

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

(Stand: 07.09.2026)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Grundlegende Bewertung zentraler Aspekte	4
Patientensteuerung über 116117, Akutleitstelle und Gesundheitsleitsystem	4
Verpflichtung von KVen, Notdienstpraxen an INZ einzurichten	5
Finanzierung von Leistungen der Krankenhäuser	7
Ersteinschätzung an nicht-INZ-Krankenhäusern sowie Ersteinschätzung an INZ	10
Vergütung der Ersteinschätzung	13
Festlegung von INZ-Standorten durch erweiterte Landesausschüsse	14
Evaluationen durch Kassenärztliche Vereinigungen	16
Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf	17
Neue BSG-„Schockraum 3“-Rechtsprechung	17
Versorgung Nichtversicherter	18

Zusammenfassung

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

Wie dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für eine ambulante Notfallreform zu entnehmen ist, soll dabei den Krankenhäusern in Form von Integrierten Notfallzentren (INZ) eine zentrale Rolle zuteilwerden. Leider leidet das Reformvorhaben wieder einmal unter dem mangelnden politischen Willen, die Refinanzierung von Leistungen der Notfallbehandlung an Krankenhäusern fair und für alle Beteiligten angemessen zu gestalten. Mit dem Ausbleiben einer Vorhaltevergütung für Krankenhäuser, die die ambulante Notfallbehandlung vornehmlich aufrechterhalten, ist anzunehmen, dass der flächendeckende Betrieb von INZ nicht als Teil der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge erachtet wird. Dabei übernehmen Krankenhäuser mit ihren Notaufnahmen – trotz einer defizitären Leistungserbringung sowie Abrechnung lediglich über den nicht auskömmlichen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) – nunmehr seit mehreren Jahrzehnten einen großen Anteil der ambulanten Notfallversorgung. An dieser Stelle stellt sich daher die grundsätzliche Frage, ob Krankenhäuser in den Sicherstellungsauftrag der KVen in dem im Gesetzentwurf vorgesehenen verpflichtenden Umfang eingebunden werden können. Krankenhäuser sollen zu „Hilfsorganen“ des vertragsärztlichen Sicherstellungssystems werden, obwohl sie selbst nicht dessen Träger sind und dies nicht auskömmlich vergütet bekommen. Die originäre Verantwortung der KVen für die notdienstliche Akutversorgung teilweise auf Krankenhäuser zu verlagern, ohne diese dauerhaft auskömmlich zu vergüten, stößt daher schon grundsätzlich und auch aus verfassungsrechtlicher Sicht auf Bedenken.

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

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

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass zeitlich parallel das Verfahren für ein Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) gestartet wurde. Hierin finden sich Anforderungen an eine digitale Bedarfseinschätzung, die den zielgerichteten Zugang der Versicherten auch in die Notfallversorgung ermöglichen soll. Zudem arbeitet das BMG nach eigenen Aussagen gerade an einem Referentenentwurf für ein Primärversorgungssystem. Auch hier soll es zu einer digitalen Erst- bzw. Bedarfseinschätzung kommen. Von einer Verzahnung der drei Vorhaben ist man leider weit entfernt, es finden sich keine wechselseitigen Hinweise oder Harmonisierungen in den Entwürfen. Obwohl der Ausgangspunkt immer der Patient oder die Patientin ist, der oder die bei derselben Telefonnummer anrufen soll und der Versorgungsbedarf erst in der Folge festgestellt werden kann, werden die Vorhaben getrennt voneinander diskutiert. So spricht der Gesetzentwurf zur Notfallreform an mehreren Stellen von einer medizinischen Ersteinschätzung, das GeDIG hingegen von einer Bedarfseinschätzung, wobei Letzteres der passendere Begriff ist.

Die Politik hält bezogen auf INZ an dem verpflichtenden Dreiklang aus Krankenhausnotaufnahme, gemeinsamem Tresen und Notdienstpraxis – wie er schon spätestens seit dem Sachverständigenratsgutachten 2018 als Idealmodell angepriesen, aber trotz aller Bemühungen der Krankenhäuser faktisch so gut wie nicht oder nur unzureichend gelebt wird – und einer Weiterfinanzierung über den EBM fest. Sieht die Bundesregierung diese Struktur als obligat an, dann muss sie diese konsequenterweise auch verpflichtend im Gesetz verankern, und keine Szenarien erlauben, bei denen die Verpflichtung der KVen auf Kosten der Krankenhäuser relativiert werden kann.

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

die für das Funktionieren des Gesundheitsleitsystems, der medizinischen Notfallrettung und digitalen Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung (§§ 133a, 133b, 133c SGB V) vor dem Hintergrund des direkten Zusammenspiels zwingend notwendig sind, sollten weiterhin in der Notfallreform integriert bleiben. Dies würde die Akzeptanz bei allen betroffenen Verantwortlichen steigern und das vorliegende Reformvorhaben nicht gefährden.

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

Wir möchten in Zusammenhang mit der Notfallreform darauf hinweisen, dass die Krankenhäuser ausdrücklich die neuen Bestrebungen des Bundesgesundheitsministers begrüßen, den Schutz der Beschäftigten im Krankenhaus zu stärken und entsprechende Übergriffe künftig konsequenter und vor allem zeitnah zu ahnden. Die beschleunigte Strafverfolgung und eine wirksame Durchsetzung von entsprechenden Konsequenzen unterstreichen, dass dem Gesetzgeber die Sicherheit des Krankenhauspersonals ein wichtiges Anliegen ist. Zugleich rückt dies den Schutz derjenigen in den Fokus, die die medizinische und pflegerische Versorgung in den Notaufnahmen zu jeder Zeit sicherstellen.

Im Folgenden nimmt die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu mehreren kritikwürdigen Einzelaspekten Stellung. Neben einer grundlegenden Bewertung, die sich auf wesentliche Inhalte bezieht, finden sich weitere Bewertungen zu einzelnen Aspekten der Regelungen sowie gesetzestextliche Änderungsvorschläge in der **Anlage** zu dieser Stellungnahme.

Grundlegende Bewertung zentraler Aspekte

Patientensteuerung über 116117, Akutleitstelle und Gesundheitsleitsystem

Neuregelungen §§ 75, 133a SGB V

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

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

In Deutschland hingegen war die 116117 von Anfang an mit mehreren Funktionen belegt, was durch aktuelle Diskussionen zu einem Primärversorgungssystem auch noch weiter zementiert wird: Terminservicestelle einerseits, ärztlicher Bereitschaftsdienst bzw. Akutleitstelle andererseits und künftig auch noch Bedarfseinschätzungsstelle. Dieses Konstrukt war von Beginn an undurchsichtig und ist in der Bevölkerung nie wirklich angekommen. Eine weitere Ausdifferenzierung der Funktionen, mit wechselnden Aufgaben je nach Wochentag und Tageszeit, macht dieses Konstrukt nicht besser, sondern vollends unverständlich. Die 116117 ist trotz jahrelanger gesetzlicher Verankerung der Bevölkerung weitgehend unbekannt und vielfach mit negativen Erfahrungen verbunden. Diese Nummer muss als rund um die Uhr verfügbare Anlaufstelle transparent gemacht und ausgestaltet werden. Ergibt ein Fall bspw. an einem Sonntag die Situation, dass ein Termin in der Regelversorgung in den nächsten Tagen ausreichend ist, so muss auch am Sonntag eine Terminvermittlung möglich sein. Nur so wird verhindert, dass Hilfesuchende nach einem Erstkontakt ohne abschließende Orientierung zurückbleiben und in der Folge unnötig Integrierte Notfallzentren aufsuchen. Sie muss zudem mit der 112 vernetzt sein, damit Hilfesuchende in lebensbedrohlichen Situationen unverzüglich weitergeleitet werden können — und umgekehrt.

Änderungsvorschläge

Es bedarf insofern einer prinzipiellen Neuausrichtung der 116117.

Damit dieses System funktionieren kann, ist zudem eine grundlegende Förderung der Gesundheits- und Gesundheitssystemkompetenz in der Bevölkerung erforderlich. Die DKG sieht es als zwingende Voraussetzung, dass die Politik eine umfassende, national koordinierte Aufklärungskampagne initiiert und finanziert, die der Bevölkerung ihre Anlaufstellen klar vermittelt. Hierfür müssen Regelungen zur Förderung der Gesundheits- und Gesundheitssystemkompetenz in die Notfallreform aufgenommen werden.

Eine Vernetzung mit der 112 ist sachgerecht und wichtig. Warum dies nur auf Antrag eines Leistungserbringers des Notfallmanagements und nicht verpflichtend erfolgen soll, ist im Sinne einer einheitlichen und effektiven Patientensteuerung nicht nachvollziehbar. Vielmehr sollte eine Vernetzung von 112 und der Akutleitstelle der KVen obligat vorgesehen werden. Hierfür kann eine Verpflichtung zu einem in der Zukunft liegenden Zeitpunkt (bspw. ab 2028) oder schrittweise eingeführt werden, um realistische Verpflichtungen für die digitalen Vorkehrungen und insbesondere Fallübergaben zu ermöglichen.

§ 133a Absatz 1 Satz 1 ist daher wie folgt zu fassen:

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

Verpflichtung von KVen, Notdienstpraxen an INZ einzurichten

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

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

Da der vorliegende Entwurf aber an der „klassischen“ INZ-Struktur festhält, ist es wie vorgesehen folgerichtig, Mindestanforderungen an die Notdienstpraxen zu stellen und damit (inkl. der Vorgaben zu Kontrollen, Prüfungs- und Berichtspflichten) den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu beauftragen. Es dürfen aber keine Ausnahmen von den Notdienstöffnungszeiten a priori ermöglicht werden, wie es in § 123a Absatz 2 SGB V vorgesehen ist. Denn demnach sollen kürzere Öffnungszeiten der Notdienstpraxen möglich sein, „soweit die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber dem Träger des Krankenhauses nachweist, dass der Betrieb der Notdienstpraxis zu den in Satz 6 genannten Öffnungszeiten aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme der Notdienstpraxis nicht bedarfsgerecht wäre“. Der Nachweis ist nicht näher geregelt und lässt Interpretationsspielraum zu. Diese a priori-Ausnahme ist zu streichen. Stattdessen ist eine Evaluation vorzusehen, die die Inanspruchnahme von INZ nach einer bestimmten Zeit überprüft und einvernehmliche Anpassungen in Kooperationsverträgen ermöglicht, wobei es dabei nur um die Reduzierung von Öffnungszeiten und nicht um das Einstellen des Betriebes von Notdienstpraxen gehen kann.

Änderungsvorschläge

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

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

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

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

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

Finanzierung von Leistungen der Krankenhäuser

Neuregelungen in § 87 SGB V

Die Regelung in § 87 Absatz 2a Satz 21 SGB V differenziert die durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V für die ambulante Notfallversorgung zu beschließenden berechnungsfähigen Vergütungen. Gegenüber dem von der Vorgängerregierung eingebrachten Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 20/13166) ist hervorzuheben, dass der vorliegende Gesetzentwurf immerhin Regelungen zur Vergütung von Notfallleistungen benennt.

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

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

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

Der Gesetzentwurf sieht zudem vor, dass die Vergütung der ambulanten Notfallleistungen weiterhin innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt, unabhängig davon, ob die Leistungen von Krankenhäusern oder Vertragsärzten erbracht werden. Vor dem Hintergrund, dass die Leistungen des EBM für die Vergütung ambulanter Notfallleistungen weiterhin Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, ist eine substantielle Vergütungsanpassung unter Berücksichtigung der spezifischen Krankenhauskosten nicht zu erwarten. Vielmehr ist aufgrund der fortbestehenden Zuweisung der Leistungen zur morbiditätsbedingten Vergütung davon auszugehen, dass bestehende

Gebührenordnungspositionen im EBM eher abgewertet werden, um insbesondere eine Refinanzierung der Zuschläge gemäß § 87 Absatz 2a Satz 21 Nr. 3 (neu) SGB V innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu gewährleisten. Zwar ist hervorzuheben, dass gegenüber dem Referentenentwurf der Gesetzentwurf nunmehr einen finanziellen Mehrbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung ausweist. Dieser wird mit rund 100 Millionen Euro aufgrund zusätzlicher vertragsärztlicher Vergütung beziffert. Allerdings ist damit die bereits im Jahr 2015 empirisch nachgewiesene (MCK/DGINA 2015: Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus¹) und seitdem weiterhin bestehende, massive Unterfinanzierung der ambulanten Notfallvergütung in den Krankenhäusern in keiner Weise kostenaufwandsgerecht abbildbar.

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

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

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

Darüber hinaus darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass der vorliegende Gesetzentwurf die vertragsärztlichen Leistungserbringer von der Verpflichtung zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung sogar zu wirtschaftlich ungünstigen Zeiträumen entlastet. Die an INZ beteiligten Notdienstpraxen müssen lediglich bestimmte festgelegte Öffnungszeiten einhalten, von der die KVen sogar abweichen können. Dies steht im Widerspruch zur Gewährleistung einer rund um die Uhr zur Verfügung stehenden vertragsärztlichen Versorgung, wie in § 75 Absatz 1b (neu) SGB V vorgesehen ist. Damit sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser in zunehmendem Maße Anlaufpunkt zu den Zeiten,

¹ Online abrufbar unter: [Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus 2015 MCK DGINA](#) [zuletzt abgerufen am 04.09.2026]

in denen die Notdienstpraxen nicht besetzt sind. Mit dieser impliziten Erweiterung des Versorgungsauftrages und der Belastung der Krankenhäuser muss zwingend eine adäquate und auskömmliche Finanzierung für deren ambulante Notfallleistungen einhergehen. Es kann nicht sein, dass die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung sich nur dann in der Pflicht sieht, wenn durch entsprechende Fallzahlen eine weitgehende Refinanzierung des Angebotes möglich ist, die teuren Randzeiten ohne adäquate Refinanzierung dann aber von den Kliniken erbracht werden sollen.

Änderungsvorschläge

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

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

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

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

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

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

In § 123b Absatz 2 SGB V wird nach „§ 123 Absatz 1, 2,“ der Wortlaut **„3,“** eingefügt und aus den Wörtern „3 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und 3 und Absatz 4“ werden die Wörter **„4 Satz 1 Nummer 2, Satz 2 und 3 und Absatz 5“**.

Ersteinschätzung an nicht-INZ-Krankenhäusern sowie Ersteinschätzung an INZ

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

Allerdings ist keine klare Linie erkennbar. Statt einer klaren gesetzlichen Regelung, die eine Behandlung an diesen Standorten niederschwellig erlaubt, wird der G-BA wieder mit einer Richtlinie zur Ersteinschätzung beauftragt, deren Ergebnis die Antwort liefern soll, ob Hilfesuchende an diesen Standorten behandelt werden können oder an INZ weitergeleitet werden müssen. Damit soll wieder in die Abläufe von Krankenhäusern eingegriffen werden, die eine präklinische Fehlsteuerung korrigieren und Hilfesuchende an INZ verweisen sollen. Wieder soll Krankenhäusern ein Ersteinschätzungsverfahren via Richtlinienenerlass als Leistungserbringungsberechtigung aufgebürdet werden, obwohl der G-BA erwartbar mangels Evidenz für ein Instrument, das auch die Ab- bzw. Verweisung erlauben könnte, an seine Grenzen stoßen und im Zweifel überzogene Anforderungen an das Verfahren stellen wird. Auch wenn direkte Kontakte mit einem nicht-INZ-Krankenhaus sicherlich durch eine funktionierende Notfallreform deutlich zurückgehen werden, dürfen für die Behandlung von Hilfesuchenden an nicht-INZ-Krankenhäusern keine hohen Hürden aufgebaut werden. Eine Ersteinschätzung zur Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit soll dennoch stattfinden, aber auf Grundlage eines standardisierten internen Verfahrens, das regionale Gegebenheiten berücksichtigt und in einer internen Verfahrensanweisung nachvollziehbar niedergelegt ist.

Diese Fälle sind wie bisher auch über den EBM, aber nunmehr angemessen, zu vergüten. Um den gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung erhöhten Kostenaufwand der Krankenhäuser bei der ambulanten Notfallversorgung abzubilden, müssen die bisherigen EBM-Vergütungssätze angepasst werden. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht dies nicht vor, so verbleibt etwa die Vergütung ambulanter Notfallleistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Darüber hinaus sind notwendige Vergütungszuschläge für Überwachung und Betreuung, die auch in diesen Einrichtungen vorkommen können, nicht berechnungsfähig.

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

Auch ist darauf hinzuweisen, dass viele Krankenhäuser künftig keinen INZ-Status erlangen werden, die heute die Notfallversorgung aufrechterhalten. Es wird unaufhaltsam zu einer Leistungsverdichtung in

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

Eine Verweisung von Hilfesuchenden sollte aber grundsätzlich nicht das Mittel der Wahl zur Patientensteuerung sein. Stattdessen schlagen die Krankenhäuser zur Steuerung eine Eigenbeteiligung für Versicherte vor, die vorher nicht die Akutleitstelle kontaktiert haben und an einem nicht-INZ-Krankenhaus, oder aber auch an einem INZ vorstellig werden. Die Idee des vorliegenden Entwurfes, dass diese vorstellig werdenden Hilfesuchenden an ein INZ verwiesen werden bzw. sich bei INZ auf längere Wartezeiten einstellen sollen, widerspricht dem Vorrang der medizinischen Behandlungsdringlichkeit und führt in der Praxis zu unnötigen Konflikten. Eine Direkt-Zugangsgebühr hätte das Potenzial, das GKV-System zu entlasten, indem Patientinnen und Patienten über den vorangehenden Kontakt zur Akutleitstelle direkt in die richtige Versorgungsebene gelenkt werden und auch ein bewussteres Empfinden für Notfälle und Nicht-Notfälle erhalten. Da diese Verwaltungsaufgabe den Krankenhäusern und INZ nicht zugemutet werden kann, und die Krankenkassen mit bereits existenten Instrumenten in Form von Zuzahlungsbefreiungen die wirtschaftliche und soziale Belastung ihrer Versicherten am besten berücksichtigen können, muss der Einzug bzw. die In-Rechnungstellung durch die Krankenkassen erfolgen. Eine Direkt-Zugangsgebühr hätte den Vorteil, dass die Patientenlenkung über den Weg einer direkt spürbaren Sanktion erfolgt und die begrenzten Ressourcen des Gesundheitssystems a priori geschont werden, ohne dass die Last des Verweisens auf Krankenhäusern liegt.

Der Auftrag an den G-BA, die Ersteinschätzung mit dem Ziel einer Verweisung an INZ zu regeln, ist daher ersatzlos zu streichen. An der Sach- und Tatsachenlage seit dem Nichtzustandekommen der G-BA-Ersteinschätzungsrichtlinie gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (alt) hat sich nichts geändert. Insbesondere gibt es nach wie vor kein Instrument, dass in einer untergesetzlichen Norm verankert werden kann.

Auch der Auftrag an den G-BA, die Festlegung der Versorgungsebene über ein Ersteinschätzungsverfahren zu regeln, ist zu streichen. Die Notfallreform definiert als eines der vorrangigen Ziele, dass Hilfesuchende nach einer telefonischen bzw. digitalen Ersteinschätzung in die richtige Versorgungsebene gelenkt werden. Ist hierbei ein INZ der Patientin/ dem Patienten als die richtige Versorgungsebene mitgeteilt worden, trifft die Patientin/ der Patient im INZ ein. Eine weitere Ersteinschätzung zur Festlegung der differenzierten Versorgungsebene (vertragsärztlich oder Notaufnahme) innerhalb des INZ ist nicht erforderlich, sondern entspricht wieder einem vermeidbaren und unnötigen Doppelaufwand, der zu keinem höheren Patientennutzen führt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass bei Menschen in psychischen Notlagen, aber auch bei Missbrauch oder anderen Gewaltvorkommnissen, Vertrauen und Sensibilität unabdingbar sind, was durch das Erfordernis einer Mehrfacheinschätzung jedoch erheblich erschwert wird.

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

Es muss selbstverständlich eine Ersteinschätzung stattfinden, jedoch nicht zur Festlegung der Versorgungsebene, sondern zur Behandlungspriorisierung, was heute auch schon absoluter Standard in allen Notaufnahmen ist. Eines Auftrags an den G-BA bedarf es nicht.

Die Zusammenarbeit im INZ soll gemäß § 123c SGB V (neu) in Teilen Kooperationsverträgen obliegen. Die Arbeitsteilung vor Ort wird auch stark davon abhängig sein, welche vertragsärztlichen Strukturen mit welcher Expertise am INZ-Standort zur Verfügung stehen. Deshalb sollten die Vertragspartner vor Ort gemeinsam festlegen und dies ggf. auch in ihren Kooperationsverträgen niederlegen, ab welcher Stufe der standortspezifischen Behandlungspriorisierungsinstrumente welche Struktur am INZ zuständig ist. Da der Entwurf richtigerweise vorsieht, dass die vertragsärztliche Struktur (Notdienstpraxis) am oder in unmittelbarer Nähe zum INZ-Standort zur Verfügung stehen muss, braucht es keines Auftrags an den G-BA, sondern klare Spielregeln zwischen KVen und Krankenhäusern. Diese sollten in Kooperationsverträgen niedergelegt werden.

Änderungsvorschläge

Titel und Absatz 1 Sätze 1-4 des § 123c SGB V sind wie folgt zu ändern:

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

~~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. Diese dient der~~ Zur Ermittlung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen, **ist eine standardisierte und softwarebasierte Ersteinschätzung durchzuführen.** 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~~ **ist** die in Satz 1 genannte Ersteinschätzung ~~der~~ **zur Entscheidung heranzuziehen**, ob eine Behandlung am Krankenhausstandort oder eine Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder an ein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche erfolgt.“

Außerdem ist der Auftrag an die Selbstverwaltung, in der vorgesehenen Rahmenvereinbarung nach § 123a SGB V auch Anforderungen zur Ersteinschätzung, zur Organisation und zur personellen Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich der notwendigen Qualifikation, erforderlicher Schulungen und regelmäßiger Fortbildungen des Personals zu regeln, ersatzlos zu streichen. Ein Eingriff aus der Bundesebene heraus ist hier nicht notwendig. Die genannten Anforderungen können Teil der Kooperationsvereinbarung sein, wie es auch schon im Referentenentwurf vorgesehen war. Da nach wie vor keine Vorhaltefinanzierung von INZ durch Krankenkassen vorgesehen ist, erübrigt sich ihr Einbezug schon aus diesem Grund. Anders könnte es aussehen, wenn es zu einer Vorhaltevergütung kommt. Dann wäre eine Rahmenvereinbarung zu rechtfertigen.

Zudem empfiehlt sich dringend, den Begriff des „selbständigen“ Aufsuchens klar zu definieren, damit es nicht zu Missverständnissen bei der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben kommt. Was genau

bedeutet „selbständig“ für den Gesetzgeber? Ein selbständiges Aufsuchen ohne Zuweisung oder ein selbst entschiedenes Aufsuchen?

Schließlich ist § 123a Absatz 4 zu streichen und die darin enthaltenen Aspekte sind für eine Rahmenvereinbarung in Absatz 2 (Inhalte der Kooperationsvereinbarung) zu verorten.

Vergütung der Ersteinschätzung

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

Allerdings fehlt die Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Kostenstrukturen vollkommen, so dass die Integration einer Leistung in den EBM bei wirtschaftlicher Betriebsführung für die Krankenhäuser nicht kostendeckend sein wird. Dies ist nachweislich darin begründet, dass große Anteile der ambulanten Notfälle nur mit den Strukturen und personellen Ressourcen der Krankenhäuser behandelt werden können. Diese Leistungen sind mit den typischen vertragsärztlichen Akutbehandlungen nicht vergleichbar und können mit diesen in der Finanzierung nicht gleichgestellt werden.

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

Änderungsvorschläge

Nach § 123c Absatz 2 Satz 1 SGB V wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Leistung nach Satz 1 ist unter Berücksichtigung der spezifischen Kosten der Krankenhäuser zu beschließen und muss bei wirtschaftlicher Betriebsführung kostendeckend sein.“

In § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V wird eine Nr. 10 eingefügt:

„10. Leistungen nach § 123c Absatz 2 Satz 1.“

Festlegung von INZ-Standorten durch erweiterte Landesausschüsse

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

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht für die Standortfestlegung der Integrierten Notfallzentren vor, die Landesausschüsse um Vertreter der Krankenhäuser zu erweitern. Die erweiterten Landesausschüsse (eLA) nach § 90 Absatz 4a SGB V (neu) erhalten neben der Wahrnehmung der Aufgaben für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung damit weitreichende Aufgaben für die Einrichtung und den Betrieb von Integrierten Notfallzentren. Der eLA soll gemäß der §§ 123a (neu) und 123b SGB V (neu) SGB V unter vorrangiger Berücksichtigung der Bundeswehrkrankenhäuser die Standorte der zugelassenen Krankenhäuser bestimmen, an denen INZ eingerichtet werden. Hierzu soll er im Vorfeld eine geeignete Planungsregion zur flächendeckenden Versorgung mit INZ festlegen. Bei Vorhandensein mehrerer geeigneter Standorte sollen notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen berücksichtigt werden, die im Gesetz auch näher definiert werden. Auch soll beurteilt werden, ob „*Notdienstpraxen in der Notaufnahme eingerichtet werden können*“ (§ 123a Absatz 1 Satz 6 Nr. 2 und 3 SGB V).

Zunächst ist zu begrüßen, dass die notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen im vorliegenden Entwurf – anders als in vorhergehenden Entwürfen – näher spezifiziert werden. Die Regelung gewinnt dadurch an Klarheit und Objektivierbarkeit.

Neu hinzugekommen ist nunmehr das Vorrangprinzip zugunsten von Bundeswehrkrankenhäusern. Da dieses bereits prominent im Eingangssatz des § 123a SGB V verankert ist, stellt sich die Frage nach seinem Verhältnis zu den weiteren, nach Satz 6 bei der Standortfestlegung zu berücksichtigenden Vorrangskriterien. Insbesondere bleibt unklar, welches Gewicht den einzelnen Kriterien im Verhältnis zueinander zukommt: Gibt etwa eine höhere Notfallstufe den Ausschlag oder überwiegt der Status als Bundeswehrkrankenhaus?

Die in der Gesetzesbegründung angeführten Erwägungen zur besonderen Bedeutung der Bundeswehrkrankenhäuser sind grundsätzlich nachvollziehbar. Aus Sicht der Krankenhäuser sollte daraus jedoch kein Verdrängungs-, sondern ein Ergänzungsprinzip folgen. Bundeswehrkrankenhäuser sollten daher bei entsprechendem Bedarf zusätzlich als INZ-Standorte festgelegt werden können, ohne dass hierdurch bestehende und leistungsfähige Strukturen der regionalen Notfallversorgung entfallen. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser mit einer hohen Notfallstufe ihre bislang etablierte Notfallversorgung aufgeben müssen. Dies wäre insbesondere dort schwer vermittelbar, wo bestehende Krankenhäuser über Jahre hinweg erhebliche personelle, organisatorische und infrastrukturelle Ressourcen in den Aufbau einer leistungsfähigen Notfallversorgung investiert haben.

Diese Problematik besteht im Übrigen auch unabhängig von dem vorgesehenen Vorrang für Bundeswehrkrankenhäuser. Dass bei der Standortfestlegung grundsätzlich Krankenhäusern mit einer höheren Notfallstufe Vorrang eingeräumt werden soll, erscheint auf den ersten Blick plausibel. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Notfallstufen-Regelung des G-BA keine bedarfsplanerische Funktion erfüllt. Die Zuordnung zu einer Notfallstufe richtet sich vielmehr danach, ob ein Krankenhaus die hierfür festgelegten strukturellen und personellen Anforderungen erfüllt.

Dies hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass auch mehrere Krankenhäuser in vergleichsweise geringer räumlicher Entfernung mit erheblicher Eigeninitiative, großem Engagement und

entsprechenden Investitionen jeweils eine hohe Notfallstufe erreicht haben. Auf diese Weise konnten sie gemeinsam eine leistungsfähige und verlässliche Notfallversorgung in ihrer Region sicherstellen.

Künftig besteht jedoch die Gefahr, dass einzelne dieser Krankenhäuser trotz ihrer bestehenden Strukturen und Leistungsfähigkeit allein aufgrund der räumlichen Nähe keinen INZ-Status erhalten. Damit könnten über Jahre hinweg aufgebaute Versorgungsstrukturen und erhebliche Investitionen nachträglich entwertet werden, obwohl sie bislang maßgeblich zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen regionalen Notfallversorgung beigetragen haben. Ein Auswahlmechanismus, der wesentlich an der 30-minütigen Erreichbarkeit und der erreichten Notfallstufe anknüpft, birgt damit die Gefahr, dass Investitionsentscheidungen, die unter anderen regulatorischen Rahmenbedingungen getroffen wurden, im Nachhinein ihre Grundlage verlieren. Das betrifft vielfach Krankenhausstandorte mit einer hohen Bedarfsnotwendigkeit in Ballungszentren. Dass die Zahl der zu versorgenden Menschen in der Planungsregion berücksichtigt werden soll, wird in der amtlichen Begründung für diese Regionen besonders erwähnt und eine höhere Anzahl von INZ attestiert. Hier wäre eine eindeutigere Formulierung auch im Gesetzestext wünschenswert. Vollkommen unklar ist, aus welchem Grund neben der bereits vorhandenen Krankenhausplanung des Landes eine zusätzliche Planung von Notfallstrukturen durch den erweiterten Landesausschuss erfolgen soll. Dies ist daher kategorisch abzulehnen. Die Krankenhausplanung der Länder berücksichtigt bereits eine flächendeckende Notfallversorgung, die durch die Etablierung einer weiteren Planungsebene mit eigenen Planungsregionen und Planungskriterien ausgehöhlt wird.

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

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

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

Änderungsvorschlag

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

Evaluationen durch Kassenärztliche Vereinigungen

Der Entwurf sieht in mehreren Regelungen Berichtspflichten der KVen vor. So sollen sie die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen und der Akutleitstellen insbesondere im Hinblick auf die fristgemäße Vermittlung von Arztterminen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme und die Vermittlungsquote evaluieren (§75 Absatz 1e SGB V). Ebenso sollen sie den für die Sozialversicherung und den für die Krankenhausplanung zuständigen obersten Landesbehörden über die Versorgung in den Integrierten Notfallzentren im Hinblick auf Abweichungen von den in § 123a Absatz 2 Satz 6 SGB V genannten Öffnungszeiten der Notdienstpraxis, auf die Anzahl der Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 5 sowie der einbezogenen Kooperationspraxen und der eingerichteten INZ für Kinder und Jugendliche, auf die Anteile der Inanspruchnahme des INZ mit und ohne vorherigen Kontakt zur Akutleitstelle sowie über die Auswirkungen auf die ambulanten Behandlungen in Notaufnahmen, die nicht über ein INZ verfügen, berichten (§ 123 Absatz 4 SGB V). Auch die Berichtspflichten im Zuge der Kooperationen innerhalb der Gesundheitsleitstelle sollen den KVen obliegen (§ 133a Absatz 5 SGB V).

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

Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf

Neue BSG-„Schockraum 3“-Rechtsprechung

Die nachfolgenden Darstellungen veranschaulichen deutlich, dass der EBM in der heutigen Fassung keinen angemessenen Gebührenrahmen für eine Vergütung der Notfallversorgung in Krankenhäusern darstellt und eine kostenaufwandsgerechte Vergütung der Krankenhausleistungen dringend notwendig ist. Oftmals entstehen in Krankenhausnotaufnahmen Situationen, bei denen insbesondere personelle, aber auch sächliche Mittel zum Einsatz kommen müssen, die so in der vertragsärztlichen Versorgung in Praxen nicht vorkommen und für die der EBM schon daher ungeeignet ist. Ein besonders eindrückliches Beispiel ist hier die Reanimationssituation.

Die Vergütung von kurzen Notfallbehandlungen in Form von Behandlungsmaßnahmen, die unter Verwendung hoher apparativer und personeller Ressourcen sowie hochpreisiger Sachmittel (u. a. teure Medikamente) erbracht werden, führte in Krankenhäusern früher zu erheblichen Abrechnungsproblemen, sofern die Patienten nach kurzer Behandlung in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden oder verstarben. Dies folgte aus der als „**Schockraum 1**“ bekannten Entscheidung des BSG vom 18.05.2021 (Az.: B 1 KR 11/20 R), in deren Rahmen das BSG eine stationäre Aufnahme selbst dann verneint und grundsätzlich eine ambulante Notfallbehandlung angenommen hatte, wenn die parallel zur Aufnahmediagnostik stattfindende Notfallbehandlung die personellen und sächlichen Ressourcen des Krankenhauses in hohem Maße beanspruchte. Diese abrechnungstechnisch für die Krankenhäuser höchst missliche Rechtsprechung hat das BSG durch seine Entscheidung vom 29.08.2023 (Az.: B 1 KR 15/22 R) aufgegeben (sog. „**Schockraum 2**“). Seitdem können Krankenhäuser Notfallbehandlungen, die bisher nur ambulant abgerechnet werden konnten, vermehrt stationär abrechnen.

Aktuell sind am 20.08.2026 drei Entscheidungen des BSG (Az.: B 1 KR 23/25 R, B 1 KR 21/26 R und B 1 KR 34/24 R) ergangen, deren Entscheidungstexte noch nicht abgesetzt sind. Auch wenn bislang nur der Terminbericht des BSG zu den Urteilen vorliegt (Nr. 26/2026), zeichnet sich doch ab, dass einige in Krankenhäusern erbrachte Notfallbehandlungen dem ambulanten Bereich zuzuordnen und nach EBM zu vergüten sind. Dies scheint der Fall zu sein, sofern im Krankenhausbereich „lediglich“ eine präklinisch begonnene Reanimation für eine kurze Behandlungsdauer in einem Krankenhaus fortgeführt wird und dabei „nur“ Mittel wie die Gabe von Suprarenin, eine Blutgasanalyse und ein Elektrokardiogramm zum Einsatz kommen. Auf den ersten Blick mag die Vergütung per EBM hier angemessen erscheinen. Gleichwohl ist der Aufwand, der sich für die Krankenhäuser hinter diesen Fällen verbirgt, eindeutig höher als über den EBM abgebildet. Der Vergütungsunterschied zwischen rein ambulanter Behandlung unter Abrechnung einer EBM-GOP (ambulantes Setting) und ambulanter Behandlung unter Vorhaltung/ Bereitstellung stationärer personeller sowie sächlicher Mittel, wie sie nur in einem Krankenhaus zur Verfügung stehen, wird hier nicht ansatzweise abgebildet.

Die Größenordnungen lassen sich anhand des Notfallkapitels im EBM wie folgt skizzieren, um ein grobes Bild von der Vergütung zu erhalten.

In dem ersten seitens des BSG aktuell entschiedenen Fall war die durch den Notarzt eingeleitete und auf dem Rettungswagen fortgesetzte Reanimationsmaßnahme auf der Intensivstation im Krankenhaus unter Einsatz eines mobilen Thoraxkompressionsgerätes noch etwa 10 Minuten lang fortgeführt

worden. Außerdem erfolgte die Entnahme einer Probe zur Blutgasanalyse. Die im Krankenhaus erbrachten Leistungen ließen sich im EBM über Abrechnung einer Notfallpauschale, Blutgasanalyse sowie Reanimationskomplex abbilden, womit rund 155 Euro berechnungsfähig sein könnten.

Im zweiten Fall des BSG kann das Krankenhaus für einen Teil seiner erbrachten Leistungen, wie intravenöse Medikamentengabe oder Durchführung eines EKG, neben den im Fallgeschehen notwendigen personellen Aufwänden, nur rund 25 Euro berechnen, da diese Leistungen im EBM fakultativ sind, d. h. werden diese erbracht, erfolgt deren Vergütung im Rahmen der Notfallpauschale. Ebenso wäre im dritten Fall des BSG ein EKG mit den im Notfallkapitel des EBM enthaltenen Notfallpauschalen 01210 in Höhe von etwa 15 Euro bzw. 01212 in Höhe von etwa 25 Euro abgegolten. Ergänzend könnten – allerdings immer in Abhängigkeit der im EBM zur Leistung definierten obligat zu erbringenden Leistungsinhalte – aus dem Notfallkapitel des EBM weitere Leistungen herangezogen werden, so etwa ein Reanimationskomplex über 130 Euro.

Diese Zahlen belegen unmissverständlich, dass der EBM in seiner heutigen Fassung keine wirtschaftlich tragfähige Basis für die klinische Notfallversorgung bietet. Es erfolgt keine Differenzierung zwischen einer vertragsärztlichen Versorgung und den Besonderheiten der Behandlung im Krankenhaus. Wird ein Patient unter Reanimation durch den Rettungswagen eingeliefert, steht im Krankenhaus ein ganzes Team zur Behandlung bereit. So kommen teilweise bis zu sechs oder sieben Ärzte (z. B. Internisten, Neurochirurg, Radiologen, Anästhesist usw.) sowie zwei bis drei Intensivpflegekräfte zusammen, um die Übergabe mit dem einliefernden Notarzt durchzuführen, Behandlungseinheiten werden „geblockt“, um die direkte Möglichkeit zu haben, den Patienten ohne Zeitverzug weiter untersuchen zu können usw. Maßgeblich ist hier insbesondere die fachlich-personelle Aufstellung des zusammenkommenden Teams und damit ein hoher personeller Aufwand, der nur in einem Krankenhaus zur Verfügung steht. In diesen Zeiten stehen weder dieses Personal noch die Behandlungseinheiten anderen Patienten zur Verfügung. Die Regelversorgung im Krankenhaus wird kurzzeitig ausgesetzt, die Ärzte fehlen auf den jeweiligen Stationen, Behandlungseinheiten sind nicht nutzbar, nach Versterben oder Verlegung bedarf es umfangreicher Dokumentationen usw. Selbst bei einer Entscheidung zur Beendigung der Reanimation, hat dies gemäß den Leitlinien des Deutschen Rats für Wiederbelebung im Team und unter Abwägung der Gesamtsituation des Patienten zu erfolgen. Bis zu dieser Entscheidung ist ein breiter fachlich-personeller Einsatz erforderlich.

Für diese Sachverhaltskonstellationen bedarf es daher dringend einer kostenaufwandsgerechten Vergütung zur Abbildung der Krankenhausstrukturen und -leistungen, welche im EBM nicht berücksichtigt sind.

Versorgung Nichtversicherter

Auch dieser Gesetzentwurf ignoriert die sich seit Jahren verschärfende Situation der Notfallbehandlung von nichtversicherten Patientinnen und Patienten bzw. von Personen, deren Versichertenstatus ungeklärt ist, durch Notaufnahmen der Krankenhäuser. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat vielfach auf die enormen Erlösausfälle hingewiesen, die den Krankenhäusern durch die Notfallbehandlung dieser Patientengruppe entstehen. Eine umfassende Notfallreform sollte daher auch die prekäre Vergütungssituation der Krankenhäuser bei der Notfallbehandlung Nichtversicherter angehen.

Nach §§ 6a AsylbLG sowie 25 SGB XII werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses im „*gebotenen Umfang*“ durch den Träger der Sozialhilfe erstattet, wenn es einem anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen der Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären. Die Sozialhilfe setzt nach § 18 Abs. 1 SGB XII ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistungen vorliegen. Die praktische Durchsetzbarkeit entsprechender „*Nothelferansprüche*“ der Krankenhäuser werden erschwert durch die bestehende Beweislastregelung und die Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes.

Die Regelungen des § 6a AsylbLG und des § 25 SGB XII bedürfen daher einer für die Krankenhäuser dringenden **Konkretisierung**. Wie bereits in anderen Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben ausgeführt, sollten die Regelungen im Hinblick auf die Beweislast als Vermutens-Regelung ausgestaltet werden, sodass *„in medizinisch unabweisbaren Notfällen die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet werden“*. Ferner muss geregelt werden, dass dem Krankenhaus *„die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen“*, zu erstatten sind.

Alternativ zu dieser möglichen Gesetzesänderung könnte der Anspruch des im Notfall tätig gewordenen Krankenhauses in Anlehnung an § 123 Abs. 6 SGB IX auch als Direktanspruch des leistungserbringenden Krankenhauses gegenüber dem Träger der Sozialhilfe ausgestaltet werden.

Ferner wäre eine Ausnahme von dem in § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII geregelten Abtretungsverbot in Erwägung zu ziehen. Die ausführlichen Begründungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur erforderlichen Änderung der Nothelfer-Paragraphen dürfen wir als bekannt voraussetzen.

Die vom BMG seit Jahren vorgetragene Unzuständigkeit für die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen ändert nichts an der Tatsache, dass Notaufnahmen von Krankenhäusern hier staatliche Aufgaben übernehmen, die mit enormen Erlösausfällen einhergehen. Es wäre dringend notwendig, eine auch diese Patientengruppe einschließende Notfallversorgung in ein Gesamtkonzept einer Notfallreform einzubinden.

Einrichtung von Behandlungsfonds

Alternativ zu den oben ausgeführten Änderungsvorschlägen zu den Nichtversicherten kann im Rahmen einer neuen gesetzlichen Vorschrift die Schaffung von Behandlungsfonds auf Landesebene für die Behandlung von Nichtversicherten geregelt werden. Diese Behandlungsfonds sind von den Bundesländern einzurichten. Aus diesen Fonds sind die Krankenhausleistungen zu vergüten, die nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der BPfIV für Personen erbracht werden, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind und keinen anderweitigen Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten gegenüber einem Träger der Sozialversicherung oder einer sonstigen öffentlichen Stelle haben.

Der Behandlungsfonds soll sicherstellen, dass die Krankenhäuser für die erbrachten Leistungen gegenüber Nichtversicherten eine zeitnahe und vollständige Kostenerstattung erhalten. Den Krankenhäusern sollte ein unmittelbarer Erstattungsanspruch für die erbrachten Leistungen eingeräumt werden. Die nähere Ausgestaltung des Behandlungsfonds sollte durch Landesrecht im Einvernehmen mit den Landeskrankenhausgesellschaften festgelegt werden. Hierbei wären unter anderem die Höhe der Dotierung des Fonds, das Verfahren zur Beantragung und Erstattung der Behandlungskosten durch die Krankenhäuser und die Nachweispflichten der Krankenhäuser über die

erbrachten Leistungen und über die Nichtversicherung der behandelten Patienten zu regeln. Durch das BMG sollte unter anderem die Festlegung von Mindestanforderungen an die Nachweispflichten, von Grundsätzen für die Bemessung der Fondsdotierung oder auch von Berichtspflichten erfolgen. Ferner ist eine Kostenverteilungsregelung zwischen den Ländern und dem Bund aufzunehmen.

Eine solche Regelung könnte als

§ 12 c KHG – Behandlungsfonds der Länder für die stationäre Versorgung nichtversicherter Personen
in das Gesetz eingefügt werden:

- (1) Die Länder richten jeweils einen Behandlungsfonds ein, aus dem die Kosten für Krankenhausleistungen nach Maßgabe dieses Gesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflugesätze erstattet werden, soweit die Leitungen für Personen erbracht werden, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung*
 - 1. nicht gesetzlich krankenversichert sind,*
 - 2. nicht privat krankenversichert sind und*
 - 3. keinen anderweitigen Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten gegenüber einem Träger der Sozialversicherung oder einer sonstigen öffentlichen Stelle haben.*
- (2) Die Länder legen die nähere Ausgestaltung des Behandlungsfonds und das Nähere zur Abrechnung der Leistung im Einvernehmen mit den Landeskrankenhausgesellschaften durch Landesrecht fest.*
- (3) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung nähere Bestimmungen zu den einheitlichen Mindestanforderungen an die Nachweisführung der Krankenhäuser im Rahmen der Abrechnung von aus dem Behandlungsfonds zu vergütenden Leistungen, den Grundsätzen für die Bemessung der Fondsdotierung und zu den Berichtspflichten der Länder gegenüber dem Bund über die Verwendung der Fondsmittel zu erlassen.*
- (4) Die Finanzierung des Behandlungsfonds erfolgt anteilig durch den Bund und die Länder.*

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

**Wegelystraße 3
10623 Berlin**

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

