



Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des
Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120
Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie)

Vom 06.07.2023

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	3
2.	Eckpunkte der Richtlinie	3
2.1	Zu § 1 – Ziel der Richtlinie	4
	Zu Absatz 1	4
	Zu Absatz 2	4
	Zu Absatz 3	5
2.2	Zu § 2 – Anwendungsbereich des Ersteinschätzungsverfahrens	5
	Zu Absatz 1	5
	Zu Absatz 2	5
	Zu Absatz 3	6
2.3	Zu § 3 – Anforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren und das Ersteinschätzungsinstrument	6
	Zu Absatz 1	7
	Zu Absatz 2	7
	Zu Absatz 3	8
	Zu Absatz 4	9
	Zu Absatz 5	9
2.4	Zu § 4 – Qualifikationsanforderungen an das am Ersteinschätzungsverfahren beteiligte medizinische Personal und Maßnahmen zur Qualitätssicherung	10
	Zu Absatz 1	10
	Zu Absatz 2	10
	Zu Absatz 3	10
2.5	Zu § 5 – Durchführung und Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens.....	12
	Zu Absatz 1	12

	Zu Absatz 2	12
	Zu Absatz 3	12
	Zu Absatz 4	13
2.6	Zu § 6 – Weiterleitung und Behandlung von Hilfesuchenden	13
	Zu Absatz 1	13
	Zu Absatz 2	14
	Zu Absatz 3	16
	Zu Absatz 4	16
	Zu Absatz 5	16
2.7	Zu § 7 – Einbeziehung ärztlichen Personals vor der Codevergabe.....	16
2.8	Zu § 8 – Nachweis über die Durchführung der Ersteinschätzung, Qualitätssicherung 17	
	Zu Absatz 1	17
	Zu Absatz 2	17
2.9	Zu § 9 – Evaluation	17
	Zu Absatz 1	17
	Zu Absatz 2	17
	Zu Absatz 3	18
	Zu Absatz 4	18
2.10	Zu § 10 – Geltung, Übergangsregelungen	18
	Zu Absatz 1	18
	Zu Absatz 2	18
	Zu Absatz 3	18
	Zu Absatz 4	19
	Zu Absatz 5	19
3.	Bürokratiekostenermittlung	20
4.	Verfahrensablauf.....	22

1. Rechtsgrundlage

Mit der Einführung des § 120 Absatz 3b SGB V durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11.07.2021 (BGBl. I, 2754) wurde der G-BA beauftragt, Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden zu beschließen, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden. Die Ersteinschätzung dient der Feststellung, ob ein sofortiger Behandlungsbedarf eines Hilfesuchenden in der Notaufnahme vorliegt. Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 07.11.2022 (BGBl. I, 1990) wurde die Frist für den Beschluss des G-BA über eine Richtlinie zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V bis zum 30.06.2023 verlängert. Zudem wurde der Auftrag an den G-BA explizit um Vorgaben zu erforderlichen Übergangsregelungen erweitert und die Verpflichtung des G-BA zur Vorlage eines Evaluationsberichts über die Entwicklung der Leistungen in Notaufnahmen an das Bundesministerium für Gesundheit um ein Jahr auf den 31.12.2026 nach hinten verschoben. Durch das am 26.05.2023 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG), das am 01.07.2023 in Kraft getreten ist, wurde § 120 Abs. 3b SGB nochmals modifiziert. Der Gesetzgeber hat in Satz 3 Nummer 5 die Wörter „oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1“ gestrichen und in der Vergütungsregelung des Satz 4 die Wörter „oder zu diesem Zeitpunkt keine Notdienstpraxis in oder an dem jeweiligen Krankenhaus gemäß § 75 Absatz 1b Satz 3 in unmittelbarer Nähe geöffnet ist“ eingefügt.

2. Eckpunkte der Richtlinie

Sowohl Mitteilungen einschlägiger Fachgesellschaften als auch die Medienberichterstattung weisen auf dauerhafte Überlastungssituationen in Krankenhausnotaufnahmen hin, die mit der Gefährdung der Patientensicherheit und unzumutbaren Wartezeiten einhergehen. Mit der vorliegenden Richtlinie werden Vorgaben für ein Ersteinschätzungsverfahren getroffen, das künftig greifen soll, wenn sich Hilfesuchende an die Notaufnahme eines Krankenhauses wenden. Ziel ist es, je nach Dringlichkeit der Erkrankung oder Verletzung den medizinischen Bedarf im Rahmen der dem G-BA vom Gesetzgeber eingeräumten Möglichkeiten bestmöglich zu koordinieren und Notaufnahmen zu entlasten. Das heißt, es soll zwischen jenen eintreffenden Hilfesuchenden unterschieden werden, die sofort ambulant in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) eines Krankenhauses im Krankenhaus behandelt werden müssen, und solchen, die in der vertragsärztlichen Notdienstpraxis (KV-Notdienstpraxis) behandelt werden können oder mangels dringender Behandlungsbedürftigkeit nicht vom Krankenhaus behandelt werden können und deshalb einen Vermittlungscode erhalten, mit dessen Hilfe sie über die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung einen Termin bei einer niedergelassenen Ärztin bzw. einem niedergelassenen Arzt erhalten können. Das strukturierte und validierte System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten gemäß den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V ist hierbei ein integraler Bestandteil des qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens.

2.1 Zu § 1 – Ziel der Richtlinie

In diesem Paragraphen werden der gesetzliche Auftrag an den G-BA wiedergegeben sowie die Ziele der Richtlinie festgelegt.

Zu Absatz 1

Ziel der Ersteinschätzung ist die bessere Koordination bei der ärztlichen Behandlung von Hilfesuchenden durch ein standardisiertes und qualifiziertes Verfahren, unterstützt durch ein digitales Assistenzsystem, mit dem Hilfesuchende mit entsprechender Behandlungsdringlichkeit entweder der ärztlichen Behandlung in der ZNA eines Krankenhauses oder einer KV-Notdienstpraxis bzw. im Sinne dieser Richtlinie einem MVZ des Krankenhauses auf dem Gelände des Standortes oder in dessen unmittelbarer Nähe zugewiesen werden. Vermieden werden soll eine Fehlsteuerung dergestalt, dass Hilfesuchende die begrenzten Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser binden, obwohl kein dringlicher medizinischer Notfall ohne vertragsärztliche Behandlungsmöglichkeit vorliegt.

Zu Absatz 2

Dieser Absatz hebt die rechtlichen Vorgaben und Grenzen hervor, die bei der ambulanten Notfallbehandlung Hilfesuchender von den Krankenhäusern zu beachten sind.

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt gemäß § 75 Absatz 1 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hierzu wirken nach § 72 Absatz 1 SGB V Ärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und die gesetzlichen Krankenkassen zusammen. Gemäß § 75 Absatz 1b Satz 1 SGB V umfasst der Sicherstellungsauftrag auch zu den sprechstundenfreien Zeiten das Angebot ambulanter medizinischer Versorgung für diejenigen Hilfesuchenden, deren Behandlungsbedürftigkeit keinen Aufschub bis zur regulären Praxisöffnung duldet und deren Beschwerdebild keinen Anlass zur notfallmedizinischen Intervention gibt. Krankenhäuser dürfen von gesetzlich Krankenversicherten für eine ambulante Behandlung grundsätzlich nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Dies ergibt sich aus § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Das Vorliegen eines Notfalls setzt nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts voraus, dass eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht (BSG, Urt. v. 08.09.2015 – B 1 KR 14/14 R). Eine dringende Behandlungsbedürftigkeit liegt vor, wenn aus einer ex-ante-Sicht ohne sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben bestehen oder Schmerzen unzumutbar lange andauern. Wenn im Krankenhaus eine Notfallbehandlung erfolgt, ist diese auf die in der gesundheitlichen Situation des Hilfesuchenden unverzichtbaren Behandlungsmaßnahmen beschränkt, da hierdurch nicht die reguläre vertragsärztliche Behandlung ersetzt wird.

Hieran hat sich durch die Änderung des § 120 Absatz 3b Satz 4 SGB V durch das PUEG nichts geändert. Nach dem unverändert gebliebenen § 76 Absatz 1 SGB V dürfen andere Ärzte als Vertragsärzte zur ambulanten vertragsärztlichen Behandlung nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. § 120 Absatz 3b SGB V verweist an zwei Stellen – in Satz 1 und weiterhin in dem an anderer Stelle geänderten Satz 4 – ausdrücklich auf diese Vorschrift, sodass eine Versorgung und Vergütung von Nicht-Notfällen durch ein Krankenhaus weiterhin rechtlich ausgeschlossen ist.

Zu Absatz 3

Nicht zuletzt durch die in den Medien und in der gesundheitspolitischen Diskussion dargestellte Überlastungssituation von Krankenhausnotaufnahmen hat der Gesetzgeber dem G-BA den Auftrag erteilt, in einer Richtlinie sowohl die strukturierte Ersteinschätzung von Hilfesuchenden im Krankenhaus sowie weitere Punkte zu regeln. Die vorliegende Richtlinie enthält zu den in § 120 Absatz 3b SGB V genannten Aspekten konkrete Anforderungen und Umsetzungsschritte.

2.2 Zu § 2 – Anwendungsbereich des Ersteinschätzungsverfahrens

§ 2 definiert den Anwendungsbereich des qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens.

Zu Absatz 1

Bei allen gesetzlich Krankenversicherten, die sich mit akuten Anliegen eigenständig zur ambulanten Versorgung an ein Krankenhaus wenden oder bei denen im Rettungswagen kein unmittelbar behandlungsbedürftiger, lebensbedrohlicher Zustand festgestellt wurde, wird eine strukturierte Ersteinschätzung nach dieser Richtlinie durchgeführt. Diese gesetzlich Krankenversicherten werden in der Richtlinie aus Gründen eines einheitlichen Normenverständnisses entsprechend § 120 Absatz 3b SGB V als „Hilfesuchende“ bezeichnet. Personen, die mit einer ärztlichen Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung ins Krankenhaus kommen, fallen mangels Regelungskompetenz des G-BA nicht unter den Anwendungsbereich der Richtlinie.

Der Anteil der Hilfesuchenden in einer Notaufnahme, die sich in einem unmittelbar behandlungsbedürftigen, ggf. sogar lebensbedrohlichen Zustand befinden, ist sehr gering. In einer sehr großen im Januar 2023 publizierten Studie von über 43.000 Patientinnen und Patienten der Notaufnahme eines Universitätsklinikums in Deutschland lag der Anteil der in Triagekategorie Rot eingestuften Hilfesuchenden je nach Lebensalter zwischen 0,6 % (0 bis 9 Jahre) und maximal 3,1 % bei 70 bis 79-jährigen Männern (Michael, M. et al. Notfall Rettungsmed 2023). Der Rettungsdienst ist zuverlässig in der Lage, diese Personen zu erkennen und unmittelbar und ohne Zeitverzögerung der Notaufnahme zu übergeben.

Zu Absatz 2

An der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser wenden gemäß § 12 Nr. 2 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten an. Alle Hilfesuchenden des Krankenhauses erhalten nach dieser Bestimmung spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der ZNA eine Einschätzung der Behandlungspriorität. Den Fristbeginn an diesen Zeitpunkt zu knüpfen, sichert eine zeitnahe Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens. Den Interessen der Krankenhäuser wird dadurch Rechnung getragen, dass die 10 Minutenfrist erst mit dem Eintreffen in der ZNA zu laufen beginnt, nicht bereits mit dem Eintreffen im Krankenhaus.

Die Regelung sichert im ersten Schritt im Bedarfsfall eine nach Behandlungspriorität geordnete Reihenfolge der Behandlung der Hilfesuchenden. Absatz 2 stellt klar, dass die bestehenden Systeme zur Behandlungspriorisierung für das Ersteinschätzungsverfahren nach dieser Richtlinie berücksichtigt werden. Ziel ist nicht die Einführung eines zusätzlichen Instrumentes, sondern die Erweiterung der bereits eingesetzten Systeme. Dadurch bleibt der bürokratische Aufwand gering.

Die strukturierten und validierten Triage-Systeme der ZNA erkennen schwer kranke und verletzte Hilfesuchende schnell und zuverlässig. Sie teilen jedoch auch nicht dringlich behandlungsbedürftige Hilfesuchende den Notaufnahmen als Versorgungsbereich zu. Denn sie ziehen andere, für die Weiterbehandlung von leicht erkrankten oder verletzten Hilfesuchenden geeignete, Versorgungsbereiche systematisch nicht in Betracht. Dies wird durch das erweiterte Ersteinschätzungssystem und die in dieser Richtlinie enthaltenen Regelungen zur Vergabe von Vermittlungscodes zur Buchung von Behandlungsterminen bei Vertragsarztpraxen und medizinischen Versorgungszentren für nicht akut behandlungsbedürftige Hilfesuchende im Sinne des Gesetzgebers korrigiert.

Zur Gewährleistung der schnellen Ersteinschätzung und einer hohen Patientensicherheit muss die Ersteinschätzung an einer zentralen und für die Hilfesuchenden gut erkennbaren Stelle im Krankenhaus stattfinden. Eine solche Stelle ist die ZNA eines Krankenhauses, die daher als Ort für das Ersteinschätzungsverfahren in dieser Richtlinie festgelegt wird. Die ZNA ist eine unverzichtbare Komponente der modernen Notfallmedizin. Die in der Richtlinie verankerten Vorgaben an eine ZNA entsprechen denen der Regelung des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. Krankenhäuser, die bereits einer Notfallstufe gemäß den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zugeordnet sind, erfüllen dieses Kriterium bereits. Alle anderen Krankenhäuser haben – um auch nach Ablauf der Übergangsfrist nach § 10 Absatz 3 der Richtlinie noch ambulante Notfalleistungen erbringen und abrechnen zu dürfen – eine ZNA am Standort einzurichten. Der Zugang zur ZNA ist stets barrierefrei.

Zu Absatz 3

Alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, die ambulante Notfalleistungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V erbringen und diese gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen, müssen die Anforderungen dieser Richtlinie erfüllen. Bereichsausnahmen sind im Gesetz nicht vorgesehen und daher auch nicht in der Richtlinie enthalten.

2.3 Zu § 3 – Anforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren und das Ersteinschätzungsinstrument

Die Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines ambulanten Notfalls an ein Krankenhaus wenden, erfolgt im Rahmen eines strukturierten und standardisierten Verfahrens. Damit soll vermieden werden, dass relevante medizinische Hinweise und Risikomerkmale für abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe übersehen werden und gleichzeitig eine adäquate qualifizierte Einschätzung des ärztlichen Behandlungsbedarfs erreicht wird. In § 3 werden die Mindestanforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren und das Ersteinschätzungsinstrument definiert, die spätestens ab den in § 10 Absatz 4 genannten Zeitpunkten von den Krankenhäusern zu beachten sind.

Zu Absatz 1

Absatz 1 normiert die Verpflichtung der Krankenhäuser zum Einsatz eines qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens.

Zu Absatz 2

Die vom Krankenhaus ab dem 01.01.2024 zu beachtenden Mindestanforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren werden im Einzelnen wie folgt festgelegt:

Patientensicherheit: Um die Patientensicherheit zu gewährleisten, müssen unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Ersteinschätzung im Qualitätssicherungssystem des Ersteinschätzungsinstruments erfasst werden und, sofern sie auf Fehler im Entscheidungsprozess des Verfahrens zurückführbar sind, als Basis für die Weiterentwicklung und Optimierung des Verfahrens dienen. Der Einsatz von Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern zum Ziele des Patientenschutzes ist seit 2014 gesetzlich vorgeschrieben (§ 136a Absatz 3 SGB V) und wird durch Regelungen des G-BA näher bestimmt. Einrichtungsinterne sowie auch einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme werden, unter anderem in Form von sog. critical incident reporting systems (CIRS), wie CIRSmedical und CIRS-AINS, bereits heute verpflichtend bzw. weit verbreitet in der klinischen Versorgung eingesetzt. Diese Fehlermeldesysteme müssen in Zukunft unerwünschte Ereignisse durch eine fehlerhafte Ersteinschätzung gesondert erfassen und der Auswertung zur Verfügung stellen.

Diskriminationsfähigkeit: Das Ersteinschätzungsverfahren muss in der Lage sein, die Behandlungsdringlichkeit einzuschätzen. Von besonderer Bedeutung für die Patientensicherheit und das Behandlungsergebnis ist die schnelle Erkennung von schweren und umgehend behandlungsbedürftigen Zuständen. Daher ist die schnelle und zuverlässige Erkennung dieser Situationen eine unverzichtbare Forderung an das Ersteinschätzungsverfahren. Das Ersteinschätzungsverfahren muss Fälle gleicher Leitsymptomatik mit unterschiedlichem Schweregrad unterscheiden können. Dabei dürfen ausschließlich medizinische Faktoren berücksichtigt werden und Nebendiagnosen ohne medizinischen Einfluss auf den akuten Behandlungsanlass keinen Einfluss auf den Entscheidungsalgorithmus haben.

Vollständigkeit: Das Einschätzungsverfahren muss alle relevanten Leitsymptome oder Gründe für die Inanspruchnahme der Notaufnahme abbilden und umfasst alle Altersgruppen (z. B. wie der CEDIS-Katalog des Canadian Emergency Department Information Systems).

Das Ersteinschätzungsverfahren muss in der Lage sein, die wichtigsten und die häufigsten Leitsymptome abzubilden und zuverlässig einzuschätzen. Dennoch bleibt bei der sehr großen Breite der Leitsymptome in der Notaufnahme die Erfahrung der durchführenden Ersteinschätzungskraft von hoher Bedeutung. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer hohen Qualifikation der Durchführenden. Aus diesem Grund sollte das Ersteinschätzungsverfahren auch kontinuierlich verbessert und weiterentwickelt werden.

Objektivität: Das Ersteinschätzungsverfahren muss unabhängig von Einsatzort und Anwender zu vergleichbaren Ergebnissen führen. Darüber hinaus muss eine enge Korrelation zwischen der von dem Instrument ermittelten Dringlichkeitsstufe, Dringlichkeitsgruppe und – soweit erforderlich – der sachgerechten Versorgungsebene analysiert und nachgewiesen werden. Hierzu liegen für die prähospitalen Versorgung Übersichtsarbeiten und detaillierte

Untersuchungen vor (Notf Rett Med. 2020; 23(7): 505–512; (Neumayr A, Schinnerl A, Baubin M, editors. Qualitätsmanagement im prähospitalen Notfallwesen. Bestandsaufnahme, Ziele und Herausforderungen. Wiesbaden Berlin: Springer; 2013, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7592444>). Zur klinischen Ersteinschätzung liegen ebenfalls Publikationen vor (Dodt, C., Dormann, H. & Lechleuthner, A. Triage – Ersteinschätzung – medizinische Klassifizierung. Notfall Rettungsmed 22, 559–560 (2019). <https://doi.org/10.1007>).

Reliabilität: Ein wesentliches Gütekriterium für den Einsatz eines Ersteinschätzungssystems im Bereich der Notfallversorgung ist die Reliabilität des Verfahrens. Die Erfüllung dieses Gütekriteriums muss daher für das Ersteinschätzungsverfahren in wissenschaftlichen Studien, die den internationalen Standards auf der Basis der aktuellen ICH-Leitlinie zur guten klinischen Praxis (The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH)) sowie der ethischen und datenschutzrechtlichen Regularien gemäß DSGVO entsprechen, geprüft und nachgewiesen werden. Dies umfasst u.a. Veröffentlichungen über die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien und Peer Review Verfahren.

Validität: Ein weiteres wesentliches Gütekriterium stellt die Validität des Ersteinschätzungsverfahrens dar. Die Behandlungspriorisierung erfolgt in Anlehnung an die Struktur und Funktionalität der in Deutschland und international am häufigsten eingesetzten und bereits validierten Ersteinschätzungs- bzw. Triage-systeme in klinischen Notaufnahmen, dem Manchester Triage System (MTS) und dem Emergency Severity Index (ESI). Diese Ersteinschätzungs- bzw. Triage-systeme differenzieren fünf Dringlichkeitsstufen als Ergebnis des Ersteinschätzungsverfahrens von Hilfesuchenden in klinischen Notaufnahmen, wobei Dringlichkeitsstufe 1 die höchste Dringlichkeitsstufe und Dringlichkeitsstufe 5 die niedrigste Dringlichkeitsstufe darstellen. Fünfstufige Einschätzungsverfahren in der Notaufnahme sind international etabliert und wissenschaftlich begründet. Durch das Ersteinschätzungsverfahren erfolgt nur eine Ergänzung um den angemessenen Versorgungsbereich.

Stand der medizinischen Erkenntnisse: Zum Zweck der Qualitätssicherung des Ersteinschätzungsverfahrens müssen die notfallmedizinischen Inhalte des Verfahrens dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Der technische und medizinische Fortschritt bedingen, dass das Ersteinschätzungsverfahren beständig weiterzuentwickeln und seine Kompatibilität mit einschlägigen Fachstandards abzugleichen ist. Dies schließt eine stetige Aktualisierung und Optimierung der Inhalte und Algorithmen des Verfahrens entlang der aktuellen Leitlinien der maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften ein.

Ergebnisbericht: Die Dokumentation und Ausgabe eines digitalen Ergebnisberichts muss möglich sein. Die Mindestinhalte ergeben sich aus § 5 Absatz 4.

Zu Absatz 3

Das Ersteinschätzungsverfahren wird spätestens ab dem 01.01.2025 durch ein digitales Assistenzsystem (Ersteinschätzungsinstrument) unterstützt. Die in Absatz 2 aufgeführten Mindestanforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren gelten auch für das eingesetzte Ersteinschätzungsinstrument. Die Einhaltung dieser Anforderungen an das

Ersteinschätzungsinstrument muss zudem in mindestens einer wissenschaftlichen, peer-reviewed veröffentlichten Studie nachgewiesen werden.

Darüber hinaus muss das Ersteinschätzungsinstrument folgende Mindestanforderungen erfüllen:

IT-Fähigkeit und Dokumentationsfähigkeit: Zur zukunftsfähigen Vernetzung der Strukturen muss das Ersteinschätzungsinstrument eine elektronische Schnittstelle zum Austausch relevanter Informationen zwischen den an der Versorgung Beteiligten enthalten. Um die Interoperabilität mit anderen gängigen Anwendungssystemen in der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung sicherzustellen, muss das Ersteinschätzungsinstrument die Weiterleitung der im Rahmen der Ersteinschätzung erfassten Daten und des Ergebnisberichts nach § 5 Absatz 4 zur Weiterleitung im Rahmen der Patientenbehandlung unter Nutzung der Telematik-Infrastruktur über geeignete Schnittstellen zu KIS-Systemen bzw. ZNA-IT-Systemen von Krankenhäusern und zu IT-Systemen von Notdienstpraxen ermöglichen. Die Interoperabilität des Ersteinschätzungsinstruments mit den bereits etablierten Anwendungssystemen der klinischen Gesundheitsversorgung zur Weiterleitung von Hilfesuchenden in die klinische Versorgung sowie mit dem Anwendungssystem der KV-Terminservicestelle zur Weiterleitung von Hilfesuchenden in die vertragsärztliche Versorgung stellt dabei einen maßgeblichen Erfolgsfaktor für die Effektivität des Instruments dar.

Medizinprodukt: Mit der Konformitätsbescheinigung als Medizinprodukt nach der für ein digitales Ersteinschätzungsinstrument gemäß der Medizinprodukteverordnung (MDR) maßgeblichen Klasse – derzeit die Klasse IIa – gehen Anforderungen an das Ersteinschätzungsinstrument einher. Diese sichern den Einsatz in der Notaufnahme ab und dienen der Patientensicherheit. In Anbetracht des Anwendungsfeldes des Ersteinschätzungsinstruments in Notaufnahmen ist durch Anbieter ein technischer Rund-um-die-Uhr-Service zur Beseitigung von Störungen sicherzustellen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 definiert das Ziel des Ersteinschätzungsverfahrens nach dieser Richtlinie. Das Ersteinschätzungsverfahren umfasst die Ermittlung der Dringlichkeit und – soweit erforderlich – der sachgerechten Versorgungsebene.

Zu Absatz 5

Das Ergebnis des Ersteinschätzungsverfahrens ist grundsätzlich verbindlich. Die entsprechend § 4 Absatz 3 qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzte können von diesem Ergebnis in begründeten Fällen abweichen. Dies kann im Sinne der Patientensicherheit und des Behandlungsergebnisses erforderlich sein. Die Gründe für eine Abweichung sind fallbezogen im Krankenhausinformationssystem (KIS) des Krankenhauses, das dieses für den oder die Hilfesuchende führt, zu dokumentieren. Diese Vorgabe betrifft nicht die elektronische Patientenakte im Sinne von § 341 SGB V.

2.4 Zu § 4 – Qualifikationsanforderungen an das am Ersteinschätzungsverfahren beteiligte medizinische Personal und Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Zu Absatz 1

Entsprechend des gesetzlichen Auftrages ist die Qualifikation des die Ersteinschätzung durchführenden pflegerischen und ärztlichen Personals und die Einbeziehung ärztlichen Personals in der Richtlinie festzulegen. Die Durchführung des Verfahrens zur Behandlungspriorisierung und zur Ersteinschätzung setzt umfassende Kenntnisse und Erfahrungen des hiermit betrauten Personals voraus. Deshalb wird das Ersteinschätzungsverfahren durch vom Krankenhaus eingesetztes und nach Absatz 2 qualifiziertes pflegerisches Personal durchgeführt, das in der Richtlinie „Ersteinschätzungskraft“ genannt wird. Die Ersteinschätzungskraft kann insbesondere bei Fragen zur Behandlungsdringlichkeit, zur geeigneten Versorgungsebene bei Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 1 im Sinne von § 5 Absatz 3 sowie in den Fällen, in denen die Ersteinschätzungskraft zu einer abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage ist, ärztliches Personal gemäß Absatz 3 hinzuziehen. Diese Möglichkeit dient der Patientensicherheit.

Zu Absatz 2

Die Durchführung des Verfahrens zur Behandlungspriorisierung und Ersteinschätzung setzt umfassende Kenntnisse und Erfahrungen des hiermit betrauten Personals voraus. Dieses muss deshalb über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“, die mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in Vollzeittätigkeit in der klinischen Notfallversorgung voraussetzt, oder eine Ausbildung als Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter verfügen und in der Anwendung des Systems zur Behandlungspriorisierung und Ersteinschätzung geschult sein. Da es kein automatisiertes oder digitalisiertes System gibt, das alle Behandlungsfälle abbildet und alle Gefahrenzeichen und Gefahrenzeichenkombinationen erkennt, ist die Schulung, Erfahrung und Supervision der Ersteinschätzungskräfte von zentraler Bedeutung sowohl für die Patientensicherheit als auch für den weiteren Verlauf. Daher sind hohe Standards für die Ersteinschätzungskräfte erforderlich.

Darüber hinaus sind regelmäßige Fallbesprechungen und Schulungen erforderlich, um das bestehende Wissen und die Erfahrungen zu festigen und weiterzuentwickeln. Da die Ersteinschätzungskraft das ganze Spektrum der Hilfesuchenden einschätzt, muss ihre Qualifikation den Bereich der klinischen Notfallversorgung vollumfänglich abdecken.

Zu Absatz 3

Für die Vorhaltung des ärztlichen Personals am Krankenhausstandort gelten die Anforderungen nach § 9 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. Der insoweit unmittelbar in Bezug genommene § 9 hat folgenden Wortlaut:

„Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung stellen die folgenden Qualifikationen des Fachpersonals sicher:

- 1. Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.*
- 2. Der unter Nummer 1 genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ und die unter Nummer 1 genannte Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“, sobald die jeweiligen Qualifikationen in diesem Land verfügbar sind.*
- 3. Es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.*
- 4. Das unter den Nummern 1 bis 3 genannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil“*

Für die Vorhaltung des ärztlichen Personals am Krankenhausstandort ist folglich neben der fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutigen Zuordnung zur Versorgung von Notfällen sowie der Verfügbarkeit in der ZNA im Bedarfsfall (Nummer 1) insbesondere die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ (Nummer 2) von zentraler Bedeutung.

Nach Beschluss des Deutschen Ärztetages 2018 über die Einführung einer Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ für Ärzte ist diese nun Bestandteil der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (vgl. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 25.06.2022) und inzwischen bundesweit eingeführt. Voraussetzung für die Zusatzweiterbildung ist unter anderem die Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung. Durch die Zusatzweiterbildung wird sichergestellt, dass die Fachärztin oder der Facharzt als Hintergrundsicherheit über die erforderliche Kompetenz zur Erstdiagnostik und Initialtherapie von Notfall- und Akutpatientinnen und -patienten im Krankenhaus, über die Indikationsstellung und Koordination der weiterführenden fachspezifischen Behandlung in interdisziplinärer und sektorenübergreifender Zusammenarbeit sowie über die Anwendung von Ersteinschätzungssystemen, Triagierung und Scores verfügt. Dies dient maßgeblich der Patientensicherheit im Krankenhaus und ist bereits in den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des SGB V angelegt.

Die Hintergrundsicherheit wird durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzqualifikation „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ im Anwesenheitsdienst zur Verfügung gestellt. Die Fachärztin oder der Facharzt kann von der Ersteinschätzungskraft jederzeit hinzugezogen werden. Darüber hinaus muss die Fachärztin oder der Facharzt jederzeit in der Lage sein, beim Auftreten klinischer Notfälle angemessen einzugreifen. Die Fachärztin oder der Facharzt als Hintergrundsicherheit muss deshalb über das erforderliche Fachwissen und die entsprechenden Qualifikationen sowie die erforderliche Berufserfahrung verfügen. Eine nicht näher spezifizierte Facharztqualifikation oder eine Qualifikation unterhalb eines Facharztes reicht aus den vorher genannten Gründen für die Gewährleistung der Patientensicherheit nicht aus.

2.5 Zu § 5 – Durchführung und Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens

Das zentral in § 5 der Richtlinie geregelte Ersteinschätzungsverfahren berücksichtigt grundsätzlich zwei wesentliche Entscheidungsschritte: Zunächst erfolgt die Klärung der Dringlichkeit der Behandlung und der Ausschluss einer vitalen Bedrohung der Hilfesuchenden. Fällt diese Prüfung negativ aus, erfolgt eine erweiterte Ersteinschätzung zur Klärung des bis zum Beginn der ärztlichen Behandlung zur Verfügung stehenden Zeitfensters und zur Ermittlung der für die ambulante Behandlung sachgerechten Versorgungsebene, sofern es sich um Hilfesuchende handelt, die zur Dringlichkeitsgruppe 1 im Sinne von Absatz 3 gehören.

Zu Absatz 1

Zunächst wird innerhalb von 10 Minuten nach Eintreffen der Hilfesuchenden in der ZNA mit in der klinischen Versorgung etablierten fünfstufigen Ersteinschätzungssystemen wie MTS (Manchester Triage System) oder ESI (Emergency Severity Index) die Dringlichkeit einer unmittelbar erforderlichen ärztlichen Behandlung festgestellt. Das System muss folgende Zeitstufen abbilden können: Dringlichkeitsstufe 1 (sofort), Dringlichkeitsstufe 2 (sehr dringend, innerhalb von 10 Minuten), Dringlichkeitsstufe 3 (dringend, innerhalb von 30 Minuten), Dringlichkeitsstufe 4 (normal, innerhalb von 90 Minuten) und Dringlichkeitsstufe 5 (nicht dringend, innerhalb von 120 Minuten). Damit wird analog zum gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V sichergestellt, dass Hilfesuchende, bei denen ein Notfall im Sinne des § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V vorliegt, auf Basis eines standardisierten Verfahrens schnellstmöglich identifiziert und zeitnah einer adäquaten Behandlung in der ZNA des Krankenhauses zugeführt werden können.

Zu Absatz 2

Die Dringlichkeitsstufen 1 (sofort) und 2 (sehr dringend – innerhalb von 10 Minuten) nach dem System MTS/ESI weisen auf eine mögliche vitale Bedrohung der bzw. des Hilfesuchenden hin. Deshalb weist Absatz 2 der Richtlinie als Ort der unmittelbaren Versorgung die ZNA des Krankenhauses aus, ohne dass eine weitergehende Ersteinschätzung durchgeführt wird. Es liegt in der Verantwortung des Krankenhauses und ist einzelfallabhängig, ob die Versorgung in der ZNA oder dem Schockraum erfolgt. Ersteres wird sich regelmäßig für Hilfesuchende der Dringlichkeitsstufe 2 anbieten, während sich Hilfesuchende der Dringlichkeitsstufe 1 in einem unmittelbar behandlungsbedürftigen, lebensbedrohlichen Zustand befinden, weshalb sie oftmals sofort in den Schockraum verbracht werden dürften.

Zu Absatz 3

Dieser Absatz regelt das Vorgehen bei Hilfesuchenden, die im Rahmen der Ersteinschätzung nach Absatz 1 den Dringlichkeitsstufen 3, 4 oder 5 nach einem Verfahren wie MTS/ESI zugeordnet werden. In diesen Fällen ist das erweiterte Ersteinschätzungsverfahren nach Maßgabe dieser Richtlinie durchzuführen. Das erweiterte Ersteinschätzungsverfahren hat das Ziel, zeitnah und ressourcenschonend den bis zum ärztlichen Behandlungsbeginn zur Verfügung stehenden Zeitraum und – sofern erforderlich – die sachgerechte Versorgungsebene zu bestimmen.

Absatz 3 Nr. 1 sieht zwei Dringlichkeitsgruppen vor: Von der Dringlichkeitsgruppe 1 werden Hilfesuchende erfasst, bei denen der medizinisch vertretbare Zeitrahmen bis zum

Behandlungsbeginn 24 Stunden beträgt. Nicht von der Dringlichkeitsgruppe 1 umfasste Hilfesuchende gehören, sofern sie ambulant behandlungsbedürftig sind, zur Dringlichkeitsgruppe 2. Bei ihnen muss die ärztliche Behandlung nicht binnen 24 Stunden beginnen.

Diese zeitliche Differenzierung hat Konsequenzen für die Ermittlung der sachgerechten Versorgungsebenen für Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 1 und für die Vergabe eines TSS-Vermittlungscodes für Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 2.

Absatz 3 Nr. 2 regelt die beiden in Betracht kommenden Versorgungsebenen der ambulanten Behandlung für der Dringlichkeitsgruppe 1 zugeordnete Hilfesuchende: das Krankenhaus zur ambulanten Notfallbehandlung nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V und die vertragsärztliche Versorgung in Notdienstpraxen, die sich am oder in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses befinden. Im Sinne dieser Richtlinie gehören hierzu auch medizinische Versorgungszentren in Trägerschaft des ersteinschätzenden Krankenhauses, die eine entsprechende räumliche Nähe zum Krankenhaus aufweisen. Diese Gliederung entspricht den aktuellen gesetzlichen Vorgaben des § 120 Abs. 3b Satz 4 SGB V, der dem G-BA eine beschränkte Regelungskompetenz für die verbindliche Weiterleitung von Notfällen einräumt. Deshalb ist auch eine Bestimmung der sachgerechten Versorgungsebenen für Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 2 im Ersteinschätzungsverfahren nicht erforderlich.

Die nach Durchführung der erweiterten Ersteinschätzung festgestellte, erforderliche ambulante Notfallbehandlung für die in die Dringlichkeitsgruppe 1 eingeordneten Hilfesuchenden kann, sofern das Krankenhaus die sachgerechte Versorgungsebene ist oder für die nachweisbar innerhalb eines für den bzw. die Hilfesuchende zumutbaren Zeitraums keine Behandlungsmöglichkeit in einer Notdienstpraxis besteht, in der ZNA des Krankenhauses erfolgen (Nr. 2 lit. a.). Dies bedeutet, dass die Notfallbehandlung in der ZNA des Krankenhauses beginnen, aber nicht die gesamte Behandlung zwingend dort erfolgen muss.

Für Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 2 sind die in Absatz 3 Nr. 3 vorgegebenen Fachrichtungen anzugeben. Dies ist für die vertragsärztliche Terminfindung dieser Hilfesuchenden über die TSS erforderlich.

Zu Absatz 4

Die Vorgaben zu den Inhalten des digitalen Ergebnisberichts, den jedes Ersteinschätzungsverfahren einschließen muss, enthält Absatz 4.

2.6 Zu § 6 – Weiterleitung und Behandlung von Hilfesuchenden

§ 6 enthält die bei der Weiterleitung bestimmter Hilfesuchender in die Notdienstpraxen sowie im Sinne dieser Richtlinie in Krankenhaus-MVZ am Krankenhausstandort zu beachtenden Vorgaben und regelt das Verfahren für die Zurverfügungstellung von TSS-Vermittlungscodes für Hilfesuchende.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Einzelheiten der für das Krankenhaus bestehenden Weiterleitungsverpflichtung für Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 1, wenn als Ergebnis

der erweiterten Ersteinschätzung die Notdienstpraxis die sachgerechte Versorgungsebene ist. Die Weiterleitung durch das Krankenhaus, das die Ersteinschätzung durchgeführt hat, ist verpflichtend, sofern eine räumlich in Betracht kommende Notdienstpraxis zum Zeitpunkt der Durchführung der Ersteinschätzung geöffnet ist oder innerhalb eines vertretbaren Zeitraums öffnen wird. Hierbei sind insbesondere die regelmäßig langen Wartezeiten in der ZNA zu beachten, die oftmals eine zügigere Versorgung in der Notdienstpraxis zur Folge haben, selbst wenn diese im Zeitpunkt der Durchführung der Ersteinschätzungsverfahrens noch geschlossen sein sollte. Eine entsprechende Weiterleitung ist auch in für die Durchführung der Behandlung geeignete medizinische Versorgungszentren in Trägerschaft und am Standort des ersteinschätzenden Krankenhauses möglich.

Zu Absatz 2

Wenn Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 2 zugeordnet werden, ist eine Behandlung als ambulanter Notfall im Krankenhaus und eine Vergütung der Behandlung rechtlich ausgeschlossen. Denn diese Hilfesuchenden sind mangels der nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) für die Bejahung eines Notfalls erforderlichen sofortigen Behandlungsbedürftigkeit keine Notfälle im Sinne von § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V.

Dabei wird ein Notfall im Sinne von § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V vom BSG (Urt. v. 8.9.2015 – B 1 KR 14/14 R, Rn. 14) in ständiger Rechtsprechung wie folgt definiert:

„Ist die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung - sei es durch dessen Aufsuchen oder Herbeirufen - fehlt, also ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss, liegt ein Notfall vor. In diesem Fall dürfen auch andere, nicht zugelassene Therapeuten in Anspruch genommen werden und erbringen ihre Leistung als Naturalleistung (§ 76 Abs 1 S 2 SGB V). [...] Auch die stationäre Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus ist eine Naturalleistung der GKV.“

(Vgl. dazu auch BSG, Urt. v. 23.6.2015 B 1 KR 20/14 R, Rn. 13; BSG, Urt. v. 18.7.2006 B 1 KR 9/05 R, Rn. 18; BSG, Urt. v. 13.9.2011 B 1 KR 4/11 R, Rn. 22).

Der G-BA darf für diese Gruppe von Hilfesuchenden wegen der durch das PUEG in § 120 Absatz 3b Satz 3 Nr. 5 SGB V vorgenommenen Streichung keine verbindlichen Vorgaben zur verpflichtenden Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung treffen, hat aber nach § 120 Abs. 3b Satz 2 Nr. 4 SGB V das Nähere zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle (TSS) zu regeln, dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nr. 2 SGB V vorliegt. Hierbei handelt es sich um Fälle, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung das Ersteinschätzungsverfahren nach dieser Richtlinie einen ärztlichen Behandlungsbedarf, nicht jedoch eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit ermittelt hat. Diese Hilfesuchenden benötigen für die Buchung eines Facharzttermins über die TSS der Kassenärztlichen Vereinigung keine ärztliche Überweisung.

Der Bundesgesetzgeber führt zu den Regelungen in § 120 Absatz 3b Satz 3 Nr. 4 SGB V in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 19/26822, Seite 82) wörtlich aus:

„In Zusammenhang mit dem künftig in [§ 75] Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 vorgesehenen Wegfall des Überweisungserfordernisses nach Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens in den Krankenhäusern sind die Einzelheiten zur Realisierung des sich hieran anschließenden

Vermittlungsanspruchs gegenüber der Terminservicestelle zu regeln. Die Regelung muss Festlegungen zu der Frage enthalten, wie die erfolgte Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens im Krankenhaus nachgewiesen werden kann. So ist etwa denkbar, dass die Krankenhäuser den Versicherten nach durchgeführtem Ersteinschätzungsverfahren einen Vermittlungscode erteilen, mit dem die Versicherten ihre Berechtigung zur Vermittlung eines Behandlungstermins ohne Überweisungserfordernis gegenüber den Terminservicestellen nachweisen.“

Demnach anerkennt auch der Bundesgesetzgeber ausdrücklich die Erteilung eines Vermittlungscode nach durchgeführtem Einschätzungsverfahren, mit dem die Versicherten ihre Berechtigung zur Vermittlung eines Behandlungstermins ohne Überweisungserfordernis gegenüber den Terminservicestellen nachweisen, als von der Regelungskompetenz des G-BA umfasste konkrete Umsetzung des gesetzlichen Auftrages aus § 120 Abs. 3b Satz 3 Nr. 4 SGB V.

Die in diesem Zusammenhang bestehende Wechselwirkung zum Wegfall des Überweisungserfordernisses nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nr. 2 SGB V und der Definition von Notfällen im Sinne von § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V auf der einen Seite sowie des gesetzlichen Auftrages des G-BA nach § 120 Absatz 3b Satz 3 Nr. 4 SGB V auf der anderen Seite adressiert auch der Bundesgesetzgeber. Zu dieser Wechselwirkung führt der Bundesgesetzgeber im Rahmen der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 19/26822, Seite 72 f.) zur Regelung in § 75 Absatz 1a Satz 4 Nr. 2 SGB V wörtlich aus:

„Gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 dürfen andere als die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringer grundsätzlich nur in Notfällen für eine ambulante Behandlung zu Lasten der GKV in Anspruch genommen werden. Nach der Rechtsprechung des BSG ist ein Notfall dann zu bejahen, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung fehlt. Es muss eine sofortige ärztliche Behandlung erforderlich sein und der Patientin bzw. dem Patienten darf die Inanspruchnahme eines zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringers (vgl. § 95 Absatz 1 Satz 1) etwa anstelle eines nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhauses nicht zumutbar sein. Der neu gefasste Absatz 1a Satz 4 übernimmt im Wesentlichen geltendes Recht. Neu ist die Regelung in Nummer 2. Diese knüpft an die in § 120 Absatz 3b neu vorgesehene Regelung zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung in den Krankenhäusern an. Die Regelung bewirkt einen erleichterten Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Behandlung für Patientinnen und Patienten, bei denen sich im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens im Krankenhaus herausgestellt hat, dass zwar ein ambulanter medizinischer Behandlungsbedarf besteht, nicht aber ein Notfall im Sinne von § 76 Absatz 1 Satz 2 vorliegt, der eine sofortige Behandlung erfordert. Der erleichterte Zugang wird dadurch bewirkt, dass die bei Inanspruchnahme einer Terminservicestelle für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einer Fachärztin oder einem Facharzt sonst erforderliche Überweisung entfällt. Von der Regelung erfasste Patientinnen und Patienten werden also so behandelt, als würden sie über eine Überweisung verfügen. Einer zusätzlichen Inanspruchnahme einer Hausärztin oder eines Hausarztes bedarf es nicht. Hierdurch soll insbesondere die Anzahl der Arztkontakte für die Patientinnen und Patienten reduziert werden, da die Patientinnen und Patienten, die zum Zweck der Krankenbehandlung bereits ein Krankenhaus aufgesucht haben, keine Überweisung zum Facharzt einholen müssen.“

Insoweit wird auch durch den Bundesgesetzgeber ausdrücklich die mit den Regelungen in § 120 Absatz 3b Satz 3 Nr. 4 SGB V und § 75 Absatz 1a Satz 4 Nr. 2 SGB V gewollte Erleichterung des Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Behandlung für Versicherte hervorgehoben, bei denen sich im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens im Krankenhaus herausgestellt hat, dass zwar ein medizinischer Behandlungsbedarf besteht, nicht aber ein Notfall im Sinne von § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V vorliegt. Dabei soll der erleichterte Zugang durch den Wegfall des Überweisungserfordernisses bei der Inanspruchnahme der Vermittlung über die Terminservicestelle in der Praxis umgesetzt werden. Insoweit werden die betroffenen Versicherten dann faktisch so gestellt, als ob sie über eine entsprechende Überweisung verfügen würden. Diesem zielführenden Ansatz des Bundesgesetzgebers ist der G-BA bei der konkreten Ausgestaltung der Regelung in § 6 Absatz 2 der Ersteinschätzungs-Richtlinie gefolgt.

Den gesetzlichen Auftrag aus § 120 Absatz 3b Satz 3 Nr. 4 SGB V setzt § 6 Absatz 2 der Ersteinschätzungs-Richtlinie um. Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 2 erhalten von dem Krankenhaus, das das Ersteinschätzungsverfahren durchgeführt hat, als Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 SGB V vorliegt, den Vermittlungscode des TSS-Terminbuchungssystems. Damit können sie entweder elektronisch über das Terminbuchungssystem der TSS oder telefonisch durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Terminservicestelle unmittelbar einen verbindlichen Termin bei einer vertragsärztlichen Einrichtung buchen.

Zu Absatz 3

Klargestellt wird durch Absatz 3, dass insbesondere regionale Kooperationen, die sich bewährt haben, weiterbestehen können. Ein Eingriff in bestehende regionale Strukturen ist durch diese Richtlinie nicht beabsichtigt. Zudem werden Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen hervorgehoben, etwa das Angebot einer Videosprechstunde oder eine telefonische ärztliche Konsultation durch einen von der TSS benannten Arzt oder eine benannte Ärztin.

Zu Absatz 4

Das Verfahren und die technischen Anforderungen für die Nutzung der TSS zur Generierung von TSS-Vermittlungs-codes regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Richtlinien.

Zu Absatz 5

Hilfesuchende erhalten den Ergebnisbericht nach § 5 Absatz 4, wenn sie nicht als ambulanter Notfall im Krankenhaus behandelt werden. Wenn die erforderliche Einwilligung vorliegt, wird der Ergebnisbericht unter Nutzung der Dienste der Telematik-Infrastruktur auch an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin übermittelt. Das gilt sowohl für die Behandlung in Notdienstpraxen als auch in Vertragsarztpraxen und medizinischen Versorgungszentren.

2.7 Zu § 7 – Einbeziehung ärztlichen Personals vor der Codevergabe

Die Nichtbehandlung einer oder eines der Dringlichkeitsgruppe 2 zugeordneten Hilfesuchenden in der ZNA des Krankenhauses erfordert im Sinne einer größtmöglichen Patientensicherheit immer eine ärztliche Freigabe vor der Überlassung eines zur

Terminbuchung über die TSS erforderlichen Vermittlungscodes. Dafür prüft eine Fachärztin oder ein Facharzt des Krankenhauses, die oder der fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet ist, auf Basis des Ergebnisberichtes nach § 5 Absatz 4 das Resultat des Ersteinschätzungsverfahrens hinsichtlich des medizinisch vertretbaren Zeitfensters bis zum Beginn der Behandlung. Die ärztliche Einbeziehung kann auch durch eine Telekonsultation erfolgen.

2.8 Zu § 8 – Nachweis über die Durchführung der Ersteinschätzung, Qualitätssicherung

Zu Absatz 1

Absatz 1 dient der Qualitätssicherung und sieht zu diesem Zweck Nachweisverpflichtungen der Krankenhäuser gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung hinsichtlich der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und der Einführung eines ständigen Qualitätssicherungsverfahrens in der Ersteinschätzung vor.

Zu Absatz 2

Zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der in Rechnung gestellten ambulanten Notfallleistungen benennt Absatz 2 die Informationen, die das Krankenhaus der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mit dem Abrechnungsdatensatz zu überlassen hat (Dringlichkeitsstufe und bei der Dringlichkeitsgruppe 1 zugeordneten Hilfesuchenden die sachgerechte Versorgungsebene sowie eine Begründung dafür, weshalb keine Behandlung in der Notdienstpraxis möglich war). Die Übermittlung erfolgt zusammen mit dem Abrechnungsdatensatz.

2.9 Zu § 9 – Evaluation

Dem G-BA wurde durch § 120 Absatz 3b Satz 6 SGB V eine Evaluierungspflicht auferlegt, um zu bewerten, welchen Einfluss die Maßnahmen insbesondere auf die Inanspruchnahme von Notaufnahmen, die Entwicklung der Leistungen und auf die Versorgung der Hilfesuchenden hatten, um gegebenenfalls Änderungsbedarfe ableiten zu können. Eine entsprechende Prüfung und ggf. notwendige Anpassung hat dabei bis zum 31.12.2026 zu erfolgen.

Zu Absatz 1

Um dem G-BA eine Evaluation der Regelungen dieser Richtlinie zu ermöglichen, ist eine entsprechende Datengrundlage erforderlich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt dem G-BA daher einen jährlichen Kurzbericht mit den in Absatz 1 aufgeführten Informationen zur Verfügung, um diesen erstellen zu können.

Zu Absatz 2

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln die zur Erstellung des jährlichen Kurzberichts erforderlichen Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in aggregierter, nicht personenbezogener Form.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält eine Aufstellung derjenigen Informationen, die die Krankenhäuser dem G-BA zur Verfügung zu stellen haben, damit dieser seinen Evaluationsauftrag erfüllen kann. Die Datenlieferung für das Vorjahr hat bis zum 01.03. des Folgejahres zu erfolgen, erstmals 2025 für das Jahr 2024. Damit ist sichergestellt, dass der G-BA seinen Prüfauftrag bis Ende 2026 fristgerecht erfüllen kann. Zugleich haben die Krankenhäuser mit Blick auf das Inkrafttreten der Richtlinie genügend Zeit für die Anwendung der Richtlinie, bevor sie die Daten ab dem Jahr 2024 an den G-BA liefern müssen. Der Gesetzgeber hat darüber hinaus einen Evaluationsauftrag an den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V zur Entwicklung der Leistungen in den Notaufnahmen gerichtet, der die Evaluation des G-BA ergänzt.

Zu Absatz 4

Der G-BA prüft und evaluiert die Daten. Im Falle eines Korrekturbedarfs informiert er das Krankenhaus, welches die Korrekturen bis zum 01.05. des Jahres vornehmen muss. Durch dieses Verfahren wird sichergestellt, dass die Evaluation auf der Grundlage korrekter Daten vorgenommen wird.

2.10 Zu § 10 – Geltung, Übergangsregelungen

Der an den G-BA gerichtete gesetzliche Auftrag schließt nach § 120 Absatz 3b Satz 3 Nr. 6 SGB V auch die Vorgabe von Übergangsfristen für die Umsetzung der Richtlinie ein, soweit diese für eine rechtzeitige Integration der Richtlinie in die organisatorischen Abläufe der Krankenhäuser erforderlich sind. Die Umsetzung dieses Auftrags erfolgt in § 10 der Richtlinie.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Verbindlichkeit der Richtlinie. Diese ist ab dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens für alle in § 2 Absatz 3 definierten Krankenhäuser verbindlich anzuwenden. Damit wird sichergestellt, dass alle Hilfesuchenden ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung ihres medizinischen Behandlungsbedarfs in allen Krankenhäusern erhalten, die ambulante Notfälle nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V behandeln und gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse abrechnen.

Zu Absatz 2

Bis zum 31. Dezember 2026 wird eine Übergangsregelung für die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ der Ersteinschätzungskraft nach § 4 Absatz 2 eingeräumt. Mit dieser Übergangsregelung wird einerseits eine kurzfristige Umsetzbarkeit der Richtlinie ermöglicht und andererseits das Qualifikationsniveau der Ersteinschätzungskräfte ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinie angemessen festgelegt. Da der Ersteinschätzungskraft eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe zugesprochen wird, müssen hohe Standards gelten.

Zu Absatz 3

Mit der Übergangsregelung für die ZNA wird bezweckt, für einen Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 2026 auch solchen Krankenhäusern die Erbringung und Abrechnung

ambulanter Notfallbehandlungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V zu ermöglichen, die zwar bereits über eine klinische Notaufnahme, aber noch nicht über eine ZNA im Sinne der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V verfügen. Damit wird diesen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern ermöglicht, bis zum 31. Dezember 2026 die Anforderungen an eine ZNA zu erfüllen. Die Übergangsregelung für die ZNA bezieht sich ausschließlich auf die baulichen Anforderungen und die damit in engem Zusammenhang stehenden Kriterien wie die fachübergreifende Leitung der ZNA und die Aufnahme der Patienten über die ZNA. Davon unberührt bleiben Anforderungen an die Prozesse in der Notfallaufnahme.

Zu Absatz 4

Die in § 3 Abs. 2 geregelten Anforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren sind nach Satz 1 ab dem 01. Juni 2024 für alle Krankenhäuser verbindlich. Sie haben damit ausreichend Zeit, um ihre Prozessabläufe entsprechend anzupassen.

Nach Satz 2 ist der Einsatz eines digitalen Ersteinschätzungsinstruments nach § 3 Absatz 3 zur Unterstützung des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 3 Absatz 2 ab dem 01. März 2025 verpflichtend. Mit dieser Übergangsregelung wird den Krankenhäusern ein angemessener Zeitraum eingeräumt, um ein entsprechendes Instrument anzuschaffen, einzurichten und anzuwenden. Der G-BA geht davon aus, dass vor dem 01. März 2025 ein richtlinienkonformes Ersteinschätzungsinstrument vorliegt. Sollte dies nicht der Fall sein, muss die zeitliche Vorgabe in Absatz 4 Satz 2 angepasst werden.

Bis ein Ersteinschätzungsinstrument zur Verfügung steht, können die Krankenhäuser eines der sich derzeit bereits in der Entwicklung befindlichen Ersteinschätzungsinstrumente im Sinne eines Probetriebs einsetzen. Die im Zuge einer solchen Parallelanwendung gewonnenen Daten können dann für die Evaluation der Ersteinschätzungsinstrumente zur Verfügung gestellt werden. Dadurch werden bereits praktische Erfahrungen in der Anwendung generiert und die bereits angestoßenen Evaluationen auf eine breitere Grundlage gestellt.

Zu Absatz 5

Die Kassenärztlichen Vereinigungen schaffen für die Krankenhäuser ab dem 01. Januar 2024 die technische Möglichkeit zur Generierung von TSS-Codes. Dabei sind die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 6 Absatz 4 zu beachten.

3. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen und Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Aus dem hier vorliegenden Beschlussentwurf zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Abs. 3b SGB V resultieren neue Informationspflichten für alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, die ambulante Notfallleistungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V erbringen.

Die Erweiterung der Optionen zur Behandlungspriorisierung um das Ersteinschätzungsverfahren gemäß dieser Richtlinie ermöglicht zusätzlich zur Kategorisierung der Behandlungsdringlichkeit nach den bereits bisher eingesetzten Systemen (bspw. Emergency Severity Index (ESI) oder Manchester Triage System (MTS)) eine Beurteilung der für die medizinische Fragestellung der Hilfesuchenden sachgerechten Versorgungsebene.

Anschaffung und Installation der für das Ersteinschätzungsverfahren erforderlichen Software

Damit in den zentralen Notaufnahmen (ZNA) der Krankenhäuser die für die Ersteinschätzung erforderlichen Daten elektronisch erfasst werden können, sind die Anschaffung und die Installation eines digitalen Assistenzsystem notwendig. Sowohl beim Kauf als auch bei der erstmaligen Installation der Software handelt es sich um einen einmalig entstehenden Aufwand.

Es wird davon ausgegangen, dass sich die durchschnittlichen Anschaffungskosten Krankenhausstandort auf 500 Euro belaufen. Bei rund 1.555 Standorten, die an der ambulanten Notfallversorgung teilnehmen, resultieren hieraus insgesamt einmalige Anschaffungskosten in Höhe von geschätzt 777.500 Euro (1.555 x 500 Euro).

Digitaler Ergebnisbericht

Gemäß § 5 Absatz 4 muss das Krankenhaus als Abschluss des Ersteinschätzungsverfahrens einen digitalen Ergebnisbericht mit folgenden Angaben erstellen: Standortnummer und Kontaktangaben der ZNA des Krankenhauses, das genutzte Ersteinschätzungsinstrument, Name der durchführenden Ersteinschätzungskräfte, die Dringlichkeitsgruppe und die sachgerechte Versorgungsebene einschließlich der Gründe, die zur Einstufung in diese Dringlichkeitsgruppe und zur sachgerechten Versorgungsebene geführt haben, Angabe, ob Einbindung ärztlichen Personals in das Ersteinschätzungsverfahren erfolgt ist und eine Dokumentation der etwaigen Abweichung von der Empfehlung des Ersteinschätzungsverfahrens durch ärztliches Personal mit Begründung.

Wenn und soweit die Terminservicestelle (nachfolgend „TSS“) ergänzende Angaben zur Diagnostik und zum Leistungsspektrum bereitstellt, insbesondere zur Verfügbarkeit bildgebender Diagnostik, sind diese Angaben im Ergebnisbericht ebenfalls zu berücksichtigen. Außerdem wird Hilfesuchenden in den Fällen, in denen sie nicht durch das Krankenhaus weiterbehandelt werden, der Ergebnisbericht ausgehändigt.

Untersuchungen zeigen, dass etwa 75 Prozent der Hilfesuchenden, die eine Notaufnahme aufsuchen, ambulant versorgt werden können und rund 55 Prozent eine Einstufung in die niedrigsten beiden Dringlichkeitskategorien in ESI bzw. MTS erhalten¹. Bei einer Gesamtzahl von ca. 8,8 Millionen ambulanten Notfällen, die im Krankenhaus versorgt wurden (2021) können damit schätzungsweise 4,84 Millionen in die vertragsärztliche Versorgung vermittelt werden.

Die Erstellung und Aushändigung des digitalen Ergebnisberichts stellt keine neue Informationspflicht dar. Vielmehr sind entsprechende Dokumentation und Übergabe dieser etablierte Praxis und gemäß (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte Pflicht gegenüber Patientinnen und Patienten.

Weiterleitung von Hilfesuchenden

Gemäß § 6 Absatz 1 erfolgt die Weiterleitung der Hilfesuchenden, bei denen kein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde und deren ärztliche Behandlung binnen 24 Stunden beginnen sollte, durch das Krankenhaus entweder direkt an die im oder am Krankenhausstandort befindliche Notdienstpraxis. In diesen Fällen entstehen keine zusätzlichen Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

Gemäß § 6 Absatz 2 erhalten Hilfesuchende, bei denen kein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde und deren ärztliche Behandlung nicht binnen 24 Stunden beginnen muss, vom Krankenhaus einen Vermittlungscodes des Terminbuchungssystems der TSS für die eigene Terminbuchung. Die Bereitstellung eines Vermittlungscodes durch das Krankenhaus ist schätzungsweise mit einem zeitlichen Aufwand von einer Minute bei mittlerem Qualifikationsniveau (30,0 Euro/h) verbunden; daraus resultieren Bürokratiekosten je Codebereitstellung in Höhe von 0,5 Euro.

Unter der Annahme, dass für etwa 55 Prozent der Hilfesuchenden diese Art der Weiterleitung möglich ist, entstehen den Krankenhäusern jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 2,42 Mio. Euro (4,84 Mio. x 0,5 Euro).

Nachweis über Implementierung Ersteinschätzungsverfahren und -instrument

Gemäß § 8 Absatz 1 teilt das Krankenhaus der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die eingesetzten Ersteinschätzungsverfahren und -instrumente mit. Zudem weist es nach, dass es ein ständiges Verfahren der Qualitätssicherung in der Ersteinschätzung implementiert hat und dass das für die Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens eingesetzte Personal die Anforderungen nach § 4 Absatz 2 und 3 erfüllt.

Es ist davon auszugehen, dass für eine entsprechende Mitteilung ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei hohem Qualifikationsniveau (59,1 Euro/h) erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 2,96 Euro. Unter Berücksichtigung einer Zahl von 1.555 Krankenhausstandorten entstehen somit einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 4.603 Euro (1.555 x 2,96 Euro).

Datenübermittlung zu Evaluationszwecken gemäß § 9 Absatz 3

Gemäß § 9 Absatz 3 übermittelt jedes Krankenhaus zur Evaluation der Ersteinschätzung nach dieser Richtlinie standortbezogen bis zum 01.03. des Folgejahres Daten jeweils für das gesamte vorangehende Kalenderjahr, erstmals zum 01.03.2025 für das Kalenderjahr 2024 an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Der daraus resultierende Aufwand lässt sich auf 90

¹ Schleaf, T., et al. (2022). "Allgemeinmedizinische Behandlungsfälle in einer universitären Notaufnahme vor und nach Einführung eines strukturierten Ersteinschätzungssystems." *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*; Völk, S., et al. (2022). "Interdisziplinäre Notaufnahme: Geben Symptome und Zuweisungsweg Auskunft über den Bettenbedarf?" *Notfall + Rettungsmedizin*; Brammen, D., et al. (2022). "Das AKTIN-Notaufnahmeregister – kontinuierlich aktuelle Daten aus der Akutmedizin." *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin* 117(1): 24-33.

Minuten bei mittlerem Qualifikationsniveau (30,0 Euro/h) beziffern. Damit entstehen den 1.555 Krankenhausstandorten jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 73.241 Euro (1.555 x 90 min x 30,0 Euro/h).

4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
08.04.2022	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
21.04.2022	G-BA	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 und 5a SGB V sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) Verfo
13.07.2022	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
13.07.2022	UA BPL	<i>mündliche Anhörung</i>
13.06.2023	UA BPL	Abschluss der vorbereitenden Beratungen
06.07.2023	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über die Erstfassung die Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie) - Erstfassung
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 06.07.2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken