

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften
System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß
§ 136c Absatz 4 SGB V

Vom 20.11.2025, geändert am 15.06.2026

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	3
3.	Zu den Änderungen im Einzelnen	3
3.1	Zur Überschrift und § 1 Ziel der Regelungen.....	3
3.2	Zu § 2 Gegenstand der Regelungen	4
3.4	Zu § 4 Spezielle Notfallversorgung.....	4
3.5	Zu § 5 Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen.....	5
3.6	Zu § 6 Allgemeine Anforderungen	5
3.7	Zu § 7 Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung	5
3.8	Zu § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung.....	9
3.9	Zu § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung.....	12
3.10	Zu § 12 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der Basisnotfallversorgung.....	12
3.11	Zu § 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung.....	12
3.12	Zu § 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung	14
3.13	Zu § 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung	14
3.14	Zu § 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung	14
3.15	Zu § 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung.....	15
3.16	Zu § 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung.....	17
3.17	Zu §§ 21 bis 23.....	17

3.18	Zu § 24 Modul Schwerverletztenversorgung.....	17
3.19	Zu § 25 Modul Notfallversorgung Kinder.....	18
3.20	Zu § 26 Modul Spezialversorgung.....	20
3.21	Zu § 27 Modul Schlaganfallversorgung.....	20
3.22	Zu § 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen.....	20
3.23	Zu § 29 Jährliche OPS-Anpassungen.....	20
3.24	Zu § 30 Übergangsbestimmungen	21
3.25	Zu § 31 Evaluation	21
3.	Bürokratiekostenermittlung	21
4.	Verfahrensablauf.....	21
5.	Zusammenfassende Dokumentation	22
6.	Fazit	22

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 136c Absatz 4 SGB V hat der G-BA ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung beschlossen. Hierbei wurden für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen differenziert festgelegt.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen) in der Erstfassung vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), zuletzt geändert am 18. Juni 2025 (BAnz AT 28.08.2025 B3), angepasst und konkretisiert.

Die Änderungen beruhen im Wesentlichen auf den aktuellen fachwissenschaftlichen und versorgungsrelevanten Erkenntnissen der Auswertung der beiden Stellungnahmeverfahren mit den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften und weiteren Stellungnahmeberechtigten, einer Bewertung der Umsetzung und Auswirkungen des gestuften Systems der Notfallstrukturen in Krankenhäusern auf Grundlage des Abschlussberichts des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Evaluation (vgl. IQTIG, Evaluation der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 20. Dezember 2024, zuletzt aktualisiert am 12. November 2025, Anlage C der Zusammenfassenden Dokumentation (ZD)) sowie einer Folgenabschätzung des G-BA auf Grundlage des Berichts des IQTIG zur Folgenabschätzung (vgl. IQTIG, Folgenabschätzung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. August 2025, Anlage D der ZD) und ergänzender Datenauswertungen. Darüber hinaus sind mit dem vorliegenden Beschluss auch basierend auf den Rückmeldungen der Krankenhäuser und der Medizinischen Dienste die für eine einheitliche Anwendung und Prüfpraxis erforderlichen Konkretisierungen und Anpassungen erfolgt. Zudem trägt der Änderungsbeschluss dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 2. April 2025 (B 1 KR 25/23 R) Rechnung und trifft nunmehr in § 3 Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit einem neuen § 7 gesonderte Festlegungen, unter welchen Voraussetzungen Krankenhäuser der Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zuzuordnen sind. Des Weiteren werden die Anforderungen an die Module der speziellen Notfallversorgung nach Abschnitt VI der Notfallstufen-Regelungen angepasst.

3. Zu den Änderungen im Einzelnen

Neben redaktionellen Anpassungen und Berichtigungen sind die vorgenommenen Änderungen insbesondere aus den folgenden Gründen erfolgt:

3.1 Zur Überschrift und § 1 Ziel der Regelungen

Ergänzend zu einer Abkürzung wird die in der Anwendung und Praxis bereits etablierte Kurzbezeichnung der „Notfallstufen-Regelungen“ in die Überschrift der Regelungen übernommen.

Die bisher lediglich deklaratorisch in § 1 Absatz 2 Satz 2 und 3 erfolgte Wiedergabe der gesetzgeberischen Ziele ist auch im Hinblick auf ihre Umsetzung entbehrlich und wird daher gestrichen. Die weiteren Änderungen in § 1 sind redaktionelle Anpassungen.

3.2 Zu § 2 Gegenstand der Regelungen

Mit der Änderung in **Absatz 1 Satz 2** wird klargestellt, dass es sich bei diesen Anforderungen um Mindestvorgaben zur Zuordnung zu den jeweiligen Stufen handelt. Gegenstand der Regelungen als Teil des gestuften Systems der stationären Notfallversorgung sind auch die in § 3 Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit einem neuen § 7 festgelegten Vorgaben für die Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung.

3.3 Zu § 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an der Notfallversorgung

Absatz 1

Neben der Überschrift wird § 3 sprachlich vereinheitlicht und in Absatz 1 um den Zusatz „qualifizierte Notfallversorgung“ ergänzt. Unter Berücksichtigung des Urteils des BSG vom 2. April 2025 (B 1 KR 25/23 R) erfolgt die Klarstellung, dass diese drei Stufen die gestuften Mindestvorgaben für Krankenhäuser zur qualifizierten Versorgung eines breiten bis umfassenden Spektrums medizinischer Notfälle und damit zur Teilnahme an der qualifizierten Notfallversorgung festlegen.

Ausweislich der Evaluation der Notfallstufen-Regelungen durch das IQTIG besteht aufgrund der bundesweiten Verteilung von Krankenhausstandorten mit einer der drei Stufen oder mit einem Modul nach § 4 eine grundlegende Erreichbarkeit der Notfallversorgung. So zeigen die Analysen des IQTIG zur Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten mit einer Notfallstufe für die Bevölkerung anhand von Pkw-Fahrzeiten eine durchschnittliche Fahrzeit von 13 Minuten zu einem Standort mit mindestens einer Basisnotfallversorgung, von 20 Minuten zu einem Standort mit mindestens einer erweiterten Notfallversorgung und von 26 Minuten zu einem Standort mit einer umfassenden Notfallversorgung. Hinzukommen die Krankenhausstandorte mit Modulen der speziellen Notfallversorgung, sodass sich die durchschnittlichen Fahrzeiten zum nächstgelegenen Standort in Einzelfällen noch weiter verkürzen können (vgl. Anlage C der ZD).

Absatz 2

Der bisherige **Satz 1** entfällt und wird durch die Neuregelung ersetzt. Im neuen Satz 1 erfolgt im Gegensatz zur bisherigen Regelung die Bezugnahme auf den neuen § 7 mit Vorgaben zur Stufe der Nichtteilnahme und keine rein negative Abgrenzung mehr hinsichtlich der Nichterfüllung der Stufen 1 bis 3 oder der Module. **Satz 2** wird sprachlich angeglichen.

Satz 3 ist zu streichen, da seit 2023 eine gegenläufige Regelung in der Sicherstellungszuschlags-Regelung getroffen wurde; ansonsten droht hier ein Zirkelschluss. Der bisherige **Satz 4** fußt auf Satz 3 und ist ebenfalls zu streichen. Von einer Vereinbarung nach Satz 4 wurde ausweislich der Rückmeldungen der Landesbehörden im Rahmen der Evaluation der Notfallstufen-Regelungen durch das IQTIG im Evaluationszeitraum von 2019 bis 2023 in den Ländern kein Gebrauch gemacht (vgl. Anlage C der ZD). Weiterhin ist die in Satz 4 genannte Frist bis zum Jahr 2023 mittlerweile abgelaufen.

3.4 Zu § 4 Spezielle Notfallversorgung

Bei der Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung zu § 3 Absatz 2 Satz 1 i.V.m. § 7 und lediglich eine sprachliche Anpassung.

3.5 Zu § 5 Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen

Absatz 1

Die Änderungen in Absatz 1 beziehen nunmehr explizit auch die Stufe der Nichtteilnahme ein. Für die Stufen der Teilnahme an der Notfallversorgung nach den §§ 8 ff. sowie für die Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 7 werden jeweils Anforderungen und Vorgaben zu den nachfolgend aufgeführten Kategorien definiert.

Absatz 2 Nummer 2

In Nummer 2 sind lediglich Anpassungen zur sprachlichen Vereinheitlichung und zur Einführung der nachfolgend verwendeten Kurzform „24/7“ erfolgt.

3.6 Zu § 6 Allgemeine Anforderungen

Absatz 1

Neben redaktionellen Änderungen wird **Satz 1** klarstellend dahingehend ergänzt, dass abweichende Regelungen, wie beispielsweise zur computertomografischen Bildgebung durch Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer, vom Grundsatz der Vorhaltungen am Standort im Folgenden geregelt werden. **Satz 2** ist eine Folgeänderung des mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) geänderten § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (vgl. BGBl. I 2024, Nr. 400 vom 11.12.2024).

Absatz 2 und 3

In Absatz 2 und 3 sind lediglich Verweisanpassungen und redaktionellen Änderungen erfolgt.

3.7 Zu § 7 Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung

Auf Grundlage der aktuellen fachwissenschaftlichen und versorgungsrelevanten Erkenntnisse der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens mit den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften und weiteren Stellungnahmeberechtigten sowie einer Bewertung der Umsetzung und Auswirkungen mithilfe der Evaluation der bisherigen und Folgenabschätzung der vorliegenden Regelung legt der neu gefasste § 7 die konkreten Bedingungen für die Nichtteilnahme eines Krankenhausstandortes an der Notfallversorgung fest. Damit wird die bislang geltende Regelung zur Nichtteilnahme von Krankenhäusern an dem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V ersetzt.

Die bisherige Regelung in § 7 zur Berücksichtigung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren konnte aufgrund der mit dem KHVVG erfolgten Aufhebung der Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absatz 1 und 2 SGB V entfallen.

Nach der neuen Regelung werden Krankenhausstandorte, die nicht nach § 3 Absatz 1 oder § 4 an der Notfallversorgung teilnehmen, der Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zugeordnet, wenn sie nicht sämtliche der in § 7 aufgeführten Mindestvorgaben erfüllen. Ohne die Erfüllung der in § 7 festgelegten Mindestvorgaben wird nicht einmal die als allgemeine Krankenhausleistung erwartbare Grundnotfallversorgung gewährleistet.

Nummer 1 legt die Vorhaltung von mindestens einer Fachabteilung aus dem Gebiet der Inneren Medizin und dem Gebiet der Chirurgie am Krankenhausstandort als ein Mindestkriterium für die Teilnahme an der Notfallversorgung fest, bei dessen Nichteinhaltung also auch eine Grundnotfallversorgung nicht mehr gewährleistet ist. Durch die Nennung, dass es sich um eine Fachabteilung aus den genannten Gebieten handeln kann, werden explizit auch Subdisziplinen dieser Fachabteilungen einbezogen. Die Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 der Notfallstufen-Regelungen

sind dabei einzuhalten. Mit diesen Vorgaben wird ein Mindestmaß an internistischer und chirurgischer Versorgung für Notfälle am Krankenhausstandort sichergestellt.

Nummer 2 regelt die Vorhaltung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Anästhesiologie, sofern im Rahmen der Notfallversorgung durch das Fachgebiet Operationen in Narkose durchgeführt werden. Damit wird ein Mindestmaß an chirurgischer Versorgung am Krankenhausstandort sichergestellt, die neben der Vorhaltung einer Fachabteilung aus dem Gebiet der Chirurgie (vgl. Nummer 1) regelmäßig auch eine anästhesiologische Versorgung für Eingriffe mit Narkose erfordert. Regionale („Lokal-“) Anästhesien, die von den Fachgebiets-Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, sind davon ausgenommen.

Nummer 3 legt fest, dass eine am Krankenhaus angestellte Ärztin oder ein angestellter Arzt des Krankenhauses sowie eine Pflegefachperson jederzeit (24/7) vor Ort im Bedarfsfall für die Notfallversorgung verfügbar sein müssen. Die jederzeitige ärztliche und pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten stellt die zentrale Aufgabe von Krankenhäusern in Abgrenzung zu anderen medizinischen Leistungserbringern dar (vgl. BSG, Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R).

Ergänzend ist hervorzuheben, dass die stationäre Notfallversorgung regelmäßig Krankheitsbilder umfasst, bei denen sich der klinische Zustand in kurzer Zeit erheblich verschlechtern kann und eine Verzögerung der ärztlichen oder pflegerischen Intervention zu einer relevanten Gefährdung der Patientensicherheit führen kann. Die jederzeitige Vor-Ort-Verfügbarkeit ist dabei nicht lediglich organisatorischer Natur, sondern medizinisch-fachlich dadurch begründet, dass die Erstversorgung und die daran anschließende klinische Überwachung einschließlich der Reaktion auf Zustandsänderungen nicht verlässlich durch zeitverzögerte Rufdienstmodelle sichergestellt werden können. Auch zu § 7 hat der G-BA eine belegärztliche Versorgung in Bezug auf die personellen Mindestvorgaben umfassend geprüft und nach Auswertung des Stellungnahmeverfahrens dahingehend bewertet, dass die jederzeitige (24/7) stationäre Grundnotfallversorgung allein mit Belegärzten und reinen Belegabteilungen nicht hinreichend sichergestellt ist. Unabhängig von dieser Bewertung kann das Belegarztwesen auch weiterhin einen ergänzenden Beitrag zur Versorgung leisten.

Nummer 4 legt die Vorhaltung einer Notaufnahme mit jederzeitiger (24/7) Möglichkeit zur Ersteinschätzung und Aufnahmebereitschaft von stationären Notfällen als ein Mindestkriterium für die Teilnahme an der Notfallversorgung fest. Ohne diese Vorhaltung lässt sich also auch eine Grundnotfallversorgung nicht gewährleisten. Nur wenn ein Krankenhausstandort jederzeit stationäre Notfälle aufnehmen und behandeln kann, kann dieser an der Notfallversorgung teilnehmen. Hierbei bedarf es der Struktur nach nicht zwingend einer in § 6 Absatz 2 definierten Zentralen Notaufnahme.

Hier wird zudem die Anwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten (strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren) als ein weiteres Mindestkriterium für die Teilnahme an der Notfallversorgung festgelegt. Nur mittels einer systematischen und strukturierten Behandlungspriorisierung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten kann sichergestellt werden, dass die kritisch kranken Patientinnen und Patienten schnell identifiziert werden können, um zeitnah erforderliche Behandlungsmaßnahmen einleiten zu können.

Nummer 5 legt die Vorhaltung einer Intensivstation als ein Mindestkriterium fest. Alternativ wird die Vorhaltung einer spezialisierten Einheit mit mindestens Monitoring von Atmung und Kreislauf sowie akuter Behandlungsbereitschaft (ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich) gefordert. Nur so können kritisch erkrankte Patientinnen und Patienten, zumindest bis zur Weiterverlegung in ein anderes Krankenhaus adäquat versorgt werden.

Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass sich der klinische Zustand von Notfallpatientinnen und -patienten auch nach Abschluss der Erstdiagnostik und Initialtherapie dynamisch verschlechtern kann. Insbesondere bei akuten Infektionen und Sepsis, respiratorischer Insuffizienz, hämodynamischer Instabilität, neurologischen Akutsyndromen oder schweren metabolischen Entgleisungen ist eine kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen erforderlich, um kritische Zustandsänderungen

frühzeitig zu erkennen und unverzüglich therapeutisch reagieren zu können. Eine sichere stationäre Notfallversorgung erfordert daher nicht nur die punktuelle Stabilisierung in der Notaufnahme, sondern auch die Möglichkeit einer intensivmedizinischen Weiterbehandlung mit fortlaufender Reevaluation des klinischen Zustands. Dies gilt insbesondere für die Phase zwischen der Erstversorgung und einer gegebenenfalls notwendigen Weiterverlegung, da die Herstellung der Transportfähigkeit regelmäßig eine fortgesetzte Überwachung und Stabilisierung voraussetzt und der Transport selbst mit zusätzlichen Risiken verbunden ist. Eine stationäre Notfallversorgung ohne entsprechende Überwachungs- und Interventionskapazitäten ist daher mit erheblichen Risiken für die Patientensicherheit verbunden und entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.

Nummer 6 legt die jederzeitig (24/7) verfügbare Bilddiagnostik durch Sonographie und Röntgen sowie durch Computertomographie als weitere Mindestkriterien fest. Die computertomografische Bildgebung hat dabei mindestens in Form einer Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer zu erfolgen. Die Befundung kann dabei auch teleradiologisch erfolgen. Diese Anforderung trägt dem Umstand Rechnung, dass die bildgebende Diagnostik ein zentrales Element der notfallmedizinischen Entscheidungsfindung darstellt.

Zahlreiche zeitkritische Notfallbilder, darunter schwere Traumata, intrakranielle Blutungen, akute Schlaganfälle, thorakale und abdominelle Notfälle, innere Blutungen, akute Atemwegserkrankungen sowie relevante Frakturen, können ohne zeitnahe bildgebende Abklärung nicht sicher diagnostiziert oder adäquat behandelt werden. Insbesondere die Computertomographie ist in der stationären Notfallversorgung unverzichtbar, da sie in vielen Notfallsituationen die entscheidende Grundlage für die Indikationsstellung zu operativen oder interventionellen Maßnahmen, zur intensivmedizinischen Überwachung oder zur zeitkritischen Weiterverlegung in ein geeignetes Krankenhaus bildet. Verzögerungen in der Durchführung oder Befundung der Bildgebung können zu relevanten Verzögerungen im Behandlungsbeginn führen und sind mit einem erhöhten Risiko für Morbidität und Mortalität verbunden.

Auch aus Sicht der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften ist Vorhaltung dieser Bilddiagnostik unabdingbare Voraussetzung für die Notfallversorgung (vgl. u.a. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung vom 14. August 2025, Anlage B der ZD). Zudem betonen auch internationale notfallmedizinische Standards die Bedeutung einer rund um die Uhr verfügbaren bildgebenden Diagnostik. Das American College of Emergency Physicians weist in seinem Positionspapier zur Verfügbarkeit diagnostischer Ressourcen darauf hin, dass insbesondere die Computertomographie jederzeit verfügbar sein muss, um zeitkritische Diagnosen zu stellen und eine sichere Notfallversorgung zu gewährleisten (American College of Emergency Physicians, Availability of Diagnostic Resources on a 24-7 Basis to Support Emergency Care, 2025, <https://www.acep.org/siteassets/new-pdfs/preps/availability-of-diagnostic-resources-on-a-24-7-basis-to-support-emergency-care.pdf>). Eine stationäre Grundnotfallversorgung ist ohne jederzeit verfügbare bildgebende Diagnostik daher nicht hinreichend gewährleistet. Die vorgesehene Möglichkeit, die computertomografische Bildgebung über eine Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer am Krankenhausstandort sicherzustellen und die Befundung teleradiologisch vorzunehmen, trägt zugleich den unterschiedlichen strukturellen Gegebenheiten der Krankenhausstandorte Rechnung, ohne das medizinisch erforderliche Mindestniveau der Notfalldiagnostik zu unterschreiten.

Nummer 7 regelt die jederzeitige Verfügbarkeit der für die Notfallversorgung erforderlichen Labordiagnostik. Die labordiagnostische Abklärung ist eine zentrale Grundlage der Ersteinschätzung, der klinischen Risikostratifizierung und der therapeutischen Steuerung von Notfallpatientinnen und -patienten.

Zahlreiche zeitkritische Notfallbilder, darunter schwere Infektionen und Sepsis, akute Stoffwechsel- und Elektrolytstörungen, Gerinnungsstörungen, akute Organfunktionsstörungen sowie kardiale und respiratorische Notfälle, können ohne zeitnah verfügbare Laborparameter nicht sicher diagnostiziert

und leitliniengerecht behandelt werden. Insbesondere bei unspezifischen Leitsymptomen wie Atemnot, Brustschmerzen, Bewusstseinsstörungen oder Kreislaufinstabilität ist die Labordiagnostik regelmäßig Voraussetzung für die Entscheidung über den weiteren Behandlungsweg, die Priorisierung therapeutischer Maßnahmen sowie die Indikation zur intensivmedizinischen Überwachung oder zur zeitkritischen Weiterverlegung.

Verzögerungen in der labordiagnostischen Abklärung sind mit einer Verzögerung der Therapieeinleitung verbunden und können sich nachteilig auf Morbidität und Mortalität von Notfallpatientinnen und -patienten auswirken.

Nach **Satz 2** werden auf spezifische Fachgebiete spezialisierte Krankenhausstandorte dann nicht der Stufe der Nichtteilnahme zugeordnet, wenn sie, abweichend von den in Satz 1 Nummer 1 genannten Fachabteilungen, die in Satz 2 aufgeführten Fachabteilungen vorhalten und die Mindestkriterien erfüllen. Konkret müssen Krankenhausstandorte mindestens eine Fachabteilung aus dem Gebiet der Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten/Dermatologie oder für Urologie vorhalten, das für die Notfallversorgung ihres Fachgebiets ergänzend erforderliche Personal vorhalten sowie die Mindestkriterien nach Satz 1 Nummer 2 bis 7 erfüllen.

Die in Satz 2 aufgeführten Fachabteilungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie stationäre Notfälle ihres jeweiligen Fachgebiets eigenständig versorgen können. Zudem ist der Rettungsdienst mittels einer Basisdiagnostik (sowie gegebenenfalls die Patientin bzw. der Patient selbst durch Laieneinschätzung) am Notfallort in der Lage, Notfälle dieser Fachgebiete dem jeweiligen Fachgebiet zuzuordnen (bspw. bei Verletzungen am Auge oder im Augenbereich) und in diesen Einzelfällen für die Notfallbehandlung eine Fachklinik anzufahren. In Krankenhäusern mit alleinigen anderen Fachabteilungen als die in Satz 1 und Satz 2 aufgeführten Fachgebiete ist eine ausreichende stationäre Grundnotfallversorgung nicht vollumfänglich gewährleistet, da über die in den Fachgebieten nach Satz 2 auftretenden Notfällen hinaus das Spektrum an möglichen Notfallerkkrankungen meist unspezifische, globale oder zumindest abklärungsbedürftige Symptome (wie bei akuten starken Bauchschmerzen, Atemnot, Brustschmerzen, Kopfschmerzen, Traumata und Unfallfolgen) aufweist und im Rahmen der stationären Notfallversorgung in der Regel ein multidisziplinäres Team mit internistischer und chirurgischer Fachexpertise erfordert.

Auch die auf spezifische Fachgebiete spezialisierte Krankenhausstandorte müssen die Mindestkriterien nach Satz 1 Nummer 2 bis 7 erfüllen. Eine jederzeitige stationäre Grundnotfallversorgung ist nur mit einer 24/7 Verfügbarkeit der vorgesehenen personellen und sachlichen Vorhaltungen gewährleistet. Insoweit sind auch in diesen Krankenhausstandorten unter anderem eine Notaufnahme nach Nummer 4 und eine Intensivstation bzw. eine spezialisierte Einheit nach Nummer 5 vorzuhalten. Darüber hinaus bedarf es mindestens für die Diagnostik und weitere Abklärung unklarer und gegebenenfalls fachgebietsübergreifender Symptome oder Gesundheitsschäden auch in den spezialisierten Krankenhäusern nach Satz 2 einer jederzeitig (24/7) verfügbaren Labordiagnostik nach Nummer 7 und einer jederzeitig (24/7) verfügbaren Bilddiagnostik nach Nummer 6 durch Sonographie und Röntgen sowie durch Computertomographie mindestens in Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer. Nur bei entsprechender jederzeitig (24/7) verfügbarer Diagnostik ist eine stationäre Grundnotfallversorgung auch etwaiger fachgebietsübergreifender Notfälle und eine gegebenenfalls notwendige (zeitkritische) Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus hinreichend gewährleistet.

Der G-BA hat vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung auch zu den potenziellen Auswirkungen und Folgen der Neuregelung der Stufe der Nichtteilnahme durchgeführt. Die Bewertung der Auswirkungen und Folgen basiert im Wesentlichen auf dem Bericht des IQTIG zur Folgenabschätzung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. August 2025 (Anlage D der ZD) und den ergänzenden Analysen des GKV-Spitzenverbandes zur Folgenabschätzung der Stufe der Nichtteilnahme sowie dem Abschlussbericht des IQTIG zur Evaluation vom 20. Dezember 2024, zuletzt aktualisiert am 12. November 2025 (Anlage C der ZD).

Nach dem Abschlussbericht des IQTIG zur Evaluation der Notfallstufen-Regelungen ist im Evaluationszeitraum der Jahre 2019 bis 2023 zu insgesamt 1.059 Standorten mindestens eine Vereinbarung über die Zuordnung einer der drei Notfallstufen (Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung und umfassende Notfallversorgung) erfolgt. Für 594 Standorte mit einer somatischen Fachabteilung (auf Basis der Qualitätsberichtsdaten der Krankenhäuser) wurde nach der Abschätzung des IQTIG keine der drei Notfallstufen, teilweise jedoch ein Modul der speziellen Notfallversorgung vereinbart (ausführlich dargestellt in Anlage C der ZD). Ausweislich der Folgenabschätzung des IQTIG vom 19. August 2025 zu den zum Zeitpunkt der Beauftragung am 16. Juni 2025 vorliegenden Regelungsentwürfen zu § 7 liegt die Anzahl der Standorte, die nach der vorherigen Regelung in § 3 Absatz 2 Satz 1 a.F. der Stufe der Nichtteilnahme zuzuordnen waren, je nach gewählter Operationalisierung der Daten bei 345 bis 355 Standorten und die Anzahl der Standorte mit neu definierten Mindestanforderungen in § 7 je nach gewählter Operationalisierung bei voraussichtlich 154 bis 303 Krankenhausstandorten (vgl. Anlage D der ZD).

Mit der nach Auswertung des Stellungnahmeverfahrens nunmehr beschlossenen Regelung in § 7 würden nach den ergänzenden Datenauswertungen von den derzeit 350 Krankenhausstandorten, für die im Jahr 2024 ein Abschlag für die Nichtteilnahme an dem strukturierten System der Notfallversorgung vereinbart wurde, bei unveränderten Vorhaltungen voraussichtlich noch 269 Krankenhausstandorte der Stufe der Nichtteilnahme nach § 7 zugeordnet.

3.8 Zu § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung

§ 9 definiert die Anforderungen an die Anzahl und die Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung.

Unter **Absatz 2** wird die Anzahl des vorzuhaltenden Fachpersonals bestimmt sowie die Anforderung festgelegt, dass es klare Zuständigkeiten und verantwortliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Notfallversorgung in der Zentralen Notaufnahme an einem Krankenhausstandort mit Basisnotfallstufe geben muss.

Demnach müssen für eine Zuordnung zur Basisnotfallstufe mindestens drei Fachärztinnen oder Fachärzte für die Notfallversorgung (namentlich) benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sein.

Die Notfallversorgung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten findet gemäß § 6 Absatz 2 in Krankenhäusern, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach den § 3 Absatz 1 oder § 4 teilnehmen, ganz überwiegend in einer ZNA statt. Das bedeutet, dass mindestens drei Fachärztinnen oder Fachärzte als verantwortliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ZNA mit dem ganz überwiegenden Anteil ihrer Arbeitszeit fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Notfallversorgung in der ZNA zugeordnet sein müssen. Hinsichtlich der personellen Verfügbarkeit zur Notfallversorgung in der ZNA ist auch Absatz 6 zu beachten.

Die Vorhaltung von mindestens drei Fachärztinnen und Fachärzten bedeutet in Krankenhäusern der Basisnotfallstufe eine verlässliche Abdeckung der Notfallversorgung unter Berücksichtigung des Schichtbetriebs, ohne dass es zu Versorgungslücken kommt. Mit den Vorgaben in Absatz 2, 5 und 6 wird insbesondere bei komplexen oder zeitkritischen Notfällen eine zeitnahe fachärztliche Intervention und eine interdisziplinäre Akutversorgung gewährleistet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Inanspruchnahme der Notfallversorgung in der Basisnotfallstufe mutmaßlich geringer ist als in den höheren Notfallstufen. Die personelle Ausstattung ist daher so bemessen, dass sie auch den realistischen Versorgungsbedarf berücksichtigt. Die Mindestvorgabe von drei Fachärztinnen und Fachärzten ermöglicht mithin zusammen mit der Vorgabe nach Absatz 5 eine jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit von mindestens einer Fachärztin oder eines Facharztes im Bedarfsfall in der ZNA des Krankenhausstandortes (vgl. Vorgabe nach Absatz 6).

Unter **Absatz 3** wird die Qualifikation des für die Notfallversorgung nach Absatz 2 vorzuhaltenden ärztlichen Fachpersonals für die Zuordnung zur Basisnotfallversorgung festgelegt. Die Etablierung zentraler, interdisziplinärer Notaufnahmen erfordert eine spezielle Fachkompetenz des ärztlichen und pflegerischen Personals, das verantwortlich und zuständig in einer Zentralen Notaufnahme tätig ist (vgl. u.a. Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024, Notfall Rettungsmed 2024 27 (Suppl 3), S. 223 ff.). Unter Berücksichtigung des erwartbaren Patientenaufkommens mit einem breiten Spektrum stationärer Notfälle in Krankenhäusern der Basisnotfallstufe muss daher mindestens das verantwortliche Fachpersonal über das erforderliche Fachwissen und die entsprechenden Qualifikationen verfügen. Daher haben mindestens die ärztliche Leitung der ZNA und ab dem 1. Januar 2028 mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt, als eine oder einer der nach Absatz 2 benannten sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen in der ZNA zugeordneten Fachärztinnen oder Fachärzte, über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ zu verfügen.

Analog stellen unter **Absatz 4** die Anforderungen an die Qualifikation der pflegerischen Leitung sicher, dass auch das pflegerische Personal der ZNA bereits ab Inkrafttreten der angepassten Regelungen durch eine speziell qualifizierte Fachkraft geleitet wird und ab dem 1. Januar 2028 mindestens eine weitere Pflegefachperson die Fachweiterbildung „Notfallpflege“ aufweist.

Die im Beschluss aufgeführten Anforderungen an die Basisnotfallversorgung ergeben folgende Personalvorgaben und -qualifikationen in Bezug auf die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und die Fachweiterbildung „Notfallpflege“:

Zu erfüllen ab	Art der Qualifikation	Mindestanzahl des vorzuhaltenden Personals
Inkrafttreten des Beschlusses vom 20.11.2025	Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	1 FA
01.01.2028	Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	2 FÄ
Inkrafttreten des Beschlusses vom 20.11.2025	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	1 PK
01.01.2028	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	2 PK

Da eine Fachabteilung Anästhesie üblicherweise nicht ausgewiesen wird, wird klarstellend mit dem vorliegenden Beschluss in **Absatz 5** der Facharzt für Anästhesiologie adressiert. Zudem wird ergänzt, dass die fachärztliche chirurgische Expertise sowohl von einer Fachabteilung Chirurgie als nun auch von einer Fachabteilung Unfallchirurgie bereitgestellt werden kann. Danach müssen Fachärztinnen und Fachärzte aus den Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie oder Unfallchirurgie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie innerhalb von 30 Minuten an der Patientin bzw. am Patienten verfügbar sein.

Zudem muss das Krankenhaus nach **Absatz 6** sicherstellen, dass jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Absatz 2 (der ZNA zugeordnete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) oder eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Absatz 5 (Fachärztin oder ein Facharzt der Fachabteilungen Chirurgie, Unfallchirurgie, Innere Medizin oder für Anästhesiologie) sowie eine Pflegefachperson im Bedarfsfall in der ZNA des Krankenhausstandortes verfügbar sind.

Der genannte Bedarfsfall definiert sich in der ZNA als akuter notfallmäßiger Behandlungsbedarf einer Patientin oder eines Patienten (z. B. anhand einer standardisierten medizinischen Ersteinschätzung), der aufgrund des Schweregrades und der Qualifikation des anwesenden medizinischen Personals der unterstützenden Maßnahme einer Fachärztin oder eines Facharztes bedarf. Es ist aus fachlicher Sicht unerheblich, ob diese jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit im Bedarfsfall in der ZNA durch Präsenz-, Bereitschafts- oder Rufbereitschaftsdienste gewährleistet wird, sofern sichergestellt ist, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Absatz 2 oder 5 und eine Pflegefachperson im Bedarfsfall in der ZNA an der Patientin oder am Patienten tätig werden kann.

Der G-BA hat die Umsetzung und Auswirkungen dieser Regelungen im Rahmen seiner Folgenabschätzung insbesondere auf Grundlage der Evaluation des IQTIG und ergänzender Datenauswertungen auch mithilfe der Daten der Bundesärztekammer geprüft und bewertet. Im Ergebnis ist auch unter Berücksichtigung der fachabteilungsspezifischen Facharztzahlen der Krankenhausstandorte für das Jahr 2024 grundsätzlich die Umsetzbarkeit der Anforderungen an das in der Basisnotfallstufe vorzuhaltende ärztliche Fachpersonal für Krankenhausstandorte der Basisnotfallversorgung zu erwarten. So weisen Krankenhausstandorte mit Basisnotfallstufe allein in den gemäß § 8 mindestens am Standort vorzuhaltenden Fachabteilungen Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin eine durchschnittliche Facharztzahl von insgesamt rund 15 Vollzeitäquivalenten und im 10 Prozent-Perzentil eine Facharztzahl von insgesamt rund 7 Vollzeitäquivalenten auf. Demnach werden an 90 Prozent der Krankenhausstandorte mit der Stufe der Basisnotfallversorgung mindestens 7 Fachärzte der Fachabteilungen Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin als Vollzeitäquivalente vorgehalten. Da die ZNA bisher nicht wie eine Fachabteilung verschlüsselt wird, zu der die Krankenhäuser die Anzahl des dort beschäftigten Personals übermitteln, liegen keine Facharztzahlen konkret für die ZNA vor. Es ist allerdings davon auszugehen, dass das fachärztliche Personal der Notaufnahme sich heute zu großen Teilen in den Fachabteilungen Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin abbildet. Insofern geben die Facharztzahlen der Fachabteilungen nach § 8 einen guten Überblick über das in den Krankenhausstandorten mit Basisnotfallstufe mindestens vorgehaltene ärztliche Fachpersonal und lassen die Annahme zu, dass die fachärztlichen Personalanforderungen auch für die Notaufnahme eingehalten werden können.

Auch hinsichtlich des vorzuhaltenden zusatzweitergebildeten Personals ist mit der gestuften Erhöhung zum 1. Januar 2028 unter Berücksichtigung der Anzahl des bereits jetzt vorhandenen Personals und der erwartbaren Steigerungsraten grundsätzlich die Umsetzbarkeit in Krankenhausstandorten der Basisnotfallversorgung zu erwarten. Die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ ist seit 2018 Bestandteil der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Bereits zum 31. Dezember 2023 hatten ausweislich der Evaluation des IQTIG, verteilt auf das gesamte Bundesgebiet, 2.294 Ärztinnen und Ärzte die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ oder „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ erworben und davon waren 2.068 im stationären Bereich tätig (Anlage C der ZD). Zum Stichtag 31. Dezember 2024 gab es bundesweit 2.673, davon 2.345 stationär tätige Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“. Die Steigerungsraten im Vergleich zum Vorjahr betragen in den letzten Jahren zwischen 430 und 505 Fachärztinnen und Fachärzte jährlich, so dass weiterhin mit einer Steigerung der Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung zu rechnen ist (vgl. BÄK Ärztestatistik 2024, Anlage D der ZD; vgl. auch Stellungnahme BÄK vom 31. Juli 2025, Anlage B der ZD) und daher ab 1. Januar 2028 eine höhere Anzahl der vorzuhaltenden Ärztinnen und Ärzte mit dieser Zusatz-Weiterbildung festgelegt wird. Auf Grundlage der Evaluation IQTIG und der ergänzenden Datenauswertungen haben bis Oktober 2024 circa 8.800 Pflegefachpersonen die Fachweiterbildung „Notfallpflege“ erfolgreich abgeschlossen. Davon waren im Jahr 2024 circa 4.618 im stationären Bereich tätig. Bei 512 Standorten mit der Notfallstufe Basisnotfallversorgung ergibt sich auf Basis der Daten des Jahres 2024 mit der Regelung in § 9 für das Jahr 2026 ein rechnerischer Bedarf von 512 Fachärztinnen und Fachärzten mit dieser Zusatz-Weiterbildung und 512 Pflegefachpersonen mit der Fachweiterbildung. Unter der Annahme einer gleichbleibender Standortanzahl besteht für das Jahr 2028 ein rechnerischer Bedarf von 1.024 Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ und 1.024 Pflegefachpersonen mit der Fachweiterbildung „Notfallpflege“.

3.9 Zu § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung

Absatz 1

Ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung muss die 24-stündige Verfügbarkeit einer computertomographischen Bildgebung sicherstellen. Die anschließende Befundung dieser bildgebenden Diagnostik ist auch teleradiologisch möglich. Mit dieser Anpassung wird der Entwicklung in der Versorgungsrealität Rechnung getragen.

Absatz 2

In Absatz 2 wird lediglich redaktionell der Zusatz „einer Notfallpatientin oder“ aufgenommen.

3.10 Zu § 12 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der Basisnotfallversorgung

Der § 12 wird insgesamt lediglich redaktionell geändert.

3.11 Zu § 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung

Absatz 1

Die Personalanforderungen für Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung bauen auf den Personalanforderungen der Basisnotfallversorgung auf und sind entsprechend des höheren Aufwands zur adäquaten Versorgung des in Krankenhäusern der erweiterten Notfallstufe höheren und aufwendigeren Patientenaufkommens erhöht.

Absatz 2

Aufbauend auf den Vorgaben des § 9 Absatz 2 und angepasst an die gesteigerten Anforderungen müssen in der erweiterten Notfallversorgung mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte für die Notfallversorgung (namentlich) benannt und fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sein.

Die Vorhaltung von mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzten bedeutet in Krankenhäusern der erweiterten Notfallversorgung eine verlässliche Abdeckung der Notfallversorgung unter Berücksichtigung des Schichtbetriebs, ohne dass es zu Versorgungslücken kommt. Hinsichtlich der personellen Verfügbarkeit zur Notfallversorgung in der ZNA ist auch Absatz 5 zu beachten.

Die Notfallversorgung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten findet gemäß § 6 Absatz 2 in Krankenhäusern, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach den § 3 Absatz 1 oder § 4 teilnehmen, ganz überwiegend in der ZNA statt. Das bedeutet, dass mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte als verantwortliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ZNA mit dem ganz überwiegenden Anteil ihrer Arbeitszeit fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Notfallversorgung in der ZNA zugeordnet sein müssen.

Absatz 3

In der erweiterten Notfallstufe müssen die ärztliche Leitung der Zentralen Notaufnahme und mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt, als eine oder einer der nach Absatz 2 benannten sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen in der ZNA zugeordneten Fachärztinnen oder Fachärzte, über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen. Ab dem 1. Januar 2028 müssen die ärztliche Leitung der Zentralen Notaufnahme und mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzte (damit insgesamt drei Fachärztinnen

oder Fachärzte) nach Absatz 2 über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen. Zudem kann nach Satz 3 maximal eine Fachärztin oder ein Facharzt in der Zusatzweiterbildungsphase zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ zur Erfüllung der Anforderungen im Rahmen der regulären Weiterbildungszeit angerechnet werden. Diese Option der Anrechnung besteht nur für die „weiteren“ Fachärztinnen und Fachärzte in Satz 1 bzw. Satz 2 und demnach nicht für die ärztliche Leitung der ZNA.

Absatz 4

Für Krankenhausstandorte der erweiterten Notfallversorgung gilt, dass ab dem 1. Januar 2028 neben der pflegerischen Leitung der Zentralen Notaufnahme mindestens zwei weitere und damit insgesamt drei Pflegefachpersonen über die Fachweiterbildung „Notfallpflege“ verfügen müssen.

Die im Beschluss aufgeführten Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung ergeben folgende Personalvorgaben und -qualifikationen in Bezug auf die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und die Fachweiterbildung „Notfallpflege“:

Zu erfüllen ab	Art der Qualifikation	Mindestanzahl des vorzuhaltenden Personals	Anrechenbarkeit von FÄ in Zusatz-Weiterbildungsphase
Inkrafttreten des Beschlusses vom 20.11.2025	Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	2 FÄ	1 FA
01.01.2028	Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	3 FÄ	1 FA
Inkrafttreten des Beschlusses vom 20.11.2025	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	1 PK	/
01.01.2028	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	3 PK	/

Absatz 5

Abweichend zu den unter § 9 Absatz 6 für die Basisstufe gesetzten Anforderungen an die Verfügbarkeit des ärztlichen Personals aus § 9 Absatz 2 oder Absatz 5 ist für die erweiterte Notfallversorgung festgelegt, dass neben der Verfügbarkeit von pflegerischem Personal jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Absatz 2 (also nur die der ZNA zugeordnete Mitarbeiter) im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sein muss.

Der genannte Bedarfsfall definiert sich in der ZNA als akuter notfallmäßiger Behandlungsbedarf einer Patientin oder eines Patienten (z. B. anhand einer standardisierten medizinischen Ersteinschätzung), der aufgrund des Schweregrades und der Qualifikation des anwesenden medizinischen Personals der unterstützenden Maßnahme einer Fachärztin oder eines Facharztes bedarf. Es ist aus fachlicher Sicht unerheblich, ob diese jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit im Bedarfsfall in der ZNA durch Präsenz-, Bereitschafts- oder Rufbereitschaftsdienste gewährleistet wird, sofern sichergestellt ist, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Absatz 2 und eine Pflegefachperson im Bedarfsfall in der ZNA an der Patientin oder am Patienten tätig werden kann.

Der G-BA hat die Umsetzbarkeit und Auswirkungen der Regelungen im Rahmen seiner Folgenabschätzung insbesondere auf Grundlage der Evaluation des IQTIG und ergänzender Datenauswertungen geprüft und bewertet. Im Ergebnis ist grundsätzlich die Umsetzbarkeit der Anforderungen an das in dieser Notfallstufe vorzuhaltende ärztliche Fachpersonal durch die

Krankenhausstandorte der erweiterten Notfallversorgung zu erwarten. So weisen Krankenhausstandorte mit erweiterter Notfallstufe allein in den Fachabteilungen Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin (vgl. §§ 8, 13) bereits eine durchschnittliche Facharztanzahl von insgesamt rund 20 Vollzeitäquivalenten und im 10 Prozent-Perzentil eine Facharztanzahl von insgesamt rund 8 Vollzeitäquivalenten auf. Vor dem Hintergrund der nach § 13 vorzuhaltenden weiteren Fachabteilungen steht im Ergebnis weiteres fachärztliches Personal zur Verfügung. Auch hinsichtlich des in der Stufe der erweiterten Notfallversorgung vorzuhaltenden zusatzweitergebildeten Personals ist mit der Anrechnungsmöglichkeit von in Weiterbildung befindlichen Personals und der gestuften Erhöhung zum 1. Januar 2028 unter Berücksichtigung der Anzahl des bereits jetzt vorhandenen Personals und der erwartbaren Steigerungsraten grundsätzlich die Umsetzbarkeit in Krankenhausstandorten der erweiterten Notfallversorgung zu erwarten. Bei der Annahme von 272 Standorten der erweiterten Notfallversorgung auf Basis der Daten des Jahres 2024 ergibt sich mit der Regelung in § 14 für das Jahr 2026 ein rechnerischer Bedarf von mindestens 272 Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und 272 Fachärztinnen und Fachärzten in der Weiterbildungsphase (in Summe 544 Fachärztinnen und Fachärzten) sowie 272 Pflegefachpersonen mit der Fachweiterbildung „Notfallpflege“ an Standorten der erweiterten Notfallversorgung. Unter der Annahme einer gleichbleibender Standortanzahl für das Jahr 2028 besteht ein rechnerischer Bedarf von 544 Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und 272 Fachärztinnen und Fachärzten in der Weiterbildungsphase (in Summe 816 Fachärztinnen und Fachärzten) sowie 816 Pflegefachpersonen mit der Fachweiterbildung „Notfallpflege“.

3.12 Zu § 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung

Im Rahmen der im Stellungnahmeverfahren gewonnenen Erkenntnisse wird der Startzeitpunkt für die einzuhaltende Zeitvorgabe dahingehend angepasst, dass diese nun nach Anfrage durch die Zentrale Notaufnahme beginnt und nicht wie bisher bereits mit Aufnahme der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus.

Während der Corona-Pandemie wurden die Vorgaben zur Aufnahmebereitschaft der Krankenhäuser aufgrund der großen Belastung der Häuser für einen begrenzten Zeitraum gelockert. Mit der Normalisierung des pandemiebedingten Versorgungsgeschehens kann diese Ergänzung gestrichen werden.

3.13 Zu § 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung

Der § 16 wird insgesamt lediglich redaktionell geändert.

3.14 Zu § 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung

Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung stellen am Standort sicher, dass die Zentrale Notaufnahme über eine organisatorisch angeschlossene Beobachtungsstation verfügt. Eine räumliche Anbindung der Beobachtungsstation an die ZNA am Standort ist hierbei, beispielsweise aufgrund potenzieller baulicher Gegebenheiten innerhalb der Krankenhäuser, nicht zwingend erforderlich.

3.15 Zu § 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung

Absatz 1

Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung sind der höchsten Notfallstufe zugeordnet. Entsprechend werden an diese Notfallstufe die höchsten Personalanforderungen gestellt.

Absatz 2

Aufbauend auf den Vorgaben des § 9 Absatz 2 und angepasst an die gesteigerten Anforderungen sind in der umfassenden Notfallversorgung mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte (namentlich) benannt und fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen in der ZNA des Krankenhausstandortes zugeordnet.

Die Vorhaltung von mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzten bedeutet in Krankenhäusern der umfassenden Notfallversorgung eine verlässliche Abdeckung der Notfallversorgung unter Berücksichtigung des Schichtbetriebs, ohne dass es zu Versorgungslücken kommt. Hinsichtlich der personellen Verfügbarkeit zur Notfallversorgung in der ZNA ist auch Absatz 5 zu beachten.

Die Notfallversorgung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten findet gemäß § 6 Absatz 2 in Krankenhäusern, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach den § 3 Absatz 1 oder § 4 teilnehmen, ganz überwiegend in der ZNA statt. Dies bedeutet, dass die Fachärztinnen und Fachärzte als verantwortliche Mitarbeiter der ZNA mit dem ganz überwiegenden Teil ihrer Arbeitszeit fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung in der ZNA zugeordnet sind.

Absatz 3

Ergänzend zu den Personalanforderungen der Basisnotfallstufe und der Stufe der erweiterten Notfallversorgung müssen daher in Krankenhausstandorten der umfassenden Notfallstufe neben der ärztlichen Leitung mindestens zwei weitere Fachärztinnen oder Fachärzte der nach Absatz 2 benannten sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen in der ZNA zugeordneten Fachärztinnen oder Fachärzte über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen.

Ab dem 1. Januar 2028 müssen an Krankenhausstandorten der umfassenden Notfallversorgung neben der ärztlichen Leitung der ZNA mindestens vier weitere Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ für die Notfallversorgung in der ZNA benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sein. Davon können nach Satz 3 maximal zwei Fachärztinnen oder Fachärzte in der Zusatzweiterbildungsphase zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ zur Erfüllung der Anforderungen im Rahmen der regulären Weiterbildungszeit angerechnet werden.

Absatz 4

Für Krankenhausstandorte der umfassenden Notfallversorgung gilt, dass ab dem 1. Januar 2028 neben der pflegerischen Leitung der ZNA mindestens vier weitere und damit insgesamt fünf Pflegefachpersonen über die Fachweiterbildung „Notfallpflege“ verfügen müssen, wovon zwei in der Weiterbildungsphase angerechnet werden können.

Die im Beschluss aufgeführten Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung ergeben folgende Personalvorgaben und -qualifikationen in Bezug auf die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und die Fachweiterbildung „Notfallpflege“:

Zu erfüllen ab	Art der Qualifikation	Mindestanzahl vorzuhaltenden Personals	des	Anrechenbarkeit in der Weiterbildungsphase
Inkrafttreten des Beschlusses vom 20.11.2025	Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	3 FÄ		/
01.01.2028	Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	5 FÄ		2 FÄ
Inkrafttreten des Beschlusses vom 20.11.2025	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	1 PK		/
01.01.2028	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	5 PK		2 PK

Absatz 5

Unter Berücksichtigung des erwartbaren und erforderlichen Personals bei hohem Patientenaufkommen mit einem umfassenden Spektrum stationärer Notfälle ist in Krankenhausstandorten mit der höchsten Notfallstufe spätestens ab dem 1. Januar 2028 jederzeit (24/7) mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und mindestens eine Pflegefachperson mit der Fachweiterbildung „Notfallpflege“ im Bedarfsfall in der ZNA verfügbar. Eine Anrechnung von Personal in der Weiterbildungsphase ist dabei sowohl für das ärztliche als auch das pflegerische Personal möglich.

Der genannte Bedarfsfall definiert sich in der ZNA als akuter notfallmäßiger Behandlungsbedarf einer Patientin oder eines Patienten (z. B. anhand einer standardisierten medizinischen Ersteinschätzung), der aufgrund des Schweregrades und der Qualifikation des anwesenden medizinischen Personals der unterstützenden Maßnahme einer Fachärztin oder eines Facharztes bedarf. Es ist aus fachlicher Sicht unerheblich, ob diese jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit im Bedarfsfall in der ZNA durch Präsenz-, Bereitschafts- oder Rufbereitschaftsdienste gewährleistet wird, sofern sichergestellt ist, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Absatz 2 und eine Pflegefachperson im Bedarfsfall in der ZNA an der Patientin oder am Patienten tätig werden kann.

Der G-BA hat die Umsetzbarkeit und Auswirkungen der Regelungen im Rahmen seiner Folgenabschätzung insbesondere auf Grundlage der Evaluation des IQTIG und ergänzender Datenauswertungen geprüft und bewertet. Im Ergebnis ist grundsätzlich die Umsetzbarkeit der Anforderungen an das in dieser Stufe vorzuhaltende ärztliche Fachpersonal durch die Krankenhausstandorte der umfassenden Notfallversorgung zu erwarten. So weisen Krankenhausstandorte mit umfassender Notfallstufe allein in den Fachabteilungen Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin (vgl. §§ 8, 18) eine durchschnittliche Facharztanzahl von insgesamt rund 27 Vollzeitäquivalenten und im 10 Prozent-Perzentil eine Facharztanzahl von rund insgesamt 8 Vollzeitäquivalenten auf. Vor dem Hintergrund der nach § 18 vorzuhaltenden weiteren Fachabteilungen steht im Ergebnis weiteres fachärztliches Personal zur Verfügung. Auch hinsichtlich des in der Stufe der umfassenden Notfallversorgung vorzuhaltenden zusatzweitergebildeten Personals ist mit der Anrechnungsmöglichkeit von in Weiterbildung befindlichen Personals und der gestuften Erhöhung zum 1. Januar 2028 unter Berücksichtigung der Anzahl des bereits jetzt vorhandenen Personals und der erwartbaren Steigerungsraten grundsätzlich die Umsetzbarkeit in Krankenhausstandorten der umfassenden Notfallversorgung zu erwarten. Bei der Annahme von 171

Standorten der umfassenden Notfallversorgung auf Basis der Daten des Jahres 2024 ergibt sich mit der Regelung in § 19 für das Jahr 2026 ein rechnerischer Bedarf von 513 Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und 171 Pflegefachpersonen mit der Fachweiterbildung „Notfallpflege“ an Standorten der umfassenden Notfallversorgung. Unter der Annahme einer gleichbleibender Standortanzahl für das Jahr 2028 besteht ein rechnerischer Bedarf von mindestens 513 Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung und 342 Fachärztinnen und Fachärzten in der Weiterbildungsphase (in Summe 855 Fachärztinnen und Fachärzten) sowie mindestens 513 Pflegefachpersonen mit der Fachweiterbildung und 342 in der Weiterbildungsphase (in Summe 855 Pflegefachpersonen).

3.16 Zu § 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung

[s. Ausführungen zu § 15]

3.17 Zu §§ 21 bis 23

Die §§ 21 und 22 werden lediglich redaktionell und rechtsförmlich geändert. Auch in § 23 ist lediglich eine sprachliche Anpassung an § 4 und die nachfolgenden Module erfolgt.

3.18 Zu § 24 Modul Schwerverletztenversorgung

Es entfällt der bisherige Verweis auf die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012. Stattdessen werden für die Notfallstufen-Regelungen relevante Vorgaben aus dem aktuellen Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung (3., erweiterte Auflage 2019) extrahiert. Dies betrifft die Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, die personellen Anforderungen an das Basis- und erweiterte Team des Schockraums und des Weiteren vorzuhaltenden Personals, die räumlichen Anforderungen und die medizinisch-technische Ausstattung des Schockraumes.

Absatz 1 legt einleitend fest, dass ein Krankenhaus im Rahmen des Moduls Schwerverletztenversorgung dann der Stufe der erweiterten Notfallversorgung zugeordnet wird, wenn es die Anforderungen nach den Absätzen 2 bis 5 erfüllt und zu jeder Zeit (24/7) an der Notfallversorgung teilnimmt.

Absatz 2 definiert die Anforderungen an die Anzahl und die Qualifikation des am Krankenhausstandort vorzuhaltenden Fachpersonals und dessen Verfügbarkeit. Absatz 2 Nummer 1 übernimmt die Kernanforderungen des Weißbuch Schwerverletztenversorgung und legt konkrete Anforderungen an die ärztliche Leitung der Fachabteilung Orthopädie und Unfallchirurgie sowie eine Stellvertreterregelung fest.

Absatz 2 Nummer 2 Buchstaben a) bis f) legen die Anforderungen an die personelle Ausstattung am Krankenhausstandort, insbesondere an die ärztliche und pflegerische Stationsleitung sowie die Art, Anzahl und Verfügbarkeit von Fachpersonal, für die Versorgung von Schwerverletzten auf der Intensivstation fest. Die Regelungen basieren auf den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI), entsprechend dem Verweis des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung für Intensivstation in überregionalen Traumazentren.

Absatz 2 Nummer 3 und Nummer 4 übernimmt die Kernanforderungen des Weißbuch Schwerverletztenversorgung an die personelle Zusammensetzung des Basisteams des Schockraums sowie des erweiterten Schockraumteams und legt konkrete Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals für die beiden Teams fest. Zur Sicherstellung einer sofortigen

Versorgung von Schwerverletzten ist das unter Nummer 3 aufgeführte Fachpersonal des Basisteam jederzeit (24/7) im Krankenhaus anwesend.

Das unter **Nummer 3 Buchstabe a)** geforderte Zertifikat im Schockraummanagement muss dabei Advanced-Trauma-Life-Support (ATLS)-Kurs-Standard haben, kann jedoch auf andere Anbieter zurückgreifen. Relevant ist der Nachweis einer Fortbildung, die Kenntnisse und Fertigkeiten zur strukturierten notfallmedizinischen Versorgung nach international etablierten Standards zur Traumaversorgung vermittelt.

Zur Sicherstellung einer schnellstmöglichen fachspezifischen Versorgung von Schwerverletzten sind Vertreter der unter **Nummer 4** aufgeführten Fachdisziplinen als erweitertes Schockraumteam innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.

Absatz 2 Nummer 5 regelt auf Grundlage der Anforderungen des Weißbuch Schwerverletztenversorgung an überregionale Traumazentren die zusätzlich zu den vorstehenden Regelungen am Standort vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte. Für diese Fachdisziplinen wird angenommen, dass diese als Fachabteilungen am Standort vorgehalten werden und im Falle abweichender Strukturen und Prozesse muss deren Gleichwertigkeit nachgewiesen werden.

Absatz 3 definiert konkrete Anforderungen an die Kapazität des Krankenhauses zur Versorgung von Schwerverletzten. Diese basieren auf den Anforderungen an überregionale Traumazentren gemäß des Weißbuches Schwerverletzten Versorgung (2019), den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) sowie auf den Strukturanforderungen der OPS-Kodes 8-980 und 8-98f und setzen diese in konkrete verbindliche Mindestanforderungen um. Damit wird auch für die Versorgung von Schwerverletzten und Intensivpatientinnen und Intensivpatienten in den Notfallstufen-Regelungen auf einen Verweis auf Dritte verzichtet. Die Anforderungen betreffen die jederzeitige (24/7) Vorhaltung einer räumlichen, personellen und medizinisch-technisch Ausstattung zur parallelen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten, jeweils im Schockraum, in der Intensivstation und dem Operationstrakt des Krankenhausstandortes (Nummer 1). Weiter betreffen die Anforderungen die Anzahl vorzuhaltender Intensivbetten (Nummer 2). Letztere entsprechen den Vorgaben für Krankenhäuser der erweiterten Notfallstufe gemäß § 15 Satz 1. Nummer 3 regelt, dass die Strukturanforderungen der Operationen- und Prozedurenschlüssel des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (OPS -Kodes) 8-980 oder 8-98f einzuhalten sind gemäß dem OPS-Katalog 2026. Nummer 4 und 5 definieren die Anwendung eines strukturierten und validierten Behandlungspriorisierungssystems sowie eine aussagekräftige Patientendokumentation als Anforderungen.

Absatz 4 definiert Anforderungen an die am Krankenhausstandort vorzuhaltende medizinisch-technische Ausstattung sowie diagnostische und therapeutische Verfahren. Diese basieren ebenfalls auf den Anforderungen des Weißbuch Schwerverletztenversorgung an überregionale Traumazentren sowie den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) und setzen diese in konkrete verbindliche Mindestanforderungen um. Nummer 1 listet die technische Ausstattung sowie die diagnostischen und therapeutischen Verfahren auf, die jederzeit (24/7) verfügbar sein müssen für die Schwerverletztenversorgung. Die Vorgabe von Nummer 2 und 3 definieren weitere Mindestanforderungen an die medizinisch-technische Ausstattung zur Versorgung von Schwerverletzten.

Nach der Folgenabschätzung des G-BA auf Grundlage des Berichts des IQTIG zur Folgenabschätzung (vgl. Anlage D zur ZD) sind aus der Neuregelung des § 24 keine wesentlichen Änderungen zu erwarten.

3.19 Zu § 25 Modul Notfallversorgung Kinder

Absatz 1

Absatz 1 wird sprachlich vereinheitlicht und damit klargestellt, dass Krankenhäuser bei Erfüllung der Vorgaben entsprechend der nachfolgenden Absätze 2 bis 4 an der Notfallversorgung teilnehmen.

Absatz 2 Nummer 5

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens im Jahr 2025 erfolgte der Hinweis der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), dass die bisherige Formulierung zu den schriftlichen Standards für die Diagnostik und Therapie (SOPs) zu unspezifisch sei und damit Interpretationsspielraum lasse. Die nun erfolgte Ergänzung um die häufigsten Notfallerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, zu welchen schriftliche Standards vorgehalten werden müssen, schließt diesen Interpretationsspielraum und erhöht die Normenklarheit der Notfallstufen-Regelungen. Es werden die schriftlich hinterlegten Standards für die Diagnostik und Therapie der häufigsten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen bezüglich der folgenden Erkrankungen präzisiert: Harnwegsinfektion, Atemwege (u. a., Pneumonie, Viraler Krupp, Asthma-Anfall) Gastroenteritis, Krampfanfall, Fieberkrampf Akute Bauchschmerzen, Schädel-Hirn-Trauma, und Sepsis. Neben der Verweisanpassung auf § 75 Absatz 1b Satz 3 SGB V in Absatz 2 Nummer 6 wird der Absatz 2 im Übrigen nur redaktionell angepasst.

In **Absatz 3 Nummer 2** erfolgt eine Anpassung der Ausbildungsberufe an die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen insbesondere das Pflegeberufegesetz (PflBG). Von der Bezeichnung „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft“ umfasst sind Personen, die über eine entsprechende Erlaubnis nach §§ 58 Absatz 1, 64a Absatz 3 PflBG oder nach § 64 PflBG i.V.m. § 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 23 Absatz 1 des Krankenpflegegesetzes in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung verfügen. Die weiteren Änderungen in Absatz 3 sind lediglich redaktionell.

Absatz 3 Nummer 5 regelt, dass die Teilnahme an der erweiterten Notfallversorgung die jederzeitige Verfügbarkeit eines MRT-Gerätes erfordert.

Absatz 4 Nummer 2

Für die Basisnotfallversorgung Kinder sowie auch für die erweiterte Notfallversorgung Kinder ist die Vorhaltung einer Fachabteilung Neonatologie nicht zwingend erforderlich. Absatz 4 legt jedoch die Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung Kinder fest. Bei dieser Notfallstufe handelt es sich um die höchste Versorgungsstufe – also um einen Standort, der die gesamte Bandbreite pädiatrischer Notfälle, einschließlich hochkomplexer Fälle, sicher behandeln kann. Diese Stufe garantiert eine altersgerechte und medizinisch adäquate Versorgung vom ersten Lebenstag bis zum 18. Lebensjahr.

Insbesondere in der Neonatalperiode (die ersten 28 Lebenstage) sind akute Erkrankungen besonders lebensgefährlich Notfälle – auch für Reifgeborene, die nach der Geburt zunächst gesund erscheinen. Ein Beispiel ist die Late-onset-Sepsis, die frühestens 48 Stunden nach Geburt auftritt, aber auch erst nach mehreren Wochen – also zu einem Zeitpunkt, an dem sich das Kind bereits zu Hause befindet. Ähnliches gilt für Stoffwechselerkrankungen, die sich ebenfalls erst verzögert manifestieren können.

Generell sind alle Neugeborenen bis zum 6. Lebensmonat, aber zumindest bis zum 3. Lebensmonat, besonders vulnerabel gegenüber Infektionen. Aufgrund ihrer unreifen Immunlage können diese rasch in eine Sepsis übergehen – eine lebensbedrohliche Erkrankung, deren bloße Diagnostik besondere Erfahrung und infrastrukturelle Voraussetzungen (z. B. Mikrobiologie) erfordert. Die Behandlung verlangt zusätzliche Expertise, um Folgeschäden zu vermeiden.

Sämtliche genannten Gründe machen die enthaltene Fachabteilung der Neonatologie zwingend erforderlich.

„Umfassend“ bedeutet aus Sicht des G-BA, alle Notfälle erkennen und mit medizinischem Sachverstand sicher behandeln zu können. Eine Verlegung dieser hochvulnerablen Patientengruppe sollte bei einem Versorger der höchsten Stufe nur in Ausnahmefällen erfolgen – etwa bei seltenen Erkrankungen, die spezialisierte Zentren erfordern. Doch auch deren Erkennung setzt erhebliche Erfahrung voraus.

Die Neonatologie muss daher zwingend am Standort vorhanden sein – insbesondere bei zeitkritischen Notfällen. Eine Verlegung widerspricht dem Anspruch der höchsten Versorgungsstufe.

Absatz 4 Nummer 7

Neben redaktionellen Anpassungen in Absatz 4 wird Nummer 7 geändert. Der Standort muss über eine neonatologische Intensivstation mit Level 1 oder Level 2 nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene in der Fassung des Beschlusses vom 18. Juni 2025 (Banz AT 22.08.2025) verfügen. Die Unterscheidung von Level 1 gegenüber Level 2 hat dabei keinen relevanten Einfluss auf die Sicherstellung der akuten Notfallversorgung von Neonaten. Auch PNZ Level 2 können im Zusammenspiel mit den weiteren Anforderungen für das umfassende Modul zu einer umfassenden Notfallversorgung von Kindern beitragen.

3.20 Zu § 26 Modul Spezialversorgung

Mit den Anpassungen in **Absatz 1** wird klargestellt, dass Krankenhäuser oder Einrichtungen, welche die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen, an der Notfallversorgung teilnehmen. Die bisherigen Bezüge zu gesetzlichen Regelungen werden gestrichen.

Absatz 2 wird lediglich redaktionell angepasst.

3.21 Zu § 27 Modul Schlaganfallversorgung

§ 27 wurde insgesamt neu gefasst. Neben sprachlichen Vereinheitlichungen und der Anpassung des Verweises auf § 4 erfolgt insbesondere eine Präzisierung, was unter dem Begriff einer „Stroke Unit“ zu verstehen ist, da die Anforderungen an eine „Stroke Unit“ bislang nicht näher definiert sind. Hierbei wird auf die aufgeführten OPS-Kodes abgestellt, deren dort festgelegte Strukturanforderungen das Krankenhaus am Standort mindestens erfüllen muss. Nach der Folgenabschätzung des G-BA auf Grundlage der Evaluation des IQTIG und des Berichts des IQTIG zur Folgenabschätzung ist die Umsetzbarkeit der Neuregelung des § 27 für die weit überwiegende Zahl der Krankenhausstandorte des Moduls Schlaganfallversorgung (bei 77 von 84 Standorten nach den Angaben in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, vgl. nach Anlage D zur ZD) zu erwarten.

3.22 Zu § 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen

§ 28 wurde insgesamt neu gefasst. Neben sprachlichen Vereinheitlichungen und der Anpassung des Verweises auf § 4 wird lediglich Nummer 3 inhaltlich geändert. In Nummer 3 werden die Vorgaben der Kontrollen des Troponins ersatzlos gestrichen. Hintergrund ist die nicht mehr für erforderlich erachtete Vorgabe einer entsprechenden Regelung aufgrund des medizinischen Standards in der entsprechenden Diagnostik und der Möglichkeit abweichender Messintervalle aufgrund der zunehmenden Verbreitung hochsensitiver Troponintests.

3.23 Zu § 29 Jährliche OPS-Anpassungen

Mit dem neuen § 29 wird der Unterausschuss Bedarfsplanung berechtigt, über die erforderlichen Anpassungen der OPS-Kodes durch die jährliche Aktualisierung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zu entscheiden, soweit dadurch der Kerngehalt dieser Regelungen nicht berührt ist.

3.24 Zu § 30 Übergangsbestimmungen

Die Übergangsregelungen sind entfallen, da die Fristen ausgelaufen oder die entsprechenden Regelungen geändert worden sind.

3.25 Zu § 31 Evaluation

Die Regelung zur Evaluation der Erstfassung der Notfallstufen-Regelungen ist obsolet und wird daher ebenfalls gestrichen. Die Regelungen wurden und werden auch zukünftig evaluiert.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
13.06.2023	UA BPL	Einleitung des Beratungsverfahrens zur Evaluation der Regelungen und Beauftragung der AG Notfallversorgung
13.05.2024	UA BPL	Beschlussempfehlung an das Plenum zur Evaluation der Notfallstufen-Regelungen
20.06.2024	Plenum	Beschlussfassung über die Beauftragung des IQWIG und des IQTIG mit der Durchführung einer Evaluation der Notfallstufen-Regelungen
26.06.2024	UA BPL	Einleitung Stellungnahmeverfahren 2024
23.10.2024	UA BPL	Anhörung Stellungnahmeverfahren 2024 und Würdigung der Stellungnahmen
13.11.2024	UA BPL	Beratung zur Änderung der Notfallstufen-Regelungen
28.11.2024	UA BPL	Beratung zur Änderung der Notfallstufen-Regelungen
20.01.2025	UA BPL	Beratung zur Änderung der Notfallstufen-Regelungen
16.04.2025	UA BPL	Beratung zur Änderung der Notfallstufen-Regelungen
28.05.2025	UA BPL	Beratung zur Änderung der Notfallstufen-Regelungen
16.06.2025	UA BPL	Einleitung Stellungnahmeverfahren 2025
16.06.2025	UA BPL	Beauftragung des IQTIG mit der Durchführung einer Folgenabschätzung

14.08.2025	UA BPL	Anhörung Stellungnahmeverfahren 2025 und Würdigung der Stellungnahmen
17.09.2025	UA BPL	Beratung zur Änderung der Notfallstufen-Regelungen
08.10.2025	UA BPL	Abschließende Beratung zur Änderung der Notfallstufen-Regelungen und Beschlussempfehlung an das Plenum
20.11.2025	Plenum	Beschlussfassung über eine Änderung der Notfallstufen-Regelungen

5. Zusammenfassende Dokumentation

Das Verfahren wird ergänzend zu den Tragenden Gründen in den folgenden Anlagen zusammenfassend dokumentiert:

- Anlage A: Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens 2024
- Anlage B: Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens 2025
- Anlage C: Evaluation der Notfallstufen-Regelungen
- Anlage D: Folgenabschätzung der Notfallstufen-Regelungen
- Anlage E: Prüfung durch das BMG und Bekanntmachung des Beschlusses im Bundesanzeiger gemäß § 94 SGB V

6. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. November 2025 beschlossen, die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V in der vorliegenden Fassung zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Berlin, den 20.11.2025 und 15.06.2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken