

**Stellungnahme der unparteiischen
Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
vom 07.09.2026**

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein

**Gesetz zur Reform der Notfallversorgung
(Drucksache 21/6808)**

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.

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*¹). Vor diesem Hintergrund ist es ausdrücklich zu begrüßen, dass der Entwurf die Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens weiterhin vorsieht. Eine bundesweit qualitätsgesicherte und standardisierte Ersteinschätzung in allen Krankenhäusern ist aus Sicht der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA das zentrale Element, um die mit dem Gesetz bezweckte effiziente Steuerung von Hilfesuchenden in die bedarfsgerechte Versorgungsebene und eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung bundeseinheitlich sicherzustellen.

Mit den bisher beabsichtigten Neuregelungen werden die zentralen Strukturanforderungen, wie die Anforderungen an das Personal und die Voraussetzungen für die Weiterleitung an die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, weiterhin nicht bundesweit einheitlich, sondern krankenhausindividuell festgelegt. Damit wird das Ziel einer bundeseinheitlichen Sicherstellung der Notfallversorgung konterkariert. Es ist wenig sinnvoll, die wesentlichen Strukturanforderungen für Integrierte Notfallzentren (INZ) auf drei verschiedene Ebenen aufzuteilen: den G-BA, die erweiterten Landesausschüsse und individuell abzuschließende Kooperationsverträge.

Für eine bundesweit einheitliche und gleichwertige Notfallversorgung ist es entscheidend, dass der Gesetzgeber selbst oder 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*²). Die Kooperationsverträge für die einzelnen INZ sollten diese Vorgaben verpflichtend enthalten und konkret umsetzen.

Das mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verfolgte Ziel einer bundeseinheitlichen Sicherstellung der Notfallversorgung setzt auch weiterhin eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung zur notwendigen Patientensteuerung voraus. Dafür sind entsprechende Vorgaben zur konkreten Ausgestaltung des Verfahrens der Ersteinschätzung, zum Personal sowie zur technischen Ausstattung des Instruments der Ersteinschätzung erforderlich. Unverzichtbar bleiben dabei die Konkretisierung des medizinischen Behandlungsbedarfs und die Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebene für alle Patientinnen und Patienten, die

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

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

ins Krankenhaus gebracht werden oder dieses selbst aufsuchen. Diese zentralen Bausteine sind bereits in der vom G-BA beschlossenen Ersteinschätzungs-Richtlinie enthalten.

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.

Sofern dem nicht gefolgt wird, bedarf es jedenfalls weiterer Anpassungen in § 120 Absatz 3b (neu) sowie in §§ 123 bis 123c SGB V (neu), um die mit dem Gesetz bezweckte effiziente Steuerung von Hilfesuchenden in die bedarfsgerechte Versorgungsebene bundeseinheitlich sicherzustellen. Eine bundesweit standardisierte und qualitätsgesicherte Ersteinschätzung sollte den tatsächlichen Versorgungsbedarf unabhängig von Art und Ort der Erstvorstellung der Patientinnen und Patienten ermitteln und sie in die für sie jeweils geeignete Versorgungsebene weiterleiten. Darüber hinaus bedarf es einheitlicher Anforderungen an das die Ersteinschätzung durchführende Personal auf Bundesebene in den zentralen Ersteinschätzungsstellen der INZ und den Krankenhäusern, an denen kein INZ nach §§ 123a oder 123b SGB V (neu) eingerichtet ist. Eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung ist ansonsten nicht möglich.

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA 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.

Dr. Sonja Optendrenk
(Unparteiische Vorsitzende)

Karin Maag
(Unparteiisches Mitglied)

Dr. med. Bernhard van Treeck
(Unparteiisches Mitglied)

II. Spezifische Kommentare, die konkrete Teile des Dokuments betreffen

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch			
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	<u>Bewertung:</u> Parallel zur Übertragung neuer Aufgaben auf die erweiterten Landesausschüsse in § 90 Absatz 4a SGB V (neu) erhalten auch die Bundesländer nunmehr in § 123a Absatz 1 Satz 9 f. 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 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. Für die erforderliche bundeseinheitliche Anwendung der Kriterien zur Auswahl der geeigneten Standorte zur Einrichtung eines INZ bedarf es zudem der gesetzlichen Verpflichtung zur Berücksichtigung der Auswahlkriterien auch im Wege der Ersatzvornahme bei fehlender fristgerechter Festlegung der erweiterten Landesausschüsse (vgl. Vorschläge zu §§ 123, 123a).

16	§ 120 Abs. 3b	• Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c) • Ersteinschätzung als Vergütungsvoraussetzung	<u>Bewertung:</u> Als Rechtsaufsichtsbehörde hat das BMG 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 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. 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 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. Um das für die bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung wichtige Verfahren der Ersteinschätzung in der Praxis etablieren zu können, muss das BMG unverzüglich die Nichtbeanstandung der Ersteinschätzungs-Richtlinie als Voraussetzung für deren Inkrafttreten erklären. <u>Änderungsvorschlag:</u> Auf die Aufhebung der Regelung in § 120 Absatz 3b SGB V wird verzichtet. <u>Alternative:</u> Sofern dem nicht gefolgt wird, sind aus Sicht der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA zumindest die nachfolgenden Änderungen in § 120 Absatz 3b sowie die zu §§ 123 bis 123c SGB V (neu) formulierten Anpassungen erforderlich. Für eine qualitätsgesicherte und bundesweit gleichwertige Anwendung des Ersteinschätzungsverfahrens bedarf es zusätzlich insbesondere einheitlicher Anforderungen an das die Ersteinschätzung durchführende Personal auf Bundesebene in den zentralen Ersteinschätzungsstellen der INZ und den Krankenhäusern, an denen kein INZ nach §§ 123a oder 123b SGB V (neu) eingerichtet ist. Dafür ist der G-BA das geeignete Gremium. Dementsprechend sollte der Regelungsauftrag an den G-BA in § 123c Absatz 1 SGB V (neu) ergänzt werden. Die nunmehr mit § 120 Absatz 3b SGB V (neu) adressierte Ersteinschätzung nach § 123c Absatz 1 Satz 1 SGB V als Vergütungsvoraussetzung in Krankenhäusern ohne INZ wird ausdrücklich begrüßt. Damit soll nach der Gesetzesbegründung die nach § 123c zu regelnde Ersteinschätzung Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der ambulanten Notfallbehandlung an einem Krankenhausstandort ohne INZ sein und diese unabhängig von ihrem Ergebnis vergütet werden, wenn die Richtlinie nachweislich eingehalten wurde. Regelungsinhalte für die Richtlinie nach § 123c SGB V (neu) sind nicht
--	--	--	--



		nur in § 123c Absatz 1 Satz 1 SGB V (neu), sondern auch in den folgenden Sätzen enthalten. Zur Klarstellung sollte daher in § 120b Absatz 3b SGB V insgesamt auf die einzuhaltenden Vorgaben zur Ersteinschätzung in der Richtlinie nach § 123c Absatz 1 Satz 1 SGB V verwiesen werden. <u>Alternativer Änderungsvorschlag:</u> <i>[§ 120] Absatz 3b wird durch den folgenden Absatz 3b ersetzt:</i> <i>„(3b) 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 selbständig aufgesucht haben, an einem 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 nach den Vorgaben der Richtlinie gemäß in § 123c Absatz 1 Satz 1 genannte erfolgte Ersteinschätzung ergeben hat, dass eine Behandlung an dem jeweiligen Krankenhausstandort erfolgen kann. Unabhängig von dem in Satz 1 genannten Ergebnis besteht ein Vergütungsanspruch für die Durchführung der nach den Vorgaben der Richtlinie gemäß in § 123c Absatz 1 Satz 1 genannten erfolgten Ersteinschätzung. Die Ersteinschätzung kann als Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 erfolgen.“</i>
--	--	---

	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ)	<u>Bewertung:</u> Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen die flächendeckende Einrichtung von INZ nach §§ 123 ff. SGB V (neu) und die mit § 123c Absatz 1 SGB V (neu) weiterhin beabsichtigte Einführung eines qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in allen Krankenhäusern. In der Gesamtschau der beabsichtigten Neuregelungen wird jedoch ersichtlich, dass eine bundeseinheitliche Ausgestaltung und Umsetzung des Ersteinschätzungsverfahrens mit diesen Regelungsinstrumenten bisher nicht erreicht wird. Die qualitätsgesicherte und bundesweit gleichwertige Anwendung des Ersteinschätzungsverfahrens muss unabhängig vom Ort oder der Art der Erstvorstellung der Patientinnen und Patienten erfolgen. Auch für Versicherte, die sich nach dem Notfalltransport im Sinne des § 30 Absatz 5 SGB V (neu) und der zuvor erfolgten notfallmedizinischen Versorgung nicht in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder bei denen keine lebensbedrohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. keine schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten ohne unverzügliche medizinische Versorgung (mehr) zu befürchten ist (kein rettungsdienstlicher Notfall nach § 30 Absatz 1 Satz 2 SGB V), sollte im INZ ebenfalls eine standardisierte und qualitätsgesicherte Ersteinschätzung nach den Vorgaben der Richtlinie gemäß § 123c Absatz 1 erfolgen. Dementsprechend sollte § 123 Absatz 2 Satz 1 SGB V (neu) dahingehend ergänzt werden. Klarstellend sollte in § 123 Absatz 2 Satz 3 SGB V (neu) zudem auf die Vorgaben der Richtlinie nach § 123c Absatz 1 Satz 1 SGB V insgesamt verwiesen werden. Darüber hinaus wäre als Folgeänderung zum Anpassungsvorschlag zu § 123c eine Verweisanpassung hinsichtlich des in der Richtlinie genannten Zeitpunkts erforderlich, ab dem die Ersteinschätzung auf der Grundlage des vom G-BA vorgesehenen Ersteinschätzungsinstrumentes erfolgt.
--	-------	----------------------------------	--



		<u>Änderungsvorschlag:</u> „§ 123 Integrierte Notfallzentren (1)[...] (2)Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen oder bei denen nach dem Notfalltransport zum Integrierten Notfallzentrum kein rettungsdienstlicher Notfall nach § 30 Absatz 1 Satz 2 festzustellen ist, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung der jeweiligen Kooperationspraxen. Diese Entscheidung kann als Hilfeleistung nach § 28 Absatz 1 Satz 2 getroffen werden. Ab dem nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 Absatz 2 Nummer 5 bestimmten Zeitpunkt erfolgt die Entscheidung nach Satz 1 mittels der in nach den Vorgaben der Richtlinie gemäß § 123c Absatz 1 Satz 1 genannten Ersteinschätzung. Innerhalb des Integrierten Notfallzentrums [...]. Vgl. zudem die Vorschläge zu §§ 123a bis 123c.
--	--	--

	§ 123a	Einrichtung von INZ • Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien • Kooperationsvereinbarung zur Durchführung der Ersteinschätzung sowie zur Organisation und personellen Besetzung der Ersteinschätzungsstelle, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen • Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV	<u>Bewertung:</u> 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 § 123a Absatz 1 Satz 9 f. 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 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>). Vor diesem Hintergrund ist auch der in § 123a Absatz 1 SGB V (neu) aufgeführte Kriterienkatalog als noch nicht ausreichend zu bewerten. Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen zwar die Vorgabe der Stufe der Basisnotfallversorgung nach den Notfallstufen-Regelungen als notwendige Mindestvoraussetzung für die Einrichtung eines INZ an einem Krankenhausstandort. Es fehlt jedoch für eine sachgerechte Anwendung der Kriterien 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. Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen auch, dass der Regelungsvorschlag bei der Standortauswahl Kriterien für eine Auswahlentscheidung zwischen mehreren geeigneten Krankenhausstandorten vorsieht, es fehlen jedoch auch hier konkrete
--	--------	--	---

			Vorgaben für eine bevölkerungsbezogene Obergrenze sowie eine Kapazitätsbetrachtung der KV-Notdienstpraxen. Für die erforderliche bundeseinheitliche Anwendung der Kriterien zur Auswahl der geeigneten Standorte zur Einrichtung eines INZ bedarf es zudem der gesetzlichen Verpflichtung zur Berücksichtigung der Auswahlkriterien auch im Wege der Ersatzvornahme bei fehlender fristgerechter Festlegung der erweiterten Landesausschüsse. § 123a Absatz 1 Satz 9 ist dem folgend wie im Änderungsvorschlag unten ersichtlich zu ergänzen. Zudem ist hinsichtlich der adressierten Notfallstufen des G-BA auf die aktuelle Fassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.5.2018 B4), die zuletzt durch den Beschluss vom 20. November 2025 (BAnz AT 19.06.2026 B5) geändert worden sind, zu verweisen. Gemäß § 123a Absatz 2 SGB V (neu) müssen Vorgaben 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 über die tatsächlich in den Regionen vorhandenen Versorgungsangebote in der notdienstlichen Akutversorgung. Erforderlich ist demgegenüber eine bundeseinheitliche Festlegung der zentralen Strukturanforderungen. Dazu gehört auch die in § 123a Absatz 2 Nr. 1 SGB V (neu) adressierte Regelung von Vorgaben zur Durchführung der Ersteinschätzung bis zum in der Richtlinie nach §123c Absatz 1 SGB V (neu) bestimmten Zeitpunkt. Jedenfalls ist bei Beibehaltung dieser Einzelverträge die Einhaltung der Vorgaben der Richtlinie nach § 123c Absatz 1 Satz 1 sicherzustellen. Für eine qualitätsgesicherte und bundesweit einheitliche Anwendung dieses Ersteinschätzungsverfahrens bedarf es zudem ergänzender bundeseinheitlicher Anforderungen, wie die Anforderungen an das die Ersteinschätzung durchführende Personal in den zentralen Ersteinschätzungsstellen und den Krankenhäusern, an denen kein INZ nach §§ 123a oder 123b SGB V
--	--	--	---

			(neu) eingerichtet ist. Um Doppelstrukturen und Widersprüche zu vermeiden, sollten die bisher als Rahmenvereinbarung von GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in §123 Absatz 4 vorgesehenen Vorgaben unter anderem zum Personal der Ersteinschätzungsstelle durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 123c Absatz 1 beschlossen werden. Im G-BA wird mit dem GKV-Spitzenverband, der Deutsche Krankenhausgesellschaft, den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den hauptamtlichen unparteiischen Mitgliedern unter Mitberatung von Patientenvertretung und Ländervertretung sowie Einbeziehung wissenschaftlichen Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer, des Verbands der privaten Krankenversicherung und der Berufsorganisationen der Pflege eine besondere Fachexpertise und ein sachgerechter Interessenausgleich gewährleistet. Der G-BA ist daher für die Regelung der für eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung erforderlichen bundeseinheitlichen Vorgaben das geeignete Gremium. Demnach sollte § 123a Absatz 4 wie im Folgenden ersichtlich angepasst oder insgesamt gestrichen und in § 123c Absatz 1 als Regelungsauftrag des G-BA ausgestaltet werden. Änderungsvorschlag: <i>„§ 123a Einrichtung von Integrierten Notfallzentren</i> <i>(1) [...] Kommt eine erstmalige Festlegung der Krankenhausstandorte nach Satz 1 nicht oder teilweise nicht fristgemäß zustande, so hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde die Festlegung der Krankenhausstandorte nach Maßgabe von Satz 1 bis 7</i>
--	--	--	--

			innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in Satz 1 oder der nach Satz 8 verlängerten Frist festzulegen. [...] (2) Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von neun Monaten, nachdem der betreffende Krankenhausstandort als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung; die Rahmenvereinbarungen vorgaben nach Absatz 4 sind zu beachten. [...] In der in Satz 1 genannten Kooperationsvereinbarung ist insbesondere das Nähere zu vereinbaren zur 1. Vornahme der in § 123 Absatz 2 Satz 1 genannten Entscheidung bis zu dem nach § 123c Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 bestimmten Zeitpunkt, 2. Sicherstellung der Einhaltung der Vorgaben der Richtlinie nach § 123c Absatz 1 Satz 1, 2.3. Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis und 3.4. Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses einschließlich der hierfür zu entrichtenden Entgelte. (3) [...] (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen bis zum ... [einsetzen: Datum dreisechs sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 11 Absatz 1] in einer Rahmenvereinbarung der Richtlinie nach § 123c Absatz 1 Satz 1 Vorgaben zur Zusammenarbeit in Integrierten Notfallzentren insbesondere 1. zu Grundsätzen der Organisation eines Integrierten Notfallzentrums,
--	--	--	---



			2. zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals, 3. zur Vernetzung und interoperablen, digitalen Fallübergabe innerhalb des Integrierten Notfallzentrums sowie zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und einer Kooperationspraxis, 4. zu den Voraussetzungen für die Weiterleitung von Hilfesuchenden in eine Kooperationspraxis, 5. für den Fall wiederholter und schwerwiegender Verstöße gegen die Kooperationsvereinbarung und 6. zur Ausgestaltung der Übernahme der Aufgaben der Notdienstpraxis durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 teilnehmenden zugelassenen Leistungserbringer in dem in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Fall. <u>Kommt eine Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a Absatz 2. Die jeweiligen Parteien der Kooperationsvereinbarung können in der Kooperationsvereinbarung ergänzende und, sofern dies aufgrund lokaler Besonderheiten notwendig ist, abweichende Regelungen zu den Vorgaben der Rahmenvereinbarung vorsehen.“</u>
--	--	--	--

	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	<u>Bewertung:</u> 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 der Einrichtung zu verhindern. Vor diesem Hintergrund sind durch den Bundesgesetzgeber ergänzende bundeseinheitliche Kriterien für die Einrichtung von INZ für Kinder und Jugendliche insbesondere zur Standortauswahl festzulegen und die zu § 123a Absatz 2 und 4 SGB V (neu) vorgeschlagenen Änderungen zu übernehmen, die über den Verweis in § 123b Absatz 2 entsprechende Anwendung finden. Die erweiterten Landesausschüsse sollten die geeigneten Krankenhausstandorte unter Beachtung dieser Kriterien festlegen.
--	--------	---	---

	§ 123c	Ersteinschätzung • Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung • Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen • Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung • EBM für Ersteinschätzung	<u>Bewertung:</u> Unter Berücksichtigung der Ausführungen zur Streichung des Regelungsauftrags in § 120 Absatz 3b SGB V kann jedenfalls grundlegend positiv bewertet werden, dass der G-BA bundeseinheitliche Mindestanforderungen, insbesondere für die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen an INZ und Kooperationspraxen, sowie weiterhin Vorgaben für ein qualifiziertes, standardisiertes und softwarebasiertes Ersteinschätzungsinstrument festlegen soll. Ein fundamentaler Fehler des Entwurfs ist jedoch, dass die Entwicklung eines standardisierten Ersteinschätzungsinstruments beim G-BA angesiedelt ist, ohne dass auch die personellen Anforderungen der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und Fortbildungen durch den G-BA normativ ausgestaltet werden. Der im Entwurf formulierte Ansatz führt zu Doppelstrukturen, Widersprüchen und aufgrund der Abweichungsmöglichkeiten zu intransparenten krankenhausespezifischen Regelungen, die der zwingend erforderlichen bundeseinheitlichen Sicherstellung der Notfallversorgung entgegenstehen. Vor diesem Hintergrund ist es offensichtlich wenig zielführend, die zentralen Strukturvorgaben für INZ auf drei verschiedene Ebenen aufzuteilen (Bund, Bundesland und 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.
--	--------	---	---

			Der G-BA ist für die Regelung der für eine bundeseinheitliche Sicherstellung der Notfallversorgung erforderlichen bundeseinheitlichen Vorgaben das geeignete Gremium. Neben den vorgeschlagenen Anpassungen zu §§ 120 Absatz 3b, 123, 123 a SGB V (neu) bedarf es daher jedenfalls der Ergänzung des Regelauftrags des G-BA in § 123c SGB V um bundeseinheitliche Mindestanforderungen an das die Ersteinschätzung durchführende Personal in der Ersteinschätzungsstelle bei Krankenhäusern mit INZ und für die Ersteinschätzung in Krankenhäusern ohne INZ. Die qualitätsgesicherte und bundesweit gleichwertige Anwendung des Ersteinschätzungsverfahrens muss zudem nicht nur unabhängig vom Ort, sondern auch von der Art der Erstvorstellung der Patientinnen und Patienten erfolgen. Auch für Versicherte, die sich nach dem Notfalltransport im Sinne des § 30 Absatz 5 SGB V (neu) und der zuvor erfolgten notfallmedizinischen Versorgung nicht in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder bei denen keine lebensbedrohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. keine schwere gesundheitliche Schädigung des Versicherten ohne unverzügliche medizinische Versorgung (mehr) zu befürchten ist, sollte im Krankenhaus ebenfalls eine standardisierte und qualitätsgesicherte Ersteinschätzung nach den Vorgaben der Richtlinie gemäß § 123c Absatz 1 erfolgen. Darüber hinaus sind bei der Ersteinschätzung zur effizienten Steuerung der Hilfesuchenden alle Versorgungsebenen einzubeziehen, sodass an Krankenhausstandort ohne INZ und damit ohne verpflichtende Notdienst- oder Kooperationspraxis auch die Option der Weiterleitung an einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer ergänzend aufgenommen werden sollte. Im Übrigen wird vorgeschlagen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer und den Berufsorganisationen der Pflegeberufe sowie der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer, soweit ihre Belange berührt sind, ein Beteiligungsrecht einzuräumen. Vor dem Hintergrund der zusätzlich vorgeschlagenen Richtlinieninhalte und der Vielzahl an Vorgaben im § 123c werden zudem Absätze und Verweisanpassungen als Folgeänderungen vorgeschlagen. <u>Änderungsvorschlag:</u>
--	--	--	---

§ 123c

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung an Krankenhausstandorten und zu Anforderungen an ambulante Leistungserbringer des Integrierten Notfallzentrums

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie Vorgaben für eine qualifizierte, standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung **sowie weitere Vorgaben nach Maßgabe von Absatz 2 bis 4**. Diese dient der Ermittlung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen **oder bei denen nach dem Notfalltransport kein rettungsdienstlicher Notfall nach § 30 Absatz 1 Satz 2 festzustellen ist**. Wird ein Krankenhausstandort aufgesucht, an dem ein Integriertes Notfallzentrum oder ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche eingerichtet ist, dient die in Satz 1 genannte Ersteinschätzung der in § 123 Absatz 2 Satz 1 genannten Entscheidung. Wird ein anderer Krankenhausstandort aufgesucht, dient die in Satz 1 genannte Ersteinschätzung der Entscheidung, ob eine Behandlung am Krankenhausstandort oder eine Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum ~~oder~~, an ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche **oder einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer** erfolgt.

(2) In der Richtlinie ist auch das Nähere vorzugeben:

- 1. zu personellen Mindestanforderungen für die Ersteinschätzung nach Absatz 1, einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals,**
- 2. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei einer Entscheidung über die Weiterleitung eines Hilfesuchenden an ein Integriertes Notfallzentrum ~~oder~~, an ein Integriertes**

			Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche oder einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, 3. zum Nachweis der Einhaltung der in der Richtlinie geregelten Vorgaben an die zur Durchführung der Ersteinschätzung eingesetzte Software, 4. zur Form und zum Inhalt des Nachweises über die Durchführung der Ersteinschätzung und 5. zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung durchzuführen ist. (3) In der Richtlinie nach Satz 1 legt der Gemeinsame Bundesausschuss zudem Folgendes fest: 1. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen, der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer, sofern sie die Aufgaben der Notdienstpraxis in Integrierten Notfallzentren oder in Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche übernehmen, sowie der Kooperationspraxen im Sinne des § 123 Absatz 1 Satz 7, 2. Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung der nach Nummer 1 geregelten Mindestanforderungen und 3. die dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Erfüllung seiner Prüf- und Berichtspflichten nach Absatz 4 Satz 94 von den in Absatz 4 Satz 94 genannten Stellen zu übermittelnden Informationen. (4) § 92 Absatz 7e gilt für die Richtlinie nach Satz 1 entsprechend. Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei der Richtlinie nach Satz 1 zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind zu beteiligen,
--	--	--	---

			soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist. <i>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 auf die Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Notdienstpraxen und der in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung und die Erforderlichkeit einer Anpassung der Richtlinie zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 über das Ergebnis dieser Prüfung zu berichten. Die in Satz 94 genannten Stellen übermitteln dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Erfüllung seiner Prüf- und Berichtspflichten nach Satz 94 die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 6 Absatz 3 Nummer 3 festgelegten Informationen.</i> (2) (5) Mit Wirkung zum [...] (3) (6) Ab dem nach Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 Absatz 2 Nummer 5 bestimmten Zeitpunkt setzt die in Absatz 25 Satz 1 genannte Vergütung der Ersteinschätzung voraus, dass diese gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 1 und 2 erfolgt ist.
--	--	--	---

III. Weiterer Änderungsbedarf

Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 360b SGB V (neu)	Vereinbarung über Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung	Mit dem neuen Gesetzentwurf der Bundesregierung für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDiG) soll in einem neuen § 360b SGB V die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband beauftragt werden, eine Vereinbarung über die Anforderungen an ein elektronisches System zur standardisierten und strukturierten digitalen Bedarfseinschätzung zu erarbeiten. Das System soll Versicherte bei der Einordnung ihrer gesundheitlichen Beschwerden unterstützen, die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs einschätzen und den Zugang in die geeignete Versorgungsebene – von der Notfallrettung über Notdienst, Haus- und Facharzt bis hin zur Selbstversorgung – steuern. Parallel zu dem mit dieser Notfallreform vorgesehenen Regelungsauftrag für eine qualifizierte, standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung nach § 123c soll somit neben dem Ersteinschätzungsverfahren gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 4 und Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 SGB V ein weiteres digitales Ersteinschätzungsinstrument mit § 360b SGB V geregelt werden. Die damit adressierten drei Instrumente – die Vereinbarung nach § 360b GeDiG, die KBV-Richtlinien nach § 75 Absatz 7 Nummer 6 und die G-BA-Richtlinie nach § 123c – adressieren inhaltlich dieselbe medizinische Grundfrage: Nach welchen fachlichen Kriterien wird ein Versorgungsbedarf eingestuft und welcher Versorgungsebene wird er zugeordnet? Die in § 360b Absatz 3 vorgegebenen Dringlichkeitsstufen und Versorgungsebenen entsprechen strukturell denselben Kategorien, die im INZ-Kontext und in der Akutleitstelle Anwendung finden sollen. Ausdrücklich vorgeschrieben ist, dass die Erhebung und Auswertung der Daten evidenzbasiert und leitliniengestützt zu erfolgen hat. Dafür ist der G-BA das geeignete Gremium. Die in § 360b Absatz 1 Satz 5 SGB V (neu) vorgesehenen Institutionen, mit denen „Benehmen“ herzustellen ist, sind bereits im G-BA vertreten, beteiligt oder regelhaft über Stellungnahmerechte einbezogen. Lediglich in der Begründung zum GeDiG ist festgehalten, dass bei der Vereinbarung gemäß § 360b die Vorgaben der Notfallreform „zu beachten“ sind. Damit ist zwar das grundsätzliche Erfordernis zur inhaltlichen Koordination benannt. Es fehlt aber an der normativen Regelung der dazu zwingend erforderlichen Operationalisierung.

§ 5 Absatz 2 Satz 8 sowie § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG	Bundeseinheitliche Anforderungen an die Notfallversorgung auch für Sicherstellungskrankenhäuser	Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) 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. 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 KHVVVG 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. Hinzu kommt ein weiterer systematischer Widerspruch: Der vorliegende Gesetzesentwurf 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. Vor diesem Hintergrund sollte die im KHVVG eingeführten Regelungen gestrichen werden, um eine kohärente, qualitätsgesicherte und verlässliche Notfallversorgung in Deutschland sicherzustellen. <u>Änderungsvorschlag:</u> 1. § 5 Absatz 2 Satz 8 KHEntgG wird gestrichen. 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>
--	--	--

§ 21 Absatz 3a KHEntgG	Ergänzung des § 21 Absatz 3a KHEntgG zur Erweiterung des Datenzugangs auf Leistungsgruppen und Folgenabschätzungen zu Vorgaben nach § 136c Absatz 3 bis 5 SGB V	Nach § 21 Absatz 3a KHEntgG kann das IQTIG oder eine andere vom G-BA beauftragte Stelle ausgewählte Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a bis f für Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Absatz 3 SGB V anfordern. Hier ist insbesondere für Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Absatz 3 SGB V eine Ergänzung der Verarbeitungsbefugnis in § 21 Absatz 3a KHEntgG auf die Daten nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe i KHEntgG erforderlich. § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe i KHEntgG hat die Leistungsdaten für die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V jeweils maßgebliche Leistungsgruppe zum Gegenstand, welcher die vom Krankenhaus im einzelnen Behandlungsfall erbrachte Leistung zuzuordnen ist. Diese Daten können beispielsweise für Folgenabschätzungen und Evaluationen des G-BA notwendig werden. Dies gilt expressis verbis etwa für erforderliche Datenanalysen zur Ermittlung der voraussichtlichen Auswirkungen bzw. zu den voraussichtlichen Transport- und Zentralisierungsrisiken von Beschlüssen zur Festlegung von Mindestmengen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V und für die durchzuführenden Evaluationen der maßgeblichen Mindestmengen nach § 136b Absatz 3 SGB V, mit denen nach der Verfahrensordnung des G-BA ebenfalls das IQTIG oder eine andere fachlich unabhängige, wissenschaftliche Stelle beauftragt werden kann. Zudem bedarf es einer klarstellenden Ergänzung zu den gesetzlichen Regelungsaufträgen nach § 136c Absatz 3 bis 5 SGB V, weil diese nicht erster Linie der Qualitätssicherung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dienen, sondern ihr entgeltlicher Charakter im Zentrum steht (vgl. auch Beschlussempfehlung und Bericht Ausschuss für Gesundheit zur Änderung des § 137 SGB V durch das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG), BT-Drucksache 21/4527, S. 240). Auch hier können Datenauswertungen insbesondere zu den nach § 136c SGB V vorgesehenen Folgenabschätzungen und zur Evaluation bzw. Weiterentwicklung der Beschlüsse erforderlich sein.
-----------------------------------	--	--

		<u>Änderungsvorschlag:</u> § 21 Absatz 3a wird durch den folgenden Absatz 3a ersetzt: <i>„(3a) Das Institut nach § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder eine andere vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragte Stelle kann ausgewählte, gemäß Absatz 1 übermittelte Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a bis f und Buchstabe i anfordern, soweit diese nach Art und Umfang notwendig und geeignet sind, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder Folgenabschätzungen und Weiterentwicklungen zu den Vorgaben nach § 136c Absatz 3 bis 5 SGB V durchführen zu können.“</i>
--	--	--