebenen aufzuteilen (Bund, Bundesland und individuelle Kooperationsverträge). Zielführend ist demgegenüber ein Ansatz, bei dem zentrale Vorgaben bundeseinheitlich durch den G-BA festgelegt werden und diese Vorgaben dann im Rahmen der Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten umgesetzt werden. Dabei gilt es dann aber auch bei der individuellen Ausgestaltung der Kooperationsverträge für die einzelnen INZ, die zentralen bundeseinheitlichen Vorgaben zu beachten.

Kritisch reflektiert werden muss in diesem Zusammenhang auch die Regelung in § 123 Absatz 6 SGB V (neu). Zwar kann die vorgesehene Unterstützung von Integrierten Notfallzentren durch telemedizinische Konsile nach § 367 SGB V und telefonische Konsile von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin durchaus hilfreich sein, falls der Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder- und Jugendliche vorhält. Die zentrale Steuerung dieser Unterstützung durch die erweiterten Landesausschüsse führt jedoch zu einem unerwünschten Flickenteppich in der Versorgung. Vielmehr sollte auch hier die beim G-BA vorhandene Fachkompetenz für die Regelung bundeseinheitlicher Vorgaben genutzt werden. Dabei kann die Koordinierung der konkreten Umsetzung der bundeseinheitlichen Vorgaben wiederum durch die erweiterten Landesausschüsse erfolgen.

Änderungsvorschlag:

§ 123 Absatz 3 SGB V (neu) wird gestrichen.

Die bisherige Regelung in § 120 Absatz 3b SGB V wird nicht aufgehoben.

Hilfsweise:

Die bisherige Regelung in § 120 Absatz 3b SGB V wird als neuer Absatz 3 in die Regelung des § 123 SGB V (neu) integriert und ersetzt damit den im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Absatz 3.

In § 123 Absatz 6 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

*„(6) Integrierte Notfallzentren haben bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen Unterstützung durch telemedizinische Konsilien nach § 367 oder telefonische Konsilien von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu gewährleisten, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierundzwanzigsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in seiner Richtlinie Mindestanforderungen für die telemedizinische Unterstützung, insbesondere zur technischen Ausstattung, zur Erreichbarkeit, zur Qualifikation des eingesetzten Personals, fest. Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a koordiniert unter Beachtung der Mindestanforderungen die konkrete Umsetzung der telemedizinischen Unterstützung. Die entsprechenden Integrierten Notfallzentren haben die erforderliche technische Ausstattung für eine telemedizinische Anbindung vorzuhalten.“*

**Zu Nummer 12**

§ 123a SGB V  
Einrichtung von Integrierten Notfallzentren  
und

§ 123b SGB V  
Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

Zu § 123a

*„(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden. Er legt hierzu zunächst geeignete Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren fest. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum bestimmt werden, wenn*

- 1. die Voraussetzung der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), geändert am 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2), erfüllt sind und*
- 2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen.*

*Bei der Standortfestlegung sollen insbesondere folgende Kriterien berücksichtigt werden:*

- 1. die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,*
- 2. die Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,*
- 3. die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr und*
- 4. die Möglichkeiten der Kooperation mit Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren in der Nähe des Krankenhauses.*

*Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums gleich geeignet sind, sollen Krankenhausstandorte bevorzugt werden,*

- 1. die eine höhere Notfallstufe gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der in Satz 3 Nummer 1 genannten Fassung erfüllen oder eine nach anderen objektiven Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,*
- 2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten und*
- 3. in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.*

*Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann abweichend von den Sätzen 3 bis 5 einen Krankenhausstandort bestimmen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Die Bestimmung eines Krankenhausstandorts durch den erweiterten Landesausschuss nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet. Widerspruch und Klage haben keine aufschiebende Wirkung.“*

*(2) Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums nach Absatz 1 Satz 1 bestimmt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung. Sie richten ein gemeinsames Organisationsgremium zur operativen Umsetzung der Zusammenarbeit und eines gemeinsamen Qualitätsmanagements ein. Die Kooperationspartner sind befugt, die für das gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten. In der Kooperationsvereinbarung nach Satz 1 ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren*

- 1. zu dem gemeinsamen Organisationsgremium nach Satz 2,*
- 2. zur Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 6,*
- 3. zur Durchführung der Ersteinschätzung nach § 123 Absatz 2 bis zu dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 festgelegten Zeitpunkt,*
- 4. zur Organisation und zur personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle einschließlich der Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals,*
- 5. zur Anmietung oder eigenen Gestellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis,*
- 6. zur Ausgestaltung der Ausschreibung des gemäß § 123 Absatz 5 abzuschließenden Versorgungsvertrags nach § 12b Apothekengesetz einschließlich der Möglichkeit der Anmietung oder Gestellung von Räumlichkeiten durch oder für Apotheken,*
- 7. zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis einschließlich Nutzungsentgelten,*
- 8. zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in die Kooperationspraxis,*
- 9. zu Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung oder für den Fall, dass die Kooperationspraxis zu den Zeiten nach Satz 4 oder 5 nicht geöffnet hat.*

*Die Notdienstpraxis ist im Rahmen der Kooperation mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen. Kürzere Öffnungszeiten können in der Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit aufgrund von empirischen Daten belegbar ist, dass die Öffnungszeiten nach Satz 4 aufgrund der tatsächlichen regionalen Inanspruchnahme unwirtschaftlich sind. Entsprechende vertragliche Regelungen nach Satz 4 können als Rahmenvertrag in dreiseitigen Verträgen nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 landesweit vorgegeben werden. [...]*

Zu § 123b Absatz 1:

*„(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann Standorte zugelassener Krankenhäuser bestimmen, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden. Bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] hat er erstmals über die Einrichtung von Standorten nach Satz 1 zu entscheiden. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche bestimmt werden, wenn*

- 1. die Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung Kinder gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), geändert am 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2), erfüllt sind und*
- 2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen.“*

#### Regelungsinhalt:

Nach den Regelungen in § 123a Absatz 1 SGB V (neu) bestimmen die erweiterten Landesausschüsse die Standorte der INZ. Ein Krankenhausstandort kann insbesondere dann als INZ bestimmt werden, wenn mindestens die Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt sind und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses der Bestimmung entgegenstehen. Die erweiterten Landesausschüsse haben bei der Standortfestlegung verschiedene Kriterien zu berücksichtigen, auch für den Fall, dass mehrere Krankenhausstandorte für eine Planungsregion geeignet sind. Wenn es zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist, kann von den Kriterien abgewichen werden.

Nach den Regelungen in § 123a Absatz 2 SGB V (neu) legen die KVen und die Krankenhausträger die Einzelheiten zur Organisation des INZ in einer Kooperationsvereinbarung fest und richten ein Organisationsgremium ein. Die Mindestinhalte der Kooperationsvereinbarung sind in § 123a Absatz 2 geregelt.

Nach den Regelungen in § 123b Absatz 1 SGB V (neu) bestimmen die erweiterten Landesausschüsse die Standorte für INZ für Kinder und Jugendliche. Voraussetzung für die Einrichtung an einem Krankenhausstandort ist insbesondere das Vorliegen des Moduls Notfallversorgung Kinder am Krankenhaus gemäß den Regelungen zu einem



gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Voraussetzung ist zudem, dass kein berechtigtes Interesse des Krankenhausstandortes gegen die Einrichtung eines INZ für Kinder und Jugendliche besteht.

#### Bewertung:

Parallel zur Übertragung neuer Aufgaben auf die erweiterten Landesausschüsse mit der Regelung in § 123a Absatz 1 SGB V (neu) erhalten auch die Bundesländer gemäß § 90 Absatz 4a SGB V (neu) weitgehende Rechte zur Festlegung von INZ-Standorten im Sinne einer Ersatzvornahme, sofern der erweiterte Landesausschuss nicht fristgerecht zu einer Mehrheitsentscheidung gekommen ist. Dadurch wird in den Bundesländern die Möglichkeit zum Aufbau unterschiedlicher Strukturen eröffnet. Um diesen auch rechtlich fragwürdigen Aufbau unterschiedlicher Strukturen der Notfallversorgung zu verhindern, sollte eine verbindliche bundeseinheitliche Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten durch den G-BA geschaffen werden. Vor dem Hintergrund der Zuordnung der Notdienstpraxen als wesentliches Element der INZ zum Sicherstellungsauftrag der KVen, sollte die bereits bestehende Regelungskompetenz des G-BA für die Bedarfsplanung um den Bereich der Planung von bedarfsgerechten Kapazitäten für die notdienstliche Akutversorgung erweitert werden. Ein bundeseinheitlicher Rahmen erleichtert nicht nur die Entscheidungsfindung auf regionaler Ebene, sondern ist vielmehr zentraler Baustein für eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung. Dabei gilt es zu beachten, dass auch die Bedarfsplanung des G-BA stets Spielräume für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten umfasst.

Vor diesem Hintergrund ist auch der Kriterienkatalog in § 123a Absatz 1 SGB V (neu) kritisch zu bewerten. Es fehlt eine Richtgröße, für wie viele Einwohner einer Planungsregion ein INZ zuständig sein soll sowie ein Ansatz, um den Bevölkerungsbezug mit der benötigten Zahl an ärztlichen Kapazitäten eines INZ in Verbindung zu bringen. Die Erreichbarkeit ist planungsrelevant, der öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) ist allerdings ungeeignet, weil sich aus der ÖPNV-Abdeckung keine sinnvollen Planungsoptionen für medizinische Versorgungsangebote ableiten lassen. So bedingt eine geringe ÖPNV-Abdeckung in einer dünn besiedelten, ländlichen Region nicht unmittelbar einen höheren Bedarf an INZ. Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen, dass der Regelungsvorschlag bei der Standortauswahl eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Kliniken vorsieht, es fehlen jedoch konkrete Vorgaben zum Vorrang der höheren Notfallstufe, eine bevölkerungsbezogene Obergrenze sowie eine Kapazitätsbetrachtung der KV-Notdienstpraxen.

Die Regelung in § 123a Absatz 2 SGB V (neu) schreibt die Festlegung der Strukturanforderungen in einer Vielzahl von Einzelverträgen zwischen Krankenhaus-trägern und KVen vor. Die zwingend erforderliche bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung wird dadurch konterkariert. Zudem führt der Abschluss von einer Vielzahl von Einzelverträgen zur Intransparenz über die tatsächlich in den Regionen vorhandenen Versorgungsangebote in der notdienstlichen Akutversorgung. Demgegenüber ist die bundeseinheitliche Festlegung der zentralen Strukturanfor-

derungen erforderlich. Der G-BA ist hierfür das geeignete Gremium. Vor dem Hintergrund der hohen Anzahl erforderlicher INZ erscheint es auch nicht praktikabel, für jedes INZ ein eigenes Organisationsgremium zu bilden.

Die in § 123b Absatz 1 SGB V (neu) vorgesehene Möglichkeit zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche ist dem Grunde nach zu begrüßen. Nach dem Wortlaut des Referentenentwurfes ist die Regelung jedoch als „Kann-Regelung“ formuliert, ohne dass bundeseinheitlich verbindliche Kriterien für die Gründung oder Nichtgründung von INZ für Kinder und Jugendliche zur Verhinderung des drohenden Flickenteppichs bei der Einrichtung zur Verfügung stehen. Vor diesem Hintergrund sind auch für die Einrichtung von INZ für Kinder und Jugendliche durch den G-BA bundeseinheitliche Kriterien (insbesondere zur Standortauswahl und zu Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung) zu entwickeln. Die erweiterten Landesausschüsse sollten die geeigneten Krankenhausstandorte dann unter Beachtung dieser Kriterien festlegen.

#### Änderungsvorschlag:

Wie bereits oben zu Nummer 6 ausgeführt, werden zur Schaffung einer einheitlichen Planungsgrundlage für die bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung folgende Änderungen in **§ 101 SGB V** vorgeschlagen:

In § 101 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Nummer 3a die folgende Nummer 3b eingefügt:

*„3b. allgemeine Voraussetzungen, nach denen der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a Feststellungen gemäß § 123, 123a und 123b trifft.“*

Dem § 101 wird folgender Absatz angefügt:

*„(7) Die allgemeinen Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3b umfassen insbesondere die folgenden Kriterien:*

- 1. eine Planungsregion z. B. eine Planung auf Kreis- bzw. Bezirksebene in Großstädten,*
- 2. eine Kapazitätsplanung mit Bevölkerungsbezug z. B. mittels einer Verhältniszahl, die den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten für die notdienstliche Akutversorgung der Bevölkerung in Notdienstpraxen abbildet und die Festlegung der maximalen personellen Kapazitäten je Notdienstpraxis,*
- 3. sachliche und personelle Mindestanforderungen für den Betrieb einer Notdienstpraxis einschließlich der Vorgaben zur Ermittlung von bedarfsgerechten Mindestöffnungszeiten in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen,*
- 4. eine Erreichbarkeit für 95 Prozent der Bevölkerung innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten,*
- 5. mindestens Erfüllung der Anforderungen der Basisnotfallstufe gemäß Abschnitt III der Notfallstufenregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses.*

*Für die Auswahl der Standorte bei mehreren geeigneten Krankenhäusern erfolgt die Auswahl nach der folgenden Reihenfolge:*

- 1. Vorrangigkeit von höheren Notfallstufen der Krankenhäuser*
- 2. Sicherstellungshäuser*
- 3. Vorrangigkeit von höheren stationären Fallzahlen der Krankenhäuser*
- 4. bestehende Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen.“*

Unter konkreter Bezugnahme auf die vorgeschlagenen Änderungen in § 101 SGB V werden für die § 123a SGB V (neu) und § 123b SGB V (neu) die folgenden Änderungen vorgeschlagen:

§123a Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

*„Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt unter Beachtung der Kriterien nach § 101 Absatz 7 bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte zugelassener Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden.“*

In § 123a Absatz 1 werden Satz 2 und Satz 4 gestrichen.

In § 123a Absatz 2 wird Satz 2 gestrichen und in Satz 4 die Nummern 1, 3, 4 und 8 aufgehoben.

In § 123a Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

*„Die Kooperationsvereinbarung ist von dem zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a zu genehmigen.“*

§ 123b Absatz Satz 1 wird wie folgt gefasst:

*„Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt unter Beachtung der Kriterien nach § 101 Absatz 7 die Standorte zugelassener Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden.“*

Änderungsvorschläge im Änderungsmodus.

Zu 123a Absatz 1 und 2:

*„(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt unter Beachtung der Kriterien nach § 101 Absatz 7 bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser, an denen Integrierte Notfallzentren eingerichtet werden. ~~Er legt hierzu zunächst geeignete Planungsregionen zur flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren fest.~~ Ein Krankenhausstandort kann als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum bestimmt werden, wenn*

- 1. die Voraussetzung der Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu*

*einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der Fassung vom 19. April 2018 (BANz AT 18.5.2018 B4), geändert am 20. November 2020 (BANz AT 24.12.2020 B2), erfüllt sind und*

2. *keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen.*

~~Bei der Standortfestlegung sollen insbesondere folgende Kriterien berücksichtigt werden:~~

- ~~1 die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Fahrzeitminuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,~~
- ~~2 die Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,~~
- ~~3 die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Personennahverkehr und~~
- ~~4 die Möglichkeiten der Kooperation mit Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren in der Nähe des Krankenhauses.~~

*Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums gleich geeignet sind, sollen Krankenhausstandorte bevorzugt werden,*

1. *die eine höhere Notfallstufe gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der in Satz 3 Nummer 1 genannten Fassung erfüllen oder eine nach anderen objektiven Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,*
2. *die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten und*
3. *in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.*

*Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a kann abweichend von den Sätzen 3 bis 5 einen Krankenhausstandort bestimmen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Die Bestimmung eines Krankenhausstandorts durch den erweiterten Landesausschuss nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet. Widerspruch und Klage haben keine aufschiebende Wirkung.“*

*(2) Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums nach Absatz 1 Satz 1 bestimmt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung. Die Kooperationsvereinbarung ist von dem zuständigen erweiterten Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a zu genehmigen. Sie richten ein gemeinsames Organisationsgremium zur operativen Umsetzung der Zusammenarbeit und eines gemeinsamen Qualitätsmanagements ein. Die Koope-*

rationspartner sind befugt, die für das gemeinsame Qualitätsmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten. In der Kooperationsvereinbarung nach Satz 1 ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren

- ~~1. zu dem gemeinsamen Organisationsgremium nach Satz 2,~~
2. zur Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis nach § 123 Absatz 1 Satz 6,
- ~~3. zur Durchführung der Ersteinschätzung nach § 123 Absatz 2 bis zu dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 123 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 festgelegten Zeitpunkt,~~
- ~~4. zur Organisation und zur personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle einschließlich der Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals,~~
5. zur Anmietung oder eigenen Gestellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis,
6. zur Ausgestaltung der Ausschreibung des gemäß § 123 Absatz 5 abzuschließen-den Versorgungsvertrags nach § 12b Apothekengesetz einschließlich der Möglichkeit der Anmietung oder Gestellung von Räumlichkeiten durch oder für Apotheken,
7. zur Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis einschließlich Nutzungsentgelten,
- ~~8. zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in die Kooperationspraxis,~~
9. zu Regelungen für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung oder für den Fall, dass die Kooperationspraxis zu den Zeiten nach Satz 4 oder 5 nicht geöffnet hat.

Die Notdienstpraxis ist im Rahmen der Kooperation mindestens an Wochenenden und Feiertagen von 9 bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag von 14 bis 21 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 18 bis 21 Uhr zu öffnen. Kürzere Öffnungszeiten können in der Kooperationsvereinbarung festgelegt werden, soweit aufgrund von empirischen Daten belegbar ist, dass die Öffnungszeiten nach Satz 4 aufgrund der tatsächlichen regionalen Inanspruchnahme unwirtschaftlich sind. Entsprechende vertragliche Regelungen nach Satz 4 können als Rahmenvertrag in dreiseitigen Verträgen nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 landesweit vorgegeben werden.“

Zu 123b Absatz 1:



*„(1) Der erweiterte Landesausschuss nach § 90 Absatz 4a bestimmt unter Beachtung der Kriterien nach § 101 Absatz 7 ~~kann~~ Standorte zugelassener Krankenhäuser ~~bestimmen~~, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden. Bis zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] hat er erstmals über die Einrichtung von Standorten nach Satz 1 zu entscheiden. Ein Krankenhausstandort kann als Standort für ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche bestimmt werden, wenn*

- 1. die Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung Kinder gemäß der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Regelungen zu einem gestuften System der Notfallversorgung in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 in der Fassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), geändert am 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2), erfüllt sind und*
- 2. keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen.“*

Prof. Josef Hecken  
(Unparteiischer Vorsitzender)

Dr. Monika Lelgemann MSc  
(Unparteiisches Mitglied)

Karin Maag  
(Unparteiisches Mitglied)