



Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Im Verbund der
Diakonie 

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG) Bearbeitungsstand: 12. November 2025

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e. V. (DEKV) dankt dem Bundesministerium für Gesundheit für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Wir bitten die nachfolgenden Vorschläge für die Verordnung zu prüfen und aufzunehmen.

1. Einrichtung von INZ: Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien

Die Zahl der zu versorgenden Menschen in den Planungsregionen darf nicht über 100.000 steigen. Die aktuelle Krankenhausreform und die damit verbundene Krankenhausplanung der Länder führen zu einer zunehmenden Zentralisierung von Krankenhäusern und Standorten. Damit ist eine noch nicht abschätzbare Veränderung der Versorgungsangebote verbunden. Um auch in strukturschwachen und ländlichen Gebieten eine Notfallversorgung mit Integrierten Notfallzentren und damit verbundenen Apotheken aufrechtzuhalten, ist die Obergrenze für zu versorgende Menschen in einer Planungsregion auf 100.000 festzulegen. In strukturschwachen und ländlichen Gebieten würde diese bevölkerungsbezogene Obergrenze eine bessere Erreichbarkeit der Gesundheitsversorgung gewährleisten. Die Wege zu den Integrierten Notfallzentren wären kürzer und folglich flächendeckend Integrierte Notfallzentren erreichbar. Dies ist besonders wichtig, da in ländlichen Gebieten oft längere Anfahrtswege bestehen. Mit dieser Obergrenze wird auch für urbane Regionen verhindert, dass die dortigen Integrierten Notfallzentren überlastet werden. In urbanen Gebieten ermöglichen kleinere Planungsregion eine bessere Ermittlung der Erreichbarkeit. Abhängigkeiten von den tageszeitlichen Schwankungen der Verkehrsnachfrage können besser nivelliert werden, da die Entfernungen kürzer wären und die Bedarfe der Bevölkerung besser berücksichtigt werden können.

Änderungsvorschlag:

§ 123a Abs. 1 S. 5 Nr. 2 SGB V Einrichtung von Integrierten Notfallzentren ist wie folgt zu ändern:

[...] 2. die Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion (**<100.000**) [...]

2. Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat

Der DEKV unterstützt die Einführung eines Verfahrens zur Ersteinschätzung unter Zuhilfenahme eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstrumentes. Jedoch eignet sich das Instrument nicht, um eine verpflichtende Patientensteuerung von selbstaufsuchenden Hilfesuchenden in Notaufnahmen eines Krankenhauses ohne INZ vorzunehmen. Auch hilft es nicht, die Abrechenbarkeit durchgeführter ambulanter Behandlungen zu regeln.

Die Ersteinschätzung dient der Behandlungspriorisierung und Steuerung von Hilfesuchenden in der Akut- und Notfallversorgung. Es handelt sich dabei jedoch nicht um eine abschließende Feststellung der erforderlichen Behandlungsnotwendigkeiten. Der Ersteinschätzung nachfolgend setzt erst die Diagnosesicherung sowie die erforderliche Behandlung mit Behandlungsverlauf ein. Die Beurteilung, ob eine Behandlung stationär oder ambulant erforderlich war, kann erst anhand des tatsächlichen Krankheitsverlaufs, der erhobenen Befunde und des therapeutischen Ergebnisses bestimmt werden.

Zu Beginn der Ersteinschätzung ist der Behandlungsverlauf prognoseoffen: Symptome sind häufig unspezifisch, Differenzialdiagnosen noch nicht eingegrenzt und die Reaktion auf die Therapie ist unbekannt. Die Ersteinschätzung kann daher nur eine vorläufige Risiko- und Dringlichkeitseinordnung leisten, nicht aber eine endgültige Notwendigkeitsbestimmung, ob eine ambulante oder stationäre Therapie erforderlich ist.

Mithin handelt es sich bei der Ersteinschätzung um ein Steuerungsinstrument in die voraussichtlich geeignete Versorgungsebene. Durch die vorgesehene Regelung werden selbstaufsuchende Hilfesuchende in Notaufnahmen eine Weiterleitung nach der Ersteinschätzung als Abweisung wahrnehmen. Da die Ersteinschätzung selbst keine endgültige Behandlungsnotwendigkeit feststellt, wird eine Weiterleitung für einen Großteil der Bevölkerung willkürlich und ungerecht wirken. Regelmäßig befinden sich selbstaufsuchende Hilfesuchende in Notaufnahmen in einer für sie subjektiv gesundheitlichen Bedrohungslage. In dieser Situation ist die Bereitschaft, den Behandlungsort selbstständig in ein INZ zu wechseln, gering. Weiterleitung bedeutet für diese Gruppe regelmäßig:

- nochmal warten,
- nochmal erklären,
- nochmal Ungewissheit über den Behandlungsort.

Dadurch entsteht für die selbstaufsuchenden Hilfesuchenden nicht der Eindruck der Patientensteuerung, sondern es wird die subjektive Dringlichkeit infrage gestellt, unabhängig von der potenziellen Behandlungsmöglichkeit und Qualität der Notaufnahme respektive des Krankenhauses.

Daher darf die Ersteinschätzung keine Regelungen zur verbindlichen Weiterleitung von selbstaufsuchenden Hilfesuchenden in Notaufnahmen ohne INZ an Notaufnahmen mit INZs vorsehen. Auch ist das Ersteinschätzungsinstrument ungeeignet, um die Abrechenbarkeit ambulanter Behandlungsvergütungen zu regeln.

Änderungsvorschlag:

§ 123c Abs. 1 SGB V ist daher zu streichen:

~~(1) Die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 setzt~~

~~für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort ohne Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, ab dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 4 Nummer 6 festgelegten Zeitpunkt voraus, dass eine Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 durchgeführt wurde und diese ergibt, dass eine Verweisung an ein Integriertes Notfallzentrum im Einzelfall unzumutbar ist. Die Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 kann als eine in § 28 Absatz 1 Satz 2 genannte Hilfeleistung erbracht werden. Die Vergütung der Ersteinschätzung bleibt davon unberührt.~~

3. Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung

Änderungsvorschlag:

§ 123c Abs. 2 SGB V ist wie folgt zu ändern:

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in einer Richtlinie die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbständig einen Krankenhausstandort aufsuchen. ~~Für Krankenhausstandorte, die Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt a.~~ Auf Basis der Ersteinschätzung **erfolgt** eine Entscheidung über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des ~~Integrierten~~ Notfallzentrums. ~~unter Berücksichtigung einer in § 123 Absatz 1 Satz 7 genannten Kooperation. Für Krankenhausstandorte, die nicht Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt auf Basis der Ersteinschätzung eine Entscheidung über die Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder die Behandlung am Krankenhausstandort.~~ Dabei ist auch das Nähere vorzugeben

- ~~1. zur Steuerung nach Satz 2 und Behandlungspriorisierung innerhalb eines Integrierten Notfallzentrums,~~
- ~~2. zur Weiterleitung nach Satz 3 an ein Integriertes Notfallzentrum oder zur Behandlung am Krankenhausstandort,~~
- ~~3. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum,~~
- 4. zum Nachweis der Einhaltung der nach den Sätzen 1 bis **3** geregelten Vorgaben durch die digitale Ersteinschätzung,**
- ~~5.~~ zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,
- ~~6.~~ zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung zu verwenden ist.

4. EBM für Ersteinschätzung

Bei der Ersteinschätzung handelt es sich um eine Vorhalteleistung, die unabhängig von der Inanspruchnahme vorzuhalten ist. Eine fallzahlunabhängige Finanzierung stellt sicher, dass alle Krankenhäuser unabhängig vom Patientenaufkommen, die mit der Ersteinschätzung verbundenen Kosten refinanziert bekommen. Daher muss die Finanzierung von der Inanspruchnahme und folglich von der Fallzahl entkoppelt werden und basierend auf den anfallenden IST-Kosten des jeweiligen Krankenhauses refinanziert werden.

Änderungsvorschlag:

§ 123c Abs. 3 SGB V ist daher zu streichen und durch eine fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung zu ersetzen:

~~(3) Mit Wirkung zum [...] [einsetzen: Datum des ersten Tages des übernächsten auf den Tag des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1 folgenden Kalenderquartals] beschließt der Bewertungsausschuss~~

~~in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die für die Vergütung der Ersteinschätzung nach Absatz 2 Satz 1 als unabhängig von der Weiterbehandlung zu vergütende Einzelleistung notwendigen Anpassungen. Er hat die Auswirkungen des in Satz 1 genannten Beschlusses auf die Entwicklung der Leistungen der Notaufnahmen, der Notdienst- und der Kooperationspraxen sowie der Leistungserbringer nach § 123 Absatz 1 Satz 6 auf die Versorgung und auf die Vergütung zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 zu berichten. Der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 3 und der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a beschließen die hierfür notwendigen Fallkennzeichnungen zur Identifikation von Notaufnahmen, Notdienstpraxen, Leistungserbringern nach § 123 Absatz 1 Satz 6 und Kooperationspraxen.“~~

Mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des übernächsten auf den Tag des Inkrafttretens nach Artikel 9 Absatz 1 folgenden Kalenderquartals] vereinbaren die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund eine fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung für die Durchführung der Ersteinschätzung. Die Vorhaltevergütung nach Satz 1 dient der Finanzierung der personellen, sachlichen und digitalen Infrastruktur zur jederzeitigen Durchführung der Ersteinschätzung. Die Vergütung ist als von der Weiterbehandlung unabhängige Einzelleistung auszugestalten.

5. Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner

Notfallversorgung ist originäre Daseinsvorsorge. In der Notfallversorgung existiert eine Kompetenzverflechtung zwischen Kommune, Land und Bund. Unterschiedliche Zuständigkeiten, aber eine gemeinsame Verantwortung. Nur eine Messung und Auswertung der Notfalldaten kann die erforderliche Steuerung sicherstellen.

Diese Datengrundlage ist essenziell, um eine effiziente Steuerung von Patientinnen und Patienten durchzuführen und die Qualität der Notfallversorgung zu sichern. Die gesetzliche Einführung eines bundesweiten Notfallregisters ist aus Versorgungssicherstellungs- sowie Qualitätsgründen notwendig, daher auch essenzieller Teil des Notfallmanagements. Dieses sollte pseudonymisierte Notfalldaten aus dem Gesundheitsleitsystem, Integrierten Notfallzentren sowie Notaufnahmen ohne INZ anhand einer Fall-ID miteinander verknüpfen, um flächendeckend valide Daten zu erheben und die Qualität der Notfallversorgung kontinuierlich zu verbessern.

Änderungsvorschlag:

Zwischen Satz 1 und Satz 2 werden ein neuer Satz 2 und 3 eingefügt:

Das Qualitätsmanagement muss ein bundeseinheitliches Notfallregister obligatorisch beinhalten. Dies beinhaltet auch eine sachgerechte Finanzierung des Notfallregisters.

6. Versorgungsvertrag mit Apotheken

Die Notfallreform zielt auf bessere Prozesse in der Notfallversorgung sowie eine gezielte Patientensteuerung ab. In der Praxis entstehen Lücken in der Patientenversorgung immer dann, wenn ambulante Notfallpatienten nach der Erstbehandlung dringende Medikamente unmittelbar benötigen (bspw. Antibiotika, Analgetika, Asthmaspray). Ist keine wohnortnahe Apotheke außerhalb der Öffnungszeiten erreichbar, entstehen häufig Versorgungsbrüche. Derzeit ist die Abgabe durch Krankenhausapotheken für ambulant behandelte Patienten rechtlich eng begrenzt möglich. Erfolgt eine Behandlung an Wochenenden oder Feiertagen, ist eine Arzneimittelabgabe erlaubt. Die Notfallreform muss daher die Ressource Krankenhausapotheke nutzen. Die aktive Einbeziehung von

Krankenhausapotheken erfordert keine oder geringe Investitionen und verbessert die Patientenversorgung, insbesondere der ambulant behandelten Patienten. Auch wird so der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden.

Änderungsvorschlag:

**§ 123 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 14 Abs. 7 S. 3 ApoG und
§ 120 Abs. 7 neu SGB V ist wie folgt zu ändern:**

(3) Zur Sicherstellung der Versorgung von Patientinnen und Patienten einer Notdienstpraxis mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, mit dessen Notaufnahme die Notdienstpraxis ein Integriertes Notfallzentrum bildet, einen in § 12b Absatz 1 Satz 1 des Apothekengesetzes genannten Vertrag mit dem Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke zu schließen **oder die Versorgung durch die Krankenhausapotheke zu organisieren.**

Folgeänderung:

§ 120 Abs. 6 SGB V neu:

Für Arzneimittel, die durch Krankenhausapotheken in Verbindung mit der Versorgung nach § 14 Abs. 3 S. 3 ApoG abgegeben werden, erfolgt die Abrechnung entsprechend der in den Regelungen für öffentliche Apotheken geltenden Abgabe- und Preisvorschriften.

Folgeänderung:

§ 14 Abs. 3 S. 3 ApoG:

Bei der Entlassung von Patienten nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus oder bei Beendigung der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln ~~nur~~ abgegeben werden, ~~wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.~~

7. Bundesweite Sensibilisierungskampagne zur Notfallreform durch BMG und Länder koordiniert durch das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

Die Unterstützung der Bürgerinnen und Bürger für die Notfallreform und die Änderungen in den Anlaufstellen sind von hoher Relevanz. Daher: Die Bürgerinnen und Bürger müssen für die Veränderungen sensibilisiert werden. Der Aufbau und die Verstetigung von notfallmedizinischer Gesundheitssystemkompetenz der Bürgerinnen und Bürger sowie die organisationale und professionelle Gesundheitskompetenz müssen sich komplementär ergänzen. Die Kampagne sollte vom BMG und den Ländern getragen und vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) federführend koordiniert werden. Eine breite Beteiligung der Leistungserbringer und -träger ist dringend anzuraten.

Berlin, den 4. Dezember 2025



Christoph Radbruch
Vorsitzender DEKV

Der **Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV)** vertritt mit 180 evangelischen Kliniken an 255 Standorten jedes neunte deutsche Krankenhaus. Die evangelischen Krankenhäuser versorgen jährlich mehr als 1,7 Mio. Patientinnen und Patienten stationär und mehr als 3,7 Mio. ambulant. Das ist bundesweit jeder 10. vollstationäre Patient. Mit über 127.400 Beschäftigten und einem Umsatz von mehr als 12 Mrd. € sind sie ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Der DEKV ist der Branchenverband der evangelischen Krankenhäuser und Mitglied im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. und im Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Der DEKV setzt sich insbesondere für eine zukunftsorientierte und innovative Krankenhauspolitik mit Trägervielfalt und Qualitätswettbewerb, verlässliche Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung, eine Modernisierung der Gesundheitsberufe und eine konsequente Patientenorientierung in der Versorgung ein.