



# 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 6. Juli 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 6. Juli 2023 folgende Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie) beschlossen:

I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

**„Richtlinie  
des Gemeinsamen Bundesausschusses  
zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120  
Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie)**

Beschluss wurde durch das BMG beanstandet

## **§ 1 Ziel der Richtlinie**

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden.

(2) Krankenhäuser dürfen von gesetzlich Krankenversicherten für ambulante Behandlungen grundsätzlich nur in Notfällen im Sinne von § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V in Anspruch genommen werden.

(3) Die Ersteinschätzung dient unabhängig davon, ob das Krankenhaus an der gestuften stationären Notfallversorgung teilnimmt oder nicht, der Feststellung, ob ein für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 SGBV erforderlicher sofortiger Behandlungsbedarf vorliegt.

## **§ 2 Anwendungsbereich des Ersteinschätzungsverfahrens**

(1) Bei gesetzlich Krankenversicherten, die mit einem von ihnen für dringend gehaltenen gesundheitlichen Anliegen eigenständig ein Krankenhaus aufsuchen oder bei denen im Rettungswagen kein unmittelbar behandlungsbedürftiger, lebensbedrohlicher Zustand festgestellt wurde (nachfolgend: „die Hilfesuchenden“), ist ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren nach dieser Richtlinie durchzuführen. Hilfesuchende, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung ins Krankenhaus kommen, fallen nicht unter diese Regelung.

(2) Das in dieser Richtlinie geregelte Ersteinschätzungsverfahren erfolgt unter Berücksichtigung des strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten gemäß § 12 Nummer 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V. Das Ersteinschätzungsverfahren wird in der zentralen Notaufnahme (nachfolgend: „ZNA“) des Krankenhauses durchgeführt. Die ZNA ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung und grundsätzlich barrierefreiem Zugang.

(3) Die Vorgaben gelten für sämtliche nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, die für Hilfesuchende ambulante Notfalleleistungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V erbringen.

## **§ 3 Anforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren und das Ersteinschätzungsinstrument**

(1) Für die Ersteinschätzung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs von Hilfesuchenden und der geeigneten Versorgungsebene ist vom Krankenhaus ein qualifiziertes und standardisiertes Verfahren einzusetzen. Das Ersteinschätzungsverfahren muss relevante Symptome und Risikomerkmale für abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe erkennen.

(2) Das Ersteinschätzungsverfahren muss ab dem in § 10 Absatz 4 Satz 1 genannten Zeitpunkt folgende Mindestanforderungen erfüllen:

- a. Patientensicherheit: Unerwünschte Ereignisse müssen durch die Ausgestaltung der Entscheidungskriterien erfasst und, sofern sie auf Fehler im Entscheidungsprozess des Verfahrens zurückzuführen sind, durch Optimierung des Verfahrens für die Zukunft vermieden werden.

- b. Diskriminationsfähigkeit: Das Ersteinschätzungsverfahren muss sowohl dazu geeignet sein, lebensbedrohliche Zustände und abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe innerhalb von einer Minute zu erkennen als auch Behandlungsanlässe mit geringer oder fehlender Dringlichkeit zu identifizieren. Das Ersteinschätzungsverfahren kann Fälle mit gleicher Leitsymptomatik bei unterschiedlichem Schweregrad unterscheiden. Nebendiagnosen ohne medizinischen Einfluss auf den akuten Behandlungsanlass dürfen sich nicht schweregraderhöhend auswirken. Im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens dürfen ausschließlich medizinische Erfordernisse Einfluss auf die Entscheidung nehmen.
  - c. Vollständigkeit: Das Ersteinschätzungsverfahren bildet alle in der Akut- und Notfallversorgung auftretenden Behandlungsanlässe ab (z. B. auf der Basis des Canadian Emergency Department Information System (CEDIS-Katalog)) und umfasst alle Altersgruppen.
  - d. Objektivität: Das Ersteinschätzungsverfahren ermöglicht die Durchführung, Auswertung und Interpretation der Ersteinschätzung unabhängig vom Einsatzort und von der ersteinschätzenden Person.
  - e. Reliabilität: Das Ergebnis der Ersteinschätzung kann mit dem gleichen oder einem vergleichbaren Ersteinschätzungsverfahren bestätigt werden.
  - f. Validität: Das Ersteinschätzungsverfahren bestimmt strukturiert und validiert zutreffend zunächst die Behandlungsdringlichkeit von Hilfesuchenden und bildet diese in fünf Dringlichkeitsstufen im Sinne der Triage-Systeme Manchester Triage System (MTS) oder Emergency Severity Index (ESI) (Stufe 1 = höchste Dringlichkeitsstufe, Stufe 5 = niedrigste Dringlichkeitsstufe) ab. Außerdem ermittelt es die Dringlichkeitsgruppen und, sofern erforderlich, die sachgerechte Versorgungsebene nach § 5 Absatz 3.
  - g. Stand der medizinischen Erkenntnisse: Die notfallmedizinischen Inhalte des Ersteinschätzungsverfahrens müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Dies schließt eine stetige Aktualisierung und Optimierung der Inhalte im Hinblick auf die in diesem Paragraphen formulierten Anforderungen ein.
  - h. Ergebnisbericht: Möglichkeit der Dokumentation und Ausgabe eines digitalen Ergebnisberichts mit den in § 5 Absatz 4 festgelegten Mindestinhalten.
- (3) Das Ersteinschätzungsverfahren wird ab dem in § 10 Absatz 4 Satz 2 genannten Zeitpunkt durch ein digitales Assistenzsystem (im Folgenden: Ersteinschätzungsinstrument) unterstützt. Die Mindestanforderungen nach Absatz 2 gelten für das Ersteinschätzungsinstrument entsprechend. Ihre Einhaltung ist in mindestens einer wissenschaftlichen, peer-reviewed veröffentlichten Studie nachzuweisen. Das Ersteinschätzungsinstrument muss zusätzlich folgende Mindestanforderungen erfüllen:
- a. IT-Fähigkeit und Dokumentationsfähigkeit: Das Ersteinschätzungsinstrument muss eine Schnittstelle enthalten, die anbieterunabhängige Interoperabilität im Gesundheitswesen sowie eine Integration in das IT-System der Notaufnahme zur Dokumentation und Weiterleitung der erhobenen Daten gewährleistet.
  - b. Medizinprodukt: Für das Ersteinschätzungsinstrument muss eine den aktuellen Anforderungen der EU-Verordnung über Medizinprodukte (nachfolgend: MDR) entsprechende Konformitätsbescheinigung durch eine Benannte Stelle als Medizinprodukt (derzeit der Klasse IIa) im Sinne der MDR vorliegen (übergangsweise mindestens eine Konformitätsbescheinigung nach der Medizinprodukterichtlinie

(MDD)) und ein technischer Rund-um-die-Uhr-Service zur Beseitigung von Störungen bestehen.

(4) Das Ersteinschätzungsverfahren wird mit der Festlegung der sachgerechten Versorgungsebene und der zutreffenden Dringlichkeitsstufe oder -gruppe im Sinne von § 5 Absatz 2 bzw. Absatz 3 abgeschlossen.

(5) Das Ergebnis des Ersteinschätzungsverfahrens ist grundsätzlich verbindlich. Abweichungen sind fallbezogen im elektronischen Krankenhausinformationssystem (KIS) zu dokumentieren und zu begründen.

#### **§ 4 Qualifikationsanforderungen an das am Ersteinschätzungsverfahren beteiligte medizinische Personal und Maßnahmen der Qualitätssicherung**

(1) Die Ersteinschätzung erfolgt durch vom Krankenhaus eingesetztes Personal (nachfolgend: „Ersteinschätzungskraft“). Am Krankenhausstandort steht jederzeit ärztliches und pflegerisches Personal mit den in Absatz 2 und Absatz 3 genannten Qualifikationen zur Verfügung. Das ärztliche Personal kann von der Ersteinschätzungskraft, insbesondere bei Fragen zur Behandlungsdringlichkeit, zur geeigneten Versorgungsebene sowie in den Fällen, in denen die Ersteinschätzungskraft zu einer abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage ist, hinzugezogen werden.

(2) Die Ersteinschätzungskraft muss

- a. Pflegefachkraft mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ oder Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter sein,
- b. für das Ersteinschätzungsverfahren nach § 5 ausgebildet sein,
- c. mindestens einmal pro Quartal mit dem Ziel, qualitätsverbessernde Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus zu identifizieren und umzusetzen, an einem Qualitätszirkel zur Besprechung kritischer Ereignisse im Zusammenhang mit der Ersteinschätzung von Hilfesuchenden teilnehmen und
- d. mindestens einmal jährlich an einer Fortbildung zum Erkennen von Notfallleitsymptomen, die Hinweise auf lebensbedrohliche Zustände oder abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe geben, geschult werden.

(3) Für die Vorhaltung des ärztlichen Personals am Krankenhausstandort gelten die Anforderungen nach § 9 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.

#### **§ 5 Durchführung und Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens**

(1) Bei allen Hilfesuchenden ist innerhalb von 10 Minuten nach Eintreffen in der ZNA eine Behandlungspriorisierung nach einem fünfstufigen System wie MTS/ESI unter Berücksichtigung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V durchzuführen. Die Prüfung der Weiterleitung der Hilfesuchenden erfolgt nach den in Absatz 2 und Absatz 3 geregelten Grundsätzen.

(2) Hilfesuchende der Dringlichkeitsstufen 1 (sofortiger Behandlungsbeginn) und 2 (sehr dringend) im Sinne des Systems nach Absatz 1 werden als ambulanter Notfall durch das Krankenhaus in der ZNA behandelt oder, sofern erforderlich, stationär aufgenommen. Ein weiterführendes Ersteinschätzungsverfahren nach Absatz 3 entfällt.

(3) Für alle nicht unter Absatz 2 fallenden Hilfesuchenden wird im Anschluss an diese Prüfung ein weiterführendes Ersteinschätzungsverfahren unter Beachtung der folgenden Bestimmungen durchgeführt, um die Dringlichkeit und die sachgerechte Versorgungsebene zu ermitteln. Dabei ist das Vorliegen von Notfallleitsymptomen, die Hinweise auf lebensbedrohliche Zustände oder abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe geben, auszuschließen.

### **1. Feststellung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs nach Dringlichkeitsgruppen**

Das Ergebnis des weiterführenden Ersteinschätzungsverfahrens für die Dringlichkeitsstufen 3 und höher gibt ein medizinisch vertretbares Zeitfenster bis zur ärztlichen Behandlung vor. Die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs ist gemäß folgender Einteilung nach Dringlichkeitsgruppen zu bestimmen:

Dringlichkeitsgruppe	Medizinisch vertretbarer Zeitrahmen bis zur Behandlung
1	ärztliche Behandlung sollte binnen 24 Stunden beginnen
2	ärztliche Behandlung muss nicht binnen 24 Stunden beginnen

Die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs bestimmt sich nach der Erkrankungsschwere, dem Beschwerdebild und den damit verbundenen Anzeichen und Symptomen.

### **2. Versorgungsebene zur ambulanten Behandlung von Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 1**

Das vom Krankenhaus eingesetzte erweiterte Ersteinschätzungsverfahren muss die Ersteinschätzungskraft darin unterstützen, für die Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 1 eine sachgerechte Versorgungsebene zu bestimmen, die die folgende Einteilung umfasst:

- a. Krankenhaus zur ambulanten Notfallbehandlung gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V und
- b. vertragsärztliche Versorgung in Notdienstpraxen am oder in unmittelbarer räumlicher Nähe des Krankenhausstandortes; im Sinne dieser Richtlinie sind davon auch Medizinische Versorgungszentren in Trägerschaft des Krankenhauses umfasst.

### **3. Angabe von Fachrichtungen bei Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 2**

Für Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 2 ist die zur vertragsärztlichen Behandlung erforderliche Fachrichtung auszuweisen. Dabei ist mindestens nach den folgenden Fachrichtungen zu differenzieren:

- a. Hausärztliche Versorgung/Allgemeinmedizin,
- b. Innere Medizin,
- c. Gynäkologie und Geburtshilfe,
- d. Urologie,

- e. Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie,
- f. Kinder- und Jugendmedizin,
- g. Augenheilkunde,
- h. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
- i. Dermatologie,
- j. Neurologie,
- k. Psychiatrische und nervenärztliche Versorgung.

(4) Jedes Ersteinschätzungsverfahren eines oder einer Hilfesuchenden schließt einen digitalen Ergebnisbericht mit ein, der mindestens folgende Informationen enthalten muss:

- a. Standortnummer und Kontaktangaben der ZNA des Krankenhauses,
- b. das genutzte Ersteinschätzungsinstrument,
- c. Name der durchführenden Ersteinschätzungskraft,
- d. die Dringlichkeitsgruppe und die Gründe, die zur Einstufung in diese Dringlichkeitsgruppe geführt haben,
- e. Bei Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 1 zusätzlich die sachgerechte Versorgungsebene einschließlich der Gründe, die zu dieser Einordnung geführt haben,
- f. Angabe, ob Einbindung ärztlichen Personals in das Ersteinschätzungsverfahren erfolgt ist,

und

- g. eine Dokumentation der etwaigen Abweichung von der Empfehlung des Ersteinschätzungsverfahrens durch ärztliches Personal mit Begründung.

Die im Ergebnisbericht enthaltenen Informationen sind fallbezogen im elektronischen KIS zu speichern.

## **§ 6 Weiterleitung und Behandlung von Hilfesuchenden**

(1) Ermittelt das Ersteinschätzungsverfahren für Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 1 die Notdienstpraxen als sachgerechte Versorgungsebene, werden die Hilfesuchenden an diese Notdienstpraxis weitergeleitet, sofern diese zum Zeitpunkt der Durchführung der Ersteinschätzung geöffnet ist oder innerhalb eines vertretbaren Zeitraums öffnen wird. Ist eine Weiterleitung nachweislich nicht möglich oder medizinisch nicht vertretbar, sind die für die Nichtweiterleitung maßgeblichen Gründe (insbesondere: Notdienstpraxis nicht vorhanden oder nicht geöffnet) fallbezogen im elektronischen KIS zu dokumentieren. Die ambulante Notfallbehandlung erfolgt nur in diesen Fällen in der ZNA des Krankenhauses.

(2) Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 2 erhalten vom Krankenhaus zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle (TSS), dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 SGB V vorliegt, den Vermittlungscodes des TSS-Terminbuchungssystems, damit sie – gegebenenfalls mit Unterstützung der TSS der Kassenärztlichen Vereinigungen – einen Termin bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten oder medizinischen Versorgungszentren buchen können.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Zuständigkeitsgebiet sich das ersteinschätzende Krankenhaus befindet, kann es durch weitere Maßnahmen bei der nach Durchführung der erweiterten Ersteinschätzung nach § 5 Absatz 3 empfohlenen Weiterleitung

unterstützen, dies umfasst insbesondere regionale Kooperationen (z. B. Partnerpraxen, Kooperationspraxen auf oder in unmittelbarer Nähe des Krankenhausstandortes). Darüber hinaus kann die Kassenärztliche Vereinigung eine Videosprechstunde oder eine telefonische ärztliche Konsultation durch einen von der TSS benannten Arzt oder eine benannte Ärztin anbieten.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelt in Richtlinien die technischen Anforderungen und das Verfahren für die Nutzung des Terminbuchungssystems der TSS zur Generierung von Vermittlungscode durch ein Krankenhaus.

(5) Hilfesuchende erhalten in den Fällen, in denen sie nicht durch das Krankenhaus behandelt werden, den Ergebnisbericht nach § 5 Absatz 4. Sofern die Einwilligung des oder der Hilfesuchenden vorliegt, wird der Ergebnisbericht unter Nutzung der Dienste der Telematik-Infrastruktur auch an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin übermittelt.

## **§ 7 Einbeziehung ärztlichen Personals vor der Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung**

Bevor eine Codevergabe für Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 2 erfolgt, prüft ein Facharzt oder eine Fachärztin des Krankenhauses, die oder der fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet ist, auf Basis des Ergebnisberichts der Ersteinschätzung gemäß § 5 Absatz 4 den durch das Ersteinschätzungsverfahren vorgeschlagenen Ressourcenbedarf und das vorgeschlagene medizinisch vertretbare Zeitfenster bis zur Behandlung. Die Hinzuziehung kann persönlich oder über eine telemedizinische Anbindung erfolgen.

## **§ 8 Nachweis über die Durchführung der Ersteinschätzung, Qualitätssicherung**

(1) Das Krankenhaus benennt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als Voraussetzung für die Abrechnung ambulant in der Notaufnahme behandelter bzw. ersteingeschätzter Fälle die nach § 5 Absatz 1 bis Absatz 3 eingesetzten Ersteinschätzungsverfahren und -instrumente und weist nach, dass es ein ständiges Verfahren der Qualitätssicherung in der Ersteinschätzung implementiert hat. Zudem weist es regelmäßig nach, dass das für die Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens eingesetzte Personal die Anforderungen nach § 4 Absatz 2 und 3 erfüllt.

(2) Mit dem Abrechnungsdatensatz gemäß § 295 SGB V ist nach § 5 Absatz 1 die Dringlichkeitsstufe für die sofortige Behandlungsnotwendigkeit oder sind nach § 5 Absatz 3 die Dringlichkeitsgruppe und bei Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 1 die sachgerechte Versorgungsebene aufzuführen sowie die Begründung, weshalb bei Ermittlung der Notdienstpraxis als sachgerechte Versorgungsebene keine Weiterleitung möglich war.

## **§ 9 Evaluation**

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft die Auswirkungen dieser Richtlinie hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung der Richtlinie bis zum 31. Dezember 2026. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt dem Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür einen jährlichen Kurzbericht mit folgenden Informationen zur Verfügung:

- a. Anzahl und Diagnosen (ICD-Kode) der ambulant im Krankenhaus behandelten Fälle,
  - b. Anzahl und Diagnosen (ICD-Kode) der behandelten Fälle in Notdienstpraxen,
  - c. Anzahl der eingelösten BuchungsCodes für die TSS je Krankenhausstandort für Hilfesuchende.
- (2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die für die Erstellung des Kurzberichts erforderlichen Informationen in aggregierter Form zur Verfügung.
- (3) Die Krankenhäuser übermitteln zur Evaluation der Ersteinschätzung nach dieser Richtlinie standortbezogen bis zum 1. März des Folgejahres folgende Daten jeweils für das gesamte vorangehende Kalenderjahr (Erfassungsjahr) (erstmalig zum 1. März 2025) an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Dabei sind folgende Parameter krankenhausbezogen anzugeben:
- a. Verwendetes Ersteinschätzungsinstrument,
  - b. Anzahl der durchgeführten Ersteinschätzungen,
  - c. Anzahl der sachgerechten Versorgungsebene bei Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 1,
  - d. Anzahl der zur Behandlung der Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 2 erforderlichen jeweiligen Fachgebiete,
  - e. Anzahl der Zuordnungen je Dringlichkeitsstufe und -gruppe,
  - f. Anzahl der an Notdienstpraxen weitergeleiteten Fälle,
  - g. Anzahl der ausgegebenen TSS-Codes,
  - h. Anzahl der ambulanten Behandlungen in der ZNA,
  - i. Anzahl der vollstationären Behandlungen im Krankenhaus,
  - j. Anzahl der Wiedervorstellungen von Hilfesuchenden innerhalb von 72 Stunden nach Ersteinschätzung,
  - k. Anzahl der Fälle, die aufgrund fehlender Versorgungsangebote der Notdienstpraxis in der ZNA behandelt wurden.
  - l. Anzahl der ärztlich bewerteten Fälle mit korrigierter Ersteinschätzung.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft die an ihn übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert die Einrichtung bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch die Einrichtung ist bis zum 1. Mai des auf das jeweilige Erfassungsjahr folgende Jahr möglich und hat bis zu diesem Zeitpunkt zu erfolgen. Die Daten werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgewertet und die Ergebnisse standort- bzw. KV-bezogen veröffentlicht. Auf Grundlage dieser Daten ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen und die Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Er überprüft im Rahmen der ihm obliegenden Überprüfungspflicht die Anforderungen der Regelungen und deren gegebenenfalls erforderliche Anpassung.

## **§ 10 Geltung, Übergangsregelungen**

- (1) Die Richtlinie ist ab dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens für alle Krankenhäuser im Sinne von § 2 Absatz 3 verbindlich, soweit Absatz 2 bis 5 nichts Abweichendes bestimmen.



(2) Zum Erreichen der Qualifikationsanforderungen des eingesetzten Personals nach § 4 gilt eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2026. Bis zum Erreichen der Übergangsfrist wird für die Pflegekräfte nach § 4 Absatz 2, die das Ersteinschätzungsverfahren durchführen, auf die Anforderung der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ verzichtet. Bis zum Erreichen der Übergangsfrist nach Satz 1 können examinierte Pflegekräfte mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung in der inner- oder außerklinischen Notfallversorgung als Ersteinschätzungskraft gemäß § 4 Absatz 1 eingesetzt werden.

(3) Sofern ein Krankenhaus noch keine ZNA im Sinne von § 2 Absatz 2 Satz 3 dieser Richtlinie hat, kann es das Ersteinschätzungsverfahren nach § 5 und die ambulante Notfallbehandlung übergangsweise bis zum 31. Dezember 2026 an einer zentralen und für die Hilfesuchenden gut erkennbaren Stelle im Krankenhaus durchführen. Die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V bleiben von dieser Bestimmung unberührt.

(4) Spätestens ab dem 1. Juni 2024 muss das Ersteinschätzungsverfahren des Krankenhauses die Anforderungen nach § 3 Absatz 2 erfüllen. Spätestens ab dem 1. März 2025 muss das Ersteinschätzungsverfahren des Krankenhauses durch ein Ersteinschätzungsinstrument im Sinne von § 3 Absatz 3 unterstützt werden.

(5) Die Krankenhäuser erhalten ab dem 1. Januar 2024 von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Möglichkeit zur Generierung von TSS-Codes.“

Beschluss wurde durch das BMG beantragt

II. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 6. Juli 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Beschluss wurde durch das BMG beanstandet