



**Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen  
Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)  
vom 03.12.2025**

**zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für  
Gesundheit zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung  
(NotfallG)**

## I. Allgemeines

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) begrüßen die mit dem vorliegenden Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung verbundenen Zielsetzungen uneingeschränkt. Sie nehmen im nachfolgenden Umfang zum Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung Stellung. Zu weiteren Aspekten wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des G-BA auf eine Stellungnahme verzichtet.

Mit dem Gesetzentwurf 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 (vgl. hierzu mit Verweis auf die Vorgaben des EU-Beihilferecht auch *Soltész/Buchner*<sup>1</sup>). 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 krankenhausindividuell 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 Notfallversorgung ist es entscheidend, dass der G-BA zentrale Vorgaben auf Bundesebene festlegt. Diese Vorgaben dienen den erweiterten Landesausschüssen dann als Rahmen für ihre Entscheidungen in den Regionen (vgl. aus raumplanerischer Perspektive auch *Erbguth*<sup>2</sup>). Die Kooperationsverträge für die einzelnen INZ sollten diese Vorgaben verpflichtend enthalten und konkret umsetzen.

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 aus-

---

<sup>1</sup> Soltész, U/Buchner R: Lauterbach auf Konfrontationskurs zu Brüssel (EuZW 2024 Heft 15, S. 685 ff.)

<sup>2</sup> Erbguth W: Integrierte Notfallversorgung. Erweiterte Landesausschüsse als Raumplaner? (KrV 05.24, S. 177 ff.)

reichender 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 werden abgelehnt.

Das mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verfolgte Ziel einer bundeseinheitlichen Sicherstellung der Notfallversorgung setzt auch weiterhin eine qualifizierte Ersteinschätzung zur notwendigen Patientensteuerung voraus. Dafür sind entsprechende Vorgaben zur konkreten Ausgestaltung des Verfahrens der Ersteinschätzung sowie zur technischen Ausstattung des Instruments der Ersteinschätzung erforderlich. Unverzichtbar bleiben dabei die Konkretisierung des medizinischen Behandlungsbedarfs und die Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene. Diese zentralen Bausteine sind bereits in der vom G-BA beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie enthalten.

Durch die beabsichtigten Neuregelungen in § 123a Absatz 2 SGB V (neu) sowie in § 123 Absatz 2 SGB V (neu) wird die bundeseinheitliche Ausgestaltung und Umsetzung des Ersteinschätzungsverfahrens verhindert und künstlich aufgesplittet in vorrangig technische Vorgaben auf Bundesebene und strukturelle Vorgaben auf Ebene der einzelnen INZ. Eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung ist somit nicht möglich.

Die vorgesehene Reform der Notfallversorgung ordnet Rettungsfahrten als Notfalltransporte der medizinischen Notfallrettung nach § 30 SGB V zu. Aufgrund des engen Sachzusammenhangs der Rettungsfahrt zum Gesamtvergäng der medizinischen Notfallrettung ist dies sachgerecht und wird begrüßt. Ebenso zu begrüßen ist die aus diesem Anlass vorgesehene Neustrukturierung der bisherigen Regelung der Fahrkosten in § 60 SGB V. Hierbei werden Krankentransportflüge neben den bisher im Gesetz unterschiedenen Transportmitteln erstmals aufgeführt. In dem aktuellen Gesetzesentwurf wird jedoch nicht deutlich, wie sich Krankentransportflüge neben den anderen bestehenden Transportmöglichkeiten einfügen.

Prof. Josef Hecken  
(Unparteiischer Vorsitzender)

Karin Maag  
(Unparteiisches Mitglied)

Dr. med. Bernhard van Treeck  
(Unparteiisches Mitglied)

## II. Spezifische Kommentare, die konkrete Teile des Dokuments betreffen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
<b>Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>			
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	<p><u>Bewertung:</u></p> <p>Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen die Ausgliederung der Rettungsfahrten aus den allgemeinen Regelungen über Fahrkosten in § 60 und deren am Sachzusammenhang orientierte Zuordnung zur medizinischen Notfallrettung im neuen § 30.</p> <p>Auch die anlässlich dessen vorgesehene Neustrukturierung der bisherigen Regelung der Fahrkosten in § 60 SGB V ist zu begrüßen, da sie zur Normklarheit beiträgt. Gleichermaßen gilt für die Einführung bzw. Konkretisierung der Legaldefinitionen für Krankentransporte und Krankenfahrten in den Absätzen 3 und 4 des § 60, die, ausweislich der Krankentransport-Richtlinie, dem Verständnis des G-BA entsprechen.</p> <p>Es wird jedoch eine gesetzliche Klarstellung in § 60 Absatz 3 Satz 3 empfohlen.</p> <p>Wie bereits dargestellt, führt der Gesetzentwurf nunmehr erstmals in § 60 Absatz 1 Satz 1 SGB V Krankentransportflüge als Transportform neben Krankenfahrten und Krankentransporten an und verweist darauf, dass die Versicherten in dem durch Absatz 2 bestimmten Umfang, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, Anspruch auf Übernahme der Kosten haben. Der Absatz 2 nimmt hingegen für die Übernahme der Kosten ausweislich seines Wortlautes ausschließlich Bezug auf Krankenfahrten und Krankentransporte. Ausweislich der Gesetzesbegründung ist jedoch intendiert, dass</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>der Absatz 2 auch für Krankentransportflüge gilt, soweit sich aus den einzelnen Regelungen nichts anderes ergibt. Aus § 60 Absatz 1 Satz 2 lässt sich lediglich ableiten, dass sich die Wahl des Transportmittels nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall richtet. Darüber hinaus sieht § 60 Absatz 3 Satz 4 SGB V vor, dass die für Krankentransporte geltenden Regelungen des Absatzes 3 entsprechend für Krankentransportflüge gelten. Es wird insoweit nicht klar, wie sich Krankentransportflüge neben den anderen Transportmöglichkeiten einfügen. Zur Umsetzung der dem G-BA in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V zustehenden Regelungskompetenz sollte deutlich werden, welche Vorgaben bereits das Gesetz für die Krankentransportflüge vorgibt und welcher Gestaltungsspielraum dem G-BA verbleibt. Unter Berücksichtigung dieser Ausführungen sowie der in der Gesetzesbegründung angegebenen Regelungsintention, dass die Krankenkassen unter der Maßgabe von § 60 Absatz 2 auch die Kosten für Krankentransportflüge übernehmen, schlagen die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA die folgende Änderung vor.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p style="text-align: center;">„§ 60</p> <p style="text-align: center;"><i>Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten</i></p> <p style="text-align: center;">(…)</p> <p style="text-align: center;"><i>(3) Krankentransporte sind Fahrten mit medizinisch-fachlicher Betreuung, die in Kraftfahrzeugen durchgeführt werden, die über die besondere Einrichtung</i></p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p><i>eines Krankenkraftwagens verfügen. Krankentransporte werden für Versicherte durchgeführt, die einer solchen Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt bedürfen oder deren Zu-stand erwarten lässt, dass eine solche Betreuung oder Einrichtung während der Fahrt erforderlich ist. In dem in Absatz 2 Nummer 4 genannten Fall übernimmt die Kranken-kasse die Kosten für einen Krankentransport, wenn sie diesen vorher genehmigt hat. Die Regelungen <b>dieses Absatzes-für Krankentransporte</b> gelten entsprechend für Krankentransportflüge. (...)"</i></p> <p>Zur Vermeidung von Missverständnissen werden ferner folgende Klarstellungen in der Gesetzesbegründung zu § 60 Absatz 2 Nummer 4 SGB V (S. 55 oben) angeregt:</p> <p>Die aktuelle Formulierung „<i>Es wird nun für Krankenfahrten vielmehr an die Ausnahmetatbestände nach § 8 der Richtlinie (...) angeknüpft.</i>“ erweckt den Eindruck, als habe der G-BA mit der Gesetzesänderung erstmalig Ausnahmetatbestände für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung zu regeln. Der Regelungsauftrag des G-BA ist aber nicht neu, sondern soll offenbar unverändert fortgelten. Daher sollte das Wort „vielmehr“ vor den Worten „an die Ausnahmetatbestände nach § 8 der Richtlinie“ durch das Wort „ausschließlich“ ersetzt werden. Ferner erscheint es durch die Aufzählung eines einzelnen Ausnahmetatbestandes in dem Folgesatz „<i>Ein Ausnahmetatbestand liegt vor, wenn (...)</i>“, als gelte nur dieser eine. Ausnahmetatbestände für Fahrten zur ambulanten Behandlung sind darüber hinaus auch etwa in den Fällen des § 8</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Absatz 3 und Absatz 4 der Krankentransport-Richtlinie geregelt. Daher wird angeregt, in diesem Satz der Gesetzesbegründung ein „insbesondere“ zu ergänzen.
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	<p><u>Bewertung:</u></p> <p>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 der Aufbau unterschiedlicher Versorgungsstrukturen in den Bundesländern ermöglicht. Um diesen rechtlich fragwürdigen Aufbau unterschiedlicher Strukturen der Notfallversorgung zu verhindern, sollte der Bundesgesetzgeber eine verbindliche, bundeseinheitliche Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten schaffen. Denkbar wären hier beispielsweise konkrete Vorgaben zur räumlichen Abgrenzung der Planungsregion oder zum Verhältnis zwischen Einwohnern und INZ. Dazu kann er den Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Entwicklung der entsprechenden bundeseinheitlichen Vorgaben beauftragen. Auf der Basis dieser Vorgaben könnte dann die Auswahl und Bestimmung der jeweiligen INZ-Standorte durch die erweiterten Landesausschüsse erfolgen.</p>
16	§ 120	• Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung	<p><u>Bewertung:</u></p> <p>Als Rechtsaufsichtsbehörde hat das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V die Ersteinschätzungs-Richtlinie mit Bescheid vom 12. Oktober 2023 in ihrer Gesamtheit beanstandet.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)</li> </ul>	<p>Gegen diese offensichtlich rechtswidrige Beanstandung hat der G-BA fristgerecht Rechtsmittel vor dem Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg eingelegt. Ziel der Ersteinschätzungs-Richtlinie ist eine bessere Koordination der ärztlichen Behandlung von Hilfesuchenden durch ein standardisiertes und qualifiziertes Verfahren, das durch ein digitales Assistenzsystem unterstützt wird. Dadurch soll sichergestellt werden, 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 infolge der Beanstandung durch das BMG nicht in Kraft treten. Dadurch kann bis auf Weiteres auch die dringend erforderliche Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser nicht erreicht werden.</p> <p>Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA lehnen die Aufhebung des Regelungsauftrags 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 Gesetzentwurf 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. Dabei bleiben die Konkretisierung des</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>medizinischen Behandlungsbedarfs und die Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene unverzichtbar. Die zentralen Bausteine, die damit adressiert werden, liegen mit der vom G-BA beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie bereits vor.</p> <p>Durch die beabsichtigten Neuregelungen in § 123 SGB V (neu) sowie in den §§ 123a und 123b SGB V (neu) wird die bundeseinheitliche Ausgestaltung und Umsetzung des Ersteinschätzungsverfahrens konterkariert. Das Verfahren wird künstlich in vorrangig technische Vorgaben auf Bundesebene und strukturelle sowie personelle Vorgaben auf Ebene der einzelnen INZ aufgesplittet. Eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung wird damit verhindert.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <p>Auf die Aufhebung der Regelung in § 120 Absatz 3b SGB V wird verzichtet.</p> <p>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 Inkrafttreten.</p>
	§ 123a	<p>Einrichtung von INZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien</li> <li>• Kooperationsvereinbarung zur Durchführung der Ersteinschätzung</li> </ul>	<p><u>Bewertung:</u></p> <p>Parallel zur Übertragung neuer Aufgaben auf die erweiterten Landesausschüsse gemäß § 123a Absatz 1 SGB V (neu) erhalten die Bundesländer auch weitgehende Rechte zur Festlegung von INZ-Standorten im Sinne einer Ersatzvornahme gemäß § 90 Absatz 4a SGB V (neu), sofern der erweiterte Landesausschuss nicht fristgerecht zu einer Mehrheitsentscheidung gekommen ist. Dadurch wird den Bundesländern die Möglichkeit zum Aufbau unterschiedlicher Strukturen eröffnet. Um diesen auch rechtlich</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<p>sowie zur Organisation und personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV</li> </ul>	<p>fragwürdigen Aufbau unterschiedlicher Strukturen der Notfallversorgung zu verhindern, sollte der Bundesgesetzgeber eine verbindliche, bundesweit einheitliche Planungsgrundlage für die Festlegung von INZ-Standorten schaffen. Ein bundeseinheitlicher Rahmen erleichtert nicht nur die Entscheidungsfindung auf regionaler Ebene, sondern ist auch ein zentraler Baustein für eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung (vgl. hierzu auch <i>Erbguth</i>).</p> <p>Vor diesem Hintergrund ist auch der in § 123a Absatz 1 SGB V (neu) aufgeführte Kriterienkatalog kritisch zu bewerten. Es fehlt eine bundeseinheitliche Vorgabe zur konkreten räumlichen Bestimmung der Planungsregion. Zudem fehlen bundeseinheitliche Richtgrößen, die festlegen, wie viele Einwohner einer Planungsregion von einem INZ versorgt werden sollen, sowie ein Ansatz, um den Bevölkerungsbezug mit der benötigten Zahl an ärztlichen Kapazitäten eines INZ in Verbindung zu bringen.</p> <p>Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen zwar, dass der Regelungsvorschlag bei der Standortauswahl eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Krankenhausstandorten vorsieht, es fehlen jedoch konkrete Vorgaben für eine bevölkerungsbezogene Obergrenze sowie eine Kapazitätsbetrachtung der KV-Notdienstpraxen.</p> <p>Gemäß § 123a Absatz 2 SGB V (neu) müssen Strukturvorgaben in einer Vielzahl von Einzelverträgen zwischen Krankenhausträgern und KVen festgelegt werden. Dadurch wird die zwingend erforderliche bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung nicht nur vereitelt, sondern geradezu ins Gegenteil verkehrt. Des Weiteren stellen Einzelverträge dieser Art einen erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand dar. Zudem führt der Abschluss einer Vielzahl von Einzelverträgen zu Intransparenz</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>über die tatsächlich in den Regionen vorhandenen Versorgungsangebote in der notdienstlichen Akutversorgung. Erforderlich ist demgegenüber eine bundeseinheitliche Festlegung der zentralen Strukturanforderungen. Dazu gehört insbesondere die in § 123a Absatz 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V (neu) adressierte Regelung von Vorgaben zur Durchführung der Ersteinschätzung sowie zur Organisation und personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle.</p> <p>In der Gesamtschau der beabsichtigten Neuregelungen in § 123 SGB V (neu) sowie in den §§ 123a und 123b SGB V (neu) wird offensichtlich, dass die bundeseinheitliche Ausgestaltung und Umsetzung des Ersteinschätzungsverfahrens mit diesen Regelungsinstrumenten nicht erreicht wird. Vielmehr ist das Gegenteil zu erwarten. Das Verfahren wird künstlich in vorrangig technische Vorgaben auf Bundesebene und strukturelle sowie personelle Vorgaben auf Ebene der einzelnen INZ aufgesplittet. Eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung wird damit verhindert. Der G-BA ist für die Regelung der für eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung erforderlichen bundeseinheitlichen Vorgaben das geeignete Gremium.</p>
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	<p><u>Bewertung:</u></p> <p>Die in § 123b Absatz 1 SGB V (neu) vorgesehene Möglichkeit zur Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) für Kinder und Jugendliche ist grundsätzlich zu begrüßen. Nach dem Wortlaut des Gesetzentwurfs ist die Regelung jedoch als „Kann-Regelung“ formuliert, ohne dass bundeseinheitlich verbindliche Kriterien für die Gründung oder Nichtgründung von INZ zur Verfügung stehen, um den drohenden Flickenteppich bei</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>der Einrichtung zu verhindern. Vor diesem Hintergrund sind durch den Bundesgesetzgeber bundeseinheitliche Kriterien für die Einrichtung von INZ für Kinder und Jugendliche festzulegen, insbesondere zur Standortauswahl und zu Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung. Die erweiterten Landesausschüsse sollten die geeigneten Krankenhausstandorte unter Beachtung dieser Kriterien festlegen.</p>
	§ 123c	<p><b>Ersteinschätzung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat</li> <li>• Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung</li> <li>• Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen</li> </ul>	<p><u>Bewertung:</u></p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Grundsätzlich kann positiv bewertet werden, dass der Entwurf vorsieht, dass der G-BA bundeseinheitliche Mindestanforderungen, insbesondere für die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen an INZ, sowie Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument festlegen soll.</p> <p>Der Entwurf geht jedoch nicht auf die Frage ein, wie die konkreten Vorgaben für ein solches Instrument losgelöst von der Festlegung der Qualifikationsanforderungen an das Personal, das die Ersteinschätzung durchführt, aussehen sollen. Ein fundamentaler Fehler des Entwurfs ist, dass die Entwicklung eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstruments weiterhin beim G-BA angesiedelt ist, ohne dass auch die zentralen Bestandteile der personellen Anforderungen durch den G-BA normativ ausgestaltet werden. Der im Entwurf formulierte Ansatz führt zu intransparenten krankenhausindividuellen Regelungen, die der zwingend erforderlichen bundeseinheitlichen Sicherstellung der Notfallversorgung entgegenstehen.</p> <p>Vor diesem Hintergrund ist es offensichtlich wenig zielführend, die zentralen Strukturvorgaben für INZ auf drei verschiedene Ebenen aufzuteilen (Bund, Bundesland und</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung</li> <li>• EBM für Ersteinschätzung</li> </ul>	<p>individuelle Kooperationsverträge). Zielführend ist demgegenüber ein Ansatz, bei dem zentrale Vorgaben bundeseinheitlich festgelegt werden, die dann im Rahmen der Entscheidungen der erweiterten Landesausschüsse unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten umgesetzt werden (vgl. hierzu auch <i>Erbguth</i>). Dabei gilt es, auch bei der individuellen Ausgestaltung der Kooperationsverträge für die einzelnen INZ die zentralen bundeseinheitlichen Vorgaben zu beachten.</p> <p>In der Gesamtschau der beabsichtigten Neuregelungen in § 123 SGB V (neu) sowie in den §§ 123a und 123b SGB V (neu) wird offensichtlich, dass die bundeseinheitliche Ausgestaltung und Umsetzung des Ersteinschätzungsverfahrens konterkariert wird. Das Verfahren wird künstlich in vorrangig technische Vorgaben auf Bundesebene und strukturelle sowie personelle Vorgaben auf Ebene der einzelnen INZ aufgesplittet. Eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung wird damit verhindert.</p> <p>Der G-BA ist für die Regelung der für eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung erforderlichen bundeseinheitlichen Vorgaben das geeignete Gremium.</p>
	Ggf. weitere Anmerkungen	Anpassung der Regelungen in § 5 Absatz 2 Satz 8 sowie § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG	Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVG) wurde ausdrücklich geregelt, dass Sicherstellungszuschläge auch dann vereinbart werden können, wenn ein Krankenhaus an dem jeweiligen Standort die Anforderungen an die Notfallversorgung nach den Vorgaben des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V nicht erfüllt und nicht am gestuften System der Notfallstrukturen teilnimmt. Damit werden zwingend erforderliche Mindestanforderungen von der finanziellen Förderung strukturell entkoppelt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Die Sicherstellungszuschläge sollten gemäß der Intention des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) von 2015 jedoch gezielt diejenigen Krankenhäuser unterstützen, die tatsächlich zur Notfallversorgung beitragen, aber wirtschaftlich nicht überlebensfähig sind. Der Gesetzgeber hat damals unmissverständlich betont, dass eine Notfallversorgung in Sicherstellungskrankenhäusern notwendig vorzuhalten ist. Diese Zielsetzung wurde durch die Neuregelung im KHVVG unterlaufen. Nun können auch Krankenhäuser ohne die für eine Notfallversorgung zwingend erforderlichen Vorhaltungen und ohne entsprechend qualifiziertes Personal dauerhaft als Sicherstellungseinrichtungen geführt werden. Dadurch droht eine strukturelle Dequalifizierung der Versorgung. Zwar erreichen Patientinnen und Patienten rechnerisch innerhalb von 30 Minuten ein Krankenhaus, doch kann dieses keine adäquate Notfallversorgung leisten.</p> <p>Hinzu kommt ein weiterer systematischer Widerspruch: Der vorliegende Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung sieht in zutreffender Weise vor, dass nur Krankenhäuser, die mindestens die Anforderungen der Basisnotfallstufe erfüllen, als Standorte für Integrierte Notfallzentren (INZ) in Betracht kommen. Die Notfallstufen des G-BA werden somit zu einem zentralen, planerisch maßgeblichen Kriterium für die künftige Struktur der Notfallversorgung. Es ist umso problematischer, wenn aufgrund der Regelungen in § 5 Absatz 2 Satz 8 sowie § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG keine bundeseinheitlichen Anforderungen an die Notfallversorgung durch Sicherstellungskrankenhäuser gestellt werden. Dadurch werden Standorte finanziell unterstützt, die für die Reformziele nicht nutzbar sind, während zugleich die Zahl potenzieller INZ-Standorte reduziert wird.</p>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<p>Vor diesem Hintergrund sollte die im KHVVG eingeführten Regelungen gestrichen werden, um eine kohärente, qualitätsgesicherte und verlässliche Notfallversorgung in Deutschland sicherzustellen.</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. § 5 Absatz 2 Satz 8 KHEntgG wird gestrichen.</li> <li>2. § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt:  <i>„6. jährlich zum 30. Juni eine Liste der Krankenhausstandorte, der Kinderkrankenhausstandorte und der Krankenhausstandorte mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen;“</i></li> </ol>