

Zusammenfassende Dokumentation

Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von
Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4
SGB V

(Notfallstufen-Regelungen, Nfst-R)

zum Beschluss vom 20.11.2025

Unterausschuss Bedarfsplanung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0
Internet: www.g-ba.de



Inhalt

| | | |
|------------|--|------------|
| A | Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens 2024..... | 5 |
| A-1 | Einleitung des Stellungnahmeverfahrens und stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen | 5 |
| A-2 | Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer | 5 |
| A-3 | Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde | 5 |
| A-4 | Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens..... | 11 |
| A-5 | Schriftliche Stellungnahmen | 12 |
| A-5.1 | Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen | 13 |
| A-5.2 | Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen..... | 167 |
| A-6 | Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren | 168 |
| A-7 | Würdigung der Stellungnahmen | 169 |
| B | Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens 2025..... | 172 |
| B-1 | Einleitung des Stellungnahmeverfahrens und stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen | 172 |
| B-2 | Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer | 172 |
| B-3 | Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde | 172 |
| B-4 | Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens..... | 179 |
| B-5 | Schriftliche Stellungnahmen | 179 |
| B-5.1 | Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen | 180 |
| B-5.2 | Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen..... | 409 |
| B-6 | Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren | 410 |
| B-7 | Würdigung der Stellungnahmen | 411 |
| C | Evaluation der Notfallstufen-Regelungen | 414 |
| D | Folgenabschätzung der Notfallstufen-Regelungen | 415 |
| E | Prüfung durch das BMG und Bekanntmachung im Bundesanzeiger gemäß § 94 SGB V..... | 416 |

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

A Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens 2024

A-1 Einleitung des Stellungnahmeverfahrens und stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der UA Bedarfsplanung (UA BPL) hat in seiner Sitzung am 26. Juni 2024 beschlossen, das Stellungnahmeverfahren einzuleiten und gemäß §§ 91 Absatz 5 und Absatz 5a, 136c Absatz 4 Satz 4 SGB V, § 8 Absatz 2 und § 10 Absatz 2a des 1. Kapitels VerFO den folgenden Institutionen bzw. Organisationen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer,
- Bundeszahnärztekammer,
- Bundespsychotherapeutenkammer,
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit der Bitte um entsprechende Weiterleitung an die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften.

Der Beschlussentwurf und der Entwurf der Tragenden Gründe (siehe Kapitel A-5) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 16. Juli 2024 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben. Ergänzend wurde gemäß 1. Kapitel § 10 Absatz 2a VerFO die AWMF am 27. August 2024 um entsprechende Weiterleitung an weitere betroffene medizinische Fachgesellschaften mit Gelegenheit zur Stellungnahme bis zum 24. September 2024 gebeten.

A-2 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist,
- dass bei nicht fristgerechtem Eingang einer schriftlichen Stellungnahme die Möglichkeit besteht, dass diese nicht mehr ausgewertet wird und in diesem Fall keine Einladung zur Anhörung erfolgt.

A-3 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|--|----------------------------------|
| Bundesärztekammer (BÄK) | 20.08.2024 |
| Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationssicherheit (BfDI) | Verzicht, 24.07.2024 |
| Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) | Verzicht, 22.07.2024 |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|--|--|
| Bundeszahnärztekammer | Verzicht, 05.08.2025 |
| von AWMF bestimmt | |
| Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) | 02.08.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) | 08.08.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) | 13.08.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) | 14.08.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) | Gemeinsame SN mit DGU und DGOU, 12.08.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU) | Gemeinsame SN mit DGU und DGOU, 12.08.2024 |
| Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) | 13.08.2024 |
| Deutsche Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) | 14.08.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) | 26.07.204 |
| Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) | 08.08.2024 |
| Dt. Ges. f. HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC) | Gemeinsame SN mit DGMKG, 13.08.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU) | 24.07.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN) e.V. | 18.09.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) | 20.09.2024 |
| Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) | 23.09.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Neurologische Notfall- und Intensivmedizin (DGNi) | 10.09.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) | 10.09.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRAC) | 24.09.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) dito DGK | 24.09.2024 |
| Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGPK) dito DGKJ | 13.08.2024 |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|---|----------------------------------|
| Dt. Gesellschaft f. Gynäkologie u. Geburtshilfe e. V. (DGGG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V. (DGNR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Ges. f. Sozialpädiatrie u. Jugendmedizin (DGSPJ) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Deutsche Hochdruckliga e. V., Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention (DHL) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e. V. (DGTHG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und med. Onkologie e.V. (DGHO) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Adipositas (DAG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Allergologie & klinische Immunologie (DGAKI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Allgemein- & Viszeralchirurgie (DGAV) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Andrologie (DGA) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Angewandte Humanpharmakologie (AGAH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Angiologie - Gf Gefäßmedizin (DGA) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Arterioskleroseforschung (DGAF) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf ärztliche Entspannungsmethoden (DGäEHAT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Biologische Psychiatrie (DGBP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Biomedizinische Technik im VDE (DGBMT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Biometrische Gesellschaft (IBS) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Paul-Ehrlich-Gf (PEG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Chirurgie (DGCH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Dermatologische Ges. (DDG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Diabetes Ges. (DDG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Endokrinologie (DGE) | [keine Stellungnahme abgegeben] |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|--|----------------------------------|
| DGf Endoskopie & bildgebende Verfahren (DGE-BV) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Epileptologie (DGfE) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Ernährungsmedizin (DGEM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Netzwerk Evidenzbasierte Medizin EbM-Netzwerk) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Gastroenterologie Verdauungs- & Stoffwechselerkrankungen (DGVS) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Gefäßchirurgie & Gefäßmedizin (DGG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Gerontologie & Geriatrie (DGGG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Gerontopsychiatrie & -psychotherapie (DGGPP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Handchirurgie (DGH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Hebammenwissenschaft (DGHWi) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Humangenetik | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Hygiene & Mikrobiologie (DGHM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Hygiene Umwelt- & Präventivmedizin (GHUP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Immungenetik (DGI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Immunologie | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Infektiologie (DGI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Kinder- & Jugendpsychiatrie & Psychotherapie (DGKJP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Kinderendokrinologie & -diabetologie (DGKED) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Kinderzahnheilkunde (DGKiZ) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Klinische Neurophysiologie & funktionelle Bildgebung (DGKN) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Klinische Pharmakologie & Therapie (DGKLiPha) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Klinische Psychotherapie & Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Klinische Toxikologie (klinitox) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Koloproktologie (DGK) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Kontinenz Gesellschaft (DKG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| BV Dt. Krankenhausapotheker (ADKA) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Krankenhaushygiene (DGKH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Krebsgesellschaft (DKG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|--|----------------------------------|
| Deutschsprachige Gf Kunst & Psychopathologie (DGPA) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Biophotonik & Lasermedizin (DGLM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Luft- & Raumfahrtmedizin (DGLRM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Ges. Deutschsprachiger Lymphologen (GDL) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Manuelle Medizin (DGMM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Medizinische Psychologie & Psychopathometrie (DGMPP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Medizinische Psychologie (DGMP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Medizinische Soziologie (DGMS) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Migräne- & Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (DGMKG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Mykologische Ges. (DMyKG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Naturheilkunde (DGNHK) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Nephrologie (DGfN) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neurochirurgie (DGNC) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neurogastroenterologie & Motilität (DGNM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neurointensiv- & Notfallmedizin (DGNI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neurologie (DGN) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neuromodulation (DGNM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neuropathologie & -anatomie (DGNN) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Nuklearmedizin (DGN) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Ophthalmologische Ges. (DOG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dachverband Osteologie - Dachverband (DVO) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Osteologie (DGO) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Pädiatrische Kardiologie (DGPK) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Pädiatrische Nephrologie (GPN) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Pädiatrische Onkologie & Hämatologie (GPOH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Pädiatrische Radiologie (GPR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Parkinson & Bewegungsstörungen (DPG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Parodontologie (DG PARO) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Pathologie (DGP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Perinatale Medizin (DGPM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Pflegewissenschaft (DGP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|---|---------------------------------|
| DGf Phlebologie (DGP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Phoniatrie & Pädaudiologie (DGPP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Physikalische Medizin & Rehabilitation (DGPMR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Phytotherapie (GPT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Plastische & Wiederherstellungschirurgie (DGPW) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Plastische, Rekonstruktive & Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Prävention & Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Prothetische Zahnmedizin & Biomaterialien (DGPro) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Psychoanalyse Psychotherapie Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Psychosomatische Frauenheilkunde & Geburtshilfe (DGPFG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Psychosomatische Medizin & Ärztliche Psychotherapie (DGPM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Ges. zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien (INSTAND) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Rechtsmedizin (DGRM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Rehabilitationswissenschaften (DGRW) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Reproduktionsmedizin (DGRM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Rheumatologie (DGRh) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Schädelbasischirurgie (GSB) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Schlafforschung & Schlafmedizin (DGSM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Schlaganfall-Ges. (DSG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Schmerzgesellschaft | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Sexualmedizin Sexualtherapie & Sexualwissenschaft (DGSMTW) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Ges. zur Förderung der Sexuelle Gesundheit (DSTIG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Sozialmedizin & Prävention (DGSMP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Sportmedizin & Prävention (DGSP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Suchtforschung & -therapie (DG-Sucht) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Tauch- & Überdruckmedizin (GTÜM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Thoraxchirurgie (DGT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Thrombose- & Hämostaseforschung (GTH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|---|---------------------------------|
| DGf Transfusionsmedizin & Immunhämatologie (DGTI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Tropenmedizin & Internationale Gesundheit (DTG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Ultraschall in der Medizin (DEGUM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Verbrennungsmedizin (DGV) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Ärztliche Gf Verhaltenstherapie (DÄVT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Verkehrsmedizin (DGVM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Virologie (GfV) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Wehrmedizin & -pharmazie (DGWMP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Wirbelsäulengesellschaft (DWG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Zahn- Mund- & Kieferheilkunde (DGZMK) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Zahnerhaltung (DGZ) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Zytologie (DGZ) | [keine Stellungnahme abgegeben] |

A-4 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

[siehe Anlage A Stellungnahmeverfahren 2024]

A-5 Schriftliche Stellungnahmen

Im Folgenden ist die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen bzw. Institutionen im Stellungnahmeverfahren 2024 dokumentiert. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel A-5.2 abgebildet.

A-5.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| 1. | DGU | Die DGU stimmt den vorliegenden durch den G-BA modifizierten Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, basierend auf Eingaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), zu. | Die Urologie ist in das neue Notfallkonzept sinnvoll integriert. Sowohl in der erweiterten als auch in der umfassenden Notfallversorgung sollte an 24 Stunden 7 Tage pro Woche (24/7) unverzüglich eine Situationseinschätzung und eine fachärztliche Beratung auch durch Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch möglich sein. Ein fachärztlicher Bereitschaftsdienst in Präsenz kann flächendeckend 24/7 nicht gewährleistet werden. | GKV-SV: Kommentierung wird zur Kenntnis genommen; es handelt sich um eine Kommentierung allgemeiner Natur; bzgl. der Stellungnahme zur 24/7 fachärztlichem Bereitschaftsdienst in der Notfallversorgung wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 5 Abs. 2 Nr. 2 verwiesen. DKG: zustimmende Kenntnisnahme | |
| 2. | DGPPN | In dem gestuften System von Notfallstrukturen muss schon ab der Basisnotfallversorgung zwingend fachärztlich-psychiatrische | Zur Diagnose und Behandlung von Notfällen beim Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen ist die entsprechende fachliche Kompetenz zwingend erforderlich. Da diese Patienten zu einem erheblichen Anteil primär im somatischen Hilfesystem versorgt werden, ist es kritisch, dass keine der in der G-BA-Richtlinie zu den Notfallstrukturen in Krankenhäusern genannten | GKV-SV: Kommentierung allgemeiner Natur; Inhalt der Stellungnahme war nicht Bestandteil der Beratungen zum Änderungsbeschluss | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|--|------------------|
| | | Kompetenz vorgehalten werden. | <p>drei Notfallstufen den Einbezug von psychiatrischer Kompetenz vorsieht.</p> <p>Im Referentenentwurf vom 07.06.2024 und im Kabinettsentwurf vom 17.07.2024 zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) werden psychisch kranke Menschen zwar als eine besonders vulnerable Patientengruppe identifiziert, die Strukturen der geplanten Notfallversorgung bilden deren besonderen Bedarf jedoch nicht ab. Die DGPPN hatte in der Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 25.06.2024 wesentliche Aspekte eines strukturierten Pfads für Menschen mit psychischen Erkrankungen innerhalb der medizinischen Notfallversorgung aufgeführt, die im nun vorliegenden Kabinettsentwurf leider nicht aufgegriffen wurden.</p> <p>Die DGPPN hält es weiterhin für unabdingbar, dass psychiatrische Expertise in der allgemeinen Notfallversorgung repräsentiert sein muss. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden in Notfällen äußerst häufig nicht primär im psychiatrischen Hilfesystem, sondern vom kassenärztlichen Notdienst, in allgemeinen Notaufnahmen und Notfallkliniken behandelt. Dabei handelt es sich zum einem um Patienten, die schwer psychisch krank sind und gleichzeitig akut körperlich krank werden, also zum Beispiel einen Herzinfarkt, einen hochfieberhaften Infekt oder einen schweren Unfall erlitten haben. Zum anderen sind es aber auch klassische psychiatrische Notfälle zum Beispiel im Rahmen einer Depression,</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Die Forderung der Einbindung psychiatrischer Expertise in der allgemeinen Notfallversorgung erscheint in der Praxis durch die Krankenhäuser, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Personalsituation von entsprechend qualifiziertem Personal, nicht umsetzbar. Auch aufgrund der Verortung der Finanzierungsregelungen für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung im Krankenhausentgeltgesetz (§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG) scheint der Gesetzgeber die Notfallstufen-Regelungen im Kontext der somatischen Versorgung zu sehen. Aufgrund der Finanzierungsverortung im KHEntgG wäre die seitens der DGPPN geforderte zusätzliche Finanzierung ohne vorherige</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|---|------------------|
| | | | <p>Suchterkrankung, Demenz, Angststörung oder Schizophrenie, die zur Einweisung in eine allgemeine Notfallklinik führen, etwa im Rahmen von deliranten Zustandsbildern, stuporösen Zuständen, Panikattacken, Suizidalität oder Erregungszuständen mit Fremdgefährdung. Dennoch wurde auf unseren Hinweis, dass das digitale Ersteinschätzungsinstrument alle in der Akut- und Notfallversorgung auftretenden psychiatrischen Behandlungsanlässe valide abbilden muss, im Kabinettsentwurf nicht eingegangen. Gleichfalls geht aus dem Kabinettsentwurf zur Reform der Notfallversorgung nicht hervor, wie die Einbindung psychiatrischer Fachärzte im Rahmen der neu geschaffenen Notfallversorgungsstrukturen sowie die Kooperation zwischen somatischen und psychiatrischen Kliniken, Rettungsdiensten bzw. den zuständigen Behörden und zukünftigen psychosozialen Notfall- und Krisendiensten funktionieren kann.</p> <p>Die im Kabinettsentwurf zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) enthaltenen Integrierten Notfallzentren (INZ) haben gemäß Art. 1 Nr. 11 zum Ziel, die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. INZ sollen an Krankenhäusern eingerichtet werden, welche die Anforderungen des G-BA-Beschlusses nach § 136c Abs. 4 SGB V an eine Stufe der Notfallversorgung erfüllen. Je nach Art und Umfang</p> | Gesetzesänderung voraussichtlich nicht umsetzbar. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|-------------------------|--|---|--|------------------|
| | | | <p>der strukturellen, personellen und medizinisch-technischen Vorhaltungen geht es um Strukturen für eine Basisnotfallversorgung (Stufe 1), für die erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder die umfassende Notfallversorgung (Stufe 3). Nach der G-BA Richtlinie erfordert keine der drei Stufen den Einbezug einer fachpsychiatrischen Expertise in die Notfallversorgung. Die DGPPN fordert, dass in dem gestuften System von Notfallstrukturen schon ab der Basisnotfallversorgung zwingend fachärztlich-psychiatrische Kompetenz vorgehalten werden muss, um psychiatrische Notfälle (s. o.) erkennen und behandeln zu können. Die psychiatrisch-fachärztliche Expertise sollte jederzeit zur Verfügung stehen. Ggf. könnte die Einholung der notwendigen Expertise durch Nutzung konsiliarischer Dienste oder telemedizinisch ermöglicht werden. Diese Option der fachpsychiatrischen Konsultation sollte bereits ab der Stufe 1, der Basisnotfallversorgung an Krankenhäusern eingerichtet werden. Die psychiatrisch gestützte Notfallversorgung an Krankenhäusern der Basisnotfallversorgung ist nicht budgetneutral umzusetzen und muss entsprechend auskömmlich finanziert werden.</p> | | |
| 3. | DGU, DGOU, DGOOC | Es ist Klarheit und Rechtssicherheit insbesondere für die stationären Behandlungsstrukturen zu schaffen. | In der Vergangenheit kam es zum Teil zu unterschiedlichen Interpretationen der bestehenden Regelungen und verschiedenen Hinweisen aus den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst und den einschlägigen Fachgesellschaften. | GKV-SV: Zustimmung DKG: Kenntnisnahme, kein expliziter Anpassungsvorschlag. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| 4. | DIVI | <p>Die DIVI regt an, die geplanten Änderungen, insbesondere auch in Hinsicht der speziellen Notfallversorgung sowie der Regelungen zu Folgen bei Nichteinhaltung der Anforderungen, zunächst in engem Austausch zwischen GKV-Spitzenverband, DKG und beiden notfallmedizinischen Fachgesellschaften DGINA und DIVI zu diskutieren. Eine derartige Abstimmung zwischen den Leistungsträgern sollte aus Sicht der DIVI möglichst im Vorfeld der geplanten Anhörung stattfinden, um in diesem Rahmen bereits pragmatische und praktikable Lösungskonzepte für die geplanten Änderungen in den</p> | <p>Mit der bundesweiten Implementierung des Notfallstufen-Systems und gesetzlichen Verankerung von Mindeststrukturvoraussetzungen zur Teilnahme der Krankenhäuser an der Notfallversorgung in 2018 wurde aus Sicht der DIVI ein wichtiger Meilenstein in der Verbesserung der Qualität der Notfallversorgung in Deutschland erreicht.</p> <p>Die vorgeschlagenen Änderungen dieser Regelungen bewegen sich nun in einem Spannungsfeld zwischen der Forderung zur Einhaltung hoher Qualitätsstandards auf der einen Seite und der Sicherstellung der Notfallversorgung in der Fläche auf der anderen Seite. Dazu werden insbesondere in Hinsicht der Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen (Kap. II) und den Anforderungen an die Basisnotfallversorgung (Kap. III) wesentliche Strukturvorgaben relativiert:</p> <p>So soll beispielsweise die Facharztverfügbarkeit innerhalb von 30 min in Präsenz am Patienten durch eine unverzügliche Verfügbarkeit zur Situationseinschätzung und Beratung herabgestuft werden, die durch einen Bereitschafts- oder Rufdienst oder auch mittels telefonischer oder telemedizinischer Beratung geleistet werden könne (§5, Abs.2). Des Weiteren ist in Bezug auf Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals (§9) vorgesehen, die ärztlichen</p> | <p>GKV-SV: Stellungnahme zu den Änderungen in Kap. II und III wird zugestimmt: eine Relativierung der bisher geltenden Vorgabe der Notfallstufen-Regelungen ist für die Patientensicherheit in der Notfallversorgung nicht zielführend.</p> <p>Die im GKV-Vorschlag enthaltenen Vorgaben zu den Modulen in Kap. VI sind hingegen nicht neu, sondern dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung (Fassung 2012 und 2019) sowie den DIVI-Empfehlungen zur Intensivversorgung entnommen. Siehe hierzu in den Tragenden Gründen insb. zu §§ 24 und 27.</p> <p>Eine enge Einbindung der einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften findet im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens statt.</p> <p>DKG: Die DKG teilt die Einschätzung, dass in Bezug</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | Regelungen des Notfallstufen-Systems aufzeigen zu können. | <p>Zusatzweiterbildungen „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und „Notfallmedizin“ sowie die pflegerischen Fachweiterbildungen „Notfallpflege“ und „Anästhesie und Intensivpflege bzw. -medizin“ gleichzusetzen und in Weiterbildung befindliches Personal ebenfalls als gleichwertig zu betrachten. Zur Sicherstellung der Qualität in Notfallversorgung aber erscheint aus Sicht der DIVI eine Relativierung der bis dato gültigen Mindestvoraussetzungen für die Notfallstufen nicht zielführend. Hierzu möchten wir insbesondere auf die aktuell publizierten Strukturempfehlungen für Zentrale Notaufnahmen verweisen, die auf Basis der national und international verfügbaren aktuellen Literatur und im Konsens der beiden führenden notfallmedizinischen Fachgesellschaften in Deutschland entwickelt wurden:</p> <p>Brod T., Bernhard M., Blaschke S., Dodt C., Dormann P., Drynda S., Dubb R., Gries A., Hoffmann F., Janssens U., Kaltwasser A., Markewitz A., Möckel M., Pedersen V., Pin M., Walcher F., Wrede C. Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024. Notf Rettungsmed 2024; https://doi.org/10.1007/s10049-024-01380-9</p> <p>In Bezug auf die Strukturvorgaben für die spezielle Notfallversorgung (Kap. VI, §§23ff.) werden demgegenüber umfangreiche</p> | <p>auf die Strukturvorgaben für die spezielle Notfallversorgung (Kap. VI, §§23ff.) durch den GKV-SV umfangreiche Mindestvoraussetzungen neu definiert werden, die weit über die bisherigen Strukturvorgaben hinaus gehen, und in Bezug auf die verfügbaren räumlichen und personellen Ressourcen kaum umsetzbar sind. Vor diesem Hintergrund sind teils auch die Anpassungsvorschläge der DKG in Abschnitt II – V zu sehen, die von der DIVI teils als „Relativierung der bis dato gültigen Mindestvoraussetzungen“ beschrieben werden. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>Die Anmerkung, dass sich im Modul Schwerverletztenversorgung die Forderung nach einer</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|--|------------------|
| | | | <p>Mindestvoraussetzungen neu definiert, die weit über die bisherigen Strukturvorgaben hinaus gehen, und in Bezug auf die verfügbaren räumlichen und personellen Ressourcen kaum umsetzbar sind. Beispielhaft sei hier im Modul Schwerverletztenversorgung die Forderung nach einer jederzeitigen (24/7) Bereitstellung von zwei OP-Sälen zur notfallchirurgischen Versorgung einschließlich personeller Ausstattung (§24, Abs. 5) benannt. Im Weißbuch Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland 3. A. 2019) wird demgegenüber für die höchste Kategorie der sog. überregionalen Traumazentren lediglich die Verpflichtung zur 24-stündigen Aufnahme und Versorgung von gleichzeitig 2 Schwerverletzten aller Schweregrade gefordert (S. 18, https://www.auc-online.de/fileadmin/AUC/Dokumente/Zertifizierung/TraumaNetzwerk_DGU/dgu-weissbuch_schwerverletztenversorgung_2020_3_A_uflage.pdf).</p> <p>Schließlich werden im Kap. VII die Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvoraussetzungen bzw. Anforderungen umfassend ergänzt, die als Grundlage für die Prüfung der Notallstrukturen in</p> | <p>jederzeitigen (24/7) Bereitstellung von zwei OP-Sälen zur notfallchirurgischen Versorgung einschließlich personeller Ausstattung, nicht wiederfinden las-se, ist jedoch nicht nachvollziehbar, da die entsprechende Vorgabe Im Weißbuch 2019 auf Seite 20 unter der Überschrift „Operationsabteilung“ wortgleich zu finden ist. Um Missverständnissen Vorzubeugen empfiehlt sich aus Sicht der DKG ggf. der einfache Verweis auf das Weiß-buch 2019 gemäß Position „DKG 2“.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| | | | den Krankenhäusern und als Durchsetzungsmaßnahmen dienen sollen. | | |
| 5. | BÄK | Die Bundesärztekammer hält es, trotz der Umsetzungsschwierigkeiten und unterschiedlichen Interpretationen bei der Auslegung der Regelungen durch den Medizinischen Dienst, für wenig sinnvoll, zum jetzigen Zeitpunkt die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern maßgeblich zu überarbeiten. | <p>Angesichts der parallellaufenden und weder untereinander noch mit dieser Richtlinie abgestimmten Reformbemühungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Notfallversorgung scheint derzeit vollkommen unklar, welche Auswirkungen sich auf das gestufte System von Notfallstrukturen ergeben werden. Aus der Gemengelage von zugewiesener Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ gemäß Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), Standortfestlegung als Integriertes Notfallzentrum (INZ) durch die erweiterten Landesausschüsse gemäß Notfallgesetz (NotfallG) und Stufenzuteilung im Rahmen dieser Richtlinie des G-BA lässt sich aktuell kein konsistentes Konzept ableiten.</p> <p>Im Jahr 2022 nahmen gemäß dem Statistischen Bundesamt 1.130 Krankenhäuser an der gestuften stationären Notfallversorgung teil, hierbei 649 in Stufe I, 301 in Stufe II und 180 in Stufe III. Der Gesetzentwurf zur Notfallreform benennt eine erforderliche Anzahl von rund 700 INZ-Standorten. Danach würde es eine Reihe von Krankenhäusern geben, denen zwar bislang eine Notfallstufe zugeordnet wurde, die aber kein INZ-Standort werden sollen. Gleichzeitig sollen für die Leistungsgruppe 65 (Notfallmedizin) Qualitätskriterien, einschließlich der Qualifikationen der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte, vorgegeben</p> | <p>GKV-SV: Stellungname wird zur Kenntnis genommen; Die Anpassungen erfolgen auf Grundlage von Unklarheiten, die sich im Rahmen von MD-Kontrollen ergeben haben. Etwaig erforderliche weitere Anpassungen basierend auf neuen gesetzlichen Grundlagen erfolgt grundsätzlich dann, wenn die gesetzlichen Grundlagen in Kraft getreten sind.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Auch die DKG hält es zum jetzigen Zeitpunkt für wenig sinnvoll, die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern maßgeblich zu überarbeiten. In Bezug auf die angesprochenen Auswirkungen parallellaufender Reformbemühungen des BMG (KHVVG und Notfallreform) sind aus Sicht der DKG zunächst auch die</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|---|------------------|
| | | | <p>werden, ohne deren Erfüllung die Leistungsgruppe Notfallmedizin nicht vergeben werden kann und die die Qualitätsanforderungen der Notfallstufen des G-BA übertreffen.</p> <p>Zu berücksichtigen ist dabei, dass hochqualifiziertes Personal weder unbegrenzt noch gleichmäßig und flächendeckend über Deutschland verteilt zur Verfügung steht. Eine Verschärfung der Vorgaben in Bezug auf die Qualifikationsanforderungen der Ärztinnen und Ärzte, wie sie derzeit im KHVVG für die Leistungsgruppe Notfallmedizin vorgesehen sind, ist, zumindest ohne lange Übergangsfristen, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen, nach aktuellem Stand nicht realistisch.</p> <p>Interessant wird zudem sein, wie die Leistungsgruppe Notfallmedizin überhaupt ausgestaltet werden soll, also zum Beispiel welche Leistungen dieser Leistungsgruppe zugeordnet werden und wie eine Abgrenzung zu anderen Leistungsgruppen erfolgen soll. Auch dies wird ggf. Einfluss auf die Notfallstufen haben.</p> <p>Die Bundesärztekammer betont in diesem Zusammenhang, dass es dem Gesetzgeber lediglich obliegt, Rahmenvorgaben vorzugeben, die dann sachgerecht von der Selbstverwaltung – unter der Kenntnis von Praxis und regionalen Gegebenheiten -auszugestalten sind. Insbesondere auch im Gesundheitsbereich hat sich der Gesetzgeber dazu entschieden, Versorgungsentscheidungen nicht durch Politik und Staat treffen zu lassen, sondern der gemeinsamen Selbstverwaltung zu übertragen.</p> | <p>Ergebnisse der parallellaufenden Evaluation der Notfallstufen-Regelungen abzuwarten, die u. a. diese Fragestellungen beantworten und bis zum 30.09.2025 vorliegen sollen. Die neuen Regelungen werden dann im Beratungsprozess berücksichtigt.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|--|------------------|
| | | | <p>Daran sollte insgesamt festgehalten werden. Die Ärztekammern als landesgesetzlich legitimierte berufliche Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte aus allen Versorgungsbereichen müssen dabei in die konkrete Umsetzung der Reformen eingebunden sein.</p> <p>Die Stellungnahme der Bundesärztekammer zu den einzelnen Regelungsvorschlägen erfolgt damit unter Vorbehalt und mit der Empfehlung, auf eine umfassende Überarbeitung zum jetzigen Zeitpunkt zu verzichten.</p> | | |
| 6. | DGUM | | <p>In der vorliegenden Version dieser Änderungen findet die symptomorientierte fokussierte Ultraschalldiagnostik (sog. Notfallsonografie) auf keiner Stufe der Notfallversorgung Erwähnung.</p> <p>Die Notfallsonografie ist integraler Bestandteil der notfallmedizinischen Patientenerstversorgung. Diese Bildgebung führt durch verkürzte Diagnostikzeiten bei uneingeschränkter diagnostischer Sicherheit gegenüber konventionellen Verfahren zu einer optimierten Patientenversorgung in der Notfallsituation. Darüber hinaus kommt diese Methode ohne ionisierende Strahlung aus, ist ubiquitär verfügbar und schont die jetzt schon knappen Ressourcen des Deutschen Gesundheitssystems.</p> <p>Wissenschaftliche Rationale Kardiologische Notfälle</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen</p> <p>GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Vorschlag zu einer besseren Berücksichtigung der Notfallsonographie ist medizinisch sinnvoll, stößt aber hinsichtlich der Überprüfung im Rahmen von MD-Prüfungen auf Umsetzungsschwierigkeiten. Soll im Rahmen der Prüfung dann eine Inaugenscheinnahme des</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|---|------------------|
| | | | <p>Sowohl für die qualitative bettseitige Diagnose eines akuten Herzversagens als Auslöser einer Notfallsituation (1, 6), für die Detektion einer akuten Durchblutungsstörung des Herzmuskels (2) oder einer Lungenembolie (5), wie auch zur Differenzierung unterschiedlicher Schockursachen mit entsprechendem Einfluss auf die zielführende Therapie (3) konnte in Meta-Analysen die Notfallechokardiografie als hilfreiches bildgebendes Verfahren im Rahmen der notfallmedizinischen Erstversorgung bestätigt werden. Die Zusammenfassung der medizinischen Evidenz zeigt, dass durch die Integration der Notfallechokardiografie in die Notaufnahmeversorgung eine schnellere Diagnostik und damit auch ein früherer Beginn einer notwendigen Therapie erfolgen und damit unnötige Laboranalysen oder aufwendige z.T. mit ionisierender Strahlung einhergehende apparative Diagnostik vermieden werden können. Daraus ergibt sich u.a. die Empfehlung einer nationalen Expertengruppe, die Notfallechokardiografie als zentrales Element in die Notfallversorgung zu integrieren (4).</p> <p>Pulmonologische Notfälle</p> <p>Die akute Luftnot ist das am häufigsten auftretende notfallmedizinische Leitsymptom und dabei unspezifisch in seiner Zuordnung zur entsprechenden Pathogenese. Die Zuordnung zum betroffenen Organsystem ist allein aufgrund von Anamnese und körperlicher Untersuchung nicht</p> | <p>Gerätes erfolgen? Sollen Dienstpläne vorgelegt werden? Werden konkrete Zertifikate geprüft? Die Aufnahme eines solch detaillierten Merkmals ist, auch wenn es wünschenswert wäre, im Lichte der Prüfungen wenig praktikabel.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|------------------|
| | | | <p>valide möglich. In der flächendeckenden Versorgung werden diagnostische Verfahren mit ionisierender Strahlung durchgeführt, obwohl der Ultraschall z.T. höhere Sensitivitäten zeigt. So konnte in einer klinischen Studie, in die über 2000 Patienten mit akuter, nicht-traumatischer Luftnot eingeschlossen wurden, gezeigt werden, dass die Diagnostikzeit in der Notaufnahme durch Ultraschallbildgebung im Mittel um 162 min hätte reduziert werden können, was konsequenterweise einen entsprechend früheren Therapiebeginn ermöglicht hätte (6). Eine große Metaanalyse, die insgesamt die Ergebnisse von 421 klinischen Studien bewertete, kam zu dem Schluss, dass die Diagnose einer bakteriellen Lungenentzündung durch Ultraschall mit einer höheren Sicherheit erfolgt als durch die konventionelle Röntgenuntersuchung der Lunge (7). Im Zuge der COVID-19-Pandemie erstellte Publikationen bestätigen der Lungensonografie eine zentrale Bedeutung in der Frühdiagnose und Triage bei betroffenen Patienten (8,9).</p> <p>Auch in der Bewertung als bildgebendes Diagnostikum bei Patienten sowohl mit stumpfen wie auch penetrierenden Thoraxverletzungen wird der Notfallsonografie in weiteren Meta-Analysen eine hohe diagnostische Sicherheit und umfassende Eignung für den Einsatz in der Notfallversorgung zugeschrieben (10).</p> <p>Abdominelle Notfälle</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Unter abdominellen Notfällen werden Erkrankungen und Verletzungen subsumiert, die mit einer akut aufgetretenen Beschwerdesymptomatik oder einem Trauma im Bereich des Bauchraumes in Erscheinung treten. Die Bildgebung ist essentieller Bestandteil der Versorgung. Eine umfassende Meta-Analyse bewertete die diagnostische Sicherheit der Notfallsonografie als Bildgebung zum Nachweis akut lebensbedrohlicher thorakoabdomineller Traumafolgen wie Pneumothorax oder intraabdominelle Blutungen nach Analyse von 34 klinischen Studien mit insgesamt 8635 Patienten und bescheinigen der Notfallsonografie eine gute Sicherheit beim Nachweis der Traumafolgen, so dass weiterführende radiologische Diagnostik (z.B. Spiral-CT mit hoher Strahlenbelastung) erst zum sicheren Ausschluss vermuteter und initial sonografisch nicht nachgewiesener Verletzungen indiziert wäre (12).</p> <p>Eine weitere Meta-Analyse zeigte, dass der Einsatz der Notfallsonografie bei der Verdachtsdiagnose einer akuten Gallenblasenentzündung eine gute Sensitivität und Spezifität liefert, um diese Verdachtsdiagnose bereits in der Notaufnahme zu bestätigen (13).</p> <p>Für pädiatrische Notfallpatienten ist die mögliche Vermeidung diagnostischer Bildgebung mit ionisierender Strahlung aufgrund der Strahlensensibilität des jungen Gewebes in besonderem zu fordern. Eine Meta-Analyse mit</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|------------------|
| | | | <p>einer statistischen Power von 8605 Datensätzen konnte zeigen, dass weder Anamnese noch körperliche Untersuchung oder Laboranalytik ein bildgebendes Verfahren in der Diagnostik einer akuten Blinddarmentzündung bei Kindern ersetzen konnte, weiterführende radiologische Bildgebung oder eine zeitintensive, teure und für Kinder psychisch belastende Magnetresonanztomografie aber durch einen zuvor erstellten positiven Ultraschallbefund unnötig wurde (14).</p> <p>In einer weiteren Meta-Analyse wurden die Datensätze von insgesamt 1303 Kindern mit akuten abdominellen Beschwerden und der Verdachtsdiagnose einer Invagination analysiert. Diese Analyse schreibt der Diagnostik mittels Notfallsonografie in der Notaufnahme eine sehr hohe Sensitivität (94,9%) und Spezifität (99,1%) zu (15).</p> <p>Organ-übergreifende Notfalldiagnostik</p> <p>Die Notfallsonografie hat ein hohes Potential als organübergreifend geeignete Bildgebung in der Notfallmedizin. In diesem Kontext bewertet eine umfassende Literaturstudie die Ergebnisse einer Vielzahl von klinischen Studien, die in den Jahren 2000 – 2017 zu notfallsonografischen Anwendungen in Notaufnahmen publiziert wurden. Die Autoren der Übersichtsarbeit kommen zu dem Schluss, dass die Notfallsonografie als Diagnostikum in der Notaufnahme zu einer Verkürzung der für Diagnose und Behandlung benötigten Zeit führen und somit sowohl die Qualität als auch die</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-----------|--|--|--|--|------------------|
| | | | <p>Quantität der in der Notaufnahme erbrachten Leistungen verbessern kann (16).</p> <p>Fazit</p> <p>Der Nutzen einer symptomfokussierten, in die notfallmedizinische Akutbehandlung integrierten Ultraschalluntersuchung als direkt durch die erstbehandelnden Notfallmediziner einsetzbare Bildgebung ist für eine Vielzahl von akutmedizinischen Verdachtsdiagnosen wissenschaftlich belegt. Verkürzte Behandlungszeiten, Reduktion ionisierender Strahlung, Kontrastmittel und kostenintensiver Ergebnisredundanz durch zusätzliche Bildgebung, Vermeidung unnötiger Laboranalysen und vor allem ein frühzeitigerer Therapiebeginn sind nachgewiesene Charakteristika der Notfallsonografie.</p> | | |
| A. | § 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen | | | | |
| 7. | DDG DGE DAG | Zu § 3 Absatz 2 Nummer 3 Bisherigen Wortlaut beibehalten | Zustimmung zum Vorschlag der DKG Begründung: Sicherstellung der finanziellen Grundlage der Notfallversorgung | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden. GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Der GKV-SV schlägt die Streichung der | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--|---------------------------------|---|------------|--|------------------|
| | | | | Sätze 3 und 4 vor, da seit 2023 eine gegenläufige Regelung in der Sicherstellungszuschlags-Regelung getroffen wurde. Ohne die Streichung droht hier ein Zirkelschluss. Satz 4 fußt auf dem Satz 3 und ist in Folge ebenfalls zu streichen. Weiterhin ist die in Satz 4 genannte Frist bis zum Jahr 2023 mittlerweile abgelaufen. | |
| § 4 Spezielle Notfallversorgung | | | | | |
| 8. | DGU, DGOU, DGOOC | Vorschlag DKG wird unterstützt: „Die Versorgung besonderer stationärer Notfälle erfolgt auch strukturiert durch Krankenhäuser, die nicht die Anforderungen einer der Abschnitte III – bis V erfüllen, sofern sie die besonderen Vorgaben eines der Module in Abschnitt VI erfüllen.“ | | GKV-SV: Generelle Anmerkung zur Stellungnahme: Eine Kommentierung der in der AG erarbeitenden Anpassungen findet nicht statt, ebenso wenig eine Begründung der vorgenommenen Positionierung der Fachgesellschaften und punktuellen Anpassungen. Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|---|---------------------------------|--|---|---|------------------|
| | | | | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme. | |
| 9. | DDG DGE DAG | zu § 4 | Zustimmung zum Vorschlag der DKG Sicherstellung der Notfallversorgung und 24/7 Überwachung von Stoffwechsellentgleisungen, die ambulant nicht zu gewährleisten sind. | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme bezüglich der Kommentierung des DKG-Vorschlags GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Die vom GKV-SV vorgeschlagene Anpassung ist i.V.m. den Änderungen in § 23 zu sehen und stellt hier lediglich eine redaktionelle Anpassung dar. Die spezielle Notfallversorgung nach Kap. VI stellt eine weitere Form der Notfallversorgung nach den Notfallstufen-Regelungen neben der Notfallversorgung nach dem gestuften System der Notfallstufen-Regelungen gem. Kap. III – V dar. | |
| § 5 Grundlagen des Stufenmodells | | | | | |
| 10. | DGU, DGOU, DGOOC | Vorschlag DKG zu §5 Absatz 2 Nummer 2 wird unterstützt. | | GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG- | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--|---|---|---|--|
| | | | | Vorschlag. Bzgl. Facharztverfügbarkeit wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 5 Abs. 2 Nr. 2 verwiesen. DKG: Zustimmungde Kenntnisnahme. | |
| 11. | DGK unterstützt durch die DGIM | Die DGK unterstützt grundsätzlich den Vorschlag der DKG zu §5 Absatz 2 Nummer 2. | Allerdings müssen hier zusätzlich Belegärztinnen und Belegärzte aufgeführt werden. Diese sind erfahrene und qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte, die vertraglich eng an das Krankenhaus gebunden sind, aber streng formal nicht vom Krankenhaus angestellt sind. Hierbei müssen die für angestellte Ärzte geltenden Anforderungen selbstverständlich ebenfalls erfüllt sein. Dies berücksichtigt die teilweise unterschiedliche Struktur von Belegabteilungen. Voraussetzung für die Teilnahme an der Patientenversorgung ist die fachliche Qualifikation und nicht die Form des Vertrags zum Krankenhaus. Auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels ist es nicht nachvollziehbar diese erfahrene Arztgruppe aus der Notfallversorgung herauszunehmen. Die im bisherigen Wortlaut vorhandene und von GKV-SV, KBV und PatV unterstützte Formulierung „...innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar“ beinhaltet eine 30-Minuten-Frist, deren Wert für eine bessere Patientenversorgung durch keine Evidenz belegt ist; man könnte genauso gut 10, 20, 40 oder 50 Minuten setzen, der Wert ist | GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Bzgl. Facharztverfügbarkeit wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 5 Abs. 2 Nr. 2 verwiesen. Der Vorschlag zur ergänzenden Berücksichtigung von belegärztlich geführten Abteilungen wird abgelehnt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung, insbesondere am Wochenende und in der Nacht durch eine rein belegärztliche Abteilung nicht zu gewährleisten. Darüber hinaus dürfen | KBV: § 5 Abs. 2 Nr. 2: Angestellte Ärzte des Krankenhauses oder Belegärzte sind der Fach- bzw. Belegabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungssordnung der Ärztekammer. |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|--|------------------|
| | | | <p>willkürlich gesetzt und begrenzt Freiräume ohne Not. Schon in unserer letzten Stellungnahme haben wir darauf hingewiesen, dass eine willkürlich gesetzte Frist das bewährte System der Rufbereitschaft von Fachärzten, insbesondere mit Zusatzbezeichnung, aus tarif- und arbeitszeitrechtlichen Gründen gefährdet. Dies zeigt sich schon heute bei den MD-Prüfungen zur komplexen Intensiv-Pauschale. Auch verkennt diese starre, unbegründete Zeitregelung, dass z.B. durch Telemedizin heute und in Zukunft viel bessere Möglichkeiten der Übermittlung von Patienteninformationen auch im Notfall existieren, die die physische Anwesenheit eines Spezialisten vor Ort nur noch in extrem seltenen Fällen in einem engen Zeitfenster erforderlich machen. Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass der Regelungsentwurf eben diese telemedizinische Begutachtung für die radiologische CT-Befundung erlaubt (unter § 11, Abs. 1, 1.). Es wird also für eine Fachgruppe, die Radiologie, eine Ausnahme gemacht, die für andere Fachgruppen nicht gelten soll. Dies ist umso weniger verständlich als in der ZNA ja immer Ärzte in der Weiterbildung anwesend sind, die nach telemedizinischer Beratung durch den Facharzt bereits die Versorgung des Patienten einleiten können, bis dieser vor Ort ist. Die bisherige Diskussion zu der „30 Minuten Regel“ zwischen G-BA, BfArM, GKV-SV, DKG sowie zahlreichen Fachgesellschaften hat gezeigt, dass diese sogar von Maximalversorgern und</p> | <p>Belegärztinnen und Belegärzte gemäß § 121 Absatz 2 SGB V nur ihre eigenen Patientinnen und Patienten, sog. BelegpatientInnen, im Krankenhaus behandeln. Damit lässt sich keine verlässliche Notfallversorgung für sämtliche Notfallpatientinnen und Notfallpatienten in einer ZNA sicherstellen. Zudem unterliegen Belegärztinnen und Belegärzte nicht der unmittelbaren Weisungsbefugnis des Krankenhausträgers (§ 18 Abs. 1 KHEntgG: „Belegärzte [...] sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte“) und sind in der Regel nicht vollständig in die organisatorischen Notfallstrukturen eingebunden. Ihre Tätigkeit beschränkt sich auf die Nutzung bereitgestellter Ressourcen, nicht jedoch auf</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | | <p>Universitätsklinik z.T. nicht erfüllt werden kann. Die Regelung verbietet an sich eine Rufbereitschaft, die aber die Voraussetzung für eine dauerhafte, flächendeckende Umsetzung ist und schließt eine telefonische und innovative, telemedizinische Beratung und Behandlungsführung (außer für die Radiologie, s.o.) aus. Alle diese Gesichtspunkte erfüllt dagegen der Vorschlag der DKG, der inzwischen auch im BfArM und BMG als eine Lösungsmöglichkeit akzeptiert wird und die Unterstützung zahlreicher Fachgesellschaften wie auch der DGK findet.</p> | <p>eine Integration in die Krankenhausorganisation.</p> <p>KBV: Die KBV unterstützt den Vorschlag der DGK, die belegärztlich geführten Abteilungen, sofern sie alle Anforderungen, die auch an Hauptabteilungen gestellt werden, erfüllen, ebenfalls zu berücksichtigen und im BE aufzunehmen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p> | |
| 12. | DGNI | <p>zu § 5 Absatz 2 Nummer 2 Vorschlag der GK-V, KBV und PatV: Die Formulierung der ärztlichen Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten ist abzulehnen. Vorschlag der DKG: Die Formulierung der ärztlichen Verfügbarkeit für eine</p> | <p>Die Formulierung der Verfügbarkeit eines Arztes innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten hat bereits in der Vergangenheit vielerorts zu arbeitsrechtlichen Problemen geführt. Dahingegen ist der Vorschlag der DKG in Bezug auf eine Verfügbarkeit mittels Bereitschaftsdienst oder Rufdienst zu begrüßen. Dieser Vorschlag deckt die notwendige Realität ab und stellt eine adäquate Patientenversorgung auf hohem Niveau sicher. Die generelle Möglichkeit einer telemedizinischen Anbindung scheint nicht für alle Fachbereiche ausreichend und sollte deshalb hier nicht genannt werden (z.B. Neurochirurgie, Gynäkologie).</p> | <p>DKG: Zustimmung zur Ablehnung des Vorschlags der GKV / KBV und PatV. Die Formulierung des DKG Vorschlags wird jedoch in Bezug auf die telemedizinische Anbindung als ausreichend betrachtet. Wenngleich die DGNI richtigerweise feststellt, dass dies ggf. für einzelne Fachbereiche nicht ausreichend erscheint, trifft dies für andere Fachbereiche</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|---|------------------|
| | | <p>Situationseinschätzung und eine Beratung innerhalb eines Bereitschaftsdienstes oder Rufdienstes oder telemedizinisch/telefonisch erscheint nicht ausreichend.</p> <p>Vorschlag der DGNI: „zeitnah für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z.B. durch Bereitschaftsdienst oder Rufdienst.“</p> | | <p>jedoch zu. Die Formulierung der DKG bzgl. der unterschiedlichen Möglichkeiten (BD, Rufdienst, Telemedizin, Telefon) ist daher mit einem „oder“ verknüpft. Insofern wird hier die gesamte Bandbreite der Möglichkeiten abgedeckt. Die unverzügliche Verfügbarkeit muss dabei der entsprechenden individuellen Notfallsituation des Patienten oder der Patientin dann selbstverständlich angemessen sein.</p> <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet in Teilen den DKG-Vorschlag. Bzgl. der Facharztverfügbarkeit innerhalb von max. 30 Min. wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 5 Abs. 2 Nr. 2 verwiesen. Der GKV-SV befürwortet die Ablehnung der Möglichkeit einer rein telefonischen oder telemedizinischen</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|----------------------------|---|---|---|------------------|
| | | | | Verfügbarkeit von Fachärzten (vgl. DKG-Vorschlag). | |
| 13. | DGP | Die DGP unterstützt in diesem Punkt vollumfänglich die Empfehlung der DKG. | <p>Diese schafft mehr Flexibilität in der Zuordnung der Fachärztinnen oder Fachärzte zu den Abteilungen. Für den Patienten und die Patientin ist nur entscheidend, dass die entsprechende fachärztliche Qualifikation zur Verfügung steht und nicht, welcher Abteilung der Facharzt oder die Fachärztin im Krankenhaus zugeordnet ist.</p> <p>Darüber hinaus trägt der Vorschlag der DKG der Tatsache Rechnung, dass dem Patienten/der Patientin auf telemedizinischem Weg oder unter Nutzung anderer technischer Hilfsmittel unter Umständen schneller Expertise zur Verfügung gestellt werden kann als durch die Forderung der Anwesenheit des Facharztes im Krankenhaus innerhalb von 30 Minuten. So können zum Beispiel Ergebnisse bildgebender Verfahren oder andere Befunde ohne Zeitverzug fachärztlich gesichtet und eine Behandlungsempfehlung gegeben werden, die nicht noch durch die Wegezeit des Facharztes/der Fachärztin verzögert wird.</p> | <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Bzgl. Facharztverfügbarkeit wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 5 Abs. 2 Nr. 2 verwiesen.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> | |
| 14. | DGHNO-KHC DGMKG | In der Definition des ärztlichen Personals ist unklar, wie sich die Forderung des Facharztstandards in den Regelungen widerspiegelt. Der G- | In der allgemeinen Definition im § 5 wird die Verfügbarkeit eines Facharztes der jeweiligen Fachabteilung entweder innerhalb von 30 Minuten (GKV) oder unverzüglich z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder Telefon/Telemedizin (DKG) postuliert. „unverzüglich“ bleibt in seiner Definition offen und | <p>GKV-SV: Zustimmung zu der Kommentierung der Fachgesellschaften zu den GKV-SV-Positionen.</p> <p>DKG: Die Begrifflichkeit „unverzüglich“ ist bereits</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | <p>BA sollte klären, ob solche Definitionen mit den Vorstellungen, Regelungen und Rechtsprechung im Arzt-Haftpflichtrecht konform sind.</p> | <p>muss geklärt werden, damit es nicht der Beliebigkeit überlassen wird.</p> <p>Ein Facharzt der jeweiligen Fachabteilung sollte in einer Synthese der Positionen prinzipiell innerhalb von max. 30 Minuten als Bereitschaftsdienst oder Rufdienst oder Telefonat, Telemedizin zur Verfügung stehen. Je nach Notfallstufe sind weitere Definitionen vorzunehmen, um den Patienten gerecht zu werden.</p> <p>Da die Regelungen der ärztlichen Präsenz eines Arztes mit ZWB Notfallmedizin in der ZNA strikter und mit sofortiger Präsenz im Dokument geregelt sind, erscheinen Facharztfristen von max. 30 Min sinnvoll, personell realistisch und verantwortbar.</p> <p>Es ist zu beachten, dass die hier vorliegenden Regelungen sich allein auf dem Krankenhaus zugetragenen Notfälle von außen („externe Notfälle“) beziehen und dort Standards definieren. Die Notwendigkeiten an Personalvorhaltung, die sich für die Betreuung von „internen Notfällen“ also an bereits stationären Patienten beziehen sind davon unberührt.</p> <p>In den Tragenden Gründen dazu formuliert die DKG „Es ist daher denkbar, dass der Dienst von Ärzten anderer (Fach)-Abteilungen des Krankenhauses übernommen wird, solange sie über die geforderten Qualifikationen verfügen“. Die Qualifikationen basieren nach § 5 Abs. (2) Satz 1 auf den entsprechenden Qualifikationsnachweisen der WBO der Ärztekammer, welche in der Begründung der DKG nur gemeint sein können.</p> | <p>höchstgerichtlich mit eindeutigen Anforderungen definiert worden, so dass die Gefahr einer drohenden „Beliebigkeit“ nicht geteilt wird. Auch § 121 Absatz 1 Satz 1 BGB enthält eine Legaldefinition des Begriffes „unverzüglich“.</p> <p>Zudem ist darauf hinzuweisen, dass sich gem. EuGH Urteil vom 09.03.2021 in der Rechtssache C-580/19 die „30 Minuten“ und Rufdienst gegenseitig ausschließen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| | | | <p>Ansonsten würde hier, ohne es auszusprechen, der fachübergreifende Bereitschaftsdienst eingeführt. Dieses widerspricht jedoch dem Facharztstandard, den eine Fachabteilung dem Patienten anbieten muss. Zwischen manchen Fächern mag dieses möglich und sinnvoll sein, in sehr spezialisierten Fächern wie der HNO-Heilkunde und der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist das problematisch und nicht immer verantwortbar. Die Entscheidung, ob es vertretbar ist, muss im Einzelfall der verantwortliche Abteilungsarzt letztverantwortlich fällen. Die Ökonomie wird eine klare Tendenz haben, möglichst viele fachübergreifende Dienste zu ermöglichen.</p> <p>Hier muss eine klare Regelung erfolgen, um das Patientenwohl nicht gegen die Ökonomie zu setzen. Auch zu diesem Punkt ist eine rechtliche Sicherung vor Inkraftsetzung zu klären.</p> | <p>DKG: Die Fachgesellschaften führen richtig aus, dass diese Qualifikationsnachweise seitens der DKG gemeint sind.</p> | |
| 15. | DGIIN | <p>Die DGIIN befürwortet folgende Ergänzung zum Vorschlag DKG zu § 5 Nummer 2: „unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung und auch eine persönliche Patientensichtung verfügbar, z. B. durch</p> | <p>Die von der DKV-SV/KBV/PatV vorgegebenen 30 Minuten lassen sich durch einen Rufdienst nicht verbindlich realisieren und ist damit bundesweit kaum angemessen umzusetzen. Es fehlt auch der Zeitpunkt ab wann die geforderten 30 min gelten. Sinnvoll wäre hier 30 min nach Kontaktaufnahme mit dem entsprechenden Arzt und nicht 30 min nach Aufnahme, da sich die Notwendigkeit einer Konsultation auch erst im Verlauf stellen kann. Der Vorschlag der DKG ist aus unserer Sicht hier besser, da er bundesweit umsetzbar erscheint, jedoch wird hier zu wenig auf die Notwendigkeit einer Patientensichtung eingegangen wird. Daher wurde</p> | <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Bzgl. Facharztverfügbarkeit wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 5 Abs. 2 Nr. 2 verwiesen.</p> <p>DKG: Kenntnissnahme. Eine persönliche Patientensichtung ist nicht immer erforderlich.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch“. | dieser Punkt ergänzt und der Vermerk zu einer telefonischen Beratung gestrichen, da eine solche immer möglich ist. Die telemedizinische Betreuung entspricht einer erweiterten telefonischen Beratung, kann aber in keinem Fall die persönliche Anwesenheit ersetzen. | Vielmehr sollte, bspw. in den Tragenden Gründen, klargestellt sein, dass auch die unverzügliche persönliche Sichtung möglich sein soll, aber nicht erfolgen muss. | |
| 16. | DGAI | Zustimmung zum Vorschlag DKG | Die derzeitige Regelung der 30 Minuten ist in der Praxis nicht umsetzbar, bzw. mit erheblichen Konflikten behaftet, da die 30 Minuten mit arbeitsrechtlichen Vorgaben nicht umsetzbar sind. Definition unverzüglich: § 121 Absatz 1 Satz 1 BGB enthält eine Legaldefinition des Begriffes. Unverzüglich bedeutet demnach „ohne schuldhaftes Zögern“. Gleiches gilt für § 25 Nr. 4 und 5. | GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Bzgl. Facharztverfügbarkeit wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 5 Abs. 2 Nr. 2 verwiesen. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. | |
| 17. | BÄK | Vorangestellt ist auch hier zu konstatieren, dass mit dem KHVVG die Definition einer Fachabteilung im Sinne dieser G-BA-Regelung obsolet werden dürfte, wenn zukünftig Leistungsgruppen definiert und auf Grundlage der | Die Bundesärztekammer hat schon in ihrer „Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstufen in Krankenhäusern“ vom 14.02.2018, darauf hingewiesen, dass eine Verfügbarkeit von Fachärzten am Patienten innerhalb von 30 Minuten nur bei Anwesenheit der Ärztin oder des Arztes am Standort gewährleistet werden kann, was gerade für kleine Fachabteilungen kaum umsetzbar und für das Krankenhaus mit hohen Kosten verbunden wäre. Aus diesem Grund hatten wir damals schon einen | GKV-SV: Die Anpassung der Notfallstufen-Regelungen erfolgt auf Basis des geltenden Gesetzes. Notwendige Anpassungen durch die Neuerungen des KHVVG oder des NotfallG müssen und werden dann erfolgen, sobald die neuen Gesetze in Kraft sind. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|-----------------|--|---|---|------------------|
| | | Erfüllung von Qualitätsvorgaben zugewiesen werden. | Regelungsvorschlag der DKG befürwortet, nach dem für die Basisnotfallversorgung eine Dienstbereitschaft im Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst oder Rufdienst zulässig gewesen wäre. Diese Auffassung vertreten wir auch weiterhin. Die durchgehende Anwesenheit am Standort ist auch aufgrund des Fachkräftemangels nicht sinnvoll. Die Kolleginnen und Kollegen stehen am Folgetag nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung. Alternativ hatten wir damals eine Formulierung befürwortet, die einen beschränkten Spielraum zuließe, z. B. „in der Regel innerhalb von 30 Minuten“. Den Einsatz von Telemedizin hält die Bundesärztekammer insbesondere bei Spezialkonsultationen für sinnvoll. | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. | |
| 18. | DGN+ DSG | zu § 5 Absatz 2 Nummer 2 | Die Verfügbarkeit einer fachärztlichen Einschätzung und Beratung innerhalb von 30 Min. ist grundsätzlich realistisch und erscheint umsetzbar. Neurologische Notfälle erfordern nicht selten kürzere Fristen bis zur Entscheidung zur weiteren Therapie, so dass die Beschränkung auf die Verfügbarkeit am Patienten (GKV) nicht sinnvoll erscheint. Die Verfügbarkeit der fachärztlichen Einschätzung sollte daher auch unter Berücksichtigung der Weiterentwicklung digitaler, v.a. telemedizinischer Anwendungen erweitert werden (ähnlich DKG). Die Festlegung definierter Fristen erscheint belastbarer als die Formulierung „unverzüglich“ (DKG). Wenn auch vermutlich nicht Aufgabe des G-BA, wäre es dennoch auch hilfreich, | DKG: Zustimmung, dass die Beschränkung auf die Verfügbarkeit am Patienten (GKV) nicht sinnvoll erscheint und digitale, v.a. telemedizinische Anwendungen ergänzt werden sollten. Richtigerweise stellen DGN und DSG auch fest, dass die Regelungen sich leichter mit tarifrechtlichen Regelungen vereinbaren lassen sollten. Der Vorschlag der DKG setzt dies entsprechend um | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|--|------------------|
| | | | wenn die Regelungen des G-BA sich leichter mit tarifrechtlichen Regelungen vereinbaren ließen. | <p>(Verweis auch auf die entsprechenden Tragenden Gründe der DKG zu § 5 Abs. 2).</p> <p>Bezüglich der „30 Minuten“ wird unter anderem auf die Ausführungen der Fachgesellschaften und die entsprechende zustimmende Bewertung der DKG unter lfd. Nr. 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 37 und 38 verwiesen.</p> <p>GKV-SV: Der teilweisen Befürwortung des GKV-SV-Vorschlag wird zugestimmt. Die teilweise Befürwortung des DKG-Vorschlags (Berücksichtigung digitaler Anwendungen für Facharztverfügbarkeit) wird abgelehnt, da aus Gründen der Patientensicherheit die persönliche Verfügbarkeit des entsprechend erforderlichen Facharztes am Patienten notwendig ist. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 5 Abs. 2 Nr. 2.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--|--|--|---|--|------------------|
| 19. | DDG DGE DAG | Zu § 5 Absatz 2 Nummer 2 | <p>Zustimmung zum Vorschlag DKG.</p> <p>Begründung: zur sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit Diabetes kann auch eine Fachärztin/ein Facharzt mit Anstellung in einer naheliegenden kooperierenden Diabetes-Schwerpunktpraxis tätig sein.</p> <p>Die derzeitige Regelung der 30 Minuten ist in der Praxis nicht umsetzbar, bzw. mit erheblichen Konflikten behaftet, da die 30 Minuten mit arbeitsrechtlichen Vorgaben nicht umsetzbar sind. Definition unverzüglich: § 121 Absatz 1 Satz 1 BGB enthält eine Legaldefinition des Begriffes. „Unverzüglich“ bedeutet demnach „ohne schuldhaftes Zögern“.</p> <p>Gleiches gilt für § 25 Nr. 4 und 5.</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 5 Abs. 2 Nr. 2.</p> | |
| § 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen | | | | | |
| 20. | DGK unterstützt durch die DGIM | Ausgehend von Vorschlag DKG Standortbezug insgesamt aufheben | Durch die Regelungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) ist eine stärkere Vernetzung und Verschmelzung von Krankenhäusern zu erwarten. Vor diesem Hintergrund sollte im Sinne einer besseren Vernetzungsmöglichkeit nicht die Betrachtung eines Krankenhausstandortes allein im Vordergrund stehen, sondern bei Krankenhäusern | GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet den DKG-Vorschlag. Die Aufhebung des Standortbezugs in den Notfallstufen-Regelungen wird aus Gründen der Patientensicherheit grundlegend abgelehnt. Zur | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|------------------|
| | | | mit zwei oder mehr Standorten eine Gesamtbetrachtung der Notfallversorgungsmöglichkeiten und -situation vorgenommen werden. Insofern schlägt die DGK vor, dass insbesondere in § 6 Abs. 1 der Standortbezug und der Verweis in Satz 2 auf die „Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG“ ersetzt wird durch eine Formulierung im o. g. Sinn. Entsprechend wäre der Standortbezug an allen anderen Stellen herauszunehmen. | Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und bundesweit gleichwertigen Patientenversorgung im Notfall ist es ausschlaggebend, dass die jeweiligen Anforderungen am Krankenhausstandort erfüllt werden und somit schnellstmöglich für die Behandlung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten genutzt werden können. DKG: Kenntnisnahme. | |
| 21. | DGINA | Ergänzung in § 6 Absatz 2 Satz 2: „(2) (...) ² Die ZNA ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich und organisatorisch unabhängiger und hauptsächlich in der Notaufnahme tätiger pflegerischer und | Die DGINA sieht es als unbedingt notwendig an, dass in den allgemeinen Anforderungen an alle Stufen, die Leitungsfunktionen der Zentralen Notaufnahmen in Bezug auf Qualifikation und Umfang ihrer Tätigkeit in der Notaufnahme definiert werden. In der bisher bestehenden Formulierung wird nur eine eigenständige, fachlich unabhängige Leitung gefordert und der Umfang, mit dem diese Leitungsfunktion wahrgenommen wird, ist nicht geregelt. Auf Basis der bisherigen Formulierung kann die Leitung der zentralen Notaufnahme zwar fachlich unabhängig sein, aber dennoch einen großen Teil ihrer Arbeitszeit z.B. im Katheter-Labor | GKV-SV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der ergänzende Vorschlag wird abgelehnt, da die Personalanforderungen gebündelt in den §§ 9, 14 und 19 geregelt werden. Eine inhaltliche Vermischung der §§ 6 und 9 wird daher abgelehnt. GKV-SV schlägt in § 9 eine Regelung vor, dass die ärztliche Leitung der ZNA sowie mind. ein weiterer Facharzt über die Zusatzweiterbildung | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|----------------------------|--|--|---|------------------|
| | | ärztlicher Leitung. Die ärztliche Leitung verfügt über die Qualifikation „ZWB KLINAM“ und die pflegerische Leitung verfügt über Qualifikation „Notfallpflege“. | oder in anderen Funktionsbereichen erbringen. Aus diesem Grund muss die Formulierung um „hauptsächlich in der Notaufnahme tätig“ ergänzt werden. Dies gilt ebenfalls für die pflegerische Leitung. Die DGINA bittet den § 6 (2) entsprechend dem nebenstehenden Formulierungsvorschlag zu ändern. | „KLINAM“ verfügen müssen. Hierzu sei auch auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9 verwiesen. DKG: Die DKG nimmt die Stellungnahme zur Kenntnis. Inhaltlich wurde in diesem Absatz bisher keine Änderung vorgenommen. | |
| 22. | DGHNO-KHC DGMKG | Die Räumlichkeiten der ZNA müssen möglichst zentral und für alle Fachabteilungen gut erreichbar liegen, um Notfallfristen einhalten zu können. | Das Postulat „räumlich abgegrenzt“ könnte so interpretiert werden, dass die ZNA peripher im Campus oder Gebäude liegt. Für eine geeignete Positionierung müssen evtl. Mittel für bauliche Veränderungen gewährt werden. | GKV-SV: Grundsätzliche Zustimmung zur Kommentierung; Anpassung der Definition einer ZNA in § 6 war nicht Bestandteil der Beratungen in der AG zum Änderungsbeschluss. DKG: Keine Zustimmung. Die ZNA muss am Standort des Krankenhauses verortet sein. Wo genau dies der Fall ist, ist teils historisch gewachsen und Umbauten nicht immer möglich. Die geforderten finanziellen Mittel sind im Zusammenhang mit der Änderung der RL nicht vorgesehen. Sofern anderweitige | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--|---|--|---|--|------------------|
| | | | | Finanzierungsmittel dafür verfügbar sind, setzen die Krankenhäuser selbstständig möglichst effiziente Abläufe um. | |
| § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung | | | | | |
| 23. | DGK unterstützt durch die DGIM | Auch in diesem Punkt folgt die DGK dem Formulierungsvorschlag der DKG. | Dies betrifft insbesondere im Bereich der Pflege die Anerkennung der „Anästhesie- und Intensivpflege bzw.-medizin“ oder „Intensivpflege bzw. -medizin“ als gleichwertig mit der Qualifikation „Notfallpflege“ für den Einsatz in der zentralen Notaufnahme. Dies ist begründet dadurch, dass bundesweit noch gar nicht genug in der „Notfallpflege“ qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht und in der Intensivmedizin geschultes Personal fachlich in der Lage ist, auch in der Notfall-Medizin tätig zu sein. Die vom UPV vorgeschlagenen Mindestanforderungen und -zahlen sind nach unserer Auffassung unrealistisch und werden den verschiedenen Modellen, nach denen Krankenhäuser Notaufnahmen mit Fachärzten der einzelnen Fachgruppen flexibel besetzen, nicht gerecht. Auch hier ist die arbiträr definierte 30 Minuten-Grenze aus o.g. Gründen abzulehnen. Es wird auch nicht definiert, welche besondere Leistung der Facharzt binnen 30 Minuten am Patienten erbringen muss, die nicht auch durch einen Arzt in Weiterbildung nach Telefon-Konsil/telemetrischer Befund-Begutachtung zumindest eingeleitet werden kann, | GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet den DKG-Vorschlag. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9. DKG: Kenntnisnahme. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|-------------------------|--|---|---|------------------|
| | | | <p>bis der Facharzt vor Ort ist (s.a. Tele-radiologische CT-Befundung).</p> <p>Die durch LV/PatV geforderte Mindestzahl von 5 Fachärzten mit (quasi) permanenter Anwesenheit ist nicht realistisch. Das überforderte bereits jetzt die aktuelle Personalausstattung einer relevanten Zahl von Schwerpunkt- oder Maximalversorgern.</p> <p>In der Konsequenz würde dadurch flächendeckend eine sehr relevante Anzahl von Notaufnahmen nicht mehr betreibbar sein – mit der resultierenden massiven Verschlechterung der Versorgung</p> | <p>LV/PatV: Die nebenstehenden Ausführungen beziehen sich unseres Erachtens auf den Vorschlag des UPV.</p> | |
| 24. | DGU, DGOU, DGOOC | <p>Zustimmung Vorschlag DKG zu § 9 Nummer 1</p> <p>Änderung Vorschlag DKG zu § 9 Nummer 2:</p> <p>„Die unter Nummer 1 genannte Ärztin oder der genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ oder „Notfallmedizin“ und die unter Nummer 1 genannte Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“,</p> | | <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet den DKG-Vorschlag. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, wobei der Einschub „30 Minuten“ abgelehnt wird. Vor dem Hintergrund, dass die DGU, DGOU und DGOOC die 30 Minuten unter lfd. Nr. 10 auch abgelehnt haben, erscheint die Forderung an dieser Stelle nicht konsistent.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|-------------------------|------------------|
| | | <p>sobald die jeweiligen Qualifikationen in diesem Land verfügbar sind. „Anästhesie- und Intensivpflege bzw. -medizin“ oder „Intensivpflege bzw. -medizin“. In Weiterbildung befindliches Personal wird dabei gleichwertig anerkannt wird angerechnet. Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder</p> | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|----------------------------|---|---|--|------------------|
| | | telemedizinisch/telefonisch.“ | | | |
| 25. | DGHNO-KHC DGMKG | § 9 Nummer 1 (und so auch § 14 und § 19) | Eine durchgehende Verfügbarkeit eines Arztes mit ZWB Notfallmedizin ist in der Basisnotfallversorgung und höheren Stufen wichtig, um für andere Fachabteilungen eine Frist von 30 Minuten max. gewähren zu können. Um das realistisch zu erreichen sind fraglos mehr als 1 oder 2 solche Personen erforderlich. | GKV-SV: Der Kommentierung wird zugestimmt. Der GKV-SV fordert für die Basisnotfallstufe die Vorhaltung von mindestens 3 Fachärzten, die der Notfallversorgung zugeordnet sind, sowie die Sicherstellung einer 24/7-Verfügbarkeit von mind. einem Facharzt und einer Pflegefachperson im Bedarfsfall in der ZNA. DKG: Keine Zustimmung. Zum einen ist die durchgehende Verfügbarkeit des entsprechenden Personals derzeit quantitativ durch die Krankenhäuser nicht umsetzbar und zum anderen sind die 30 Minuten bei § 9 Nummer 1 nicht relevant. | |
| 26. | DGINA | Die DGINA schließt sich dem Vorschlag der LV und PatV § 9 Nummer 1 an. | Die Leitung der Zentralen Notaufnahme (siehe Kommentar zu § 6) und die im Dienst verantwortlichen zuständigen Ärztinnen und Ärzte sind inhaltlich zu trennen. | GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet den Vorschlag von PatV/LV. Siehe hierzu | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | „Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder ein verantwortlicher Arzt und eine verantwortliche Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen in der Zentralen Notaufnahme zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind. “ | Die Formulierung „im Bedarfsfall“ kann gestrichen werden. | auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9. § 9 regelt die Anzahl und die Qualifikation des für die Notfallversorgung vorzuhaltenden Fachpersonals. Der GKV-SV setzt sich zudem für Qualifikationsvorgaben für die ärztliche und pflegerische Leitung einer ZNA ein. DKG: Eine Trennung von Leitung der ZNA und den im Dienst verantwortlichen zuständigen Ärztinnen und Ärzte erscheint zielführend, um künftig Missverständnissen in der Auslegung der Regelung vorzubeugen. Die Streichung der Verfügbarkeit im Bedarfsfall wird bei einer klaren Trennung befürwortet. | |
| 27. | DGAI | Zustimmung zum Vorschlag DKG § 9 Nummer 1 | Der letzte Satz aus dem Vorschlag der DKG scheint entbehrlich, da dies ohnehin vom Krankenhaus zu regeln und nicht in Regelungen des G-BA aufzuführen ist: „ <i>Es liegt in der Verantwortung des Krankenhauses, die Vorgaben organisatorisch</i> | GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet den DKG-Vorschlag. Siehe hierzu auch | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| | | | <i>umzusetzen. Die entsprechenden beiden Personen kann das Krankenhaus individuell benennen.“</i> | die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9. DKG: Kenntnisnahme | |
| 28. | DGP | Zustimmung zum Vorschlag der LV/PatV zu § 9 Nummer 1 zu. | Eine weitere Spezifikation ist nicht notwendig und erhöht nur den bürokratischen Aufwand. | GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet den Vorschlag von PatV/LV. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9. DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen | |
| 29. | DGIIN | Die DGIIN befürwortet am ehesten folgende Formulierung für § 9 Nummer 1 : „Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Fachärztin oder ein verantwortlicher Facharzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von | Die von der GKV-SV / LV gestellte Forderung nach einer 24/7 Präsenz ist auch in großen Zentren nicht zu 100% umzusetzen, wenn die in 2. geforderten fachlichen Qualifikationen berücksichtigt werden. So ist es auch in großen Zentren notwendig, im Krankheitsfall auf Alternativen aus dem Rufdienst auszuweichen. Daher ist hier Ärztin in Fachärztin gewandelt und Satz 2 adaptiert und die Zusatzbezeichnung weggelassen. Die DGIIN befürwortet, dass eine eigenständige Leitung und Stellvertretung mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung (ZWB) Klinische Akut- und Notfallmedizin (KLINAM) auch für die Basisnotfallversorgung vorhanden sein muss | GKV-SV: Die in der Kommentierung angeregte Anpassung des § 9 Nr. 1 wird zustimmend zur Kenntnis genommen. Der GKV-SV fordert nunmehr eine Mindestanzahl von 3 Fachärzten, die benannt und der Notfallversorgung organisatorisch zugeordnet sind, Qualifikationsanforderungen an die ärztliche Leitung einer ZNA und weiterer Fachärzte sowie die Vorgabe, dass 24/7 mind. ein Facharzt im | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall 24/7 in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.“ | <p>Aus Sicht der DGIIN sollte man die Qualifikation der Leitung und die Erreichbarkeit voneinander trennen.</p> <p>Für die ärztliche Leitung macht die DGIIN folgenden Vorschlag: Die ärztliche Leitung von Notaufnahme sollte durch einen Facharzt mit der Zusatz Weiterbildung klinischer Notfallmedizin übernommen werden. Abwesenheit durch Urlaub Krankheit Fortbildung sollten durch eine Stellvertretung der gleichen Qualifikation kompensiert werden. Die bestehende Zusatz Weiterbildung ist auch Voraussetzung für eine mögliche Weiterbildungsbefugnis. Aus Sicht der DGIIN kann je nach Größe einer Notaufnahme die ärztliche Leitung auch in Teilzeit und durch Jobsharing übernommen werden. Es sollte eine Anwesenheit zu den Kernzeiten werktags bestehen.</p> <p>Für die Nichtärztliche Leitung mach die DGIIN folgenden Vorschlag: In Anbetracht der Vielzahl an verschiedenen Berufsgruppen die als nichtärztliche mitarbeitende in der Notaufnahme sind sollte statt pflegerischer Leitung auch eine nichtärztliche Leitung als Wort gewählt werden. Diese Funktionen kann durch Pflegekräfte mit der Weiterbildung Notfallpflege besetzt werden aber sollte nicht ausschließlich diesen vorbehalten sein. Wichtig erscheint eine abgeschlossene Ausbildung für medizinische Gesundheitsberufe und ein Äquivalent zu</p> | <p>Bedarfsfall in der ZNA verfügbar sein muss.</p> <p>Bzgl. der Begründung der Fachgesellschaft wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu den §§ 5 und 9 verwiesen.</p> <p>DKG Kenntnisnahme. Durch die Formulierung „im Bedarfsfall 24/7“ müssen Krankenhäuser doch wieder mehr Personal vorhalten, was gemäß der Erläuterung der DGIIN nicht umzusetzen ist.</p> <p>Die DKG hält es zum jetzigen Zeit-punkt für wenig sinnvoll, die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern in diesem Punkt maßgeblich zu überarbeiten. Aus Sicht der DKG sind zunächst die Auswirkungen parallelaufender Reformbemühungen des BMG (KHVVG und Notfallreform) und auch die</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|----------------------------|--|---|--|------------------|
| | | | mindestens fünf Jahren in Arbeit in einer Notaufnahme innerhalb der letzten zehn Jahre. Die fachliche Leitung muss allerdings über die Zusatzqualifikation Notfallpflege verfügen. Zu den leicht bei großen Notaufnahmen nicht eine einzelne Vollzeitstelle plus eine Stellvertretung aus. Daher empfehlen wir pro 15.000 Notfallpatienten mindestens eine VK zu implementieren. Dies entspräche bei 30.000 Notfallpatienten zwei, bei 60.000 Notfallpatienten vier VK. | Ergebnisse der parallellaufenden Evaluation der Notfallstufen-Regelungen abzuwarten, die u. a. diese Fragestellungen beantworten und bis zum 30.09.2025 vorliegen sollen. | |
| 30. | DDG DGE DAG | Zu § 9 Nummer 1 | Zustimmung zum Vorschlag DKG. Der letzte Satz aus dem Vorschlag der DKG scheint entbehrlich, da dies ohnehin vom Krankenhaus zu regeln und nicht in Regelungen des G-BA aufzuführen ist: „Es liegt in der Verantwortung des Krankenhauses, die Vorgaben organisatorisch umzusetzen. Die entsprechenden beiden Personen kann das Krankenhaus individuell benennen.“ | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Zu den Personalanforderungen (Anzahl, Qualifikation, Verfügbarkeit) in der Basisnotfallstufe sei auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9 verwiesen. | |
| 31. | DGINA | Eigener Vorschlag für § 9 Satz 2 „Unabhängig vom Patientenaufkommen umfasst das Team der Notaufnahme zur Erfüllung der | Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Notfallversorgung ist auf Basis der Empfehlungen der notfallmedizinischen Fachgesellschaften DGINA und DIVI die Vorhaltung von Stammpersonal und weiterem Personal in Abhängigkeit von der Anzahl der jeweiligen | GKV-SV: Der Begründung der Fachgesellschaft wird zugestimmt. Der Vorschlag der Fachgesellschaft bestätigt die hohe Relevanz der Verfügbarkeit von | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | <p>Anforderungen nach Nummer 1 ein Stammpersonal von mindestens 5 Fachärztinnen oder Fachärzten, bestehend aus einer ärztlichen Leitung und Stellvertretung mit ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin. Die weiteren 3 Fachärzte besitzen die ZWB oder befinden sich in Weiterbildung zur ZWB.</p> <p>Anwesenheit von Ärzten des Stammpersonals mit der ZWB oder in Weiterbildung befindlich von 8:00-17:00 Uhr, von 17:00 - 08:00 Uhr Rufdienst. In Abhängigkeit von der Anzahl der Patientenkontakte ist für die Assistenzärzte ein Stellenschlüssel von 1 VK/1500</p> | <p>Patientenkontakte erforderlich. Gleiches gilt für den pflegerischen Bereich.</p> <p>Die DGINA lehnt den gesamten Vorschlag der DKG §9, Satz 2 strikt ab! Die Qualifikation der ZWB „Notfallmedizin“ (Prälinik), die nach 2 Jahren klinischer Tätigkeit und ohne Facharztqualifikation für die präklinische Tätigkeit als Notärztin oder Notarzt erworben werden kann, ist bei weitem nicht ausreichend für die komplexen Anforderungen in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin.</p> <p>Während die präklinische Notfallmedizin allein die Sicherung der Vitalfunktionen für einen problemlosen Transport in eine Notaufnahme gewährleisten muss, muss die „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ neben der Lebensrettung und Stabilisierung zusätzlich die Diagnostik durchführen, auf deren Boden die weitere Initialtherapie und Disposition in die weitere ambulante oder stationäre Therapie erfolgen kann. Diese komplexe Tätigkeit kann durch die Zusatzweiterbildung „Notfallmedizin“ (Prälinik) keinesfalls erworben werden.</p> <p>Auch der DKG Vorschlag zur pflegerischen Qualifikation ist strikt abzulehnen. „Anästhesie- und Intensivpflege bzw. -medizin“ oder „Intensivpflege bzw. -medizin“ bilden ein anderes Handlungsfeld der Pflege ab. Lediglich 5% der Notfallpatienten haben in der Notaufnahme intensivpflegerischen Handlungsbedarf.</p> | <p>Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der ZNA. Patientenvolumengebunden e Personalvorgaben sind perspektivisch überlegenswert, aber derzeit aufgrund fehlender Daten noch nicht umsetzbar.</p> <p>Der GKV-SV setzt die Anregungen in der Fachgesellschaft insofern um, als dass eine Mindestanzahl von 3 Fachärzten gefordert wird, die benannt und der Notfallversorgung organisatorisch zugeordnet sind, Qualifikationsanforderungen an die ärztliche Leitung einer ZNA und weiterer Fachärzte festgelegt werden sowie die Vorgabe, dass 24/7 mind. ein Facharzt im Bedarfsfall in der ZNA verfügbar sein muss.</p> <p>DKG: Diese Vorgaben, die auch die Basisnotfallstufe betreffen, sind aktuell in der</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | <p>Patientenkontakte/Ja hr einzuhalten.</p> <p>Das Team der Notaufnahme umfasst zudem in der Pflege eine Leitung und Stellvertretung mit Qualifikation Notfallpflege. Zusätzlich ist ein Stellenschlüssel von 1 VK/1200 Patientenkontakte/Ja hr einzuhalten. Es besitzen mindestens 30% der Pflegekräfte die Zusatzqualifikation „Notfallpflege bzw. befinden sich in WB.“</p> | <p>Die Argumentation der DKG in den tragenden Gründen, dass es aktuell zu wenig Notfallpflegende mit WB gäbe, spricht eher für eine verlängerte Übergangszeit und Förderung der WB Maßnahme, als andere Fachweiterbildungen gleichzusetzen und auf diese Weise, um Personal in Konkurrenz zu treten.</p> <p>Die Personalanforderungen entsprechen den gemeinsamen Empfehlungen von DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen (Notfall- und Rettungsmedizin 2024 https://doi.org/10.1007/s10049-024-01380-9)</p> | <p>Praxis nicht umsetzbar. Die DKG hält es zum jetzigen Zeitpunkt für wenig sinnvoll, die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern in diesem Punkt maßgeblich zu überarbeiten. Aus Sicht der DKG sind zunächst die Auswirkungen parallellaufender Reformbemühungen des BMG (KHVVG und Notfallreform) und auch die Ergebnisse der parallellaufenden Evaluation der Notfallstufen-Regelungen abzuwarten, die u. a. diese Fragestellungen beantworten und bis zum 30.09.2025 vorliegen sollen.</p> | |
| 32. | DGAI | Zustimmung zum Vorschlag des GKV-SV § 9 Nummer 2, sofern der Vorschlag der DKG zu §9 Nummer 1 umgesetzt wird | Es handelt sich ausschließlich um die klinische Akut- und Notfallmedizin. Die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin und die Fachpflege „Anästhesie- und Intensivpflege“ bzw. „Intensivpflege“ genügen nicht den Anforderungen der Versorgung in diesem Bereich. | <p>GKV-SV: Zustimmung zur Kommentierung der Fachgesellschaft zu § 9 Nr. 2, Ablehnung der genannten Bedingung; siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| 33. | DGP | Zustimmung zu Vorschlag DKG § 9 Nummer 2 | <p>Diese Empfehlung sieht vor, dass neben der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ auch die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin anzuerkennen ist. Darüber hinaus schlägt die DGP vor, auch die Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ alternativ anzuerkennen.</p> <p>Die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ existiert erst seit wenigen Jahren. Daher sind Ärztinnen und Ärzte mit dieser Zusatzweiterbildung noch völlig unzureichend verfügbar. Krankenhäuser stehen – wie allgemein bekannt ist – vor erheblichen Schwierigkeiten in der Personalakquise. Um die Notfallversorgung der Patientinnen und Patienten mit einer suffizienten Qualität sicherzustellen, ist eine Erweiterung des Qualifikationsspektrums zu den vergleichbaren Zusatzweiterbildungen sinnvoll und erforderlich. Die genannten Zusatzweiterbildungen in „Notfallmedizin“ und „Intensivmedizin“ stellen qualitativ gute Alternativen dar.</p> <p>Der Hinweis in der DKG-Stellungnahme auf das in Weiterbildung befindliche Personal wird von der DGP unterstützt, um das Vorhalten der Notfallstrukturen nicht aus personellen Gründen zu beeinträchtigen.</p> | <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet den DKG-Vorschlag. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> | |
| 34. | DGIIN | Die DGIIN befürwortet am ehesten folgende Formulierung für § 9 Absatz 2: | Die von der DKG mit aufgelistete „Notfallmedizin“ ersetzt in keinsten Weise die „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und darf nicht aufgelistet sein. Aus Sicht der DGIIN ist es zur Einhaltung einer Behandlungsqualität akzeptabel in Ausnahmefällen auf einen Rufdienst mit den Zusatzqualifikationen | GKV-SV: Der Vorschlag der Fachgesellschaft bestätigt die hohe Relevanz einer Verfügbarkeit von Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|--|------------------|
| | | <p>„Entweder die unter Nummer 1 genannte Fachärztin oder der genannte Facharzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und die unter Nummer 1 genannte Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ oder die unter Nummer 1 genannte Fachärztin oder der genannte Facharzt befinden sich in Weiterbildung zu den besagten Zusatzweiterbildungen/-qualifikation und es existiert zusätzlich mindestens ein Rufdienst, oder Bereitschaftsdienst von Person mit der abgeschlossenen jeweiligen Zusatzweiterbildung/-qualifikation, die im Bedarfsfall</p> | <p>Klinische Akut- und Notfallmedizin sowie Notfallpflege vorzuhalten.</p> <p>Wie oben beschrieben befürwortet die DGIIN eine Trennung der Definition der Leitung von der Präsenz von Fachärzten in der Notaufnahme.</p> <p>Hier der Vorschlag für die Beschreibung der Facharztpräsenz:</p> <p>Hinsichtlich der Anwesenheit von Fachärzten in der Notaufnahme rund um die Uhr sieht die DGIIN eine Präsenz von Ärzten mit der Zusatz Weiterbildung klinische Akut- und Notfall Medizin als Optimum an. dieses ist jedoch wegen der unzureichenden Verfügbarkeit solcher Personen derzeit noch nicht umzusetzen. Als geeignete Alternative sieht die DGIIN eine Anwesenheit von Ärzten in Weiterbildung zur Zusatzweiterbildung klinische akut und Notfallmedizin an. Für Kliniken der umfassenden Notfallversorgung sollte ein Konzept der Präsenz von Ärzten mit der Zusatz Weiterbildung klinische Akut- und Notfall Medizin umsetzbar und verpflichtend sein.</p> <p>Als Alternative muss zumindest eine telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr von Ärzten mit einer solchen Qualifikation gegeben sein. Die fehlende Präsenz bei Wechsel auf eine telefonische Erreichbarkeit, zum Beispiel in Rufbereitschaft, führt aber zu einer Versorgungslücke bei kritischen Notfällen die die Expertise an Ärzte vor Ort</p> | <p>„Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Der GKV-SV setzt die Anregungen der Fachgesellschaft insofern um, als dass er sowohl Mindestvorgaben für die Anzahl des für die Notfallversorgung in der ZNA vorzuhaltende Fachpersonal als auch Vorgaben für die Facharztverfügbarkeit im Bedarfsfall in der ZNA fordert sowie Vorgaben für die Qualifikation der ärztlichen Leitung der ZNA und weiterer Fachärzte. Hierzu sei auch auf die Tragenden Gründen des GKV-SV zu § 9 verwiesen. Die Begründung der Fachgesellschaft wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>DKG Siehe lfd. Nr. 31</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | hinzugezogen werden können.“ | <p>benötigen, wie zum Beispiel die akute Sicherung eines schwierigen Atemweges. Hierfür muss in diesen Kliniken gewährleistet sein, dass andere Ärzte mit diesen Expertisen zeitnah an das Patientenbett kommen können. Hier ist aus Sicht der DGIIN zum Beispiel bei den oben genannten. Eine Verfügbarkeit innerhalb von wie von dem gemeinsamen Bundesausschuss empfohlen zu lang. Die bisherigen Kriterien zur Erfüllung der Voraussetzungen für eine Leistungsgruppe Notfallmedizin geben das Vorhandensein von fünf Ärzten an von denen mindestens drei die Zusatzweiterbildung Klinische Akut und Notfallmedizin haben und die zumindest zu 80 % vornehmlich in der Notaufnahme arbeiten. Dieses entspräche einem Stellenanteil von vier VK. Mit dieser Besetzung ist eine achtstündige Präsenz an Werktagen sowie eine Rufbereitschaft rund um die Uhr zu sichern. Aus Sicht der DGIIN wäre ein solches Konzept für die Basis Notfallversorgung umsetzbar. Eine Rechtfertigung für die Etablierung einer Rufbereitschaft im Vergleich zur durchgängigen Präsenz für unterschiedliche Versorgungslevel ergibt sich aus der unterschiedlichen Häufigkeit von eintreffenden kritisch kranken Personen zwischen Basis Notfallversorgung sowie erweiterter und umfassender Notfallversorgung. Andererseits sollte mit Zunahme der Anzahl an Notfallpatienten auch ein Basisversorger eine kontinuierliche Präsenz von Fachärzten mit oder in einer Zusatzweiterbildung zur Klinischen Akut- und Notfallmedizin leisten</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|----------------------------|--------------------------------|---|---|------------------|
| | | | <p>können. Nach unseren Berechnungen wäre dies ab 30.000 Notfallpatienten/Jahr der Fall.</p> <p>Zudem sollte mindestens 1 Assistenzarzt ist 24/7 in der Notaufnahme anwesend</p> <p>Die Qualifikation in der Anästhesie- und Intensivpflege bildet nur ein Teil des erforderlichen Spektrums der Anforderungen in der Zentralen Notaufnahme ab und ersetzt in keiner Weise die Fachweiterbildung in der Notfallpflege.</p> | | |
| 35. | DDG DGE DAG | zu § 9 Nummer 2 | <p>Weitgehende Zustimmung zum Vorschlag des GKV-SV, sofern der Vorschlag der DKG zu §9 Nr. 1 umgesetzt wird mit der Ergänzung: „oder die Zusatzweiterbildung „Notfallmedizin“ im Fach „Innere Medizin““</p> <p>Sicherstellung von notfallmedizinisch weitergebildetem ärztlichen Personal. Für die Innere Medizin ist zusätzlich eine fachärztliche Qualifikation aufgrund der in Notaufnahmen behandelten Krankheitsbilder und Notfälle essenziell. Hier unterstützt die DDG auch die entsprechenden Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM).</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Die weitgehende Befürwortung des GKV-SV-Vorschlags wird zustimmend zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Ergänzung einer ZWB in der Position der DKG wird abgelehnt. Für die Begründung verweist der GKV-SV auf die Stellungnahme der DGINA: Während die präklinische Notfallmedizin allein die Sicherung der Vitalfunktionen für einen problemlosen Transport in eine Notaufnahme gewährleisten muss, muss die „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ neben der</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| | | | | <p>Lebensrettung und Stabilisierung zusätzlich die Diagnostik durchführen, auf deren Boden die weitere Initialtherapie und Disposition in die weitere ambulante oder stationäre Therapie erfolgen kann. Diese komplexe Tätigkeit kann durch die Zusatzweiterbildung „Notfallmedizin“ (Prälinik) keinesfalls erworben werden.</p> <p>Zu diesem Punkt sei zudem auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9 verwiesen.</p> | |
| 36. | DGNI | <p>zu § 9 Nummer 2 Vorschlag der GKV/LV: Die Formulierung zur ärztlichen Qualifikation mit Zusatzbezeichnung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ sowie einer Pflegekraft mit Zusatzbezeichnung „Notfallpflege“ mit</p> | <p>Die Forderung, dass ein Arzt mit entsprechender Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ sowie eine Pflegekraft mit Zusatzweiterbildung „Notfallpflege“ zur Verfügung stehen soll, ist aus Sicht der DGNI richtig. Allerdings erscheint es nicht notwendig, dass diese Person jederzeit sofort vor Ort verfügbar sein muss (siehe Formulierung der GKV/LV in den „tragenden Gründen“). Dies ist auch bei anderen Fachabteilungen in der Notfallversorgung nicht der Fall (Intensivmedizin, Kardiologie, Neurologie, Neurochirurgie...). Ein Hinzuziehen im Rahmen eines Bereitschafts- oder Rufdienstes erscheint</p> | <p>DKG: Zustimmung, dass die 24h/7d Verfügbarkeit des entsprechenden ärztlichen und pflegerischen Personals mit der genannten Zusatzqualifikation nicht zielführend und erforderlich ist. Dies setzt im Übrigen auch der Vorschlag der LV unter § 9 Nr. 1 um. Vor diesem Hintergrund erscheint der Vorschlag der DGNI nicht klar formuliert,</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| | | <p>einer Präsenz von 24/7 ist abzulehnen. Vorschlag der DKG: Eine Erweiterung der Qualitätsanforderung, dass alternativ ärztlich auch die Bezeichnung „Notfallmedizin“ und pflegerisch auch die Bezeichnung „Anästhesie- und Intensivpflege bzw. -medizin“ anerkannt werden könne, erscheint nicht adäquat. Vorschlag der UPV: Eine Verfügbarkeit des Personals im Sinne einer Festlegung einer festen n=Zahl an Mitarbeitern erscheint nicht ausreichend. Formulierungsvorschlag der DGNI: Satz 1: Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt</p> | <p>ausreichend (siehe Formulierungsvorschlag der DGNI). Einschränkend muss aber auch auf die aktuelle Lücke in der Menge der derzeit in Deutschland ausgebildeten Ärzte mit Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ hingewiesen werden: Die Forderung nach einer Vorhaltung eines Arztes mit Zusatzbezeichnung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ erscheint auch aus den in den tragenden Gründen der DKG dargestellten Argumente als nicht zielführend, da die Anzahl des Kreises der ärztlichen Personen mit entsprechender Zusatzbezeichnung in Deutschland mit n=1379 viel zu gering wäre. Hinzu kommt, dass ein signifikanter Anteil dieser Ärzte zwar die Bezeichnung erworben hat, mittlerweile aber nicht mehr primär in der Notfallversorgung tätig sein dürfte, sondern nach der erfolgreichen Weiterbildung wieder in den ursprünglichen Fachabteilungen arbeitet und damit für die Dienstabdeckung in der Notaufnahme auch nicht zur Verfügung stünde. Infolgedessen scheint eine Verfügbarkeit mittels Rufbereitschaft schon schwierig – eine Forderung nach Präsenzdienst schlichtweg unmöglich und, wie oben beschrieben auch nicht erforderlich. Die Formulierungen der DKG werden der Notfallmedizin nicht gerecht, da die Inhalte des intensivmedizinischen Arbeitens aus pflegerischer Perspektive nicht den Inhalten einer Tätigkeit in einer Notaufnahme entsprechen. Auch die ärztliche</p> | <p>da nicht eindeutig erkennbar ist, inwiefern hier von der 24h/7d Vorgabe abgewichen werden soll. Ebenso Zustimmung, dass der Vorschlag des UPV aus den von der DGNI genannten Gründen nicht zielführend erscheint. Der kritische Hinweis zur Erweiterung der Zusatzqualifikationsniveaus beim Vorschlag der DKG wird geprüft. GKV-SV: Die Begründung der Fachgesellschaft bestätigt die hohe Relevanz einer Verfügbarkeit von Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ für die Sicherstellung einer guten Notfallversorgung in einer ZNA. Der Vorschlag der Fachgesellschaft wird abgelehnt, da aus Gründen der Patientensicherheit in der Notfallversorgung eine</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | <p>und eine verantwortliche Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig und jederzeit (24/7) der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind. Satz 2: Es wird sichergestellt, dass der unter 1 genannte Arzt durch einen Arzt mit Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ unterstützt wird (falls der Arzt unter 1 nicht selbst die Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ besitzt), der im Rahmen eines Bereitschaftsdienstes oder einer</p> | <p>Qualifikation „Notfallmedizin“ erscheint nicht adäquat, da die Weiterbildung zum Notfallmediziner inhaltlich rein auf die Präklinik ausgerichtet ist. Eine Festlegung einer Mindestanzahl an Mitarbeitern mit entsprechender Zusatzqualifikation in der Notaufnahme- wie von der UPV vorgeschlagen- erscheint ebenso nicht zielführend, da dies nichts über ihre zeitliche Verfügbarkeit sagt. Zudem wären in der Praxis auch Modelle denkbar, wo die Notaufnahme in enger Kooperation auf ärztliches Personal mit Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ aus anderen Fachabteilungen zugreifen könnte, die zeitweise die Versorgung von Patienten in der Notaufnahme sicherstellt (passager oder mit einem niedrigen Stellenanteil von <80% in der Notaufnahme). Es gibt keinen Grund zur Annahme, dass in solchen Modellen einer engen Kooperation zwischen Notaufnahme und anderen Fachabteilungen keine hervorragende Patientenversorgung in der Notaufnahme gewährleistet werden könnte. Dies wäre nach der Formulierung der UPV schlichtweg nicht mehr möglich.</p> | <p>persönliche Verfügbarkeit der entsprechend qualifizierten Fachärzte am Patienten entscheidend ist. Der GKV-SV setzt die Anregungen der Fachgesellschaft insofern um, als dass er sowohl Mindestvorgaben für die Anzahl des für die Notfallversorgung in der ZNA vorzuhaltende und zugeordnete Fachpersonal als auch Vorgaben für die Facharztverfügbarkeit im Bedarfsfall in der ZNA fordert sowie Vorgaben für die Qualifikation der ärztlichen Leitung der ZNA und weiterer Fachärzte. Es sei hierzu auch auf die Tragenden Gründen des GKV-SV zu § 9 verwiesen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | Rufbereitschaft verfügbar ist. | | | |
| 37. | DGNI | <p>zu §9 Nummer 3 Vorschlag der GKV-SV / KBV / PatV: Die Formulierung der ärztlichen Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten ist abzulehnen. telemedizinisch/telefonisch erscheint nicht ausreichend. Vorschlag der DGNI: „unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z.B. durch Bereitschaftsdienst oder Rufdienst. Vorschlag der DKG: Die Formulierung der ärztlichen Verfügbarkeit für eine Situationseinschätzung und eine Beratung innerhalb eines Bereitschaftsdienstes oder Rufdienstes oder</p> | <p>Siehe auch Kommentar zu 35 (2) 2. Die Formulierung der Verfügbarkeit eines Arztes innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten hat bereits in der Vergangenheit vielerorts zu arbeitsrechtlichen Problemen geführt. Dahingegen ist der Vorschlag der DKG in Bezug auf eine Verfügbarkeit mittels Bereitschaftsdienst oder Rufdienst zu begrüßen. Dieser Vorschlag deckt die notwendige Realität ab und stellt eine adäquate Patientenversorgung auf hohem Niveau sicher. Die Möglichkeit einer rein telemedizinischen Anbindung scheint für die Fachbereiche Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie (wie hier beschrieben) nicht ausreichend.</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 12. GKV-SV: Die Begründung und der Vorschlag der Fachgesellschaft wird zur Kenntnis genommen. Bzgl. der Facharztverfügbarkeit innerhalb von max. 30 Min. wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 5 Abs. 2 Nr. 2 verwiesen. Der GKV-SV befürwortet die Ablehnung der Möglichkeit einer rein telefonischen oder telemedizinischen Verfügbarkeit von Fachärzten (vgl. DKG-Vorschlag).</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|---|
| 38. | DGAI | Zustimmung zu Vorschlag DKG § 9 Satz 3 mit folgender Änderung: „Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Bereich aus dem Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten unverzüglich für eine Situations-einschätzung und eine Beratung verfügbar, z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch“. | Der Begriff Bereich ist nicht kongruent mit der Bezeichnung der Fachgebiete der geltenden Musterweiterbildungsordnung für Ärzte der Bundesärztekammer. Die Bezeichnung Anästhesie ist ebenfalls nicht korrekt: Anästhesiologie. Ein Bezug zur Fachabteilung ist hier nicht sachgerecht, da hier die Anforderungen an die fachärztlichen Qualifikationen geregelt werden. Zur Problematik der 30-Minuten-Regelung siehe Begründung zu §5 (2) 2. Satz 2. | GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet den DKG-Vorschlag. Siehe zur Facharztverfügbarkeit innerhalb von maximal 30 Minuten auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu den §§ 5 und 9. DKG: Zustimmung. | |
| 39. | DGINA | Die DGINA unterstützt den Vorschlag von GKV-SV, KBV und PatV § 9 Satz 3 , den Wortlaut im Wesentlichen zu belassen: | | GKV-SV: Zustimmung zur Kommentierung der Fachgesellschaft. Der vorgeschlagene Wortlaut wird mit wenigen redaktionellen Anpassungen gefordert. | GKV-SV: Neuer Wortlaut der GKV-SV-Spalte: „Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt der |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|--|--|
| | | „Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Bereich der Fachabteilung Innere Medizin, und Chirurgie und eine Fachärztin oder ein Facharzt im Bereich Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.“ | | DKG: Keine Zustimmung. Die Festlegung der starren 30 Minuten Grenze entbehrt jeglicher Evidenz und ist in vielen Fällen nicht praxisgerecht. Sinnvoller ist hier die unverzügliche Verfügbarkeit, die der entsprechenden individuellen Notfallsituation des Patienten oder der Patientin angemessen sein muss. | Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie und eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.“ |
| 40. | DGP | Wie bereits oben ist auch hier der Empfehlung der DKG zu (§ 9 Satz 3) zu folgen. | | GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet den DKG-Vorschlag. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9. DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme. | |
| 41. | DGIIN | Die DGIIN befürwortet folgende Formulierung für § 9 Satz 3 : „Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein | Chirurgie und Anästhesie sind für Akutoperationen unbedingt in einer Mindestzeit am Patientenbett und im OP vor Ort zu sein, da die definitive Indikationsstellung zur OP bzw. deren Durchführung nicht von dem Fachärztin bzw. der Facharzt mit Zusatzweiterbildung klinische Akut- | GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet in Teilen den DKG-Vorschlag. Siehe hierzu die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9. | GKV-SV: Neuer Wortlaut der GKV-SV-Spalte: „Es ist jeweils eine Fachärztin |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|----------------------------|---|--|---|--|
| | | Facharzt im Bereich der Fachabteilung Chirurgie und eine Fachärztin oder ein Facharzt im Bereich Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar und für die Innere Medizin ist eine Fachärztin bzw. ein Facharzt unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung und auch eine persönliche Patientensichtung verfügbar, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch“ | <p>und Notfallmedizin gestellt werden kann. Es fehlt auch der Zeitpunkt ab wann die geforderten 30 min gelten. Sinnvoll wäre hier 30 min nach Kontaktaufnahme mit dem entsprechenden Arzt und nicht 30 min nach Aufnahme, da sich die Notwendigkeit einer Konsultation auch erst im Verlauf stellen kann. In der Inneren Medizin ist das Zeitfenster hierfür weiter zu sehen, da die Fachärztin bzw. der Facharzt mit Zusatzweiterbildung klinische Akut- und Notfallmedizin für die Bewältigung spezifischer Fragestellungen keine direkte personelle Unterstützung benötigt.</p> <p>Eine Ausnahme stellt die oben beschriebene Versorgungslücke dar, bei Fehlen einer Präsenz eines Facharzt im Haus mit der Fähigkeit für bestimmte Notfallinterventionen, wie zum Beispiel die Sicherung eines Atemweges durch eine Intubation. Hierfür wäre die Notwendigkeit eines in wenigen Minuten verfügbaren Arztes notwendig. 30 min wären hier zu lang.</p> | DKG: Siehe lfd. Nr. 39 | oder ein Facharzt der Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie und eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.“ |
| 42. | DDG DGE DAG | zu § 9 Nummer 3 | <p>Zustimmung zum Vorschlag DKG mit dem Zusatz „aus dem Gebiet“.</p> <p>Der Begriff Bereich ist nicht kongruent mit der Bezeichnung der Fachgebiete der geltenden Musterweiterbildungsordnung für Ärzte der Bundesärztekammer. Die Bezeichnung Anästhesie</p> | DKG: Zustimmung zur Kenntnisnahme zur Änderung „aus dem Gebiet“ statt „im Bereich“ (siehe lfd. Nr. 38). | GKV-SV: Neuer Wortlaut der GKV-SV-Spalte: „Es ist jeweils eine Fachärztin |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|--|--|
| | | | <p>ist ebenfalls nicht korrekt: Anästhesiologie. Ein Bezug zur Fachabteilung ist hier nicht sachgerecht, da hier die Anforderungen an die fachärztlichen Qualifikationen geregelt werden.</p> <p>Zur Problematik der 30-Minuten-Regelung siehe Begründung zu §5 (2) 2. Satz 2.</p> | <p>Zustimmung auch zur 30 Minuten Problematik (siehe lfd. Nr. 19).</p> <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet den DKG-Vorschlag. Bezgl. Der Facharztverfügbarkeit wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 5 Abs. 2 Nr. 2 verwiesen. Der Hinweis der Fachgesellschaft zu einer redaktionellen Anpassung der Bezeichnung Anästhesie wird geprüft.</p> | <p>oder ein Facharzt der Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie und eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.“</p> <p>DKG: Siehe 38</p> |
| 43. | DGINA | <p>Ergänzung zu § 9 Satz 4:</p> <p>„Das unter den Nummern 1 bis 3 genannte Personal nimmt regelmäßig, mindestens 2 mal / Jahr an fachspezifischen</p> | <p>Aus Sicht der DGINA sollte im Sinne der Qualitätsanforderung „regelmäßig“ genauer definiert werden. Die Mindestforderung zur fachspezifischen Fortbildung wäre zweimal jährlich.</p> | <p>GKV-SV: Kommentierung der Fachgesellschaft wird zur Kenntnis genommen. Der Vorschlag enthält Anforderungen, die allerdings nicht prüfbar sind, und deshalb abgelehnt werden.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | Fortbildungen für Notfallmedizin teil.“ | | DKG: Kenntnisnahme. Einer Konkretisierung bedarf es hierzu nicht. | |
| 44. | BÄK | Schon anhand der für die Erstfassung des Beschlusses gewählten Formulierung der Überschrift (Leitung und Stellvertretung) erscheint fraglich, wie daraus eine 24/7 Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit einer für die Leitung erforderlichen Qualifikation abgeleitet werden kann. | Aktuell sind 2.008 Ärztinnen und Ärzte bei den Landesärztekammern mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ registriert, wobei nur 1.787 hauptsächlich stationär tätig sind. Diese Zahlen spiegeln jedoch lediglich die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte wider, nicht jedoch die tatsächlich verfügbare Arbeitszeit, wodurch Rückschlüsse auf Vollzeitäquivalente nicht möglich sind. Da die Möglichkeiten des Erwerbs der Zusatz-Weiterbildung z. B. auch aufgrund der Verteilung der Weiterbildungsbefugten auf die Klinikstandorte begrenzt ist und die Weiterbildungszeit darüber hinaus 24 Monate beträgt, wird die flächendeckende Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten mit dieser Zusatz-Weiterbildung auch in absehbarer Zukunft und insbesondere in ländlichen Regionen problematisch bleiben. Aufgabe des Leitungspersonals in der Basisnotfallversorgung ist, die Behandlung in der ZNA zu koordinieren und so die Versorgung zu optimieren, nicht die Mitversorgung aller Patientinnen und Patienten. Die Bundesärztekammer schließt sich daher den Regelungsvorschlägen der DKG an. Eine Anpassung der Qualifikationsanforderungen von Ärztinnen und Ärzten an die Regelungen im KHVVG ist nicht nur unrealistisch, sondern zum jetzigen Zeitpunkt vollkommen verfrüht. | GKV-SV: Die BÄK befürwortet im Grunde den DKG-Vorschlag. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|---|------------------|
| 45. | DGN+ DSG | zu § 9 | Die fachliche, organisatorische und räumliche Zuordnung eines/r verantwortlichen Arztes/Ärztin mit der ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin und einer zugeordneten und in der Notfallversorgung qualifizierten Pflegekraft ist zwingend. Die Anzahl der zugeordneten Ärzte und Pflegekräfte muss der Inanspruchnahme angemessen sein. | <p>DKG: Zustimmung, auch bzgl. der „angemessenen Anzahl“. Hierfür wird auf den Vorschlag der DKG zu § 9 verwiesen, der dies sachgerecht umsetzt. Der Vorschlag des GKV-SV (24h/7d) setzt die von der DGN und DSG geforderte „Angemessenheit“ nicht um.</p> <p>GKV-SV: Die Begründung der Fachgesellschaft bestätigt die hohe Relevanz einer Regelung zur Zuordnung und Verfügbarkeit von medizinischem Fachpersonal mit entsprechenden Zusatzqualifikationen für die Sicherstellung einer guten Notfallversorgung in einer ZNA. Die Begründung wird zur Kenntnis genommen. Der GKV-SV setzt die Anregungen der Fachgesellschaften insofern um, als dass er sowohl Mindestvorgaben für die Anzahl des für die Notfallversorgung in der ZNA vorzuhaltende und</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--|--------------|--|--|---|------------------|
| | | | | zugeordnete Fachpersonal als auch Vorgaben für die Facharztverfügbarkeit im Bedarfsfall in der ZNA fordert sowie Vorgaben für die Qualifikation der ärztlichen Leitung der ZNA und weiterer Fachärzte. | |
| § 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung | | | | | |
| 46. | DGINA | Vorschlag Ergänzung § 10: „Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung halten eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor, von denen mindestens drei zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet sind. Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation | Die notfallmedizinische Erstversorgung ist komplex. Die Aufnahmebereitschaft und Übernahme auf die Intensivstation sollte nicht ab dem Aufnahmezeitpunkt in der Klinik gemessen werden, sondern nach Abschluss der notfallmedizinischen Erstversorgung. Dies bildet auch die Versorgungsrealität ab. | GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen. Diese Vorgabe wird in den §§ 15 und 20 für die erweiterte und umfassende Notfallversorgung definiert. Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint eine entsprechende Anpassung der Basisnotfallstufe nicht erforderlich. DKG: Keine Zustimmung. Diese Vorgabe wird in § 15 und § 20 für die erweiterte und umfassende Notfallversorgung definiert und erscheint für die Basisstufe, wie auch im Erstbeschluss | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--|----------------------------|--|------------|---|------------------|
| | | innerhalb von 60 Minuten nach notfallmedizinischer Erstversorgung durch die Notaufnahme.“ | | vorgesehen, nicht notwendig. | |
| § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung | | | | | |
| 47. | DGINA | Die DGINA begrüßt die Aussage zur Befundung der Bildgebung, die bisher nicht ausdrücklich genannt wurde (§ 11 Absatz 1 Satz 2). | | GKV-SV: Zustimmung DKG: Zustimmung Kenntnisnahme. | |
| 48. | DGIIN | Die DGIIN befürwortet die Möglichkeit zur teleradiologischen Befundung (§ 11 Absatz 1 Satz 2). | - | GKV-SV: Zustimmung DKG: Zustimmung Kenntnisnahme. | |
| 49. | DGHNO-KHC DGMKG | § 11 Absatz 2 Die Notfallverlegung per Hubschrauber sollte unabhängig von der Tageszeit möglich sein. Manche Landeplätze dürfen offensichtlich nur bei Tageslicht angeflogen werden (Lage, Ausstattung). | | GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen. Der Vorschlag betrifft Regelungen, die nicht Bestandteil der AG-Beratungen zum Änderungsbeschluss waren. DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|---|--------------|--|--|---|------------------|
| 50. | DGN+ DSG | zu § 11 | <p>Zu Absatz 1: Auf Grund der Erfahrungen in der Schlaganfallversorgung hat es sich bewährt, wenn die Kliniken der Basisnotfallversorgung fest vereinbarte Kooperationen zur spezifischen Versorgung zeitkritischer neurologischer Notfälle wie Schlaganfall, Meningitis, Status epilepticus vorhalten. In diesem Zusammenhang sollten die Regelungen des G-BA auch weitere Entwicklungen der Telemedizin, nicht nur in der Radiologie, ermöglichen.</p> <p>Zu Absatz 2: Die Verlegung kritischer Patienten, z.B. mit Großgefäßverschlüssen in ein Thrombektomie-Zentrum, muss auch auf dem Luftweg möglich sein und sollte ebenfalls in fest vereinbarten Kooperationen vorbereitet sein.</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Die telemedizinischen Kooperationen zwecks Versorgung durch nicht ausreichend qualifizierte Krankenhäuser wird im Sinne der Patientensicherheit abgelehnt.</p> <p>Die Option zur Verlegung von kritischen Patientinnen und Patienten ist bereits in den Regelungen enthalten.</p> | |
| § 12 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der Basisnotfallversorgung | | | | | |
| 51. | DGIIN | <p>§ 12 Nummer 2</p> <p>„Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. Alle Mindestens 80% aller Notfallpatientinnen und Notfallpatienten</p> | <p>Eine 100%ige Erfassung aller Notfallpatienten ist ob der Poisson Verteilung des Eintreffens der Notfallpatienten aus mathematischen Überlegungen unter Berücksichtigung des Warteschlangenphänomens nicht mit akzeptablen Personalaufwand möglich. Eine > 80%ige Erfüllungsquote erscheint bei Anstrengung machbar.</p> | <p>GKV-SV: Der Vorschlag wird abgelehnt. Der vorgeschlagene Regelungsinhalt zur Nichteinhaltung von Anforderungen und sich daraus ergeben Konsequenzen ist nicht Bestandteil der Notfallstufen-Regelungen des G-BA, sondern muss in</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|---|-------------------------|--|---|--|------------------|
| | | des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität. “ | | der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 4 SGB V geregelt werden. Der GKV-SV setzt sich für eine Aufnahme der Beratungen ein. DKG: Zustimmung. Aus Sicht der DKG genügt jedoch die entsprechende Umsetzung in der Anlage (Folgen der Nichteinhaltung von Anforderungen). Analog zur DGIIN fordert die DKG hier die 80 % Grenze (§ 4 Abs. 1 Nr. 4) bevor Durchsetzungsmaßnahmen greifen. | |
| § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung | | | | | |
| 52. | DGU, DGOU, DGOOC | Zustimmung zu Vorschlag DKG § 13 Absatz 1 Satz 2 | | GKV-SV: Die Fachgesellschaft kommentiert den DKG-Vorschlag. DKG: Zustimmung. Kenntnisnahme. | |
| 53. | DGAI | Zustimmung zu Vorschlag DKG § 13 Absatz 1 Satz 2 | ...sofern damit intendiert werden soll, dass Krankenhäuser, | GKV-SV: Die Fachgesellschaft kommentiert den DKG-Vorschlag. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|-------------------|--|---|---|------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> die über eine Fachabteilung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ verfügen, nicht zusätzlich über eine Fachabteilung „Chirurgie“ gemäß §8 verfügen müssen und dass Krankenhäuser, die über eine Fachabteilung „Innere und Kardiologie“ oder „Innere Medizin und Gastroenterologie“ verfügen, nicht zusätzlich über eine Fachabteilung „Innere Medizin“ gemäß §8 verfügen müssen. | DKG: Zustimmung, genau dies soll damit zum Ausdruck gebracht werden. | |
| 54. | DDG DGE DAG | zu § 13 Absatz 1 Satz 2 (neu) | <p>Zustimmung zum Vorschlag DKG, sofern damit intendiert werden soll,</p> <ul style="list-style-type: none"> dass Krankenhäuser, die über <u>zwei</u> Fachabteilungen „Innere Medizin“ mit einem Teilgebiet verfügen, nicht zusätzlich über eine allgemeine Fachabteilung „Innere Medizin“ ohne weiteres Teilgebiet der Inneren Medizin gemäß §8 verfügen müssen. s. hierzu aber auch die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) „Die internistische Akut- und Notfallmedizin als Common Link der internistischen Schwerpunktfächer“ vom August 2024 | <p>DKG: Zustimmung, dies sollte zum Ausdruck gebracht werden (siehe auch Tragende Gründe der DKG zu § 13 und lfd. Nr. 53).</p> <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag.</p> | |
| 55. | DDG DGE DAG | zu § 13 Absatz 2 „(2) Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen oder Fachgebiete an: 1. Neurochirurgie, | <p>Schon in der Stufe „Basisnotfallversorgung“ wird die Endokrinologie/Diabetologie- zumindest verfügbar durch Rufdienst - gefordert. Diese Forderung gründet sich auf den Befund, dass ca. 20% der behandelten Patientinnen und Patienten einen Diabetes mellitus haben und</p> | DKG: Kenntnisnahme, in der der Kategorie A werden die für die Notfallversorgung besonders relevanten Fachabteilungen aufgeführt. Eine Aufnahme erscheint | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | <p>2. Orthopädie und Unfallchirurgie, 3. Neurologie, 4. Innere Medizin und Kardiologie, 5. Innere Medizin und Gastroenterologie, 6. Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie oder allgemeine „Innere Medizin“ ohne Teilgebiet mit Zusatzqualifikation Diabetologie 7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe.“</p> | <p>Stoffwechselentgleisungen bzw. Hypoglykämien bei unzureichender oder zu langsamer Erkennung und Behandlung zu Komplikationen, schlechteren Outcomes führen und zu längeren stationären Liegezeiten beitragen.</p> <p>In der Stufe „erweiterte Notfallversorgung“ muss daher die endokrinologische/diabetologische Versorgung durch die Nennung des Fachgebietes in Kategorie A umgesetzt werden. Die entsprechende ärztliche fachliche Qualifikation ist entweder durch die Erlangung des Facharztes „Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie“ oder die Zusatzqualifikation „Diabetologie“, die zusätzlich zur Qualifikation im Fach „Innere Medizin“ erworben werden kann, gegeben.</p> <p>Die Notwendigkeit der endokrinologischen Qualifikation ergibt sich aus der Tatsache, dass zahlreiche unterschiedliche häufige Notfallsituationen eine endokrinologische Ursache haben und daher endokrinologische Expertise schnell in einer Notaufnahme verfügbar sein muss (z.B. verschiedene Formen der Elektrolytentgleisungen, thyreotoxische Krise, Addisonkrise u.a.)</p> | <p>eher in der Kategorie B geeignet und wird in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen.</p> <p>GKV-SV: Der ergänzende Vorschlag der Fachgesellschaft wird abgelehnt, da das Fachgebiet der Diabetologie nicht bundesweit einheitlich geregelt und somit schwer überprüfbar ist.</p> | |
| 56. | DGAI | <p>Ergänzung zu §13 Absatz 2: „Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen bzw. Fachgebiete an: 1. Neurochirurgie,</p> | <p>Schon in der Stufe „Basisnotfallversorgung“ wird die Anästhesie - zumindest verfügbar durch Rufdienst - gefordert. In der Stufe „erweiterte Notfallversorgung“ muss daher die anästhesiologische Versorgung durch die Nennung des Fachgebietes in Kategorie A umgesetzt werden. Da die spezielle operative Versorgung durch</p> | <p>GKV-SV: Der Vorschlag wird abgelehnt, da die Anästhesiologie keinen eigenen Fachabteilungsschlüssel gem. der Vereinbarung nach § 301 SGB V hat und die</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | 2. Orthopädie und Unfallchirurgie, 3. Neurologie, 4. Innere Medizin und Kardiologie, 5. Innere Medizin und Gastroenterologie, 6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 7. Anästhesiologie.“ | entsprechende Nennung der Fachabteilungen (Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie) umgesetzt ist, sollte dies analog für die anästhesiologische Versorgung umgesetzt werden. | Vorhaltung dieses Fachgebiets daher nicht prüfbar ist. DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen. | |
| 57. | DGINA | Ergänzung zu § 13 Absatz 3: „(3) Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an: 1. Innere Medizin und Pneumologie, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. Kinderkardiologie, , 4. Neonatologie 5. Kinderchirurgie, 6. Gefäßchirurgie, 7. Thoraxchirurgie, | Die DGINA stimmt einer Gleichsetzung von unterschiedlichen chirurgischen Fachdisziplinen wie von der DKG vorgeschlagen nicht zu. Verletzungsbedingte, lebensbedrohliche Blutungen betreffen zumeist die inneren Organe und großen Gefäße, die der operativen Blutstillung durch Viszeralchirurgie bedürfen. Eine unfallchirurgische Versorgung ist meist zeitverzögert möglich. Demgegenüber erfordert die internistische Weiterbildung stets einen allgemeininternistischen Teil, der es erlaubt bei Vorhandensein einer fachinternistischen Abteilung auch die allgemeininternistischen Erfordernisse abzubilden. Die DGINA schlägt vor, dass in der Kategorie B als weitere Fachabteilung die Geriatrie mit aufgenommen wird. Auf diese Weise wird der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Wichtigkeit der Geriatrie für die Notfallversorgung Rechnung getragen. | GKV-SV: Der ergänzende Vorschlag der Fachgesellschaft wird abgelehnt, da die Fachabteilung Geriatrie teilweise nicht ausgewiesen ist und sich daher Definition- und Abgrenzungsprobleme ergeben. Der Kommentierung der Fachgesellschaft zum DKG-Vorschlag zu § 13 Abs. 1 wird zugestimmt. DKG: Zustimmung, wobei das „und“, wie auch in der bisherigen Regelung, durch ein „Komma“ zu ersetzen ist. Der Vorschlag wird in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | 8. Urologie, 9. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, 10. Augenheilkunde, 11. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie , 12. Innere Medizin und Hämatologie Onkologie und 13. Geriatrie.“ | | | |
| 58. | DPRÄC | zu § 13 Absatz 3 Ergänzung der Kategorie B um die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie | Die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie sollte hier zur Auswahl stehen. Sie ermöglicht die Versorgung von Verbrennungen, handchirurgischen Notfällen bis hin zur mikrochirurgischen Replantation (SAV Verfahren). Mikrochirurgische Verfahren zur großflächigen Defektdeckung und motorischen Ersatzoperationen erhalten die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe und sollten im besten Fall bereits bei der Akutbehandlung zur Abwägung der weiteren Behandlungsschritte verfügbar sein. | DKG: Zustimmung. Vorschlag wird in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen. Diese Vorgabe wird in den §§ 15 und 20 für die erweiterte und umfassende Notfallversorgung definiert. Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint eine entsprechende Anpassung der Basisnotfallstufe nicht erforderlich. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|---|--------------|--------------------------------|--|---|------------------|
| 59. | DGP | zu § 13 Absätze 2 und 3 | <p>Die Einordnung der Fachabteilung Innere Medizin und Pneumologie zu Kategorie B ist aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin in die Kategorie A zu verlagern. Die Einordnung in die Kategorie B entspricht weder der allgemeinen Prävalenz pneumologischer Krankheitsbilder noch ihrem Anteil in der Notfall- und Akutversorgung. Ein Großteil der internistischen Notfallsituationen sind dem Bereich Pneumologie zuzuordnen, insbesondere die akute Pneumonie, akute Exazerbationen von COPD und Asthma mit akuter respiratorischer hypoxische und hyperkapnische Insuffizienz, akute Lungenembolien, oder Pneumothoraces. Studien haben gezeigt, dass die Präsenz einer pneumologischen Kompetenz in einem Krankenhaus die Mortalität gerade bei akuter COPD-Exacerbation signifikant senkt.</p> | <p>GKV-SV: Der Vorschlag der Fachgesellschaft wird abgelehnt. Die Pneumologie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin. Die von der Fachgesellschaft genannten Erkrankung treten selten isoliert auf, sondern meist i.V.m. Erkrankungen des Herzkreislaufsystems. Insofern erscheint eine Vorrangigkeit der Pneumologie hier nicht erforderlich.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Durch die Zuordnung der Fachabteilungen in die Kategorie A oder B wird keine Höher- bzw. Nachrangigkeit generiert. Eine Verschiebung erscheint vor diesem Hintergrund nicht notwendig</p> | |
| <p>§ 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung</p> | | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--|--|--|---|------------------|
| 60. | DGK unterstützt durch die DGIM | Ablehnung Vorschlag UPV / GKV-SV zu § 14 Satz 2 | <p>Vorschlag der GKV-SV/UPV: „Ergänzend hierzu muss sichergestellt sein, dass jederzeit (24/7) eine Ärztin oder ein Arzt mit der Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der Notaufnahme verfügbar ist.“</p> <p>Die Forderung nach einer 24/7-Präsenz eines Facharztes mit der Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ ist abzulehnen. Sie geht noch über das hinaus, was aktuell für die komplexe Intensivpauschale gefordert wird. In der Praxis würde dies einen oberärztlichen Schicht- oder Bereitschaftsdienst bedeuten. Da die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ noch nicht lange existiert, sind aktuell für die Notaufnahmen in Deutschland noch gar nicht genügend entsprechend qualifizierte Ärzte verfügbar. Zudem ist ein solches Dienstmodell für Oberärzte und v.a. Oberärztinnen extrem unattraktiv, da extrem Familien-feindlich. Daher muss in Zeiten des sich verstärkenden Ärztemangels und der zunehmenden Feminisierung der Medizin davon ausgegangen werden, dass selbst Maximalversorger Probleme bekommen werden, solche Stellen überhaupt zu besetzen. Erst recht ist ein solches Dienstmodell langfristig unattraktiv, so dass eine hohe Personalfluktuatation entstehen wird, z.B. durch Abwanderung in den niedergelassenen Bereich. Dadurch ist eher eine Verschlechterung der ärztlichen Versorgungssituation in den</p> | <p>GKV-SV: Die Kommentierung der Fachgesellschaft wird zur Kenntnis genommen. Der GKV-SV setzt sich für eine Mindestanzahl von fünf Fachärztinnen und Fachärzten als der Notfallversorgung zugeordnetes Fachpersonal ein, für eine Mindestanzahl von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung sowie für die Sicherstellung einer 24/7-Verfügbarkeit von mind. Facharzt im Bedarfsfall in der ZNA. Hierzu sei auch auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9 verwiesen.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | | <p>Zentralen Notaufnahmen zu befürchten, also das Gegenteil von dem, was beabsichtigt ist.</p> <p>Dies gilt analog auch für die unter § 19 als Vorschlag von UPV / GKV-SV aufgeführten Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung.</p> <p>In der Konsequenz würde die Beibehaltung dieser medizinisch weder unmittelbar notwendigen noch epidemiologisch belegten Personalforderung zu einer massiven Verschlechterung der Notfallversorgung führen. Häuser, die entsprechende Spezialisten nicht in ausreichender Zahl vorhalten können, würden u.U. an der Notfallversorgung nicht teilnehmen. Die o.a. Unattraktivität des Erwerbs der Spezialisierung würde noch dazu zunehmend weniger qualifiziertes Personal bedeuten – was letztlich in einer zusätzlichen Verringerung des Notfallangebots mündet</p> | | |
| 61. | DGNI | <p>zu § 14</p> <p>UPV / GKV-SV: Die Forderung nach einer jederzeitigen Verfügbarkeit (24/7) einer Ärztin oder eines Arztes mit der Zusatzqualifikation „klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der</p> | <p>Es erschließt sich nicht, dass ein Arzt mit Zusatzbezeichnung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ jederzeit (24/7) in der Notaufnahme verfügbar sein muss. Ähnlich wie in sämtlichen anderen Fächern der Notfallversorgung (Stroke Unit, Neurochirurgie, Intensivmedizin, Kardiologie, Gynäkologie, etc.) versteht es sich von selbst, dass die Verfügbarkeit zeitnah gewährleistet sein muss. Eine ständige Verfügbarkeit müsste im Sinne eines Volldienstes oder eines Bereitschaftsdienstes ausgelegt werden (siehe auch tragende Gründe des GKV-SV zu §9), das erscheint</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, entsprechend sieht der Vorschlag der DKG diese Vorgabe auch nicht vor. Die Ausführung der DGNI zu einer „perspektivisch machbar und sinnvollen Vorhaltung im Rahmen einer Rufbereitschaft“ spricht für eine adäquate Verlängerung der bestehenden</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|---|------------------|
| | | Notaufnahme ist abzulehnen. | jedoch nicht erforderlich. Davon abgesehen wäre eine solche Verfügbarkeit in der Realität schlichtweg nicht umsetzbar (siehe Ausführungen zu §9). Zuletzt erschließt sich kein Grund, warum dies gerade in Kliniken der erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung, nicht aber in Kliniken der Basisnotfallversorgung gelten soll – denn gerade in größeren Kliniken ist auch die nächtliche Expertise (allein durch die Vielzahl der verschiedenen ständig verfügbaren Fachabteilungen) und im Bedarfsfall verfügbaren Dienstärzte viel größer und stellt eine Versorgung auf hohem Niveau sicher, während es in der Basisversorgung diesbezüglich Probleme gibt. Eine Vorhaltung eines Arztes mit Zusatzweiterbildung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der Rufbereitschaft scheint perspektivisch machbar und sinnvoll. | <p>Übergangsregelung, wie von der DKG vorgeschlagen.</p> <p>GKV-SV: Die Kommentierung und Begründung der Fachgesellschaft wird zur Kenntnis genommen, inhaltlich werden die Forderungen abgelehnt. Der GKV-SV setzt sich für eine Mindestanzahl von fünf Fachärztinnen und Fachärzten als der Notfallversorgung zugeordnetes Fachpersonal ein, für eine Mindestanzahl von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung sowie für die Sicherstellung einer 24/7-Verfügbarkeit von mind. Facharzt im Bedarfsfall in der ZNA. Die Kommentierung baut auf der Kommentierung der Fachgesellschaft zu § 9 auf. Hierzu sei auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9 verwiesen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|------------------------|---|------------|--|------------------|
| 62. | DGU, DGOU, DGOOC | <p>zu § 14: Ergänzend hierzu muss sichergestellt sein, dass für organisatorische Aufgaben eine Ärztin oder ein Arzt mit der Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ oder „Notfallmedizin“ in der Notaufnahme benannt ist.</p> <p>Der einzelne Behandlungsfall bleibt in der Verantwortung der zuständigen Fachabteilung.</p> | | <p>GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen; Die Kommentierung baut auf der Kommentierung zu § 9 auf. Hierzu sei auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9 verwiesen. Der GKV-SV setzt sich für eine Mindestanzahl von fünf Fachärztinnen und Fachärzten als der Notfallversorgung zugeordnetes Fachpersonal ein, für eine Mindestanzahl von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung sowie für die Sicherstellung einer 24/7-Verfügbarkeit von mind. Facharzt im Bedarfsfall in der ZNA.</p> <p>DKG: Diese Formulierung erscheint zumindest zielführender als der Regelungsvorschlag UPV / GKV-SV. Aus Sicht der DKG ist er jedoch entbehrlich, da dies bereits in § 9 abgedeckt ist und diese Vorgaben gem. § 14 Satz 1 hier ebenso gelten.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| 63. | DGINA | <p>zu § 14: Unabhängig von Patientenaufkommen: Ergänzend zu den unter § 9 genannten Anforderungen besteht eine Anwesenheit von Ärzten des Stammpersonals mit der ZWB oder in Weiterbildung befindlich von 8:00-22:00 Uhr, von 22:00 - 08:00 Uhr Rufdienst. Abhängig vom Patientenaufkommen: Fachärzte 1 VK/4000 Patientenkontakte/Jahr (unter Anrechnung des Anwesenheitsdienstes) Assistenzärzte 1 VK/1500 Patientenkontakte/Jahr</p> | <p>Kommentar/ Begründung siehe Abschnitt III (Basisnotfallversorger), §9, Satz 2</p> <p>Mit diesen Anforderungen wird dem höheren Patientenaufkommen in der erweiterten Notfallversorgung Rechnung getragen.</p> | <p>GKV-SV: Der Vorschlag der Fachgesellschaft bestätigt die hohe Relevanz der Verfügbarkeit von Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der ZNA. Der GKV-SV setzt sich für eine Mindestanzahl von fünf Fachärztinnen und Fachärzten als der Notfallversorgung zugeordnetes Fachpersonal ein, für eine Mindestanzahl von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung sowie für die Sicherstellung einer 24/7-Verfügbarkeit von mind. Facharzt im Bedarfsfall in der ZNA. Patientenvolumengebundene Personalvorgaben sind perspektivisch überlegenswert, aber derzeit aufgrund fehlender Daten noch nicht umsetzbar.</p> <p>DKG: siehe lfd. Nr. 31</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| 64. | DGIIN | <p>Zu § 14: Die DGIIN befürwortet ein Belassen der bisherigen Formulierung.</p> | <p>Die 24/7 Verfügbarkeit von Ärztin oder ein Arzt mit der Zusatzqualifikation „Klinische Akut und Notfallmedizin“ im Haus ist auch für große Zentren derzeit nicht umzusetzen. Eine qualitativ gleichwertige und inhaltlich umzusetzende Lösung ist oben bei §9 beschrieben</p> <p>Hinsichtlich der Anwesenheit von Fachärzten in der Notaufnahme rund um die Uhr sieht die DGIIN eine Präsenz von Ärzten mit der Zusatz Weiterbildung klinische Akut- und Notfallmedizin als Optimum an. Dieses ist jedoch wegen der unzureichenden Verfügbarkeit solcher Personen derzeit noch nicht flächendeckend umzusetzen. Als geeignete Alternative sieht die DGIIN ohne wesentliche Qualitätsreduktion eine Anwesenheit von Ärzten in Weiterbildung zur Zusatzweiterbildung klinische akut und Notfallmedizin in einer gewissen Übergangszeit an.</p> <p>Für die erweiterte Notfallversorgung befürwortet die DGIIN folgendes Minimal Modell auf Arbeitsebene:</p> <p>Für die erweiterte Notfallversorgung aus Sicht der DGIIN eine 16-stündige Präsenz pro Tag inklusive Wochenende mit anschließender Rufbereitschaft machbar.</p> <p>Andererseits sollte mit Zunahme der Anzahl an Notfallpatienten auch ein Krankenhaus mit erweiterter Notfallversorgung eine kontinuierliche Präsenz von Fachärzten mit oder in einer Zusatzweiterbildung zur Klinischen Akut- und Notfallmedizin leisten können. Nach unseren</p> | <p>GKV-SV: Die Kommentierung der Fachgesellschaft wird abgelehnt. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9.</p> <p>Die Begründung der Fachgesellschaft bestätigt in Teilen die hohe Relevanz der Verfügbarkeit von Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ sowie von Pflegekräften mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ in der ZNA. Der GKV-SV setzt sich für eine Mindestanzahl von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung ein. Patientenvolumengebunden e Personalvorgaben sind perspektivisch überlegenswert, aber derzeit aufgrund fehlender Daten noch nicht umsetzbar.</p> <p>DKG: Zustimmung bzgl. des Belas-sens der bisherigen Formulierung (Verweis lfd. Nr. 31). Der Hinweis, dass als</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|------------------|
| | | | <p>Berechnungen wäre dies ab 25.000 Notfallpatienten/Jahr der Fall.</p> <p>Es besteht bei fehlender durchgehender Präsenz eines Facharztes in der Notaufnahme eine, Versorgungslücke, bei Fehlen einer Präsenz eines Facharzt im Haus mit der Fähigkeit für bestimmte Notfallinterventionen, wie zum Beispiel die Sicherung eines Atemweges durch eine Intubation. Hierfür wäre die Notwendigkeit eines in wenigen Minuten verfügbaren Arztes notwendig. 30 min wären hier zu lang.</p> <p>Ab dem 31.12.2026 muss eine Pflegekraft mit der Weiterbildung Notfallpflege (DKG oder landesrechtlich) 24/7 in der Notaufnahme verfügbar sein. In Ausnahmefällen (<20% der Schichten), kann dies durch einen Rufdienst abgedeckt werden.</p> <p>Aufgrund der Unplanbarkeit von Notfällen mit verschiedener Behandlungskomplexität ist die kontinuierliche Anwesenheit einer weitergebildeten Pflegekraft dringend erforderlich.</p> | geeignete Alternative ohne wesentliche Qualitätsreduktion zumindest eine Anwesenheit von Ärzten in Weiterbildung zur Zusatzweiterbildung klinische akut und Notfallmedizin in einer gewissen Übergangszeit anerkannt werden sollte, ist zielführend. | |
| 65. | DGAI | Zustimmung zu Vorschlag UPV / GKVSU zu §14 Satz 2 neu | Zustimmung zum Vorschlag UPV/GKV-SV, vorbehaltlich einer Fortführung einer Übergangsregelung gemäß §30 von mindestens 5 Jahren, um die Möglichkeit zu eröffnen, die entsprechenden Kolleginnen und Kollegen in der Zusatz-Weiterbildung auszubilden. Ab der Stufe „erweiterte Notfallversorgung“ sollte - nach der | GKV-SV: Der Kommentierung der Fachgesellschaft wird zugestimmt mit Ausnahme der Forderung einer erneuten mehrjährigen Übergangsregelung. Siehe hierzu auch die Tragenden | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|--|------------------|
| | | | <p>Übergangsfrist - die Notaufnahme mit Fachärztinnen bzw. -ärzten mit der entsprechenden Zusatzweiterbildung besetzt sein.</p> | <p>Gründe des GKV-SV zu den §§ 9 und 30. Der GKV-SV setzt sich für eine Mindestanzahl von fünf Fachärztinnen und Fachärzten als der Notfallversorgung zugeordnetes Fachpersonal ein, für eine Mindestanzahl von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung sowie für die Sicherstellung einer 24/7-Verfügbarkeit von mind. Facharzt im Bedarfsfall in der ZNA.</p> <p>DKG: Keine Zustimmung. Wenngleich die Forderung einer Übergangsregelung von weiteren fünf zusätzlichen Jahren als unterste Grenze noch vertretbar erscheinen mag, ist eine 24/7 Vorhaltung dieses speziell qualifizierten Personals auch für die erweiterte und umfassende Notfallstufe aus medizinischen nicht nachvollziehbar.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|---|-------------------|---|---|--|-------------------------|
| 66. | BÄK | Die Bundesärztekammer stimmt dem Vorschlag des UPV zu. | | GKV-SV: Der Kommentierung der BÄK wird zur Kenntnis genommen. DKG: siehe lfd. Nr. 65 | |
| § 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung | | | | | |
| 67. | DGAI | Vorschlag Änderung §15 Satz 2 „Es besteht eine schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme. “ | Eine Zeitvorgabe für die Aufnahmebereitschaft ist weder evident noch operationalisiert durch Medizinische Dienste prüfbar. Das Vorhandensein einer Intensivstation impliziert stets eine schnellstmögliche und unverzügliche Aufnahmebereitschaft. Die 60-Minuten-Regel wird wie die o. g. 30-Minuten-Regel Anlass für Rechtstreitigkeiten und Auslegungsinterpretationen bieten, da die Regel nicht ex-ante prüfbar ist. | GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen. Der Vorschlag wird abgelehnt. Der GKV-SV setzt für eine Anpassung der Regelungen ein, nach der die Frist von max. 60 Minuten mit der Anfrage durch die ZNA beginnt. DKG: Zustimmung. Muss im weiteren Beratungsprozess beachtet werden. | |
| 68. | DDG DGE DAG | zu § 15 Satz 2 Es besteht eine schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation | Eine Zeitvorgabe für die Aufnahmebereitschaft ist weder evident noch operationalisiert durch Medizinische Dienste prüfbar. Das Vorhandensein einer Intensivstation impliziert stets eine schnellstmögliche und unverzügliche Aufnahmebereitschaft. Die 60-Minuten-Regel wird wie die o.g. 30-Minuten-Regel Anlass für Rechtstreitigkeiten und Auslegungsinterpretationen bieten, da die Regel nicht ex-ante prüfbar ist. | DKG: Zustimmung, siehe lfd. Nr. 67. GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen. Der Vorschlag wird abgelehnt. Der GKV-SV setzt für eine Anpassung der Regelungen ein, nach der die Frist von max. 60 Minuten | DKG: siehe lfd. Nr. 67. |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|---|--------------|--------------------------------|--|---|------------------|
| | | | | mit der Anfrage durch die ZNA beginnt. | |
| § 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung | | | | | |
| 69. | DGP | Zu § 16 Absatz 1 | Potentieller Widerspruch zu § 13: Die hier aufgeführten Anforderungen werden durch die in § 13 geforderten Fachabteilungen unter Umständen nicht abgedeckt. Wenn die Klinik beispielsweise aus Kategorie A über Abteilungen der Neurochirurgie, Neurologie, Frauenheilkunde und Orthopädie verfügt, besteht keine „kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention“ oder „kontinuierliche Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention“. | GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen. Das jeweilige Krankenhaus hat sicherzustellen, dass eine Fachärztin/Facharzt einer der Fachabteilungen aus Kategorie A vertreten ist, die diese Anforderungen erfüllt. DKG: Aus Sicht der DKG ist hier kein Widerspruch zu erkennen. Die Anforderungen an die Basisnotfallstufe müssen gem. § 13 Abs. 1 immer auch erfüllt sein, dort ist die Innere Medizin gefordert (§ 8). Die „kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention“ oder „kontinuierliche Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention“ ist damit gewährleistet. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--|--------------|---|---|--|------------------|
| 70. | DGN+ DSG | Zu § 16 Absatz 1 Nummer 4 , entsprechend § 18 | <p>Es muss sichergestellt sein, dass die Voraussetzungen für die adäquate Versorgung von Schlaganfallpatienten und anderen zeitkritischen neurologischen Notfällen in der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgungsstufe auch dann sichergestellt sind, wenn die Klinik die Fachabteilungen Neurologie und Neurochirurgie aus der Kategorie A nicht vorhält. Ist dies nicht der Fall, sollten auch hier feste Kooperationen, ggf. unterstützt durch Telemedizin, bzw. die Einbindung in regionale Versorgungsnetzwerke gefordert werden.</p> <p>Krankenhäuser der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung sollten die 24/7 Verfügbarkeit eines verantwortlichen Arztes, bzw. einer Ärztin und einer in der Notfallversorgung qualifizierten Pflegekraft sicherstellen.</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Die Vorgabe des § 16 Abs. 1 Nr. 4 ist bindend für die erweiterte und umfassende Notfallversorgung, ohne Bezug zu § 13 und § 18.</p> <p>GKV-SV: Die Begründung wird zu Kenntnis genommen. Eine Kooperation zur Versorgung neurologischer Notfälle wird jedoch aus Gründen der Patientensicherheit abgelehnt. Entsprechende Patientinnen bzw. Patienten sind von einem Krankenhaus zu versorgen, welches die erforderliche Fachabteilung vorhält.</p> | |
| § 17 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung | | | | | |
| 71. | DGINA | <p>Änderungsvorschlag zu § 17</p> <p>„Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen zusätzlich zu den Vorgaben nach §</p> | <p>Die Beobachtungsstation muss organisatorisch und räumlich der Zentralen Notaufnahme angeschlossen sein.</p> <p>Eine Beobachtungsstation hat das Ziel die Prozesse innerhalb der Notaufnahme und im Krankenhaus abzustimmen. Nur die Notaufnahme hat den organisatorischen Überblick über die Auslastung der Notaufnahme, Belegungsstatus und die Disposition von Patientinnen und Patienten.</p> | <p>GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Der Vorschlag zur Beibehaltung der Anforderung einer räumlichen Anbindung der Beobachtungsstation an die ZNA wird abgelehnt. Die</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| | | <p>12 folgende strukturelle und prozedurale Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen:</p> <p>Die zentrale Notaufnahme hat eine organisatorisch und räumlich der Notaufnahme angeschlossene Beobachtungsstation von mindestens 6 Betten; dort sollen Notfallpatientinnen und Notfallpatienten aufgenommen werden, die in der Regel unter 24 Stunden verbleiben, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist.</p> <p>Für die Beobachtungsstation ist eine personelle ärztliche Besetzung</p> | <p>Das Patientengut der Beobachtungsstation bedarf oftmals eines erhöhten Überwachungsbedarfs, sowie einem Monitoring auf IMC-Niveau.</p> <p>Dies bedingt einen entsprechenden ärztlichen und pflegerischen Personalbedarf, der sich am IMC Standard orientieren muss.</p> | <p>Forderung einer explizit räumlichen angeschlossenen Beobachtungsstation hatte bei den MD-Prüfungen zu Schwierigkeiten geführt. Hierzu sei auch auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 17 verwiesen. Der GKV-SV setzt sich für die Streichung der Wörter „der Notaufnahme“ ein, da sich der organisatorische Anschluss der Beobachtungsstation an die ZNA bereits aus dem Regelungstext ergibt.</p> <p>Der Vorschlag zu pflegerischen Personalvorgaben für die Beobachtungsstation wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>DKG: Keine Zustimmung. Eine Räumliche Nähe wird zwar in Neubauten richtigerweise forciert ist aber nicht zwingend erforderlich und auch baulich nachträglich nicht immer umsetzbar. Zusätzliche</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|---|-------------------------|---|--|---|------------------|
| | | von 0,25 VK Assistenzärzte / Bettplatz vorzuhalten. Das ärztliche Personal ist zusätzlich zu dem unter § 9 und § 14 beschriebenen Personalvorgaben vorzuhalten. Die pflegerische Besetzung sollte einen Schlüssel von 1 VK Pflege / 4 Patienten betragen. | | Personalvorgaben für die Beobachtungsstation sind weder erforderlich noch vom gesetzlichen Regelungsauftrag gedeckt. | |
| § 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung | | | | | |
| 72. | DGU, DGOU, DGOOC | Zustimmung zu Vorschlag DKG zu § 18 Absatz 1 Satz 2 neu | | GKV-SV: Die Fachgesellschaft kommentiert den DKG-Vorschlag. DKG: Zustimmung Kenntnisnahme | |
| 73. | DGAI | Zustimmung zu Vorschlag DKG zu § 18 Absatz 1 Satz 2 neu | Zustimmung zum Vorschlag DKG, sofern damit intendiert werden soll, dass Krankenhäuser, <ul style="list-style-type: none"> • die über eine Fachabteilung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ verfügen, nicht zusätzlich über eine Fachabteilung „Chirurgie“ gemäß §8 verfügen müssen • und dass Krankenhäuser, die über eine Fachabteilung „Innere und Kardiologie“ oder | GKV-SV: Die Fachgesellschaft kommentiert den DKG-Vorschlag. DKG: Zustimmung Kenntnisnahme, genau dies soll damit zum Ausdruck gebracht werden. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|-------------------|--|--|--|------------------|
| | | | „Innere Medizin und Gastroenterologie“ verfügen, nicht zusätzlich über eine Fachabteilung „Innere Medizin“ gemäß §8 verfügen müssen. | | |
| 74. | DDG DGE DAG | zu §18 Abs. 1 Satz 2 neu | Analog wie bei § 13 Abs. 1 Satz 2 neu Zustimmung zum Vorschlag DKG, sofern damit intendiert werden soll, dass Krankenhäuser, die über zwei Fachabteilungen „Innere Medizin“ mit einem Teilgebiet verfügen, nicht zusätzlich über eine allgemeine Fachabteilung „Innere Medizin“ ohne weiteres Teilgebiet der Inneren Medizin gemäß §8 verfügen müssen | DKG: Zustimmung, genau dies soll zum Ausdruck gebracht werden. Siehe lfd. Nr. 54 GKV-SV: Die Fachgesellschaft kommentiert den DKG-Vorschlag. | |
| 75. | DDG DGE DAG | zu § 18 Absatz 2 „(2) Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen oder Fachgebiete an: 1. Neurochirurgie, 2. Orthopädie und Unfallchirurgie, 3. Neurologie, 4. Innere Medizin und Kardiologie, 5. Innere Medizin und Gastroenterologie, 6. Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie oder allgemeine „Innere | Siehe Begründung zu §13 Abs. 2, die dort angeführten Aspekte gelten selbstverständlich auch und gerade für die Stufe „umfassende Notfallversorgung“. | DKG: Kenntnisnahme. Siehe lfd. Nr. 55. GKV-SV: Der ergänzende Vorschlag der Fachgesellschaft wird abgelehnt, da das Fachgebiet der Diabetologie nicht bundesweit einheitlich geregelt und somit schwer überprüfbar ist. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | Medizin“ ohne Teilgebiet mit Zusatzqualifikation Diabetologie 7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe.“ | | | |
| 76. | DGAI | Änderungsvorschlag zu §18 Absatz 2 : „Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen bzw. Fachgebiete an: 1. Neurochirurgie, 2. Orthopädie und Unfallchirurgie, 3. Neurologie, 4. Innere Medizin und Kardiologie, 5. Innere Medizin und Gastroenterologie, 6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 7. Anästhesiologie.“ | Siehe Begründung zu §13 Abs. 2, die dort angeführten Aspekte gelten selbstverständlich auch und gerade für die Stufe „umfassende Notfallversorgung“. | GKV-SV: Der Vorschlag wird abgelehnt, da die Anästhesiologie keinen eigenen Fachabteilungsschlüssel gem. der Vereinbarung nach § 301 SGB V hat und die Vorhaltung dieses Fachgebiets daher nicht prüfbar ist. DKG: Kenntnisnahme. | |
| 77. | DGINA | Änderungsvorschlag zu §18 Absatz 3 : „(3) Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an: | Die DGINA schlägt vor, dass in der Kategorie B als weitere Fachabteilung die Geriatrie mit aufgenommen wird. Auf diese Weise wird der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Wichtigkeit der Geriatrie für die Notfallversorgung Rechnung getragen. | GKV-SV: Der ergänzende Vorschlag der Fachgesellschaft wird abgelehnt, da die Fachabteilung Geriatrie teilweise nicht ausgewiesen ist und sich daher Definition- | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|--|------------------|
| | | 1. Innere Medizin und Pneumologie, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. Kinderkardiologie , 4. Neonatologie 5. Kinderchirurgie, 6. Gefäßchirurgie, 7. Thoraxchirurgie, 8. Urologie, 9. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, 10. Augenheilkunde, 11. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie , 12. Innere Medizin und Hämatologie Onkologie und 13. Geriatrie.“ | | und Abgrenzungsprobleme ergeben. DKG: Siehe lfd. Nr. 57 | |
| 78. | DGP | § 18 Absätze 2 und 3 Hier gilt aus Sicht der DGP gleiches wie zu § 13. | | GKV-SV: Der Vorschlag der Fachgesellschaft wird abgelehnt. Die Pneumologie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin. Die von der | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--|-------------------------|---|------------|---|------------------|
| | | | | <p>Fachgesellschaft genannten Erkrankung treten selten isoliert auf, sondern meist i.V.m. Erkrankungen des Herzkreislaufsystems. Insofern erscheint eine Vorrangigkeit der Pneumologie hier nicht erforderlich (s. Auswertung zu § 13).</p> <p>DKG: siehe lfd. Nr. 59</p> | |
| § 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung | | | | | |
| 79. | DGU, DGOU, DGOOC | <p>Zu § 19: Ergänzend hierzu muss sichergestellt sein, dass für organisatorische Aufgaben eine Ärztin oder ein Arzt mit der Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ oder „Notfallmedizin“ in der Notaufnahme benannt ist. Der einzelne Behandlungsfall bleibt in der Verantwortung</p> | | <p>GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen; Die Kommentierung baut auf der Kommentierung zu § 9 auf. Hierzu sei auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9 verwiesen. Der GKV-SV setzt sich für eine Mindestanzahl von fünf Fachärztinnen und Fachärzten als der Notfallversorgung zugeordnetes Fachpersonal ein, für eine Mindestanzahl von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung sowie für die Sicherstellung einer</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | der zuständigen Fachabteilung. | | <p>24/7-Verfügbarkeit von mind. Facharzt im Bedarfsfall in der ZNA. Perspektivisch, d.h. spätestens ab 2028, sollten das jederzeit verfügbare Fachpersonal in der ZNA über die Zusatzweiterbildung verfügen oder sich mindestens in Weiterbildung zu dieser befinden.</p> <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 62</p> | |
| 80. | DGINA | <p>Zu § 19:</p> <p>Unabhängig von Patientenaufkommen: Ergänzend zu den unter § 9 und § 14 genannten Anforderungen besteht eine Anwesenheit von Ärzten des Stammpersonals mit der ZWB oder in Weiterbildung befindlich von 8:00-22:00 Uhr, von 22:00 -</p> | <p>Kommentar/ Begründung siehe Abschnitt III (Basisnotfallversorger), §9, Satz 2 Mit diesen Anforderungen wird dem höheren Patientenaufkommen in der umfassenden Notfallversorgung Rechnung getragen.</p> | <p>GKV-SV: Der Kommentierung der Fachgesellschaft wird grds. zugestimmt. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu den §§ 9 und 30. Der GKV-SV setzt sich für eine Mindestanzahl von fünf Fachärztinnen und Fachärzten als der Notfallversorgung zugeordnetes Fachpersonal ein, für eine Mindestanzahl von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung sowie für die Sicherstellung einer 24/7-Verfügbarkeit von mind. Facharzt im Bedarfsfall</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | 08:00 Uhr Bereitschaftsdienst. Abhängig vom Patientenaufkommen: Fachärzte 1 VK/4000 Patientenkontakte/Ja hr (unter Anrechnung des Anwesenheitsdienstes) Assistenzärzte 1 VK/1500 Patientenkontakte/ Jahr | | in der ZNA. Perspektivisch, d.h. spätestens ab 2028, sollten das jederzeit verfügbare Fachpersonal in der ZNA über die Zusatzweiterbildung verfügen oder sich mindestens in Weiterbildung zu dieser befinden. Patientenvolumengebunden e Personalvorgaben sind perspektivisch überlegenswert, aber derzeit aufgrund fehlender Daten noch nicht umsetzbar. DKG: siehe lfd. Nr. 31 | |
| 81. | DGIIN | § 19 die DGIIN befürwortet ein Belassen der bisherigen Formulierung | Siehe § 9+14 Hinsichtlich der Anwesenheit von Fachärzten in der Notaufnahme rund um die Uhr sieht die DGIIN eine Präsenz von Ärzten mit der Zusatz Weiterbildung klinische Akut- und Notfall Medizin als Optimum an. dieses ist jedoch wegen der unzureichenden Verfügbarkeit solcher Personen derzeit nicht umzusetzen. Als geeignete Alternative sieht die DGIIN ohne wesentliche Qualitätsreduktion eine Anwesenheit von Ärzten in Weiterbildung zur | GKV-SV: Die Kommentierung der Fachgesellschaft wird abgelehnt. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu §§ 9 und 14. Die Begründung der Fachgesellschaft bestätigt in Teilen die hohe Relevanz einer durchgehenden Verfügbarkeit von Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|---|------------------|
| | | | <p>Zusatzweiterbildung klinische akut und Notfallmedizin an.</p> <p>Für die umfassende Notfallversorgung befürwortet die DGIIN folgendes Minimal Modell auf Arbeitsebene:</p> <p>Für Kliniken der umfassenden Notfallversorgung sollte eine durchgehende Präsenz von Fachärzten in oder mit Zusatzweiterbildung klinische Akut- und Notfallmedizin umsetzbar und sollte verpflichtend sein</p> | <p>„Klinische Akut- und Notfallmedizin“ sowie von Pflegekräften mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ in der ZNA. Der GKV-SV setzt sich für eine Mindestanzahl von fünf Fachärztinnen und Fachärzten als der Notfallversorgung zugeordnetes Fachpersonal ein, für eine Mindestanzahl von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung sowie für die Sicherstellung einer 24/7-Verfügbarkeit von mind. Facharzt im Bedarfsfall in der ZNA. Perspektivisch, d.h. spätestens ab 2028, sollten das jederzeit verfügbare Fachpersonal in der ZNA über die Zusatzweiterbildung verfügen oder sich mindestens in Weiterbildung zu dieser befinden. Patientenvolumengebundene Personalvorgaben sind perspektivisch überlegenswert, aber derzeit</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|---|------------------|
| | | | | <p>aufgrund fehlender Daten noch nicht umsetzbar.</p> <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 64</p> | |
| 82. | DGAI | <p>§19 Satz 2 neu Zustimmung zum Vorschlag UPV/GKV-SV.</p> | | <p>GKV-SV: Der Kommentierung der Fachgesellschaft wird zugestimmt mit Ausnahme der Forderung einer erneuten mehrjährigen Übergangsregelung. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu den §§ 9, 14 und 30.</p> <p>Der GKV-SV setzt sich für eine Mindestanzahl von fünf Fachärztinnen und Fachärzten als der Notfallversorgung zugeordnetes Fachpersonal ein, für eine Mindestanzahl von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung sowie für die Sicherstellung einer 24/7-Verfügbarkeit von mind. Facharzt im Bedarfsfall in der ZNA. Perspektivisch, d.h. spätestens ab 2028, sollten das jederzeit verfügbare Fachpersonal in der ZNA über die Zusatzweiterbildung</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|-------------------|--------------------------------|--|--|------------------|
| | | | | <p>verfügen oder sich mindestens in Weiterbildung zu dieser befinden.</p> <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 65</p> | |
| 83. | DDG DGE DAG | zu § 19 Satz 2 | Zustimmung zum Vorschlag UPV/GKV-SV, jedoch mit dem Verweis auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) „Die internistische Akut- und Notfallmedizin als Common Link der internistischen Schwerpunktfächer“ vom August 2024 | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 61, 64, 65 und 81.</p> <p>GKV-SV: Der Kommentierung der Fachgesellschaften wird zugestimmt. Der GKV-SV setzt sich für eine Mindestanzahl von fünf Fachärztinnen und Fachärzten als der Notfallversorgung zugeordnetes Fachpersonal ein, für eine Mindestanzahl von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung sowie für die Sicherstellung einer 24/7-Verfügbarkeit von mind. Facharzt im Bedarfsfall in der ZNA. Perspektivisch, d.h. spätestens ab 2028, sollten das jederzeit verfügbare Fachpersonal in der ZNA über die Zusatzweiterbildung verfügen oder sich</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|---|--------------|--|---|---|---|
| | | | | mindestens in Weiterbildung zu dieser befinden. | |
| § 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung | | | | | |
| 84. | DGIIN | Die DGIIN befürwortet folgende Formulierung zu § 20 Satz 2 : „ ² Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach KrankenhausaufnahmeAnfrage durch die Zentrale Notaufnahme.“ | Die Krankenhausaufnahme ist kein geeigneter Zeitstempel für die Bereitstellung einer Intensivbettes, da sich die Indikation für die Notwendigkeit eines Intensivbettes erst im Verlauf der Notfallbehandlung ergeben kann. Die DGIIN empfiehlt Konzepte ähnlich dem ECC-Konzept (Emergency critical care) zur Überbrückung und fachlich richtigen Zuweisung von kritisch erkrankten und verletzten Patienten mit ausreichender Kapazität in den Notfallzentren. | GKV-SV: Die Kommentierung der Fachgesellschaft wird zur Kenntnisgenommen und übernommen. DKG: Zustimmung und Verwendung im weiteren Beratungsprozess. Analog müsste dies für § 15 gelten, da die Regelung dort Wortgleich vorhanden ist, eine Stellungnahme der DGIIN dort jedoch fehlt. | GKV-SV: Neuer Wortlaut von § 20 Satz 2: „Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Anfrage durch die Zentrale Notaufnahme.“ |
| 85. | DGAI | Änderungsvorschlag zu §20 Satz 2 : | Siehe Begründung zu § 15 Satz 2. | GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|---|----------------------------|---|---------------------------------|--|---|
| | | Es besteht eine schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme . | | genommen. Der Vorschlag wird abgelehnt. Der GKV-SV setzt für eine Anpassung der Regelungen ein, nach der die Frist von max. 60 Minuten mit der Anfrage durch die ZNA beginnt. DKG: Zustimmung. Sollte die Zeitvorgabe „60 Minuten“ bestehen bleiben, ist hilfsweise zumindest ein Bezug auf die „Anfrage durch die Zentrale Notaufnahme“ anstatt „Krankenhausaufnahme“ zielführend (siehe lfd. Nr. 84). | DKG: Anpassung Regelungen gem. Vorschlag DGAI |
| 86. | DDG DGE DAG | zu § 20 Satz 2 „Es besteht eine schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation.“ | Siehe Begründung zu § 15 Satz 2 | DKG: Zustimmung, siehe lfd. Nr. 85. GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen. Der Vorschlag wird abgelehnt. Der GKV-SV setzt für eine Anpassung der Regelungen ein, nach der die Frist von max. 60 Minuten mit der Anfrage durch die ZNA beginnt. | DKG: siehe lfd. Nr. 85. |
| § 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung | | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--|--------------|---|--|--|------------------|
| 87. | DGNukl | Ausstattung am Standort: Neuer Punkt 5.hinzufügen: „Vorhandensein einer SPECT/CT Kamera sowie eines Heißlabors mit Technetium Generator“ | Die Durchführung einer Myokardszintigraphie sowie Lungenszintigraphie sind Leitlinienempfohlene Standarduntersuchungen für die Myokard Infarkt Diagnostik sowie Ausschluss einer Lungenembolie. Zentren mit umfassender Notfallversorgung müssen diese Standarduntersuchungen durch eine entsprechende technische und personelle Ausstattung darstellen können, da alternative bildgebende Verfahren bei Untergruppen von Patienten kontraindiziert oder nicht durchführbar sein können. Dies gilt z.B. für eine pulmonale CT bei Niereninsuffizienz oder eine CT/MR Bildgebung des Herzens bei Tachykardie. https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-Coronary-Syndromes-ACS-Guidelines https://register.awmf.org/assets/guidelines/065-002l_S2k_Venenthrombose-Lungenembolie_2023-09.pdf | DKG/ GKV-SV: Keine Zustimmung, eine 24h/7d Vorhaltung der geforderten Geräte erscheint eine für die Notfallversorgung deutliche zu hohe und nicht zwingend notwendige Anforderung. Die Anwendung von SPECT/CT Kamera ist in beiden angeführten Leitlinien zudem nur eine Alternative zur Diagnostik. | |
| § 22 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung | | | | | |
| 88. | DGINA | Entsprechend den von der DGINA vorgeschlagenen Änderungen der §§ 12 und 17 (siehe oben) | | GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen. Die Regelung des § 12 wurde jedoch nicht durch die Fachgesellschaft kommentiert. Der Vorschlag zur Beibehaltung der Anforderung einer | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|---|--------------|---|------------|---|------------------|
| | | | | <p>räumlichen Anbindung der Beobachtungsstation an die ZNA wird abgelehnt. Die Forderung einer explizit räumlichen angeschlossenen Beobachtungsstation hatte bei den MD-Prüfungen zu Schwierigkeiten geführt. Hierzu sei auch auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 17 verwiesen.</p> <p>Der Vorschlag zu pflegerischen Personalvorgaben für die Beobachtungsstation wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 71</p> | |
| § 23 Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung | | | | | |
| 89. | DGP | Entsprechend der Empfehlung der DKG sollte der bisherige Wortlaut beibehalten werden. | | <p>GKV-SV: Die Kommentierung der Fachgesellschaft wird abgelehnt. Es handelt um eine redaktionelle Anpassung des § 23 mit Relevanz für Verweise auf andere Richtlinien und Regelungen des G-BA.</p> <p>DKG: Zustimmung zu Kenntnisnahme</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|---|---------------------------------|--|------------|--|------------------|
| §24 Modul Schwerverletztenversorgung | | | | | |
| 90. | DGAI | Zustimmung zum Vorschlag der DKG 1 zu den Punkten Basisteam, Schockraum, Ergänzung zum Basisteam, tech. Ausstattung. Ablehnung der Ausführungen des GKV-SV zu den Anforderungen an Intensivstationen (siehe Begründung zu §24 Abs. 3) | | GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Der GKV-SV setzt sich für die Übernahme der Anforderungen an überregionale Traumazentren aus dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung ein. Bzgl. der Anpassungen des Moduls Schwerverletztenversorgung wird weiter auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 24 verwiesen. DKG: Zustimmung Kenntnisnahme | |
| 91. | DGU, DGOU, DGOOC | Weitestgehende Zustimmung zum Vorschlag DKG zu § 24 mit Ergänzungen: [...] 2. Ergänzend zum Basisteam sind je nach vorliegendem Verletzungsmuster als erweitertes | | GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Der GKV-SV setzt sich für die Übernahme der Anforderungen an überregionale Traumazentren aus dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|---|------------------|
| | | <p>Schockraumteam Vertreterinnen oder Vertreter anderer Fachdisziplinen innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar: a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie 3. Als weitere Fachdisziplinen sind in Anlehnung an das Weißbuch Schwerverletztenversorgung DGU in der jeweils aktuellen Version vorzuhalten oder über im Weißbuch hinterlegte Kooperationsverträge sicherzustellen: a) Fachärztin oder Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (Oberarzt) b) Fachärztin oder Facharzt für Gefäßchirurgie</p> | | <p>ein. Bzgl. der Anpassungen des Moduls Schwerverletztenversorgung, hier die Mindestanforderungen an das Basisteam und das erweiterte Schockraumteam, wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 24 verwiesen. Die von den Fachgesellschaften vorgeschlagene Möglichkeit, die geforderten Fachärzte des erweiterten Schockraumteams über Kooperationen sicherzustellen, wird aus Gründen der Patientensicherheit strikt abgelehnt. Für eine Notfallversorgung von Schwerverletzten in einem Krankenhaus mit dem Modul Schwerverletztenversorgung (Überregionales Traumazentrum) müssen die erforderlichen Fachärzte schnellstmöglich, d.h. in maximal 30 Min. am Patienten verfügbar sein.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|--|------------------|
| | | <p>c) Fachärztin oder Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie [...]</p> <p>3. Die Möglichkeit zur intensivmedizinischen Behandlung von zwei Schwerverletzten muss vorgehalten werden. Die Struktur und die Ausstattung einer Intensivtherapiestation sind entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) in der aktuell gültigen Version zu gestalten. Weiterhin sind die Strukturanforderungen, entsprechend dem jeweils gültigen OPS-Katalog für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung</p> | | <p>Hierfür wird auch auf die Anforderungen an überregionale Traumazentren gemäß Weißbuch Schwerverletztenversorgung verwiesen.</p> <p>DKG: Die Anpassungsvorschläge der Fachgesellschaften sind nachvollziehbar. Hintergrund der DKG Position ist jedoch die wörtliche Extraktion der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum aus dem Weißbuch 2019 (Seite 18-20).</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | (8-980), einzuhalten. Die S3-Leitlinie „Intensivmedizin nach Polytrauma“ aus 2024 ist hier zu berücksichtigen.“ | | | |
| 92. | DGINA | <p>Änderungsvorschlag basierend auf Vorschlag DKG / UPV zu § 24 Absatz 1 „Ein Krankenhaus wird der Stufe der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 zugeordnet, sofern es ein spezialisiertes Krankenhaus ist, das die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung in der aktuell gültigen Version erfüllt und jederzeit (24/7) an der Notfallversorgung teilnimmt sowie über</p> | <p>Im Weißbuch Schwerverletztenversorgung sind alle Anforderungen an Fachabteilungen, Fachpersonal sowie räumliche und sächliche Mindestausstattungen bereits enthalten. Ein Aufweichen dieser Anforderungen sollte aus Sicht der DGINA nicht zugelassen werden. Durch den Verweis auf die jeweils aktuelle Fassung des Weißbuches wird sichergestellt, dass der aktuelle Stand der Wissenschaft und Forschung gewahrt bleibt. Die DGINA empfiehlt, dass alle Häuser, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, also auch die in der Spezialversorgung, des Moduls Schwerstverletztenversorgung, spezifische Expertise in der „Klinischen Akut- und Notfallmedizin“ in der Organisation der Notfallversorgung vorhalten. Ein Teil der verunfallten Patienten verunglückt aus interner Ursache (z.B. auf Grund einer Herzrhythmusstörung oder einer Durchblutungsstörung im Gehirn). Deswegen hält die DGINA es für erforderlich, dass auch Häuser der Spezialversorgung für die Notfallversorgung zumindest eine(n) leitenden Arzt/Ärztin und eine leitende Notfallpflegekraft vorhalten, die über ihre fachliche Expertise in der „Klinischen Akut- und Notfallmedizin“ die</p> | <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaften kommentieren den DKG- bzw. UPV-Vorschlag. Die Kommentierung wird abgelehnt. Bzgl. der Anpassungen des Moduls Schwerverletztenversorgung wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 24 verwiesen. Der GKV-SV setzt sich für die Übernahme der Anforderungen an überregionale Traumazentren aus dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung ein.</p> <p>DKG: Wenngleich der Verweis auf die aktuell gültige Version zielführend erscheint, ist die Vorgabe der Zusatzweiterbildung für die leitende Ärztin oder den</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|----------------------------|--|--|---|------------------|
| | | eine leitende Ärztin oder ein leitender Arzt mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und eine leitende Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege, mit der organisatorischen Verantwortung für die notfallpflegerischen und notfallmedizinischen Prozesse verfügt. | fachübergreifenden notfallmedizinischen organisatorischen Notwendigkeiten implementieren. | leitenden Arzt nicht zielführend. | |
| 93. | DGHNO-KHC DGMKG | Zu § 24 | In der Aufzählung weiterer Fachärzte durch GKV und DKG ist richtigerweise auch die HNO-Heilkunde und die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Schwerverletztenmodul genannt. In einer Fussnote wird jedoch wiederum durch die DKG dem Gedanken fachübergreifender Tätigkeit Vorschub geleistet. Wie soll definiert sein, dass ein Arzt einer Abteilung die Notdiensttätigkeit zumal in der Schwerverletztenversorgung einer anderen Fachabteilung „gleichwertig“ erfüllen kann. Wer soll das entscheiden, medizinischer Sachverstand oder via Direktionsrecht die Ökonomie. | GKV-SV: Die Fachgesellschaften kommentieren und hinterfragen den DKG-Vorschlag. Bzgl. der Anpassungen des Moduls Schwerverletztenversorgung wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 24 verwiesen. Der GKV-SV setzt sich für die Übernahme der Anforderungen an überregionale Traumazentren aus dem Weißbuch | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--|--------------------------------|---|--|------------------|
| | | | | <p>Schwerverletztenversorgung ein.</p> <p>DKG: Gemeint ist hier vermutlich der § 24 Abs. 2 Nr. 4 der DKG und hier der Satz unter Buchstabe k). Eine Fußnote ist zumindest im gesamten § 24 nicht ersichtlich. Die angesprochene „Gleichwertigkeit“ ist dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung auf Seite 19 (Fußnote **) zu entnehmen.</p> | |
| 94. | DDG DGE DAG | zu § 24 Absatz 1 | <p>Zustimmung zum Vorschlag GKV-SV/der DKG</p> <p>Zusätzlich wird gefordert, dass eine 24/7 Rufbereitschaft für eine Fachärztin/einen Facharzt „Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie“ oder eine Ärztin/einen Arzt mit diabetologischer Zusatzqualifikation besteht (s.a. § 13 Abs. 2)</p> | <p>DKG: Kenntnismahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p> <p>GKV-SV: Der Befürwortung des GKV-SV-Vorschlags wird zugestimmt.</p> <p>Der Ergänzungsvorschlag der Fachgesellschaften wird abgelehnt, da die Anforderungen in § 24 auf den Kriterien des Weißbuches Schwerverletztenversorgung</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|------------------|
| | | | | für überregionale Zentren sowie in Teilen auf den Divi-Empfehlungen basieren. Hierzu wird auch auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 24 verwiesen. | |
| 95. | DGNI | <p>zu § 24 Absatz 3 Nummer 6 GKV-SV / PatV</p> <p>[Anforderungen an die Intensivstation]</p> <p>6. Eine Ärztin oder ein Arzt, die bzw. der seit mindestens drei Monaten auf dieser oder einer Intensivstation der gleichen Stufe eingearbeitet ist, muss jederzeit (24/7) auf dieser Intensivstation präsent sein.</p> <p>Die DGNI empfiehlt daher die Forderung wie folgt zu formulieren:</p> <p>Eine Ärztin oder ein Arzt, die bzw. der</p> | <p>Für diese Forderung, welche auf der "Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Erwachsene)" (Seite 25) der Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin vom 02.11.2022 existiert keine Evidenz. Diese ist weder in den Literaturquellen der DIVI-Empfehlung zu finden noch anderweitig publiziert so das die Kennzeichnung als Empfehlungsgrad 1A wissenschaftlich falsch ist.</p> <p>Diese Empfehlungen verkennen zum einen die lokalen Gegebenheiten der jeweiligen Intensivstation, u.a. dahingehend ob ein Facharzt bzw. Fachärztin mit der Zusatzbezeichnung supervidierend in Präsenz 24/7 vor Ort in der Klinik ist, die vorherigen Berufserfahrungen der Ärzte und Ärztinnen und auch die lokalen Einarbeitungskonzept.</p> | <p>DKG: Kenntnissnahme. Es ist darauf hinzuweisen, dass in den genannten Empfehlungen der DIVI eine „soll“ statt „muss“ Vorgabe formuliert ist.</p> <p>GKV-SV: Der Anpassungsvorschlag der Fachgesellschaft wird abgelehnt, da die Anforderungen in § 24 auf den Kriterien des Weißbuches Schwerverletztenversorgung für überregionale Zentren sowie in Teilen auf den Divi-Empfehlungen basieren. Hierzu wird auch auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 24 verwiesen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | über ausreichende Kenntnisse der auf dieser Intensivstation zu betreuenden Patientinnen und Patienten verfügt und eine strukturierte und dokumentierte Einarbeitung, angepasst an die lokalen Gegebenheiten, erhalten hat, muss jederzeit (24/7), auf dieser Intensivstation präsent sein. | | | |
| 96. | DGIIN | <p>Zu § 24 Absatz 3</p> <p>Die DGIIN befürwortet die Konkretisierung des GKV-SV / PatV zu den Anforderungen an die Intensivstationen für die Schwerverletztenversorgung.</p> <p>Änderungsvorschlag zu § 24 Absatz 4</p> | <p>Die DGIIN befürwortet, dass in einem Haus mit Spezieller Notfallversorgung ebenfalls Ein verantwortlicher Arzt/Ärztin mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung (ZWB) Klin. Akut- und Notfallmedizin (KANM) der Notfallversorgung zugeordnet ist um auch geeignete Strategien zur Versorgung multimorbider Alterstraumatologiepatienten, Schlaganfallpatienten, Kardiologischen Patienten qualitativ hochwertig vertreten zu können.</p> <p>Für die Pflege: Leitung (1) und Stellvertretung (1/20.000 Pat. Kontakte) mit formaler Qualifikation zur Leitung einer Station davon mind. 1x mit Qualifikation Notfallpflege nach DKG</p> | <p>GKV-SV: Die Kommentierung der Fachgesellschaft wird zur Kenntnis genommen und in weiten Teilen begrüßt, da sie die Erforderlichkeit von dezidierten Vorgaben für die Versorgung von Schwerverletzten auf einer Intensivstation unterstreicht. Hierzu wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 24 verwiesen.</p> <p>Die Anpassungsvorschläge zur Mindestausstattung des Basisteams und des</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | <p>Nummer 1 (GKV-SV) bzw. Absatz 2 Nummer 2 (DKG):</p> <p>„[...]</p> <p>d) zwei Pflegekräfte aus dem Team der Zentralen Notaufnahme, hiervon ab dem 31.12.2026 mindestens eine Pflegekraft mit der Qualifikation Notfallpflege</p> <p>e) eine Pflegekraft der Anästhesie / Anästhesietechnische Assistent/in oder eine Fachpflegekraft für Notfallpflege“</p> <p>oder alternativ dem Wortlaut der S3 Leitlinie Schwerverletztenversorgung folgend:</p> <p>„Das interprofessionelle Schockraum-Team soll</p> | <p>/landesrechtlichen Kriterien bzw. einem spezialisierten Studium Notfallpflege mind. auf Bachelorniveau</p> <p>Die Qualifizierung in der Notfallpflege generiert ebenfalls eine anästhesiologische Expertise, daher können diese Kräfte alternativ zur Anästhesiepflege eingesetzt werden. Weiterhin werden vermehrt Anästhesietechnische Assistent/innen in den Anästhesiologischen Abteilungen eingesetzt und sollten ebenfalls berücksichtigt werden</p> | <p>erweiterten Schockraumteams werden abgelehnt, da sie von den Vorgaben des Weißbuches Schwerverletztenversorgung abweichen und insofern eine Verschärfung der Vorgaben darstellen.</p> <p>DKG: Zustimmung zu den Kenntnisnahme zu den Formulierungen zu Absatz 5 und 6. Keine Zustimmung zu den Änderungen zu Absatz 2, da die vor-geschlagenen Anpassungen nicht im Einklang mit den Formulierungen im Weißbuch Schwerverletztenversorgung 2019 stehen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|---|------------------|
| | | <p>aus mindestens 2 Pflegekräften und mindestens 2 Ärzten bestehen, die die notfallmedizinische und notfallchirurgische Kompetenz abbilden.</p> <p>Eine Erweiterung des Schockraumteams (sog. Erweitertes Schockraum-Team) soll jederzeit erfolgen können.“</p> <p>Absatz 5: Hier erscheint mir die Formulierung der DKG pragmatischer</p> <p>Absatz 6: Keine Regelung- (wie die DKG)</p> | | | |
| 97. | DGAI | <p>Zustimmung zum Vorschlag GKV-SV/DKG [1] zu §24 Absatz 1</p> | | <p>GKV-SV: Der Kommentierung wird zugestimmt.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen</p> | |
| 98. | DGAI | <p>Zustimmung zum Vorschlag der DKG §</p> | | <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaften</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|--|
| | | 24 Absatz 2 Nummer 1 | | <p>befürworten den DKG-Vorschlag. Bzgl. der Anpassungen des Moduls Schwerverletztenversorgung wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 24 verwiesen. Der GKV-SV setzt sich für die Übernahme der Anforderungen an überregionale Traumazentren aus dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung ein.</p> <p>DKG: Zustimmung Kenntnisnahme</p> | |
| 99. | DGAI | <p>Änderungsvorschlag zu § 24 Absatz 4 Nummer 1 (GKV-SV) bzw. Absatz 2 Nummer 2 (DKG): „2. Als Basisteam für den Schockraum sind zu jeder-Zzeit (24/7) im Krankenhaus anwesend: a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit</p> | <p>Zustimmung zum Vorschlag der DKG: Absatz 2 Nummer 2 mit folgenden inhaltlichen Änderungen: Eine Fachärztin oder Facharzt des Schockraumteams muss über ein Zertifikat im Schockraummanagement (z. B. ATLS oder ERS) verfügen. Die Einschränkung auf ATLS grenzt vergleichbare Qualifikationen aus. Die Eingrenzung der Qualifikation des Schockraummanagements ausschließlich auf Fachärzte oder-ärztinnen für Orthopädie/Unfallchirurgie grenzt die Möglichkeiten zum Management des Schockraumes durch FÄ anderer Fachdisziplinen aus, dies ist nicht nachvollziehbar und auch nicht sachgerecht, da eine Vielzahl von Fachärzten oder-ärztinnen für</p> | <p>GKV-SV: Die Kommentierung der Fachgesellschaft wird grundsätzlich zustimmend zur Kenntnis genommen; der Anpassungsvorschlag jedoch abgelehnt. Stattdessen erfolgt eine Anpassung in den Tragenden Gründen des GKV-SV, dass ATLS äquivalente Kurse (z.B. ETC) als gleichwertig anerkannt werden und den ATLS Standard erfüllen.</p> | <p>DKG und GKV-SV: Klarstellung in den Tragenden Gründen, dass ATLS äquivalente Kurse (z. B. ETC) als gleichwertig anerkannt werden und den ATLS</p> |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|---------------------------|
| | | <p>gültigem Zertifikat im Schockraummanagement in mindestens Advanced Trauma Life Support (ATLS) Kurs Standard oder eine Weiterbildungsassistentin oder ein Weiterbildungsassistent für Orthopädie und Unfallchirurgie (bzw. Facharztstandard), b) eine Weiterbildungsassistentin oder ein Weiterbildungsassistent in Orthopädie und Unfallchirurgie oder in Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Weiterbildungsassistent in Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie, c) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie oder eine Weiterbildungsassiste</p> | <p>Anästhesiologie eine entsprechende Qualifikation erwerben bzw. erworben haben. Die o. g. Ausführungen sind deshalb im Halbsatz nach Absatz c zusammengefasst.</p> | <p>DKG: Inhaltliche Zustimmung, der Verweis auf den ATLS Kurs Standard ist jedoch dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung 2019 (Seite 19 Fußnote *) entnommen. Der Verweis auf den „Kurs Standard“ soll andere Kurse gerade nicht ausschließen, sofern der gleiche Standard gewährleistet wird. Als ATLS äquivalenter Kurs wird im Weißbuch 2019 bspw. ETC genannt.</p> | <p>Standard erfüllen.</p> |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|---|------------------|
| | | <p>ntin oder ein Weiterbildungsassistent für Anästhesiologie (Facharztstandard), eine Fachärztin oder ein Facharzt aus dem Schockraumteam muss über ein gültiges Zertifikat im Schockraummanagement (z.B. ATLS oder ERC) verfügen. d) zwei Pflegekräfte Notaufnahme, e) eine Pflegekraft Anästhesiologie f) eine medizinisch-technische Radiologiefachkraft (MTRA)“</p> | | | |
| 100. | DGAI | <p>§24 Absatz 2 Nummer 3 Zustimmung zum Vorschlag DKG/PatV (Im Dokument als Nr. 4 definiert, gemeint ist aber offensichtlich Nr. 3)</p> | | <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Bzgl. der Anpassungen des Moduls Schwerverletztenversorgung wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 24 verwiesen. Der GKV-SV setzt sich für die Übernahme der Anforderungen an</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| | | | | <p>überregionale Traumazentren aus dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung ein.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Die Nummer 4 im Dokument ist die korrekte Nummer, die vorherige Nummer 2 müsste jedoch bei der DKG als Nummer 3 benannt werden.</p> | |
| 101. | DPRÄC | <p>zu § 24 Absatz 2</p> <p>„4. Als weitere Fachdisziplinen sind vorzuhalten: a) Fachärztin oder Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (Oberarzt) b) Fachärztin oder Facharzt für Gefäßchirurgie c) Fachärztin oder Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie [...]</p> | <p>Wir schließen uns sehr links eingefügten Empfehlung von Deutscher Krankenhausgesellschaft und Patiententvertretung an, dass die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie als Fachdisziplin vorzuhalten ist. Die Forderung des GKV-SV: „p) eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie (Fachärztin oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie) und (...)“</p> <p>Erscheint hier nicht ausreichend und deckt sich im Übrigen auch nicht mit den Anforderungen aus dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung 3., erweiterte Auflage 2019. Das Vorhalten Facharzt/ärztin mit ZBZ Handchirurgie ermöglicht keine</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, insbesondere auch zu dem Hinweis, dass sich die Anforderungen des GKV-SV an dieser Stelle (und im Übrigen auch an weiteren Stellen) nicht mit dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung 3., erweiterte Auflage 2019 decken. Insgesamt wird durch den GKV-SV die durch die DGU vorgegebene Struktur, die Grundlage für die Zertifizierungen ist, verändert.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|--|------------------|
| | | j) Fachärztin oder Facharzt für Plastische Chirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ | plastisch-chirurgische Defektdeckung und auch keine frühzeitige Planung motorischer Ersatzoperationen sowie die Versorgung von Nervenverletzungen. Schließlich ist auch die Behandlung von nicht Zentrums pflichtigen Brandverletzten nicht gewährleistet. | GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Allerdings enthält auch der Vorschlag des GKV-SV die entsprechenden Fachgruppen und orientiert sich hier am Weißbuch Schwerverletztenversorgung in der Version 2012. Bzgl. der Anpassungen des Moduls Schwerverletztenversorgung wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 24 verwiesen. | |
| 102. | DGNI | <p>§ 24 Seite 16/17</p> <p>GKV-SV/PatV</p> <p>2. Die Forderung in Klammern, dass innerhalb von maximal 30 Minuten eine Oberärztin bzw. Oberarzt für die genannten</p> | Hinsichtlich der Berufsordnung sowie der gängigen Rechtssprechung gibt es lediglich den Facharztstandard, welcher per Definition von jeder Ärztin bzw. jedem Arzt mit abgelegter Facharztprüfung bei der jeweiligen Ärztekammer erlangt wird. Die Unterscheidung von Fach- und Oberärztin bzw. Fach- und Oberarzt hat u.a. organisatorische Aufgaben, kann jedoch nicht gleichgesetzt werden mit der beruflichen Qualifikation. So ist es auch in der Praxis nicht | DKG: Inhaltliche Zustimmung. Klammerzusatz „Oberärztin oder Oberarzt“ entspricht jedoch Formulierung im Weißbuch Schwerverletztenversorgung 3., erweiterte Auflage 2019 auf Seite 19 bei der Definition des erweiterten Schockraumteams. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|-------------------------|
| | | Fachdisziplinen vor Ort sein muss ist abzulehnen. | untypisch, dass nicht zwingend jede Fachärztin bzw. jeder Facharzt Oberärztin bzw. Oberarzt wird, sehr wohl aber die fachärztliche Bereitschaft abdeckt. Daher plädiert die DGNI für die Streichung der Termini Oberärztin und Oberarzt, da durch die Präsenz einer Fachärztin eines Facharztes sowohl fachlich als auch juristisch alle Anforderungen ausreichend erfüllt werden. | GKV-SV: Die Kommentierung und der Vorschlag der Fachgesellschaft werden abgelehnt. Hierzu sei auch auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 24 verwiesen. Zudem stellt dies nicht allein die Position von GKV-SV/ PatV dar, sondern es handelt sich um einen geeinten Passus der Bänke. | |
| 103. | DGNI | zu § 24 Absatz 4 Nummer 4 Die Forderung der Verfügbarkeit einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie ist in dieser Form abzulehnen. | Die Formulierung präzisiert nicht, was unter nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie zu verstehen ist. So wird u.a. in der Musterweiterbildungsordnung 2020 der Ärztekammer Hamburg im Fachgebiet Neurochirurgie eine Handlungskompetenz von 100 Patientinnen und Patienten in der "Erkennung, Erstversorgung und Management spontaner und traumatischer neurochirurgischer Notfälle, z.B. Schädelhirntrauma, Blutung, Querschnittssyndrom" gefordert. Darüber hinaus werden in der Traumatologie u.a. Handlungskompetenzen mit einer Fallzahl von 50 für Operationen von intra-, extraduralen Hämatomen, Liquorfisteln, Impressionsfrakturen und Kranioplastien sowie von 20 Fällen bei der Anlage von Ventrikeldrainagen und intrakranieller Druckmessung gefordert. Eine weitere spezifische Handlungskompetenz wird von den Ärztekammern nicht verlangt. Selbst das | DKG: Die DGNI scheint sich hier auf § 25 Abs. 4 Nr. 4 zu beziehen, da hier, entgegen zum § 24, die Verfügbarkeit einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie vorgesehen ist. Die DKG stimmt der entsprechenden Streichung der nachgewiesenen Erfahrung zu, wie dies auch bereits von anderen Fachgesellschaften gefordert wurde (siehe lfd. Nr. 112). | DKG: siehe lfd. Nr. 112 |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|---|------------------|
| | | | <p>Personenzertifikat "Pädiatrische Neurochirurgie" der Neurochirurgischen Akademie (NCA) subsumiert das Trauma unter sonstige Eingriffe ZNS/PNS mit temporären Liquorableitungen, Kavernomen, Chiari-Dekompressionen, Trauma, Entzündliche Prozesse, funktionelle Eingriffe, extra-ZNS-Biopsien.</p> <p>Daher plädiert die DGNI dafür, dass der Passus mit "nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie" zu streichen ist, da keine Definition der nachgewiesenen Erfahrung, welche über den allgemeinen Facharzt für Neurochirurgie hinausgeht inhaltlich durch die Ärztekammern und Fachgesellschaften notwendig erscheint.</p> | <p>GKV-SV: Es wird vermutet, dass die Kommentierung und Begründung der Fachgesellschaft sich nicht auf den § 24 sondern auf § 25 Absatz 4 Nr. 4 bezieht. Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen, war allerdings nicht Gegenstand von Anpassungen. Der Anpassungsvorschlag der Fachgesellschaft wird abgelehnt. Da es derzeit keine Facharztausbildung zum Pädiatrischen Neurochirurgen gibt, die die nötige Erfahrung in diesem Bereich nachweisen würde, ist die gesonderte Anforderung an den Nachweis von Erfahrung in der pädiatrischen Neurochirurgie erforderlich. Es handelt sich um eine Anforderung an die höchste Notfallstufe im Modul Notfallversorgung Kinder, so dass hier eine umfassende Versorgung sichergestellt sein muss.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| 104. | DGAI | <p>§24 Absatz 5 bzw. Absatz 3 (DKG):</p> <p>„Krankenhäuser des Moduls Schwerverletztenversorgung müssen folgende Anforderungen an die Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten Schwerverletzten erfüllen</p> <p>1. Vorliegen eines positiven Bescheides gemäß § 275d Absatz 2 SGB V oder Nachweis einer Anzeige des Krankenhauses gemäß § 275d Absatz 1a SGB über die Einhaltung der Strukturmerkmale des Codes 8-98f bzw. des höchsten intensivmedizinischen Komplexcodes des</p> | <p>Grundsätzlich empfehlen wir, die Definitionen für die Strukturanforderungen der Intensivstation an dieser Stelle nicht erneut zu regeln, da es ansonsten zu erheblichen Diskrepanzen zwischen Definitionen zur Intensivmedizin in den Zentrumsregelungen und Richtlinien des G-BA, den OPS-Codes und den Leistungsgruppen des geplanten KHVVG (Anlage 1 oder der Rechtsverordnung zum Gesetz) etc. kommen wird. Wir empfehlen an dieser Stelle den Verweis auf die Einhaltung der Strukturmerkmale des derzeit höchsten intensivmedizinischen Komplexcodes 8-98f, ein Verweis auf OPS-Codes wird darüber hinaus schon an anderen Stellen der Notfallstufen-Regelungen vorgenommen. Eventuelle Überarbeitungen in diesem OPS-Bereich sind mit dem Hinweis auf den jeweils höchsten intensivmedizinischen Komplexcode abgebildet. Der Verweis auf den OPS-Code 8-98f umfasst auch die Anforderungen an die technische Ausstattung, die dezidiert in den Strukturmerkmalen geregelt ist, so dass der §27 Abs. 4 entbehrlich würde.</p> <p>Zu Nrn. 2 bis 4: Es sollte die organisatorische und räumliche Voraussetzung zur Versorgung von zwei Schwerverletzten gefordert werden, nicht die ausschließliche Vorhaltung. Dies würde bedeuten, dass zwei komplette Teams jederzeit bereitstehen müssen ohne andere Aufgaben wahrnehmen zu dürfen, auch in den Zeiten, in denen keine Schwerverletzten versorgt werden müssen. Durch</p> | <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaften befürworten den DKG-Vorschlag. Bzgl. der Anpassungen des Moduls Schwerverletztenversorgung wird auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 24 verwiesen.</p> <p>Zu den Änderungsvorschlägen der Fachgesellschaft: Die Vorschläge zu den Nummern 2 bis 4 findet sich auch im GKV-SV-Vorschlag</p> <p>Der Änderungsvorschlag zu Nr. 1 (Bescheid) erscheint unnötig bürokratisch und kompliziert. Dennoch sieht auch GKV-SV die Einhaltung der Strukturanforderungen der einschlägigen OPS Codes in seinem Vorschlag vor.</p> <p>DKG: Kenntnissnahme. Die Formulierungen der DKG sind dem Weißbuch</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| | | <p>Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V.</p> <p>2. Vorhaltung von Räumlichkeiten in der Notaufnahme zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten.</p> <p>3. Es muss jederzeit (24/7) organisatorisch sichergestellt sein, dass zwei Operationssäle einschließlich personeller Ausstattung zur notfallchirurgischen Versorgung bereitgestellt werden können.</p> <p>4. Die Möglichkeit zur zeitnahen intensivmedizinischen Behandlung von zwei Schwerverletzten muss organisatorisch sichergestellt sein.“</p> | <p>z. B. SOPs sollte geregelt werden, wie im Bedarfsfall die parallele Versorgung von zwei Schwerverletzten gesichert wird.</p> | <p>Schwerverletztenversorgung 2019 entnommen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|-----------------|--|--|---|------------------|
| 105. | BÄK | <p>Angesichts der geplanten Krankenhausreform und der geplanten Umstellung auf Leistungsgruppen mit entsprechenden Qualitätskriterien erachtet die Bundesärztekammer eine Überarbeitung der Regelungen zum jetzigen Zeitpunkt als nicht zielführend. Sollte der G-BA an der Überarbeitung festhalten, spricht die Bundesärztekammer sich gegen eine Verschärfung aktueller Regelungsinhalte aus. Eine Konkretisierung der Anforderungen für das Modul „Spezialversorgung“ erscheint jedoch sinnvoll.</p> | | <p>GKV-SV: Kommentierung allgemeiner Natur. Etwaig erforderliche weitere Anpassungen basierend auf neuen gesetzlichen Grundlagen erfolgt grundsätzlich dann, wenn die gesetzlichen Grundlagen in Kraft getreten sind.</p> <p>DKG: Zustimmungde Kenntnisnahme.</p> | |
| 106. | DGN+ DGS | zu § 24 | Auch in Kliniken mit dem Modul Schwerverletztenversorgung sollte die | DKG: Kenntnisnahme, die geforderte neurologische | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--|-------------------------|---|--|--|------------------|
| | | | Verfügbarkeit neurologischer Expertise im Bedarfsfall zur Verfügung stehen. Diese sollte zumindest im erweiterten Schockraumteam in Ergänzung zum Basisteam vorgesehen werden. Begründung s.u. Tragende Gründe | <p>Expertise ist aus Sicht der DKG im aktuellen Regelungsvorschlag bereits vorgesehen (DKG § 24 Abs. 2 Nr. 3 Buchstabe c) → Fachärztin oder Facharzt für Neurochirurgie.</p> <p>GKV-SV: Die Begründung der Fachgesellschaft wird zur Kenntnis genommen. Die vorzuhaltenden Fachgebiete orientieren sich eng an den Vorgaben des Weißbuches Schwerverletztenversorgung . Zudem ist neurologische Expertise durch das Fachgebiet der Neurochirurgie vertreten.</p> | |
| § 25 Modul Notfallversorgung Kinder | | | | | |
| 107. | DGU, DGOU, DGOOC | <p>Änderungsvorschlag zu § 25 Absatz 1:</p> <p>„Dieses Modul ist nur für Kinder und Jugendliche unter 18 15 Jahren anzuwenden. Demgemäß erhalten auch Krankenhäuser,</p> | | <p>GKV-SV: Die Kommentierungen der Fachgesellschaften beziehen sich auf den DKG-Vorschlag. Die Anpassung der Anwendbarkeit des Moduls Notfallversorgung Kinder auf Patientinnen und Patienten unter 15 Jahren wird abgelehnt. Bezüglich des</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|--|------------------|
| | | <p>welche nicht die allgemeinen Voraussetzungen der Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1, jedoch die Anforderung der Absätze 2, 3 oder 4 erfüllen, Zuschläge für Patientinnen oder Patienten unter 18 15 Jahren. Dies entspricht in der unfallchirurgischen Versorgung, den Vorgaben der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung und den entsprechenden Zulassungen zur Behandlung in den Krankenhäusern.“</p> <p>Ergänzungsvorschlag zu Vorschlag DKG zu § 25 Absatz 4 Nummer 4: „Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie mit</p> | | <p>Änderungsvorschlags zur Facharztverfügbarkeit sei auf die Auswertungen zu u.a. § 5 Absatz 2 Nummer 2 verwiesen.</p> <p>DKG: Keine Zustimmung. Die Vorgabe von zu verwendenden Kooperationsvereinbarungen wird kritisch gesehen, insbesondere, wenn funktionierende Vereinbarungen bereits bestehen. Die intensivmed. Komplexbehandlung im Kindesalter im OPS umfasst die Altersgruppe bis 18 Jahre. Durch die weiteren Anforderungen in §25 ist faktisch eine Begrenzung auf Kinder und Jugendliche gegeben (z. B. Vorhaltung einer FA für Kinder und Jugendmedizin).</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|----------------------------------|--|---|--|------------------|
| | | <p>nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch. Der Nachweis erfolgt über die im Weißbuch Schwereverletztenversorgung DGU 2019 hinterlegten Kooperationsverträge.“</p> <p>Zustimmung zu Vorschlag DKG zu § 25 Absatz 4 Nummer 5</p> | | | |
| 108. | DGHNO-KHC DGMKG | <p>Zu §25: Im Modul Notfallversorgung Kinder vermissen wir die Zuordnung etlicher Fachgebiete, die z.B.</p> | <p>Ebenso wie die Allgemein Chirurgie nicht alle operativen Aspekte der Erwachsenenmedizin leisten kann, kann auch die Kinderchirurgie dieses nicht für Kinder. Fraglos kann die explizit zugeordnete Neurochirurgie für Kinder ein wichtiges und lebensrettendes Fachgebiet sein. Gleiches trifft jedoch auch für andere Fachgebiete</p> | <p>GKV-SV: Die Kommentierung der Fachgesellschaften wird zur Kenntnis genommen. Es erfolgte kein konkreter Änderungsvorschlag. Der GKV-SV sieht hier keinen Änderungsbedarf.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|---|
| | | operativ bei Kindern tätig werden. | und nicht zuletzt für die HNO-Heilkunde und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zu (Rachenblutungen, Fremdkörperaspirationen, Orbitalphlegmonen bei Sinusitis, Mastoiditis mit Meningitis, odontogene, atemwegskompromittierende Abszesse etc.) Eine Fachzuordnung sollte wie in den Stufen 2 oder 3 der Erwachsenennotfallmedizin erfolgen. | DKG: Kenntnissnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen | |
| 109. | DGINA | <p>Formulierungsvorschlag für § 25 Absatz 3 Nummer 2:</p> <p>„Im Präsenzdienst (24 Stunden an sieben Tagen pro Woche) steht jederzeit (24/7) für die Versorgung von Notfällen zur Verfügung:</p> <p>Eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft</p> <p>oder eine Pflegefachfrau/ Pflegefachmann mit Vertiefung Pädiatrie</p> <p>oder eine Pflegefachfrau/</p> | <p>Durch die Reform der Pflegeberufe-Ausbildung werden deutschlandweit nahezu keine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte mehr ausgebildet.</p> <p>Im Großteil wurde dieser Pflegeberuf abgelöst durch die Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit Vertiefung Pädiatrie. Jedoch ist auch diese Vertiefung nur in wenigen Pflegeschulen zu erlangen. Um den sowieso bestehenden Pflegemangel in der Kinder Notfallversorgung nicht weiter zu verstärken, sollten alle drei Optionen möglich sein.</p> | <p>GKV-SV: Dem Änderungsvorschlag wird zugestimmt.</p> <p>DKG: Zustimmung und entsprechende Änderung der Regelungen, wobei auch die Pflegefachfrau / der Pflegefachmann mit Vertiefung Pädiatrie Erfahrung über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung verfügen muss.</p> | <p>GKV-SV: folgende Anpassung: „Im Präsenzdienst steht jederzeit (24/7) für die Versorgung von Notfällen zur Verfügung:</p> <p>a) Eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft</p> <p>b) eine Pflegefachperson mit Vertiefung</p> |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|-------------------------|---|
| | | <p>Pflegefachmann mit ausgewiesener Erfahrung über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung.“</p> | | | <p>Pädiatrie oder E. c) eine Pflegefachperson mit ausgewiesener Erfahrung über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung (zum Beispiel Kindernotaufnahme oder Kinderintensivstation).“</p> <p>DKG: Änderung entsprechend dem Vorschlag der DGINA mit dem Zusatz „Erfahrung über ein</p> |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|---|--|---|---|
| | | | | | Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung“ hinter „Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit Vertiefung Pädiatrie“. |
| 110. | DGKJ unterstützt durch DGPK | Änderungsvorschlag zu § 25 Absatz 3 Nummer 5: „Es besteht eine 24-stündige jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit der Magnetresonanztomographie (MRT) oder Computertomographie (CT).“ | Zu § 25 Abs. 3 Nr. 5 (Erweiterte Notfallversorgung Kinder) sollte eine Änderung erfolgen. Eine 24/7 Verfügbarkeit des MRT für die Stufe „Erweiterte Notfallversorgung“ würde die flächendeckende Versorgung flankieren. In vielen auch größeren Häusern existiert zwar ein MRT, aber eine entsprechende RTA, die das MRT bedienen kann, steht nicht 24/7 zur Verfügung. Im Übrigen ist bei einer akuten zerebralen Blutung das CT die schnellere Bildgebung. | GKV-SV: Der Anpassungsvorschlag wird inhaltlich abgelehnt. Der GKV-SV setzt sich für die Anforderung einer jederzeitigen Vorhaltung von MRT und CT an Krankenhausstandorten der erweiterten Notfallstufe im Modul Notfallversorgung Kinder ein. DKG: Zustimmung und entsprechende Änderung der Regelungen. | DKG: Änderung entsprechend dem Vorschlag der DGKJ |
| 111. | DGINA | Änderungsvorschlag zu § 25 Absatz 4 Nummer 2: | Dass das Krankenhaus der umfassenden Notfallversorgung im Bereich der Kinder Notfallmedizin eine Neonatologische Intensivstation vorhält, ist sinnvoll. Dass es sich | GKV-SV: Anpassung wird inhaltlich abgelehnt, da es sich hierbei um eine Abschwächung der | DKG: Änderung entsprechend |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|---|--|---|-------------------------|
| | | „Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie und Neonatologie am Standort.“ | dabei um eine eigene Fachabteilung handeln muss, ergibt keinen Zugewinn für den neonatologischen Notfallpatienten, der in einer Kinder-Notaufnahme vorgestellt wird. | bisherigen Anforderungen handelt. An Krankenhausstandorten der höchsten Notfallstufe im Modul Notfallversorgung Kinder ist im Sinne einer umfassenden Notfallversorgung zwingend eine Fachabteilung Neonatologie vorzuhalten. DKG: Zustimmung und entsprechende Änderung der Regelungen. | dem Vorschlag der DGINA |
| 112. | DGKJ unterstützt durch DGPK | Änderungsvorschlag zu § 25 Absatz 4 Nummer 4 „Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie “ | Für die schnelle, erste Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen ist die Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie ausreichend. Eine nachgewiesene Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie ist Gegenstand der Facharztweiterbildung Neurochirurgie und sollte daher nicht als zusätzliches, hier zudem nicht detailliert ausformuliertes Voraussetzungskriterium definiert werden. | GKV-SV: Der Änderungsvorschlag wird abgelehnt. In der Ausbildung zum Facharzt für Neurochirurgie spielt die Behandlung von Kindern zudem nur eine sehr kleine Rolle. Daher müssen Neurochirurgen, die in einer Kinderklinik Notfallsituation beherrschen wollen über diese Erfahrung verfügen. Es wird auf die Bewertung der Nr. 103 verwiesen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|--|---|--|--|
| | | | | DKG: Zustimmung und entsprechende Änderung der Regelungen. | DKG: Änderung entsprechend dem Vorschlag der DGKJ |
| 113. | DGKJ unterstützt durch DGPK | Änderungsvorschlag zu § 25 Absatz 4 Nummer 5 „Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Anästhesie mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen“ | Gleiches gilt für die Fachärztin/den Facharzt für Anästhesie. Im Rahmen der Facharztweiterbildung müssen Kindernarkosen nachgewiesen werden. Insofern ist der Zusatz „mit nachgewiesener Erfahrung“ verzichtbar, da er durch den Facharztstitel implizit erfüllt ist. Zudem ist nicht ausformuliert, wie für diese Verordnung Erfahrung in Kindernarkosen zusätzlich nachgewiesen werden sollen. | GKV-SV: Der Änderungsvorschlag wird abgelehnt. Wer zudem in einer Kinderklinik Narkosen bei kritisch kranken Kindern vornimmt, muss über entsprechende Erfahrung verfügen. Diese Anforderung war darüber hinaus nicht dissent zwischen den Bänken. DKG: Zustimmung. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden. | |
| 114. | DGINA | Änderungsvorschlag zu § 25 Absatz 4 Nummer 7 „Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit | Die Anzahl der Betten auf einer Kinderintensivstation sagt in der Regel nichts darüber aus wie viel Reserve für Notfallaufnahmen bestehen. Die Unterscheidung zwischen PNZ Level 1 und PNZ Level 2 hat keinen Einfluss auf die Notfallversorgung von Neonaten in einer Kindernotaufnahme. | GKV-SV: Die Kommentierung und der Änderungsvorschlag werden zur Kenntnis genommen, jedoch aber aus Qualitätssicherungsgründen abgelehnt. | DKG: Änderung entsprechend dem Vorschlag der DGINA unter Einbezug der Anzahl der |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|----------------------|---|---|--|--|
| | | mindestens 10 8 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 oder 2 nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene am Standort.“ | Die Unterscheidung, ob Kinder, die bei Geburt weniger als 1250 g wiegen versorgt werden dürfen, hat keinen Einfluss auf die Notfallversorgung in einer Kindernotaufnahme. | DKG: Zustimmung und entsprechende Änderung der Regelungen, wobei bei der Anzahl der Betten auf den Vorschlag unter lfd. Nr. 115 verwiesen wird. | Betten aus lfd. Nr. 115 |
| 115. | DGKJ DGPK | <p>Änderungsvorschlag DGKJ zu § 25 Absatz 4 Nummer 7</p> <p>Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens 10 6 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene am Standort.“</p> <p>DGPK:</p> <p>Vorhaltung von 4 Betten auf der pädiatrischen</p> | <p>Zu § 25 Abs. 4 Nr. 7 (Umfassende Notfallversorgung Kinder) sollte eine Änderung erfolgen, damit</p> <p>1. neonatologische Intensivstationen Level 1, die zwar zum Standort der Kinderklinik gehört, aber die Räume für den Betrieb außerhalb der Kinderklinik bei einem anderen Träger, der die Geburtshilfe betreibt, liegen, eingeschlossen werden können und</p> <p>2. pädiatrische Intensivstationen mit einer aus unserer Sicht für die klinische Versorgung in der Pädiatrie ausreichenden Größe von 6 Betten auch eingeschlossen werden können.</p> <p>Zu der Mindestbettenzahl einer Kinder-Intensivstation hatte die DGKJ bereits in der Vergangenheit 6 Betten analog der QFR-RL (Level 1) als Mindestgröße vorgeschlagen. Offensichtlich hat sich die Vorgabe von 10 päd. Intensivbetten an der Vorgabe von 10 Intensivbetten für Erwachsene orientiert. Dieser cut-off bildet jedoch den intensivmedizinischen Versorgungsbedarf in der Kinder- und Jugendmedizin nicht angemessen ab bzw. überschätzt ihn bei weitem. Der Bereich</p> | <p>GKV-SV: Der Änderungsvorschlag u.a. zur Streichung des Standortbezugs wird strikt abgelehnt aus Gründen der Patientensicherheit. Für die weiteren Änderungsvorschläge wird auf Nr. 114 verwiesen.</p> <p>DKG: Zustimmung zur DGKJ und entsprechende Änderung der Regelungen unter Einbeziehung der neonatologischen Intensivstation Level 2 (lfd. Nr. 114). Bezüglich der Forderung der DGPK, dass auch die Vorhaltung von 4 Betten ausreichend erscheint, wird auf die Stellungnahme der DGKJ (6</p> | <p>DKG: Änderung entsprechend dem Vorschlag der DGKJ unter Einbeziehung der neonatologischen Intensivstation Level 2 (lfd. Nr. 114).</p> |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------------------------------|----------------------------|---|--|---|------------------|
| | | Intensivstation ist ausreichend. | <p>Kinder- und Jugendmedizin stellt einen weitaus kleineren Patientenpool dar als die gesamte Erwachsenenmedizin, daher sind hier auch niedrigere cut-offs begründet.</p> <p>Die neonatologische Intensivstation Level 1 ist bei alleinstehenden Kinderkliniken aufgrund der Vorgaben der QFR-RL meist an der zugehörigen Geburtsklinik verortet. Dies sollte für die Zuweisung in die Stufe der umfassenden Notfallversorgung nicht als „unzureichend“ ausgelegt werden, wenn bei den alleinstehenden Kinderkliniken die anderen Kriterien erfüllt sind und eine weitere Kinder-Intensivstation am Haus vorgehalten wird.</p> | Betten) und die entsprechende Begründung (Bezug QFR-RL) verwiesen. | |
| 116. | DDG DGE DAG | zu § 25 Modul Notfallversorgung Kinder | Analog zur Notfallversorgung in der Erwachsenenmedizin ist hier das Fachgebiet der Endokrinologie/Diabetologie zu berücksichtigen | <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Die Kommentierung und der Vorschlag werden abgelehnt.</p> | |
| § 26 Modul Spezialversorgung | | | | | |
| 117. | DGIIN | Beibehaltung der bisherigen Regelung | - | <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet den DKG-Vorschlag. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 26 Abs. 2 Nr. 3.</p> <p>DKG: Zustimmung Kenntnisnahme</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--|--------------|---|--|---|------------------|
| 118. | DGP | Aus Sicht der DGP ist der Empfehlung der DKG/LV/PatV zu folgen. | <p>Schon Im bisherigen Wortlaut ist die Möglichkeit ein Krankenhaus als Spezialversorger anzuerkennen eng begrenzt. Der bisherige Wortlaut ermöglicht es den Ländern aus ihrer speziellen Erkenntnis der Situation vor Ort jedoch, dem Bedarf einer Region, der Qualifikation eines Hauses und besonderen Angebote entsprechend einzelne Häuser als Spezialversorger anzuerkennen.</p> <p>Dies ist aus Sicht der DGP insbesondere im Hinblick auf Fachkliniken von besonderer Bedeutung. Fachkliniken sind nach der Stellungnahme der AWMF Krankenhäuser, die ihr Fachgebiet in hoher Breite, Qualifikation und Frequenz abbilden [1]. Dies ermöglicht auch die umfassende Versorgung von Notfällen in diesen Bereichen, was am Beispiel der Pneumologie für die Beatmungsmedizin, die pneumologische Infektiologie, Intensivmedizin mit Lungenersatzverfahren sehr relevant ist. Vergleichbares kann auch für Fachkliniken anderer Disziplinen gelten. Die Einschränkung des Planungsspielraumes der Länder, wie er im Vorschlag der GKV zum Ausdruck kommt, könnte es unmöglich machen, diese besondere Expertise in der Notfallversorgung zur Verfügung zu stellen.</p> | <p>GKV-SV: Die Fachgesellschaft befürwortet den DKG-Vorschlag. Siehe hierzu auch die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 26 Abs. 2 Nr. 3.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme</p> | |
| § 27 Modul Schlaganfallversorgung | | | | | |
| 119. | DGINA | Änderungsvorschlag zu § 27: | Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung für „Klinische Akut- und | GKV-SV: Die Kommentierung der Fachgesellschaft wird | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | <p>„Ein Krankenhaus, das die Anforderungen der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) dieser Regelung nicht erfüllt, jedoch über eine Stroke Unit verfügt, die die Anforderung nach Satz 2 erfüllt, entspricht einem Krankenhaus, welches an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1, Nummer 1 teilnimmt und erhält für die in der Stroke Unit behandelten Fälle Zuschläge, sofern die personellen Voraussetzungen nach § 9 Satz 2 bezüglich des Vorhaltens von KLINAM und Notfallpflege erfüllt sind. Die Leitung der Stroke Unit obliegt einem Facharzt für Neurologie oder</p> | <p>Notfallmedizin“ sind über die Zusatzweiterbildung spezifisch für die Versorgung von Schlaganfällen weitergebildet und haben zudem die Kompetenz erworben Erkrankungen, die differenzialdiagnostisch in Betracht kommen, professionell und qualitativ hochwertig zu behandeln.</p> <p>Deswegen sollte es den Häusern, die sich an der Spezialversorgung im Modul „Schlaganfallversorgung“ beteiligen, freigestellt sein, auch spezifisch in „Klinischer Akut- und Notfallmedizin“ weitergebildete Ärztinnen und Ärzte mit der Leitung der Stroke Unit zu betrauen.</p> <p>Da auch neben dem eigentlichen Schlaganfall diverse neurologische und nicht-neurologische Krankheitsbilder erkannt und versorgt werden müssen, ist die Expertise des FA mit KLINAM und der Notfallpflege notwendig.</p> | <p>abgelehnt. Der GKV-SV setzt sich für eine Anpassung des § 27 ein, der sich an den Strukturanforderungen der relevanten OPS-Kodes zur Behandlung von Schlaganfällen orientiert. Weiter wird auf die Tragende Gründe des GKV-SV zu § 27 verwiesen.</p> <p>DKG: Keine Zustimmung. Die Vorhaltung ist aus fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar und § 27 ist grade dafür da, wenn die Anforderungen an die Basisstufe nicht erfüllt werden.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|-----------------|--|--|--|------------------|
| | | einem FA mit ZWB KLINAM.“ | | | |
| 120. | DGIIN | Die DGIIN befürwortet den Vorschlag GKV-SV / PatV zu § 27 Satz 2. | - | <p>GKV-SV: Der Kommentierung wird zugestimmt.</p> <p>DKG: Keine Zustimmung. Die geforderte Fallzahl von 10 Fällen mit dem OPS Kode 8-981.3 wäre für Krankenhäuser nicht erfüllbar, die nicht ohnehin bereits eine der drei Notfallstufen (Basis, erweitert oder umfassend) vereinbart haben. Da eine gleichzeitige Vereinbarung von Stufen und Modulen ausgeschlossen ist, wäre dies das Aus für das Modul Schlaganfallversorgung.</p> | |
| 121. | DGN+ DSG | zu § 27 | Die Einbeziehung der telemedizinischen Schlaganfallversorgung ist zwingend, da allein mit lokalen Versorgungsstrukturen eine flächendeckende Schlaganfallversorgung nicht gewährleistet werden kann. In diesem Zusammenhang besteht Regelungsbedarf hinsichtlich der Finanzierung und die Zuschläge für diese Versorgungsformen, die insbesondere die übergeordneten Strukturen wie neurovaskuläre | DKG: Zustimmung, der Vorschlag der DKG sieht die geforderte Einbindung der Telemedizin entsprechend vor. Bezüglich der Finanzierung wird auf die Notfallstufenvergütungsvereinbarung für dieses Modul verwiesen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|----------------------------|--|---|---|------------------|
| | | | Netzwerke (sog. zentrale Netzwerkkosten) umfassen. | GKV-SV: Generelle Begründung wird zur Kenntnis genommen. Eine umfangreiche Einbeziehung der Telemedizin in die Schlaganfallversorgung wird aus Gründen der Patientensicherheit abgelehnt. | |
| 122. | DDG DGE DAG | zu § 27 Modul Schlaganfallversorgung | Zustimmung zum Vorschlag der DKG Zusätzlich wird gefordert, dass eine 24/7 Rufbereitschaft für eine Fachärztin/einen Facharzt „Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie“ oder eine Ärztin/einen Arzt mit diabetologischer Zusatzqualifikation besteht (s.a. § 13 Abs. 2). Schlaganfälle sind eine hauptsächliche Komplikation bei Diabetes mellitus. Die Morbidität und Mortalität sind bei zusätzlich bestehendem Diabetes mellitus signifikant erhöht. | DKG: Zustimmung zur Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen GKV-SV: Die Kommentierung und die Begründung werden zur Kenntnis genommen. Weiterhin wird auf die Tragende Gründe des GKV-SV zu § 27 verwiesen. | |
| 123. | DGNI | zu §27 Modul „Schlaganfallversorgung“. GKV-SV / PatV | Eine Formulierung, dass jährlich n=10 Fälle mit dem OPS-Code 8-981.3 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen) am | DKG: Zustimmung, genau aus diesem Grund ist der Vorschlag GKV-SV / PatV abzulehnen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--|--|---|--|--|------------------|
| | | <p>Die Forderung, dass die Voraussetzungen für das Modul „Schlaganfallversorgung“ an die Behandlung von mindestens 10 Fällen mit dem OPS-Kode 8-981.3 am Standort geknüpft sind, ist abzulehnen.</p> <p>Vorschlag der DKG/LV</p> <p>Die Formulierung der DKG / LV erscheint inhaltlich richtig und wird von der DGNI befürwortet.</p> | <p>Standort behandelt werden müssen, spiegelt nicht die Realität spezialversorgender neurologischer Kliniken wieder. Nicht alle neurologischen Kliniken, die eine tragende Rolle in der flächendeckenden Schlaganfallversorgung spielen sind in der Lage, vor Ort mechanische Rekanalisationen durchzuführen oder haben eine neurochirurgische Abteilung vor Ort. Dennoch spielen sie eine wichtige Rolle in der Schlaganfallversorgung. Eine Formulierung wie von der DKG und der LV erscheint aus DGNI Sicht zu befürworten.</p> | <p>GKV-SV: Die Kommentierung und die Begründung werden zur Kenntnis genommen. Weiterhin wird auf die Tragende Gründe des GKV-SV zu § 27 verwiesen. Der GKV-SV setzt sich für eine Anpassung des § 27 ein, der sich an den Strukturanforderungen der relevanten OPS-Kodes zur Behandlung von Schlaganfällen orientiert.</p> | |
| § 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen | | | | | |
| 124. | DGK unterstützt durch die DGIM | Beibehaltung bisherige Formulierung | <p>Eine Verbesserung des bisherigen Textes durch den Änderungsvorschlag von UPV / GKV-SV zu Satz 1 ist für die DGK nicht ersichtlich, daher sollte die bisherige Formulierung beibehalten werden. Mit den Änderungen unter 1.-6. ist die DGK einverstanden.</p> <p>5.b) und 6.c) aus oben erwähnten Gründen ist hier noch Belegärztin / Belegarzt einzufügen.</p> | <p>GKV-SV: Die Kommentierung der Fachgesellschaft wird abgelehnt. Der Vorschlag zur ergänzenden Berücksichtigung von belegärztlich geführten Abteilungen abgelehnt (siehe lfd. Nr. 11). Vor dem Hintergrund des neuen § 7 und des GKV-SV-Vorschlags</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|-------------------------------------|------------|---|--|
| | | | | <p>zur Anpassung des § 26 setzt sich der GKV-SV für die Streichung des § 28 ein.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>KBV: Der Belegarzt ist, wie die DGK richtigerweise feststellt, zu ergänzen</p> | <p>KBV: 5. [...] Oberarzt/Oberärztin bzw. Belegarzt/Belegärztin: Kardiologe</p> <p>6. [...] Oberärzte/Fachärzte/Belegärzte (Kardiologe): 365 Tage/24 Stunden in Rufbereitschaft, Alarmierung < 30 Minuten</p> |
| 125. | DGIIN | Beibehaltung bisherige Formulierung | - | GKV-SV: Die Kommentierung der Fachgesellschaft wird abgelehnt. Vor dem Hintergrund des neuen § 7 und des GKV-SV-Vorschlags zur Anpassung des § 26 setzt sich der GKV-SV für die Streichung des § 28 ein. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|--|------------------|
| | | | | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme. | |
| 126. | DGINA | <p>Änderungsvorschläge zu:</p> <p>§ 28 Nummer 1 a)</p> <p>„Einer CPU müssen feste Überwachungs-kapazitäten unter klinischer und organisatorischer Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin und Kardiologie oder einer Ärztin oder eines Arztes mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ zugeordnet werden.“</p> <p>Nummer 5 b)</p> <p>„Oberarzt oder Oberärztin: Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder</p> | <p>Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung für „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ sind über die Zusatzweiterbildung spezifisch für die Versorgung von Brustschmerzen weitergebildet und haben zudem die Kompetenz erworben, nicht-kardiale Erkrankungen, die bei Brustschmerzen auf einer CPU aufgenommen werden, professionell und qualitativ hochwertig zu behandeln. Deswegen sollte es den Häusern, die sich an der Spezialversorgung im Modul „Durchblutungsstörung am Herzen“ beteiligen, freigestellt sein, auch spezifisch in „Klinischer Akut- und Notfallmedizin“ weitergebildete Ärztinnen und Ärzte mit der Leitung der Chest-Pain-Unit zu betrauen.</p> | <p>GKV-SV: Vor dem Hintergrund des neuen § 7 und des GKV-SV-Vorschlags zur Anpassung des § 26 setzt sich der GKV-SV für die Streichung des § 28 ein.</p> <p>DKG: Keine Zustimmung. Fachlich erscheint der Vorschlag nicht nachvollziehbar. Das Modul Durchblutungsstörungen am Herzen wird „anerkannt“ als gleichwertig zur Basisstufe und im Modul geht es primär nicht Notfallmedizin.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| | | <p>Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin,“</p> <p>Nummer 6 a)</p> <p>„Leitung: Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin,“</p> <p>Nummer 6 c)</p> <p>„Oberärztinnen oder Oberärzte (Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie und/oder mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“</p> | | | |
| 127. | DGINA | § 28 Nummer 2 d) | Die strukturelle und technische Ausstattung zur Versorgung kritisch kranker, nichttraumatologischer Schockraumpatienten muss standardisiert werden. | GKV-SV: Vor dem Hintergrund des neuen § 7 und des GKV-SV-Vorschlags | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | <p>„Komplett ausgestattete Notfalleinheit (u. a. mit Defibrillator, Intubationsbesteck, Sauerstoff, Absaugvorrichtung) und Möglichkeit zur Transportüberwachung (u. a. Monitor, Perfusoren, Transportbeatmungsgerät) nichttraumatologischer Schockraum“ (mindestens Defibrillator; Ausstattung zur Behandlung akuter respiratorischer Störungen inkl. Thoraxdrainagen, Sauerstoff; Ausstattung zur differenzierten Kreislauftherapie und Postreanimationstherapie inklusive Perfusoren, intraossärem Zugang; mobiles</p> | <p>Die Etablierung einer geeigneten Behandlungseinrichtung inkl. baulicher Grundvoraussetzungen und Ausstattungsmerkmalen im Sinne eines Schockraumes ist erforderlich und geht über eine „Notfalleinheit“ hinaus.</p> | <p>zur Anpassung des § 26 setzt sich der GKV-SV für die Streichung des § 28 ein.</p> <p>DKG: Keine Zustimmung. Es geht hier um die Anerkennung der Basisnotfallstufe für die CPU, die die im Notfallstufenkonzept geforderten Anforderungen erfüllen und nicht um eine Standardisierung der Schockräume.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | Ultraschallgerät; Notfallmedikamente) | | | |
| 128. | DGINA | <p>§ 28 Nummer 4 a)</p> <p>Leitliniengerechte Behandlungspfade für die folgenden Krankheitsbilder: ST-Streckenhebungsinfarkt (STEMI), Unterteilung nach angekündigt und unangekündigt, NSTEMI, instabile Angina pectoris, stabile Angina pectoris, hypertensive Entgleisung, akute Lungenembolie, akutes Aortensyndrom, kardiogener Schock, dekompensierte Herzinsuffizienz, Reanimation, ICD-Therapieabgabe, Schrittmacher (SM)-Fehlfunktion, Vorhofflimmern, kardiovaskuläre Prävention, Synkopen,</p> | <p>Aktuell sind die meisten Prozesse und diagnostischen Algorithmen im Rahmen der gültigen deutschen Chest Pain Unit-Zertifizierungskriterien auf die Untersuchung ischämischer Ursachen von Brustschmerzen ausgerichtet. Nichtkardiale Ursachen sind unzureichend abgebildet. Andere Differenzialdiagnosen, die ebenfalls mit einer erhöhten Sterblichkeit einhergehen, müssen regelmäßiger in Betracht gezogen werden.</p> | <p>GKV-SV: Vor dem Hintergrund des neuen § 7 und des GKV-SV-Vorschlags zur Anpassung des § 26 setzt sich der GKV-SV für die Streichung des § 28 ein.</p> <p>DKG: Keine Zustimmung. Die Regelung bezieht sich auf die CPU, damit ist die Erweiterung nichtzutreffend.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | nicht-kardialer Thoraxschmerz. | | | |
| 129. | DGINA | <p>§ 28 Nummer 4 g) neu</p> <p>Es besteht eine Kooperationsvereinbarung mit Kliniken für Gastroenterologie, Herz- und Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie.</p> | Die Versorgung von potenziell akut lebensbedrohlichen nichtkardialen Ursachen des Brustschmerzes bedarf einer frühen Versorgung durch andere Fachdisziplinen. In Anlehnung an die (zeit)kritischsten Differentialdiagnosen sollte eine enge Zusammenarbeit mit den genannten Kliniken etabliert sein. Eine individuell an den Standort angepasste Etablierung von Standardvorgehensweisen in Berücksichtigung der Risikokonstellation aller Entitäten ist notwendig. | GKV-SV: Vor dem Hintergrund des neuen § 7 und des GKV-SV-Vorschlags zur Anpassung des § 26 setzt sich der GKV-SV für die Streichung des § 28 ein. DKG: siehe lfd. Nr. 128 | |
| 130. | DGINA | <p>§ 28 Nummer 5 a)</p> <p>„Assistent/in oder Assistent: Mindestens 2 Jahre internistische/kardiologische Berufserfahrung, ausreichende Intensiverfahrung von mindestens 6 Monaten, ausreichende notfall- und akutmedizinische Erfahrung in einer Notaufnahme von mindestens 6 Monaten,</p> | Die Versorgung von Patientinnen und Patienten erfordert ein symptomorientiertes Vorgehen gerade in der früh-hospitalen Phase. Auch in einer CPU ist zur Bewältigung der differentialdiagnostischen und therapeutischen Herausforderungen Erfahrung im notfall- und akutmedizinischen Setting einer Notaufnahme erforderlich. | GKV-SV: Vor dem Hintergrund des neuen § 7 und des GKV-SV-Vorschlags zur Anpassung des § 26 setzt sich der GKV-SV für die Streichung des § 28 ein. DKG: Keine Zustimmung, eine Konkretisierung erscheint nicht erforderlich. Auch aus der Praxis und den Prüfungen der Medizinischen Dienste wurden hier keine Schwierigkeiten / Probleme gesehen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| | | Echokardiographieerfahrung, Erfahrung auf dem Gebiet der kardiovaskulären Prävention,“ | | | |
| 131. | DGINA | <p>§ 28 Nummer 5 d)</p> <p>„Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter muss über sämtliche Behandlungspfade ausreichend informiert und im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit akutem Thoraxschmerz geschult sein. Diese Behandlungspfade müssen sich an internationalen Leitlinien orientieren und müssen in schriftlicher Form vorliegen. Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter muss mindestens alle zwei Jahre ein regelmäßiges Reanimationstraining</p> | <p>Aus Sicht der DGINA sollte im Sinne der Qualitätsanforderung „regelmäßig“ genauer definiert werden. Die Mindestforderung zum Reanimationstraining wäre <i>alle zwei Jahre</i>.</p> | <p>GKV-SV: Vor dem Hintergrund des neuen § 7 und des GKV-SV-Vorschlags zur Anpassung des § 26 setzt sich der GKV-SV für die Streichung des § 28 ein.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Eine weitere Präzisierung des Begriffes „regel-mäßig“ erscheint nicht erforderlich. Auch aus der Praxis und den Prüfungen der Medizinischen Dienste wurden hier keine Schwierigkeiten / Probleme gesehen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--|---------------------------------|---|--|---|------------------|
| | | (Advanced Life Support oder Äquivalent) stattfinden.“ | | | |
| 132. | DDG DGE DAG | zu § 28 Modul Durchblutungsstörung am Herzen | Zustimmung zum Vorschlag der DKG Zusätzlich wird gefordert, dass eine 24/7 Rufbereitschaft für eine Fachärztin/einen Facharzt „Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie“ oder eine Ärztin/einen Arzt mit diabetologischer Zusatzqualifikation besteht (s.a. § 13 Abs. 2). Durchblutungsstörungen am Herzen sind eine hauptsächliche Komplikation bei Diabetes mellitus. Die Morbidität und Mortalität sind bei zusätzlich bestehendem Diabetes mellitus signifikant erhöht. | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen. GKV-SV: Vor dem Hintergrund des neuen § 7 und des GKV-SV-Vorschlags zur Anpassung des § 26 setzt sich der GKV-SV für die Streichung des § 28 ein. | |
| § 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen / Anlage I: Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen | | | | | |
| 133. | DGU, DGOU, DGOOC | Anlage I [Folgen Vorschlag DKG wie neben stehend] | (1) Die zuständigen Stellen, die die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen feststellen und die die Folgen der Nichteinhaltung festlegen, sind die Vertragsparteien der Budgetverhandlung gemäß § 11 KHEntgG. Die durchsetzende Stelle für Maßnahmen nach § 3 Absatz 4 Nummer 1 Satz 1 sind die Krankenkassen. | GKV-SV: Vor dem Hintergrund des BSG-Urteils von April 2025 dürfen Regelungen zu Konsequenzen bei Nichteinhaltung von Anforderungen und Vorgaben der Notfallstufen- | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|--|------------------|
| | | | <p>(2) Die zuständigen Stellen nach Absatz 1 sind verpflichtet, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde über die durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse zu berichten.</p> <p>(3) Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sollen nach Erhalt eines Berichtes nach Absatz 2 ihrerseits die Information dem G-BA einmal jährlich koordiniert zur Verfügung stellen.</p> <p>(4) Die Durchführung geeigneter Maßnahmen gemäß Absatz 2 dient der Wiedererfüllung der Anforderung und ist vom Krankenhaus schriftlich zu bestätigen. Sollte die Nichterfüllung einzelner Anforderungen, welche zu Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung geführt hat, nach Ablauf einer von den zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1 festgelegten Frist weiterhin bestehen, können Durchsetzungsmaßnahmen nach Absatz 4 angewendet werden.</p> <p>(5) Durchsetzungsmaßnahmen umfassen im Rahmen dieser Anlage:</p> <p>1. Anteiliger bis vollständiger Wegfall von Zuschlägen gemäß den §§ 3 bis 8 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung: je Monat, in dem zeitlich überwiegend die Anforderungen nicht erfüllt werden, entfällt 1/12 des Anspruchs auf die für das Vereinbarungsjahr vereinbarten entsprechenden Zuschlagspauschalen gemäß den §§ 3 bis 8 der</p> | <p>Regelungen nicht mehr Bestandteil der G-BA-Regelungen sein. Diese sind in der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 4 SGB V zu regeln. Der GKV-SV setzt sich für eine Aufnahme der Beratungen ein.</p> <p>DKG: Zustimmungde Kenntnisnahme.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | | <p>Notfallstufenvergütungsvereinbarung im nächstmöglichen Budgetzeitraum, für die Stufe bzw. das Modul in dem die Anforderungen nicht eingehalten wurden. Der Zeitraum, während unterstützende Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung nach Absatz 2 durchgeführt wurden (z. B. die Laufzeit der Zielvereinbarung o. Ä.) ist hiervon ausgenommen.</p> <p>2. Information an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde über die spezifischen Verstöße.</p> | | |
| 134. | DGIIN | <p>Anlage I</p> <p>Folgen Vorschlag des GKV-SV mit folgenden Änderungsvorschlägen:</p> <p>§ 5 Absatz 1 Nummer 3</p> <p>„3. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme</p> <p>(§ 12 Nummer 2, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 7 Nummer 2, § 25 Absatz 2 Nummer 4), wenn weniger als 100 % und mindestens 90 80 %</p> | | <p>GKV-SV: Vgl. Nr. 133</p> <p>DKG: Die Anpassungen werden befürwortet, betreffen jedoch den Vorschlag des GKV-SV, der von der DKG größtenteils abgelehnt wird.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|-------------------------|------------------|
| | | <p>aller Notfallpatienten des Krankenhauses spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten),“</p> <p>§ 5 Absatz 1 Nummer 7 (neu)</p> <p>„7. Aufnahmebereitschaft innerhalb von 60 Min. (§ 15 Satz 2 und § 20 Satz 2)“</p> <p>§ 5 Absatz 2 Nummer 6</p> <p>„6. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme</p> <p>(§ 12 Nummer 2, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 7 Nummer 2, § 25 Absatz 2 Nummer 4), wenn weniger als 90 80 % aller</p> | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | <p>Notfallpatienten des Krankenhauses spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten),“</p> <p>Streichung § 5 Absatz 2 Nummer 12</p> | | | |
| 135. | BÄK | <p>Anlage I</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte das Instrumentarium der Sanktionsregelungen maßvoll und den Ansprüchen der jeweiligen Richtlinie oder Regelung angepasst gehandhabt werden.</p> | <p>Mit der Zuweisung von Zu- oder Abschlägen in Abhängigkeit des Vorhaltens der geforderten strukturellen Voraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung ist bereits in der Regelung selbst ein wirksamer Steuerungsmechanismus vorhanden, so dass es eines zusätzlichen ausführlichen Regelungs-Anhangs, wie er jetzt vorgelegt wird, hierzu nichtbedarf.</p> <p>Die Einführung zusätzlicher Sanktionsmaßnahmen löst zudem nicht das Problem unterschiedlicher Interpretationen der vorgefundenen Strukturen und Prozesse durch die Medizinischen Dienste (vgl. die Ausführungen in den tragenden Gründen unter Ziffer 2 „Eckpunkte der Entscheidung“), geht also an der eigentlichen Aufgabenstellung vorbei.</p> <p>Darüber hinaus sind die vorgeschlagenen Sanktionsmaßnahmen im Einzelnen zu kritisieren.</p> | <p>GKV-SV: Vgl. Nr. 133</p> <p>GKV-SV: Vgl. Nr. 133</p> <p>GKV-SV: Vgl. Nr. 133</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Die vorgesehenen Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung (z. B. Qualitätszirkel, Audits, Fortbildungen, Fachgespräche etc.) orientieren sich jedoch an der QFD-RL (§ 4), die in</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|--|------------------|
| | | | <p>Das klinische Personal der Krankenhäuser durch Maßnahmen wie Qualitätszirkel, Audits, Fortbildungen, Fachgespräche etc. individuell in die Verantwortung nehmen zu wollen (vgl. § 3 bzw. § 4 Abs. 2 „Arten von Konsequenzen und entsprechende Maßnahmen“) für Umstände, die vielmehr in der Organisationsverantwortung des Krankenhausträgers liegen, ist nicht nur verfehlt, sondern geradezu kontraproduktiv. Das Personal würde in der ohnehin schon eskalierenden Situation der Arbeitszeitverdichtung mit zusätzlichem Aufwand belastet werden. Zwangsweise angeordnete Maßnahmen aus dem Instrumentarium des Qualitätsmanagements, die unter normalen Umständen als hilfreich angesehen werden könnten, werden auf diese Weise negativ konnotiert. Das gilt insbesondere für eine verpflichtende Teilnahme an Peer Reviews, bei denen das Prinzip der Freiwilligkeit ein tragendes Kernelement ist. Das Anliegen von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung würde auf diese Weise noch weiter beschädigt werden, als es ohnehin durch eine allseits überbordende Regelungsdichte ohnehin schon ist. Die Bundesärztekammer regt an, die Anlage I mit dem Ziel einer maßvolleren Gestaltung angedrohter Folgen der Nichteinhaltung von Anforderungen nochmals zu überarbeiten. (Was sich angesichts des großflächigen Dissenses ohnehin empfehlen würde.)</p> | <p>diesem Kontext zu beachten ist.</p> <p>GKV-SV: Vgl. Nr. 133</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-----------------------------------|--------------|--|--|--|------------------|
| 136. | DGN+ DSG | zu § 29 | Bei der Auswahl der zuständigen Stellen, die die Konsequenzen der Nichteinhaltung der Strukturmerkmale festlegen, müssen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden maßgeblich einbezogen werden. | DKG: Aus Sicht der DKG erfolgt die Feststellung durch die Vertragsparteien der Budgetverhandlung nach § 11 KHEntgG, da die im Rahmen dieser Anlage / des § 29 beschriebenen Abläufe letztlich die im Rahmen der Budgetverhandlungen getroffenen Zuschlagsvereinbarungen berühren. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sind selbstverständlich, wie auch von der DKG vorgesehen, über die Maßnahmen und Ergebnisse zu informieren, so dass auch sie bei Bedarf Krankenhausplanerische Maßnahmen ergreifen können. GKV-SV: Vgl. Nr. 133 | |
| § 30 Übergangsbestimmungen | | | | | |
| 137. | DGIIN | Zustimmung zum Vorschlag DKG zu § 30 Satz 2 | Zum Teil sind die Anforderungen an einen Barrierefreien Zugang nicht erfüllbar, daher sollten Einzelfallprüfungen ermöglicht werden. | GKV-SV: Die Kommentierung befürwortet den DKG-Vorschlag. Hierzu sei auch auf die Tragenden Gründe | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|------------|--|------------------|
| | | | | <p>des GKV-SV zu § 30 verwiesen.</p> <p>DKG: Zustimmung Kenntnisnahme.</p> | |

Stellungnahmen zu den Tragenden Gründen zu den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-----------------|---------------------|--|--|---|-------------------------|
| 1. | DGU | Den in den Tragenden Gründen niedergelegten Erklärungen der DKG zur Anpassung wird zugestimmt. | Der Wegfall der starren Zeitvorgabe von 30 Minuten wird ersetzt durch eine unverzügliche Verfügbarkeit für eine Situationseinschätzung und Beratung durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch. Die unverzügliche Verfügbarkeit muß der individuellen Notfallsituation angemessen sein. | GKV-SV: Die Kommentierung befürwortet den DKG-Vorschlag. Hierzu sei auch auf die Tragenden Gründe des GKV-SV verwiesen. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. | |
| 2. | DGN+ DSG | zu § 5 Absatz 2 Nummer 2 | Der Einschätzung der DKG in den Tragenden Gründen, dass keine zwingende organisatorische Zuordnung der Fachärzte zur Fachabteilung erforderlich und daher denkbar sei, dass der Dienst von Ärztinnen und Ärzten anderer Fachabteilungen übernommen werden kann, ist zu widersprechen. Es bleibt unklar, wie Fachärzte, die nicht organisatorisch der Fachabteilung zugeordnet sind, in Anbetracht rascher medizinischer Entwicklungen anhaltend „über die geforderten Qualifikationen“ verfügen können. Mit der Option eines fachübergreifenden Dienstes besteht die erhebliche Gefahr haftungsrechtlicher Risiken auf Grund | DKG: Siehe lfd. Nr. 18. GKV-SV: Die Kommentierung/ Begründung der Fachgesellschaften wird bezüglich der Notwendigkeit einer organisatorischen Zuordnung von Fachärzten zu Fachabteilungen zustimmend zur Kenntnis genommen. Der generelle Ausbau telemedizinischer Strukturen im Setting der Notfallversorgung wird abgelehnt. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|---|------------------|
| | | | der Schwierigkeiten bei der Einhaltung des Facharztstandards. Begegnet werden kann diesen Herausforderungen eher in besonderen Konstellationen wie beispielsweise mit telemedizinischen Strukturen, wie sie in vielen Regionen Deutschlands für die telemedizinische Schlaganfallversorgung auch bei Tele-Stroke Units in internistischen Abteilungen realisiert sind. | | |
| 3. | DGN+ DSG | zu § 9 | Auch Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung sollten die Verfügbarkeit 24/7 sicherstellen. Ist dies nicht ohnehin in Präsenz vorgesehen, muss hierfür zumindest ein Bereitschaftsdienst oder eine Rufbereitschaft eingerichtet werden. | DKG: Bezüglich der „24h/7d Verfügbarkeit“ wird unter anderem auf die ablehnenden Ausführungen der Fachgesellschaften und die entsprechende zustimmende Bewertung der DKG unter lfd. Nr. 23, 24, 26, 27, 28, 30, 36, 44 und 45 verwiesen GKV-SV: Die Begründung wird zur Kenntnis genommen. Siehe Auswertung unter Nr. 45 | |
| 4. | DGNI | Punkt 2.3. zu § 9 | Siehe auch Ausformulierung unter 1. zu §9. Die Forderung, dass ein Arzt mit entsprechender Zusatzweiterbildung „Klinische akut- und Notfallmedizin“ sowie eine Pflegekraft mit Zusatzweiterbildung „Notfallpflege“ zur | DKG: Siehe lfd. Nr. 36. GKV-SV: Die Begründung wird zur Kenntnis genommen. Siehe Auswertung unter Nr. 36 | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Verfügung stehen soll, ist aus Sicht der DGNI richtig. Allerdings erscheint es nicht notwendig, dass diese Person jederzeit sofort (wie in den tragenden Gründen aus Sicht des GKV-SV präzisiert) verfügbar sein muss (siehe Formulierung der GKV/LV in den „tragenden Gründen“). Dies ist auch bei anderen Fachabteilungen in der Notfallversorgung nicht der Fall (Intensivmedizin, Kardiologie, Neurologie, Neurochirurgie...). Sinnvoll erscheint, dass ein Arzt in Weiterbildung vor Ort der Notaufnahme zugeordnet und auch zeitlich verfügbar ist. Ein Hinzuziehen im Rahmen eines Bereitschafts- oder Rufdienstes erscheint ausreichend (siehe Formulierungsvorschlag der DGNI).</p> <p>Die Forderung nach einer Vorhaltung eines Arztes mit Zusatzbezeichnung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ erscheint auch aus den in den tragenden Gründen der DGK erläuterten Argumenten nicht zielführend, da die Anzahl des Kreises der ärztlichen Personen mit entsprechender Zusatzbezeichnung in Deutschland mit n=1379 viel zu gering wäre. Hinzu kommt, dass ein</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|------------------|
| | | | <p>signifikanter Anteil dieser Ärzte zwar die Bezeichnung erworben hat, mittlerweile aber nicht mehr primär in der Notfallversorgung tätig sein dürfte, sondern nach der erfolgreichen Weiterbildung wieder in den ursprünglichen Fachabteilungen arbeitet und damit für die Dienstabdeckung in der Notaufnahme auch nicht zur Verfügung stünde.</p> <p>Die Formulierungen der DGK wird der Notfallmedizin nicht gerecht, da die Inhalte des intensivmedizinischen Arbeitens aus pflegerischer Perspektive nicht den Inhalten einer Tätigkeit in einer Notaufnahme gerecht werden würden. Auch die ärztliche Qualifikation „Notfallmedizin“ erscheint nicht ausreichend, da die Weiterbildung zum Notfallmediziner rein auf die Präklinik ausgerichtet Inhalte beinhaltet. Eine reine Festlegung einer n-Zahl an Mitarbeitern mit Zusatzqualifikationen in der Notaufnahme erscheint ebenso nicht ausreichend, da dies nichts über ihre zeitliche Verfügbarkeit sagt. Zudem wären in der Praxis auch Modelle denkbar, wo die Notaufnahme in enger Kooperation auf ärztliches Personal mit Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | | Notfallmedizin“ aus anderen Fachabteilungen zugreifen könnte, die zeitweise die Versorgung von Patienten in der Notaufnahme sicherstellt (passager oder mit einem niedrigen Stellenanteil von <80% in der Notaufnahme). Es gibt keinen Grund zur Annahme, dass in solchen Modellen mit einer engen Kooperation zwischen Notaufnahme und anderen Fachabteilungen keine hervorragende Patientenversorgung in der Notaufnahme gewährleistet werden könnte. Dies wäre nach der Formulierung der UPV schlichtweg nicht vorgesehen. | | |
| 5. | DGIIN | Zu § 9 Die Definition der DKG wird bevorzugt. | Es sollte eine Trennung zwischen Qualifikation der Leitung und Präsenz von Fachpersonal erfolgen. Hinsichtlich der Präsenz sollten auch Fachärzte in Weiterbildung akzeptiert werden. | GKV-SV: Die Kommentierung befürwortet den DKG-Vorschlag. Hierzu sei auch auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9 verwiesen. DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme. | |
| 6. | DGIIN | Zu § 9 Die Definition der DKG wird bevorzugt aber nicht vollständig geteilt. | Ärzte: Bis auf die Ausweichmöglichkeit auf die Notfallmedizin statt der Klinischen Akut- und Notfallmedizin, welche 2 völlig verschiedene Weiterbildungsinhalte haben. Die DGIIN unterstützt die Einstellung der DGK, dass Fachärzte mit der ZWB KANM | GKV-SV: Die Kommentierung befürwortet in Teilen den DKG-Vorschlag. Hierzu sei auch auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 9 verwiesen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| | | | <p>rar sind und empfiehlt solche zu akzeptieren, die sich in dieser Weiterbildung befinden.</p> <p>Pflege: Die Zusatzqualifikation Notfallmedizin und Anästhesie-Intensivpflege sind nicht als Äquivalent anzusehen. Eine Besetzung der Notaufnahme mit einer Person mit Weiterbildung Notfallpflege pro Schicht soll bis zum 31.12.2026 angestrebt werden und in Ausnahmefällen < 20% der Schichten auch durch eine Rufbereitschaft gewährleistet sein dürfen.</p> | DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen. | |
| 7. | DGIIN | <p>Zu § 9</p> <p>Zur Zeit: Bei den 30 min muss definiert werden ab wann.</p> | Ab Krankenhausaufnahme ist das nicht sinnvoll, da Fachärzte auch schnell bei Pateinten sein müssen, die 60 min stabil in der Notaufnahme lagen und sich dann rapide verschlechtern. Diese schnelle Verfügbarkeit ist wichtig für alle Fachdisziplinen, die am Patienten tätig werden müssen. | <p>GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen. Die Kommentierung befürwortet die schnelle Verfügbarkeit von Fachärzten am Patienten.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> | |
| 8. | DGIIN | <p>Zu § 14</p> <p>Es sollten auch Fachärzte anerkannt werden die sich in der Weiterbildung zur Klinischen Akut- und Notfallmedizin befinden.</p> | | <p>GKV-SV: Siehe Argumentation zum Beschlussentwurf.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, betrifft jedoch den Vorschlag UPV /</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------------|---|--|--|------------------|
| | | | | GKV-SV, der von der DKG abgelehnt wird. | |
| 9. | DGNI | Punkt 2.6 zu §14 Vorschlag von UKV / GKV-SV Die Forderung das eine Ärztin oder ein Arzt mit der Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der Notaufnahme verfügbar sein muss ist abzulehnen. | Es ist nicht nachvollziehbar, dass eine Unterscheidung bezüglich der ärztlichen Zusatzqualifikation des Arztes in der Notaufnahme zwischen Basis- und erweiterter bzw. umfassender Notfallversorgung eingeführt werden soll. Eine Vorhaltung im Bereitschaftsdienst oder als Rufbereitschaft erscheint völlig ausreichend. Siehe auch Ausführungen zu §9 unter 1. und zu Punkt 2.3. unter 2. | DKG: Zustimmung, siehe lfd. Nr. 61. GKV-SV: Die Begründung wird zur Kenntnis genommen. Siehe Auswertung unter Nr. 61 | |
| 10. | DGN+ DSG | zu §§ 16 und 18 | Krankenhäuser der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung sollten die Verfügbarkeit 24/7 eines verantwortlichen Arztes, bzw. einer Ärztin und einer in der Notfallversorgung qualifizierten Pflegekraft sicherstellen. Letztlich müsste dies in der ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin verankert sein. Die Erfahrungen im Alltag legen nahe, dass besonderer Optimierungsbedarf in der Ersteinschätzung und Triagierung der Notfallpatienten besteht. Wartezeiten, Fehleinschätzungen und Fehlallokationen der Ressourcen wird gegenwärtig nicht ausreichend | DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen. GKV-SV: Die Begründung wird zustimmend zur Kenntnis genommen. Siehe auch die Auswertung unter Nr. 70. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | | entgegengewirkt. Von Seiten des G-BA sollte auf die Notwendigkeit besonderer Expertise in diesen Bereichen und die Entwicklung lokal angepasster Ersteinschätzungsverfahren hingewirkt werden. | | |
| 11. | DGIIN | Zu § 19 Es sollten auch Fachärzte anerkannt werden die sich in der Weiterbildung zur Klinischen Akut- und Notfallmedizin befinden. | | GKV-SV: Siehe Argumentation zum Beschlussentwurf. DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme, betrifft jedoch den Vorschlag UPV / GKV-SV, der von der DKG abgelehnt wird. | |
| 12. | DGN+ DSG | Zu § 24 | In der Regel erfolgt die Schwerverletztenversorgung in den Kliniken über den „Schockraum“. Hier werden regelhaft auch Patienten vorgestellt, die nicht offensichtlich traumatologische Ursachen einer schweren Bewusstseinsstörung aufweisen. In diesen Fällen liegt nicht selten eine neurologische oder auch internistische Ursache zu Grunde, die in der regelhaften Aufarbeitung im Schockraum nicht unmittelbar erfasst wird. Eine schwere bakterielle Meningitis oder ein Verschluss der A. basilaris stellen jedoch Erkrankungen mit sehr hoher Mortalität und | DKG: Kenntnisnahme, siehe auch lfd. Nr. 106. GKV-SV: Die Begründung wird zur Kenntnis genommen. Siehe Auswertung unter Nr. 106 | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------------|--------------------------------|---|--|------------------|
| | | | <p>zwingendem unmittelbaren Handlungsbedarf dar. Hier sollten Regelungen vorgehalten werden, die eine rasche und spezifische weitere Versorgung ermöglichen. Erleichtert würde dies zum Beispiel durch feste Kooperationsvereinbarungen.</p> <p>Die Erweiterung des Basisteam um neurologische fachärztliche Expertise erscheint aus neurologischer Sicht zwingend. Die Vorschläge sowohl von GKV als auch DKG fokussieren allein auf der Versorgung traumatologischer Patienten, was nicht die Realität im Schockraum widerspiegelt. Im Vorschlag der GKV ist dies zumindest indirekt und partiell erfasst, nachdem das Modul Schwerverletztenversorgung auch über die Möglichkeit einer Schlaganfalltherapie verfügen sollte. Der Versorgungsrealität für andere neurologische Notfälle wird dies aber nicht ausreichend gerecht.</p> | | |
| 13. | DGN+ DSG | Zu § 27 | Die Vorschläge der Regierungskommission zur Zentralisierung der Vorhaltungen in der Notfallmedizin bedürfen im Blick auf die Schlaganfallversorgung besonderer Aufmerksamkeit. Bereits aktuell ist erkennbar, dass ca. 3 Mio. der | <p>DKG: Kenntnisnahme, siehe auch lfd. Nr. 121.</p> <p>GKV-SV: Die Begründung wird zur Kenntnis genommen. Siehe Auswertung unter Nr. 121</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------------|--------------------------------|---|--|------------------|
| | | | <p>Bundesbürger nicht innerhalb von 30 Minuten eine qualifizierte Schlaganfallversorgung zur Verfügung gestellt werden kann. Wie die Simulationen zur Umsetzung der von der Regierungskommission vorgeschlagenen Zentralisierung erkennen lassen, würden auch geringe Reduktionen der verfügbaren Kliniken zu einer erheblichen Verschlechterung dieser Situation beitragen. Die Aufrechterhaltung bzw. ein geringfügig ergänzender Ausbau sowohl der lokalen aber auch in geeigneten Regionen der telemedizinischen Versorgung (Tele-Stroke Units) ist daher aus Sicht der Neurologie zwingend. Entsprechende Finanzierungsstrukturen müssen daher vorgesehen werden, z.B. über gestaffelte Zuschläge.</p> | | |
| 14. | DGN+ DSG | Zu § 29 | <p>Bei der Auswahl der zuständigen Stellen, die die Konsequenzen der Nichteinhaltung der Strukturmerkmale festlegen, müssen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden maßgeblich einbezogen werden. Dies erscheint aus Sicht der Neurologie insbesondere erforderlich, da die Strukturen der neurologischen Notfallversorgung sich</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme, siehe auch lfd. Nr. 136.</p> <p>GKV-SV: Die Begründung wird zur Kenntnis genommen. Siehe Auswertung unter Nr. 136</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>regional erheblich unterscheiden. Bundesweite Standardisierungen bergen die Gefahr regionaler Verschlechterungen der Versorgungsqualität, da Spezifika der Versorgungsrealität in den Regionen nicht ausreichend berücksichtigt werden können.</p> | | |

Eingegangene Stellungnahmen ohne Nutzung des Formulars

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

| Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--------------|---|------------|---|------------------|
| DGPPN | <p>Zur Diagnose und Behandlung von Notfällen beim Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen ist die entsprechende fachliche Kompetenz zwingend erforderlich. Da diese Patienten zu einem erheblichen Anteil primär im somatischen Hilfesystem versorgt werden, ist es kritisch, dass keine der in der G-BA-Richtlinie zu den Notfallstrukturen in Krankenhäusern genannten drei Notfallstufen den Einbezug von psychiatrischer Kompetenz vorsieht. Die DGPPN fordert daher erneut, dass psychiatrische Expertise in der allgemeinen Notfallversorgung repräsentiert sein muss. Dafür könnten auch konsiliarische oder telemedizinische Dienste genutzt werden.</p> <p><u>Reform der Notfallversorgung</u></p> <p>Im Referentenentwurf vom 07.06.2024 und im Kabinettsentwurf vom 17.07.2024 zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) werden psychisch kranke Menschen zwar als eine besonders vulnerable Patientengruppe identifiziert, die Strukturen der geplanten Notfallversorgung bilden deren besonderen Bedarf jedoch nicht ab. Die DGPPN hatte in der Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 25.06.2024 wesentliche Aspekte eines strukturierten Pfads für Menschen mit psychischen Erkrankungen innerhalb der medizinischen Notfallversorgung aufgeführt, die im nun vorliegenden Kabinettsentwurf leider nicht aufgegriffen wurden.</p> | - | <p>GKV-SV: Kommentierung siehe oben.</p> <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 2</p> | |

| Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--------------|--|------------|-------------------------|------------------|
| | <p>Die DGPPN hält es weiterhin für unabdingbar, dass psychiatrische Expertise in der allgemeinen Notfallversorgung repräsentiert sein muss. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden in Notfällen äußerst häufig nicht primär im psychiatrischen Hilfesystem, sondern vom kassenärztlichen Notdienst, in allgemeinen Notaufnahmen und Notfallkliniken behandelt. Dabei handelt es sich zum einem um Patienten, die schwer psychisch krank sind und gleichzeitig akut körperlich krank werden, also zum Beispiel einen Herzinfarkt, einen hochfieberhaften Infekt oder einen schweren Unfall erlitten haben. Zum anderen sind es aber auch klassische psychiatrische Notfälle zum Beispiel im Rahmen einer Depression, Suchterkrankung, Demenz, Angststörung oder Schizophrenie, die zur Einweisung in eine allgemeine Notfallklinik führen, etwa im Rahmen von deliranten Zustandsbildern, stuporösen Zuständen, Panikattacken, Suizidalität oder Erregungszuständen mit Fremdgefährdung. Dennoch wurde auf unseren Hinweis, dass das digitale Ersteinschätzungsinstrument alle in der Akut- und Notfallversorgung auftretenden psychiatrischen Behandlungsanlässe valide abbilden muss, im Kabinettsentwurf nicht eingegangen. Gleichfalls geht aus dem Kabinettsentwurf zur Reform der Notfallversorgung nicht hervor, wie die Einbindung psychiatrischer Fachärzte im Rahmen der neu geschaffenen Notfallversorgungsstrukturen sowie die Kooperation zwischen somatischen und psychiatrischen Kliniken, Rettungsdiensten bzw. den zuständigen Behörden und zukünftigen psychosozialen Notfall- und Krisendiensten funktionieren kann.</p> | | | |

| Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|--------------|--|------------|-------------------------|------------------|
| | <p><u>Stufen der Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V</u></p> <p>Die im Kabinettsentwurf zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) enthaltenen Integrierten Notfallzentren (INZ) haben gemäß Art. 1 Nr. 11 zum Ziel, die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. INZ sollen an Krankenhäusern eingerichtet werden, welche die Anforderungen des G-BA-Beschlusses nach § 136c Abs. 4 SGB V an eine Stufe der Notfallversorgung erfüllen. Je nach Art und Umfang der strukturellen, personellen und medizinischen-technischen Vorhaltungen geht es um Strukturen für eine Basisnotfallversorgung (Stufe 1), für die erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder die umfassende Notfallversorgung (Stufe 3). Nach der G-BA Richtlinie erfordert keine der drei Stufen den Einbezug einer fachpsychiatrischen Expertise in die Notfallversorgung.</p> <p>Die DGPPN fordert, dass in dem gestuften System von Notfallstrukturen schon ab der Basisnotfallversorgung zwingend fachärztlich-psychiatrische Kompetenz vorgehalten werden muss, um psychiatrische Notfälle (s. o.) erkennen und behandeln zu können. Die psychiatrisch-fachärztliche Expertise sollte jederzeit zur Verfügung stehen. Ggf. könnte die Einholung der notwendigen Expertise durch Nutzung konsiliarischer Dienste oder telemedizinisch ermöglicht werden. Diese Option der fachpsychiatrischen Konsultation sollte bereits ab der Stufe 1, der Basisnotfallversorgung an Krankenhäusern</p> | | | |

| Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-----------------|--|------------|-------------------------|------------------|
| | eingerrichtet werden. Die psychiatrisch gestützte Notfallversorgung an Krankenhäusern der Basisnotfallversorgung ist nicht budgetneutral umzusetzen und muss entsprechend auskömmlich finanziert werden. | | | |

A-5.2 Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

[siehe Anlage A Stellungnahmeverfahren 2024]

A-6 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 23. Oktober 2024 eingeladen.

Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat am 23. Oktober 2024 die mündliche Anhörung der eingeladenen stellungnahmeberechtigten Organisationen bzw. Institutionen durchgeführt.

[siehe Anlage A Stellungnahmeverfahren 2024].

A-7 Würdigung der Stellungnahmen

Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat die schriftlichen Stellungnahmen einzeln ausgewertet (vgl. Kapitel A-5.1). Die im Rahmen der mündlichen Anhörung vorgetragene(n) ergänzenden Aspekte wurden wie folgt ausgewertet:

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Inhalt der mündlichen Stellungnahme | Auswertung durch UA BPL |
|----------|------------------------|-------------------------------------|---|
| 1 | DGAI | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene(n) Aspekte insbesondere zur Anerkennung der Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und der Aufnahmepflicht auf Intensivstation (§§ 15 und 20) wurden gewürdigt und die Vorschläge in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen. |
| 2 | DGK | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene(n) Aspekte insbesondere zur Anerkennung der Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und zur fachärztlichen Präsenz innerhalb 30 Minuten wurden gewürdigt und die Vorschläge in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen. |
| 3 | DGP | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene(n) Aspekte zur strukturellen Berücksichtigung von pneumologischen Fachkrankenhäusern wurden gewürdigt. Den Änderungsvorschlägen hierzu kann für den GKV-SV in der vorgeschlagenen Form gefolgt werden. Der GKV-SV setzte sich aber für eine explizite Berücksichtigung von pneumologischen Fachkrankenhäusern im Modul Spezialversorgung (§ 26) ein, so dass diese Krankenhäuser weiterhin als Teilnehmer an der Notfallversorgung anerkannt werden würden. |
| 4 | DGOOC/ DGU/ DGOU | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene(n) Aspekte insbesondere zu den Anforderungen in § 24 wurden gewürdigt. |
| 5 | DGHNO- KHC | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung wurden keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Inhalt der mündlichen Stellungnahme | Auswertung durch UA BPL |
|-----------------|---------------------|--|--|
| 6 | DGMKG | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung wurden keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 7 | DGKJ | siehe Wortprotokoll | Die Ausführungen zu den pädiatrischen Fachkräften, zu der Anzahl der vorzuhaltenden Intensivbetten und der Vorhaltung bildgebender Diagnostik (MRT versus CT) wurden gewürdigt und die Vorschläge in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen. |
| 8 | DGINA | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte insbesondere zur Anerkennung der Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und zur fachärztlichen Präsenz innerhalb 30 Minuten wurden gewürdigt und die Vorschläge in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen. |
| 9 | DIVI | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte zu Anwendung eines digitalen Meldeportals zur Transparenz über die Nichterfüllungen von Anforderungen an den Notfallstufen-Regelungen wurden gewürdigt. Den Änderungsvorschlägen hierzu kann nicht gefolgt werden, da nach dem BSG-Urteil zu den Notfallstufen-Regelungen von April 2025 Regelungen zu Konsequenzen bei Nichterfüllungen von Anforderungen nach den Notfallstufen-Regelungen nicht vom gesetzlichen Regelungsauftrag des G-BA umfasst sind. Regelungen zur Höhe und näheren Ausgestaltung der Zu- und Abschläge sind von den Vertragspartnern in der Notfallstufenvergütungsvereinbarung zu vereinbaren. Auch die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte zur Anerkennung der Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ wurden gewürdigt und die Vorschläge in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen. |
| 10 | DGN/ DSG | siehe Wortprotokoll | GKV-SV: Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte zur telemedizinischen Versorgung in der Schlaganfallversorgung (zu § 27) wurden gewürdigt und der Beschlussentwurf dahingehend geändert. So setzte sich der GKV-SV dafür ein, dass in § 27 – Modul Schlaganfallversorgung der OPS-Kode 8-98b.3 mitaufgenommen wird. DKG: Auch die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte zur Anerkennung der Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und zur fachärztlichen Präsenz innerhalb 30 Minuten wurden gewürdigt und die Vorschläge in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen. |
| 11 | DGNI | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte zur Streichung der Einarbeitungszeit auf Intensivstationen in § 24 wurden gewürdigt. Den Änderungsvorschlägen hierzu |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Inhalt der mündlichen Stellungnahme | Auswertung durch UA BPL |
|-----------|--------------|-------------------------------------|---|
| | | | kann nicht gefolgt werden, da in § 24 die Anforderungen an überregionale Traumazentren aus dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung übernommen werden sollen. Auch die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte zur Anerkennung der Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ wurden gewürdigt. |
| 12 | DEGUM | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte insbesondere zur Einbeziehung der sonographischen Diagnostik wurden gewürdigt. |
| 13 | DDG | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung wurden keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |

Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat insgesamt nach § 10 Absatz 3, § 12 Absatz 3 und 4 des 1. Kapitels der VerFO des G-BA die in den mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen vorgebrachten Erkenntnisse, Einwände und Änderungsvorschläge eingehend ausgewertet und Änderungen des Beschlussentwurfs in den Sitzungen des Unterausschusses Bedarfsplanung am 23. Oktober 2024, 13. November 2024, 28. November 2024, 20. Januar 2025, 16. April 2025, 28. Mai 2025, 16. Juni 2025, 14. August 2025, 17. September 2025 und 8. Oktober 2025 beraten.

B Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens 2025

B-1 Einleitung des Stellungnahmeverfahrens und stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen

Der UA BPL hat in seiner Sitzung am 16. Juni 2025 beschlossen, das Stellungnahmeverfahren einzuleiten und gemäß §§ 91 Absatz 5 und Absatz 5a, 136c Absatz 4 Satz 4 SGB V, § 8 Absatz 2 und § 10 Absatz 2a des 1. Kapitels Verfo den folgenden Institutionen bzw. Organisationen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer,
- Bundeszahnärztekammer,
- Bundespsychotherapeutenkammer,
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
- Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit der Bitte um entsprechende Weiterleitung an die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften.

Der Beschlussentwurf und der Entwurf der Tragenden Gründe (siehe Kapitel C-4) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 3. Juli 2025 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

B-2 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist,
- dass bei nicht fristgerechtem Eingang einer schriftlichen Stellungnahme die Möglichkeit besteht, dass diese nicht mehr ausgewertet wird und in diesem Fall keine Einladung zur Anhörung erfolgt.

B-3 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Bundesärztekammer (BÄK) | Stellungnahme, 31.07.2025 |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|---|---------------------------------|
| Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) | Verzicht, 10.07.2025 |
| Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) | Verzicht, 18.07.2025 |
| Verband der Privaten Krankenversicherung e. V (PKV) | Stellungnahme, 25.07.2025 |
| Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK) | Verzicht, 30.07.2025 |
| von AWMF bestimmt | |
| Deutsche Adipositas Ges. (DAG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. AIDS-Gesellschaft (DAIG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Allergologie & klinische Immunologie (DGAKI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Allgemein- & Viszeralchirurgie (DGAV) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI) | Stellungnahme, 29.07.2025 |
| DGf Andrologie (DGA) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Angewandte Humanpharmakologie (AGAH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Angiologie - Gf Gefäßmedizin (DGA) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Arbeits – und Umweltmedizin (DGAUM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Arterioskleroseforschung (DGAF) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Arzneimittelanwendungsforschung (GAA) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf ärztliche Entspannungsmethoden (DGäEHAT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Audiologie (DGA) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Biologische Psychiatrie (DGBP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Biomedizinische Technik im VDE (DGBMT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Region d. Internat. Biometrische Gesellschaft (IBS-DR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Biophotonik & Lasermedizin (DGLM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Chirurgie (DGCH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Dermatologische Ges. (DDG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Diabetes Ges. (DDG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Endokrinologie (DGE) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Endoskopie & bildgebende Verfahren (DGE-BV) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Epileptologie (DGfE) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Ernährungsmedizin (DGEM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (EbM-Netzwerk) | [keine Stellungnahme abgegeben] |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|--|---------------------------------|
| DGf Gastroenterologie Verdauungs- & Stoffwechselkrankheiten (DGVS) | Stellungnahme, 24.07.2025 |
| DGf Gefäßchirurgie & Gefäßmedizin (DGG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Geriatrie (DGG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Gerontologie & Geriatrie (DGGG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Gerontopsychiatrie & -psychotherapie (DGGPP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Gynäkologie (DGGG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf HNO-Heilkunde (DGHNO-KHC) | Stellungnahme, 31.07.2025 |
| DGf Hämatologie & Medizinische Onkologie (DGHO) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Handchirurgie (DGH) | Stellungnahme, 30.07.2025 |
| DGf Hebammenwissenschaft (DGHWi) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Humangenetik (GfH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Hygiene & Mikrobiologie (DGHM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Hygiene Umwelt- & Präventivmedizin (GHUP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Hypertonie & Prävention (DHL) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Immungenetik (DGI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Immunologie (DGfI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Implantologie im Zahn-Mund-Kieferbereich (DGI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Infektiologie (DGI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Paul-Ehrlich-Gf für Infektionstherapie (PEG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Innere Medizin (DGIM) | Stellungnahme, 25.07.2025 |
| DIV für Intensiv- & Notfallmedizin (DIVI) | Stellungnahme, 30.07.2025 |
| DGf Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Kardiologie (DGK) | Stellungnahme, 31.07.2025 |
| DGf Kieferorthopädie (DGKFO) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH) | Stellungnahme, 31.07.2025 |
| DGf Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Kinderendokrinologie & -diabetologie (DGKED) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) | Stellungnahme, 31.07.2025 |
| DGf Kinder- & Jugendpsychiatrie & Psychotherapie (DGKJP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Kinderzahnmedizin (DGKiZ) | [keine Stellungnahme abgegeben] |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|--|---------------------------------|
| DGf Klinische Chemie & Laboratoriumsmedizin (DGKL) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Klinische Neurophysiologie & funktionelle Bildgebung (DGKN) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Klinische Pharmakologie & Therapie (DGKLiPha) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Klinische Psychotherapie & Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Klinische Toxikologie (klinitox) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Koloproktologie (DGK) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Kontinenz Gesellschaft (DKG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| BV Dt. Krankenhausapotheker (ADKA) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Krankenhaushygiene (DGKH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Krebsgesellschaft (DKG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Deutschsprachige Gf Kunst & Psychopathologie (DGPA) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Luft- & Raumfahrtmedizin (DGLRM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Ges. Deutschsprachiger Lymphologen (GDL) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Manuelle Medizin (DGMM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Medizinische Psychologie & Psychopathometrie (DGMPP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Medizinische Psychologie (DGMP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Medizinische Soziologie (DGMS) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Migräne- & Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (DGMKG) | Stellungnahme, 31.07.2025 |
| Mykologische Ges. (DMykG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neonatologie & Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) | Stellungnahme, 31.07.2025 |
| DGf Naturheilkunde (DGNHK) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Nephrologie (DGfN) | Stellungnahme, 29.07.2025 |
| DGf Neurochirurgie (DGNC) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neurogastroenterologie & Motilität (DGNM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neurointensiv- & Notfallmedizin (DGNI) | Stellungnahme, 18.07.2025 |
| DGf Neurologie (DGN) | Stellungnahme, 31.07.2025 |
| DGf Neuromodulation (DGNM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neuropädiatrie (GNP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neuropathologie & -anatomie (DGNN) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| AGf Neuropsychopharmakologie & Pharmakopsychiatrie (AGNP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neuroradiologie (DGNR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|--|---------------------------------|
| DGf Neurorehabilitation (DGNR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Notfallmedizin (DGINA) | Stellungnahme, 31.07.2025 |
| DGf Nuklearmedizin (DGN) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Ophthalmologische Ges. (DOG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Orthopädie & Orthopädische Chirurgie (DGOOC) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) | Stellungnahme, 30.07.2025 |
| Dachverband Osteologie - Dachverband (DVO) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Osteologie (DGO) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Pädiatrische Gastroenterologie & Ernährung (GPGE) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| AG Pädiatrische Immunologie (API) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Pädiatrische Infektiologie (DGPI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Pädiatrische Kardiologie (DGPK) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Pädiatrische Allergologie & Umweltmedizin (GPA) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Pädiatrische Nephrologie (GPN) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Pädiatrische Onkologie & Hämatologie (GPOH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Pädiatrische Pneumologie (GPP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Pädiatrische Radiologie (GPR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Palliativmedizin (DGP) | Stellungnahme, 28.07.2025 |
| Deutschspr. Med. Gf Paraplegiologie (DMGP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Parkinson & Bewegungsstörungen (DPG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Parodontologie (DG PARO) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Pathologie (DGP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Perinatale Medizin (DGPM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Pflegewissenschaft (DGP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Pharmakologie (DGP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGF Pharmazeutische Medizin (DGPharMed) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Phlebologie (DGP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Phoniatrie & Pädaudiologie (DGPP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Physikalische Medizin & Rehabilitation (DGPMR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Phytotherapie (GPT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Plastische & Wiederherstellungschirurgie (DGPW) | [keine Stellungnahme abgegeben] |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|---|--|
| DGf Plastische, Rekonstruktive & Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) | Stellungnahme, 30.07.2025 |
| DGf Pneumologie & Beatmungsmedizin (DGP) | Stellungnahme, 29.07.2025 |
| DGf Prävention & Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Prothetische Zahnmedizin & Biomaterialien (DGPro) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Psychiatrie & Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Psychoanalyse Psychotherapie Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Psychologische Schmerztherapie & -Forschung (DGPSF) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Psychosomatische Frauenheilkunde & Geburtshilfe (DGPFH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Psychosomatische Medizin & Ärztliche Psychotherapie (DGPM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Deutschspr. Gf Psychotraumatologie (DeGPT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Public Health (DGPH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Ges. zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien (INSTAND) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Radioonkologie (DEGRO) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Rechtsmedizin (DGRM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Rehabilitationswissenschaften (DGRW) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Reproduktionsmedizin (DGRM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Rheumatologie (DGRh) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Röntgengesellschaft (DRG) | Stellungnahme (Verfristet), 01.08.2025 |
| Gf Schädelbasischirurgie (GSB) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Schlafforschung & Schlafmedizin (DGSM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Schlaganfall-Ges. (DSG) | Stellungnahme, 31.07.2025 |
| Dt. Schmerzgesellschaft | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Senologie (DGS) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Sepsis-Gesellschaft (DSG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Sexualmedizin & Sexualpsychologie (DGSMP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Ges. zur Förderung der Sexuelle Gesundheit (DSTIG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Sozialmedizin & Prävention (DGSMP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Sozialpädiatrie & Jugendmedizin (DGSPJ) | [keine Stellungnahme abgegeben] |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|--|----------------------------------|
| DGf Sportmedizin & Prävention (DGSP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Suchtforschung & -therapie (DG-Sucht) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Tauch- & Überdruckmedizin (GTÜM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Thoraxchirurgie (DGT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Thorax-, Herz. & Gefäßchirurgie (TGTHG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Thrombose- & Hämostaseforschung (GTH) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Transfusionsmedizin & Immunhämatologie (DGTI) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Transitionsmedizin (GfTM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Transplantationsgesellschaft (DTG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Tropenmedizin & Internationale Gesundheit (DTG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Ultraschall in der Medizin (DEGUM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Unfallchirurgie (DGU) | Stellungnahme, 30.07.2025 |
| DGf Urologie (DGU) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Verbrennungsmedizin (DGV) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Verhaltensmedizin & Verhaltensmodifikation (DGVM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Ärztliche Gf Verhaltenstherapie(DÄVT) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Verkehrsmedizin (DGVM) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Gf Virologie (GfV) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Wehrmedizin & -pharmazie (DGWMP) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Dt. Wirbelsäulengesellschaft (DWG) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Wundheilung & Wundbehandlung (DGfW) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Zahn- Mund- & Kieferheilkunde (DGZMK) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Zahnerhaltung (DGZ) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| DGf Zytologie (DGZ) | [keine Stellungnahme abgegeben] |
| Weitere (nicht Stellungnahmeberechtigte) | |
| Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA) – nicht stellungnahmeberechtigt | Stellungnahme, 29.07.2025 |
| Pflegekammer Nordrhein-Westfalen (BPE-NRW) – nicht stellungnahmeberechtigt | Stellungnahme, 29.07.2025 |
| Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) – nicht stellungnahmeberechtigt | Stellungnahme, 31.07.2025 |
| Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) – nicht stellungnahmeberechtigt | Stellungnahme, 31.07.2025 |

| Stellungnahmeberechtigte | Eingang der Stellungnahme |
|--|---------------------------|
| Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) – nicht stellungnahmeberechtigt | Stellungnahme, 31.07.2025 |

B-4 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

[siehe Anlage B Stellungnahmeverfahren 2025]

B-5 Schriftliche Stellungnahmen

Im Folgenden ist die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen der stellungnahmeberechtigten Organisationen bzw. Institutionen im Stellungnahmeverfahren 2025 dokumentiert. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind im Kapitel B-5.2 abgebildet.

B-5.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|---|---|---|------------------|
| 1. | § 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an der Notfallversorgung | | | | |
| 2. | § 3 Abs. 2 | | | | |
| 3. | DGNI | Die Streichung der Vorgabe des GKV-SV ist abzulehnen. | Eine Gleichstellung hinsichtlich der Basisnotfallversorgung von den Kliniken, die an der speziellen Notfallversorgung teilnehmen, erscheint aus neurologischer Sicht sinnvoll. Hintergrund ist, dass Kliniken, die unter §27 Modul Schlaganfallversorgung fallen, meist maßgeblich an der regionalen Versorgung von Notfallpatienten teilnehmen. Über 50% der als Schlaganfall angekündigten Patienten leiden unter anderen Erkrankungen, also an keinem Schlaganfall. Da dies aber präklinisch nicht klar ersichtlich ist, müssen diese Patienten lokal auch ohne Vorliegen eines Schlaganfalls als Notfall behandelt werden können. Es wäre nicht nachvollziehbar, wenn diese Patienten dann immer „sekundär“ verlegt werden müssten, um die Behandlung in einer Notaufnahme der gestuften Notfallversorgung sicher zu stellen. | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung, da es sich um eine ausgelaufene Übergangsregelung handelt. Über das Modul Spezialversorgung werden Kliniken abgebildet, die regelmäßig an der Notfallversorgung teilnehmen, jedoch nicht die Anforderungen der Stufen erfüllen. Siehe TrG zu § 3 (2) und die Stellungnahme der DGINA. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| 4. | DGIM | § 3 Abs. 2 Position DKG: Ablehnung | Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschläge-Regelungen können nicht einfach der Notfallstufe 1 zugeordnet werden, wenn sie nicht die Strukturvoraussetzungen erfüllen. Die Notfallstufenregelungen umfasst ja gerade eine Mindest-Strukturqualität, die im Notfall besonders wichtig ist. Die Aushöhlung würde das gesamte System ad absurdum geführt. | <p>DKG: Diese Regelung ist bereits in der bestehenden Nfst-R verankert. Hierbei handelt es sich um eine Regelung, die verhindert, dass Sicherstellungskrankenhäuser ggf. einen Abschlag hinnehmen müssen. Aufgrund der gesetzlichen Regelung, dass Sicherstellungskrankenhäuser nicht die Basisnotfallversorgungsstufe des G-BA erfüllen müssen, ist diese Vorgabe zur Vermeidung eines Abschlages derzeit weiterhin notwendig. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. Siehe zudem Kommentierung unter 3.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|---|--|---|------------------|
| 5. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin | § 3 Abs. 2 Vorschlag der DKG wird unterstützt: Krankenhäuser, welche nicht nach Absatz 1 o-der Absatz 2 einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet werden, aber die notwendigen Vor-haltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die entsprechenden Vorgaben der §§ 3 und 4 der Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) erfüllen, werden mindestens der Stufe 1 der Notfallversorgung zugeordnet. | Eine Einordnung von Spezialversorgern bzw. Fachkliniken, die nicht regulär an der Notfallversorgung teilnehmen, mindestens auf der Stufe 1 der Notfallversorgung wird ausdrücklich unterstützt. Spezialversorger und Fachkliniken sollten im Notfallsystem mit den entsprechenden Rechten und Pflichten versehen werden, wodurch die essentielle Rolle in der Patientenversorgung verdeutlicht wird. | DKG: Siehe lfd. Nr. 3 GKV-SV: Siehe Kommentierung unter 3. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| 6. | DIVI | § 3 Abs. 2 Die DIVI lehnt den Änderungsvorschlag der DKG ab. | Eine Zuordnung der "Sicherstellungshäuser" mindestens zur Stufe 1 der Notfallversorgung entspricht nicht der Systematik der gestuften Notfallversorgung. Sicherstellungshäuser, die nicht die Anforderungen einer Stufe erfüllen, können auch nicht einer Stufe zugeordnet werden. Für die Sicherstellungshäuser müssen im Verlauf gesonderte Kriterien für die Notfallversorgung festgelegt werden. | DKG: Siehe lfd. Nr. 4 GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen; siehe auch Kommentierung unter 3. | |
| 7. | DGINA | § 3 Abs. 2 Ablehnung der DKG-Position | Eine Zuordnung der "Sicherstellungshäuser" mindestens zur Stufe 1 der Notfallversorgung entspricht nicht der Systematik der gestuften Notfallversorgung. Sicherstellungshäuser, die nicht die Anforderungen einer Stufe erfüllen, können auch nicht einer Stufe zugeordnet werden. Allein die Tatsache, als Sicherstellungshaus eingestuft zu werden, rechtfertigt die Zuordnung nicht, da auch gerade im Sinne einer Sicherstellung der Versorgung für die Notfallversorgung bestimmte strukturelle, personelle und fachliche Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Mit der Position der DKG erfolgt eine Gleichstellung der Sicherstellungshäuser (die die Anforderungen der Stufe 1 nicht erfüllen) mit den Häusern, die die Anforderungen erfüllen. Aus Sicht der DGINA ist dies abzulehnen. Für die Sicherstellungshäuser müssen im Verlauf gesonderte Kriterien für die Notfallversorgung festgelegt werden. | DKG: Siehe lfd. Nr. 4 GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. Siehe auch Kommentierung unter 3. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| 8. | DGK | §3 Abs. 2 (Ausnahmeregelung für sogenannte Sicherstellungshäuser im ländlichen Raum) Unterstützung Vorschlag DKG | Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) unterstützt den Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), dass die 129 bedarfsnotwendigen Krankenhäuser (sogenannte Sicherstellungshäuser) im ländlichen Raum mindestens die Stufe der Basisnotfallversorgung erhalten. | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen, wird abgelehnt.</p> <p>Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung, da es sich um eine ausgelaufene Übergangsregelung handelt.</p> <p>Über das Modul Spezialversorgung werden Kliniken abgebildet, die regelmäßig an der Notfallversorgung teilnehmen, jedoch nicht die Anforderungen der Stufen erfüllen. Auch Sicherstellungshäuser haben ein Mindestmaß an Anforderungen zu erfüllen, um notfall-medizinische Versorgung gewährleisten zu können.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|------------|---|--|--|---|---|
| | | | | Siehe auch TrG zu § 3 (2) und Stn DGINA. | |
| 9. | § 5 Grundlagen des Stufenmodells | | | | |
| 10. | BÄK | Voraussetzungen für das Vorliegen einer Fachabteilung einschließlich der zeitlichen Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten der für die jeweilige Stufe vorgeschriebenen Fachabteilungen Beabsichtigte Neuregelung: Eine der Voraussetzungen für das Vorliegen einer Fachabteilung ist nach aktuellem Regelungsstand, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt zu jeder | Die Bundesärztekammer hat schon in ihrer „Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstufen in Krankenhäusern“ vom 14.02.2018 darauf hingewiesen, dass eine starr vorgegebene Verfügbarkeit von Fachärzten am Patienten innerhalb von 30 Minuten unter Versorgungsgesichtspunkten nicht sachgerecht ist. Fachärztinnen und Fachärzte in der Rufbereitschaft bzw. im sogenannten „Hintergrunddienst“ tragen die Verantwortung für eine ausreichende Absicherung des Facharztstandards. Dabei kommt es auf eine Vielzahl von Faktoren an, die vom jeweiligen Patientenkontext, von der Abteilungsgröße und auch von der konkreten Qualifikation der bzw. des jeweils vor Ort (im „Vordergrunddienst“) tätigen ärztlichen Personals bestimmt werden. Eine starre Vorgabe von 30 Minuten wird dem nicht gerecht. Sie ist arbeitsrechtlich zudem nur bei Anwesenheit der Ärztin oder des Arztes am Standort zu gewährleisten (also im Schichtdienst oder mindestens im | DKG: Zustimmung, wobei den Ausführungen zur Einbindung von Belegärztinnen und Belegärzten nicht zugestimmt werden kann, da sie nicht vollumfänglich in der Notaufnahme tätig sind und nicht Teil der bestehenden Dienststrukturen des Krankenhauses sind. KBV: Zustimmung zur SN der BÄK. Formulierungsvorschlag der BÄK zu den Belegärzten kann übernommen werden | KBV: Übernahme des Textvorschlags der BÄK: „Angestellte Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses sind der Fachabteilung bzw. Belegärztinnen und Belegärzte der Belegabteilung zugeordnet und haben |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|--|
| | | <p>Zeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar ist. Die DKG spricht sich dafür aus, diese „starre Zeitvorgabe“ insofern zu flexibilisieren, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt „unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar“ ist, „z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.“ In den tragenden Gründen wird ausgeführt, dass die unverzügliche Verfügbarkeit dabei der entsprechenden individuellen Notfallsituation des Patienten oder der Patientin angemessen sein sollte. KBV und LV sprechen sich dafür aus, dass in</p> | <p>sogenannten Bereitschaftsdienst¹); als Konsequenz stehen die betreffenden Ärztinnen und Ärzte am Folgetag nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung. Insgesamt kann daraus gerade in kleineren Krankenhäusern und Fachabteilungen folgen, dass die Versorgung insgesamt nicht besser, sondern schlechter wird. Aus diesem Grund hatten wir damals schon einen Regelungsvorschlag der DKG befürwortet, nach dem für die Basisnotfallversorgung eine Dienstbereitschaft im Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst oder Rufdienst zulässig gewesen wäre. Diese Auffassung vertreten wir auch weiterhin. Alternativ hatten wir damals eine Formulierung befürwortet, die einen beschränkten Spielraum zuließe, z. B. „in der Regel innerhalb von 30 Minuten“. Den Einsatz von Telemedizin hält die Bundesärztekammer für sinnvoll. Die Einbindung von Belegärztinnen und Belegärzten in den Fachabteilungen von Krankenhäusern begrüßt die Bundesärztekammer, soweit dabei reibungslose interne Arbeitsabläufe sichergestellt sind. Es wird daher die folgende Formulierung vorgeschlagen: „Angestellte Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses sind der Fachabteilung bzw. Belegärztinnen und Belegärzte der Belegabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer“</p> | <p>GKV-SV <i>30 Minuten-Regelung:</i> Zur Kenntnis genommen. Vorschlag wird abgelehnt. Der GKV-Spitzenverband sieht keine Änderung der bestehenden Regelungen vor. Die vorgeschlagene Ausweitung der Verfügbarkeitszeit auf 60 Minuten bei telemedizinischem Echtzeitzugriff wird abgelehnt. Die Beibehaltung der 30-Minuten-Regelung zur Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbands zwingend erforderlich. Sie stellt sicher, dass bei zeitkritischen Notfällen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Polytrauma eine fachärztliche Versorgung ohne Verzögerung gewährleistet ist. Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf eine garantierte, schnelle</p> | <p>die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer“</p> |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|---|------------------|
| | | <p>Bezug auf die Definition einer Fachabteilung Belegärztinnen und Belegärzte den angestellten Ärztinnen und Ärzten des Krankenhauses gleichgestellt sein sollten („Angestellte Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses oder Belegärztinnen und Belegärzte sind der Fachabteilung bzw. Belegabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer“). Die Einbindung von Belegärztinnen und Belegärzten in den Fachabteilungen von Krankenhäusern begrüßt die Bundesärztekammer,</p> | | <p>und sichere Versorgung im Notfall. Die 30-Minuten-Regel ist der zentrale Ankerpunkt für diese Garantie.</p> <p>Darüber hinaus ermöglicht die konkrete Zeitvorgabe eine bundesweit einheitliche und objektiv überprüfbare Bewertung der Versorgungsstrukturen. Eine Ausweitung oder unbestimmte Formulierung („unverzögerlich“) würde die Vergleichbarkeit zwischen Krankenhausstandorten erheblich einschränken und die Steuerungswirkung der Regelung untergraben.</p> <p>Telemedizinische Konsultationen können die Versorgung unterstützen, ersetzen jedoch nicht die physische Präsenz bei invasiven Maßnahmen oder der klinischen Einschätzung.</p> <p>Die Regelung hat sich in der Praxis bewährt und wird von zahlreichen Fachgesellschaften (u. a.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|--|------------------|
| | | soweit dabei reibungslose interne Arbeitsabläufe sichergestellt sind. Es wird daher die folgende Formulierung vorgeschlagen: „Angestellte Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses sind der Fachabteilung bzw. Belegärztinnen und Belegärzte der Belegabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer“ | | DIVI, DGOU, DGU) ausdrücklich unterstützt. <i>Belegärzte:</i> Kenntnisnahme. Siehe dazu Ausführungen unter Nr. 22. Es wird auf die Stellungnahmen von DGIM, DGINA, DIVI und DGAI/ BDA verwiesen. | |
| 11. | § 5 Abs. 2 | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|---------------------|
| 12. | DGNI | Die Vorschläge einer zeitlichen Koppelung der Facharztvorhaltung (innerhalb von 30 Minuten bzw. 60 Minuten) wie durch GKV-SV/PatV und LV wird abgelehnt. Der Vorschlag der DKG erscheint sinnvoll und zeitgemäß. | Eine zeitliche Koppelung, wie lange ein Facharzt benötigen darf, bis er in der Klinik präsent ist, hat zu Recht immer wieder für Diskussionen auf mehreren Ebenen geführt (Tarifrecht, Aufenthaltsbestimmung des Arztes, etc.). Sinnvolle und praxistaugliche Kompromisse fehlen bis heute; dabei macht es keinen Unterschied, ob die zeitliche Frist mit 30 oder 60 Minuten angegeben wird. Eine Formulierung wie von der DKG vorgeschlagen erscheint dagegen sinnvoll, umsetzbar, trägt modernen telemedizinischen Möglichkeiten Rechnung und zielt aus Sicht der DGNI medizinisch inhaltlich auf eine inhaltlich hochwertige. Eine Verbesserung der medizinischen Qualität durch eine vorgeschriebene Vorhaltung eines Facharztes innerhalb von 30 bzw. 60 Minuten vor Ort bringt in unseren Augen keinen weiteren Vorteil (ggf. sogar Nachteil im Vergleich zur sofortigen telemedizinischen Verfügbarkeit wie von der DKG vorgeschlagen). | DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme GKV-SV: Siehe Kommentierung unter 10. | |
| 13. | DGIM | § 5 Abs. 2 Nummer 2 Position KBV/LV Ablehnung | Belegärztinnen und Belegärzte bzw. Belegabteilungen können nur dann der Notfallversorgung zugerechnet werden, wenn sie auch vollumfänglich in der Notaufnahme tätig sind, und nicht nur „nebenbei“. Sie sind zudem nicht Teil der bestehenden Dienststrukturen des Krankenhauses. Eine gleichwertige Einordnung gegenüber angestellten Ärztinnen und Ärzten der Krankenhäuser, die in die klinischen Notfallversorgungsprozesse vollständig integriert sind, ist daher nicht möglich. | DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme KBV: Kenntnisnahme. Belegärztinnen und Belegärzte sollen gem. Position der KBV den angestellten Ärztinnen und Ärzten gleichgestellt werden; sie sollen nicht zwingend der Notfallversorgung im Sinne | KBV: Keine Änderung |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|--|------------------|
| | | | | <p>einer ausschließlichen Tätigkeit in der Notaufnahme zugerechnet werden. Eine vollumfängliche Tätigkeit in der Notaufnahme widerspricht einer belegärztlichen Tätigkeit.</p> <p>GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. Siehe auch Kommentierung unter 10.</p> | |
| 14. | DGIM | § 5 Abs. 2 Nummer 2 Position GKV-SV/PatV | <p>Die 30-Minuten-Regelung stellt seit vielen Jahren einen Streitpunkt dar, insbesondere wenn die Auslegung weiterhin so streng erfolgt wie bisher. Aus Sicht der Patientensicherheit und der Qualität ist die schnellstmögliche <u>persönliche Anwesenheit</u> des Hintergrunddienstes entscheidend. Eine ersatzlose Streichung der 30 Minuten Regel oder eine telemedizinische Beratung sind bei lebensbedrohlichen Erkrankungen keine Alternative. Wir sprechen uns dafür aus, eine Zeitregelung beizubehalten, empfehlen aber eine Ausweitung auf 40 Minuten ab Alarmierung.</p> | <p>DKG: Zustimmung, wobei eine Ausweitung auf 40 Minuten die generelle Problematik in diesem Punkt nicht lösen wird, da auch dieser Wert durch keine Evidenz belegt ist. Die DKG spricht sich daher weiterhin für ihren Vorschlag aus.</p> <p>GKV-SV: Generell zustimmend zur Kenntnis genommen. Bzgl. der vorgeschlagenen Ausweitung wird auf die</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|--|---|---|------------------|
| | | | | Kommentierung unter 10. verwiesen. | |
| 15. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin | § 5 Absatz 2 Vorschlag der DKG wird unterstützt | Der Vorschlag entspricht der aktuellen Entwicklung technischer Hilfsmittel. Auf der Basis der unverzüglichen Einschätzung kann individuell entschieden werden, welche Maßnahmen in welcher Reihenfolge und Dringlichkeit bereits durch den anwesenden Arzt durchgeführt werden sollen und welche Maßnahmen einer fachärztlichen Durchführung bedürfen. Die unverzügliche fachärztliche Einschätzung wird in vielen Fällen sogar die Zeit zur Einleitung medizinisch notwendiger Maßnahmen im Vergleich zum GKV-SV/PatV-Vorschlag verkürzen. | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: Siehe Kommentierung unter 10. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|---------------------|
| 16. | DGAI | Vorschlag KBV zu § 5 Grundlagen des Stufenmodells Absatz 2 Nummer 2 | Die von der KBV geforderte Ergänzung von Belegärztinnen und Belegärzten als Äquivalent zu in den Kliniken festangestellten Fachärztinnen und Fachärzten hinsichtlich der Erfüllbarkeit der Vorgabe einer sichergestellten Präsenz an der Patientin oder am Patienten kritisch gesehen. Ein Direktionsrecht der Leitungen der entsprechenden Kliniken und der jeweiligen ZNA gegenüber den betreffenden Kolleginnen und Kollegen besteht nicht, daher ist eine entsprechende Weisung nur über z.B. Dienstvereinbarungen zu realisieren. | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme KBV: Kenntnisnahme GKV-SV: Zustimmung zur Kenntnis genommen. Siehe auch Kommentierung unter 22. | KBV: Keine Änderung |
| 17. | DIVI | § 5 Abs. 2 2. Änderungsvorschlag der KBV/LV: „... oder Belegärztinnen und Belegärzte sind der Fachabteilung bzw. Belegabteilung“ Die DIVI lehnt die Änderungsvorschläge von KBV und LV ab. Der bisherige Wortlaut sollte behalten bleiben. | Belegärztinnen und -ärzte sind in der Regel nur unzureichend mit den internen Strukturen der Häuser vertraut, die gerade in der Notfallversorgung eine essenzielle Rolle spielen. Eine moderne Notfallversorgung erfordert Präsenz, klare Zuständigkeiten und eine enge Anbindung an klinikinterne Abläufe – Voraussetzungen, die im belegärztlichen System strukturell nicht erfüllt sind. Eine Belegabteilung ist somit <u>nicht</u> mit einer Fachabteilung gleichzusetzen. | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme KBV: Kenntnisnahme; Verweis auf die TG GKV-SV: Zustimmung zur Kenntnis genommen. Siehe auch Kommentierung unter 22. | KBV: Keine Änderung |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|----------------------------|
| 18. | DIVI | <p>§ 5 Abs. 2 2. Änderungsvorschläge LV und DKG: „... innerhalb von xxx an der Patientin oder am Patienten verfügbar.“</p> <p>Die DIVI lehnt die Änderungsvorschläge von LV und DKG ab. Der bisherige Wortlaut sollte behalten bleiben.</p> | <p>Der Facharztstandard muss innerhalb von ca. 30 Minuten am Patienten verfügbar sein, wobei die Option eines Rufdienst gegeben sein muss. Eine rein telemedizinische Konsultation genügt den Anforderungen einer sicheren und leitliniengerechten innerklinischen Notfallversorgung nicht. Die Ausweitung der Verfügbarkeit auf 60 Minuten ist insbesondere in zeitkritischen Versorgungssituationen potenziell patientengefährdend und daher fachlich nicht vertretbar.</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Eine persönliche Patientensichtung ist nicht immer erforderlich. Vielmehr sollte, bspw. in den Tragenden Gründen, klargestellt sein, dass auch die unverzügliche persönliche Sichtung möglich sein soll, aber nicht erfolgen muss.</p> <p>GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. Siehe auch Kommentierung unter 10.</p> | |
| 19. | DGN und DSG | <p>§ 5 Abs 2 Nr. 2 Unterstützung Vorschlag DKG</p> | <p>Ist die Einhaltung der medizinischen Grundsätze bei der Hinzuziehung einer angestellten Fachärztin oder eines Facharztes in vollem Umfang auch im Hinblick auf die technischen Voraussetzungen gewährleistet, ist der Vorschlag der DKG zu unterstützen. Eine Ausweitung der Zeitvorgaben ist nicht sachgerecht.</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentierung unter 10.</p> | |
| 20. | DGINA | <p>§ 5 Abs. 2 Nr. 2 Ablehnung der Position KBV/LV</p> | <p>Durch die Gleichstellung von Belegärztinnen und Belegärzten mit angestellten Ärztinnen und Ärzten des Krankenhauses, die einer Fachabteilung bzw. Belegabteilung zugeordnet sind, können zusätzliche Fachabteilungen generiert werden, die jedoch nicht den Anforderungen an eine Fachabteilung im Sinne § 5 Abs. (1) 1. entsprechen. Eine Definition zur Belegabteilung fehlt. Belegärzte sind nicht regelhaft</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>KBV: Kenntnisnahme; Begründung s. TG</p> | <p>KBV: Keine Änderung</p> |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | | und umfänglich in die Strukturen der Klinik integriert. Darüber hinaus ist der Klinikträger den Belegärzten gegenüber nur begrenzt weisungsbefugt hinsichtlich Dienst- und Anwesenheitszeiten sowie der Einhaltung medizinischer und organisatorischer SOPs. | GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. Siehe auch Kommentierung unter 22. | |
| 21. | DGINA | <p>§ 5 Abs. 2 Nummer 2</p> <p>Zustimmung zur Position der LV</p> <p>mit folgenden Ergänzungen/Änderungen:</p> <p>„[...] innerhalb von maximal 60 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar, wenn der Rufdienst jederzeit telemedizinisch unter Einhaltung datenschutzrechtlich konformer Bedingungen in Echtzeit („realtime“) online auf das Krankenhausinformationssystem (KIS) zugreifen kann und Einblick in die Patientenakte, den</p> | <p>Die „Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten“ würde unter §5 für alle Fachrichtungen des Standortes gelten. Dies kann zur Folge haben, dass die Fachärztinnen und Fachärzte aller Fachabteilungen eines Standortes im Krankenhaus in Bereitschaft sein müssen. Dies ist bei Krankheitsbildern / Notfällen bestimmter Fachabteilungen nicht zwingend notwendig, da durch nebenstehende Formulierung eine adäquate und sichere Notfallversorgung gewährleistet werden kann.</p> <p>Für zeitkritische Notfälle ist die „Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten“ Fachärztinnen und Fachärzten bestimmter Fachabteilungen unabdingbar. Diese Fachabteilungen können unter den entsprechenden Anforderungen der einzelnen Stufen definiert werden.</p> <p>Hierdurch kann eine ressourcenschonende und effiziente Versorgung von Notfallpatientinnen und Patienten ermöglicht werden.</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme, die Position der LV würde sicherlich eine deutliche Verbesserung der aktuellen Situation ermöglichen, bleibt jedoch hinter dem aktuellen Vorschlag der DKG zurück.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bei Konstellationen, in denen eine Leistung unter Abwägung der Patientensicherheit und der aktuellen evidenzbasierten Medizin telemedizinische erbracht werden kann, wurden diese bereits in den Regelungstext aufgenommen (siehe bspw. § 11 Absatz 1 Nr. 2).</p> <p>Zudem wird auf die Kommentierung unter 10. verwiesen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|-------------------------|------------------|
| | | <p>Behandlungsablauf, Laborbefunde, radiologische Untersuchungen (Röntgenbilder, CT) und radiologische Befunde sowie Sonographie-Untersuchungen hat. Ist dies nicht nachweisbar, ist eine Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten erforderlich (Position von GKV/SV).</p> <p>Die Verfügbarkeit innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten ist für Fachärztinnen und Fachärzte bestimmter Fachrichtungen in § 9, § 14 und § 19 gesondert geregelt.“</p> | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|---------------------|
| 22. | DGK | <p>§ 5 Abs. 2 (Definition einer Fachabteilung im Stufenmodell)</p> <p>Unterstützung Vorschlag KBV</p> | <p>Die DGK unterstützt den Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dass neben angestellten Fachärztinnen und Fachärzten des Krankenhauses auch Belegärztinnen und Belegärzte (BA) mit entsprechender Qualifikation einer entsprechenden Fachabteilung zugeordnet werden können und sich an der Sicherstellung eines Bereitschafts- oder Rufdienstes beteiligen können. BA sind genauso wie angestellte Ärztinnen und Ärzte vertraglich an das Krankenhaus gebunden.</p> <p>Die DGK spricht sich gegen eine generelle Festschreibung einer Minutenregelung aus, innerhalb derer eine Fachärztin oder Facharzt (FA) beim Patienten oder bei der Patientin erscheinen muss.</p> <p>Die DGK unterstützt vielmehr den aus unserer Sicht sehr praxisnahen Vorschlag der DKG wonach ein qualifizierter FA für die jeweilig geforderte Fachrichtung unverzüglich für eine Situations-einschätzung und Beratung verfügbar sein sollte; z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.</p> | <p>DKG: Zustimmung zu den Ausführungen zur Minutenregelung. Bezüglich Ausführungen zu den Belegärzten siehe lfd. Nr. 10.</p> <p>KBV: Zustimmung zur SN bezüglich der Belegärztinnen und -ärzte. Der BE der KBV bezieht sich auf eine SN der DGK aus einem vorangegangenen SN-Verfahren.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Die grundsätzliche Unterstützung der Gleichstellung von BelegärztInnen wird zur Kenntnis genommen. Die fachlichen Anforderungen an die operative Versorgung, die Einbindung in abgestufte Versorgungskonzepte sowie die Einhaltung der Vorgaben der DGUV und DGU werden ebenfalls als relevant anerkannt.</p> | KBV: Keine Änderung |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|------------|--|------------------|
| | | | | <p>Gleichzeitig bestehen erhebliche Zweifel, ob BelegärztInnen die geforderte 30-Minuten-Facharztverfügbarkeit zuverlässig sicherstellen können. Gemäß § 121 Abs. 2 SGB V sind BelegärztInnen ausschließlich berechtigt, ihre eigenen PatientInnen im Krankenhaus zu behandeln. Eine Beteiligung an der Versorgung von NotfallpatientInnen, die nicht dem eigenen Patientenkreis zuzuordnen sind, ist gesetzlich ausgeschlossen. Dies widerspricht den Anforderungen der stationären Notfallversorgung, die eine jederzeitige, strukturierte und fachlich integrierte Versorgung aller PatientInnen am Standort voraussetzt.</p> <p>Zudem unterliegen BelegärztInnen nicht der unmittelbaren</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|------------|---|------------------|
| | | | | <p>Weisungsbefugnis des Krankenhausträgers (§ 18 Abs. 1 KHEntgG: „Belegärzte [...] sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte“) und sind in der Regel nicht vollständig in die organisatorischen Notfallstrukturen eingebunden. Ihre Tätigkeit beschränkt sich auf die Nutzung bereitgestellter Ressourcen, nicht jedoch auf eine Integration in die Krankenhausorganisation (§ 18 KHEntgG).</p> <p>Diese Rahmenbedingungen sprechen dafür, dass sich die belegärztliche Tätigkeit eher für planbare Behandlungen eignet – nicht jedoch für die zeitkritische Versorgung im Rahmen der stationären Notfallversorgung, bei der eine strukturierte Einbindung und jederzeitige Verfügbarkeit zwingend erforderlich sind.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------------|--|---|--|---------------------|
| | | | | Es wird zudem auf die Stellungnahmen von DGIM, DGINA, DIVI und DGAI/ BDA verwiesen. | |
| 23. | DGHNO-KHC und DGMKG | § 5 Abs 2 Nummer 2 Die Einbeziehung von entsprechend qualifizierten und betriebenen Belegabteilungen in die Funktion „Fachabteilung“ wird für den HNO-Bereich begrüßt | Die HNO-Heilkunde und die MKG-Chirurgie haben spezielle Notfall-Erkrankungen, die nicht von anderen Fachabteilungen beherrscht werden können. In der HNO-Versorgung drohen durch das KHVVG Schließungen von etlichen kleineren Fachabteilungen, so dass das flächendeckende Netz an Versorgung in Frage steht. Insofern sind Belegabteilungen willkommen, um das Fach flächendeckend vertreten zu können. | DKG: Kenntnisnahme. Bezüglich Ausführungen zu den Belegärzten siehe lfd. Nr. 10. KBV: Zustimmung zur SN der DGHNO-KHC und DGMKG GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe dazu Ausführungen unter Nr. 22. | KBV: Keine Änderung |
| 24. | DGHNO-KHC und DGMKG | § 5 Abs 2 Nummer 2 Wie schnell muss der Arzt am Patienten sein? Gilt das nur für die ZNA oder auch für hinzuzuziehende Fachabteilungen wie MKG und HNO? | Der Vorschlag der DKG zur Erreichbarkeit ist sinnvoll und personell darstellbar. Die Bedingung „unverzüglich“ ist jedoch unseres Wissens nicht definiert und subjektiv. Die Schwelle von 30 Minuten ist sinnvoll. Es muss juristisch geklärt sein, ob diese Fristen für die Befassung auch im Sinne der Arzthaftung als zulässig gesehen werden. | DKG: Die Begrifflichkeit „unverzüglich“ ist bereits höchstgerichtlich mit eindeutigen Anforderungen definiert worden. Auch § 121 Absatz 1 Satz 1 BGB enthält eine Legaldefinition des Begriffes „unverzüglich“. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass sich gem. EuGH Urteil vom 09.03.2021 in der | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|---------------------|
| | | | | <p>Rechtssache C-580/19 die „30 Minuten“ und Rufdienst gegenseitig ausschließen.</p> <p>GKV-SV: Teilweise Zustimmung zu den Ausführungen der Begründung. Es wird auf die Kommentierung unter 10. verwiesen.</p> | |
| 25. | DGKJCH | Unterstützung Position KBV zu § 5 Abs. 2 Nummer 2 | Wir unterstützen die Position der KBV, dass Belegärztinnen und Belegärzte in der stationären Notfallversorgung den angestellten Ärztinnen und Ärzten gleichzustellen sind. Insbesondere in der Kinder- und Jugendchirurgie gibt es Modelle, bei denen Belegabteilungen die komplette organisatorische und fachliche Versorgung der kinder- und jugenchirurgischen Patientinnen und Patienten einer Region übernehmen. Durch Ausschluss dieser Abteilungen käme es zu einer Versorgungslücke im Kinder- und Jugendbereich. | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 10</p> <p>KBV: Zustimmung zur SN der DGKJCH</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe dazu Ausführungen unter Nr. 22.</p> | KBV: Keine Änderung |
| 26. | DGKJCH | Unterstützung Position DKG zu § 5 Abs. 2 Nummer 2 | Wir schließen uns der Position der DKG an, dass die bisherige starre Zeitvorgabe von 30 Minuten durch eine unverzügliche Verfügbarkeit für eine Situationseinschätzung und eine Beratung ersetzt wird und durch verschiedene Erreichbarkeitsformen z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch umgesetzt werden. | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Siehe dazu Kommentierung unter 10.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|------------|--|---|--|--|------------------|
| | | | Die zunehmende Inanspruchnahme der Notaufnahmen zusammen mit der Arbeitsverdichtung im Krankenhaus und der zunehmenden Personalknappheit machen es für die beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte erforderlich, die Arbeit situationsbezogen und nicht nach starren Zeitvorgaben zu organisieren, damit für die entsprechend schweren Notfälle ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen. | | |
| 27. | § 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen | | | | |
| 28. | DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. | § 6 Ergänzung: (4) im Rahmen der Ersteinschätzung soll in allen Stufen der Notfallversorgung ein Kurzscreening auf palliativen Versorgungsbedarf durchgeführt werden. | Es ist davon auszugehen, dass ca. 7% aller in Deutschland stationär behandelten Patient:innen einen palliativmedizinischen Versorgungsbedarf aufweisen (Meffert et al 2016). In Anbetracht der demographischen Entwicklung und wachsenden Zahl multimorbider Patient:innen in komplexen Erkrankungssituationen wird diese Zahl zunehmen. Insbesondere bei nicht-onkologischen Patient:innen wird der palliativmedizinische versorgungsbedarf trotz hoher Symptomlast häufig zu spät oder gar nicht erkannt. Die zeitgerechte Integration palliativmedizinischer Expertise (durch ein Team der Spezialisierten Palliativversorgung, aber auch durch Qualifikation der Primärversorgenden) kann helfen, eine Fehlversorgung, z.B. durch Übertherapie am Lebensende, zu vermeiden. Durch Optimierung der Symptomkontrolle, insbesondere aber durch die Unterstützung in herausfordernden | DKG: Ablehnung: Ein Screening auf palliativmedizinischen Bedarf ist grundsätzlich sinnvoll, muss aber kontextsensibel eingeführt und ressourcengerecht umgesetzt werden. So ist ein Screening nur dann sinnvoll, wenn bei positivem Ergebnis auch palliativmedizinische Angebote zur Verfügung stehen. Es gibt keinen einheitlichen Goldstandard für ein Palliativ-Screening. Viele Instrumente sind nicht ausreichend validiert oder nur auf bestimmte Patientengruppen | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|---|------------------|
| | | | <p>Therapieentscheidungen, kann die Krankenhausverweildauer verkürzt, Behandlungskosten gesenkt und Moral Distress im Behandlungsteam reduziert werden (Michels et al, 2023).</p> <p>Mit dem Palliative Care and Rapid Emergency Screening (P-CaRES) (Schmitz et al 2025) steht ein deutschsprachig validiertes Kurzscreening auf palliativen Versorgungsbedarf zum Einsatz in der Notaufnahme zur Verfügung.</p> | <p>anwendbar (z. B. Tumorpatient:innen).</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme des Vorschlags.</p> <p>Die Palliativmedizin stellt klassischerweise kein notfallnahes Fachgebiet dar. Weiterhin handelt sich mehrheitlich um PatientInnen, die sich bereits in medizinischer Behandlung befinden.</p> <p>Nach unserer Kenntnis wurde das Screening Instrument im deutschsprachigen Raum weder in der Praxis getestet noch validiert.</p> <p>Zudem treffen die NFS-Regelungen keine konkreten Vorgaben zu den Inhalten der Ersteinschätzung. Die Inhalte der Ersteinschätzung werden in der Richtlinie nach § 120 Abs. 3b SGB V getroffen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------------|--|--|--|------------------|
| | | | | Aus genannten Gründen wird die Anpassung abgelehnt. | |
| 29. | DGHNO-KHC und DGMKG | § 6 Abs. 2 Es soll „ganz überwiegend“ in einer räumlich abgegrenzten ZNA versorgt werden. | Da die HNO-Heilkunde und die MKG-Chirurgie für initiale Diagnostik und Therapie spezielle Instrumente benötigen, müssen diese in der ZNA verfügbar sein. Spekula, Spatel, Untersuchungsmikroskop, Endoskope etc. müssten investiert werden. Die ZNA muss kurzfristig erreichbar sein, da der Notfallarzt zwischen Station und ZNA vielfach pendeln muss. Hier ist zu bemerken, dass manche HNO- und MKG-Kliniken aufgrund von Campusstrukturen distant angesiedelt sind und teils Distanzen > 2 km zu einer ZNA bestehen. Hier müssen Lösungen gefunden werden, um nicht ansonsten große und leistungsstarke Kliniken aus dem System zu nehmen. Vorschlag: fernmündliche/telemedizinische Einbindung, Transport von Arzt oder Patient? Direkte Zuweisung in die distante HNO- oder MKG-Notfallambulanz ermöglichen. Eine personelle Doppelbesetzung in ZNA und stationärem Bereich wird kaum möglich sein. | DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Dieser Passus war nicht Bestandteil des Änderungsbeschlusses. Die Anpassung wird abgelehnt, da für die Versorgung von Notfällen eine umgehende zeitliche Verfügbarkeit des erforderlichen medizinischen Personals gerade in der ZNA als Hauptanlaufstelle sicherzustellen ist. | |
| 30. | DGHNO-KHC und DGMKG | § 6 Abs. 3 Die Kooperationsvereinbarung mit der zuständigen KV wird begrüßt. | Eine Einbeziehung von Vertragsärzten in Notfallversorgungen wird bei sinkenden Arztzahlen notwendig sein und wird begrüßt. | DKG: Kenntnisnahme, kein Änderungsbedarf adressiert. GKV-SV: Kenntnisnahme. Dabei handelt es sich um eine geeinte und nicht angepasste Vorgabe. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--|---|---|---|------------------|
| 31. | § 7 Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung | | | | |
| 32. | DGNI | Der Vorschlag des GKV-SV zur automatischen Zuordnung zur „Nichtteilnahme an der Notfallversorgung“ wird in allen Unterpunkten exklusive Punkt 7 (Vorhaltung eines strukturierten Systems zur Ersteinschätzung) abgelehnt. | <p>Eine Forderung der zwingenden Vorhaltung der Fachbereiche „Innere Medizin oder Chirurgie“ erscheint für Kliniken der Spezialversorgung nicht möglich und würde spezielle neurologische Kliniken ohne Fachabteilungen für Innere Medizin oder Chirurgie (was die Regel für spezielle neurologische Kliniken ist) automatisch der Nichtteilnahme zuordnen. Diese Kliniken sind aber essentieller Bestandteil der Organisation der flächendeckenden Schlaganfallversorgung.</p> <p>Eine Mindestzahl an 500 stationären Aufnahmen aus der Notaufnahme zwischen 20 Uhr und 5 Uhr ist völlig eratisch und basiert auf keinen ernstzunehmenden Kennzahlen. Aus klinischer Erfahrung sind Abrechnungsdaten in Bezug auf Untersuchungen zu fehleranfällig. In kleineren Kliniken dürfte diese Zahl kaum erreicht werden, obwohl sämtliche sonstigen Kriterien für eine Teilnahme an der Notfallversorgung erfüllt sind.</p> <p>Die Vorhaltung eines Facharztes 24/7 in der Notaufnahme ist unrealistisch und wird auch in großen Kliniken nicht umgesetzt (auch nicht für längst etablierte Kliniken der Akutversorgung wie auf Intensivstationen, Stroke Units oder in Kardiologien mit Herzkatheter). Dies scheint auch nicht notwendig, da im Hintergrund (z.B. Rufbereitschaft) mit telemedizinischer Anbindung eine hochwertige fachliche Expertise gewährleistet werden kann.</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: Position enthält keine automatische Zuordnung zur Nichtteilnahme.</p> <p>Generell ist die Schlaganfallversorgung über Krankenhäuser der Stufen 2 und 3 abgebildet. Zudem werden Kliniken über das Modul Schlaganfallversorgung abgebildet, die regelmäßig an der Notfallversorgung teilnehmen, jedoch nicht die Anforderungen der Stufen erfüllen.</p> <p>Die medizinische und pflegerische Verfügbarkeit ist im Bedarfsfall sicherzustellen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | | <p>Eine zwingende Durchführung von mindestens 100 computertomographischen Untersuchungen zwischen 20 und 5 Uhr ist völlig eratisch und basiert auf keinen ernstzunehmenden Kennzahlen. Aus klinischer Erfahrung sind Abrechnungsdaten in Bezug auf Untersuchungen zu fehleranfällig. In kleineren Kliniken dürfte diese Zahl kaum erreicht werden, obwohl sämtliche sonstigen Kriterien für eine Teilnahme an der Notfallversorgung erfüllt sind.</p> | <p>Die von der Fachgesellschaft kritisierte Forderung zur Erfüllung konkreter Mindestfallzahlen für stationäre Aufnahmen sowie für bildgebende Verfahren wurde berücksichtigt und entsprechend aus dem Beschlussentwurf entfernt.</p> | |
| 33. | DGIM | <p>§ 7 Position GKV-SV: Modifizierte Zustimmung</p> | <p>Die Anforderungen an die Basisnotfallstufe stellt das Mindestmaß an notwendigen Strukturanforderungen für eine adäquate stationäre Notfallversorgung dar. Wir lehnen eine weitere Stufe, die es Krankenhäusern ermöglicht auch ohne Basisnotfallstufe noch an der Notfallversorgung teilzunehmen ab. Wenn Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen wollen, dann müssen sie zumindest ein absolutes Mindestmaß an struktureller, technischer und personeller Ausstattung 24/7 zur Verfügung stellen, ebenso einen Intensivbereich. Die Notfallstufe 1 stellt das absolute Mindestmaß dar, welches nicht unterschritten werden darf.</p> <p>Unter Punkt 1) Vorhaltung einer Fachabteilung gemäß § 5 Absatz 2 aus dem Gebiet der Inneren Medizin und aus dem Gebiet der Chirurgie. Hier muss ebenso eine anästhesiologische Versorgung gegeben sein.</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme, Ausführungen betreffen die Position des GKV-SV.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>1) Ergänzung: „sowie einer Fachärztin oder eines Facharztes für Anästhesiologie.“</p> <p>2) Die konkrete Mindestzahl an Aufnahmen wurde gestrichen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|--|------------------|
| | | | <p>Unter Punkt 2) fordert der GKV-SV mindestens 500 Notfälle pro Jahr zwischen 22:00 und 5:00. Diese Zahl lehnen wir ab. Wenn die Strukturvoraussetzungen erfüllt sind, sollte die Notfallstufe erteilt werden können. Zudem stellt dies einen erneuten Mengenanreiz dar möglichst viele Notfälle zu versorgen.</p> <p>Unter Punkte 3) sollte konkretisiert werden, dass der Facharztstandard eingehalten wird.</p> <p>Unter Punkte 4) ein Krankenhaus der Notfallstufe 1 sollte mindestens 6 Intensivbetten vorhalten</p> <p>Unter Punkt 6) keine Fallzahlvorgabe, sondern nur die Strukturvoraussetzungen</p> <p>Ergänzung neu Punkt 8): 24/7 Verfügbarkeit von Notfall-Laboruntersuchungen innerhalb von maximal 2 Stunden bis zum Ergebnis. Point of Care Test für die Blutgasanalyse und Elektrolytbestimmung. D-Dimere und Troponin müssen innerhalb von 30 Minuten vorliegen.</p> | <p>3) Es gilt der Facharztstatus. Ergänzung wird abgelehnt.</p> <p>4) Eine Intensivstation oder eine spezialisierte Einheit mit mindestens Monitoring von Atmung und Kreislauf sowie akuter Behandlungsbereitschaft ist vorzuhalten. Auf eine konkrete Angabe von vorzuhaltenden Intensivbetten wurde für diese Stufe verzichtet.</p> <p>6) Die konkreten Fallzahlvorgaben wurden gestrichen.</p> <p>7) Ergänzung: „jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit der für die Notfallversorgung erforderlichen Labordiagnostik“ wurde vorgenommen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|--|------------------|
| 34. | PKV | <p>§ 7</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV ist ausdrücklich zu begrüßen. Der Ansatz, sich bei der Definition der Nichtteilnahmestufe an der Basisnotfallstufe zu orientieren, ist sachgerecht und konsequent. Im Gegensatz dazu birgt der Vorschlag der DKG die Gefahr von Abgrenzungsproblemen.</p> | <p>Die Basisnotfallstufe bildet die niedrigste Teilnahmeebene im System der gestuften Notfallstrukturen. Es ist daher nachvollziehbar, die Voraussetzungen für diese Stufe als Umkehrschluss für die Nichtteilnahme zu verwenden. Eine andere Herangehensweise könnte zu schwer abgrenzbaren Zwischenstufen führen, die weder die Anforderungen an eine Basisnotfallversorgung erfüllen noch klar der Nichtteilnahmestufe zuzuordnen sind. Ein Beispiel verdeutlicht dies: Ein Krankenhaus erfüllt sämtliche Mindestvorgaben nach § 7 und fällt somit formal nicht unter die Nichtteilnahmestufe. Der DKG-Vorschlag sieht in einem solchen Fall die Fachabteilung Frauenheilkunde als ausreichend an. Die Basisnotfallstufe gemäß § 8 verlangt jedoch explizit das Vorhandensein einer Fachabteilung für Innere Medizin sowie (Unfall-)Chirurgie. Eine isolierte Frauenheilkunde erfüllt diese Mindestanforderung nicht.</p> <p>Beim Vorschlag der DKG fehlen unter anderem die Anforderungen an ein System zur Behandlungspriorisierung sowie die Vorhaltung einer Intensivstation – beides zentrale Mindestvoraussetzungen der Basisnotfallstufe. Darüber hinaus nennt die DKG deutlich mehr mögliche Fachabteilungen als die in § 8 genannten, wobei sie es für ausreichend hält, wenn lediglich eine dieser Abteilungen vorhanden ist. Dies weicht von den klaren gesetzlichen Mindestanforderungen ab, die sowohl</p> | <p>DKG: Ablehnung. Es ist genau zielführend und sinnvoll, dass damit eine weitere Zwischenstufe eingeführt wird. Dies ist nämlich eine „Zwischenstufe“, die dann weder Zu- noch Abschläge erhält (alle Anforderungen § 7 werden erfüllt) und die Stufe der Nichtteilnahme, die zu Abschlägen führt (nicht alle Anforderungen § 7 werden erfüllt).</p> <p>GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme. Die Kriterien der Basisnotfallstufe stellen bereits ein Mindestmaß an notwendigen Strukturen für eine stationäre Notfallversorgung dar (siehe auch Stellungnahmen der DGIM). Es bedarf daher auch überprüfbarer Kriterien für eine</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | | <p>eine Fachabteilung für Innere Medizin als auch für (Unfall-)Chirurgie vorsehen.</p> <p>Insgesamt sollte darauf geachtet werden, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 3 Abs. 1 und § 4 nicht zu niedrig angesetzt werden. Krankenhäuser ohne ausreichende notfallmedizinische Infrastruktur dürfen nicht abschlagsfrei bleiben, das würde dem Sinn und Zweck der Abschlüsse widersprechen. Nur Einrichtungen mit der notwendigen fachlichen und strukturellen Eignung sollen an der Notfallversorgung teilnehmen können.</p> | <p>Zwischenstufe zwischen Basisnotfallversorgung und einer Nichtteilnahme, die nicht maßgeblich von den Anforderungen der Basisstufe abweichen.</p> <p>Der Vorschlag greift somit die Anforderungen des BSG-Urteils auf.</p> | |
| 35. | DGAI | <p>zu Vorschlag GKV-SV zu § 7</p> <p>Aus der Sicht von DGAI und BDA sollten die Mindestanforderungen an die vorzuhaltenden Fachabteilungen um die Fachabteilung Anästhesiologie ergänzt werden.</p> | <p>In den Ausführungen des GKV SV findet das Fachgebiet der Anästhesiologie keine Erwähnung. Die Anästhesiologie repräsentiert regelhaft eine der größten Fachabteilungen in den Kliniken und ist regelhaft wesentlich an der notfallmedizinischen und intensivmedizinischen Versorgung von Notfällen innerhalb der Kliniken beteiligt. Darüber hinaus stellt die Anästhesiologie regelhaft einen wesentlichen Anteil der Notärztinnen und Notärzte in der präklinischen rettungsdienstlichen Versorgung. Über die fünf Säulen der Anästhesiologie, Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin sind Anästhesiologinnen und Anästhesiologen in der täglichen Praxis mit dem Management kritisch kranker Patientinnen und Patienten betraut. Eine operative Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die geforderte</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme, Ausführungen betreffen die Position des GKV-SV.</p> <p>GKV-SV: Zustimmung Kenntnisnahme.</p> <p>Bzgl. des Vorschlags wird auf die Kommentierung zwecks Anpassung unter 33. verwiesen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|------------------|
| | | | Fachabteilung der Chirurgie ist ohne die Vorhaltung einer Fachabteilung für Anästhesiologie nicht möglich. | | |
| 36. | DIVI | <p>§7</p> <p>Die DIVI stimmt der Formulierungen des GKV-SV zu, wobei ergänzend der Punkt 4. „jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit der für die Notfallversorgung erforderlichen Labordiagnostik“ des DKG Vorschlags ergänzt werden sollte.</p> | Die Einhaltung dieser Mindestanforderungen der Basisstufe sind unbedingt erforderlich, um die Patientensicherheit zu gewährleisten (siehe auch „Empfehlungen der DGINA / DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024“). | <p>DKG: Kenntnisnahme, Ausführungen betreffen die Position des GKV-SV. Siehe auch lfd. Nr. 34.</p> <p>GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen</p> <p>Der vorgeschlagenen Ergänzung zur Labordiagnostik wird gefolgt. Siehe auch Kommentierung zu diesem Punkt unter 33.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| 37. | DGINA | <p>§ 7</p> <p>Ablehnung der Position der DKG</p> <p>Zustimmung zur GKV-Position</p> | <p>Die Stufe 1 (Basis) stellt bereits die Mindestanforderungen dar, um an der Notfallversorgung teilzunehmen. Wenn ein Krankenhaus an der Notfallversorgung teilnehmen will, so hat es diese Mindestanforderungen zu erfüllen. Damit ist im Besonderen die sichere Behandlung von zeitkritischen Krankheitsbildern gewährleistet. Der Vorschlag der DKG schafft eine zusätzliche „Behelfsstufe“ unterhalb der Basisstufe, die es Kliniken ermöglicht, an der Notfallversorgung teilzunehmen, ohne die Mindestanforderungen zur Versorgung von stationären Notfällen zu erfüllen.</p> <p>Aus Sicht der DGINA ist die Einhaltung dieser Mindestanforderungen der Basisstufe unbedingt erforderlich, um die Patientensicherheit zu gewährleisten (siehe auch „Empfehlungen der DGINA / DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024“).</p> <p>Der Vorschlag der DKG würde es möglich machen, dass z.B. Fachkliniken an der Notfallversorgung isoliert entsprechend ihres fachspezifischen Gebietes teilnehmen, ohne die Mindestanforderung an die stationäre Notfallversorgung im Sinne dieser Regelungen zu erfüllen. Dies widerspricht der Systematik der Stufung der stationären Notfallversorgung und wäre nicht sachgerecht.</p> | <p>DKG: Ablehnung, siehe lfd. Nr. 34. Im Übrigen entsteht auch beim Vorschlag des GKV-SV eine zusätzliche „Behelfsstufe“, die ist auch gar nicht zu vermeiden, da nicht die gleichen Anforderungen wie für die Basisstufe festgelegt werden können (sondern abgeschwächt). Wie unter lfd. Nr. 34 beschrieben, ist dies auch sachgerecht. Zustimmung, dass Mindestfallzahlen abgelehnt werden.</p> <p>GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Vorgaben unter § 7 zur Stufe der Nichtteilnahme orientieren sich an den Vorgaben der Basisstufe, ohne diese lediglich zu übernehmen. Gleichwohl garantieren sie ein Mindestmaß an medizinischer Expertise sowie technischer Ausstattung, wie es für die</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|---|------------------|
| | | | | Versorgung von Notfällen erforderlich ist. | |
| 38. | DGK | §7 | Werden bestimmte Mindestvorgaben nicht eingehalten, können Krankenhäuser von der Teilnahme an der Notfallversorgung wieder ausgeschlossen werden, also ggf. ihre Zuweisung zu einer Notfallstufe wieder verlieren. Zu diesen Mindestmengen zählt eine Zahl von 500 Patientinnen und Patienten die auf das Jahr gesehen in der Zeit zwischen 20:00 bis 05:00 Uhr aufgenommen werden. Diese Zahl wird zwar für die allermeisten Kliniken in der Praxis kein Problem darstellen (ca. 1,5 Aufnahmen im Durchschnitt pro Nachtdienst) allerdings sollte für bestimmte Kliniken (Sicherstellungshäuser in dünn besiedelten Gebieten) eine Ausnahmeregelung gelten (siehe auch Vorschlag der DKG zu §3 Absatz 2). | DKG: Zustimmung zur Kenntnisnahme. GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Die Vorhaltung medizinischen und pflegerischen Personals ist essenziell für die Patientensicherheit. Dessen Verfügbarkeit ist im Bedarfsfall vor Ort sicherzustellen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|--|------------------|
| | | | <p>Die Vorgabe, dass in den Nachtzeiten (20:00 bis 05:00 Uhr) mindestens 100 Computertomographien erbracht werden müssen, erscheint aus unserer Sicht unsinnig, da hier ein Fehlanreiz für eine Untersuchung mit Kostenaufwand und Strahlenbelastung geschaffen werden könnte. Die aufgeführten Mindestvorgaben für CT-Untersuchungen sollten unseres Erachtens komplett gestrichen werden. Eine Vorgabe von Mindestzahlen führt aus unserer Sicht zu keiner Qualitätsverbesserung.</p> <p>Die Vorhaltung eines FA (vor Ort, 24/7) erscheint aus unserer Sicht für kleine Krankenhäuser ebenfalls nicht umsetzbar, da hierfür ein durchgehender fachärztlicher Bereitschaftsdienst eingerichtet werden müsste, der für kleinere Kliniken nicht finanzierbar und angesichts des Fachkräftemangels in vielen Regionen auch nicht personell abbildbar ist.</p> | <p>Die konkrete Vorgabe einer Mindestzahl an Aufnahmen wurde ebenso gestrichen wie die konkreten Fallzahlvorgaben bei bildgebender Diagnostik.</p> <p>Aus Sicht des GKV-SV müssen auch Sicherstellungshäuser die Anforderungen der Basisstufe erfüllen. Somit ist eine Ausnahmeregelung grds. nicht erforderlich.</p> <p>Die Anforderungen an Notfallstrukturen, die durch Sicherstellungskrankenhäuser einzuhalten sind, werden gesonderte Regelungen in den Sicherstellungszuschläge-Regelungen getroffen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|-----------------------------------|---|--|------------------|
| 39. | DGKJCH | Zustimmung zu Vorschlag DKG zu §7 | Wir schließen uns der Definition der DKG an, die eine Notfallversorgung auch in Fächern außerhalb der Chirurgie und Inneren Medizin fachspezifisch definiert. | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>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 dem gestuften System der Notfallstrukturen fest. Die Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 der Notfallstufen-Regelungen sind dabei einzuhalten. Mit diesem Kriterium wird ein Mindestmaß an internistischer oder chirurgischer Versorgung für Notfälle am Krankenhausstandort sichergestellt.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| 40. | BÄK | <p>§ 7 Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung</p> <p>Beabsichtigte Neuregelung:</p> <p>Diese Änderung erfolgt wohl aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts von April 2025, nach dem eine bloß negative Abgrenzung zur Teilnahme eines Krankenhauses am gestuften System nicht ausreichend, sondern eine Stufe der Nichtteilnahme zu definieren sei. Dies soll nun anhand von Mindestkriterien erfolgen, die unterhalb der Basisnotfallversorgung liegen. Nur wenn diese Mindestkriterien nicht erfüllt werden, soll ein Krankenhaus die Stufe der Nichtteilnahme</p> | <p>Die Bundesärztekammer vermisst in den „Tragenden Gründen“ eine Auswirkungsanalyse, anhand derer sich nachvollziehen lässt, welchen Einfluss die jeweiligen Mindestkriterien auf die Anzahl der Krankenhäuser haben, die der Stufe der Nichtteilnahme zugeordnet werden und damit weiterhin Abschlüsse zahlen müssten.</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer sind die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen „Plausibilisierungskriterien“ kein sinnvoller Ansatz. Der Grundgedanke der Notfallstufen basiert auf der Vorhaltung der erforderlichen Strukturen und gerade nicht auf einem mengenbasierten Ansatz. Die Vorgabe von „Plausibilisierungsmengen“ könnte zudem einen Fehlanreiz zu stationären Aufnahmen und zur Durchführung radiologischer Untersuchungen entfalten. Die Bundeskammer geht zudem davon aus, dass nicht einmal alle Krankenhäuser, die derzeit die Stufe der Basisnotfallversorgung haben, die Mindestkriterien erfüllen könnten. Die Erfassung und Prüfung würden zudem zu hohem bürokratischem Aufwand führen.</p> <p>Die Vorhaltung einer Fachabteilung für Innere Medizin und für Chirurgie ist für die Notfallversorgung aus Sicht der Bundesärztekammer grundsätzlich sinnvoll. In bestimmten Konstellationen leisten jedoch auch Krankenhäuser, die nur über eine von beiden Abteilungen und/oder über eine andere Fachabteilung verfügen, einen relevanten Beitrag in der Notfallversorgung. Solche Konstellationen sollten auf</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die Kriterien der Basisnotfallstufe stellen bereits ein Mindestmaß an notwendigen Strukturen für eine stationäre Notfallversorgung dar (siehe auch Stellungnahmen der DGIM). Es bedarf daher auch überprüfbarer Kriterien für eine Zwischenstufe zwischen Basisnotfallversorgung und einer Nichtteilnahme, die nicht maßgeblich von den Anforderungen der Basisstufe abweichen.</p> <p>Der Vorschlag greift somit die Anforderungen des BSG-Urteils auf.</p> <p>Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist das IQTiG mit einer</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| | | <p>zugewiesen bekommen. Uneinigkeit besteht zu den zu fordernden Mindestkriterien: Der GKV-SV möchte Krankenhäuser, die nicht an der gestuften Notfallversorgung teilnehmen, der Stufe der Nichtteilnahme zuordnen, wenn sie nicht am Standort sämtliche der folgenden Mindestvorgaben erfüllen: mindestens Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie, Vorhaltung einer ZNA (jederzeitige Aufnahmebereitschaft), angestellter Fachärztin/Facharzt und Pflegekraft jederzeit in der ZNA verfügbar, Vorhaltung einer Intensivstation, 24/7 Bildgebung und Ersteinschätzungsverf</p> | <p>Basis einer Einschätzung der jeweiligen Landesbehörden berücksichtigt werden können. Unabhängig davon sollte es den Landesoberbehörden weiterhin möglich sein, Krankenhäuser als Spezialversorger von den Abschlagszahlungen auszunehmen, die (noch) nicht alle Mindestkriterien erfüllen, aber für die flächendeckende Versorgung notwendig sind.</p> <p>[Wir weisen in diesem Zusammenhang auf ein Urteil des Arbeitsgerichtes Hannover zur Rufbereitschaft hin. Dort hat das Gericht die Dienstanweisung eines kommunalen Klinikums für unwirksam erklärt, das von einem Mitglied des Marburger Bundes verlangte, während der Rufbereitschaft innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar zu sein. Laut dem Urteil setze Rufbereitschaft voraus, dass der Arzt zumindest die Möglichkeit haben müsse, sich in seiner an sich arbeitsfreien Zeit auch um persönliche und familiäre Angelegenheiten kümmern, an sportlichen oder kulturellen Veranstaltungen teilnehmen oder sich mit Freunden treffen zu können. Im Gegensatz zum Bereitschaftsdienst, der eine klare Aufenthaltsbeschränkung mit der Verpflichtung darstelle, bei Bedarf sofort am Patienten tätig zu werden (https://www.marburgerbund.de/bundesverband/pressemitteilung/marburgerbund-erwirkt-urteil-zur-rufbereitschaft).]</p> | <p>Folgenabschätzung beauftragt worden, welche Auswirkungen die angedachten Anpassungen ggü. den gegenwärtigen Nicht-Teilnehmern haben.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|-------------------------|------------------|
| | | <p>ahen. Zusätzlich definiert der GKV-SV „zur Plausibilisierung“ Mindestanforderungen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Nebenzeiten (500 stationäre Aufnahmen pro Jahr zwischen 20:00 und 5:00 Uhr als Plausibilisierung einer 24/7 Aufnahmebereitschaft /ZNA, Mindestzahl von 100 CTs zwischen 20:00 und 5:00 Uhr als Plausibilisierung für jederzeit verfügbare Bildgebung).</p> <p>Die DKG möchte Krankenhäuser, die nicht an der gestuften Notfallversorgung teilnehmen, ebenfalls dann der Stufe der Nichtteilnahme zuordnen, wenn sie definierte Mindestvorgaben nicht erfüllen:</p> | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|-------------------------|------------------|
| | | <p>Fachabteilung der unmittelbaren Patientenversorgung mit 24/7 Verfügbarkeit einer Fachärztin/Facharztes und eine Pflegekraft, eine 24/7 Aufnahmebereitschaft, 24/7 Bildgebung sowie -Befundung (auch teleradiologisch) und ein 24/7 verfügbares Labor). Die DKG möchte zudem in der Regelung klarstellen, dass für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) eine Ausnahme besteht, da diese definitionsgemäß der Stufe der Nichtteilnahme zugeordnet sind. Die DKG führt zudem aus, dass Krankenhausstandort</p> | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|-------------------------|------------------|
| | | <p>e, die keiner der drei Stufen zur Teilnahme zugeordnet sind, aber die o.g. Mindestvorgaben erfüllen, keine Zuschläge erhalten und keine Abschläge zahlen müssen. Nur Krankenhäuser, die die Mindestkriterien nicht erreichen und damit der Stufe der Nichtteilnahme zugeordnet werden, müssten weiterhin Abschläge zahlen.</p> <p>Die Vorhaltung einer Fachabteilung für Innere Medizin und für Chirurgie ist für die Notfallversorgung aus Sicht der Bundesärztekammer grundsätzlich sinnvoll. In bestimmten Konstellationen leisten jedoch auch Krankenhäuser, die nur über eine von beiden Abteilungen</p> | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|------------|---|--|--|--|------------------|
| | | und/oder über eine andere Fachabteilung verfügen, einen relevanten Beitrag in der Notfallversorgung. Solche Konstellationen sollten auf Basis einer Einschätzung der jeweiligen Landesbehörden berücksichtigt werden können. | | | |
| 41. | § 8 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung | | | | |
| 42. | DGAI | § 8 Aus der Sicht von DGAI und BDA sollten die Anforderungen an die vorzuhaltenden Fachabteilungen gemäß §§ 8, 13 und 18 um die Fachabteilung Anästhesiologie ergänzt werden. | In den Absätzen 2 und 3 findet das Fachgebiet der Anästhesiologie keine Erwähnung. Die Anästhesiologie repräsentiert regelhaft eine der größten Fachabteilungen in den Kliniken und ist regelhaft wesentlich an der notfallmedizinischen und intensivmedizinischen Versorgung von Notfällen innerhalb der Kliniken beteiligt. Darüber hinaus stellt die Anästhesiologie regelhaft einen wesentlichen Anteil der Notärztinnen und Notärzte in der präklinischen rettungsdienstlichen Versorgung. Über die fünf Säulen der Anästhesiologie, Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin sind Anästhesiologinnen und Anästhesiologen in der täglichen Praxis mit dem | DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen. Hinweis: Die Anästhesiologie hat keinen eigenen Fachabteilungsschlüssel gem. der Vereinbarung nach § 301 SGB V. GKV-SV: Kenntnisnahme. Aus den TrG zu § 9 Absatz 3: | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--|--------------------------------|--|---|------------------|
| | | | <p>Management kritisch kranker Patientinnen und Patienten betraut. In der Versorgung von schwerverletzten oder schwer erkrankten Patientinnen und Patienten leisten Anästhesiologinnen und Anästhesiologen einen entscheidenden Beitrag. Für das Basisteam einer Schockraumversorgung wird die Anwesenheit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Anästhesiologie sowohl im Weißbuch zur Schwerverletztenversorgung als auch in §24 Absatz 2 Satz 3c gefordert. Eine operative Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die operativen Fachabteilungen ist ohne die Vorhaltung der Anästhesiologie nicht möglich. Diese Versorgung kann nur dann gerade bei kritisch kranken oder verletzten Patientinnen und Patienten unverzüglich erfolgen, wenn sich auch Anästhesistinnen und Anästhesisten, im Sinne einer Vorhaltung als eigene Fachabteilung, unmittelbar vor Ort befinden. Darüber hinaus ist die Anwesenheit einer Anästhesistin/eines Anästhesisten während der Schockraumversorgung schwerverletzter Patientinnen und Patienten sowohl eine zentrale Anforderung im Weißbuch der Schwerverletztenversorgung und der S3 Leitlinie zur Versorgung Schwerverletzter und wird auch konsequenterweise im vorliegenden Gesetzentwurf unter §24 im Modul Schwerverletztenversorgung gefordert. Daraus ergibt sich die logische Konsequenz, die Anforderungen gemäß der §§ 8,13, und 18 um die Fachabteilung der Anästhesiologie zu ergänzen.</p> | <p>„Da eine Fachabteilung Anästhesie üblicherweise nicht ausgewiesen wird, handelt es sich hier [also bei der Formulierung] um eine redaktionelle Anpassung.“ Es wurde somit keine entsprechende Fachabteilung aufgeführt, aber in § 9 (3) und entsprechend für die Stufen 2 und 3 wird die Vorhaltung der Anästhesiologischen Expertise gefordert.</p> | |
| 43. | § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--|---|---|---|------------------|
| 44. | DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. | §9 Spätestens ab dem 1. Januar 2027 verfügt eine Ärztin oder ein Arzt über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und eine Pflegekraft über die Zusatzqualifikation „Palliative Care“. | Aufgrund der zunehmenden Anzahl an zu versorgenden Palliativpatient:innen, ist davon auszugehen, dass es eine allgemeine palliativmedizinische Basisqualifikation braucht, um z.B. das o.g. Screening zu etablieren und die daraus nötige Konsequenzen zu ziehen. | DKG: Kenntnisnahme: Zeitliche und organisatorische Ressourcen in der Notaufnahme stehen einer umfassenden palliativmedizinischen Einschätzung entgegen. Auf Station ist eine kontinuierliche Betreuung durch ein spezialisiertes Team möglich. So erfolgt die Palliativ-medizinische (stationäre) Versorgung im Rahmen eines multiprofessionellen Teams, dass außer Ärzten und Pflege auch Sozialdienst, Psychologie und Seelsorge, sowie weitere Disziplinen umfasst. Diese Strukturen fehlen in der Regel in der Notaufnahme. Die wenigen Ärzte mit der ZW Palliativmedizin und weiterer fachärztlicher Qualifikation sollten strukturell in der stationären Versorgung verbleiben, da ihre | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|------------|--|------------------|
| | | | | <p>Expertise dort umfassender gebraucht wird als in der Notfallversorgung. (Gemäß Ärztestatistik 2024 der BÄK gibt es 6864 stationär tätige FÄ mit der ZW Palliativmedizin)</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme des Vorschlags. Die Palliativmedizin stellt klassischerweise kein notfall-nahes Fachgebiet dar. Weiterhin handelt sich mehrheitlich um PatientInnen, die sich bereits in medizinischer Behandlung befinden. Daher Ablehnung.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| 45. | DGOU und DGU | Die DGU/ DGOU lehnt den Vorschlag der DKG aus Gründen der Versorgungssicherheit ab, dass lediglich die ständige Verfügbarkeit eines Arztes ohne Facharztbezeichnung für Notfälle verfügbar sein und schließt sich den Forderungen des GKV-SV bzw. der LV an, die 5 bzw. 3. Fachärzte für die Notfallversorgung fordern. Die genaue Anzahl der erforderlichen Fachärzte möchte die DGU/ DGOU nicht kommentieren. Letztendlich ist für eine Traumaversorgung auch in der Basisstufe mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen eine ständige Verfügbarkeit von einem Facharzt für | Man braucht bei Traumapatienten die 24/7 Verfügbarkeit am Patienten innerhalb kürzester Zeit (30 Minuten). Dies entspricht allen Standards der Traumaversorgung, ist auch in allen Traumazentrumszertifizierungen hinterlegt. Wenn eine Notaufnahme für schwerverletzte Patient Aufnahmebereit ist, so muss diese auch die entsprechende Facharztpräsenz für Anästhesie und Chirurgie, was dem Schockraumbasisteam nach dem Weißbuch der DGU entspricht, 24/7 in Präsenz vorhalten. Telefonische oder telemedizinische Verfügbarkeit ist für das Trauma keine Alternative. | <p>DKG: Der Vorschlag der DKG schließt dies nicht aus, da die Telefonische oder telemedizinische Verfügbarkeit beispielhaft aufgelistet ist und vom Krankenhaus sorgsam und verhältnismäßig abgewogen wird in der konkreten Entscheidung. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: Zustimmung. Kenntnisnahme. Siehe dazu auch die Kommentierung unter 10.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|------------------|
| | | <p>Chirurgie und Anästhesie sicherzustellen. Für die Facharztpräsenz in Basisnotfallversorgung hat die DKG einen Änderungsvorschlag eingebracht, der eine telefonische oder telemedizinische Erreichbarkeit für Chirurgie und Anästhesie im Rufdienst aus Situationsabhängig als ausreichend ansieht. Die DGU/ DGOU lehnt diesen Vorschlag der DKG ab, weil es für Traumapatienten nicht akzeptabel und auch nicht sicher ist.</p> | | | |
| 46. | DGK | <p>§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung</p> | <p>[vgl. Volltext der DGK unter B-5.2] Nach Einschätzung der DGK ist die durchgehende fachärztliche Präsenz (24/7) in der Notaufnahme auf der Stufe der Basisnotfallversorgung aufgrund des Fachkräftemangels in Häusern dieser Größe nicht realistisch umsetzbar.</p> | <p>DKG: Zustimmung Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. GKV-SV-Position: „Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) eine</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | <p>Die DGK spricht sich gegen eine generelle Festschreibung einer Minutenregelung aus, innerhalb derer ein FA beim Patienten / bei der Patientin erscheinen muss.</p> | <p>Auch die Zahl von fünf der Notfallmedizin zugeordneten FA erscheint auf dieser Stufe unrealistisch. Wir unterstützen die Position der DKG, die sich klar an der Machbarkeit orientiert. Die DGK spricht sich gegen eine generelle Festschreibung einer Minutenregelung aus, innerhalb derer ein FA beim Patienten / bei der Patientin erscheinen muss.</p> <p>Auch bezüglich der Verfügbarkeit eines FA der Inneren Medizin, Chirurgie und Anästhesie stellt sich die DGK auf der Stufe der Basis-Notfallversorgung klar gegen eine 30-Minuten-Regelung. Wir unterstützen den Vorschlag der DKG wonach ein FA für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie am Patienten/an der Patientin unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar sein muss, z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.</p> | <p>Fachärztin (...) nach Absatz 2 oder 5 (...) im Bedarfsfall in der ZNA verfügbar sind.“ „Verfügbarkeit“ ist nicht mit „Präsenz“ gleichzusetzen. Das erforderliche medizinische und pflegerische Personal hat somit im Bedarfsfall, welcher sich in der ZNA als akuter notfallmäßiger Behandlungsbedarf einer Patientin bzw. eines Patienten definiert, zur Verfügung zu stehen. Eine durchgehende Anwesenheit ist daraus nicht abzuleiten.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband sieht keine Änderung der bestehenden Regelungen vor. Die vorgeschlagene Ausweitung der Verfügbarkeitszeit auf 60 Minuten bei telemedizinischem Echtzeitzugriff wird abgelehnt. Die Beibehaltung der 30-Minuten-Regelung zur Verfügbarkeit von</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|------------|--|------------------|
| | | | | <p>Fachärztinnen und Fachärzten ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbands zwingend erforderlich. Sie stellt sicher, dass bei zeitkritischen Notfällen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Polytrauma eine fachärztliche Versorgung ohne Verzögerung gewährleistet ist. Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf eine garantierte, schnelle und sichere Versorgung im Notfall. Die 30-Minuten-Regel ist der zentrale Ankerpunkt für diese Garantie.</p> <p>Darüber hinaus ermöglicht die konkrete Zeitvorgabe eine bundesweit einheitliche und objektiv überprüfbare Bewertung der Versorgungsstrukturen. Eine Ausweitung oder unbestimmte Formulierung („unverzögerlich“) würde die Vergleichbarkeit zwischen Krankenhausstandorten erheblich einschränken und</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | | | <p>die Steuerungswirkung der Regelung untergraben. Telemedizinische Konsultationen können die Versorgung unterstützen, ersetzen jedoch nicht die physische Präsenz bei invasiven Maßnahmen oder der klinischen Einschätzung.</p> <p>Die Regelung hat sich in der Praxis bewährt und wird von zahlreichen Fachgesellschaften (u. a. DIVI, DGOU, DGU) ausdrücklich unterstützt.</p> | |
| 47. | BÄK | <p>Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung: Leitung und Stellvertretung</p> <p>Verantwortliche Ärztin/Verantwortlicher Arzt und verantwortliche Pflegekraft</p> | <p>[vgl. Volltext der BÄK unter B-5.2]</p> <p>Die Bundesärztekammer plädiert weiterhin dafür, die Anforderungen in Bezug auf die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ an dem zu orientieren, was aus fachlicher Sicht sinnvoll und notwendig ist. Zu begrüßen ist, dass die Auslegungsschwierigkeiten mit Bezug auf die Leitung und ihre Stellvertretung insofern ausgeräumt scheinen, als es sich hierbei um zwei Personen pro ZNA handelt und nicht um eine Verfügbarkeit in jeder Schicht.</p> <p>Um die Position eines maßvollen Einsatzes von Ärztinnen und Ärzten mit ZWB zu stützen, haben wir die uns verfügbaren Daten, Zahlen und Fakten hierzu</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, der Vorschlag der DKG bildet die entsprechend ab.</p> <p>GKV-SV: Auszug aus der umfangreichen Stellungnahme: „Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es für eine qualifizierte Patientenversorgung in der Basisnotfallversorgung</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | <p>Beabsichtigte Neuregelung:</p> <p>Die Anforderungen an die Anzahl von der Notaufnahme zugeordneten Ärztinnen und Ärzten, die Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzten in der Notaufnahme und die Anforderungen an deren Qualifikation im Hinblick auf eine Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ wurden nachgeschärft. Zudem soll geregelt werden, wie viele der geforderten Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung sich in der Weiterbildung befinden dürfen. Die Tabelle fasst die genannten Vorgaben für die Anzahl und</p> | <p>zusammengestellt. Grundsätzlich ist die Datenlage bezogen auf die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ eingeschränkt. Dies betrifft insbesondere Informationen zur tatsächlichen klinischen Tätigkeit in einer Notaufnahme, die Wochenarbeitszeit und die Verteilung auf die Krankenhäuser in einzelnen Regionen.</p> <p>Dennoch vermitteln die folgenden Zahlen und Daten einen Eindruck, wie sich die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB entwickelt und inwieweit die vorgeschlagenen Vorgaben zu Anzahl und Qualifikation des Personals erfüllt werden können.</p> <p>Zum Stichtag 31.12.2024 waren insgesamt 2.504 Ärztinnen und Ärzte bei den Landesärztekammern mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ registriert, davon 2.243 als hauptsächlich stationär tätig. Diese Zahlen lassen keine Rückschlüsse auf Vollzeitäquivalente oder die tatsächliche Tätigkeit in der stationären Versorgung zu.</p> <p>Die folgende Abbildung und die nachfolgende Tabelle zeigen die Entwicklung der Anerkennungen der ZWB seit dem Jahr 2015 auf:</p> <p>[Abbildung 1: Anzahl der Anerkennungen ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ pro Jahr, vgl. Volltext der BÄK unter B-5.2]</p> | <p>sinnvoll, wenn die Leitung und die Stellvertretung der ZNA, also insgesamt zwei Personen (VZK), über eine ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen und für die strukturierte Koordination und Organisation der Notfallversorgung in der ZNA zuständig sind.“</p> <p>Dies deckt sich mit der Position des GKV-SV. Hiernach hat ab Inkrafttreten die ärztliche Leitung der Zentralen Notaufnahme über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ zu verfügen. Ab 2028 ergänzend dazu eine weitere Fachärztin bzw. ein weiterer Facharzt.</p> <p>Die dezidierte Darstellung der Ausbildungszahlen zeigt, dass die vorgesehenen Anforderungen angemessen sind.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|-------------------------|------------------|
| | | <p>Qualifikationen der Ärztinnen und Ärzte sowie die Fristen für die stufenweise Erhöhung der Anzahl in den drei Stufen der Notfallversorgung zusammen:</p> <p>[G-BA: Zur besseren Lesbarkeit in der Spalte Begründung abgebildet]</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es für eine qualifizierte Patientenversorgung in der Basisnotfallversorgung sinnvoll, wenn die Leitung und die Stellvertretung der ZNA, also insgesamt zwei Personen (VZK), über eine ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen und für die strukturierte Koordination und</p> | <p>[Tabelle 2: Anerkennungen ZWB „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ bzw. ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ pro Jahr in den Bundesländern, vgl. Volltext der BÄK unter B-5.2]. Anmerkung: Die ZWB „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ wurde 2004 von der Ärztekammer Berlin eingeführt. Kammermitglieder, die diese besitzen, sind inzwischen berechtigt, stattdessen die Zusatzbezeichnung Klinische Akut- und Notfallmedizin zu führen. Die ZWB kann nur an Standorten erworben werden, an denen Weiterbildungsbefugte tätig sind. Nicht alle Standorte haben eine volle Weiterbildungsbefugnis, wenn sich maßgebliche Inhalte in ihrem Krankenhaus nicht abbilden lassen, d. h., dass Ärztinnen und Ärzte in WB teilweise an ein anderes Krankenhaus rotieren müssen, um die ZWB erlangen zu können. Die Möglichkeiten des Erwerbs der Zusatz-Weiterbildung ist so auch aufgrund der Verteilung der Weiterbildungsbefugten auf die Klinikstandorte begrenzt. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Weiterbildungsbefugten für die ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ auf. Anhand der Anzahl der Weiterbildungsstätten ist gut erkennbar, dass die Befugten sich nicht gleichmäßig auf die Krankenhäuser verteilen, sondern dass größere Zentren gleich mehrere Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis vorhalten.</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|-------------------------|------------------|
| | | <p>Organisation der Notfallversorgung in der ZNA zuständig sind.</p> | <p>[Tabelle 3: Anzahl der Weiterbildungsbefugten, Weiterbildungsstätten und Art der Befugnis für die ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ in den Bundesländern, vgl. Volltext der BÄK unter B-5-2] Nicht alle Ärztinnen und Ärzte, die eine ZWB erwerben, bleiben der stationären Versorgung erhalten. Die tatsächliche Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit dieser Zusatz-Weiterbildung in der stationären Versorgung steigt daher langsamer an als die o. g. Abbildung suggeriert. Der tatsächliche Anstieg der Ärztinnen und Ärzte mit ZWB im stationären Sektor (jeweils im Vergleich zum Vorjahr) ist in der folgenden Tabelle dargestellt. In den vergangenen drei Jahren stieg diese Zahl zwischen 430 und 505 Ärztinnen und Ärzten pro Jahr an.</p> <p>[Abbildung 2: Anstieg der Ärztinnen und Ärzte mit ZWB im stationären Sektor (jeweils im Vergleich zum Vorjahr), vgl. Volltext der BÄK unter B-5.2] Die Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich mit ZWB ist in der folgenden Abbildung dargestellt. Seit dem Jahr 2020 stieg die Gesamtzahl deutlich an und erreichte zum Stichtag 31.12.2024 den Wert von 2.345 Ärztinnen und Ärzten. Nimmt man an, dass die in der Vergangenheit erfolgten Zuwächse an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB in der stationären Versorgung sich auch in Zukunft identisch entwickeln, ergäbe sich für das Jahr 2028 (also zum Ende des Jahres 2027) ein Wert von rund 3.700 Ärztinnen und Ärzten mit ZWB in der</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>stationären Versorgung. Diese Fortschreibung basiert auf der Annahme, dass die Wahrscheinlichkeit, die stationäre Versorgung zu verlassen (z. B. durch Ruhestand, Niederlassung, Elternzeit etc.), sowie die Anzahl der Anerkennungen konstant bleiben. Es muss offenbleiben, ob sich der Anstieg bis zum Jahr 2028 in dieser linearen Form vollzieht.</p> <p>[Abbildung 3: Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich mit ZWB. Quelle bis 2025: Ärzttestatistik der Bundesärztekammer. Ab 2026: Prognose auf Basis der Ärzttestatistik. vgl. Volltext der BÄK unter B-5.2]</p> <p>Diese Prognose geht davon aus, dass der Bestand an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB jedes Jahr um 450 ansteigt. Hinweis: Zum Zwecke der Vergleichbarkeit mit den Vorschlägen des GKV-SV, der GKV und der LV werden die in der Ärzttestatistik gemachten Jahresangaben angepasst. Bspw. wird der Stichtag 31.12.2024 als „2025“ gekennzeichnet.</p> <p>Ob die prognostizierten Werte ausreichen, die im Beschlussentwurf vorgeschlagenen Anforderungen zu erfüllen, lässt sich nicht ohne Weiteres an diesen Zahlen ablesen. Die in der Ärzttestatistik berichteten Zahlen beruhen auf Mitgliederzahlen. Um einen Rückschluss auf Vollzeitäquivalente (VZÄ) zu ziehen, muss der Faktor Teilzeit berücksichtigt werden.</p> <p>Vor allem die Vorschläge des GKV-SV hätten wahrscheinlich eine Unterdeckung mit Ärztinnen und Ärzten mit ZWB zur Folge. Die Vorschläge der DKG hingegen erlauben mehr Spielräume.</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Ferner muss davon ausgegangen werden, dass die Verteilung des ärztlichen Personals mit ZWB nicht gleichmäßig über alle an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser erfolgt. Vielmehr ist zu erwarten, dass einige größere Krankenhäuser mehr ärztliches Personal mit ZWB zur Verfügung haben als vorgeschrieben. Dieser Unsicherheitsfaktor muss in der Bedarfsrechnung zwingend berücksichtigt werden; der Bedarf an ärztlichem Personal mit ZWB erhöht sich entsprechend; andernfalls droht eine Diskriminierung von kleineren Krankenhäusern mit geringerer ärztlicher Personaldecke.</p> <p>Zusammenfassend lässt sich feststellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In den letzten Jahren hat es einen deutlichen Zuwachs an Fachärztinnen und Fachärzten mit der ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ gegeben. Es gibt jedoch keine verlässlichen Daten zu deren Wochenarbeitszeit, der tatsächlichen Tätigkeit in einer Notaufnahme und deren bundesweiter Verteilung. - Die Zahl der Weiterbildungsbefugten hat sich zunehmend erhöht. Ein erheblicher Anteil der Befugten verfügt allerdings lediglich über eine Teilbefugnis, d. h., dass an diesen Standorten nicht die gesamten 24 Monate Weiterbildungszeit stattfinden können. - Nicht alle Ärztinnen und Ärzte mit ZWB verbleiben in der stationären Versorgung – zu erkennen daran, dass der Anteil an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB in der stationären | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Versorgung langsamer steigt als die Gesamtzahl der neu erworbenen ZWB.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Projiziert man die im Beschlussentwurf vorgeschlagenen Anforderungen auf die zu den jeweiligen Fristen prognostisch verfügbaren Ärztinnen und Ärzte mit ZWB, deuten sich bei einem Vergleich von „Köpfen“ bereits Engpässe an, insbesondere bei den Vorschlägen des GKV-SV. Bei einer Umrechnung der „Köpfe“ in Vollzeitäquivalente sind lediglich die Vorschläge der DKG realistisch erfüllbar. <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es für eine qualifizierte Patientenversorgung in der Basisnotfallversorgung sinnvoll, wenn die Leitung und die Stellvertretung der ZNA, also insgesamt zwei Personen (VZK), über eine ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen und für die strukturierte Koordination und Organisation der Notfallversorgung in der ZNA zuständig sind.</p> <p>In der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung sollten aus Sicht der Bundesärztekammer perspektivisch mindestens drei Fachärztinnen und Fachärzte mit ZWB tätig sein. Die Qualität der Notfallversorgung wird vor allem durch eine aufgaben- und patientengerechte ärztliche Personalausstattung sichergestellt. Die Behandlung von Notfällen ist integraler Bestandteil aller fachärztlichen Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung und bedarf per se keiner weiteren Spezialisierung. Eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten heißt auch, dass</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|------------|---------------------|---|---|--|------------------|
| | | | Angebote der Notfallversorgung flächendeckend in Wohnortnähe zur Verfügung stehen. Strukturschwache Regionen haben bereits jetzt zum Teil große Schwierigkeiten, qualifiziertes Personal zu rekrutieren. Es besteht die Gefahr, dass sich die Versorgung durch nicht begründete Strukturvorgaben eher verschlechtert. | | |
| 48. | § 9 Nummer 1 | | | | |
| 49. | DGIM | § 9 Nummer 1 Position LV: Modifizierte Zustimmung | Auch wenn die in der Position des GKV-SV/PatV formulierte Anforderung, dass <u>mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte</u> für die Notfallversorgung benannt werden und der Zentralen Notaufnahme (ZNA) fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig zugeordnet sein müssen, ist zu bemerken, dass sich dies gerade auf der Stufe 1 nicht flächendeckend umsetzen lassen wird. <u>drei Fachärzte</u> definiert als <u>Vollzeitäquivalente</u> , sind das Minimum, um einen Basisdienst aufrecht zu erhalten. Die Position der LV sollte um das Wort „Vollzeitäquivalente“ ergänzt werden. | DKG: Zustimmung, dass sich die Vorschläge des GKV-SV nicht flächendeckend umsetzen lassen werden. Siehe auch Begründung der FG unter lfd. Nr. 50. GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Ergänzung der Vollzeitäquivalente erscheint sinnvoll. Bitte an Geschäftsstelle sämtliche der entsprechenden Stellen anzupassen. Der GKV-SV setzt sich für eine Mindestanzahl von drei Fachärztinnen und Fachärzten als der Notfallversorgung | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|------------------------------------|---|---|------------------|
| | | | | zugeordnetes Fachpersonal ein, für eine Mindestanzahl von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung sowie für die Sicherstellung einer 24/7-Verfügbarkeit von mind. einem Facharzt im Bedarfsfall in der ZNA. Die geforderte Anzahl an Fachärztinnen oder Fachärzten für die Notfallversorgung dient der 24/7 Sicherstellung im Schichtdienst! | |
| 50. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin | Vorschlag der DKG wird unterstützt | Das vorrangige Ziel ist eine Sicherstellung der Basisversorgung. Das Vorhandensein eines verantwortlichen Arztes bzw. einer verantwortlichen Ärztin ist notwendig und sollte auch entsprechend geregelt werden. Eine darüberhinausgehende und insbesondere zeitgleiche Vorhaltung von mehreren Fachärztinnen bzw. Fachärzten, die räumlich und organisatorisch der Notfallversorgung zuzuordnen sind, erscheint unverhältnismäßig im Vergleich zum Ziel der Sicherstellung einer Basisversorgung. Auch in der Anlage 2 (tragende Gründe) lässt sich keine belastbare Begründung für die Anzahl von genau drei oder fünf Fachärztinnen bzw. Fachärzten finden. | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Vorschlag wird abgelehnt. Die Benennung und Zuordnung von 3 FÄ dient in Verbindung mit § 9 Absatz 5 nicht der zeitgleichen Vorhaltung, sondern der 24/7 Sicherstellung im Schichtdienst! | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| | | | | Siehe auch TrG zu § 9 und Stellungnahme der DGINA. | |
| 51. | DIVI | <p>Übergreifend verweisen wir auf die Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung der DIVI und DGINA aus 2024, die dringend berücksichtigt werden sollten.</p> <p>Zu 1) Vor o.g. Hintergrund unterstützt die DIVI die Formulierung der LV, auch wenn diese hinter den DIVI/DGINA</p> | <p>Aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen, insb. für kleine Notaufnahmen der Basisversorgung, stellt diese aus unserer Sicht jedoch einen akzeptablen Kompromiss dar. Alle in §9 (1) genannten Ärztinnen und Ärzte müssen ganz überwiegend in der Zentralen Notaufnahme tätig sein und dieser fachlich, räumlich und organisatorisch zugeordnet sein.</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 47, 49 und 50.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Verweis auf die Ausführungen unter Nr. 49 und 50.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | Empfehlungen zurückbleibt | | | |
| 52. | DGINA | <p>§ 9 Nummer 1</p> <p>Zustimmung Position LV mit Ergänzung/Änderungen:</p> <p>„Es sind mindestens drei Fachärztinnen oder Fachärzte (VK) und sechs Pflegekräfte (VK) für die Notfallversorgung benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch</p> | <p>Die Position der LV bleibt hinter den Empfehlungen der Fachgesellschaften DGINA/DIVI zurück. In Anbetracht der aktuellen Rahmenbedingungen und Strukturvoraussetzungen kleinerer Kliniken der Basisnotfallstufe stellt der nebenstehende Vorschlag der LV aus Sicht der DGINA einen akzeptablen Kompromiss in Bezug auf die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte dar.</p> <p>Neben der Festlegung der Pflegekräfte für Leitung und Stellvertretung ist die Festlegung einer personellen Mindestbesetzung für die Pflege nach Empfehlung der notfallmedizinischen Fachgesellschaften (1 VK / pro 1200 Pat. Kontakte pro Jahr, DIVI/DGINA Empfehlung zu Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen, 07.2024) erforderlich.</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 47, 49 und 50.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen</p> <p>Ergänzung der Vollzeitäquivalente erscheint sinnvoll. Bitte an die Geschäftsstelle an sämtlichen entsprechenden Stellen anpassen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------------|---|---|--|------------------|
| | | eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und ganz überwiegend in der Zentralen Notaufnahme tätig. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 1 mindestens in Rufbereitschaft ist. | Der nebenstehende Vorschlag, der die Zuordnung personeller Strukturen zur Zentralen Notaufnahme regelt, garantiert eine verlässliche ärztliche und pflegerische Verantwortlichkeit 24/7 für die Notfallversorgung. | | |
| 53. | DGHNO-KHC und DGMKG | § 9 Nummer 1 Festlegung der Personalbesetzung der Notfalltätigkeit in der Basisversorgung | Es wird hier über in der Notfallversorgung gebundenes Personal gesprochen. Die Leistungsgruppendefinition des KHVVG bindet auch Personal und eine parallele Bindung in anderen Leistungsgruppen ist dort nicht umfassend erlaubt, sondern streng reglementiert. Darf die Notfallversorgung losgelöst vom Engagement in Leistungsgruppen des KHVVG parallel geplant werden? Dieses wäre plausibel, da Notfälle immer eine Facette von Leistungsgruppen sind. Wenn sich solche Engagements ausschließen, dürften Personal- und somit Versorgungsprobleme entstehen. | DKG: Kenntnisnahme. Die Implikationen zu den Leistungsgruppen werden im G-BA zu einem späteren Zeitpunkt betrachtet, da diese zum einen aktuell noch überarbeitet werden (KHAG) und zum anderen noch gar nicht gelten, wenn dieser Beschluss in Kraft tritt. GKV-SV: Die Einführung der Leistungsgruppen ist noch nicht abgeschlossen, zudem gibt es den Auftrag an GKV-SV und DKG Fachabteilungen zu | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|------------|---------------------|---|--|---|------------------|
| | | | | <p>definieren. Dementsprechend ist es noch zu früh zu beurteilen, ob eine Umstellung sinnvoll ist. Ein Widerspruch zwischen Notfallstufen und LG wird aktuell nicht gesehen, dies wird im Rahmen der Umsetzung im Blick behalten. Selbstverständlich kann der G-BA weitergehende Anforderungen stellen, die sich explizit auf die Notfallversorgung beziehen. Die LG sind ein Planungsinstrument.</p> | |
| 54. | § 9 Nummer 2 | | | | |
| 55. | DGIM | § 9 Nummer 2 Position GKV-SV/PatV/LV Zustimmung | Die Forderung entspricht der Position der notfallmedizinischen Fachgesellschaften, die zuletzt zwischen DIVI und DGINA konzertiert wurde. Wir empfehlen den Beginn ab 1.1.2027 statt 2028. | DKG: Ein Beginn ab 1.1.2027 statt 2028 ist abzulehnen, da eine ausreichende Zahl von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzweiterbildung derzeit nicht vorhanden ist (siehe auch lfd. Nr. 47). | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|------------------------------------|--|---|------------------|
| | | | | GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. Zeitliche Anpassung erscheint wegen der nur 1-jährigen Differenz verzichtbar. | |
| 56. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin | Vorschlag der DKG wird unterstützt | Die Frist zum 1. Januar 2026 ist für viele Kliniken nicht zu erreichen. Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG an. Eine ausreichende Zahl von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzweiterbildung ist derzeit nicht vorhanden. Wir bitten den G-BA, sich bei den Landesärztekammern für eine Öffnung der Übergangsfristen zum Erwerb der Zusatzweiterbildung einzusetzen. | DKG: zustimmende Kenntnisnahme. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden. GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Vorschlag wird abgelehnt. Allein die Leitung muss in Stufe 1 die ZWB haben (ab 2026). Diese Vorgabe ist bereits seit Erstfassung 2018 bekannt. In Stufe 2 müssen ab 2026 2 FÄ die ZWB haben, wobei sich eine Fachärztin bzw. ein Facharzt davon in der Weiterbildungsphase befinden dürfen. Diese Vorgaben erscheinen aus Sicht der | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| | | | | <p>Patientensicherheit vertretbar.</p> <p>Siehe auch § 9 TrG und Stellungnahme DGINA sowie der BÄK zum Stand der Ausbildung.</p> | |
| 57. | DIVI | <p>Übergreifend verweisen wir auf die Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung der DIVI und DGINA aus 2024, die dringend berücksichtigt werden sollten.</p> <p>Zu 2) Die DIVI unterstützt die Position von GKV-SV / PatV / LV mit Ergänzungen.</p> | <p>Die ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ sowie die FWB „Notfallpflege“ sind in allen Bundesländern etabliert. Die ursprüngliche Übergangsfrist (vgl. G-BA Beschluss Notfallstufenregelung in der Version vom 01. November 2020) ist am 01.04.2021 abgelaufen. Die ZWB bzw. FWB sind daher für die ärztliche und pflegerische Leitung der ZNA ab Inkrafttreten dieses Beschlusses als Voraussetzung anzusehen.</p> <p>Zur Förderung der ZWB und damit auch zukünftig eine ausreichende Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit der ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ gesichert ist, sollte die Anrechnung von Fachärztinnen und Fachärzten in Weiterbildung zur ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ für das weitere ärztliche Personal (vgl. §9 (1)) bis zum 01. Januar 2028 ermöglicht werden. Ab dem 01. Januar 2028 darf sich in der Basisnotfallversorgung nur noch max. eine/ein</p> | <p>DKG: siehe lfd. Nr. 47, 49, 50, 55 und 56. Das jederzeit eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege oder eine sich dazu in Weiterbildung befindliche Pflegekraft in der Notaufnahme verfügbar ist, ist nicht umsetzbar. Dies entspräche ca. 5,5 VK.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Anrechenbarkeit von in Weiterbildung befindlichen Personen bis Ende 2027</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | | <p>Ärztin/Arzt der in § 9 (1) genannten drei Personen in Weiterbildung zur Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ befinden.</p> <p>Mit Bezug auf die Pflege ist sicherzustellen, dass ab dem 1. Januar 2028 jederzeit eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege oder eine sich dazu in Weiterbildung befindliche Pflegekraft in der Notaufnahme zur Verfügung steht.</p> | <p>erscheint nicht sinnvoll, da in der Basisstufe in diesem Zeithorizont ohnehin nur die Leitung die ZWB haben muss. Bei dieser wird die abgeschlossene Weiterbildung vorausgesetzt.</p> <p>Dass die Stellvertretung über die besagte ZWB verfügt, wird erst für 2028 gefordert.</p> | |
| 58. | DGINA | <p>§ 9 Nummer 2</p> <p>Zustimmung Position GKV-SV / PatV / LV mit Ergänzung:</p> <p>Die ärztliche Leitung der Zentralen Notaufnahme, als eine der unter Nummer 1 genannten Ärztinnen oder Ärzte verfügt, spätestens ab dem 1. Januar 2026 über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Zwei weitere der unter Nummer 1 genannten Ärztinnen und Ärzte,</p> | <p>Die Ärztliche Leitung der Notaufnahme kann diese Funktion nur dann ausüben, wenn sie auch ganz überwiegend in der Notaufnahme tätig ist.</p> <p>Damit auch zukünftig eine ausreichende Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ gesichert ist, muss die Weiterbildung gefördert werden. Insofern ist die Anrechnung von Fachärztinnen und Fachärzten in Weiterbildung zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ wichtig.</p> <p>Das Leitungspersonal von Zentralen Notaufnahmen muss besondere Kenntnisse und Fertigkeiten in der Organisation von Notaufnahmen nachweisen können. Hierzu zählt unter anderem die genaue Kenntnis von Kommunikation und Führung in Krisenstrukturen, Grundlagen der Taktischen Medizin, der Bewältigung von CBRN- und anderen Sonderlagen. Dies ist insbesondere im Rahmen der Zivilen Verteidigung und</p> | <p>DKG: Ablehnung, siehe lfd. Nr. 47, 49, 50, 55 und 56.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Ergänzend 2 FÄ in Weiterbildung ZWB für Basisstufe abzulehnen. Da ohnehin nur die Leitung (ab 2026) und ihre Stellvertretung (ab 2028) ZWB besitzen müssen (siehe auch Kommentierung unter Nr. 57).</p> <p>Ergänzen: Die pflegerische Leitung der Zentralen Notaufnahme</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | <p>müssen sich in Weiterbildung zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ KLINAM befinden oder diese bereits erworben haben. Ab dem 1. Januar 2028 verfügt von dem unter Nummer 1 genannten Fachpersonal zusätzlich mindestens eine weitere Ärztin oder ein weiterer Arzt über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“.</p> <p>Die ärztliche Leitung der Zentralen Notaufnahme hat ab dem 1. Januar 2027 das Bundesärztekammer Curriculum „Organisation in der Notaufnahme“ abgeschlossen.</p> | <p>zunehmender Krisenlagen durch den Klimawandel eine unerlässliche Kompetenz.</p> <p>Neben der Anzahl der Pflegekräfte ist deren Qualifikation entscheidend für die Sicherheit der Patientenversorgung. Aktuell haben bundesweit mehr als 6200 Pflegekräfte die Qualifikation „Notfallpflege“ erworben. Nach einer aktuellen DGINA Recherche bieten Weiterbildungsstätten alle 2 Jahre über 2040 Weiterbildungsplätze für die „Fachweiterbildung Notfallpflege“ an, die jedoch nur zu 79% ausgenutzt wurden. Laut der befragten Weiterbildungsstätten könnte dieses Angebot im Bedarfsfall erweitert werden (https://www.dgina.de/aktuelles/dgina-zum-status-quo-der-weiterbildung-notfallpflege-in-deutschland). Die vorgeschlagene Quote an Pflegepersonen mit der Fachweiterbildung Notfallpflege oder in Weiterbildung hierzu ist erfüllbar.</p> | <p>verfügt über die Fachweiterbildung „Notfallpflege“. Ab dem 1. Januar 2028 verfügt mindestens eine weitere Pflegefachperson über die Fachweiterbildung „Notfallpflege“.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|-------------------------|------------------|
| | | <p>Die pflegerische Leitung der Zentralen Notaufnahme, als eine der unter Nummer 1 genannten Pflegekräfte verfügt, spätestens ab dem 1. Januar 2026 über die Fachweiterbildung „Notfallpflege“. Zwei weitere, der unter 1 genannten Pflegekräfte müssen sich in Weiterbildung zur Zusatzqualifikation Notfallpflege befinden oder diese bereits erworben haben. Ab dem 1. Januar 2028 ist sicherzustellen, dass jederzeit pro Schicht eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege oder eine sich dazu in Weiterbildung befindliche Pflegekraft in der</p> | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|------------|---------------------|---|--|--|------------------|
| | | Notaufnahme zur Verfügung steht. | | | |
| 59. | § 9 Nummer 3 | | | | |
| 60. | DGNI | Die Formulierung der DKG und des DKG-SV/PatV sind insofern abzulehnen, da nicht klar ist, warum ein Facharzt aus dem Gebiet Innere Medizin, Chirurgie oder Anästhesie bzw. Chirurgie oder Unfallchirurgie, Innere Medizin oder Anästhesie zur | Mit der Zusatzbezeichnung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ wurde eine fächerübergreifende Qualifikation in der klinischen Akut- und Notfallmedizin geschaffen, die auch von Fachärzten anderer Fachdisziplinen (also nicht nur Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie oder Anästhesie) erworben werden kann. Es ist nicht nachvollziehbar, warum eine Zusatzbezeichnung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ hier nicht als mögliche eigenständige Qualifikation (z.B. neben den oben aufgeführten Fachdisziplinen) aufgelistet wird. Darüber hinaus ist es nicht nachvollziehbar, warum ein FA für Neurologie – also einem Fach der unmittelbaren Patientenversorgung mit Ausbildung in | DKG: Kenntnisnahme, es wird kein Änderungsbedarf gesehen. Es handelt sich hier um die Anforderungen für die Basisnotfallstufe. Ein FA für Neurologie spielt bei den höheren Notfallstufen eine Rolle. GKV-SV: Kenntnisnahme. Anpassungen waren nicht Bestandteil der Stellungnahme. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | <p>Verfügung stehen muss. Die Verankerung einer zeitlichen Frist von 30 Minuten bis zur Verfügbarkeit des oben genannten Arztes am Patienten ist abzulehnen.</p> | <p>Stroke und Intensivmedizin (verpflichtend für den FA Neurologie) dies im Vergleich zu einem der genannten Fachärzte nicht leisten können soll. Da in vielen internistischen Klinik auch FA für Neurologie als Oberärzte angestellt sind, ist dies von Bedeutung. Bezüglich der zeitlichen Frist von 30 Minuten wird auf unserer Stellungnahme oben verwiesen.</p> | <p>§ 8 fordert für die Basisstufe die Vorhaltung einer Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie sowie Innere Medizin. Das entsprechende Fachpersonal, zuzüglich der Anästhesie, die regelhaft nicht über eine eigene Fachabteilung verfügt, wird in Konsequenz hier aufgeführt. Der GKV-SV sieht die Personalvorgaben als notwendigen Schritt zur Professionalisierung der Notfallmedizin. Die Zusatz-Weiterbildung wurde eingeführt, um eine spezifische Expertise für die komplexen Anforderungen in der ZNA zu schaffen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|--|---|---|------------------|
| 61. | DGIM | § 9 Nummer 3 Zustimmung zur Position GKV- SV/PatV/LV | Die Telemedizin ersetzt gerade bei schwer kranken Patienten nicht die Behandlung vor Ort, kann gleichwohl aber ergänzend hinzugezogen werden, wobei auch hier Facharztstandard und fachspezifische Beratung sichergestellt werden muss. Gerade Innere Medizin muss am Bett des Patienten erfolgen, um eine fundierte klinische Einschätzung abgeben zu können. Fernbehandlungen sind hierzu in der Notaufnahme nicht geeignet. Wir empfehlen aber die Ausweitung von 30 auf 40 Minuten wie oben beschrieben. | DKG: Siehe lfd. Nr. 14, 18 und 45. GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. Die zeitliche Ausweitung wird abgelehnt (siehe dazu Kommentierung unter 46.). | |
| 62. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin | Vorschlag der DKG wird unterstützt (mit Änderungen): 3. Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt der Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin sowie eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar. | Das vorrangige Ziel ist eine Sicherstellung der Basisversorgung. Das Vorhandensein eines verantwortlichen Arztes bzw. einer verantwortlichen Ärztin ist notwendig und sollte auch entsprechend geregelt werden. Eine darüberhinausgehende und insbesondere zeitgleiche Vorhaltung von mehreren Fachärztinnen bzw. Fachärzten, die räumlich und organisatorisch der Notfallversorgung zuzuordnen sind, erscheint unverhältnismäßig im Vergleich zum Ziel der Sicherstellung einer Basisversorgung. Auch in der Anlage 2 (tragende Gründe) lässt sich keine belastbare Begründung für die Anzahl von genau drei oder fünf Fachärztinnen bzw. Fachärzten finden. | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, wobei sich die Erläuterung auf § 9 Nr. 1 beziehen dürften. Die 30min Vorgabe wird abgelehnt (siehe lfd. Nr. zu § 5). GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Vorschlag wird abgelehnt. Die Benennung und Zuordnung von 3 FÄ in Verbindung mit § 9 Absatz 5 dient nicht der zeitgleichen Vorhaltung, sondern der 24/7 Sicherstellung im Schichtdienst! | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | | | Siehe auch TrG zu § 9 und Stellungnahme der DGINA. [Zudem ist der Vorschlag des GKV-SV hier abgebildet.] | |
| 63. | DIVI | Übergreifend verweisen wir auf die Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung der DIVI und DGINA aus 2024, die dringend berücksichtigt werden sollten. Zu 3) Zustimmung zur Position GKV / PatV | Jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt der Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie, Innere Medizin sowie eine/ein Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie als notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen müssen innerhalb von max. 30 Minuten an der Patientin bzw. dem Patient verfügbar sein. | DKG: Ablehnung, siehe lfd. Nr. zu § 5 Abs. 2. GKV-SV: Zustimmung zur Kenntnis genommen. Entspricht der Position des GKV-SV im Beschlussentwurf. | |
| 64. | DGINA | § 9 Nummer 3 Zustimmung zur Position GKV/PatV mit Ergänzung: In Ergänzung zu § 5 Abs. 2 Nummer 2. muss jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt der Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin sowie | Die Fachärztinnen und Fachärzte der Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie, Innere Medizin und Fachärztin/Facharzt Anästhesiologie als notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen müssen innerhalb von max. 30 Minuten an der Patientin /Patient verfügbar sein. | DKG: Ablehnung, siehe lfd. Nr. zu § 5 Abs. 2. GKV-SV: Zustimmung zur Kenntnis genommen. Entspricht der Position des GKV-SV im Beschlussentwurf. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|--|---|---|------------------|
| | | eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar sein. | | | |
| 65. | DGKJCH | Zustimmung zu Position DKG zu §9 Nummer 3 | Wir schließen uns der Definition der DKG an und möchten an dieser Stelle nochmals auf die Notwendigkeit hinweisen, keine konkreten Zeitvorgaben vorzugeben, sondern eine situationsbezogene Vorgabe zu ermöglichen. Nicht für jeden Notfall ist eine persönliche Anwesenheit einer Fachärztin oder eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten erforderlich. | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Vorschlag wird abgelehnt. Siehe ergänzend Kommentierung unter Nr. 46. | |
| 66. | § 11 Medizinisch-technische Ausstattung der Basisnotfallversorgung | | | | |
| 67. | DGAI | § 11 Eine Berücksichtigung der fachlichen Ausarbeitungen zur Struktur und Ausstattungen von Zentralen Notaufnahmen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für | Grundsätzlich begrüßen DGAI und BDA die Regelungen zur medizinisch-technischen Vorhaltung in den einzelnen Notfallstufen. Darüber hinaus stellen die eher generellen Regelungen in den § 11, §16 und §21 einen internen Widerspruch zu den detaillierten Regelungen zur medizinisch-technischen und personellen Ausstattung in § 24 Modul Schwerverletztenversorgung da. Hier sollte eine Anpassung im Grad der Detaillierung erfolgen um eine einheitliche Richtschnur darzustellen. | DKG: Kenntnisnahme, ein Widerspruch ist nicht zu erkennen, da die Regelungen in der Basisstufe und den Modulen nicht im Einklang zu einander stehen müssen. Der Detailgrad im § 24 ergibt sich durch den Verzicht des dynamischen Verweises auf das | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|--|--|--|------------------|
| | | Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) aus dem Jahr 2024, welche sich intensiv mit der Vorhaltung diagnostischer und therapeutischer Verfahren in einer ZNA auseinandersetzen, sollte hier Berücksichtigung finden. | | Weißbuch und die entsprechende Extraktion der Kriterien. GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Generelle Überarbeitung der besagten Anforderungen war nicht Teil der Anpassungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens. Die Anregungen könnten im Rahmen zukünftiger Anpassungen berücksichtigt und beraten werden. | |
| 68. | DGK | § 11 | Die DGK begrüßt den Vorschlag, dass eine Befundung der Computer-Tomographie (CT) zur Sicherstellung der 24h-Bereitschaft auf der Stufe der Basisnotfallversorgung auch teleradiologisch erfolgen kann. | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: Angedachte Anpassung wird durch FG unterstützt! | |
| 69. | § 12 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der Basisnotfallversorgung | | | | |
| 70. | DGKJCH | §12 „Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung erfüllen alle der folgenden | In der jetzigen Definition der gestuften Notfallversorgung ist die Behandlung von Kindern und Jugendlichen möglich, ohne dass eine entsprechende Fachabteilung vorliegt. Daher muss ein Passus ergänzt | DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme, es wird kein Änderungsbedarf gesehen. Für Kinder und Jugendliche ist zudem ein | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | <p>strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Fällen:</p> <p>[...]</p> <p>4. Werden am Krankenhaus Patienten unter 18 Jahre behandelt, verfügt es über ein dokumentiertes Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept für Kinder und Jugendliche.</p> <p>5. Gibt es am Standort keine Kinder- und Jugendmedizinische Fachabteilung, verfügt der Standort über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und für Kinder- und</p> | <p>werden, wie mit kindlichen und jugendlichen Notfällen umgegangen werden soll.</p> <p>Wir schlagen diese Ergänzungen für § 12 vor, da dieser dann auch Voraussetzung für die erweiterte und umfassende Notfallversorgung ist.</p> <p>Der Absatz 4 orientiert sich am § 25 (2) 2.</p> | <p>eigenes Modul vorgesehen (§ 25).</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|------------|---|--|---|---|------------------|
| | | Jugendchirurgie, die eine telemedizinische Beratung und das Vorgehen für eine Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten regelt, die am Standort nicht behandelt werden können. | | | |
| 71. | § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung | | | | |
| 72. | DGAI | § 13 Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach §8 über insgesamt vier der in den Absätzen 2 (Kategorie A) und 3 (Kategorie B) benannten Fachabteilungen; mindestens zwei davon sind aus der Kategorie A. | In den Absätzen 2 und 3 findet das Fachgebiet der Anästhesiologie keine Erwähnung. Die Anästhesiologie repräsentiert regelhaft eine der größten Fachabteilungen in den Kliniken und ist regelhaft wesentlich an der notfallmedizinischen und intensivmedizinischen Versorgung von Notfällen innerhalb der Kliniken beteiligt. Darüber hinaus stellt die Anästhesiologie regelhaft einen wesentlichen Anteil der Notärztinnen und Notärzte in der präklinischen rettungsdienstlichen Versorgung. Über die fünf Säulen der Anästhesiologie, Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin sind Anästhesiologinnen und Anästhesiologen in der täglichen Praxis mit dem Management kritisch kranker Patientinnen und Patienten betraut. In der Versorgung von schwerverletzen oder schwer erkrankten Patientinnen und Patienten leisten Anästhesiologinnen und Anästhesiologen einen entscheidenden Beitrag. Für | DKG: Siehe lfd. Nr. 42 GKV-SV: Kenntnisnahme. Aus den TrG zu § 9 Absatz 3: „Da eine Fachabteilung Anästhesie üblicherweise nicht ausgewiesen wird, handelt es sich hier [also bei der Formulierung] um eine redaktionelle Anpassung.“ Es wurde somit keine entsprechende Fachabteilung aufgeführt, aber in § 9 (3) und entsprechend für die Stufen 2 und 3 wird die Vorhaltung | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|---|------------------|
| | | | <p>das Basisteam einer Schockraumversorgung wird die Anwesenheit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Anästhesiologie sowohl im Weißbuch zur Schwerverletztenversorgung als auch in §24 Absatz 2 Satz 3c gefordert. Daher sollten aus der Sicht von DGAI und BDA die Anforderungen an die vorzuhaltenden Fachabteilungen gemäß §§ 8, 13 und 18 um die Fachabteilung Anästhesiologie ergänzt werden. Eine operative Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die operativen Fachabteilungen ist ohne die Vorhaltung der Anästhesiologie nicht möglich. Diese Versorgung kann nur dann gerade bei kritisch kranken oder verletzten Patientinnen und Patienten unverzüglich erfolgen, wenn sich auch Anästhesistinnen und Anästhesisten, im Sinne einer Vorhaltung als eigene Fachabteilung, unmittelbar vor Ort befinden. Darüber hinaus ist die Anwesenheit einer Anästhesistin/eines Anästhesisten während der Schockraumversorgung schwerverletzter Patientinnen und Patienten sowohl eine zentrale Anforderung im Weißbuch der Schwerverletztenversorgung und der S3 Leitlinie zur Versorgung Schwerverletzter und wird auch konsequenterweise im vorliegenden Gesetzentwurf unter §24 im Modul Schwerverletztenversorgung gefordert. Daraus ergibt sich die logische Konsequenz, die Anforderungen gemäß der §§ 8,13, und 18 um die Fachabteilung der Anästhesiologie zu ergänzen.</p> | <p>der Anästhesiologischen Expertise gefordert.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|------------------|
| 73. | DGPRÄC | § 13 Vorschlag der DKG, in der Kategorie B die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie zu ergänzen | Dieser Vorschlag wird von uns unterstützt, die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie kann in der Notfallversorgung einen wichtigen Beitrag leisten. Sie kommt etwa bei der Versorgung Brandverletzter zum Einsatz, ermöglicht die mikrochirurgische Versorgung von Weichgewebsdefekten, Replantationen sowie motorische Ersatzplastiken. Eine frühzeitige Einbindung unterstützt ein Vorgehen, dass die Rekonstruktion von Form und Funktion im Nachgang erleichtert. | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden. GKV-SV: Kenntnisnahme. Wird abgelehnt. Zudem wird auf die Stellungnahme der DGIM zu diesen §§ verwiesen. | |
| 74. | DRG | Ergänzung der Radiologie als verpflichtend vorzuhaltende Fachabteilung in § 13 (erweiterte Notfallversorgung) und § 18 (umfassende Notfallversorgung). | Radiologie ist integraler Bestandteil der modernen Notfallversorgung. Diagnostische und interventionell-therapeutische Leistungen spielen in der modernen Medizin in allen Bereichen der Akutversorgung eine zentrale Rolle. | DKG: Kenntnisnahme, es wird kein Änderungsbedarf gesehen. GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Es wurde sich bewusst dazu entschieden, bestimmte radiologische Leistungen auch in Kooperation zuzulassen, um der Versorgungsrealität zu entsprechen (telemedizinische Befundung von CT-Bildern und CT in Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|------------|--------------------|---|---|---|------------------|
| | | | | Standort befindlichen Leistungserbringer). | |
| 75. | § 13 Abs. 1 | | | | |
| 76. | DGVS | <p>Unterstützung der Position der DKG (mit Änderungen)</p> <p>Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 8 über insgesamt vier der in den Absätzen 2 (Kategorie A) und 3 (Kategorie B) benannten Fachabteilungen; mindestens zwei davon sind aus der Kategorie A.</p> <p>Abweichend von Satz 1 ist eine Fachabteilung für Innere Medizin nicht zusätzlich vorzuhalten, wenn</p> | <p>Die DGVS unterstützt hier die Position der DKG, da viele Kliniken der erweiterten Notfallversorgung über spezialisierte internistische Abteilungen (z. B. Kardiologie 0103, Gastroenterologie 0107), jedoch nicht über eine zusätzliche Abteilung für allgemeine Innere Medizin (0100) verfügen. In diesen Fällen sollte das Vorhandensein der spezialisierten Abteilungen zur Erfüllung der Anforderungen nach § 8 ausreichen – analog zur Regelung für die Chirurgie.</p> <p>Eine Klarstellung erscheint sinnvoll, um medizinisch nicht begründbare Doppelstrukturen zu vermeiden, etwa bei Leistungsgruppen, Notfallstufen oder der Facharztanrechnung.</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Vorschlag wird abgelehnt, da die Fachabteilung Innere Medizin ein deutlich weiteres Spektrum für die Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten umfasst, als die hier aufgeführten Fachabteilungen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | bereits die Fachabteilungen nach Absatz 2 Nummern 4 und 5 am Standort vorhanden sind. | | | |
| 77. | DGIM | § 13 Abs. 1 Ablehnung der Position der DKG | <p>Eine Fachabteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie ist aus medizinischer Sicht nicht äquivalent zu einer Fachabteilung für Allgemeinchirurgie. Insbesondere bei Krankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung mit Traumaversorgung werden beide Disziplinen zwingend benötigt.</p> <p>Medizinisch ebenso wenig nachvollziehbar ist der Verzicht auf eine Fachabteilungen Innere Medizin, wenn es eine Kardiologie oder Gastroenterologie gibt. Die allgemeine Innere Medizin ist ganz wesentlich für die Versorgung der Bevölkerung. Es ist auch nicht verständlich, dass die Pneumologie als internistisches Fach offensichtlich nach Ansicht der DKG nicht entsprechend der Kardiologie und Gastroenterologie internistisch tätig ist. Zur Erläuterung: Pneumonie, Asthma oder COPD sind ebenso typische internistische Erkrankungen wie der Herzinfarkt. Gleiches gilt für die Hämato/Onkologie und Nephrologie.</p> <p>Wir schlagen aus internistischer Sicht vor, dass auf der Notfallstufe 2 <u>mindestens 3 der 4 folgenden internistischen Fachabteilungen vorhanden sind:</u></p> <p>Innere Medizin und Kardiologie Innere Medizin und Gastroenterologie Innere Medizin und Pneumologie</p> | <p>DKG: Ablehnung. Der Verzicht auf eine Fachabteilungen Innere Medizin, ist nur möglich, wenn es eine Kardiologie UND Gastroenterologie gibt (nicht oder). Der Vorschlag der DKG wurde nicht korrekt nachvollzogen. Das zwingende Vorliegen von 3 bzw. allen 4 internistischen Fachabteilungen ist nicht nachvollziehbar.</p> <p>GKV-SV: Generelle Anmerkungen zustimmend zur Kenntnis genommen. Die vorgeschlagene Anpassung würde eine ungleichgewichtige Verschiebung hin zu den internistischen Fachabteilungen bedeuten und wird daher abgelehnt.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | | Innere Medizin und Nephrologie Auf der <u>Notfallstufe 3</u> müssen alle 4 Fachabteilungen vorhanden sein. | | |
| 78. | DGOU und DGU | § 13 Abs. 1 Die DKG schlägt vor, dass bei der erweiterten Notfallversorgung eine Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie nicht vorzuhalten ist, falls eine Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie vorliegt. | Für die Behandlung von schwerverletzten Patienten ist sowohl eine fundierte Kenntnis der Behandlung von Traumafolgen des Bewegungsapparates notwendig, die im Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie abgebildet sind als auch eine fundierte chirurgische Kompetenz bei der Behandlung von Verletzungen der Körperhöhlen und des Körperstammes. Diese Kompetenz ist nur in Fachabteilungen für Chirurgie und/oder Unfallchirurgie sichergestellt. Eine Krankenhauseinrichtung zur erweiterten Notfallversorgung zuzulassen, ohne dass beide Abteilungen vorgehalten werden, hält die DGU/ DGOU für eine nicht zu verantwortende Patientengefährdung. | DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV: Zustimmung Kenntnisnahme. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | Diesem Vorschlag muss die DGU/ DGOU vehement widersprechen. Für eine Notfallversorgung von Traumapatienten ist eine Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie und eine Abteilung für Chirurgie zwingend notwendig. | | | |
| 79. | DGINA | § 13 Abs. 1 Ablehnung der DKG-Position Beibehaltung des bisherigen Wortlautes | Kliniken der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung müssen ein breites chirurgisches und unfallchirurgisches notfallmedizinisches Leistungsspektrum abdecken. Die Position der DKG reduziert die Anzahl der erforderlichen Fachabteilungen und entspricht aus Sicht der DGINA daher nicht den Anforderungen an Kliniken, die für die erweiterte Notfallversorgungsstufe erbracht werden müssen. Darüber hinaus verweisen wir auf einen möglichen Neuregelungsbedarf nach Einführung einer Leistungsgruppensystematik. | DKG: Kenntnisnahme. Neuregelungsbedarfe aufgrund der Leistungsgruppen werden zu einem späteren Zeitpunkt geprüft. GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. Die Einführung der Leistungsgruppen ist noch nicht abgeschlossen, zudem gibt es den Auftrag an GKV-SV und DKG Fachabteilungen zu | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|------------|---|------------------|
| | | | | <p>definieren. Dementsprechend ist es noch zu früh zu beurteilen, ob eine Umstellung sinnvoll ist. Ein Widerspruch zwischen Notfallstufen und LG wird aktuell nicht gesehen, dies wird im Rahmen der Umsetzung im Blick behalten. Selbstverständlich kann der GBA weitergehende Anforderungen stellen, die sich explizit auf die Notfallversorgung beziehen. Die LG sind ein Planungsinstrument.</p> | |
| 80. | § 13 Abs. 2 | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|---|---|--|------------------------------|
| 81. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin | § 13 Absatz 2 Nummer 3 Innere Medizin und Pneumologie ist der Kategorie A zuzuordnen | Ein erheblicher Teil der internistischen Notfälle entfällt auf das Gebiet der Pneumologie. Eine Zuordnung zu Kategorie B wird dieser Bedeutung und dem damit verbundenen Patientenaufkommen nicht gerecht. Siehe Randerath et al. 2018 https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-0775-3517?cooperation=HJnAUZRNLUimt6lWiwTjYbCwlw6oNZjz7AKfpeSK | DKG: Kenntnisnahme. Durch die Zuordnung der Fachabteilungen in die Kategorie A oder B wird keine Höher- bzw. Nachrangigkeit generiert. GKV-SV: Verweis auf die Kommentierung der Stellungnahme aus 2024: Stn. 2024: GKV-SV: Der Vorschlag der FG wird abgelehnt. Die Pneumologie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin. Die von der FG genannten Erkrankung treten selten isoliert auf, sondern meist i.V.m. Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Insofern erscheint eine Vorrangigkeit der Pneumologie hier nicht erforderlich. | |
| 82. | § 13 Abs. 3 | | | | |
| 83. | DGfN | § 13 Absatz 3 | Die Fachabteilung Innere Medizin und Nephrologie sollte mindestens in der Kategorie B Berücksichtigung finden; sachgerecht wäre auch eine Berücksichtigung | DKG: Zustimmung. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. | DKG: Entsprechen de Änderung |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|-----------------------------|
| | | <p>1. Innere Medizin und Pneumologie, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. Kinderkardiologie, 4. Neonatologie, 5. Kinderchirurgie, 6. Gefäßchirurgie, 7. Thoraxchirurgie, 8. Urologie, 9. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, 10. Augenheilkunde, 11. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, 12. Innere Medizin und Onkologie 13. Innere Medizin und Nephrologie</p> | <p>in Kategorie A, ähnlich wie die Fachabteilungen Innere Medizin und Kardiologie sowie Innere Medizin und Gastroenterologie, denn die Nephrologie spielt eine sehr zentrale Rolle in der Notfallversorgung von Organ- und Elektrolytstörungen. Bei akut und kritisch kranken Patienten und Patientinnen sind die Nieren eines der am häufigsten beeinträchtigten Organsysteme. Zu berücksichtigen sind dabei insbesondere die folgenden Krankheitsbilder:</p> <p>Akute Nierenfunktionseinschränkung („acute kidney injury“, AKI)</p> <p>AKI ist eine häufige Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die sich in Notaufnahmen vorstellen; sie betrifft bis zu 10 % aller Vorstellungen und ist mit einem schlechten Outcome assoziiert¹. Dabei beruhen etwa 10-20 % der AKI-Fälle auf einer spezifischen Nierenkrankheit². Um dies zu erkennen und in den diversen Konstellationen eine Erholung der Nierenfunktion zu ermöglichen, sind differenzierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen nötig. Das Spektrum reicht von differenzierter Plasma- und Urindiagnostik über die Nierenbiopsie bis hin zur Einleitung einer Immunsuppression. Häufig wird die Nierenschädigung übersehen, und keine adäquate Diagnostik eingeleitet; für eine adäquate Versorgung sind daher nephrologische Abteilungen in besonderer Weise prädestiniert³. Durch frühzeitige Einbindung nephrologischer Expertise in die Betreuung kann die Prognose dieser Patienten und Patientinnen nachhaltig verbessert werden⁴.</p> | <p>noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Vorschlag wird abgelehnt. Eine Erweiterung des Auswahlkatalogs würde dazu führen, dass eine Notfallstufe 2 oder 3 allein mit Fachabteilungen erreicht werden könnte, die eine geringere Notfallrelevanz besitzen.</p> | <p>und Aufnahme der FA.</p> |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Elektrolytstörungen</p> <p>Akute Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts gehören zu den häufigen internistischen Notfallbildern. Neben der Hyperkaliämie ist die Hyponatriämie besonders hervorzuheben – sie die häufigste Elektrolytstörung im klinischen Alltag, die sich bei bis zu 10 % der Vorstellungen in Notaufnahmen zeigt⁵. Die symptomatische Hyponatriämie erfordert eine zeitnahe Diagnose und Therapie; ansonsten ist sie mit Komplikationen, längerem Krankenhausaufenthalt und hoher Mortalität assoziiert⁶. Sowohl die diagnostische Einordnung als auch die Behandlung von Hyponatriämien sind allerdings häufig eine Herausforderung. Die individuelle und zielgerichtete Versorgung von Elektrolytstörungen gehört zu den spezifischen Inhalten der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Nephrologie⁷.</p> <p>Intoxikationen</p> <p>Wenn ein Risiko für eine lebensbedrohliche Vergiftung oder eine damit im Zusammenhang stehende Komplikation anzunehmen ist, und keine effektivere Behandlungsalternative zu Verfügung steht, müssen verschiedene extrakorporale Verfahren wie die Dialyse oder Plasmapherese zum Einsatz kommen können; dies dient einerseits der sekundären Giftelemation, andererseits aber auch zur Therapie konsekutiv aufgetretener Komplikationen wie z. B. des akuten Nierenversagens. Auch hier sollte nephrologische Expertise hinzugezogen werden⁸.</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Versorgung von Patientinnen und Patienten nach Nierentransplantation oder Bedarf an Dialysetherapie</p> <p>Darüber hinaus werden in Notaufnahmen auch transplantierte und dialysepflichtige Patienten und Patientinnen vorstellig. Insbesondere Hämodialysepatientinnen und -patienten weisen i.d.R. eine komplexe Multimorbidität auf und gehören zu den Patientengruppen mit dem höchsten Risiko. Die Peritonealdialyse (PD) ist dem Grunde nach zur selbständigen Durchführung durch die Patientin oder den Patienten angelegt. Diese Fähigkeit kann aber in der Notfallsituation stark beeinträchtigt sein; darüber hinaus können auch spezifische Probleme wie Katheterinfekte die Patientin oder den Patienten in eine Notfallsituation bringen und eine spezifisch-nephrologische Intervention erfordern.</p> <p>Die Betreuung umfasst dabei sehr spezifische Therapieoptionen, insbesondere nephrologische Maßnahmen wie die (Wieder-) Einleitung der Hämodialyse oder Peritonealdialyse, die Betreuung eines Dialyse-Shunts oder die Anpassung der Immunsuppression bei Patientinnen und Patienten mit Nierentransplantat.</p> <p>Sonstige akute Krankheitsbilder</p> <p>Auch akute Formen des Lungenödems können eine akute Auffangdialyse erfordern, die als intermittierende Hämodialyse der nephrologischen Expertise bedarf.</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|------------------|
| | | | <hr/> <p>¹ Cheung TY, Lam K, Leung SC, Rainer TH. Clinical epidemiology and outcomes of emergency department-acute kidney injury: A systematic review. Heliyon. 2024 May 4;10(9):e30580. DOI: 10.1016/j.heliyon. 2024.e30580</p> <p>² Goicoechea M, Rivera F, Lopez-Gomez JM. Increased prevalence of acute tubulointerstitial nephritis. NDT Volume 28, Issue 1, January 2013. https://doi.org/10.1093/ndt/gfs143</p> <p>³ Mitchell JMS et al. Patterns in Emergency Clinician Management of Acute Kidney Injury. AJKD Volume 85, Issue 1p124-127January 2025, DOI: 10.1053/j.ajkd.2024.05.017</p> <p>⁴ Perez-Valdivieso JR, Bes-Rastrollo M, Monedero P, de Irala J Lavilla FJ. Prognosis and serum creatinine levels in acute renal failure at the time of nephrology consultation: an observational cohort study. BMC Nephrology volume 8, Article number: 14 (2007) https://doi.org/10.1186/1471-2369-8-14</p> <p>⁵ Lindner G, Schwarz C, Haidinger M, Ravioli S: Hyponatremia in the emergency department. The American Journal of Emergency Medicine. Volume 60, October 2022, Pages 1-8. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.07.023</p> <p>⁶ Otterness K, Singer A, Thode HC, Peacock WF. Hyponatremia and hypernatremia in the emergency department: severity and outcomes. Clin Exp Emerg</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|---|------------------|
| | | | <p>Med. 2023 Jun;10(2):172-180. doi: 10.15441/ceem.22.380</p> <p>⁷ Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO) S. 184 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20250703_Muster-Weiterbildungsordnung-2018.pdf</p> <p>⁸ AWMF Leitlinie https://register.awmf.org/assets/guidelines/040-017l_S3_Nierenersatztherapie-Intensivmedizin_2025-06.pdf</p> | | |
| 84. | DGIM | § 13 Abs. 3 Nummer 13 und 14 | <p>Geriatric und Plastische und Rekonstruktive Chirurgie sind zwei wichtige Fächer, jedoch mit einem engeren medizinischen Feld. Die Hinzunahme zur Gruppe B würde dem Grundgedanken einer erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung der wichtigsten Fachdisziplinen zu Gunsten sehr spezialisierter Fächer verschieben und dadurch andere wichtige Fächer aussparen, die im Notfall oft gebraucht werden. Dies ist nicht im Sinne einer erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung.</p> <p>Wir schlagen nochmals aus internistischer Sicht vor, dass auf der Notfallstufe 2 <u>mindestens 3 der 4 folgenden internistischen Fachabteilungen vorhanden sind:</u></p> <p>Innere Medizin und Kardiologie Innere Medizin und Gastroenterologie</p> | DKG: Kenntnisnahme. Die Fächer ermöglichen die Versorgung von Verbrennungen, handchirurgischen Notfällen bis hin zur mikrochirurgischen Replantationen (SAV Verfahren). Mikrochirurgische Verfahren zur großflächigen Defektdeckung und motorischen Ersatzoperationen erhalten die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe und sollten im besten Fall bereits bei der | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|---|------------------|
| | | | <p>Innere Medizin und Pneumologie Innere Medizin und Nephrologie <u>Auf der Notfallstufe 3 müssen alle 4 Fachabteilungen vorhanden sein.</u>¹</p> | <p>Akutbehandlung zur Abwägung der weiteren Behandlungsschritte verfügbar sein. Durch die Aufnahme der Geriatrie wird der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Wichtigkeit der Geriatrie für die Notfallversorgung Rechnung getragen. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: Generelle Anmerkungen zustimmend zur Kenntnis genommen. Die vorgeschlagene Anpassung würde eine ungleichgewichtige Verschiebung hin zu den internistischen Fachabteilungen bedeuten und wird daher abgelehnt.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--|---|--|--|------------------|
| 85. | DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. | § 13 Abs. 3 Ergänzung: Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an: 15. Palliativmedizin | Ein positives Screening auf palliativmedizinischen Versorgungsbedarf (s.o.) sollte zu einer palliativmedizinischen Mitbeurteilung des / der Patient:in führen. In Häusern der erweiterten Notfallversorgung muss eine palliativmedizinische Basisqualifikation der notfallmedizinisch Tätigen vorhanden sein. Zusätzlich soll eine Abteilung der spezialisierten Palliativmedizin mit einem / einer Fachärzt:in mit ZWB Palliativmedizin 24/7 telefonisch / telemedizinisch verfügbar sein. Ist keine palliativmedizinische Mitbeurteilung vor Ort oder telemedizinisch möglich, sollte das Ergebnis des Screenings auf palliativmedizinischen Versorgungsbedarf bei Entlassung dem Hausarzt übermittelt werden, um entsprechende Maßnahmen einzuleiten und damit potentieller zukünftiger Fehlversorgung entgegenzuwirken. | DKG: Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 28 GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Es wird auf die Kommentierung unter Nr. 83 verwiesen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--|--|---|--|------------------|
| 86. | DGH | §13 Abs. 3. Zusätzliche Aufführung Fachabteilung Handchirurgie Kategorie B einer für unter | Aus Sicht der DGH sollte bereits auch in der erweiterten Notfallversorgung die Expertise eines FA mit der Zusatzqualifikation Handchirurgie gemäß WBO vorgehalten werden. | DKG: Kenntnisnahme. Es fehlt an einer Begründung, warum diese Fachabteilung für die Notfallversorgung erforderlich ist. GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Es wird auf die Kommentierung unter Nr. 83 verwiesen. | |
| 87. | § 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| 88. | DGNI | <p>Die Formulierung der DKG wird von der DGNI unterstützt.</p> <p>Die Formulierung der KGV-SV/PatV und der LV wird abgelehnt.</p> | <p>Die Forderung, dass nur maximal ein FA in der Weiterbildung zur „klinischen Akut- und Notfallmedizin angerechnet werden kann“, ist aus DGNI-Sicht nicht sinnvoll. Gerade an Kliniken, die eine hohe Anzahl an Ärzten mit der Zusatzqualifikation ausbilden (erweiterte und umfassende Notfallversorgung) ist mit einer hohen Fluktuation dieser Ärzte zu rechnen, da diese nach Erlangen der Zusatzweiterbildung schnell wieder Kliniken wechseln oder sich anderen Positionen zuwenden. Selbst bei einer hohen Anzahl an Ärzten mit der Zusatzweiterbildung ist deshalb davon auszugehen, dass es sonst schnell zu nicht auszugleichenden Engpässen kommt. Bei Ärzten in Weiterbildung zur „Klinischen Akut- und Notfallmedizin“ handelt es sich um Fachärzte, die fest in der Notaufnahme arbeiten und die Interessen der Notaufnahme wahren bzw. die Qualität gewährleisten können.</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die FG beschreibt selbst die hohe Zahl an Ausbildungen und dennoch soll es problematisch sein, dass 2 FÄ (ab 2026) über die ZWB verfügen.</p> <p>Es handelt sich hierbei um Mindestanforderungen, als notwendigen Schritt zur Professionalisierung der Notfallmedizin. Die Zusatz-Weiterbildung wurde eingeführt, um eine spezifische Expertise für die komplexen Anforderungen in der ZNA zu schaffen. Es besteht selbstverständlich die Möglichkeit, darüber hinaus weiteres Personal auszubilden.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| 89. | DGIM | § 14 Position LV: Modifizierte Zustimmung | Auch wenn es immer mehr Kolleginnen und Kollegen gibt, die eine Weiterbildung klinische Akut und Notfallmedizin durchlaufen, ist der Vorschlag der LV ein Kompromiss, der um das Wort „Vollzeitäquivalente“ ergänzt werden sollte. Ab dem 1. Januar 2028 verfügen mindestens sechs Pflegekräfte über die Zusatzqualifikation Notfallpflege, anderweitig ist ein 24/7 Schichtbetrieb nicht abbildbar mit Ausfallzeiten. | DKG: Kenntnisnahme. Der DKG Vorschlag orientiert sich noch mehr an der praktischen Umsetzbarkeit und Verfügbarkeit des Personals bei gleichzeitiger Gewährleistung von Qualität (siehe lfd. Nr. 47, 93). GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Siehe zu Vollzeitäquivalent Kommentierung des GKV-SV zu Stellungnahme DGINA zu § 9. Ab 2028 fordert der GKV-SV 3 Pflegefachpersonen mit abgeschlossener Fachweiterbildung „Notfallpflege“. Flankiert wird diese Vorgabe durch die sicherzustellende 24/7 Verfügbarkeit einer Pflegefachperson im Bedarfsfall. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|---|--|--|------------------|
| 90. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin | § 14 Die Frist zum 1. Januar 2026 ist für viele Kliniken <u>nicht</u> zu erreichen. Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG an. | Siehe Kommentar zu III. § 9, 2 [Die Frist zum 1. Januar 2026 ist für viele Kliniken nicht zu erreichen. Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG an. Eine ausreichende Zahl von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzweiterbildung ist derzeit nicht vorhanden. Wir bitten den G-BA, sich bei den Landesärztekammern für eine Öffnung der Übergangsfristen zum Erwerb der Zusatzweiterbildung einzusetzen.] | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Siehe dazu Kommentierung unter Nr. 56. | |
| 91. | DIVI | In Anlehnung an den Vorschlag von der LV zu § 14 empfehlen wir folgende Formulierung: „Zusätzlich zu §9 (1) werden zwei weitere Fachärztinnen oder Fachärzte (in Summe 5,0 Vollzeitäquivalente) vorgehalten, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Notaufnahme und der Versorgung von Notfällen zugeordnet | Übergreifend verweisen wir auf die Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung der DIVI und DGINA aus 2024 und empfehlen eine sukzessive Steigerung der Qualifikationsanforderungen des der Zentralen Notaufnahme zugeordneten ärztlichen und pflegerischen Personals für die erweiterte Notfallversorgung, die perspektivisch umsetzbar ist und den erhöhten Anforderungen an erweiterte Notfallversorger gerecht wird. | DKG: Die geforderten Anforderungen sind in der praktischen Umsetzbarkeit deutlich zu hoch angesetzt (siehe auch lfd. Nr. 47, 90 und 93). GKV-SV: Generelle Anmerkungen werden zustimmend zur Kenntnis genommen. Anpassungen die Personalzahl betreffend: Der GKV-SV fordert ab 2028 4 FÄ mit ZWB, wobei eine davon sich in Weiterbildung befinden darf. In der erweiterten Notfallstufe | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|---|------------------|
| | | <p>sind. Ab dem 1. Januar 2026 verfügen mindestens 2 dieser Fachärztinnen / Fachärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Ab dem 1. Januar 2028 verfügen mindestens 3 dieser Fachärztinnen/Fachärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ oder ein Facharzt in Weiterbildung zu dieser Zusatzweiterbildung mindestens in Rufbereitschaft zur Verfügung steht. Ab dem 1. Januar 2028 ist sicherzustellen, dass</p> | | <p>und ab dem Jahr 2028 erscheint diese Personalvorgabe vor dem Hintergrund der von der BÄK dargelegten Ausbildungszahlen angemessen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | <p>jederzeit eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege oder eine sich dazu in Weiterbildung befindliche Pflegekraft in der Notaufnahme zur Verfügung steht.“</p> | | | |
| 92. | DGINA | <p>§ 14 Zustimmung zur Position LV mit Ergänzungen/Änderungen: Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen die Vorgaben nach § 9. Ab dem 1. Januar 2026 werden mindestens fünf Fachärztinnen und Fachärzte vorgehalten</p> | <p>Mit dem nebenstehenden Vorschlag wird eine sukzessive Steigerung der Qualifikationsanforderungen des der Zentralen Notaufnahme zugeordneten ärztlichen Personals für die erweiterte Notfallversorgung erzielt, die auch perspektivisch umsetzbar ist. Die Maßgabe, dass neben den ab 1. Januar 2026 zwei Fachärztinnen/Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ alle weiteren der Zentralen Notaufnahme zugeordneten Fachärztinnen und Fachärzte (bis zum Ziel von 5 VKÄquivalenten) sich in Weiterbildung befinden müssen, stellt sicher, dass diese auch in der Zentralen Notaufnahme tätig sind. Darüber hinaus kann so eine Verstärkung der Weiterbildungskapazitäten erzielt werden, die nicht</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Der DKG Vorschlag orientiert sich noch mehr an der praktischen Umsetzbarkeit und Verfügbarkeit des Personals bei gleichzeitiger Gewährleistung von Qualität (siehe lfd. Nr. 47, 93). Eine Streichung der Anrechenbarkeit der in Weiterbildung befindlichen Personen ist nicht nachvollziehbar und erschwert eine Umsetzung umso mehr.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | <p>(in Summe 5,0 Vollzeitäquivalente), die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Notaufnahme und der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und ganz überwiegend in der Zentralen Notaufnahme tätig sind. Ab dem 1. Januar 2026 verfügen mindestens zwei (Leitung und Stellvertretung) und ab dem 1. Januar 2028 drei Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, die anderen vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte sind mindestens in Weiterbildung zur Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und</p> | <p>nur dem eigenen Haus, sondern auch kleineren Häusern zugutekommt.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Stellungnahme bezieht sich auf die Position der LV. Anmerkungen stehen in Verbindung mit denen zu § 9, siehe daher die dortige Kommentierung unter Nr. 52 und 58.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|-------------------------|------------------|
| | | <p>Notfallmedizin". Eine Ärztin oder ein Arzt in der Zusatz- Weiterbildungsphase zur Zusatz- Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ kann angerechnet werden. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 2, oder eine Fachärztin/ein Facharzt in Weiterbildung zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ mindestens in Rufbereitschaft Rufdienst ist.</p> <p>Der Rufdienst kann jederzeit telemedizinisch unter Einhaltung datenschutzrechtlich konformer Bedingungen in Echtzeit („realtime“)</p> | | | |

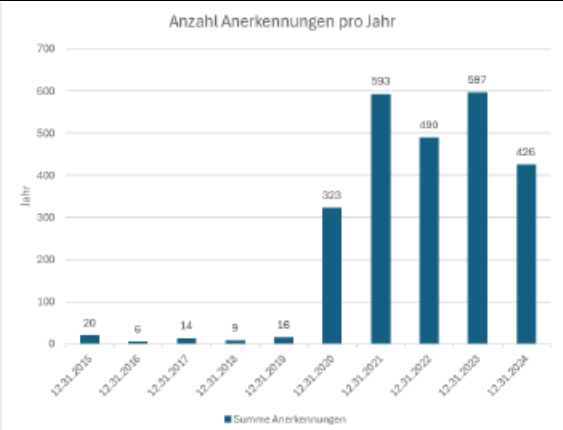
| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|-------------------------|------------------|
| | | <p>online auf das Krankenhausinformationssystem (KIS) zugreifen. Der Rufdienst hat Einblick in die Patientenakte, den Behandlungsablauf, Laborbefunde, radiologische Untersuchungen (Röntgenbilder, CT) und radiologische Befunde sowie Sonographie-Untersuchungen. Ist dies nicht nachweisbar, ist eine Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten erforderlich. Ab dem 1. Januar 2028 verfügen mindestens drei Pflegekräfte über die Zusatzqualifikation Notfallpflege ist sicherzustellen, dass</p> | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | <p>jederzeit pro Schicht eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege in der Notaufnahme zur Verfügung steht.</p> | | | |
| 93. | DGK | <p>§ 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung</p> | <p>Auch für die Stufe der erweiterten Notfallversorgung, die überwiegend mittelgroße Krankenhäuser betrifft, erscheint ein solcher Personalaufwand von 5 FA (davon zwei mit Zusatzweiterbildung i.d. klinische Akut- und Notfallmedizin) kurzfristig bis zum 01.01.2026 vielerorts nicht umsetzbar. Hier erscheint der Vorschlag der DGK von 2 FA zum 01.01.2026 und 3 FA zum 01.01.2028 erneut ein guter Kompromiss zu sein, der sich an der Machbarkeit orientiert. Bezüglich der Verfügbarkeit von FA mit der Zusatzweiterbildung zu klinischer Akut- und Notfallmedizin, existiert in vielen Regionen der Bundesrepublik ein Mangel an Weiterbildungsermächtigungen, sodass auch hier</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: In der Begründung der FG sind nach unserer Einschätzung falsche Zahlen enthalten. Zur Kenntnis genommen. Vorschlag wird abgelehnt.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|--|------------------|
| | | | <p>äußerst fraglich ist, ob in allen Häusern ab dem 01.01.2026 zwei FA mit dieser Zusatzweiterbildung zur Verfügung stehen werden. Die DGK plädiert hier für eine Verlängerung der Übergangsfrist: z.B. zum 01.01.2027 ein FA mit Zusatzweiterbildung und ab 1.1.28 zwei FA mit Zusatzweiterbildung plus ein FA in Weiterbildung.</p> | <p>Der GKV-SV sieht die Personalvorgaben als notwendigen Schritt zur Professionalisierung der Notfallmedizin. Die Zusatzweiterbildung wurde eingeführt, um eine spezifische Expertise für die komplexen Anforderungen in der ZNA zu schaffen. Siehe dazu auch TrG zu § 14.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|-------------------------|------------------|-----|----|------|--------------------------------------|---|--|--|--|--------------------------------------|---|---|------------|------------|--|-----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|--|--|--|------------------------------|--|---|--|--|--|--|
| 94. | BÄK | <p>Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung: Leitung und Stellvertretung</p> <p>Verantwortliche Ärztin/Verantwortlicher Arzt und verantwortliche Pflegekraft</p> <p>Beabsichtigte Neuregelung:</p> <p>Die Anforderungen an die Anzahl von der Notaufnahme zugeordneten Ärztinnen und Ärzten, die Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzten in der Notaufnahme und die Anforderungen an deren Qualifikation im Hinblick auf eine Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ wurden</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GKV-SV</th> <th>DKG</th> <th>LV</th> <th>PatV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Basisnotfallversorgung Verfügbarkeit</td> <td>Es sind jeweils mindestens fünf Fachärzte für die Notfallversorgung benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) ein Facharzt nach Satz 1 im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.</td> <td>Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind. Hierbei handelt es sich um zwei Personen.</td> <td>Es sind jeweils ein mindestens drei Fachärzte und zwei Pflegekräfte für die Notfallversorgung benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) ein Facharzt nach Satz 1 mindestens in Rufbereitschaft ist.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Basisnotfallversorgung Qualifikation</td> <td>Ab 01.01.2026: Ein FÄ mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“(Leitung) Ab 01.01.2028: Zwei FÄ mit ZWB (Leitung und Stellvertretung)</td> <td>Ab 01.01.2027: Zwei FÄ mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, davon max. ein FÄ mit ZWB in WB (Leitung und Stellvertretung)</td> <td>wie GKV-SV</td> <td>wie GKV-SV</td> </tr> <tr> <td>Erweiterte Notfallversorgung Verfügbarkeit</td> <td>Mind. 5 FÄ zugeordnet</td> <td>Ab dem 01.01.2029 mindestens fünf FÄ</td> <td>Ab 01.01.2026: Fünf FÄ zugeordnet</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Erweiterte Notfallversorgung Qualifikation</td> <td>Ab 01.01.2026: Zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028: Vier FÄ mit ZWB, davon max. ein FÄ in WB</td> <td>Ab dem 01.01.2027: Zwei FÄ mit ZWB, davon max. ein FÄ in WB Ab 01.01.2029 Drei FÄ mit ZWB, davon max. zwei FÄ in WB</td> <td>Ab 01.01.2026 Zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028: Drei FÄ mit ZWB, davon eine FÄ in WB</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Umfassende Notfallversorgung</td> <td>Wie erweitert Ab 01.01.2026 Vier FÄ mit ZWB zugeordnet, davon bis eine in WB bis 01.01.2028 Ab 01.01.2028 Fünf FÄ mit ZWB, max. zwei in WB Ab 01.01.2028 24/7 Verfügbarkeit FA mit ZWB</td> <td>Wie erweitert. Ab 01.01.2022 5 FÄ zugeordnet, davon 3 mit ZWB, davon max. 1 in WB</td> <td>Ab 01.01.2026 fünf FÄ vorgehalten Ab 01.01.2026 zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028 fünf FÄ mit ZWB, davon zwei in WB 24/7 zumindest Rufbereitschaft eines FA</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Die Bundesärztekammer plädiert weiterhin dafür, die Anforderungen in Bezug auf die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ an dem zu orientieren, was aus fachlicher Sicht sinnvoll und notwendig ist. Zu begrüßen ist, dass die Auslegungsschwierigkeiten mit Bezug auf die Leitung und ihre Stellvertretung insofern ausgeräumt scheinen, als es sich hierbei um zwei Personen pro</p> | | GKV-SV | DKG | LV | PatV | Basisnotfallversorgung Verfügbarkeit | Es sind jeweils mindestens fünf Fachärzte für die Notfallversorgung benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) ein Facharzt nach Satz 1 im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind. | Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind. Hierbei handelt es sich um zwei Personen. | Es sind jeweils ein mindestens drei Fachärzte und zwei Pflegekräfte für die Notfallversorgung benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) ein Facharzt nach Satz 1 mindestens in Rufbereitschaft ist. | | Basisnotfallversorgung Qualifikation | Ab 01.01.2026: Ein FÄ mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“(Leitung) Ab 01.01.2028: Zwei FÄ mit ZWB (Leitung und Stellvertretung) | Ab 01.01.2027: Zwei FÄ mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, davon max. ein FÄ mit ZWB in WB (Leitung und Stellvertretung) | wie GKV-SV | wie GKV-SV | Erweiterte Notfallversorgung Verfügbarkeit | Mind. 5 FÄ zugeordnet | Ab dem 01.01.2029 mindestens fünf FÄ | Ab 01.01.2026: Fünf FÄ zugeordnet | | Erweiterte Notfallversorgung Qualifikation | Ab 01.01.2026: Zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028: Vier FÄ mit ZWB, davon max. ein FÄ in WB | Ab dem 01.01.2027: Zwei FÄ mit ZWB, davon max. ein FÄ in WB Ab 01.01.2029 Drei FÄ mit ZWB, davon max. zwei FÄ in WB | Ab 01.01.2026 Zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028: Drei FÄ mit ZWB, davon eine FÄ in WB | | Umfassende Notfallversorgung | Wie erweitert Ab 01.01.2026 Vier FÄ mit ZWB zugeordnet, davon bis eine in WB bis 01.01.2028 Ab 01.01.2028 Fünf FÄ mit ZWB, max. zwei in WB Ab 01.01.2028 24/7 Verfügbarkeit FA mit ZWB | Wie erweitert. Ab 01.01.2022 5 FÄ zugeordnet, davon 3 mit ZWB, davon max. 1 in WB | Ab 01.01.2026 fünf FÄ vorgehalten Ab 01.01.2026 zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028 fünf FÄ mit ZWB, davon zwei in WB 24/7 zumindest Rufbereitschaft eines FA | | <p>DKG: Zustimmung der Kenntnisnahme, der Vorschlag der DKG bildet die entsprechend ab.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Auszug aus der Stellungnahme der BÄK: „In der erweiterten (...) Notfallversorgung sollten aus Sicht der Bundesärztekammer perspektivisch mindestens drei Fachärztinnen und Fachärzte mit ZWB tätig sein.“</p> <p>Dies deckt sich grundsätzlich mit der Position des GKV-SV (2 FÄ mit ZWB ab 2026, 4 FÄ mit ZWB ab 2028, wobei sich von denen ab 2028 einer in der Weiterbildungsphase befinden darf).</p> <p>Die dezidierte Darstellung der Ausbildungszahlen zeigt, dass die vorgesehenen Anforderungen angemessen sind.</p> | |
| | GKV-SV | DKG | LV | PatV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Basisnotfallversorgung Verfügbarkeit | Es sind jeweils mindestens fünf Fachärzte für die Notfallversorgung benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) ein Facharzt nach Satz 1 im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind. | Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind. Hierbei handelt es sich um zwei Personen. | Es sind jeweils ein mindestens drei Fachärzte und zwei Pflegekräfte für die Notfallversorgung benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) ein Facharzt nach Satz 1 mindestens in Rufbereitschaft ist. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Basisnotfallversorgung Qualifikation | Ab 01.01.2026: Ein FÄ mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“(Leitung) Ab 01.01.2028: Zwei FÄ mit ZWB (Leitung und Stellvertretung) | Ab 01.01.2027: Zwei FÄ mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, davon max. ein FÄ mit ZWB in WB (Leitung und Stellvertretung) | wie GKV-SV | wie GKV-SV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erweiterte Notfallversorgung Verfügbarkeit | Mind. 5 FÄ zugeordnet | Ab dem 01.01.2029 mindestens fünf FÄ | Ab 01.01.2026: Fünf FÄ zugeordnet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erweiterte Notfallversorgung Qualifikation | Ab 01.01.2026: Zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028: Vier FÄ mit ZWB, davon max. ein FÄ in WB | Ab dem 01.01.2027: Zwei FÄ mit ZWB, davon max. ein FÄ in WB Ab 01.01.2029 Drei FÄ mit ZWB, davon max. zwei FÄ in WB | Ab 01.01.2026 Zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028: Drei FÄ mit ZWB, davon eine FÄ in WB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Umfassende Notfallversorgung | Wie erweitert Ab 01.01.2026 Vier FÄ mit ZWB zugeordnet, davon bis eine in WB bis 01.01.2028 Ab 01.01.2028 Fünf FÄ mit ZWB, max. zwei in WB Ab 01.01.2028 24/7 Verfügbarkeit FA mit ZWB | Wie erweitert. Ab 01.01.2022 5 FÄ zugeordnet, davon 3 mit ZWB, davon max. 1 in WB | Ab 01.01.2026 fünf FÄ vorgehalten Ab 01.01.2026 zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028 fünf FÄ mit ZWB, davon zwei in WB 24/7 zumindest Rufbereitschaft eines FA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

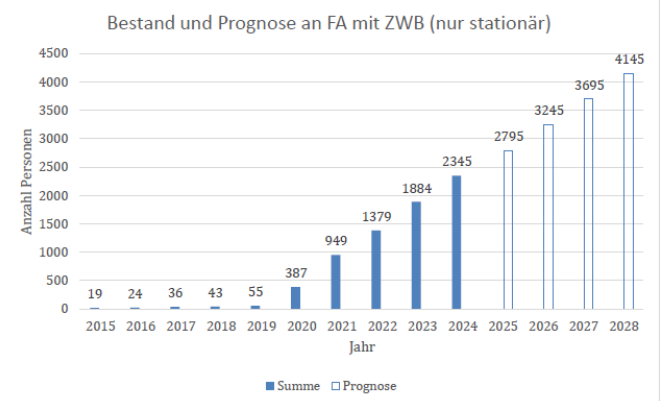
| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|-------------------------|------------------|
| | | <p>nachgeschärft. Zudem soll geregelt werden, wie viele der geforderten Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung sich in der Weiterbildung befinden dürfen. Die Tabelle fasst die genannten Vorgaben für die Anzahl und Qualifikationen der Ärztinnen und Ärzte sowie die Fristen für die stufenweise Erhöhung der Anzahl in den drei Stufen der Notfallversorgung zusammen:</p> <p>[G-BA: Zur besseren Lesbarkeit in der Spalte Begründung abgebildet]</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es für eine qualifizierte Patientenversorgung in der</p> | <p>ZNA handelt und nicht um eine Verfügbarkeit in jeder Schicht.</p> <p>Um die Position eines maßvollen Einsatzes von Ärztinnen und Ärzten mit ZWB zu stützen, haben wir die uns verfügbaren Daten, Zahlen und Fakten hierzu zusammengestellt. Grundsätzlich ist die Datenlage bezogen auf die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ eingeschränkt. Dies betrifft insbesondere Informationen zur tatsächlichen klinischen Tätigkeit in einer Notaufnahme, die Wochenarbeitszeit und die Verteilung auf die Krankenhäuser in einzelnen Regionen.</p> <p>Dennoch vermitteln die folgenden Zahlen und Daten einen Eindruck, wie sich die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB entwickelt und inwieweit die vorgeschlagenen Vorgaben zu Anzahl und Qualifikation des Personals erfüllt werden können.</p> <p>Zum Stichtag 31.12.2024 waren insgesamt 2.504 Ärztinnen und Ärzte bei den Landesärztekammern mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ registriert, davon 2.243 als hauptsächlich stationär tätig. Diese Zahlen lassen keine Rückschlüsse auf Vollzeitäquivalente oder die tatsächliche Tätigkeit in der stationären Versorgung zu.</p> <p>Die folgende Abbildung und die nachfolgende Tabelle zeigen die Entwicklung der Anerkennungen der ZWB seit dem Jahr 2015 auf:</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------|---|---|-------------------------|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------|--|--|--|--|--|----|----|-----|----|----|--------|----|---|----|---|---|----|----|---|---|---|-------------|--|--|--|--|--|---|----|----|----|----|--------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|----|----|----|----|----|--------|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---------|--|--|--|--|--|---|----|---|----|---|--------|--|--|--|--|--|---|----|----|----|----|------------------------|--|--|--|--|--|---|----|----|----|----|---------------------|--|--|--|--|--|-----|-----|----|----|----|-----------------|--|--|--|--|--|---|---|----|---|---|----------|--|--|--|--|--|---|----|----|----|---|---------|--|--|--|--|--|---|----|----|----|----|----------------|--|--|--|--|--|----|----|----|----|----|--------------------|--|--|--|--|--|---|----|----|----|----|-----------|--|--|--|--|--|----|----|---|----|----|----------------|--|--|--|--|--|----|----|----|-----|-----|----------------------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|--|--|
| | | <p>Basisnotfallversorgung sinnvoll, wenn die Leitung und die Stellvertretung der ZNA, also insgesamt zwei Personen (VZK), über eine ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen und für die strukturierte Koordination und Organisation der Notfallversorgung in der ZNA zuständig sind.</p> <p>In der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung sollten aus Sicht der Bundesärztekammer perspektivisch mindestens drei Fachärztinnen und Fachärzte mit ZWB tätig sein.</p> | <p>Anzahl Anerkennungen pro Jahr</p>  <p>Abbildung 1: Anzahl der Anerkennungen ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ pro Jahr</p> <table border="1" data-bbox="728 821 1377 1093"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>12.31.2015</th> <th>12.31.2016</th> <th>12.31.2017</th> <th>12.31.2018</th> <th>12.31.2019</th> <th>12.31.2020</th> <th>12.31.2021</th> <th>12.31.2022</th> <th>12.31.2023</th> <th>12.31.2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Bayern</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>27</td><td>99</td><td>109</td><td>69</td><td>38</td></tr> <tr><td>Berlin</td><td>20</td><td>6</td><td>14</td><td>9</td><td>9</td><td>20</td><td>16</td><td>3</td><td>7</td><td>9</td></tr> <tr><td>Brandenburg</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td>22</td><td>20</td><td>16</td><td>16</td></tr> <tr><td>Bremen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Baden-Württemberg</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>56</td><td>65</td><td>47</td><td>99</td><td>54</td></tr> <tr><td>Bremen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>3</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>2</td></tr> <tr><td>Hamburg</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td>43</td><td>9</td><td>15</td><td>8</td></tr> <tr><td>Heizen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td>29</td><td>24</td><td>11</td><td>28</td></tr> <tr><td>Mecklenburg-Vorpommern</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td>15</td><td>11</td><td>17</td><td>19</td></tr> <tr><td>Nordrhein-Westfalen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>100</td><td>101</td><td>87</td><td>85</td><td>45</td></tr> <tr><td>Rheinland-Pfalz</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7</td><td>8</td><td>30</td><td>8</td><td>6</td></tr> <tr><td>Saarland</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7</td><td>13</td><td>16</td><td>20</td><td>4</td></tr> <tr><td>Sachsen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td><td>35</td><td>30</td><td>39</td><td>12</td></tr> <tr><td>Sachsen-Anhalt</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>14</td><td>24</td><td>24</td><td>37</td><td>19</td></tr> <tr><td>Schleswig-Holstein</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td>12</td><td>10</td><td>29</td><td>12</td></tr> <tr><td>Thüringen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td>22</td><td>5</td><td>26</td><td>18</td></tr> <tr><td>Wezfalen-Lippe</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>38</td><td>64</td><td>64</td><td>119</td><td>136</td></tr> <tr><td>Summe Anerkennungen</td><td>20</td><td>6</td><td>14</td><td>9</td><td>16</td><td>323</td><td>593</td><td>490</td><td>597</td><td>426</td></tr> </tbody> </table> <p>Tabelle 2: Anerkennungen ZWB „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ bzw. ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ pro Jahr in den Bundesländern. (Anmerkung: Die ZWB „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ wurde 2004 von der Ärztekammer Berlin eingeführt. Kammermitglieder, die diese besitzen, sind inzwischen berechtigt, stattdessen die</p> | Jahr | 12.31.2015 | 12.31.2016 | 12.31.2017 | 12.31.2018 | 12.31.2019 | 12.31.2020 | 12.31.2021 | 12.31.2022 | 12.31.2023 | 12.31.2024 | Bayern | | | | | | 27 | 99 | 109 | 69 | 38 | Berlin | 20 | 6 | 14 | 9 | 9 | 20 | 16 | 3 | 7 | 9 | Brandenburg | | | | | | 6 | 22 | 20 | 16 | 16 | Bremen | | | | | | | 2 | | | | Baden-Württemberg | | | | | | 56 | 65 | 47 | 99 | 54 | Bremen | | | | | | 3 | 1 | 1 | 0 | 2 | Hamburg | | | | | | 6 | 43 | 9 | 15 | 8 | Heizen | | | | | | 5 | 29 | 24 | 11 | 28 | Mecklenburg-Vorpommern | | | | | | 4 | 15 | 11 | 17 | 19 | Nordrhein-Westfalen | | | | | | 100 | 101 | 87 | 85 | 45 | Rheinland-Pfalz | | | | | | 7 | 8 | 30 | 8 | 6 | Saarland | | | | | | 7 | 13 | 16 | 20 | 4 | Sachsen | | | | | | 0 | 35 | 30 | 39 | 12 | Sachsen-Anhalt | | | | | | 14 | 24 | 24 | 37 | 19 | Schleswig-Holstein | | | | | | 5 | 12 | 10 | 29 | 12 | Thüringen | | | | | | 24 | 22 | 5 | 26 | 18 | Wezfalen-Lippe | | | | | | 38 | 64 | 64 | 119 | 136 | Summe Anerkennungen | 20 | 6 | 14 | 9 | 16 | 323 | 593 | 490 | 597 | 426 | | |
| Jahr | 12.31.2015 | 12.31.2016 | 12.31.2017 | 12.31.2018 | 12.31.2019 | 12.31.2020 | 12.31.2021 | 12.31.2022 | 12.31.2023 | 12.31.2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bayern | | | | | | 27 | 99 | 109 | 69 | 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Berlin | 20 | 6 | 14 | 9 | 9 | 20 | 16 | 3 | 7 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brandenburg | | | | | | 6 | 22 | 20 | 16 | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bremen | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Baden-Württemberg | | | | | | 56 | 65 | 47 | 99 | 54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bremen | | | | | | 3 | 1 | 1 | 0 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hamburg | | | | | | 6 | 43 | 9 | 15 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Heizen | | | | | | 5 | 29 | 24 | 11 | 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mecklenburg-Vorpommern | | | | | | 4 | 15 | 11 | 17 | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nordrhein-Westfalen | | | | | | 100 | 101 | 87 | 85 | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rheinland-Pfalz | | | | | | 7 | 8 | 30 | 8 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saarland | | | | | | 7 | 13 | 16 | 20 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sachsen | | | | | | 0 | 35 | 30 | 39 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sachsen-Anhalt | | | | | | 14 | 24 | 24 | 37 | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schleswig-Holstein | | | | | | 5 | 12 | 10 | 29 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Thüringen | | | | | | 24 | 22 | 5 | 26 | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wezfalen-Lippe | | | | | | 38 | 64 | 64 | 119 | 136 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Summe Anerkennungen | 20 | 6 | 14 | 9 | 16 | 323 | 593 | 490 | 597 | 426 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Zusatzbezeichnung Klinische Akut- und Notfallmedizin zu führen).</p> <p>Die ZWB kann nur an Standorten erworben werden, an denen Weiterbildungsbefugte tätig sind. Nicht alle Standorte haben eine volle Weiterbildungsbefugnis, wenn sich maßgebliche Inhalte in ihrem Krankenhaus nicht abbilden lassen, d. h., dass Ärztinnen und Ärzte in WB teilweise an ein anderes Krankenhaus rotieren müssen, um die ZWB erlangen zu können. Die Möglichkeiten des Erwerbs der Zusatz-Weiterbildung ist so auch aufgrund der Verteilung der Weiterbildungsbefugten auf die Klinikstandorte begrenzt.</p> <p>Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Weiterbildungsbefugten für die ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ auf. Anhand der Anzahl der Weiterbildungsstätten ist gut erkennbar, dass die Befugten sich nicht gleichmäßig auf die Krankenhäuser verteilen, sondern dass größere Zentren gleich mehrere Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis vorhalten.</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | | | | | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|-------------------|-------------------|----------------------------|--------------|-------------------------|------------------|
| | | | LÄK | Anzahl WB-Befugte | Anzahl WB-Stätten | volle Befugnis (24 Monate) | Teilbefugnis | | |
| | | | Baden-Württemberg | 74 | 66 | 55 | 19 | | |
| | | | Bayern | 85 | 85 | 48 | 37 | | |
| | | | Berlin | 17 | 17 | 3 | 14 | | |
| | | | Bezeichnung Klinische Notfall- und Akutmedizin (WBO 2004) | 44 | 44 | 6 (36 Monate) | 21 | | |
| | | | Brandenburg | 36 | 34 | 25 | 9 | | |
| | | | Bremen | 6 | 6 | 5 | 1 | | |
| | | | Hamburg | 23 | 21 | 16 | 7 | | |
| | | | Hessen | 36 | 35 | 21 | 15 | | |
| | | | Mecklenburg-Vorpommern | 16 | 15 | 11 | 5 | | |
| | | | LÄK | Anzahl WB-Befugte | Anzahl WB-Stätten | volle Befugnis (24 Monate) | Teilbefugnis | | |
| | | | Niedersachsen | 58 | 58 | 25 | 28 | | |
| | | | Nordrhein | 98 | 89 | 78 | 13 | | |
| | | | Rheinland-Pfalz | 38 | 37 | 12 | 26 | | |
| | | | Saarland | 17 | 17 | 16 | 1 | | |
| | | | Sachsen | 35 | 33 | 14 | 21 | | |
| | | | Sachsen-Anhalt | 25 | 24 | 9 | 16 | | |
| | | | Schleswig-Holstein | 23 | 16 | 12 | 4 | | |
| | | | Thüringen | 19 | 18 | 16 | 3 | | |
| | | | Westfalen-Lippe | 30 | 30 | 30 | 0 | | |
| | | | <p>Tabelle 3: Anzahl der Weiterbildungsbeauftragten, Weiterbildungsstätten und Art der Befugnis für die ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ in den Bundesländern</p> <p>Nicht alle Ärztinnen und Ärzte, die eine ZWB erwerben, bleiben der stationären Versorgung erhalten. Die tatsächliche Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit dieser Zusatz-Weiterbildung in der stationären Versorgung steigt daher langsamer an als</p> | | | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|----------------------------|--------------------------------|---|-------------------------|----------------------------|------|---|------|----|------|---|------|----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|--|--|
| | | | <p>die o. g. Abbildung suggeriert. Der tatsächliche Anstieg der Ärztinnen und Ärzte mit ZWB im stationären Sektor (jeweils im Vergleich zum Vorjahr) ist in der folgenden Tabelle dargestellt. In den vergangenen drei Jahren stieg diese Zahl zwischen 430 und 505 Ärztinnen und Ärzten pro Jahr an.</p> <div data-bbox="734 504 1384 826" data-label="Figure"> <table border="1"> <caption>Zuwächse zum Vorjahr (nur stationär)</caption> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>Anzahl Ärztinnen und Ärzte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2016</td><td>5</td></tr> <tr><td>2017</td><td>12</td></tr> <tr><td>2018</td><td>7</td></tr> <tr><td>2019</td><td>12</td></tr> <tr><td>2020</td><td>332</td></tr> <tr><td>2021</td><td>562</td></tr> <tr><td>2022</td><td>430</td></tr> <tr><td>2023</td><td>505</td></tr> <tr><td>2024</td><td>461</td></tr> </tbody> </table> </div> <p>Abbildung 2: Anstieg der Ärztinnen und Ärzte mit ZWB im stationären Sektor (jeweils im Vergleich zum Vorjahr)</p> <p>Die Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich mit ZWB ist in der folgenden Abbildung dargestellt. Seit dem Jahr 2020 stieg die Gesamtzahl deutlich an und erreichte zum Stichtag 31.12.2024 den Wert von 2.345 Ärztinnen und Ärzten. Nimmt man an, dass die in der Vergangenheit erfolgten Zuwächse an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB in der stationären Versorgung sich auch in Zukunft identisch entwickeln, ergäbe sich für das Jahr 2028 (also zum Ende des Jahres 2027) ein Wert von rund 3.700 Ärztinnen und Ärzten mit ZWB in der stationären Versorgung. Diese Fortschreibung basiert auf der Annahme, dass die Wahrscheinlichkeit, die</p> | Jahr | Anzahl Ärztinnen und Ärzte | 2016 | 5 | 2017 | 12 | 2018 | 7 | 2019 | 12 | 2020 | 332 | 2021 | 562 | 2022 | 430 | 2023 | 505 | 2024 | 461 | | |
| Jahr | Anzahl Ärztinnen und Ärzte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2016 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2017 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2018 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2019 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2020 | 332 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2021 | 562 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2022 | 430 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2023 | 505 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2024 | 461 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|------------------|
| | | | <p>stationäre Versorgung zu verlassen (z. B. durch Ruhestand, Niederlassung, Elternzeit etc.), sowie die Anzahl der Anerkennungen konstant bleiben. Es muss offenbleiben, ob sich der Anstieg bis zum Jahr 2028 in dieser linearen Form vollzieht.</p>  <p>Abbildung 3: Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich mit ZWB. Quelle bis 2025: Ärztestatistik der Bundesärztekammer. Ab 2026: Prognose auf Basis der Ärztestatistik. Diese Prognose geht davon aus, dass der Bestand an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB jedes Jahr um 450 ansteigt. Hinweis: Zum Zwecke der Vergleichbarkeit mit den Vorschlägen des GKV-SV, der GKV und der LV werden die in der Ärztestatistik gemachten Jahresangaben angepasst. Bspw. wird der Stichtag 31.12.2024 als „2025“ gekennzeichnet.</p> <p>Ob die prognostizierten Werte ausreichen, die im Beschlussentwurf vorgeschlagenen Anforderungen zu erfüllen, lässt sich nicht ohne Weiteres an diesen Zahlen ablesen. Die in der Ärztestatistik berichteten</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Zahlen beruhen auf Mitgliederzahlen. Um einen Rückschluss auf Vollzeitäquivalente (VZÄ) zu ziehen, muss der Faktor Teilzeit berücksichtigt werden. Vor allem die Vorschläge des GKV-SV hätten wahrscheinlich eine Unterdeckung mit Ärztinnen und Ärzte mit ZWB zur Folge. Die Vorschläge der DKG hingegen erlauben mehr Spielräume.</p> <p>Ferner muss davon ausgegangen werden, dass die Verteilung des ärztlichen Personals mit ZWB nicht gleichmäßig über alle an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser erfolgt. Vielmehr ist zu erwarten, dass einige größere Krankenhäuser mehr ärztliches Personal mit ZWB zur Verfügung haben als vorgeschrieben. Dieser Unsicherheitsfaktor muss in der Bedarfsrechnung zwingend berücksichtigt werden; der Bedarf an ärztlichem Personal mit ZWB erhöht sich entsprechend; andernfalls droht eine Diskriminierung von kleineren Krankenhäusern mit geringerer ärztlicher Personaldecke.</p> <p>Zusammenfassend lässt sich feststellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In den letzten Jahren hat es einen deutlichen Zuwachs an Fachärztinnen und Fachärzten mit der ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ gegeben. Es gibt jedoch keine verlässlichen Daten zu deren Wochenarbeitszeit, der tatsächlichen Tätigkeit in einer Notaufnahme und deren bundesweiter Verteilung. - Die Zahl der Weiterbildungsbefugten hat sich zunehmend erhöht. Ein erheblicher Anteil der Befugten verfügt allerdings lediglich über eine | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Teilbefugnis, d. h., dass an diesen Standorten nicht die gesamten 24 Monate Weiterbildungszeit stattfinden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nicht alle Ärztinnen und Ärzte mit ZWB verbleiben in der stationären Versorgung – zu erkennen daran, dass der Anteil an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB in der stationären Versorgung langsamer steigt als die Gesamtzahl der neu erworbenen ZWB. - Projiziert man die im Beschlussentwurf vorgeschlagenen Anforderungen auf die zu den jeweiligen Fristen prognostisch verfügbaren Ärztinnen und Ärzte mit ZWB, deuten sich bei einem Vergleich von „Köpfen“ bereits Engpässe an, insbesondere bei den Vorschlägen des GKV-SV. Bei einer Umrechnung der „Köpfe“ in Vollzeitäquivalente sind lediglich die Vorschläge der DKG realistisch erfüllbar. <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es für eine qualifizierte Patientenversorgung in der Basisnotfallversorgung sinnvoll, wenn die Leitung und die Stellvertretung der ZNA, also insgesamt zwei Personen (VZK), über eine ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen und für die strukturierte Koordination und Organisation der Notfallversorgung in der ZNA zuständig sind. In der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung sollten aus Sicht der</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|------------|---|-------------------------------------|---|---|------------------|
| | | | <p>Bundesärztekammer perspektivisch mindestens drei Fachärztinnen und Fachärzte mit ZWB tätig sein. Die Qualität der Notfallversorgung wird vor allem durch eine aufgaben- und patientengerechte ärztliche Personalausstattung sichergestellt. Die Behandlung von Notfällen ist integraler Bestandteil aller fachärztlichen Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung und bedarf per se keiner weiteren Spezialisierung. Eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten heißt auch, dass Angebote der Notfallversorgung flächendeckend in Wohnortnähe zur Verfügung stehen. Strukturschwache Regionen haben bereits jetzt zum Teil große Schwierigkeiten, qualifiziertes Personal zu rekrutieren. Es besteht die Gefahr, dass sich die Versorgung durch nicht begründete Strukturvorgaben eher verschlechtert.</p> | | |
| 95. | § 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung | | | | |
| 96. | DGIM | § 15 Position DKG: Zustimmung | <p>Eine strikte Einhaltung von 60 Minuten entspricht nicht immer dem Klinikalltag, gerade in den Wintermonaten. Jeder Patient wird schnellstmöglich versorgt, das gebietet alleine schon die Grunderkrankung der Patienten, oft innerhalb der ersten Minuten oder Stunde. Auch im Schockraum kann und muss eine Intensivtherapie unter Umständen unmittelbar begonnen werden, sodass es keinen zwingenden oder Evidenz-basierten Grund für die 60 Minuten gibt.</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Es handelt sich hierbei um PatientInnen mit</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|------------------|
| | | | | intensivmedizinischem Versorgungsbedarf, daher ist die Anpassung der Zeitvorgabe ab Anfrage der ZNA sachgerecht. | |
| 97. | DIVI | Die DIVI unterstützt die Formulierung von GKV-SV und PatV. | Eine „Aufnahmebereitschaft beatmungspflichtiger Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Anfrage durch die zentrale Notaufnahme“ ist sicherzustellen. Die ergänzende Formulierung „...nach Anfrage durch die zentrale Notaufnahme“ ist sinnvoll und wird unterstützt. | DKG: Ablehnung, Begründung siehe lfd. Nr. 96. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden. GKV-SV: Zustimmung zur Kenntnis genommen. | |
| 98. | DGINA | § 15 Zustimmung zur Position GKV / PatV | Die Präzisierung der Regelung ist sinnvoll und wird begrüßt. | DKG: Ablehnung, Begründung siehe lfd. Nr. 96. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden. GKV-SV: Zustimmung zur Kenntnis genommen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|--|--------------------------------|---|--|------------------|
| | | | | | |
| 99. | § 16 Medizinisch-technische Ausstattung der erweiterten Notfallversorgung | | | | |
| 100. | DGAI | § 16 | Grundsätzlich begrüßen DGAI und BDA die Regelungen zur medizinisch-technischen Vorhaltung in den einzelnen Notfallstufen. Eine Berücksichtigung der fachlichen Ausarbeitungen zur Struktur und Ausstattungen von Zentralen Notaufnahmen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) aus dem Jahr 2024, welche sich intensiv mit der Vorhaltung diagnostischer und therapeutischer Verfahren in einer ZNA auseinandersetzen, sollte hier Berücksichtigung finden. Darüber hinaus stellen die eher generellen Regelungen in den § 11, §16 und §21 einen internen Widerspruch zu den detaillierten Regelungen zur medizinisch-technischen und personellen Ausstattung in § 24 Modul Schwerverletztenversorgung da. Hier sollte eine Anpassung im Grad der Detaillierung erfolgen um eine einheitliche Richtschnur darzustellen. | DKG: Siehe lfd. Nr. 67 GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Generelle Überarbeitung der besagten Anforderungen war nicht Teil der Anpassungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens Die Anregungen könnten im Rahmen zukünftiger Anpassungen berücksichtigt und beraten werden. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| 101. | DGVS | <p>§§ 16 Absatz 1 Nummer 1 (und 21 Absatz 1 Nummer 1)</p> <p>„§16 [...]</p> <p>1. Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt und unteren Gastrointestinaltrakts einschließlich der Endoskopie des hepatobiliären Systems (ERC), [...]“</p> | <p>Die Kreislaufrelevante, zur Intensivpflichtigkeit führende Blutung ist nicht ausschließlich auf den oberen GI-Trakt beschränkt. Zudem bedarf die schwere akute Cholangitis mit Sepsis und beginnendem intensivpflichtigen Multiorganversagen die kontinuierliche Möglichkeit einer ERCP-gesteuerten Intervention</p> | <p>DKG: Ablehnung. Für die Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes ist das Zeitfenster deutlich begrenzter. Diese Abstufung sollte beibehalten werden.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Vorschlag wird abgelehnt. Die vorgeschlagene Ergänzung stellt höhere Anforderungen an das durchführende medizinische Fachpersonal. Da gemäß § 13 eine Fachabteilung Innere Medizin und Gastroenterologie in der erweiterten Notfallversorgung vorhanden sein kann, aber nicht muss, wäre bei Fehlen der Fachabteilung fraglich, ob die notwendige Expertise vorgehalten werden kann.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| 102. | DGfN | <p>§ 16 Abs. 1</p> <p>Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 zu jederzeit (24/7) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort:</p> <p>1. Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt, [...]</p> <p>und</p> <p>5. Vorhaltung der apparativen Möglichkeit zur kontinuierlichen und intermittierenden Dialyse in den entsprechenden Krankenhäusern (in Kooperation mit der</p> | <p>Bei der Versorgung der unter § 13 genannten Indikationen (akute Nierenfunktionseinschränkung, Elektrolytstörungen, Intoxikationen und der Versorgung von chronisch nierenkranken und transplantierten Patientinnen und Patienten) kann es akut zum Auftreten einer dringenden Dialyseindikation kommen. Bisher wird die Vorhaltung der Möglichkeit zur Dialyse nur im Modul Schwerverletztenversorgung vorgesehen. Es sind aber nicht nur Schwerverletzte betroffen, auch bei anderen Notfallpatientinnen und -patienten findet sich häufig eine Dialysenotwendigkeit⁹.</p> <p>Zu den verschiedenen Szenarien einer Notfalldialyse gehören sowohl Geräte für die intermittierende und kontinuierliche Dialyse, die Ausstattung für Peritonealdialyse (CAPD und Cycler) aber auch Geräte für die Apherese (Plasmapherese und die Immunabsorption)¹⁰. Im ‚Dialysestandard Krankenhaus‘ der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN), der auch bei der AWMF als S1-Leitlinie „Anforderungen an die Strukturqualität für intermittierende und kontinuierliche Nierenersatztherapie im Krankenhaus“ vorliegt¹¹, sind die genauen Anforderungen für die einzelnen Verfahren zusammengestellt</p> <p>Dabei umfasst das Spektrum intermittierender extrakorporaler Nierenersatztherapie (NET) die intermittierende sowie die verlängert intermittierende Hämodialyse (iHD), intermittierende Hämofiltration (iHF) und intermittierende Hämodiafiltration (iHDF).</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Eine Differenzierung und „UND“-Verbindung zwischen kontinuierliche und intermittierende Dialyse halten wir nicht für sachgerecht. Die intermittierende Dialyse wird nur von Nephrologen durchgeführt, kontinuierlich auch von Intensivmedizinern.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Sehr wohl leistet die Nephrologie einen essenziellen Beitrag zur Behandlung von akuten Nierenfunktionseinschränkungen bis hin zur akuten Dialyseindikation. Allerdings ist die Nephrologie weder für die erweiterte noch für die umfassende Notfallversorgung als Fachabteilung vorgesehen. Die weiteren von der FG aufgeführten Indikationen,</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|------------------|
| | | Nephrologie oder der Intensivmedizin) | <p>Alle eingesetzten Hämodialysegeräte müssen dem Stand der Technik entsprechen und sollen die Patientinnen und Patienten weitgehend vor Risiken während der Behandlung schützen. Die verwendeten Materialien dürfen keine toxischen Reaktionen verursachen und müssen auf Sterilität, Pyrogenfreiheit und Unversehrtheit der Membran geprüft worden sein. Die Geräte müssen entsprechend des Medizinproduktegesetzes (MPG) zertifiziert sein und entsprechend den Herstellervorschriften gewartet und betrieben werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Desinfektion der Geräte. Alle Hämodialysegeräte müssen mit einer Volumenbilanzierung (gesteuerte Ultrafiltration) und Sterilfiltern im Dialysatkreislauf ausgestattet sein, um eine Dialyse mit high-flux-Dialysatoren zu ermöglichen. Für die Durchführung von online-HF und online-HDF sind Geräte mit doppelter Sterilfiltration der Dialysier- oder Substitutionslösung erforderlich. Dialysegeräte, die für intermittierende extrakorporale NET eingesetzt werden, müssen einen Blutfluss von mindestens 250 ml/min und einen Dialysatfluss von mindestens 250 ml/min gewährleisten. Die Bereitstellung des für die Herstellung der Dialysierlösung benötigten Reinwassers erfolgt entweder durch eine mobile Einzelplatz-Osmoseanlage oder durch eine zentrale Osmoseanlage¹².</p> <p>Das Spektrum kontinuierlicher extrakorporaler NET umfasst die kontinuierliche venovenöse Hämodialyse (CVVHD), die kontinuierliche venovenöse Hämofiltration (CVVHF), die kontinuierliche</p> | <p>wie z. B. Elektrolytstörungen können durch anderen internistische Professionen versorgt werden. Daher wird der Vorschlag abgelehnt.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>venovenöse Hämodiafiltration (CVVHDF) sowie die Slow Continuous Ultrafiltration (SCUF).</p> <p>Diese Verfahren bedürfen in Durchführung und Überwachung einer speziellen ärztlichen und pflegerischen Expertise und sind mit einem erhöhten medizinischen Aufwand z. B. bezüglich Antikoagulation verbunden. Für kontinuierliche Dialysebehandlungen werden ausschließlich Schlauchsysteme eingesetzt, die für die Verwendung mit dem jeweiligen Dialysegerät zugelassen sind. Der Blutfluss muss am Dialysegerät stufenlos zwischen 50 und mindestens 300 ml/min regulierbar sein. Ebenso muss der Dialysatfluss am Dialysegerät stufenlos zwischen 50 und mindestens 300 ml/min regulierbar sein. Für kontinuierliche Dialyseverfahren zugelassene Lösungen für Dialysat bzw. Substitut müssen in Beuteln zur Verfügung gestellt werden¹³.</p> <p>Die Peritonealdialyse ist als kontinuierliches Verfahren mit mehreren täglichen manuellen Wechseln der Dialysierflüssigkeit so angelegt, dass sich intraperitoneal immer Dialysat befindet (kontinuierliche ambulante PD, CAPD). Durch Nutzung von maschinellen Cyclern können Verweilzeit und Wechselfrequenz angepasst werden. In Abhängigkeit davon, ob sich auch außerhalb der am Cyler verbrachten Zeit Dialysat im Bauchraum befindet, werden kontinuierliche (kontinuierliche Cyler-unterstützte PD, CCPD) und intermittierende PD-Verfahren (automatisierte PD, APD; nächtliche intermittierende PD, NIPD) unterschieden. PD-</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Behandlungen dürfen nur mit den für das zur Anwendung vorgesehene PD-Verfahren und das dafür verwendete PD-System mit den entsprechend zugelassenen PD-Lösungen und PD-Cyclern durchgeführt werden¹⁴. Es müssen spezifische Überleitungsstücke, Adapter und Schlauchsysteme für das verwendete PD-System, sowie Beutel mit Dialysierlösung in unterschiedlichen Glukose-Konzentrationen vorgehalten werden. Neben den Materialien muss auch eine spezifische IT-Struktur implementiert sein. Um diese Verfahren sicher durchführen zu können, müssen besondere Anforderungen an die Hygiene und die räumlichen Strukturen eingehalten werden.</p> <p>⁹ Fuhrmann DY, Kane-Gill S, Goldstein SL, Kellum JA. Acute kidney injury epidemiology, risk factors, and outcomes in critically ill patients 16–25 years of age treated in an adult intensive care unit. <i>Annals of Intensive Care</i> volume 8, Article number: 26 (2018) https://doi.org/10.1186/s13613-018-0373-y</p> <p>¹⁰ AWMF Leitlinie https://register.awmf.org/assets/guidelines/040-017l_S3_Nierenersatztherapie-Intensivmedizin_2025-06.pdf</p> <p>¹¹ AWMF Leitlinie https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-004l_S1_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus_2022-07.pdf</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|--|---|---|---|------------------|
| | | | <p>12 AWMF Leitlinie https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-004l_S1_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus_2022-07.pdf (Kap. 2)</p> <p>13 AWMF Leitlinie https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-004l_S1_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus_2022-07.pdf (Kap. 3)</p> <p>14 AWMF Leitlinie https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-004l_S1_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus_2022-07.pdf (Kap. 4)</p> | | |
| 103. | § 17 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung | | | | |
| 104. | DIVI | Die DIVI warnt dringend vor der Streichung des Satzstückes „der Notaufnahme“. | Eine Beobachtungsstation ist organisatorisch und personell zwingend der Notaufnahme zuzuordnen, da nur so ein zeitnaher Patientenabfluss / Patientenaufnahme sichergestellt werden kann (vgl. auch Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024). | DKG: Dies wird auch mit der avisierten Streichung weiterhin sichergestellt. Der Wörter „der Notaufnahme“ sind inhaltlich redundant, da am Satzanfang bereits auf die „ZNA“ abgestellt wird. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | | | <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Es wird auf die Stellungnahme 2024 verwiesen: Stn 2024: GKV-SV: Die Kommentierung wird zur Kenntnis genommen. Der Vorschlag zur Beibehaltung der Anforderung einer räumlichen Anbindung der Beobachtungsstation an die ZNA wird abgelehnt. Die Forderung einer explizit räumlichen angeschlossenen Beobachtungsstation hatte bei den MD-Prüfungen zu Schwierigkeiten geführt. Hierzu sei auch auf die Tragenden Gründe des GKV-SV zu § 17 verwiesen.</p> | |
| 105. | DGINA | § 17 Keine Änderung zur Stellungnahme der DGINA vom 13.08.2024 | Siehe Stellungnahme der DGINA, vom 13.08.2024, zu Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | DKG: siehe Auswertung der DKG vom Stellungnahmeverfahren 2024. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|---|---|---|---|------------------|
| | | | | GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 104. | |
| 106. | § 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung | | | | |
| 107. | DGAI | <p>§ 18</p> <p>Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach §8 über insgesamt sieben der in den Absätzen 2 (Kategorie A) und 3 (Kategorie B) benannten Fachabteilungen; mindestens fünf davon sind aus der Kategorie A.</p> | <p>In den Absätzen 2 und 3 findet das Fachgebiet der Anästhesiologie keine Erwähnung. Die Anästhesiologie repräsentiert regelhaft eine der größten Fachabteilungen in den Kliniken und ist regelhaft wesentlich an der notfallmedizinischen und intensivmedizinischen Versorgung von Notfällen innerhalb der Kliniken beteiligt. Darüber hinaus stellt die Anästhesiologie regelhaft einen wesentlichen Anteil der Notärztinnen und Notärzte in der präklinischen rettungsdienstlichen Versorgung. Über die fünf Säulen der Anästhesiologie, Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin sind Anästhesiologinnen und Anästhesiologen in der täglichen Praxis mit dem Management kritisch kranker Patientinnen und Patienten betraut. In der Versorgung von schwerverletzten oder schwer erkrankten Patientinnen und Patienten leisten Anästhesiologinnen und Anästhesiologen einen entscheidenden Beitrag. Für das Basisteam einer Schockraumversorgung wird die Anwesenheit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Anästhesiologie sowohl im Weißbuch zur Schwerverletztenversorgung als auch in §24 Absatz 2 Satz 3c gefordert. Daher sollten aus der Sicht von DGAI</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen. Hinweis: Die Anästhesiologie hat keinen eigenen Fachabteilungsschlüssel gem. der Vereinbarung nach § 301 SGB V.</p> <p>GKV-SV: Anmerkungen wurden zur Kenntnis genommen.</p> <p>Aus den TrG zu § 9 Absatz 3:</p> <p>„Da eine Fachabteilung Anästhesie üblicherweise nicht ausgewiesen wird, handelt es sich hier [also bei der Formulierung] um eine redaktionelle Anpassung.“</p> <p>Es wurde somit keine entsprechende</p> | |

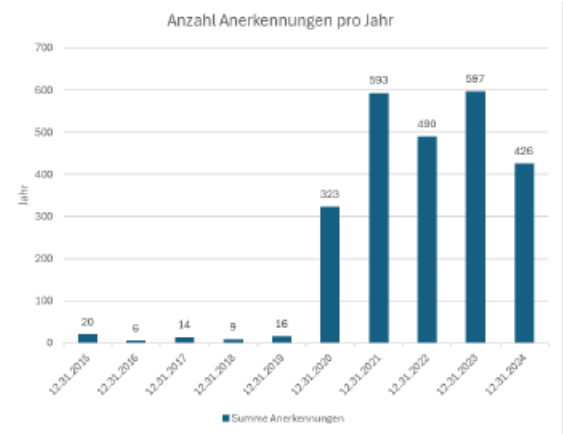
| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| | | | <p>und BDA die Anforderungen an die vorzuhaltenden Fachabteilungen gemäß §§ 8, 13 und 18 um die Fachabteilung Anästhesiologie ergänzt werden. Eine operative Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die operativen Fachabteilungen ist ohne die Vorhaltung der Anästhesiologie nicht möglich. Diese Versorgung kann nur dann gerade bei kritisch kranken oder verletzten Patientinnen und Patienten unverzüglich erfolgen, wenn sich auch Anästhesistinnen und Anästhesisten, im Sinne einer Vorhaltung als eigene Fachabteilung, unmittelbar vor Ort befinden. Darüber hinaus ist die Anwesenheit einer Anästhesistin/eines Anästhesisten während der Schockraumversorgung schwerverletzter Patientinnen und Patienten sowohl eine zentrale Anforderung im Weißbuch der Schwerverletztenversorgung und der S3 Leitlinie zur Versorgung Schwerverletzter und wird auch konsequenterweise im vorliegenden Gesetzentwurf unter §24 im Modul Schwerverletztenversorgung gefordert. Daraus ergibt sich die logische Konsequenz, die Anforderungen gemäß der §§ 8,13, und 18 um die Fachabteilung der Anästhesiologie zu ergänzen.</p> | <p>Fachabteilung aufgeführt, aber in § 9 (3) und entsprechend für die Stufen 2 und 3 wird die Vorhaltung der anästhesiologischen Expertise gefordert.</p> | |
| 108. | DGPRÄC | <p>§ 18 Vorschlag der DKG, in der Kategorie B die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie zu ergänzen</p> | <p>Auch hier findet der Vorschlag der DKG aus den oben genannten Gründen unsere volle Unterstützung, wobei im Rahmen der umfassenden Notfallversorgung aus unserer Sicht auch eine Einstufung in Kategorie A sinnvoll erscheint, was wir hiermit vorschlagen.</p> | <p>DKG: Zustimmung, wobei eine Verschiebung in Kategorie A nicht erforderlich ist. Durch die Zuordnung der Fachabteilungen in die Kategorie A oder B wird</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| | | | | keine Höher- bzw. Nachrangigkeit generiert. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden. GKV-SV: Kenntnisnahme. Wird abgelehnt. Zudem wird auf die Stellungnahme der DGIM zu diesen §§ verwiesen. | |
| 109. | DGINA | § 18 Abs. 1, 2 und 3 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung Position der DKG wird abgelehnt. Beibehaltung des bisherigen Wortlautes | Der Vorschlag der DKG entspricht in keiner Weise den strukturellen Anforderungen an die Vorhaltung von notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen in der umfassenden stationären Notfallversorgung. | DKG: Siehe lfd. Nr. 84 GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. | |
| 110. | DGK | § 18 Kategorie B: Aufnahme „Herz- und Gefäßchirurgie“ oder Ergänzung „Herz-, | Zusätzlich zu den aufgeführten Fachabteilungen der Kategorie B sollte aus unserer Sicht neben der Geriatrie, die „Herz- und Gefäßchirurgie“, welche sich bedeutsam an der Notfallversorgung partizipiert, mit aufgenommen bzw. zur bereits aufgeführten Thoraxchirurgie ergänzt werden: „Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie“. | DKG: Vor dem Hintergrund, dass bereits die Gefäßchirurgie (Nr. 6) und die Thoraxchirurgie (Nr. 7) aufgenommen sind, wird kein Änderungsbedarf gesehen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | Thorax- und Gefäßchirurgie“ | | <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Vorschlag wird abgelehnt. Eine Erweiterung des Auswahlkatalogs würde dazu führen, dass eine Notfallstufe 2 oder 3 mit Fachabteilungen erreicht werden könnte, die eine geringere Notfallrelevanz besitzen. Zudem wird auf die Stellungnahme der DGIM zu diesen §§ verwiesen.</p> | |
| 111. | DRG | Ergänzung der als verpflichtend vorzuhaltende Fachabteilung in § 13 (erweiterte Notfallversorgung) und § 18 (umfassende Notfallversorgung). | Radiologie ist integraler Bestandteil der modernen Notfallversorgung. Diagnostische und interventionell-therapeutische Leistungen spielen in der modernen Medizin in allen Bereichen der Akutversorgung eine zentrale Rolle. | <p>DKG: Kenntnisnahme, es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 110</p> | |

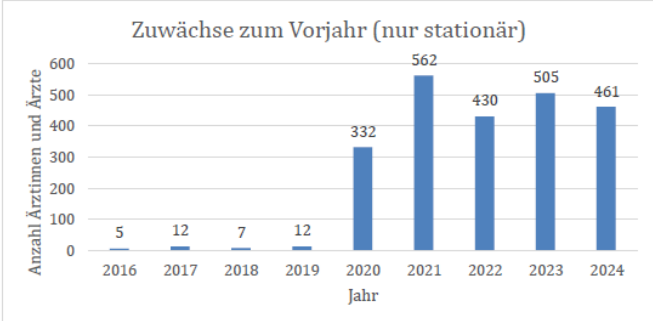
| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | | | | | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf | |
|----------|--------------|---|--|---|--|--|------------|--|------------------|--|
| 112. | BÄK | <p>Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung: Leitung und Stellvertretung</p> <p>Verantwortliche Ärztin/Verantwortlicher Arzt und verantwortliche Pflegekraft</p> <p>Beabsichtigte Neuregelung:</p> <p>Die Anforderungen an die Anzahl von der Notaufnahme zugeordneten Ärztinnen und Ärzten, die Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzten in der Notaufnahme und die Anforderungen an deren Qualifikation im Hinblick auf eine Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ wurden</p> | | GKV-SV | DKG | LV | PatV | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, der Vorschlag der DKG bildet die entsprechend ab.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Stellungnahme deckt sich grundsätzlich mit der Position des GKV-SV (3 FÄ mit ZWB ab 2026, 5 FÄ mit ZWB ab 2028).</p> <p>Die dezidierte Darstellung der Ausbildungszahlen zeigt, dass die vorgesehenen Anforderungen gerade auch in der Stufe der umfassenden Notfallversorgung angemessen sind.</p> <p>Ergänzende Anmerkung: Kommentierung lässt sich eher zu § 19 zuordnen.</p> | | |
| | | | Basisnotfallversorgung Verfügbarkeit | Es sind jeweils mindestens fünf Fachärzte für die Notfallversorgung benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) ein Facharzt nach Satz 1 im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind. | Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind. Hierbei handelt es sich um zwei Personen. | Es sind jeweils ein mindestens drei Fachärzte und zwei Pflegekräfte für die Notfallversorgung benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) ein Facharzt nach Satz 1 mindestens in Rufbereitschaft ist. | | | | |
| | | | Basisnotfallversorgung Qualifikation | Ab 01.01.2026: Ein FÄ mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“(Leitung) Ab 01.01.2028: Zwei FÄ mit ZWB (Leitung und Stellvertretung) | Ab 01.01.2027: Zwei FÄ mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, davon max. ein FÄ mit ZWB in WB (Leitung und Stellvertretung) | wie GKV-SV | wie GKV-SV | | | |
| | | | Erweiterte Notfallversorgung Verfügbarkeit | Mind. 5 FÄ zugeordnet | Ab dem 01.01.2029 mindestens fünf FÄ | Ab 01.01.2026: Fünf FÄ zugeordnet | | | | |
| | | | Erweiterte Notfallversorgung Qualifikation | Ab 01.01.2026: Zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028: Vier FÄ mit ZWB, davon max. ein FÄ in WB | Ab dem 01.01.2027: Zwei FÄ mit ZWB, davon max. ein FÄ in WB Ab 01.01.2029 Drei FÄ mit ZWB, davon max. zwei FÄ in WB | Ab 01.01.2026 Zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028: Drei FÄ mit ZWB, davon eine FÄ in WB | | | | |
| | | | Umfassende Notfallversorgung | Wie erweitert Ab 01.01.2026 Vier FÄ mit ZWB zugeordnet, davon bis eine in WB bis 01.01.2028 Ab 01.01.2028 Fünf FÄ mit ZWB, max. zwei in WB Ab 01.01.2028 24/7 Verfügbarkeit FA mit ZWB | Wie erweitert. Ab 01.01.2032 5 FÄ zugeordnet, davon 3 mit ZWB, davon max. 1 in WB | Ab 01.01.2026 fünf FÄ vorgehalten Ab 01.01.2026 zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028 fünf FÄ mit ZWB, davon zwei in WB 24/7 zumindest Rufbereitschaft eines FA | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|-------------------------|------------------|
| | | <p>nachgeschärft. Zudem soll geregelt werden, wie viele der geforderten Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung sich in der Weiterbildung befinden dürfen. Die Tabelle fasst die genannten Vorgaben für die Anzahl und Qualifikationen der Ärztinnen und Ärzte sowie die Fristen für die stufenweise Erhöhung der Anzahl in den drei Stufen der Notfallversorgung zusammen:</p> <p>[G-BA: Zur besseren Lesbarkeit in der Spalte Begründung abgebildet]</p> <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es für eine qualifizierte Patientenversorgung in der</p> | <p>ZNA handelt und nicht um eine Verfügbarkeit in jeder Schicht.</p> <p>Um die Position eines maßvollen Einsatzes von Ärztinnen und Ärzten mit ZWB zu stützen, haben wir die uns verfügbaren Daten, Zahlen und Fakten hierzu zusammengestellt. Grundsätzlich ist die Datenlage bezogen auf die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ eingeschränkt. Dies betrifft insbesondere Informationen zur tatsächlichen klinischen Tätigkeit in einer Notaufnahme, die Wochenarbeitszeit und die Verteilung auf die Krankenhäuser in einzelnen Regionen.</p> <p>Dennoch vermitteln die folgenden Zahlen und Daten einen Eindruck, wie sich die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB entwickelt und inwieweit die vorgeschlagenen Vorgaben zu Anzahl und Qualifikation des Personals erfüllt werden können.</p> <p>Zum Stichtag 31.12.2024 waren insgesamt 2.504 Ärztinnen und Ärzte bei den Landesärztekammern mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ registriert, davon 2.243 als hauptsächlich stationär tätig. Diese Zahlen lassen keine Rückschlüsse auf Vollzeitäquivalente oder die tatsächliche Tätigkeit in der stationären Versorgung zu.</p> <p>Die folgende Abbildung und die nachfolgende Tabelle zeigen die Entwicklung der Anerkennungen der ZWB seit dem Jahr 2015 auf:</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------|---|--|-------------------------|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------|--|--|--|--|--|----|----|-----|----|----|--------|----|---|----|---|---|----|----|---|---|---|-------------|--|--|--|--|--|---|----|----|----|----|--------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|----|----|----|----|----|--------|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---------|--|--|--|--|--|---|----|---|----|---|--------|--|--|--|--|--|---|----|----|----|----|------------------------|--|--|--|--|--|---|----|----|----|----|---------------------|--|--|--|--|--|-----|-----|----|----|----|-----------------|--|--|--|--|--|---|---|----|---|---|----------|--|--|--|--|--|---|----|----|----|---|---------|--|--|--|--|--|---|----|----|----|----|----------------|--|--|--|--|--|----|----|----|----|----|--------------------|--|--|--|--|--|---|----|----|----|----|-----------|--|--|--|--|--|----|----|---|----|----|-----------------|--|--|--|--|--|----|----|----|-----|-----|----------------------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|--|--|
| | | <p>Basisnotfallversorgung sinnvoll, wenn die Leitung und die Stellvertretung der ZNA, also insgesamt zwei Personen (VZK), über eine ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen und für die strukturierte Koordination und Organisation der Notfallversorgung in der ZNA zuständig sind.</p> <p>In der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung sollten aus Sicht der Bundesärztekammer perspektivisch mindestens drei Fachärztinnen und Fachärzte mit ZWB tätig sein.</p> | <p>Anzahl Anerkennungen pro Jahr</p>  <p>Abbildung 1: Anzahl der Anerkennungen ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ pro Jahr</p> <table border="1" data-bbox="723 826 1379 1098"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>12.31.2015</th> <th>12.31.2016</th> <th>12.31.2017</th> <th>12.31.2018</th> <th>12.31.2019</th> <th>12.31.2020</th> <th>12.31.2021</th> <th>12.31.2022</th> <th>12.31.2023</th> <th>12.31.2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Bayern</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>27</td><td>99</td><td>109</td><td>69</td><td>38</td></tr> <tr><td>Berlin</td><td>20</td><td>6</td><td>14</td><td>9</td><td>9</td><td>20</td><td>16</td><td>3</td><td>7</td><td>9</td></tr> <tr><td>Brandenburg</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td>22</td><td>20</td><td>16</td><td>16</td></tr> <tr><td>Bremen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Baden-Württemberg</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>56</td><td>65</td><td>47</td><td>99</td><td>54</td></tr> <tr><td>Bremen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>3</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>2</td></tr> <tr><td>Hamburg</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td>43</td><td>9</td><td>15</td><td>8</td></tr> <tr><td>Hessen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td>29</td><td>24</td><td>11</td><td>28</td></tr> <tr><td>Mecklenburg-Vorpommern</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>4</td><td>15</td><td>11</td><td>17</td><td>19</td></tr> <tr><td>Nordrhein-Westfalen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>100</td><td>101</td><td>87</td><td>85</td><td>45</td></tr> <tr><td>Rheinland-Pfalz</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7</td><td>8</td><td>30</td><td>8</td><td>6</td></tr> <tr><td>Saarland</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7</td><td>13</td><td>16</td><td>20</td><td>4</td></tr> <tr><td>Sachsen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td><td>35</td><td>30</td><td>39</td><td>12</td></tr> <tr><td>Sachsen-Anhalt</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>14</td><td>24</td><td>24</td><td>37</td><td>19</td></tr> <tr><td>Schleswig-Holstein</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td>12</td><td>10</td><td>29</td><td>12</td></tr> <tr><td>Thüringen</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td>22</td><td>5</td><td>26</td><td>18</td></tr> <tr><td>Westfalen-Lippe</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>38</td><td>64</td><td>64</td><td>119</td><td>136</td></tr> <tr><td>Summe Anerkennungen</td><td>20</td><td>6</td><td>14</td><td>9</td><td>16</td><td>323</td><td>593</td><td>490</td><td>597</td><td>426</td></tr> </tbody> </table> <p>Tabelle 2: Anerkennungen ZWB „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ bzw. ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ pro Jahr in den Bundesländern. (Anmerkung: Die ZWB „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ wurde 2004 von der Ärztekammer Berlin eingeführt. Kammermitglieder, die diese besitzen, sind inzwischen berechtigt, stattdessen die</p> | Jahr | 12.31.2015 | 12.31.2016 | 12.31.2017 | 12.31.2018 | 12.31.2019 | 12.31.2020 | 12.31.2021 | 12.31.2022 | 12.31.2023 | 12.31.2024 | Bayern | | | | | | 27 | 99 | 109 | 69 | 38 | Berlin | 20 | 6 | 14 | 9 | 9 | 20 | 16 | 3 | 7 | 9 | Brandenburg | | | | | | 6 | 22 | 20 | 16 | 16 | Bremen | | | | | | | 2 | | | | Baden-Württemberg | | | | | | 56 | 65 | 47 | 99 | 54 | Bremen | | | | | | 3 | 1 | 1 | 0 | 2 | Hamburg | | | | | | 6 | 43 | 9 | 15 | 8 | Hessen | | | | | | 5 | 29 | 24 | 11 | 28 | Mecklenburg-Vorpommern | | | | | | 4 | 15 | 11 | 17 | 19 | Nordrhein-Westfalen | | | | | | 100 | 101 | 87 | 85 | 45 | Rheinland-Pfalz | | | | | | 7 | 8 | 30 | 8 | 6 | Saarland | | | | | | 7 | 13 | 16 | 20 | 4 | Sachsen | | | | | | 0 | 35 | 30 | 39 | 12 | Sachsen-Anhalt | | | | | | 14 | 24 | 24 | 37 | 19 | Schleswig-Holstein | | | | | | 5 | 12 | 10 | 29 | 12 | Thüringen | | | | | | 24 | 22 | 5 | 26 | 18 | Westfalen-Lippe | | | | | | 38 | 64 | 64 | 119 | 136 | Summe Anerkennungen | 20 | 6 | 14 | 9 | 16 | 323 | 593 | 490 | 597 | 426 | | |
| Jahr | 12.31.2015 | 12.31.2016 | 12.31.2017 | 12.31.2018 | 12.31.2019 | 12.31.2020 | 12.31.2021 | 12.31.2022 | 12.31.2023 | 12.31.2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bayern | | | | | | 27 | 99 | 109 | 69 | 38 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Berlin | 20 | 6 | 14 | 9 | 9 | 20 | 16 | 3 | 7 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brandenburg | | | | | | 6 | 22 | 20 | 16 | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bremen | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Baden-Württemberg | | | | | | 56 | 65 | 47 | 99 | 54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bremen | | | | | | 3 | 1 | 1 | 0 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hamburg | | | | | | 6 | 43 | 9 | 15 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hessen | | | | | | 5 | 29 | 24 | 11 | 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mecklenburg-Vorpommern | | | | | | 4 | 15 | 11 | 17 | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nordrhein-Westfalen | | | | | | 100 | 101 | 87 | 85 | 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rheinland-Pfalz | | | | | | 7 | 8 | 30 | 8 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saarland | | | | | | 7 | 13 | 16 | 20 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sachsen | | | | | | 0 | 35 | 30 | 39 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sachsen-Anhalt | | | | | | 14 | 24 | 24 | 37 | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schleswig-Holstein | | | | | | 5 | 12 | 10 | 29 | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Thüringen | | | | | | 24 | 22 | 5 | 26 | 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Westfalen-Lippe | | | | | | 38 | 64 | 64 | 119 | 136 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Summe Anerkennungen | 20 | 6 | 14 | 9 | 16 | 323 | 593 | 490 | 597 | 426 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Zusatzbezeichnung Klinische Akut- und Notfallmedizin zu führen).</p> <p>Die ZWB kann nur an Standorten erworben werden, an denen Weiterbildungsbefugte tätig sind. Nicht alle Standorte haben eine volle Weiterbildungsbefugnis, wenn sich maßgebliche Inhalte in ihrem Krankenhaus nicht abbilden lassen, d. h., dass Ärztinnen und Ärzte in WB teilweise an ein anderes Krankenhaus rotieren müssen, um die ZWB erlangen zu können. Die Möglichkeiten des Erwerbs der Zusatz-Weiterbildung ist so auch aufgrund der Verteilung der Weiterbildungsbefugten auf die Klinikstandorte begrenzt.</p> <p>Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Weiterbildungsbefugten für die ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ auf. Anhand der Anzahl der Weiterbildungsstätten ist gut erkennbar, dass die Befugten sich nicht gleichmäßig auf die Krankenhäuser verteilen, sondern dass größere Zentren gleich mehrere Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis vorhalten.</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | | | | | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|--------------------------------|--|--------------|--|--|--|-------------------------|-------------------|-------------------|----------------------------|--------------|-------------------|----|----|----|----|--------|----|----|----|----|--------|----|----|---|----|---|----|----|---------------|----|-------------|----|----|----|---|--------|---|---|---|---|---------|----|----|----|---|--------|----|----|----|----|------------------------|----|----|----|---|------------|--|--|--|--|-----|-------------------|-------------------|----------------------------|--------------|---------------|----|----|----|----|-----------|----|----|----|----|-----------------|----|----|----|----|----------|----|----|----|---|---------|----|----|----|----|----------------|----|----|---|----|--------------------|----|----|----|---|-----------|----|----|----|---|-----------------|----|----|----|---|--|--|
| | | | <table border="1" data-bbox="734 280 1384 1015"> <thead> <tr> <th>LÄK</th> <th>Anzahl WB-Befugte</th> <th>Anzahl WB-Stätten</th> <th>volle Befugnis (24 Monate)</th> <th>Teilbefugnis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Baden-Württemberg</td><td>74</td><td>66</td><td>55</td><td>19</td></tr> <tr><td>Bayern</td><td>85</td><td>85</td><td>48</td><td>37</td></tr> <tr><td>Berlin</td><td>17</td><td>17</td><td>3</td><td>14</td></tr> <tr><td>Bezeichnung Klinische Notfall- und Akutmedizin (WBO 2004)</td><td>44</td><td>44</td><td>6 (36 Monate)</td><td>21</td></tr> <tr><td>Brandenburg</td><td>36</td><td>34</td><td>25</td><td>9</td></tr> <tr><td>Bremen</td><td>6</td><td>6</td><td>5</td><td>1</td></tr> <tr><td>Hamburg</td><td>23</td><td>21</td><td>16</td><td>7</td></tr> <tr><td>Hessen</td><td>36</td><td>35</td><td>21</td><td>15</td></tr> <tr><td>Mecklenburg-Vorpommern</td><td>16</td><td>15</td><td>11</td><td>5</td></tr> <tr><td colspan="5">LÄK</td></tr> <tr> <th>LÄK</th> <th>Anzahl WB-Befugte</th> <th>Anzahl WB-Stätten</th> <th>volle Befugnis (24 Monate)</th> <th>Teilbefugnis</th> </tr> <tr><td>Niedersachsen</td><td>58</td><td>58</td><td>25</td><td>28</td></tr> <tr><td>Nordrhein</td><td>98</td><td>89</td><td>78</td><td>13</td></tr> <tr><td>Rheinland-Pfalz</td><td>38</td><td>37</td><td>12</td><td>26</td></tr> <tr><td>Saarland</td><td>17</td><td>17</td><td>16</td><td>1</td></tr> <tr><td>Sachsen</td><td>35</td><td>33</td><td>14</td><td>21</td></tr> <tr><td>Sachsen-Anhalt</td><td>25</td><td>24</td><td>9</td><td>16</td></tr> <tr><td>Schleswig-Holstein</td><td>23</td><td>16</td><td>12</td><td>4</td></tr> <tr><td>Thüringen</td><td>19</td><td>18</td><td>16</td><td>3</td></tr> <tr><td>Westfalen-Lippe</td><td>30</td><td>30</td><td>30</td><td>0</td></tr> </tbody> </table> <p data-bbox="723 1023 1451 1369"> Tabelle 3: Anzahl der Weiterbildungsbefugten, Weiterbildungsstätten und Art der Befugnis für die ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ in den Bundesländern Nicht alle Ärztinnen und Ärzte, die eine ZWB erwerben, bleiben der stationären Versorgung erhalten. Die tatsächliche Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit dieser Zusatz-Weiterbildung in der stationären Versorgung steigt daher langsamer an als </p> | | | | | LÄK | Anzahl WB-Befugte | Anzahl WB-Stätten | volle Befugnis (24 Monate) | Teilbefugnis | Baden-Württemberg | 74 | 66 | 55 | 19 | Bayern | 85 | 85 | 48 | 37 | Berlin | 17 | 17 | 3 | 14 | Bezeichnung Klinische Notfall- und Akutmedizin (WBO 2004) | 44 | 44 | 6 (36 Monate) | 21 | Brandenburg | 36 | 34 | 25 | 9 | Bremen | 6 | 6 | 5 | 1 | Hamburg | 23 | 21 | 16 | 7 | Hessen | 36 | 35 | 21 | 15 | Mecklenburg-Vorpommern | 16 | 15 | 11 | 5 | LÄK | | | | | LÄK | Anzahl WB-Befugte | Anzahl WB-Stätten | volle Befugnis (24 Monate) | Teilbefugnis | Niedersachsen | 58 | 58 | 25 | 28 | Nordrhein | 98 | 89 | 78 | 13 | Rheinland-Pfalz | 38 | 37 | 12 | 26 | Saarland | 17 | 17 | 16 | 1 | Sachsen | 35 | 33 | 14 | 21 | Sachsen-Anhalt | 25 | 24 | 9 | 16 | Schleswig-Holstein | 23 | 16 | 12 | 4 | Thüringen | 19 | 18 | 16 | 3 | Westfalen-Lippe | 30 | 30 | 30 | 0 | | |
| LÄK | Anzahl WB-Befugte | Anzahl WB-Stätten | volle Befugnis (24 Monate) | Teilbefugnis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Baden-Württemberg | 74 | 66 | 55 | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bayern | 85 | 85 | 48 | 37 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Berlin | 17 | 17 | 3 | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bezeichnung Klinische Notfall- und Akutmedizin (WBO 2004) | 44 | 44 | 6 (36 Monate) | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brandenburg | 36 | 34 | 25 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bremen | 6 | 6 | 5 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hamburg | 23 | 21 | 16 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hessen | 36 | 35 | 21 | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mecklenburg-Vorpommern | 16 | 15 | 11 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LÄK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LÄK | Anzahl WB-Befugte | Anzahl WB-Stätten | volle Befugnis (24 Monate) | Teilbefugnis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niedersachsen | 58 | 58 | 25 | 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nordrhein | 98 | 89 | 78 | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rheinland-Pfalz | 38 | 37 | 12 | 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saarland | 17 | 17 | 16 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sachsen | 35 | 33 | 14 | 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sachsen-Anhalt | 25 | 24 | 9 | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schleswig-Holstein | 23 | 16 | 12 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Thüringen | 19 | 18 | 16 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Westfalen-Lippe | 30 | 30 | 30 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|------------------|
| | | | <p>die o. g. Abbildung suggeriert. Der tatsächliche Anstieg der Ärztinnen und Ärzte mit ZWB im stationären Sektor (jeweils im Vergleich zum Vorjahr) ist in der folgenden Tabelle dargestellt. In den vergangenen drei Jahren stieg diese Zahl zwischen 430 und 505 Ärztinnen und Ärzten pro Jahr an.</p>  <p>Abbildung 2: Anstieg der Ärztinnen und Ärzte mit ZWB im stationären Sektor (jeweils im Vergleich zum Vorjahr)</p> <p>Die Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich mit ZWB ist in der folgenden Abbildung dargestellt. Seit dem Jahr 2020 stieg die Gesamtzahl deutlich an und erreichte zum Stichtag 31.12.2024 den Wert von 2.345 Ärztinnen und Ärzten. Nimmt man an, dass die in der Vergangenheit erfolgten Zuwächse an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB in der stationären Versorgung sich auch in Zukunft identisch entwickeln, ergäbe sich für das Jahr 2028 (also zum Ende des Jahres 2027) ein Wert von rund 3.700 Ärztinnen und Ärzten mit ZWB in der stationären Versorgung. Diese Fortschreibung basiert auf der Annahme, dass die Wahrscheinlichkeit, die</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|------------------|
| | | | <p>stationäre Versorgung zu verlassen (z. B. durch Ruhestand, Niederlassung, Elternzeit etc.), sowie die Anzahl der Anerkennungen konstant bleiben. Es muss offenbleiben, ob sich der Anstieg bis zum Jahr 2028 in dieser linearen Form vollzieht.</p>  <p>Abbildung 3: Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich mit ZWB. Quelle bis 2025: Ärztestatistik der Bundesärztekammer. Ab 2026: Prognose auf Basis der Ärztestatistik. Diese Prognose geht davon aus, dass der Bestand an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB jedes Jahr um 450 ansteigt. Hinweis: Zum Zwecke der Vergleichbarkeit mit den Vorschlägen des GKV-SV, der GKV und der LV werden die in der Ärztestatistik gemachten Jahresangaben angepasst. Bspw. wird der Stichtag 31.12.2024 als „2025“ gekennzeichnet.</p> <p>Ob die prognostizierten Werte ausreichen, die im Beschlussentwurf vorgeschlagenen Anforderungen zu erfüllen, lässt sich nicht ohne Weiteres an diesen Zahlen ablesen. Die in der Ärztestatistik berichteten</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Zahlen beruhen auf Mitgliederzahlen. Um einen Rückschluss auf Vollzeitäquivalente (VZÄ) zu ziehen, muss der Faktor Teilzeit berücksichtigt werden. Vor allem die Vorschläge des GKV-SV hätten wahrscheinlich eine Unterdeckung mit Ärztinnen und Ärzte mit ZWB zur Folge. Die Vorschläge der DKG hingegen erlauben mehr Spielräume.</p> <p>Ferner muss davon ausgegangen werden, dass die Verteilung des ärztlichen Personals mit ZWB nicht gleichmäßig über alle an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser erfolgt. Vielmehr ist zu erwarten, dass einige größere Krankenhäuser mehr ärztliches Personal mit ZWB zur Verfügung haben als vorgeschrieben. Dieser Unsicherheitsfaktor muss in der Bedarfsrechnung zwingend berücksichtigt werden; der Bedarf an ärztlichem Personal mit ZWB erhöht sich entsprechend; andernfalls droht eine Diskriminierung von kleineren Krankenhäusern mit geringerer ärztlicher Personaldecke.</p> <p>Zusammenfassend lässt sich feststellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In den letzten Jahren hat es einen deutlichen Zuwachs an Fachärztinnen und Fachärzten mit der ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ gegeben. Es gibt jedoch keine verlässlichen Daten zu deren Wochenarbeitszeit, der tatsächlichen Tätigkeit in einer Notaufnahme und deren bundesweiter Verteilung. - Die Zahl der Weiterbildungsbefugten hat sich zunehmend erhöht. Ein erheblicher Anteil der Befugten verfügt allerdings lediglich über eine | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Teilbefugnis, d. h., dass an diesen Standorten nicht die gesamten 24 Monate Weiterbildungszeit stattfinden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nicht alle Ärztinnen und Ärzte mit ZWB verbleiben in der stationären Versorgung – zu erkennen daran, dass der Anteil an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB in der stationären Versorgung langsamer steigt als die Gesamtzahl der neu erworbenen ZWB. - Projiziert man die im Beschlussentwurf vorgeschlagenen Anforderungen auf die zu den jeweiligen Fristen prognostisch verfügbaren Ärztinnen und Ärzte mit ZWB, deuten sich bei einem Vergleich von „Köpfen“ bereits Engpässe an, insbesondere bei den Vorschlägen des GKV-SV. Bei einer Umrechnung der „Köpfe“ in Vollzeitäquivalente sind lediglich die Vorschläge der DKG realistisch erfüllbar. <p>Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es für eine qualifizierte Patientenversorgung in der Basisnotfallversorgung sinnvoll, wenn die Leitung und die Stellvertretung der ZNA, also insgesamt zwei Personen (VZK), über eine ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen und für die strukturierte Koordination und Organisation der Notfallversorgung in der ZNA zuständig sind. In der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung sollten aus Sicht der</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|--------------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Bundesärztekammer perspektivisch mindestens drei Fachärztinnen und Fachärzte mit ZWB tätig sein.</p> <p>Die Qualität der Notfallversorgung wird vor allem durch eine aufgaben- und patientengerechte ärztliche Personalausstattung sichergestellt. Die Behandlung von Notfällen ist integraler Bestandteil aller fachärztlichen Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung und bedarf per se keiner weiteren Spezialisierung. Eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten heißt auch, dass Angebote der Notfallversorgung flächendeckend in Wohnortnähe zur Verfügung stehen.</p> <p>Strukturschwache Regionen haben bereits jetzt zum Teil große Schwierigkeiten, qualifiziertes Personal zu rekrutieren. Es besteht die Gefahr, dass sich die Versorgung durch nicht begründete Strukturvorgaben eher verschlechtert.</p> | | |
| 113. | § 18 Abs. 1 | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|---|------------------|
| 114. | DGIM | § 18 Abs. 1 Ablehnung der Position der DKG | <p>Eine Fachabteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie ist aus medizinischer Sicht nicht äquivalent zu einer Fachabteilung für Allgemeinchirurgie. Insbesondere bei Krankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung mit Traumaversorgung werden beide Disziplinen zwingend benötigt.</p> <p>Medizinisch ebenso wenig nachvollziehbar ist der Verzicht auf eine Fachabteilungen Innere Medizin, wenn es eine Kardiologie oder Gastroenterologie gibt. Die allgemeine Innere Medizin ist ganz wesentlich für die Versorgung der Bevölkerung. Es ist auch nicht verständlich, dass die Pneumologie als internistisches Fach offensichtlich nach Ansicht der DKG nicht entsprechend der Kardiologie und Gastroenterologie internistisch tätig ist. Zur Erläuterung: Pneumonie, Asthma oder COPD sind ebenso typische internistische Erkrankungen wie der Herzinfarkt. Gleiches gilt für die Hämato/Onkologie und Nephrologie.</p> <p>Wir schlagen aus internistischer Sicht vor, dass auf der Notfallstufe 2 <u>mindestens 3 der 4 folgenden internistischen Fachabteilungen vorhanden sind:</u></p> <p>Innere Medizin und Kardiologie Innere Medizin und Gastroenterologie Innere Medizin und Pneumologie Innere Medizin und Nephrologie</p> <p>Auf der <u>Notfallstufe 3 müssen alle 4 Fachabteilungen vorhanden sein.</u></p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 77</p> <p>GKV-SV: Generelle Begründung wird zustimmend zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die vorgeschlagene Anpassung in Bezug auf die vorzuhaltenden Fachabteilungen würde eine ungleichgewichtige Verschiebung hin zu den internistischen Fachabteilungen bedeuten und wird daher abgelehnt.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|------------------|
| 115. | DGOU und DGU | <p>§ 18 Abs. 1</p> <p>Der Vorschlag der DKG für die umfassende Notfallversorgung entspricht der unter §13</p> <p>Abs 1 für die erweiterte Notfallversorgung.</p> <p>Auch diesen Vorschlag der DKG lehnt die DGU/ DGOU erst recht als vorkommen abwegig ab.</p> | <p>Die Begründung entspricht der zu § 13 Abs. 1 wobei es der DGU noch unverständlicher scheint, wie eine umfassende Notfallversorgung, die aus Sicht der Unfallchirurgie sich an die Aufgaben eines überregionalen Traumazentrums anlehnt, zu erbringen ist. Eine überregionale Traumaversorgung ohne Abteilung für Chirurgie und/oder Orthopädie und Unfallchirurgie ist nicht möglich.</p> <p>[DGOU/DGU zu § 13 Abs.1: Für die Behandlung von schwerverletzten Patienten ist sowohl eine fundierte Kenntnis der Behandlung von Traumafolgen des Bewegungsapparates notwendig, die im Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie abgebildet sind als auch eine fundierte chirurgische Kompetenz bei der Behandlung von Verletzungen der Körperhöhlen und des Körperstammes. Diese Kompetenz in nur in Fachabteilungen für Chirurgie und/oder Unfallchirurgie sichergestellt. Eine Krankenseinrichtung zur erweiterten Notfallversorgung zuzulassen, ohne dass beide Abteilungen vorgehalten werden, hält die DGU/ DGOU für eine nicht zu verantwortende Patientengefährdung.]</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 77. Der Vorschlag der DKG wurde allerdings scheinbar missverstanden. Selbstverständlich ist eine Abteilung für Chirurgie und/oder Orthopädie und Unfallchirurgie vorzuhalten. Es soll nur sichergestellt sein, dass eine spezialisierte FA (Orthopädie und Unfallchirurgie) nicht noch zusätzlich zur „allgemeinen“ Chirurgie oder Unfallchirurgie vorgehalten werden muss. Siehe auch Erläuterung in den Tragenden Gründen.</p> <p>GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen.</p> | |
| 116. | DIVI | <p>§ 18 Abs. 1</p> <p>Die DIVI unterstützt den Vorschlag des GKV-SV (Beibehaltung</p> | <p>Der Vorschlag der DKG entspricht nicht den strukturellen Anforderungen an die Vorhaltung von notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen in der umfassenden stationären Notfallversorgung.</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|---|--|---|--|------------------|
| | | des bisherigen Wortlauts. | | | |
| 117. | § 18 Abs. 2 | | | | |
| 118. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin | § 18 Absatz 2 Innere Medizin und Pneumologie sind der Kategorie A zuzuordnen | Ein erheblicher Teil der internistischen Notfälle entfällt auf das Gebiet der Pneumologie. Eine Zuordnung zu Kategorie B wird dieser Bedeutung und dem damit verbundenen Patientenaufkommen nicht gerecht. Siehe Randerath et al. 2018 https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-0775-3517?cooperation=HJnAUZRNLUimt6lWiwTjYbCwIw6oNZjz7AKfpeSK | DKG: Kenntnisnahme. Durch die Zuordnung der Fachabteilungen in die Kategorie A oder B wird keine Höher- bzw. Nachrangigkeit generiert. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden. GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Es wird auf die Stellungnahme aus 2024 verwiesen: Stn. 2024: GKV-SV: Der Vorschlag der FG wird abgelehnt. Die Pneumologie ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin. Die von der FG genannten Erkrankung | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|--------------------|--------------------------------|--|--|------------------|
| | | | | treten selten isoliert auf, sondern meist i.V.m. Erkrankungen des Herzkreislaufsystems. Insofern erscheint eine Vorrangigkeit der Pneumologie hier nicht erforderlich. | |
| 119. | § 18 Abs. 3 | | | | |
| 120. | DGIM | § 18 Abs. 3 Nummer 13 und 14 | <p>Geriatrie und Plastische und Rekonstruktive Chirurgie sind zwei wichtige Fächer, jedoch mit einem engeren medizinischen Feld. Die Hinzunahme zur Gruppe B würde dem Grundgedanken einer erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung der wichtigsten Fachdisziplinen zu Gunsten sehr spezialisierter Fächer verschieben und dadurch andere wichtige Fächer aussparen, die im Notfall oft gebraucht werden. Dies ist nicht im Sinne einer erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung.</p> <p>Wir schlagen nochmals aus internistischer Sicht vor, dass auf der Notfallstufe 2 mindestens 3 der 4 folgenden internistischen Fachabteilungen vorhanden sind:</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 84</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Siehe Kommentierung unter Nr. 114.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--|---|--|--|------------------|
| | | | <p>Innere Medizin und Kardiologie</p> <p>Innere Medizin und Gastroenterologie</p> <p>Innere Medizin und Pneumologie</p> <p>Innere Medizin und Nephrologie</p> <p>Auf der <u>Notfallstufe 3</u> müssen alle 4 Fachabteilungen vorhanden sein. Auch raten wir dringend die Fachabteilungen auf die Leistungsgruppensystematik umzustellen.</p> | | |
| 121. | DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. | <p>§18 Abs. 3</p> <p>Ergänzung:</p> <p>Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an:</p> <p>15. Palliativmedizin</p> | <p>Ein positives Screening auf palliativmedizinischen Versorgungsbedarf (s.o.) sollte zu einer Mitbeurteilung des / der Patient:in durch die spezialisierte Palliativmedizin führen.</p> <p>In Häusern der erweiterten Notfallversorgung muss eine palliativmedizinische Basisqualifikation der notfallmedizinisch Tätigen vorhanden sein. Zusätzlich muss in Häusern der erweiterten Notfallversorgung eine Abteilung der spezialisierten Palliativmedizin mit einem / einer Fachärzt:in mit ZWB Palliativmedizin vor Ort sein sowie Nachts und am Wochenende in Rufbereitschaft / telemedizinisch erreichbar sein.</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme, siehe lfd. Nr. 28</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Palliativmedizin ist regelhaft kein notfall-nahes Fachgebiet. Es handelt sich um PatientInnen, die sich bereits seit länger Zeit in medizinischer Behandlung ggf. inkl. Schmerzmedikation befinden. Zusätzlich würde eine Erweiterung des Auswahlkatalogs dazu führen, dass eine Notfallstufe 2 oder 3 mit Fachabteilungen erreicht werden könnte, die eine</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|--|---|---|------------------|
| | | | | geringere Notfallrelevanz besitzen. Siehe dazu auch Stellungnahme DGIM. | |
| 122. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin | § 18 Absatz 3 Innere Medizin und Pneumologie sind der Kategorie A zuzuordnen | Ein erheblicher Teil der internistischen Notfälle entfällt auf das Gebiet der Pneumologie. Eine Zuordnung zu Kategorie B wird dieser Bedeutung und dem damit verbundenen Patientenaufkommen nicht gerecht. Siehe Randerath et al. 2018 https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-0775-3517?cooperation=HJnAUZRNLUimt6lWiwTjYbCwIw6oNZjz7AKfpeSK | DKG: Siehe lfd. Nr. 118 GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Siehe Kommentierung unter Nr. 118. | |
| 123. | DGH | § 18 Abs. 3 Zusätzliche Aufführung einer Fachabteilung Handchirurgie unter Kategorie B. | Aus Sicht der DGH sollte bereits auch in der umfassenden Notfallversorgung die Expertise eines FA mit der Zusatzqualifikation Handchirurgie gemäß WBO vorgehalten werden | DKG: Siehe lfd. Nr. 86 GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Vorschlag wird abgelehnt. Eine Erweiterung des Auswahlkatalogs würde dazu führen, dass eine Notfallstufe 2 oder 3 mit Fachabteilungen erreicht werden könnte, die eine | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--|---|--|---|---|
| | | | | geringere Notfallrelevanz besitzen. Zudem wird auf die Stellungnahme der DGIM zu diesen §§ verwiesen. | |
| 124. | DGfN | § 18 Abs. 3 „[...] 12. Innere Medizin und Onkologie 13. Innere Medizin und Nephrologie. “ | Wie in der erweiterten Notfallversorgung sollte auch in der umfassenden Notfallversorgung die Fachabteilung Innere Medizin und Nephrologie mindestens in der Kategorie B Berücksichtigung finden; sachgerecht wäre auch eine Berücksichtigung in Kategorie A, ähnlich wie die Fachabteilungen Innere Medizin und Kardiologie sowie Innere Medizin und Gastroenterologie, denn die Nephrologie spielt eine zentrale Rolle in der Notfallversorgung von Organ- und Elektrolytstörungen. Bei akut und kritisch kranken Patienten und Patientinnen sind die Nieren eines der am häufigsten beeinträchtigten Organsysteme. Für die Betreuung von Patienten und Patientinnen mit akuter Nierenfunktionseinschränkung und Elektrolytstörungen, Intoxikationen, sowie die Betreuung von vorstellig werdenden Nierentransplantierten und Dialysepatientinnen und -patienten gilt das oben gesagte; siehe Ausführungen zu § 13. | DKG: Zustimmung, siehe lfd. Nr. 83. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden. GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 123. | DKG: Entsprechen de Änderung und Aufnahme der FA. |
| 125. | § 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| 126. | DGNI | <p>Die Formulierung der DKG wird von der DGNI unterstützt.</p> <p>Die Formulierung der GKV-SV/PatV und der LV wird abgelehnt.</p> | <p>Siehe vorherigen Kommentar zu §14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung. Sämtliche Punkte sind auch für die umfassende Notfallversorgung gültig. Darüber hinaus ist die Vorhaltung eines Facharztes mit der Zusatz-Weiterbildung „klinische Akut- und Notfallversorgung“ 24/7 vor Ort nicht notwendig. Insbesondere in Kliniken der umfassenden Notfallversorgung ist das Netz der fachlichen Qualität durch die Vorhaltung der vielen Fachdisziplinen so hoch, dass eine ständige Vorhaltung eines Arztes mit der Zusatz-Weiterbildung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ auch nachts keinen zusätzlichen fachlichen Mehrwert bringt. Es gibt übrigens keine Studien, die dies für Kliniken der Maximalversorgung (und damit in der Regel umfassende Notfallversorgung) belegen würden.</p> | <p>DKG: zustimmende Kenntnisnahme. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die FG beschreibt selbst die hohe Zahl an Ausbildungen und dennoch soll es in Stufe 3 problematisch sein, dass 3 FÄ (ab 2026) über die abgeschlossene ZWB verfügen.</p> <p>Es handelt sich hierbei um Mindestanforderungen, als notwendigen Schritt zur Professionalisierung der Notfallmedizin. Die Zusatz-Weiterbildung wurde eingeführt, um eine spezifische Expertise für die komplexen Anforderungen in der ZNA zu schaffen. Es besteht selbstverständlich die Möglichkeit, darüber hinaus weiteres Personal auszubilden.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| 127. | DGIM | § 19 Zustimmung zur Position der LV | Siehe §14 [Auch wenn es immer mehr Kolleginnen und Kollegen gibt, die eine Weiterbildung klinische Akut und Notfallmedizin durchlaufen, ist der Vorschlag der LV ein Kompromiss, der um das Wort „Vollzeitäquivalente“ ergänzt werden sollte. Ab dem 1. Januar 2028 verfügen mindestens sechs Pflegekräfte über die Zusatzqualifikation Notfallpflege, anderweitig ist ein 24/7 Schichtbetrieb nicht abbildbar mit Ausfallzeiten.] | DKG: Siehe lfd. Nr. 89 GKV-SV: GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Siehe zu Vollzeitäquivalent Kommentierung des GKV-SV zu Stellungnahme DGINA zu § 9. Ab 2028 fordert der GKV-SV 5 Pflegefachpersonen, 3 davon mit abgeschlossener Fachweiterbildung „Notfallpflege“. Flankiert wird diese Vorgabe durch die sicherzustellende 24/7 Verfügbarkeit einer Pflegefachperson im Bedarfsfall. | |
| 128. | DIVI | In Anlehnung an den Vorschlag von der LV empfehlen wir folgende Formulierung: „Zusätzlich zu §9 (1) werden zwei weitere Fachärztinnen oder Fachärzte (in Summe 5,0 Vollzeitäquivalente) | Übergreifend verweisen wir auf die Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung der DIVI und DGINA aus 2024 und empfehlen eine sukzessive Steigerung der Qualifikationsanforderungen des der Zentralen Notaufnahme zugeordneten ärztlichen und pflegerischen Personals für die umfassende Notfallversorgung, die perspektivisch umsetzbar ist und den erhöhten Anforderungen an erweiterte Notfallversorger gerecht wird. | DKG: Siehe lfd. Nr. 91 GKV-SV: Generelle Anmerkungen werden zustimmend zur Kenntnis genommen. Anpassungen die Personalzahl betreffend: Der GKV-SV fordert ab 2026 3 FÄ und ab 2028 5 FÄ mit ZWB, wobei sich ab 2028 zwei FÄ davon in | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|---|------------------|
| | | <p>vorgehalten, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Notaufnahme und der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind. Ab dem 1 Januar 2026 verfügen mindestens 2 dieser Fachärztinnen / Fachärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Ab dem 1. Januar 2028 verfügen mindestens 4 dieser Fachärztinnen/Fachärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ oder ein Facharzt in Weiterbildung zu</p> | | <p>Weiterbildung befinden dürfen. In der umfassenden Notfallstufe erscheinen diese Personalvorgaben angemessen, da auch die FG eine sukzessive Steigerung der Qualitätsanforderungen fordert.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | dieser Zusatzweiterbildung mindestens in Rufbereitschaft zur Verfügung steht. Ab dem 1. Januar 2028 ist sicherzustellen, dass jederzeit eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege oder eine sich dazu in Weiterbildung befindliche Pflegekraft in der Notaufnahme zur Verfügung steht.“ | | | |
| 129. | DGINA | <p>§ 19</p> <p>Zustimmung zur Position LV mit Ergänzungen/Änderungen:</p> <p>Ab dem 1. Januar 2026 werden mindestens fünf Fachärztinnen und Fachärzte vorgehalten (in Summe 5,0 Vollzeitäquivalente), die fachlich, räumlich</p> | <p>Mit dem nebenstehenden Vorschlag wird eine sukzessive Steigerung der Qualifikationsanforderungen des, der Zentralen Notaufnahme zugeordneten ärztlichen Personals für die Notfallversorgung erzielt, die auch perspektivisch umsetzbar ist.</p> <p>Rufdienst wie in § 14, Nummer 1 definiert.</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 92</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Stellungnahme bezieht sich auf die Position der LV. Anmerkungen stehen in Verbindung mit denen zu § 9, siehe daher die dortige Kommentierung unter Nr. 52 und 58.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|-------------------------|------------------|
| | | <p>und organisatorisch eindeutig der Notaufnahme und der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind. Ab dem 1. Januar 2026 verfügen mindestens zwei drei Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Ab dem 1. Januar 2028 verfügen fünf vier Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, die anderen vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte sind mindestens in Weiterbildung zur Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) eine</p> | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|-------------------------|------------------|
| | | <p>Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 2, oder eine Fachärztin/ein Facharzt in Weiterbildung zur Zusatz-Weiterbildungsphase „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ mindestens in Rufbereitschaft Rufdienst ist.</p> <p>Ab dem 1. Januar 2028 muss eine Pflegekraft müssen zwei Pflegekräfte pro Schicht, die Zusatzqualifikation Notfallpflege aufweisen oder sich in von denen sich eine in Weiterbildung hierzu befinden kann. In Ausnahmefällen ist ein Rufdienst zulässig.</p> | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|---|---|--|------------------|-----|---------------|----|----|----------|--|---|----------------------------|----|----------|--|----------------------------|--|----|----------|----------------------------|--|--|----|----------|--|----------------------|--|----|----------|--------------------|----------------------|--|---|--|
| 130. | DGK | § 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung | <p>Gegenüberstellung der Vorschläge der Bänke:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ab dem</th> <th>DKG</th> <th>GKV-SV / PatV</th> <th>LV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÄD</td> <td>1.1.2026</td> <td></td> <td>5 FÄ zugeordnet, KlinANM – 3 davon 1 WB</td> <td>5 FÄ zugeordnet, 2 KlinANM</td> </tr> <tr> <td>ÄD</td> <td>1.1.2028</td> <td></td> <td>KlinANM – 5 FÄ, davon 2 WB</td> <td>5 FÄ zugeordnet, 5 KlinANM, davon 2 WB</td> </tr> <tr> <td>ÄD</td> <td>1.1.2032</td> <td>KlinANM – 3 FÄ, davon 1 WB</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD</td> <td>1.1.2026</td> <td></td> <td>Notfallpflege – 1 PK</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD</td> <td>1.1.2028</td> <td>Notfallpfl. – 2 PK</td> <td>Notfallpflege – 5 PK</td> <td>Notfallpflege – 1/Schicht Oder WB, Ausnahmefälle Rufdienst</td> </tr> </tbody> </table> <p>Da es in vielen Regionen der Bundesrepublik noch nicht ausreichend Weiterbildungsermächtigte für die Zusatzweiterbildung klinische Akut- und Notfallmedizin gibt, erscheint auch für die Stufe der umfassenden Notfallversorgung die Anforderung von fünf FA mit Zusatzweiterbildung zur klinischen Akut- und Notfallmedizin ab 01.01.2028 nicht umsetzbar, die DGK empfiehlt hier, dass bis auf weiteres 2 FA in der Zusatzweiterbildung der klinischen Akut- und Notfallmedizin angerechnet werden können (entsprechend der bisher nicht eingeführten LG65).</p> | | ab dem | DKG | GKV-SV / PatV | LV | ÄD | 1.1.2026 | | 5 FÄ zugeordnet, KlinANM – 3 davon 1 WB | 5 FÄ zugeordnet, 2 KlinANM | ÄD | 1.1.2028 | | KlinANM – 5 FÄ, davon 2 WB | 5 FÄ zugeordnet, 5 KlinANM, davon 2 WB | ÄD | 1.1.2032 | KlinANM – 3 FÄ, davon 1 WB | | | PD | 1.1.2026 | | Notfallpflege – 1 PK | | PD | 1.1.2028 | Notfallpfl. – 2 PK | Notfallpflege – 5 PK | Notfallpflege – 1/Schicht Oder WB, Ausnahmefälle Rufdienst | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Der GKV-SV-Vorschlag sieht vor, dass ab 2028 von 5 FÄ mit ZWB zwei in Weiterbildung angerechnet werden können.</p> <p>Dies deckt sich mit der Empfehlung der Stellungnahme.</p> <p>Generell sieht der GKV-SV die Personalvorgaben als notwendigen Schritt zur Professionalisierung der Notfallmedizin. Die Zusatzweiterbildung wurde eingeführt, um eine spezifische Expertise für die komplexen Anforderungen in der ZNA zu schaffen.</p> | |
| | ab dem | DKG | GKV-SV / PatV | LV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÄD | 1.1.2026 | | 5 FÄ zugeordnet, KlinANM – 3 davon 1 WB | 5 FÄ zugeordnet, 2 KlinANM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÄD | 1.1.2028 | | KlinANM – 5 FÄ, davon 2 WB | 5 FÄ zugeordnet, 5 KlinANM, davon 2 WB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÄD | 1.1.2032 | KlinANM – 3 FÄ, davon 1 WB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PD | 1.1.2026 | | Notfallpflege – 1 PK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PD | 1.1.2028 | Notfallpfl. – 2 PK | Notfallpflege – 5 PK | Notfallpflege – 1/Schicht Oder WB, Ausnahmefälle Rufdienst | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 131. | § 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|---|--|---|------------------|
| 132. | DGIM | § 20 Zustimmung zur Position der DKG | Eine strikte Einhaltung von 60 Minuten entspricht nicht immer dem Klinikalltag, gerade in den Wintermonaten. Jeder Patient wird schnellstmöglich versorgt, das gebietet alleine schon die Grunderkrankung der Patienten, oft innerhalb der ersten Minuten oder Stunde. Auch im Schockraum kann und muss eine Intensivtherapie unter Umständen unmittelbar begonnen werden, sodass es keinen zwingenden oder Evidenz-basierten Grund für die 60 Minuten gibt. | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Es handelt sich hierbei um PatientInnen mit intensivmedizinischem Versorgungsbedarf, daher ist die Zeitvorgabe ab Anfrage der ZNA sachgerecht. | |
| 133. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin | §20 Vorschlag der DKG wird unterstützt | Auch wenn der Begriff „schnellstmöglich“ keine zeitlich präzise Größenordnung darstellt, sollten sich die internen Abläufe an der Versorgungsqualität und Patientensicherheit orientieren, und nicht an einer arbiträren zeitlichen Vorgabe. Allerdings sollte der nicht klar definierte Begriff „schnellstmöglich“ zumindest mit einer zeitlichen Orientierung konkretisiert werden, um einer missbräuchlichen Auslegung vorzubeugen. | DKG: Kenntnisnahme. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden. GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Es handelt sich hierbei um PatientInnen mit intensivmedizinischem Versorgungsbedarf, daher ist die Zeitvorgabe ab Anfrage der ZNA sachgerecht. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|---|---|---|------------------|
| 134. | DIVI | § 20 | Vgl. Kommentar zu § 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung [DIVI zu § 15: Eine „Aufnahmebereitschaft beatmungspflichtiger Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Anfrage durch die zentrale Notaufnahme“ ist sicherzustellen. Die ergänzende Formulierung „...nach Anfrage durch die zentrale Notaufnahme“ ist sinnvoll und wird unterstützt.] | DKG: Siehe lfd. Nr. 97 GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. | |
| 135. | DGINA | § 20 Zustimmung zur Position GKVS/PatV | Die Präzisierung der Regelung ist sinnvoll und wird begrüßt. | DKG: Siehe lfd. Nr. 98 GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. | |
| 136. | § 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung | | | | |
| 137. | DGIM | § 21 Zustimmung zur Position der DKG | Eine SPECT/CT Kamera sowie eines Heißlabors mit Technetium Generator ist entbehrlich. | DKG + GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme | |
| 138. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und | § 21 Absatz 1 Vorschlag der DGK wird unterstützt: keine Ausstattung mit SPECT/CT Kamera sowie eines Heißlabors mit Technetium | - | DKG + GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|------------------|---|---|--|------------------|
| | Beatmungsmedizin | Generator erforderlich. | | | |
| 139. | DGfN | <p>§ 21</p> <p>„(1) Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach §11 zu jederzeit (24/7) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort:</p> <p>[...]</p> <p>und</p> <p>5. Vorhaltung der apparativen Möglichkeit zur kontinuierlichen und intermittierenden Dialyse in den entsprechenden Krankenhäusern (in Kooperation mit der</p> | <p>Wie in der erweiterten Notfallversorgung sollten auch in der umfassenden Notfallversorgung, für Versorgung der unter den Ausführungen zu § 13 genannten Indikationen (akute Nierenfunktionseinschränkung, Elektrolytstörungen, Intoxikationen und bei der Versorgung von chronisch nierenkranken und transplantierten Patientinnen und Patienten) die technischen Voraussetzungen für verschiedene Blutreinigungsverfahren vorgehalten werden. Zu den verschiedenen Szenarien einer Notfalldialyse gehören - wie unter § 16 ausgeführt - sowohl Geräte für die intermittierende und kontinuierliche Dialyse, Ausstattung für Peritonealdialyse (CAPD und Cycler) aber auch Geräte für die Apherese (Plasmapherese und Immunabsorption). Zu den Anforderungen im Einzelnen gilt das oben Gesagte; siehe Ausführungen zu § 16.</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 102</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Sehr wohl leistet die Nephrologie einen essenziellen Beitrag zur Behandlung von akuten Nierenfunktionseinschränkungen bis hin zur akuten Dialyseindikation.</p> <p>Allerdings ist die Nephrologie weder für die erweiterte noch für die umfassende Notfallversorgung als Fachabteilung vorgesehen.</p> <p>Die weiteren von der FG aufgeführten Indikationen, wie z. B. Elektrolytstörungen können durch anderen internistische Professionen versorgt werden.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | Nephrologie oder der Intensivmedizin) | | Daher wird der Vorschlag abgelehnt. | |
| 140. | - | - | - | - | - |
| 141. | DGAI | <p>§ 21</p> <p>(1) Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 zu jederzeit Zeit (24/7 Stunden an sieben Tagen pro Woche) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort:</p> <p>1. die kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am</p> | <p>Grundsätzlich begrüßen DGAI und BDA die Regelungen zur medizinisch-technischen Vorhaltung in den einzelnen Notfallstufen. Eine Berücksichtigung der fachlichen Ausarbeitungen zur Struktur und Ausstattungen von Zentralen Notaufnahmen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) aus dem Jahr 2024, welche sich intensiv mit der Vorhaltung diagnostischer und therapeutischer Verfahren in einer ZNA auseinandersetzen, sollte hier Berücksichtigung finden. Darüber hinaus stellen die eher generellen Regelungen in den § 11, §16 und §21 einen internen Widerspruch zu den detaillierten Regelungen zur medizinisch-technischen und personellen Ausstattung in § 24 Modul Schwerverletztenversorgung da. Hier sollte eine Anpassung im Grad der Detaillierung erfolgen um eine einheitliche Richtschnur darzustellen.</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 67</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Generelle Überarbeitung der besagten Anforderungen war nicht Teil der Anpassungen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens Die Anregungen könnten im Rahmen zukünftiger Anpassungen berücksichtigt und beraten werden.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|-------------------------|------------------|
| | | <p>oberen Gastrointestinaltrakt,</p> <p>2. die kontinuierliche Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI),</p> <p>3. eine Magnetresonanztomographie (MRT) und</p> <p>4. die medizinisch-technische Ausstattung zur Primärdiagnostik des Schlaganfalls und Möglichkeit zur Einleitung einer Initialtherapie (Fibrinolyse oder interventionelle Therapie) und gegebenenfalls zur Verlegung in eine externe Stroke Unit.</p> <p>(2) Es ist eine Hubschrauberlande-stelle vorzuhalten. 2 Patientenverlegungen von Patientinnen und Patienten auf dem</p> | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | Luftwege sind ohne Zwischentransport möglich. Bleibt dem Krankenhaus die Genehmigung einer Hubschrauberlande- stelle aus Gründen, die außerhalb des Verantwortungsbereiches des Krankenhauses liegen (z.B. Umweltschutz oder städtebauliche Vorschriften), versagt, kann trotz Nichterfüllung der Sätze 1 und 2 eine Einstufung nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 erfolgen, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind. | | | |
| 142. | DIVI | Die DIVI unterstützt den Vorschlag der DKG. | Eine SPECT/CT Kamera muss auch in einem Krankenhaus der umfassenden Notfallversorgung nicht in der vorgehalten werden. | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 137. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|---|--|--|------------------|
| 143. | DGK | § 21 Ablehnung der Forderung des Vorhandenseins einer SPECT/ CT Kamera sowie eines Heißlabors mit Technetium Generator (GKV-SV) | Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) fordert auf dieser Stufe das Vorhandensein einer SPECT/ CT Kamera sowie eines Heißlabors mit Technetium Generator. Diese Forderung ist aus Sicht der DGK inhaltlich und fachlich nicht nachvollziehbar. | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 137. | |
| 144. | BÄK | § 21 Beabsichtigte Neuregelung: Der GKV-SV fordert als Anforderung für die Stufe der umfassenden Notfallversorgung das Vorhandensein einer SPECT/CT-Kamera sowie eines Heißlabors mit Technetium-Generator. Die Anforderung ist zu streichen | Diese Anforderung wertet die Bundesärztekammer selbst für Kliniken mit umfassender Notfallversorgung als zu spezialisiert und so in der Praxis nicht umsetzbar. Die Anforderung ist zu streichen. In den „Tragenden Gründen“ fehlt hierzu die Begründung. | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 137. | |
| 145. | § 23 Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|---|---|--|---|
| 146. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin | § 23 Vorschlag der DKG wird unterstützt: Gemäß § 4 können Krankenhäuser aufgrund der Teilnahme an einer speziellen Notfallversorgung einer der in § 3 Absatz 1 benannten Stufen zugeordnet werden. Die Anforderungen nach Satz 1 werden in den §§ 24 bis 28 für die einzelnen Module der speziellen Notfallversorgung festgelegt. | Eine Einordnung der Spezialversorger in das System mit den entsprechenden Rechten und Pflichten ist essenziell und muss in der Regelung entsprechend deutlich gemacht werden (s. auch Kommentar unter §3 Absatz 2). | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. | |
| 147. | § 24 Modul Schwerverletztenversorgung | | | | |
| 148. | BÄK | § 24 Modul Schwerverletztenversorgung Beabsichtigte Neuregelung: Als Basisteam für den Schockraum soll jederzeit (24/7) eine | ATLS ist eine eingetragene Marke und bezieht sich auf ein spezifisches Kursformat, es gibt aber auch andere entsprechende Kurse, sodass die Beschränkung auf dieses Kursformat entfallen sollte. Die Bundesärztekammer schlägt die folgende Formulierung vor: „Als Basisteam für den Schockraum soll jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Nachweis einer | DKG: Inhaltliche Zustimmung, der Verweis auf den ATLS Kurs Standard ist jedoch dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung 2019 (Seite 19 Fußnote *) entnommen. Der Verweis auf den „Kurs Standard“ soll andere Kurse gerade | DKG: Klarstellung in den Tragenden Gründen, dass ATLS äquivalente Kurse (z. B. ETC) als |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|--|
| | | <p>Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit gültigem Zertifikat im Schockraummanagement in mindestens Advanced-Trauma-Life-Support-(ATLS-)Kurs-Standard oder eine Weiterbildungsassistentin oder ein Weiterbildungsassistent für Orthopädie und Unfallchirurgie (Facharztstandard) präsent sein.</p> <p>Die Bundesärztekammer schlägt die folgende Formulierung vor: „Als Basisteam für den Schockraum soll jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Nachweis einer Fortbildung, die</p> | <p>Fortbildung, die Kenntnisse und Fertigkeiten zur strukturierten notfallmedizinischen Versorgung nach international etablierten Standards zur Traumaversorgung nach dem ABCDE-Schema vermittelt“.</p> | <p>nicht ausschließen, sofern der gleiche Standard gewährleistet wird. Als ATLS äquivalenter Kurs wird im Weißbuch 2019 bspw. ETC genannt.</p> <p>GKV-SV: Ergänzung in den Tragenden Gründen vorgenommen, dass auch andere Anbieter entsprechender Kurse gewählt werden können, soweit die geforderten Standards eingehalten werden.</p> | <p>gleichwertig anerkannt werden und den ATLS Standard erfüllen.</p> |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| | | Kenntnisse und Fertigkeiten zur strukturierten notfallmedizinischen Versorgung nach international etablierten Standards zur Traumaversorgung nach dem ABCDE-Schema vermittelt“ | | | |
| 149. | § 24 Abs. 2 | | | | |
| 150. | DIVI | Die DIVI empfiehlt die Aufnahme einer Fachärztin oder eines Facharztes mit der ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ als Voraussetzung für das Modul Schwerverletztenversorgung unter § 24 Absatz (2) | Begründet wird dies in der zunehmenden Komplexität und Multimorbidität dieser Patientengruppe sowie erforderlichen übergeordneten koordinativen Funktionen. In Absatz (2) 3. ist neben den unter d) genannten zwei Pflegekräften der Notaufnahme weiterhin o.g. Facharzt mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ (oder in Weiterbildung) zu ergänzen. | DKG: Ablehnung. Die Aufnahme einer Fachärztin oder eines Facharztes mit der ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ als Voraussetzung für das Modul Schwerverletztenversorgung entspricht nicht dem aktuellen Stand des Weißbuches und ist medizinisch auch nicht erforderlich. Zudem wird dadurch die begrenzte Ressource diese ZWB noch mehr strapaziert. GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Allerdings | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | | | entspricht die Aufnahme einer Fachärztin oder eines Facharztes mit der ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ als Voraussetzung für das Modul Schwerverletztenversorgung nicht dem aktuellen Stand des Weißbuches. | |
| 151. | DGH | S 24 Abs 2. Es sollten in das Modul Schwerverletztenversorgung die Kriterien der DGUV Schwerstverletztenartenverfahren Hand (SAV Hand) integriert werden | Zur Versorgung von schweren Handverletzungen, inklusive Replantationen, ist ein Zusatzqualifizierter Handchirurg nicht ausreichend. Hier fordert die DGH die Kriterien der DGUV für SAV Hand – 3 Zusatzqualifizierte Handchirurgen, handchirurgischer Replantationsdienst. | DKG: Kein Änderungsbedarf. Die bestehende Regelung verwies auf das Weißbuch Schwerverletztenversorgung 2012. In der geplanten Regelung werden die relevanten Vorgaben aus dem aktuellen Weißbuch Schwerverletztenversorgung (3., erweiterte Auflage 2019) extrahiert. Dabei wurde sich sehr eng an die dortigen Vorgaben bezüglich der Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, gehalten. Die entsprechenden | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|------------|--|------------------|
| | | | | <p>Vorgaben werden als ausreichend und sachgerecht eingeschätzt. Bei den Krankenhäusern mit dem Modul Schwerverletztenversorgung handelt es sich um sehr wenige hochspezialisierte Kliniken.</p> <p>Es scheint zudem nicht sinnvoll, das Modul Schwerverletztenversorgung der Notfallstufen an dem spezialisierten Schwerverletztenartenverfahren Hand zu orientieren. Eine derartige Schwerpunktbildung entspricht nicht dem mit den Notfallstufen verfolgten systematischen flächendeckenden Versorgungsansatz.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Bei den aufgeführten Fachdisziplinen wurde sich an die Vorgaben des Weißbuchs</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|-----------------------------|---|---|---|------------------|
| | | | | Schwerverletztenversorgung der DGU gehalten. | |
| 152. | § 24 Abs. 2 Nummer 2 | | | | |
| 153. | DGNI | <p>c) „eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“</p> <p>aa) für täglich mindestens eine Visite verfügbar,</p> <p>bb) während der regulären Kernarbeitszeit (beispielsweise mindestens sieben Stunden zwischen 6 und 22 Uhr) arbeitstäglich sofort auf der Intensivstation präsent und</p> | <p>Eine Forderung einer zeitlichen Vorgabe für die Präsenz eines Facharztes mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ wird von der DGNI abgelehnt. Auch in diesem Punkt gibt es keine Evidenz, die eine „unverzügliche“ Anwesenheit oder eine „Anwesenheit innerhalb von 30 Minuten“ rechtfertigen würde. Stattdessen ist eine unverzügliche Erreichbarkeit und ggf. telemedizinische Anbindung zu fordern.</p> <p>Eine Vorhaltung eines Arztes mit einer Mindestzeit einer Einarbeitung auf der Intensivstation wird von der DGNI in jeglicher Form abgelehnt. Diese Forderung basiert auf einer Empfehlung der DIVI zur personellen Ausstattung einer Intensivstation und wurde von der DGNI bereits in der Vergangenheit kritisiert. Aus Sicht der DGNI gibt es keine ausreichende Evidenz, eine Vorhaltung eines Arztes mit mindestens 3-monatiger Einarbeitungszeit zu fordern, vielmehr muss sichergestellt werden, dass die notwendigen Inhalte beherrscht werden; eine zeitliche Vorgabe ist diesbezüglich nicht zielführend.</p> | <p>DKG: Zustimmung Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Vorschlag wird abgelehnt.</p> <p>Die geeinten Positionen basieren auf den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI), entsprechend dem Verweis des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung der DGU für Intensivstation in überregionalen Traumazentren;</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|------------|--|------------------|
| | | <p>cc) außerhalb der Anwesenheitszeit nach Buchstabe</p> <p>DKG / PatV: unverzüglich</p> <p>GKV-SV: innerhalb von 30 Minuten“</p> <p>ist abzulehnen.</p> <p>d) „eine Ärztin oder ein Arzt, die oder der seit mindestens drei Monaten auf dieser oder einer Intensivstation der gleichen Stufe eingearbeitet ist, jederzeit (24/7) auf dieser Intensivstation präsent“ ist abzulehnen</p> <p>e) „eine Ärztin oder ein Arzt mit einer intensivmedizinischen Weiterbildungszeit (im Rahmen der Facharztweiterbildung) von mindestens sechs Monaten an</p> | | <p>Es wird auf die Kommentierung unter Nr. 10 verwiesen sowie auf die TrG zu § 24.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | <p>allen Tagen während der regulären Kernarbeitszeit (beispielsweise mindestens sieben Stunden zwischen 6 und 22 Uhr) auf der Intensivstation präsent; außerhalb der Kernarbeitszeit zumindest im Krankenhaus präsent und sofort auf der Intensivstation verfügbar“ ist abzulehnen.</p> | | | |
| 154. | DGIM | <p>§ 24 Abs. 2 Nummer 2 Zustimmung Position GKV-SV</p> | <p>Wir begrüßen die Einführung des Moduls Schwerverletztenversorgung ausdrücklich. Hier ist die Anwesenheit eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten unabdingbar.</p> | <p>DKG: Ablehnung, die Formulierung unverzüglich anstatt 30 Minuten entspricht auch der Formulierung in der „Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022“ (DIVI) auf Seite 177</p> <p>GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. Zudem wird auf die Kommentierung unter 10. verwiesen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|-----------------------------|---|---|--|------------------|
| 155. | DGKJCH | <p>§ 24 Abs. 2 Nummer 2 [...]</p> <p>g) eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin und Erfahrung in der Kinderintensivmedizin für täglich mindestens eine Visite sowie für eine entsprechende telemedizinische Konsultation 24/7 verfügbar.</p> | Wenn Kinder und Jugendliche versorgt werden, sollte ein Zusatzpassus erscheinen. Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf eine fachgerechte intensivmedizinische Versorgung. | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 151</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Vorschlag wird abgelehnt.</p> <p>Die geeinten Positionen basieren auf den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI), entsprechend dem Verweis des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung der DGU für Intensivstation in überregionalen Traumazentren;</p> <p>Es wird auf die Kommentierung unter Nr. 10 verwiesen sowie auf die TrG zu § 24.</p> | |
| 156. | § 24 Abs. 2 Nummer 4 | | | | |
| 157. | DGIM | <p>§ 24 Abs. 2 Nummer 4</p> <p>Zustimmung Position GKV-SV</p> | Wir begrüßen die Einführung des Moduls Schwerverletztenversorgung ausdrücklich. Hier ist die Anwesenheit eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten unabdingbar. | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 154</p> <p>GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. Zudem wird auf die</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | | | Kommentierung unter 10. verwiesen. | |
| 158. | DGN und DSG | <p>§ 24 Abs. 2 Nummer 4</p> <p>In Ergänzung zum Basisteam sind je nach vorliegendem Schädigungsbild verfügbar:</p> <p>- Fachärztin oder Facharzt für Neurologie</p> | | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 151. Regelungen, die eine rasche und spezifisch neurologische weitere Versorgung ermöglichen sind Klinikintern festzulegen.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Bei den aufgeführten Fachdisziplinen wurde sich an die Vorgaben des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung der DGU gehalten.</p> | |
| 159. | DGKJCH | <p>§ 24 Abs. 2 Nummer 4</p> <p>Ergänzend zum Basisteam sind je nach vorliegendem Verletzungsmuster und Alter des Patienten oder der Patientin als</p> | <p>Es reicht für eine fachspezifische Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe nicht aus, diese kinder- und jugendmedizinischen Fachdisziplinen nur am Standort vorzuhalten, sie müssen obligat in die Versorgung der Kinder- und Jugendlichen eingebunden werden.</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 151</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Ablehnung. Absatz 2 Nummer 5 Satz 1 regelt auf Grundlage der Anforderungen des Weißbuch</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|-----------------------------|---|--|---|------------------|
| | | <p>erweitertes Schockraumteam unverzüglich verfügbar: [...]</p> <p>g) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinder- und Jugendchirurgie oder entsprechend eine Weiterbildungsassistentin oder ein Weiterbildungsassistent des entsprechenden Faches (Facharztstandard).</p> | | <p>Schwerverletztenversorgung an überregionale Traumazentren die zusätzlich zu den vorstehenden Regelungen am Standort vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte. Es wird davon ausgegangen, dass diese Fachdisziplinen bei Bedarf in der Versorgung der Kinder und Jugendlichen eingebunden werden.</p> | |
| 160. | § 24 Abs. 2 Nummer 5 | | | | |
| 161. | DGNI | <p>Zusätzlich sind am Standort als weitere Fachdisziplinen vorzuhalten: Es fehlt die Neurologie.</p> | <p>Neurologische Komplikationen sind bei schwerverletzten Patienten häufig. Die Vorhaltung eines Facharztes für Neurologie ist deshalb sinnvoll und muss in der Liste der am Standort vorzuhaltenden Fachdisziplinen ergänzt werden.</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 151 GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Absatz 2 Nummer 5 Satz 1 regelt auf Grundlage der Anforderungen des Weißbuch Schwerverletztenversorgung</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| | | | | g an überregionale Traumazentren die zusätzlich zu den vorstehenden Regelungen am Standort vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte. | |
| 162. | DGPRÄC | <p>§ 24 Modul Schwerverletztenversorgung</p> <p>5. Zusätzlich sind am Standort als weitere Fachdisziplinen vorzuhalten:</p> <p>eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie) und</p> | <p>Im aktuellen Weißbuch Schwerverletztenversorgung, der Bezug zu diesem soll über die Regelung ja ausgehebelt werden, ist für ein Überregionales TraumaZentrum DGU® (ÜTZ) das Vorhalten eines Facharztes/ einer Fachärztin für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie mandatorisch. Dies sollte auch die Spezielle Notfallversorgung im Model Schwerverletztenversorgung mandatorisch sein. Neben den oben bereits dargestellten Eingriffen, sind auch die Replantationen von besonderer Bedeutung und erfordern eine kurzfristige Intervention. Eine Zusatzbezeichnung Handchirurgie ist hier nicht ausreichend, da Replantationen an sämtlichen Gliedmaßen erforderlich sein können.</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 151</p> <p>GKV-SV: Das Weißbuch wird mit dieser Ausgestaltung nicht ausgehebelt, sondern die dortigen Anforderungen in konkreten Regelungstext überführt.</p> <p>Absatz 2 Nummer 5 Satz 1 regelt auf Grundlage der Anforderungen des Weißbuch Schwerverletztenversorgung an überregionale Traumazentren die zusätzlich zu den vorstehenden Regelungen am Standort vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------------|--|---|--|------------------|
| 163. | DGH | § 24 Abs. 2 Nummer 5i Ergänzung des Facharzt für Allgemein Chirurgie sowie des Facharzt für Kinderchirurgie | In der MWBO 2018 gehören zu den Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO neben dem FA für Orthopädie und Unfallchirurgie oder dem FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie auch der FA für Allgemein Chirurgie oder der FA für Kinder- und Jugendchirurgie dazu. | DKG: Siehe lfd. Nr. 151 GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Bei den aufgeführten Fachdisziplinen wurde sich an die Vorgaben des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung der DGU gehalten. | |
| 164. | DGN und DSG | § 24 Abs. 2 Nummer 5 In Ergänzung zum Basisteam sind je nach vorliegendem Schädigungsbild verfügbar: - Fachärztin oder Facharzt für Neurologie | | DKG: Siehe lfd. Nr. 151. Regelungen, die eine rasche und spezifisch neurologische weitere Versorgung ermöglichen sind klinikintern festzulegen. GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 163. | |
| 165. | DGHNO-KHC und DGMKG | § 24 Abs. 2 Nummer 5 Verfügbarkeit von HNO, MKG, Augen etc. in Schwerverletzten-Stufe | Die Fächer sind am Standort vorzuhalten. Unterliegt dieses dann der derzeit strikten 2.000 m Luftlinie-Regel? Diese Regel wird derzeit hinterfragt und flexibler gesehen. Dann würde eine solche neue Regel auch für diese Notfallstufung gelten? Es könnten sonst Versorgungsengpässe geben. | DKG: Ja die Definition des Begriffes „Standort“ orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben bzw. der entsprechenden Bundesvereinbarung mit der Möglichkeit etwaiger Ausnahmeregelungen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------------|--|---|---|------------------|
| | | | | GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Gemäß § 6 Absatz 1 Satz 2 wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß § 2a KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zugrunde gelegt. Eine weitere Anpassung bzw. Flexibilisierung ist nicht vorgesehen. | |
| 166. | DGHNO-KHC und DGMKG | § 24 Abs. 2 Nummer 5 Erscheinenszeit in der Schwerverletztenstufe | In den tragenden Gründen wird unter 2.14 (Seite 20 Mitte) ausgeführt, dass Fachärzte der dort genannten Disziplinen (u.a. HNO und MKG) innerhalb von 30 Minuten am Patienten sein müssen. Dieses ergibt sich im Vergleich zur Formulierung in § 24 (2) 5 nicht schlüssig, da es dort explizit geregelt bzw. diskutiert wird. Die 30 Minutenregel für einen Facharzt dieser Disziplinen halten wir für sinnvoll. Das ist dann jedoch eine weitere Fassung als die o.a. Standortregelung. | DKG: Siehe lfd. Nr. 154 GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Da diese Fachdisziplinen generell ebenfalls als Fachabteilung am Standort vorzuhalten sind, wird auch hier eine Verfügbarkeit am Patienten innerhalb von 30-Minuten vorausgesetzt (vgl. § 24 Abs. 2 Nr. 5 Satz 2). | |
| 167. | § 24 Abs. 3 | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--|--------------------------------|--|--|-------------------------|
| 168. | DGAI | Zu § 24 Absatz 2 Nummer 3 | Die DGAI und der BDA begrüßen ausdrücklich die verbindliche Forderung eines gültigen Zertifikats im Schockraummanagement. Die alleinige Nennung eines Kursformats im Gesetzestext reflektiert aber nicht die Verfügbarkeit weiterer international und national anerkannter Kursformate und Zertifikate des Schockraummanagements. Hier sollte entweder eine generische Formulierung gefunden oder weitere anerkannte Zertifikate benannt werden. | DKG: Zustimmung, siehe lfd. Nr. 148. GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 148. | DKG: Siehe lfd. Nr. 148 |
| 169. | § 25 Modul Notfallversorgung Kinder | | | | |
| 170. | DGKJ und GNPI | § 25 | Durch das „Modul Notfallversorgung Kinder“ werden Kinder in der medizinischen Notfallversorgung Erwachsenen gleichgestellt. Nur in diesem Rahmen können Kinder und Jugendliche fachärztlich notfallversorgt werden. Wir begrenzen unsere nachfolgende Kommentierung auf „§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder“ und verweisen auch auf unsere Stellungnahme vom 13.08.2024 und die Ausführungen bei der zugehörigen Anhörung. | DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Einleitende Ausführungen zur Kenntnis genommen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| 171. | BÄK | <p>§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder</p> <p>Beabsichtigte Neuregelung:</p> <p>Die DKG spricht sich dafür aus, die Anforderung nach der Anzahl von Betten der pädiatrischen Intensivstation von mindestens 10 auf mindestens 6 Betten abzusenken.</p> <p>Die BÄK unterstützt die Position der DKG</p> | <p>Die Bundesärztekammer unterstützt diese Forderung. Die Forderung nach 10 Betten stellt einen Flaschenhals in der Versorgung dar, ohne dass hierdurch eine höhere Qualität gewährleistet ist.</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die geforderte Reduktion der Bettenzahl wird abgelehnt. Eine mindestens konzeptionelle Trennung zwischen NICU und PICU ist sicherzustellen. Bei der beabsichtigten Reduktion kann das durch mittlere Häuser nicht immer garantiert werden.</p> <p>Die von DGKJ und GKIND angeführte „PICU/NICU-Umfrage 2017“ zeigt eine Mediananzahl von 12 Betten. Da weiterhin keine Versorgungsprobleme an den G-BA herangetragen wurden, erscheint eine Absenkung nicht angezeigt.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| 172. | DIVI | §25 Abs. 2 Nummer 5: „Die Notaufnahme verfügt über schriftliche Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen.“ | <p>Der Begriff „die meisten“ ist zu wenig spezifisch, weil er nicht klar definiert, welche konkreten Notfallerkrankungen abgedeckt werden sollen. Er lässt Interpretationsspielraum und erschwert damit die Nachvollziehbarkeit und Vergleichbarkeit der Standards auch im Rahmen von MD-Prüfungen. Für eine verlässliche Beurteilung der Qualität und Vollständigkeit der Notfallversorgung ist eine präzisere Definition für SOPs der obligat vorzuhaltenden Erkrankungen notwendig. Die Empfehlungen könne digital verlinkt werden, sodass stets die aktuellen Versionen zur Verfügung stehen.</p> <p>Folgende Erkrankungen sollten als SOPs vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Harnwegsinfektion - Pneumonie - Viraler Krupp - Asthma-Anfall - Gastroenteritis - Epileptischer Anfall - Fieber in der Neugeborenenperiode - Akute Bauchschmerzen - Manifestation oder Entgleisung Diabetes mellitus Typ 1 - Fremdkörperspiration - Schädel-Hirn-Trauma | <p>DKG: Kein Änderungsbedarf. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. Eine Ergänzung der häufigsten SOPs wurde an der entsprechenden Stelle des Beschlussentwurfs ergänzt.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Stumpfes Bauchtrauma - Polytrauma - Thermische Verletzungen (Verbrennungen, Verbrühungen, Kältetrauma) | | |
| 173. | GNPI | §25 Abs. 2 Nummer 5: „Die Notaufnahme verfügt über schriftliche Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen.“ | <p>Der Begriff „die meisten“ ist zu wenig spezifisch, weil er nicht klar definiert, welche konkreten Notfallerkrankungen abgedeckt werden sollen. Er lässt Interpretationsspielraum und erschwert damit die Nachvollziehbarkeit und Vergleichbarkeit der Standards auch im Rahmen von MD-Prüfungen. Für eine verlässliche Beurteilung der Qualität und Vollständigkeit der Notfallversorgung ist eine präzisere Definition für SOPs der obligat vorzuhaltenden Erkrankungen notwendig. Die Empfehlungen könne digital verlinkt werden, sodass stets die aktuellen Versionen zur Verfügung stehen.</p> <p>Folgende Erkrankungen sollten als SOPs vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Harnwegsinfektion - Pneumonie - Viraler Krupp - Asthma-Anfall - Gastroenteritis - Epileptischer Anfall | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 172</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 172.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|--|------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Fieber in der Neugeborenenperiode - Akute Bauchschmerzen - Manifestation oder Entgleisung Diabetes mellitus Typ 1 - Fremdkörperspiration - Schädel-Hirn-Trauma - Stumpfes Bauchtrauma - Polytrauma - Thermische Verletzungen (Verbrennungen, Verbrühungen, Kältrauma) | | |
| 174. | DGKJCH | <p>§ 25 Abs. 2</p> <p>Nummer 7 (neu)</p> <p>7. Krankenhäuser ohne Kinderchirurgie am Standort verfügen über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit mindestens einer Abteilung für Kinderchirurgie, die das Vorgehen bei operativ zu versorgenden Kindern und Jugendlichen regelt</p> | <p>Auch in der Basisnotfallversorgung kommt die operative Therapie von Kindern und Jugendlichen regelmäßig vor. Diese Kinder und Jugendlichen haben den Anspruch auf eine bestmögliche Versorgung. Daher muss eine entsprechende Kooperation mit einer Kinderchirurgie bestehen, genauso wie für die höheren Stufen der Versorgung vorgesehen.</p> <p>Dieser Absatz ist insbesondere für die Basisversorgung wichtig, da diese auch in Krankenhäusern mit geringerem Versorgungsauftrag und weniger Fachabteilungen zugeteilt werden wird als die höheren Versorgungsstufen. Hier ist im Sinne der bestmöglichen Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe daher eine Kooperation mit einer Kinderchirurgie geboten.</p> | DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme, es wird kein Änderungsbedarf gesehen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | und für telemedizinische Konsultationen zur Verfügung steht. | | | |
| 175. | DIVI | <p>§25 Abs. 3 Nummer 2c</p> <p>Textvorschlag: ... über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung (Kindernotaufnahme, Kinderintensivstation)“</p> | <p>Der Begriff „Kindernotfallversorgung“ ist zu allgemein, da er nicht eindeutig beschreibt, welche konkreten Kompetenzen, Qualifikationen oder Tätigkeitsbereiche damit gemeint sind.</p> <p>Eine Pflegefachperson könnte in sehr unterschiedlichen Kontexten tätig gewesen sein – z. B. in einer pädiatrischen Notaufnahme, auf einer Kinderintensivstation, in einer Notfallpraxis oder auf einer allgemeinen Kinderstation mit Notfallsituationen. Diese Tätigkeiten unterscheiden sich jedoch erheblich in ihren Anforderungen und dem erforderlichen Fachwissen in Bezug auf die für die Notaufnahme notwendigen Kompetenzen.</p> <p>Für eine verlässliche Bewertung der Qualifikation sollte der Begriff daher weiter durch eine Angabe des konkreten Arbeitsbereichs präzisiert werden.</p> <p>Textvorschlag: ... über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung (Kindernotaufnahme, Kinderintensivstation)“</p> <p>Nur so lässt sich sicherstellen, dass die genannte Erfahrung auch tatsächlich die relevanten</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Die Anpassungen sind geeint und beruhen auf den Anregungen der DGINA aus dem StnVerf. 2024</p> <p>Anregungen könnten in der Anhörung an die DGINA gespiegelt werden.</p> <p>Grundsätzlich erscheint die Ergänzung „(Kindernotaufnahme, Kinderintensivstation)“ nachvollziehbar.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | | Kompetenzen für die Kindernotfallversorgung im engeren Sinne abbildet. | | |
| 176. | GNPI | <p>§25 Abs. 3 Nummer 2c: Textvorschlag:</p> <p>„c) oder eine Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit ausgewiesener Erfahrung über ein Vollzeitäquivalent in der Kindernotfallversorgung (Kindernotaufnahme, Kinderintensivstation)“</p> | <p>Der Begriff „Kindernotfallversorgung“ ist zu allgemein, da er nicht eindeutig beschreibt, welche konkreten Kompetenzen, Qualifikationen oder Tätigkeitsbereiche damit gemeint sind.</p> <p>Eine Pflegefachperson könnte in sehr unterschiedlichen Kontexten tätig gewesen sein – z. B. in einer pädiatrischen Notaufnahme, auf einer Kinderintensivstation, in einer Notfallpraxis oder auf einer allgemeinen Kinderstation mit Notfallsituationen. Diese Tätigkeiten unterscheiden sich jedoch erheblich in ihren Anforderungen und dem erforderlichen Fachwissen in Bezug auf die für die Notaufnahme notwendigen Kompetenzen.</p> <p>Für eine verlässliche Bewertung der Qualifikation sollte der Begriff daher weiter durch eine Angabe des konkreten Arbeitsbereichs präzisiert werden.</p> <p>Textvorschlag: ... über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung (Kindernotaufnahme, Kinderintensivstation)“</p> <p>Nur so lässt sich sicherstellen, dass die genannte Erfahrung auch tatsächlich die relevanten</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 175</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 175</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | | Kompetenzen für die Kindernotfallversorgung im engeren Sinne abbildet. | | |
| 177. | DIVI | §25 Abs. 3 Nummer 5: Befürwortung des Ergänzungsvorschlags der DKG. Es sollte allerdings jedoch statt „oder CT“ ein „und CT“ heißen. | Es sollte allerdings jedoch statt „oder CT“ ein „und CT“ heißen, da es gerade bei akuter Vigilanzstörung oder Trauma essentiell ist, eine schnelle CT-Versorgung anzubieten. | <p>DKG: Ablehnung, damit könnten keine Standorte an der erweiterten Notfallversorgung für Kinder teilnehmen, wenn kein MRT, sondern nur ein CT vorhanden ist, obwohl dieses teils sogar Vorteile bietet im Vergleich zum MRT.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Generell muss angemerkt werden, dass aufgrund der Strahlenbelastung bei Kindern und Jugendlichen vorzugsweise ein MRT anstelle eines CT zu verwenden ist. Gleichwohl gibt es medizinische Konstellationen, die ein CT erforderlichen machen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | | | Dies sollte stets durch das medizinische Personal vor Ort abgewogen werden. (Marin, PEDIATRICS Volume 154, number 1, July 2024; East Lancashire Hospitals NHS Trust, Clinical Radiology Referral Guidelines, June 2024 v2) Ergänzung um CT im Beschlussentwurf vorgenommen. | |
| 178. | GNPI | §25 Abs. 3 Nummer 5: Befürwortung des Ergänzungsvorschlags der DKG. Es sollte allerdings jedoch statt „oder CT“ ein „und CT“ heißen. | Es sollte allerdings jedoch statt „oder CT“ ein „und CT“ heißen, da es gerade bei akuter Vigilanzstörung oder Trauma essentiell ist, eine schnelle CT-Versorgung anzubieten. | DKG: Siehe lfd. Nr. 177 GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 177. | |
| 179. | DGKJCH | § 25 Abs. 3 Nummer 5 Unterstützung Position DKG | Wir unterstützen hier die Position der DKG, dass auch Standorte an der erweiterten Notfallversorgung für Kinder teilnehmen können, wenn kein MRT, sondern nur ein CT vorhanden ist, weil dieses sogar Vorteile bietet im Vergleich zum MRT. Vgl. dazu die Stellungnahme der DGKJ vom 08.02.2018: „Das CT ist schneller als ein MRT und daher bei fast allen Notfällen, z.B. bei akuter intrakranieller Blutung die 1. Wahl. Es erlaubt wegen der kurzen Untersuchungszeit auch | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 177. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------|--|--|---|------------------|
| | | | eher bei kleinen Kindern eine Untersuchung ohne Narkose mit den mit der Narkose verbundenen Vorlaufzeiten und Risiken“. | | |
| 180. | DGKJ und GNPI | § 25 Abs. 3 Nummer 5 Unterstützung Position DKG | Wir unterstützen hier die Position der DKG, dass auch Standorte an der erweiterten Notfallversorgung für Kinder teilnehmen können, wenn kein MRT, sondern nur ein CT vorhanden ist, weil dieses sogar Vorteile bietet im Vergleich zum MRT. Vgl. dazu unsere Stellungnahme vom 08.02.2018: „Das CT ist schneller als ein MRT und daher bei fast allen Notfällen, z.B. bei akuter intrakranieller Blutung die 1. Wahl. Es erlaubt wegen der kurzen Untersuchungszeit auch eher bei kleinen Kindern eine Untersuchung ohne Narkose mit den mit der Narkose verbundenen Vorlaufzeiten und Risiken“. | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 177. | |
| 181. | DIVI | §25 Abs. 3 Nummer 6 Es ist eine Hubschrauberlande- stelle vorzuhalten. [...] Verfügt das Krankenhaus über keine integrierte Hubschrauberlande- stelle ist der Transport | Die Ergänzung verpflichtet die erweiterten und umfassenden Notfallversorger inklusive Rettungsdienste „alternative Hubschrauberlandestellen“ zu berücksichtigen und diese mit dem Rettungsdienst zu transportieren. Gefahr ist, dass die Kliniken mit Nachweis sich dann nicht mehr in der Pflicht sehen für die anderen (kleineren) (Kinder-) Kliniken als nächsthöhere Versorgungseinheit zu dienen. | DKG: Kenntnisnahme, es erfolgt noch eine Prüfung. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die NFS-Regelungen dürfen nach Einschätzung des GKV-SV keine bindenden Regelungen für Rettungsdienste enthalten. Diese sind nicht der | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | von einer räumlich getrennten Hubschrauberlande-stelle zum Ort der Notfallversorgung von Kindern für jede Altersklasse verbindlich durch die Rettungsdienste vor Ort zu organisieren. Dies schließt Kinderintensivtransporte und neonatologische Inkubatortransporte mit ein. | | Normadressat der Notfallstufen-Regelungen. Wir erbitten Klärung durch die Rechtsabteilung des G-BA. | |
| 182. | DIVI | Unterstützung Vorschlag DKG zu § 25 Abs. 4 Nummer 1 | Die Neonatologie ist auf die Versorgung von neu geborenen Kindern unmittelbar nach der Geburt, insbesondere von Früh- und Risikogeborenen, spezialisiert und arbeitet meist im Kontext der Geburtshilfe. Sie ist daher nicht zwingend erforderlich für die allgemeine Notfallversorgung von | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Die Streichung der Neonatologie wird abgelehnt. Für die allgemeine bzw. Basisversorgung ist eine Neonatologie nicht zwingend erforderlich. Bei der umfassenden Versorgung handelt es sich jedoch um die höchste | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|------------|--|------------------|
| | | | | <p>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.</p> <p>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,</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|------------|--|------------------|
| | | | | <p>die sich ebenfalls erst verzögert manifestieren können.</p> <p>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.</p> <p>Sämtliche genannten Gründe machen die enthaltene Fachabteilung der Neonatologie zwingend erforderlich.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|--|------------------|
| 183. | DIVI | §25 Abs. 4 Nummer 2 Der Änderungsvorschlag der DKG unterstützt. | <p>Die Neonatologie ist auf die Versorgung von neu geborenen Kindern unmittelbar nach der Geburt, insbesondere von Früh- und Risikogeborenen, spezialisiert und arbeitet meist im Kontext der Geburtshilfe. Sie ist daher nicht zwingend erforderlich für die allgemeine Notfallversorgung von Kindern, insbesondere wenn es um Neugeborene geht, die bereits zu Hause waren und in der Notaufnahme vorstellig werden.</p> <p>Ein zentraler Grund dafür ist das Infektionsrisiko: In der Neonatologie liegen hochvulnerable Patienten, die durch den Kontakt mit Kindern, die aus dem häuslichen Umfeld kommen, einem hohen Risiko für Virusinfektionen (z. B. RSV, Influenza, Covid-19) ausgesetzt wären. Deshalb werden solche Neugeborene nicht in der Neonatologie versorgt, sondern über die Notaufnahme auf Säuglingsstationen oder Kinderintensivstationen aufgenommen.</p> <p>Aus diesem Grund ist die Neonatologie für die strukturelle Notfallversorgung im Sinne einer umfassenden Versorgung nicht zwingend notwendig, solange die entsprechenden pädiatrischen Versorgungsstrukturen (z. B. Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie) am Standort vorhanden sind.</p> | <p>DKG: Zustimmung Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 182.</p> | |
| 184. | GNPI | §25 Abs. 4 Nummer 2 Der Änderungsvorschlag der DKG unterstützt. | <p>Die Neonatologie ist auf die Versorgung von neu geborenen Kindern unmittelbar nach der Geburt, insbesondere von Früh- und Risikogeborenen, spezialisiert und arbeitet meist im Kontext der</p> | <p>DKG: Zustimmung Kenntnisnahme</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | | <p>Geburtshilfe. Sie ist daher nicht zwingend erforderlich für die allgemeine Notfallversorgung von Kindern, insbesondere wenn es um Neugeborene geht, die bereits zu Hause waren und in der Notaufnahme vorstellig werden.</p> <p>Ein zentraler Grund dafür ist das Infektionsrisiko: In der Neonatologie liegen hochvulnerable Patienten, die durch den Kontakt mit Kindern, die aus dem häuslichen Umfeld kommen, einem hohen Risiko für Virusinfektionen (z. B. RSV, Influenza, Covid-19) ausgesetzt wären. Deshalb werden solche Neugeborene nicht in der Neonatologie versorgt, sondern über die Notaufnahme auf Säuglingsstationen oder Kinderintensivstationen aufgenommen.</p> <p>Aus diesem Grund ist die Neonatologie für die strukturelle Notfallversorgung im Sinne einer umfassenden Versorgung nicht zwingend notwendig, solange die entsprechenden pädiatrischen Versorgungsstrukturen (z. B. Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie) am Standort vorhanden sind.</p> | <p>GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 182.</p> | |
| 185. | DGKJCH | <p>§25 Abs. 4 Nummer 2</p> <p>Es wird für den Vorschlag der DKG plädiert.</p> | <p>Da die Standortdefinition mit einer Entfernung von 2 km gilt, plädieren wir für den Passus der DKG, der die Neonatologie nicht zwingend fordert. – Wir sehen keinen Qualitätsgewinn am Hauptstandort, wenn es einen Satelliten des Krankenhauses gibt, der die Neonatologie vorhält.</p> <p>Aufgrund der 2 km-Grenze plädieren wir für den Vorschlag der DKG, da es Kliniken gibt, bei denen die</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>„Umfassend“ bedeutet aus Sicht des GKV-SV, alle Notfälle erkennen und mit medizinischem</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------|---|---|---|------------------|
| | | | Neonatologie am Standort der Geburtshilfe ist, der allerdings mehr als 2 km entfernt ist. (s. auch Kommentar unten zu § 25 (4), Nr. 7) | 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 einer höchsten Versorgungsstufe. | |
| 186. | DGKJ und GNPI | §25 Abs. 4 Nummer 2 Es wird für den Vorschlag des GKV-SV plädiert. | Wir plädieren dafür, hier der bestehenden Vorgabe und damit der Position des GKV-Spitzenverbandes zu folgen. Fast alle Standorte, an denen eine Kinderchirurgie vorhanden ist, verfügen auch über eine Neonatologie. Es gibt unseres Wissens nur einen Standort, bei dies derzeit nicht der Fall ist. | DKG: Ablehnung, siehe Begründungen zu lfd. Nr. 183, 184 und 185. GKV-SV: Zustimmung zur Kenntnis genommen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|--|--|------------------|
| 187. | DIVI | <p>§25 Abs. 4 Nummer 4</p> <p>Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie</p> <p>Unterstützung des Vorschlags der DKG</p> | <p>Ein Facharzt für Neurochirurgie muss nicht zwingend innerhalb von 30 Minuten physisch am Patienten tätig werden, da seine Hauptaufgabe in der spezialisierten Beurteilung neurochirurgischer Krankheitsbilder und OP-Indikationen liegt, die oft nicht sofortige operative Maßnahmen erfordern.</p> <p>Stattdessen kann der Neurochirurg in vielen Fällen telemedizinisch eine fundierte Mitbeurteilung auf Basis von Bildgebung (CT, MRT) sowie klinischer Angaben vornehmen und dadurch zeitnah die Dringlichkeit einschätzen, eine weiterführende Diagnostik oder Überwachung empfehlen sowie OP-Indikationen präzise steuern.</p> <p>Ein sofortiger operativer Eingriff ist in der Neurochirurgie nur in klar definierten Notfällen notwendig (z. B. akutes epidurales Hämatom mit drohender Einklemmung). In vielen anderen Fällen ist eine strukturierte Übernahme und Planung ausreichend.</p> <p>Daher ist es medizinisch und logistisch sinnvoll, wenn der Neurochirurg zunächst notfallmäßig telemedizinisch eingebunden wird und nur bei tatsächlichem Handlungsbedarf zeitgerecht operativ tätig wird.</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen.</p> <p>Aus der Praxis wurden dem G-BA keine Umsetzungsschwierigkeiten, die Anforderungen betreffend, gemeldet.</p> <p>Bezüglich der generellen Verfügbarkeit der erforderlichen Fachärzte wird auf die Kommentierung unter Nr. 10 verwiesen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| 188. | GNPI | §25 Abs. 4 Nummer 4: Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie Unterstützung des Vorschlags der DKG | <p>Ein Facharzt für Neurochirurgie muss nicht zwingend innerhalb von 30 Minuten physisch am Patienten tätig werden, da seine Hauptaufgabe in der spezialisierten Beurteilung neurochirurgischer Krankheitsbilder und OP-Indikationen liegt, die oft nicht sofortige operative Maßnahmen erfordern.</p> <p>Stattdessen kann der Neurochirurg in vielen Fällen telemedizinisch eine fundierte Mitbeurteilung auf Basis von Bildgebung (CT, MRT) sowie klinischer Angaben vornehmen und dadurch zeitnah die Dringlichkeit einschätzen, eine weiterführende Diagnostik oder Überwachung empfehlen sowie OP-Indikationen präzise steuern.</p> <p>Ein sofortiger operativer Eingriff ist in der Neurochirurgie nur in klar definierten Notfällen notwendig (z. B. akutes epidurales Hämatom mit drohender Einklemmung). In vielen anderen Fällen ist eine strukturierte Übernahme und Planung ausreichend.</p> <p>Daher ist es medizinisch und logistisch sinnvoll, wenn der Neurochirurg zunächst notfallmäßig telemedizinisch eingebunden wird und nur bei tatsächlichem Handlungsbedarf zeitgerecht operativ tätig wird.</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Aus der Praxis wurden dem G-BA keine Umsetzungsschwierigkeiten, die Anforderungen betreffend, gemeldet. Bezüglich der generellen Verfügbarkeit der erforderlichen Fachärzte wird auf die Kommentierung unter Nr. 10 verwiesen.</p> | |
| 189. | DGKJCH | Vorschlag DKG zu §25 Abs. 4 Nummer 4 „Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für | Aus unserer Sicht sollte ein/e Neurochirurg/in bzw. ein/e Kinderchirurg/in verfügbar sein, da die Patienten unter Umständen eine sofortige operative Intervention benötigen. | DKG: Ablehnung. Da ist nicht immer zwingend erforderlich, sollte keine entsprechende | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------|---|---|--|------------------|
| | | Neurochirurgie oder Kinderchirurgie unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung, z.B. durch Bereitschaftsdienst oder Rufdienst“ | Hierbei muss die Expertise der Kinderchirurgie für die Notfallversorgung der Kinder-Neurochirurgie beachtet werden, da an etwa 30 % der kinderchirurgischen Standorte in Deutschland die Kinderchirurgie die Versorgung von Hydrocephalus, das Legen von Hirndrucksonden etc. betreibt. | allgemeingültige Vorgabe festgeschrieben werden. GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 187. | |
| 190. | DGKJ und GNPI | § 25 Abs. 4 Nummer 4 Position der DKG wird unterstützt | Aus unserer Sicht reicht es auch in der umfassenden Notfallversorgung für Kinder/Jugendliche aus, wenn eine neurochirurgische Situationseinschätzung telemedizinisch/telefonisch erfolgt. Daher unterstützen wir hier die Position der DKG. | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 187. | |
| 191. | DIVI | §25 Abs. 4 Nummer 5: ...erfahrener Kindernarkosearzt/in „in 30min an der Patientin oder Patienten. Hier wird der ursprüngliche Wortlaut und damit der Vorschlag der GKV unterstützt. | Gerade im Rahmen der Notaufnahmeverversorgung ist das Vorhandensein anästhesiologischer Versorgung mit pädiatrischer Expertise essenziell, um eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung von Kindern – insbesondere bei komplexen oder invasiven Maßnahmen – zu gewährleisten. | DKG: Ablehnung der 30 Minuten Vorgabe (siehe Begründungen bspw. zu § 5 Abs. 2). GKV-SV: Zustimmung zur Kenntnis genommen. | |
| 192. | GNPI | §25 Abs. 4 Nummer 5: ...erfahrener Kindernarkosearzt/in | Gerade im Rahmen der Notaufnahmeverversorgung ist das Vorhandensein anästhesiologischer Versorgung mit pädiatrischer Expertise essenziell, um eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung von Kindern – | DKG: Siehe lfd. Nr. 191 GKV-SV: Zustimmung zur Kenntnis genommen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------|---|--|--|------------------|
| | | „in 30min an der Patientin oder Patienten. Hier wird der ursprüngliche Wortlaut und damit der Vorschlag der GKV unterstützt. | insbesondere bei komplexen oder invasiven Maßnahmen – zu gewährleisten. | | |
| 193. | DGKJCH | § 25 Abs. 4 Nummer 5 Unterstützung Vorschlag GKV-SV / PatV | Hierzu unterstützen wir die Position des GKV-Spitzenverbandes, da eine Kindernarkose, wenn sie notwendig wird, nicht telemedizinisch/telefonisch (wie es die DKG empfiehlt) durchgeführt werden kann. | DKG: Kenntnisnahme, die Begriffe „telemedizinisch/telefonisch“ sind beispielhaft aufgezählt und nicht mandatorisch. In diesem Fall selbstverständlich auch nicht zielführend. GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. | |
| 194. | DGKJ und GNPI | § 25 Abs. 4 Nummer 5 Position der GKV-SV/PatV wird unterstützt | Hierzu unterstützen wir die Position des GKV-Spitzenverbandes, da eine Kindernarkose, wenn sie notwendig wird, nicht telemedizinisch/telefonisch (wie es die DKG empfiehlt) durchgeführt werden kann. | DKG: Siehe lfd. Nr. 193 GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. | |
| 195. | DIVI | §25 Abs. 4 Nummer 7: Vorhandensein intensivmedizinischer Ressourcen | Der Vorschlag der GKV-SV wird abgelehnt und dem Vorschlag der DKG/PatV zugestimmt: „Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens 6 Betten und eine neonatologische In-tensivstation Level 1 oder 2 nach | DKG: zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 171. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|---|------------------|
| | | <p>Der Vorschlag der GKV-SV wird abgelehnt und dem Vorschlag der DKG/PatV zugestimmt.</p> <p>Hierbei kann es sich auch um eine gemischte neonatologisch/pädiatrische Intensivstation mit entsprechenden Bettenzahlen handeln.</p> | <p>derQualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene am Standort.“.</p> <p>Hierbei kann es sich auch um eine gemischte neonatologisch/pädiatrische Intensivstation mit entsprechenden Bettenzahlen handeln.</p> <p>Viele Pädiatrien, die aber erweiterte oder umfassende Kindernotfallversorgung machen, haben aus logistischen Gründen und Synergieeffekten Ihre Kinder ICU mit den NEO ICU gemeinsam in Betrieb. Daher würde ich den Text ergänzen, weil sonst ggf. nur die Realität an Universitären Kliniken abgebildet ist.</p> <p>Durch den Personalmangel im pflegerischen Bereich verfügen die meisten Kinderintensivstationen über weniger als 10 Betten. Eine Anzahl von mindestens 6 Betten erscheint deshalb als völlig ausreichend.</p> <p>Bezüglich der nicht notwendigen Vorhaltung einer Neonatologie für die Notfallversorgung wurde bereits in §25 Abs. 4(1) Stellung bezogen. In der Realität hat aber jede Kinderklinik mit einer Kinderintensivstation mit mindestens 6 Betten auch ein Perinatalzentrum Level 1 oder 2, weshalb dieser Aspekt im Rahmen von Prüfungen nicht ins Gewicht fällt.</p> | | |
| 196. | GNPI | <p>§25 Abs. 4 Nummer 7: Vorhandensein intensivmedizinischer Ressourcen</p> <p>Der Vorschlag der GKV-SV wird</p> | <p>Der Vorschlag der GKV-SV wird abgelehnt und dem Vorschlag der DKG/PatV zugestimmt:</p> <p>„Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens 6 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 oder 2 nach derQualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene am Standort.“.</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 171.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|---|------------------|
| | | abgelehnt und dem Vorschlag der DKG/PatV zugestimmt. | Durch den Personalmangel im pflegerischen Bereich verfügen die meisten Kinderintensivstationen über weniger als 10 Betten. Eine Anzahl von mindestens 6 Betten erscheint deshalb als völlig ausreichend. Bezüglich der nicht notwendigen Vorhaltung einer Neonatologie für die Notfallversorgung wurde bereits in §25 Abs. 4(1) Stellung bezogen. In der Realität hat aber jede Kinderklinik mit einer Kinderintensivstation mit mindestens 6 Betten auch ein Perinatalzentrum Level 1 oder 2, weshalb dieser Aspekt im Rahmen von Prüfungen nicht ins Gewicht fällt. | | |
| 197. | DGKJCH | zu Vorschlag DKG/PatV zu §25 Abs. 4 Nummer 7 | <p>Die DGKJ hat bereits in ihren Stellungnahmen vom 08.02.2018 und 13.08.2024 darauf hingewiesen, dass die aktuelle Vorgabe der 10 Betten sich an der Erwachsenenversorgung orientiert. Im Bereich Kinder- und Jugendmedizin gibt es aber ein weitaus kleineres Patientenkollektiv, daher plädieren wir ganz eindringlich dafür hier der Position der DKG/PatV zu folgen.</p> <p>Als Beleg, dass in 2/3 der Kindereinrichtungen, die für die umfassende Notfallversorgung in Frage kommen, pädiatrische (PICU) und neonatologische (NICU) Intensivstationen zusammen betrieben werden, hat die DGKJ 2018 auf die Daten aus der „PICU/NICU-Umfrage 2017“ und aus „Ausgezeichnet. FÜR KINDER 2018-2019“ hingewiesen.</p> <p>Zusätzlich plädieren wir dafür, die letzten beiden Worte „am Standort“ zu streichen. Begründung: Die</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme wobei die Formulierung „am Standort“ in diesem Falle als zielführend erscheint.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 171 und 185 Gemäß § 6 Absatz 1 Satz 2 wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß § 2a KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zugrunde gelegt. Eine weitere Anpassung bzw.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------|--|--|--|------------------|
| | | | neonatologische Intensivstation Level 1 ist bei alleinstehenden Kinderkliniken aufgrund der Vorgaben der QFR-RL an der zugehörigen Geburtsklinik verortet. Dies sollte für die Zuweisung in die Stufe der umfassenden Notfallversorgung nicht als „unzureichend“ ausgelegt werden, wenn bei den alleinstehenden Kinderkliniken die anderen Kriterien erfüllt sind und eine weitere Kinder-Intensivstation am Haus vorgehalten wird. | Flexibilisierung ist nicht vorgesehen. | |
| 198. | DGKJ und GNPI | <p>§ 25 Abs. 4 Nummer 7 DKG/PatV: „Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens 6 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 oder 2 nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene am Standort.“</p> <p>Position der DKG/PatV wird unterstützt</p> | <p>Bereits in unseren Stellungnahmen vom 08.02.20218 und 13.08.2024 haben wir darauf hingewiesen, dass die aktuelle Vorgabe der 10 Betten sich an der Erwachsenenversorgung orientiert. Im Bereich Kinder- und Jugendmedizin gibt es aber ein weitaus kleineres Patientenpool, daher plädieren wir ganz eindringlich dafür hier der Position der DKG/PatV zu folgen.</p> <p>Als Beleg, dass in 2/3 der Kindereinrichtungen, die für die umfassende Notfallversorgung in Frage kommen, pädiatrische (PICU) und neonatologische (NICU) Intensivstationen zusammen betrieben werden, haben wir 2018 auf die Daten aus der „PICU/NICU-Umfrage 2017“ und aus „Ausgezeichnet. FÜR KINDER 2018-2019“ hingewiesen.</p> <p>Zusätzlich plädieren wir dafür, die letzten beiden Worte „am Standort“ zu streichen. Begründung: Die neonatologische Intensivstation Level 1 ist bei alleinstehenden Kinderkliniken aufgrund der Vorgaben der QFR-RL an der zugehörigen Geburtsklinik verortet. Dies sollte für die Zuweisung in die Stufe der umfassenden Notfallversorgung nicht als</p> | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 197</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 171 und 185</p> <p>Gemäß § 6 Absatz 1 Satz 2 wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß § 2a KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zugrunde gelegt. Eine weitere Anpassung bzw. Flexibilisierung ist nicht vorgesehen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|--|--|------------------|
| | | | „unzureichend“ ausgelegt werden, wenn bei den alleinstehenden Kinderkliniken die anderen Kriterien erfüllt sind und eine weitere Kinder-Intensivstation am Haus vorgehalten wird." | | |
| 199. | DIVI | <p>§25 Abs. 4 Nummer 10.</p> <p>Das Krankenhaus verfügt über einen genehmigten Hubschrauberlandeplatz oder eine Hubschrauberlandestelle (PIS). [...] Verfügt das Krankenhaus über keine integrierte Hubschrauberlandestelle ist der Transport von einer räumlich getrennten Hubschrauberlandestelle zum Ort der Notfallversorgung von Kindern für jede Altersklasse verbindlich durch die Rettungsdienste vor Ort zu organisieren. Dies schließt Kinderintensivtransporte und</p> | | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 181</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Die NFS-Regelungen dürfen nach Einschätzung des GKV-SV keine bindenden Regelungen für Rettungsdienste enthalten. Diese sind nicht der Normadressat der Notfallstufen-Regelungen. Wir erbitten Klärung durch die Rechtsabteilung des G-BA.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---------------------|---|---|--|------------------|
| | | neonatologische Inkubatortransporte mit ein. | | | |
| 200. | DGHNO-KHC und DGMKG | §25 Bedingungen der Kinderversorgung, Vorhaltung von MKG und HNO ist zu regeln. | <p>Hier unser Text von August 2024, der leider nicht beachtet aber auch nicht kommentiert oder diskutiert wurde:</p> <p>Im Modul Notfallversorgung Kinder vermissen wir die Zuordnung etlicher Fachgebiete, die z.B. operativ bei Kindern tätig werden. Ebenso wie die Allgemeinchirurgie nicht alle operativen Aspekte der Erwachsenenmedizin leisten kann, kann auch die Kinderchirurgie dieses nicht für Kinder. Fraglos kann die explizit zugeordnete Neurochirurgie für Kinder ein wichtiges und lebensrettendes Fachgebiet sein. Gleiches trifft jedoch auch für andere Fachgebiete und nicht zuletzt für die HNO-Heilkunde und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zu (Rachenblutungen, Fremdkörperaspirationen, Orbitalphlegmonen bei Sinusitis, Mastoiditis mit Meningitis, odontogene, atemwegskompromittierende Abszesse etc.) Eine Fachzuordnung sollte wie in den Stufen 2 oder 3 der Erwachsenennotfallmedizin erfolgen.</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Es wird kein Änderungsbedarf gesehen.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Eine Auflistung von weiteren Fachabteilungen für die erweiterte und umfassende Notfallversorgung von K+J angelehnt an §§ 13+18 hätte Auswirkungen auf die bereits etablierten Strukturen. Ergänzend dazu die Kommentierung 2024: GKV-SV: Eine inhaltliche Anpassung des Moduls Notfallversorgung Kinder in § 25 war nicht Bestandteil</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|-------------------------------|---|---|--|------------------|
| | | | | der Beratungen in der AG zum Änderungsbeschluss. | |
| 201. | § 26 Spezialversorgung | | | | |
| 202. | DGHNO-KHC und DGMKG | §26 Spezialversorgung | Uns sind Spezialversorger in der HNO-Heilkunde, passend zu der Definition des § 26 nicht bekannt. Es geht wohl eher um sog. Fachkrankenhäuser z.B. in der Pneumologie. Insofern trifft § 26 für die HNO-Heilkunde und MKGChirurgie nicht zu. Siehe auch Tragende Gründe 2.16. | DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. | |
| 203. | BÄK | § 26 Modul „Spezialversorgung“ zusammen mit § 27 Modul „Schlaganfallversorgung“, §28 Modul „Durchblutungsstörungen am Herzen“ Anforderungen an Krankenhäuser mit Spezialmodulen der Notfallversorgung Beabsichtigte Neuregelung: Der GKV-SV sieht eine Streichung der Module | Angesichts der geplanten Krankenhausreform und der geplanten Umstellung auf Leistungsgruppen mit entsprechenden Qualitätskriterien erachtet die Bundesärztekammer eine Überarbeitung der Regelungen zum jetzigen Zeitpunkt als nicht zielführend. Sollte der G-BA an der Überarbeitung festhalten, spricht die Bundesärztekammer sich gegen eine Verschärfung aktueller Regelungsinhalte aus. Eine Beibehaltung der aktuellen Struktur und eine Konkretisierung der Anforderungen für die Module „Spezialversorgung“ und „Schlaganfallversorgung“ entsprechend der Vorschläge von DKG und Ländervertretung erscheinen jedoch zielführend. | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme. Eine gesonderte Überarbeitung aufgrund der Krankenhausreform erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt. GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 207. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|-----------------------------|---|---|---|------------------|
| | | <p>„Schlaganfallversorgung“ und „Durchblutungsstörungen am Herzen“ und deren Überführung in das Modul „Spezialversorgung“ vor.</p> <p>Eine Beibehaltung der aktuellen Struktur und eine Konkretisierung der Anforderungen für die Module „Spezialversorgung“ und „Schlaganfallversorgung“ entsprechend der Vorschläge von DKG und Ländervertretung erscheinen zielführend</p> | | | |
| 204. | § 26 Abs. 2 Nummer 3 | | | | |
| 205. | DGIM | § 26 Abs. 2 Nummer 3 | Wir begrüßen die Neufassung des § 26 Abs. 2 Nr. 3, spezialisierte Kliniken, die eine klar abgrenzbare Rolle in der Versorgung hochakuter Krankheitsbilder wie Myokardinfarkt oder Schlaganfall einnehmen, sachgerecht in das System der Notfallversorgung einzubinden – auch dann, wenn sie die Voraussetzungen für eine Zuordnung zu einer allgemeinen Notfallstufe gemäß § 3 nicht erfüllen. Eine | DKG: Ablehnung. Eine Konkretisierung in der dargelegten Form würde so gut wie keine Krankenhäuser mehr mit dem Status Spezialversorger gem. Nr. 3 ermöglichen. Der Vorschlag würde zudem zu einer | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|---|--|--|---|------------------|
| | | | Versorgung in spezialisierten Einzelkliniken ohne umfassende Notfallstruktur ist nur dann gerechtfertigt, wenn durch diese Einrichtungen eine relevante Versorgungslücke geschlossen wird, z.B. eine Spezialklinik eine Sonderleistung anbietet. Komplikationen aus anderen Fachgebieten können in der Regel nicht beherrscht werden, da diese Leistungsgruppen an den Standorten oft fehlen. Solche Komplikationen treten bei schweren Notfällen regelhaft auf. | zusätzlichen Bürokratie ohne erkennbaren Mehrwert führen. GKV-SV: Zustimmend zur Kenntnis genommen. Umsetzung der Neufassung des § 26 Abs. 2 Nummer 3 ist Gegenstand der Beratungen. | |
| 206. | DGP Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin | § 26 Absatz 2 Nummer 3. Stellungnahme zu Vorschlag GKV-SV: b) „pneumologische“ statt „pulmonologische“ Stellungnahme zu Vorschlag der DKG/LV: Vorschlag der DKG wird unterstützt in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser, die aufgrund | Insbesondere die Punkte d) ii. und iii. des Vorschlags des GKV-SV würden zu einer zusätzlichen Bürokratie ohne erkennbaren Mehrwert führen und werden deshalb ausdrücklich nicht unterstützt, insbesondere da deren hochkomplexe Umsetzung nicht notwendigerweise zu einer Präzisierung führen würde. Die entsprechende Ausweisung durch das jeweilige Bundesland sollte ausreichende Grundlage sein. Eine Fachklinik sollte das gesamte Spektrum der Disziplin abbilden und nicht nur wenige DRG des jeweiligen Fachs. Eine hohe Anzahl von Leistungen im Fach insgesamt und in der Intensivversorgung des betreffenden Fachs sind jedoch nachzuweisen. | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Umsetzung der Neufassung des § 26 Abs. 2 Nummer 3 ist Gegenstand der Beratungen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| | | <p>krankenhausplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche jederzeit (24/7) an der Notfallversorgung teilnehmen.</p> | | | |
| 207. | DIVI | <p>Die DIVI empfiehlt die Beibehaltung der bisherigen Regelungen für Kliniken, die am Modul Spezialversorgung teilnehmen Übernahme des bisherigen Wortlauts unter (2) Abs. 3</p> | <p>Die DIVI empfiehlt die Beibehaltung der bisherigen Regelungen für Kliniken, die am Modul Spezialversorgung teilnehmen, und zwar insbesondere in Hinsicht der Finanzierung, da diese Einrichtungen nicht an der strukturierten Notfallversorgung teilnehmen können, weil diese die Mindestvoraussetzungen für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung (§§5-6) sowie die Mindestvoraussetzungen für die Basisnotfallversorgung nicht erfüllen (§§ 8-12) d.h.</p> | <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Umsetzung der Neufassung des § 26 Abs. 2 Nummer 3 ist Gegenstand der Beratungen.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|------------------|
| | | | <p>1. Krankenhäuser oder Einrichtungen, welche die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen, nehmen an der strukturierten Notfallversorgung teil; es werden keine Abschläge erhoben.</p> <p>2. Die Vorhaltekosten für die Notfallversorgung werden für diese Krankenhäuser bereits zielgerichtet über andere Finanzierungsregelungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) oder anderer Gesetze vergütet.</p> <p>3. Diese Krankenhäuser erwerben daher keinen Anspruch auf Zuschläge für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.</p> | | |
| 208. | DGN und DSG | § 26 Abs. 2 Nummer 3 Vorschlag GKV-SV b) nicht abbildbar | Die Option des Moduls Spezialversorgung an Krankenhäuser zu binden, die gem. Vorschlag GKV-SV b) auf die stationäre Schlaganfallversorgung spezialisiert sind, ist nicht abbildbar. | <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 207.</p> | |
| 209. | DGN und DSG | § 26 Abs. 2 Nummer 3 Vorschlag GKV-SV d) nicht sachgerecht | <p>Vorschlag GKV-SV d):</p> <p>Die Forderung von mindestens 500 vollstationären Fällen mit der Hauptdiagnose aus dem jeweiligen Versorgungsbereich ist aus Sicht der DGN und der DSG nicht sachgerecht.</p> | <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Siehe Kommentierung unter Nr. 207.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|---|---|---|---|------------------|
| 210. | §27 Modul Schlaganfallversorgung | | | | |
| 211. | DGNI | Der Vorschlag der PatV „Das Krankenhaus erbringt jährlich mindestens 10 Fälle mit dem OPS Kode 8-981.3 (neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen) am Standort“ ist abzulehnen. | <p>Die Vorhaltung für die Leistung des OPS 8-981.3 ist in der Regel nur an überregionalen Stroke Units gegeben, die fast ausschließlich auch über entsprechende Notaufnahmen im gestuften System der Notfallversorgung verfügen. Die Aufrechterhaltung des Moduls nach §27 Schlaganfallversorgung ist aber gerade für kleinere Kliniken essentiell, da dadurch eine flächendeckende Schlaganfallversorgung sichergestellt werden kann. Die kleineren Schlaganfall-versorgenden Kliniken können aber meist den OPS Kode 8-981.3 nicht selbst erbringen. Diese Kliniken sind in größere Schlaganfallnetzwerke eingebunden und verlegen Patienten mit schweren Schlaganfällen mit Indikation zur Leistung u.a. des OPS 8-981.3. Diese Strukturen wurden über viele Jahre mühsam aufgebaut, leisten einen signifikanten Anteil an der Schlaganfallversorgung und sind deshalb auch in Zukunft unverzichtbar. Die DSG hat hierfür über Jahrzehnte in Deutschland Strukturen (z.B. Tele-Stroke Units) beschrieben, begleitet und geprüft, die international qualitativ ihresgleichen suchen und keinesfalls gefährdet werden sollten.</p> <p>Der Vorschlag der DKG/LV bildet eine optimale Schlaganfallversorgung auch in kleineren spezialversorgenden Kliniken ausgezeichnet ab und wird unterstützt.</p> | <p>DKG: Zustimmungde Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Es wurden für die Schlaganfallversorgung relevante OPS-Kodes als zu erfüllende Strukturanforderungen für dieses Modul festgelegt.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|---|------------------|
| 212. | DIVI | Die DIVI empfiehlt die Ergänzung der Strukturanforderungen gemäß DKG/LV. | | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme. GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 211. | |
| 213. | DGN und DSG | Vorschlag DKG/LV ist zu unterstützen | Dem Vorschlag PatV einer Mindestvorgabe für „10 Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen“ ist nicht zu folgen. Der Vorschlag DKG/LV ist zu unterstützen. | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme. GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 211. | |
| 214. | BÄK | § 26 Modul „Spezialversorgung“ zusammen mit § 27 Modul „Schlaganfallversorgung“, §28 Modul „Durchblutungsstörungen am Herzen“ Anforderungen an Krankenhäuser mit Spezialmodulen der Notfallversorgung Beabsichtigte Neuregelung: Der GKV-SV sieht eine Streichung der | Angesichts der geplanten Krankenhausreform und der geplanten Umstellung auf Leistungsgruppen mit entsprechenden Qualitätskriterien erachtet die Bundesärztekammer eine Überarbeitung der Regelungen zum jetzigen Zeitpunkt als nicht zielführend. Sollte der G-BA an der Überarbeitung festhalten, spricht die Bundesärztekammer sich gegen eine Verschärfung aktueller Regelungsinhalte aus. Eine Beibehaltung der aktuellen Struktur und eine Konkretisierung der Anforderungen für die Module „Spezialversorgung“ und „Schlaganfallversorgung“ entsprechend der Vorschläge von DKG und Ländervertretung erscheinen jedoch zielführend. | DKG: Zustimmung Kenntnisnahme. Eine gesonderte Überarbeitung aufgrund der Krankenhausreform erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt. GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 207 und Nr. 211. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|---|--|------------|--|------------------|
| | | <p>Module „Schlaganfallversorgung“ und „Durchblutungsstörungen am Herzen“ und deren Überführung in das Modul „Spezialversorgung“ vor.</p> <p>Eine Beibehaltung der aktuellen Struktur und eine Konkretisierung der Anforderungen für die Module „Spezialversorgung“ und „Schlaganfallversorgung“ entsprechend der Vorschläge von DKG und Ländervertretung erscheinen zielführend</p> | | | |
| 215. | §28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen | | | | |
| 216. | DIVI | Die DIVI empfiehlt die Übernahme des bisherigen Wortlauts (vgl. DKG). | | <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Im Rahmen der Neugestaltung des § 7 (Stufe der Nichtteilnahme)</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | | | und des § 26 (Spezialversorger) spricht sich der GKV-SV für die Streichung dieses Moduls aus. | |
| 217. | DGK | <p>§ 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen</p> <p>Die Position der DGK zur Beibehaltung des bisherigen Wortlauts wird unterstützt.</p> | Die bisherige Regelung zu den „Durchblutungsstörungen am Herzen“ haben sich herausragend bewährt und unterliegen einer strengen Zertifizierung der DGK. | <p>DKG: Zustimmungde Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 216.</p> | |
| 218. | BÄK | <p>§ 26 Modul „Spezialversorgung“ zusammen mit § 27 Modul „Schlaganfallversorgung“, §28 Modul „Durchblutungsstörungen am Herzen“</p> <p>Eine Beibehaltung der aktuellen Struktur und eine Konkretisierung der Anforderungen für die Module „Spezialversorgung“ und „Schlaganfallversorgung“ entsprechend der Vorschläge von DKG</p> | Angesichts der geplanten Krankenhausreform und der geplanten Umstellung auf Leistungsgruppen mit entsprechenden Qualitätskriterien erachtet die Bundesärztekammer eine Überarbeitung der Regelungen zum jetzigen Zeitpunkt als nicht zielführend. Sollte der G-BA an der Überarbeitung festhalten, spricht die Bundesärztekammer sich gegen eine Verschärfung aktueller Regelungsinhalte aus. Eine Beibehaltung der aktuellen Struktur und eine Konkretisierung der Anforderungen für die Module „Spezialversorgung“ und „Schlaganfallversorgung“ entsprechend der Vorschläge von DKG und Ländervertretung erscheinen jedoch zielführend. | <p>DKG: Siehe lfd. Nr. 214.</p> <p>GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 207, Nr. 211 und Nr. 216.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|-------------------|---|---|--|------------------|
| | | und Ländervertretung erscheinen zielführend | | | |
| 219. | §28 Abs. 5 | | | | |
| 220. | DGAI | <p>§ 28 Absatz 5</p> <p>5. Ausbildung:</p> <p>a) Assistent/in oder Assistent: Mindestens 2 Jahre internistische/kardiologische Berufserfahrung, ausreichende Intensivverfahren, Echokardiographieerfahrung, Erfahrung auf dem Gebiet der kardiovaskulären Prävention,</p> <p>b) Oberarzt/ oder Oberärztin: Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie Kardiologin oder Kardiologe,</p> | <p>Die in § 28 Absatz 5 d klare formulierte Regelung einer verpflichtenden Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in erweiterten Reanimationsmaßnahmen wird ausdrücklich begrüßt. In den Regelungen dieses Gesetzes zur basis-, erweiterten- und umfassenden Notfallversorgung werden solche expliziten Regelungen zur Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht getroffen. Der überwiegende Teil der Notfallpatientinnen und Notfallpatient wird in Krankenhäusern der oben genannten Versorgungstufen betreut. Dies trifft ebenso auf Patientinnen und Patienten mit koronaren Durchblutungsstörungen, als auch auf andere Krankheitsbilder zu. Generell haben Notfallpatientinnen und Notfallpatienten ein deutlich erhöhtes Risiko, einen unerwarteten Zwischenfall zu erleiden und Maßnahmen der Wiederbelebung zu bedürfen. Daher scheint es angebracht, die Regelung aus § 28 auch auf die Vorgaben für Einrichtungen der basis-, erweiterten- und umfassenden Notfallversorgung anzuwenden.</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme, kein Änderungsbedarf. Eine Übertragung von Vorgaben der spezialisierten Krankenhäuser der speziellen Notfallversorgung auf die Krankenhäuser der Basis-, erweiterten- und umfassenden Notfallversorgung erscheint nicht zielführend.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme, siehe Kommentierung unter Nr. 216.</p> | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|-------------------------|------------------|
| | | <p>c) Pflege: Spezielle CPU-Schulung und</p> <p>d) jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter muss über sämtliche Behandlungspfade ausreichend informiert und im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit akutem Thoraxschmerz geschult sein. Diese Behandlungspfade müssen sich an internationalen Leitlinien orientieren und müssen in schriftlicher Form vorliegen. Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter muss ein regelmäßiges Reanimationstraining (Advanced Life Support) stattfinden.</p> | | | |
| 221. | DGK | § 28 Abs. 5.b. | Wie oben erläutert sind hier BA als FA einzubeziehen. | DKG: Siehe lfd. Nr. 22 | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|-------------|--|--|------------|---|------------------|
| | | | | GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 22. | |
| 222. | §29 Folgen der Nichteinhaltung der Mindestvoraussetzungen | | | | |
| 223. | DIVI | Mit Bezug auf Abs. 7 und Abs. 8 empfiehlt die DIVI die Übernahme aller Empfehlungen des GKV-SV (Notfallstufenrichtlinie -Implementierung von Konsequenzen, Anlage 1: Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen) | | DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnisnahme. Vor dem Hintergrund des BSG-Urteils von April 2025 dürfen Regelungen zu Konsequenzen bei Nichteinhaltung von Anforderungen und Vorgaben der Notfallstufen-Regelungen nicht mehr Bestandteil der G-BA-Regelungen sein. Diese sind in der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 4 SGB V zu regeln. Der GKV-SV setzt sich für eine Aufnahme der Beratungen ein. | |
| 224. | §30 Übergangsbestimmungen | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|-----------------------|--|--|---|------------------|
| 225. | DIVI | Die DIVI empfiehlt die komplette Aufhebung der Übergangsbestimmungen, d.h. Die Vorgaben dieses Beschlusses sind ab dem Inkrafttreten zu erfüllen. | Das Notfallstufenkonzept ist seit 19.4.2018 in Kraft getreten; den Kliniken wurde eine Übergangsfrist von 36 Monaten eingeräumt, so dass ab 01.04.2021 alle Kliniken, die an der Notfallversorgung teilnehmen, entsprechend einen dreijährigen Zeitraum zur Erfüllung der Mindestvoraussetzungen zur Verfügung hatten. | DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Zustimmung zur Kenntnis genommen. | |
| 226. | §31 Evaluation | | | | |
| 227. | DIVI | Die DIVI empfiehlt die erneute Evaluation 5 Jahre nach Inkrafttreten der aktuellen Neuregelungen zum gestuften System von Notfallstrukturen | Die DIVI empfiehlt die erneute Evaluation 5 Jahre nach Inkrafttreten der aktuellen Neuregelungen zum gestuften System von Notfallstrukturen, ob die Anpassung in den jeweiligen Stufen im erwarteten Umfang umgesetzt wurde und zu Veränderungen der Notfallstrukturen und eine Verbesserung der Versorgungsqualität von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten bewirkt hat. | DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. Da mit der jüngsten Beauftragung des IQTIG und des IQWIG gerade erst eine Evaluation stattgefunden hat bzw. noch stattfindet, wird kein akuter Bedarf einer erneuten Auswertung gesehen. Gleichwohl behält sich der G-BA vor, seine Richtlinien und Regelungen fortwährend auf Anpassungsbedarf hin zu prüfen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--|--|---|---|------------------|
| 228. | Anlage I | | | | |
| 229. | PKV | Zu Anlage I (Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen): Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass ein Verfahren bei Nichteinhaltung der Anforderungen der Notfallstufen nunmehr geregelt wird. Dem Vorschlag der DKG in § 3 Absatz 4, konkrete Sanktionen unmittelbar in den G-BA-Regelungen zu verankern, sollte allerdings nicht gefolgt werden. | <p>In der Vergangenheit fehlte sowohl in den Notfallstufenregelungen als auch in der Notfallstufenvergütungsvereinbarung ein standardisiertes Verfahren zum Umgang mit temporären oder unterjährigen Abweichungen von den Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen. Die nun vorgeschlagenen Regelungen fördern Transparenz sowie ein einheitliches und rechtssicheres Vorgehen.</p> <p>Die DKG sieht in Anlage I § 3 Absatz 4 lit. a bis c konkrete Rechtsfolgen bei Nichteinhaltung der Anforderungen vor. Vor dem Hintergrund der Zuständigkeit des G-BA erscheint es jedoch nicht sachgerecht, dort unmittelbar Regelungen zum anteiligen oder vollständigen Wegfall von Zuschlägen zu treffen.</p> <p>Eine solche Konkretisierung sollte vielmehr im Rahmen der Notfallstufenvergütungsvereinbarung durch die zuständigen Vertragsparteien erfolgen. Der Vorschlag der GKV-SV geht hier den richtigen Weg, indem er eine Verweisung auf die Vereinbarung vornimmt und dort die relevanten Tatbestände für mögliche Vergütungsabschläge definiert.</p> | <p>DKG: Hier besteht kein Dissens zwischen GKV-SV und DKG, die Frage der konkreten Verortung ist vielmehr abhängig von den noch ausstehenden Urteilsgründen des BSG zu den Notfallstufen. Die Regelungskompetenz des G-BA dazu ergibt sich explizit aus § 137 Abs. 1 SGB V und der QFD-RL.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe Kommentierung unter Nr. 223.</p> | |
| 230. | Weitere Änderungsvorschläge/Anmerkungen | | | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|------------|--|------------------|
| 231. | DGNI | Die DGNI spricht sich generell dafür aus, dass die geforderten Mindeststandards regelmäßig auf die aktuell verfügbare Studienlage auf Notwendigkeit überprüft werden sollten. | | DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. | |
| 232. | DGAI | Grundsätzliche Bewertung des Entwurfes Grundsätzlich begrüßen der BDA und DGAI den Entwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Notfallstufen-Regelung. Die geplanten Regelungen zielen darauf ab, die Akut- und Notfallversorgung in den deutschen Krankenhäusern effizienter und in vergleichbarer | | DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--|---|--|------------------|
| | | <p>Qualität zu gestalten. Grundsätzlich unterstützen BDA und DGAI inhaltlich die Kommentierung des Spitzenverbandes des Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV).</p> <p>Dennoch möchten wir auf einige Aspekte hinweisen und unsere Positionen einbringen.</p> | | | |
| 233. | DGINA | | Alle weiteren §§ siehe Stellungnahme der DGINA, vom 13.08.2024, zu Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | DKG: Kenntnisnahme, Verweis auf die entsprechende Würdigung der DKG im vergangenen Stellungnahmeverfahren. | |
| 234. | DGK | | Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie vertritt die Auffassung, dass die Notfallbehandlung kardiologischer Patienten in Abhängigkeit vom Krankheitsbild bevorzugt in einer zertifizierten Chest-Pain-Unit erfolgen sollte. Letztere hat sich in der Versorgung von kardiovaskulär erkrankten Patienten an Zentren mit dem Modul Durchblutungsstörungen des Herzens als sichere und effektive Struktur etabliert. | DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Siehe Kommentierung unter Nr. 207. | |
| 235. | DRG | Strukturierter Zugang zur radiologischen Diagnostik für Notdienstpraxen im | Um die Einhaltung der Strahlenschutzverordnung (§ 119 StrlSchV) und die Qualität der Indikationsstellung zu gewährleisten, muss der Zugang zur radiologischen Diagnostik und radiologisch-interventionellen Therapie | DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Kenntnisnahme | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|---|---|--|------------------|
| | | INZ, differenziert nach Tag/Nacht und ambulant/stationär. | durch fachlich qualifizierte ärztliche Kolleg*innen geregelt erfolgen. | | |
| 236. | DRG | Schaffung klarer Vergütungsregeln für radiologische Leistungen, die im Rahmen der INZ ambulant oder sektorenübergreifend erbracht werden. | Radiologische Leistungen werden häufig auch für ambulante INZPatient*innen erbracht. Die Abrechenbarkeit dieser Leistungen ist zwingend zu klären, um Fehlanreize und Finanzierungsdefizite zu vermeiden. | DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Kenntnisnahme | |
| 237. | DRG | Ergänzung der Notwendigkeit zur Berücksichtigung bildgebender Leistungen bei Auswahl und Anwendung von Ersteinschätzungsinstrumenten (§ 7 Abs. 7). [G-BA: § 7 Abs. 7 nicht zuordenbar] | Der Emergency Severity Index (ESI) berücksichtigt Bildgebung als Kriterium für Ressourcenverbrauch. Bei Anwendung entsprechender Instrumente muss sichergestellt sein, dass radiologische Ressourcen korrekt eingeplant und verfügbar sind. Unter Ressourcen sind hierbei medizinisch-technischer Dienst, Radiolog*innen sowie technische Ausstattung für Diagnostik und interventionelle Eingriffe zu verstehen. | DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Kenntnisnahme | |
| 238. | BÄK | Grundsätzliche Anmerkungen | Der Entwurf sieht nun differenziertere Regelungen zu Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals in den drei Stufen der Notfallversorgung vor. Die Vorgaben, wie viel qualifiziertes Fachpersonal mindestens in ZNAs der verschiedenen Stufen tätig sein soll, wurden nachgeschärft und mit Fristen versehen, die einen | DKG: Kenntnisnahme GKV-SV: Zur Kenntnis genommen. | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Zuwachs über die nächsten Jahre vorgeben. Dabei unterscheiden sich die Vorstellungen von DKG, GKV-SV und LV deutlich voneinander.</p> <p>Die Bundesärztekammer fokussiert ihre Stellungnahme maßgeblich auf die Bewertung realistischer, praxistauglicher und zielführender Vorgaben für die Vorhaltung und Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“.</p> <p>Grundsätzlich ist es aus Sicht der Bundesärztekammer sinnvoll, Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ mit den Koordinations- und Leitungsaufgaben der ZNA zu betrauen. Die qualifizierte Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten ist jedoch nicht von einer kontinuierlichen Präsenz von Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung in der Notaufnahme abhängig. Die Behandlung von Notfällen ist integraler Bestandteil aller fachärztlichen Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung. Es kommt daher mehr darauf an, ob Ärztinnen und Ärzte mit derjenigen grundständigen Facharztqualifikation verfügbar sind, die der jeweiligen Notfallerkrankung entspricht (also z. B. die Unfallchirurgin für Verletzungen, der Neurologe für Schlaganfälle usw.). Die Vorgaben von weitreichenden, medizinisch-fachlich nicht begründeten Anforderungen an die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatz-Weiterbildung kann zum Problem für Versorgungsstrukturen in strukturschwachen</p> | | |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlussentwurf |
|----------|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|------------------|
| | | | <p>Regionen werden, die zwar über qualifizierte und erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte verfügen, aufgrund ihrer regionalen Situation jedoch die geforderten Zahlen von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzweiterbildung nicht erreichen können.</p> <p>Im Folgenden finden Sie insbesondere hierzu eine detaillierte Stellungnahme und Einordnung auf der Basis aktueller Zahlen aus den Ärztekammern. Zudem erfolgt eine Bewertung weiterer Regelungsvorschläge.</p> | | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|--|--------------|---|------------|-------------------------|-------------------|
| Anmerkungen zu den Tragenden Gründen (nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens) | | | | | |
| 1. | DGVS | <p>Allgemeine Anmerkung:</p> <p>Die Einführung der Notfallstufenregelungen im Jahr 2018 stellt aus Sicht der DGVS einen zentralen Schritt zur strukturellen Qualitätssicherung in der Notfallversorgung dar. Die nun vorgesehenen Änderungen bewegen sich im Spannungsfeld zwischen dem Anspruch auf flächendeckende Versorgung und dem Erhalt qualitätsgesicherter Mindeststandards.</p> <p>Aus Sicht der DGVS bieten die von den beiden notfallmedizinischen Fachgesellschaften in Deutschland, DIVI und</p> | | DKG: Kenntnisnahme | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|-----|--------------|---|------------|-------------------------|-------------------|
| | | <p>DGINA, konsentierten Strukturrempfehlungen für Zentrale Notaufnahmen aus dem Jahr 2024 (Brod et al., Notf Rettungsmed 2024) eine geeignete und evidenzbasierte Grundlage für die weitere Ausgestaltung der Notfallstufenregelungen. Die darin definierten Anforderungen an personelle und infrastrukturelle Mindeststandards sind insbesondere im Hinblick auf die Komplexität und Dringlichkeit interdisziplinärer Notfallsituationen, wie sie auch in der gastroenterologischen Akutversorgung regelmäßig auftreten, als fachlich sinnvoll</p> | | | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|-----|--|---|---|---|-------------------|
| | | und praktikabel einzustufen. | | | |
| 2. | DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. | Die tragenden Gründe berücksichtigen bislang keine palliativmedizinischen Aspekte. Wir regen an, die besonderen Bedarfe von Patient:innen mit begrenzter Lebenserwartung oder hohem Symptomdruck in der Notfallversorgung künftig ausdrücklich mitzudenken. | Die tragenden Gründe legen zentrale Prinzipien der Neuregelung dar. Patient:innen mit palliativem Versorgungsbedarf stellen eine relevante Gruppe in Notaufnahmen dar. Eine frühzeitige Identifikation kann Fehlversorgung vermeiden und die Behandlungsqualität erhöhen. Studien belegen, dass etwa 7 % der stationär behandelten Patient:innen einen palliativmedizinischen Bedarf aufweisen (Meffert et al. 2016). | DKG: Eine frühzeitige Identifikation eines palliativ-medizinische Versorgungsbedarfes ist in vielerlei Hinsicht wichtig und könnte sich auch auf die Behandlungsqualität in Notaufnahmen auswirken. Die Annahmen zu Patienten in Notaufnahmen entsprechen aber nicht denen von Patienten in der stationären Versorgung. | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|-----|--|---|--|---|-------------------|
| 3. | DGP Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. | Wir empfehlen, die Relevanz eines palliativmedizinischen Kurzscreenings als Begründungselement in die tragenden Gründe aufzunehmen. | Mit dem P-CaRES-Screening (Schmitz et al. 2025) liegt ein valides Instrument zur Identifikation palliativer Versorgungsbedarfe in der Notaufnahme vor. Die Erwähnung solcher Instrumente in den tragenden Gründen würde verdeutlichen, dass strukturelle Mitbeurteilungen nicht dem Zufall überlassen bleiben dürfen. | DKG: Kenntnisnahme, siehe Begründung zuvor in den Regelungen. | |
| 4. | § 5 Grundlagen des Stufenmodells | | | | |
| 5. | DGN und DSG | § 5 Abs. 2 Nummer 2 | Zentral ist die möglichst schnelle Hinzuziehung fachlicher Kompetenz, soweit sinnvoll und möglich auch unter Nutzung technischer Hilfsmittel. Die Ausweitung der Zeitvorgaben auf 60 Min. ist insbesondere bei vielen neurologischen Notfällen wie dem Schlaganfall nicht adäquat. Der Einsatz technischer Hilfsmittel hat insbesondere das Ziel, die Antwortlatenzen der Fachärzte zu minimieren. | DKG: Ablehnung, siehe Begründung zuvor in den Regelungen zu diesem Punkt. | |
| 6. | DGHNO-KHC und DGMKG | § 5 Abs. 2 Nummer 2 | In den Tragenden Gründen der DKG wird ausgeführt, dass es dem Direktionsrecht des Krankenhauses unterliegt, festzulegen welcher Arzt welcher Fachabteilung zugeordnet wird. Es sei denkbar, dass der Dienst von Ärzten einer anderen (Fach)Abteilung übernommen wird, solange sie über die geforderten Qualifikationen verfügen. Wie schon in unserem Kommentar von 8/2024 erklärt, widerspricht diese Regelung zum Beispiel für die Fächer MKG und HNO der Weiterbildungsordnung. Es gibt zwar in der WBO Überlappungen der Fächer, die jedoch typischerweise nicht im Notfallbereich liegen. Das Direktionsrecht des | DKG: Kenntnisnahme | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|-----|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|-------------------|
| | | | <p>Krankenhauses wird in solchen Fällen mit dem Patientenrecht auf fachärztliche Versorgung kollidieren.</p> <p>Text aus unserer Stellungnahme von 8/24:</p> <p>In der Definition des ärztlichen Personals ist unklar, wie sich die Forderung des Facharztstandards in den Regelungen widerspiegelt. In der allgemeinen Definition im § 5 wird die Verfügbarkeit eines Facharztes der jeweiligen Fachabteilung entweder innerhalb von 30 Minuten (GKV) oder unverzüglich z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder Telefon/Telemedizin (DKG) postuliert. „unverzüglich“ bleibt in seiner Definition offen und muss geklärt werden, damit es nicht der Beliebigkeit überlassen wird.</p> <p>Ein Facharzt der jeweiligen Fachabteilung sollte in einer Synthese der Positionen prinzipiell innerhalb von max. 30 Minuten als Bereitschaftsdienst oder Rufdienst oder Telefonat, Telemedizin zur Verfügung stehen. Je nach Notfallstufe sind weitere Definitionen vorzunehmen, um den Patienten gerecht zu werden.</p> <p>Da die Regelungen der ärztlichen Präsenz eines Arztes mit ZWB Notfallmedizin in der ZNA strikter und mit sofortiger Präsenz im Dokument geregelt sind, erscheinen Facharztfristen von max. 30 Min sinnvoll, personell realistisch und verantwortbar.</p> <p>Der G-BA sollte klären, ob solche Definitionen mit den Vorstellungen, Regelungen und Rechtsprechung im Arzt-Haftpflichtrecht konform sind. Es ist zu beachten, dass die hier vorliegenden Regelungen sich allein auf dem Krankenhaus zugetragenen Notfälle von außen („externe</p> | | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|-----|--------------|--------------------------------|--|-------------------------|-------------------|
| | | | <p>Notfälle“) beziehen und dort Standards definieren. Die Notwendigkeiten an Personalvorhaltung, die sich für die Betreuung von „internen Notfällen“ also an bereits stationären Patienten beziehen sind davon unberührt.</p> <p>In den Tragenden Gründen dazu formuliert die DKG „Es ist daher denkbar, dass der Dienst von Ärzten anderer (Fach)-Abteilungen des Krankenhauses übernommen wird, solange sie über die geforderten Qualifikationen verfügen“. Die Qualifikationen basieren nach § 5 Abs. (2) Satz 1 auf den entsprechenden Qualifikationsnachweisen der WBO der Ärztekammer, welche in der Begründung der DKG nur gemeint sein können. Ansonsten würde hier, ohne es auszusprechen, der fachübergreifende Bereitschaftsdienst eingeführt. Dieses widerspricht jedoch dem Facharztstandard, den eine Fachabteilung dem Patienten anbieten muss.</p> <p>Zwischen manchen Fächern mag dieses möglich und sinnvoll sein, in sehr spezialisierten Fächern wie der HNO-Heilkunde und der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist das problematisch und nicht immer verantwortbar. Die Entscheidung, ob es vertretbar ist, muss im Einzelfall der verantwortliche Abteilungsarzt letztverantwortlich fällen. Die Ökonomie wird eine klare Tendenz haben, möglichst viele fachübergreifende Dienste zu ermöglichen. Hier muss eine klare Regelung erfolgen, um das Patientenwohl nicht gegen die Ökonomie zu setzen. Auch zu diesem Punkt ist eine rechtliche Sicherung vor Inkraftsetzung zu klären.</p> | | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|------------|--|---|---|---|-----------------------|
| 7. | DGHNO-KHC und DGMKG | § 5 Abs. 2 Nummer 2 | Den Ausführungen der KBV zur Einbindung von Belegärzten können wir folgen. | DKG: Ablehnung, siehe Begründung zuvor in den Regelungen zu diesem Punkt. KBV: Zustimmung zur SN der DGHNO-KHC und DGMKG | KBV: keine Änderungen |
| 8. | § 7 Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung | | | | |
| 9. | DRG | § 7 Stufe der Nichtteilnahme | Ergänzung, dass die 24/7-Verfügbarkeit von CT nicht allein durch Gerätestandorte, sondern durch real gesicherte Patientenversorgung durch den medizinisch-technischen Dienst als auch durch Befundungs- und Interventionskapazität (inkl. Fachpersonal) nachgewiesen werden muss. Die Mindestvorgaben für Bildgebung (§ 7, Ziffer 6) berücksichtigen nicht, dass ohne qualifizierte radiologische Befundung auch ein vorhandener CT-Scanner keinen Versorgungswert hat. | DKG: Kenntnismahme | |
| 10. | § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung | | | | |
| 11. | DRG | § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals | Ergänzung der Rolle der Radiologie als Teil des interdisziplinären Notfallteams im Abschnitt zur Qualifikation. Radiolog*innen tragen durch die Befundung von Notfalldiagnostik (Röntgen, CT und MRT) sowie durch das Angebot von Notfallinterventionen maßgeblich zur schnellen Entscheidungsfindung und auch zur Therapie bei. Eine Einbindung in Personal- und QS-Vorgaben ist notwendig. | DKG: Siehe Begründung zuvor in den Regelungen zu diesem Punkt. | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|------------|---|---|--|---|------------------------------|
| 12. | § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung. | | | | |
| 13. | DRG | § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung. | Klarstellung erforderlich, dass die radiologische Befundung nicht nur technisch (z. B. Teleradiologie), sondern auch personell qualitätsgesichert erfolgt. Der Begriff „teleradiologisch“ darf nicht implizieren, dass die Befundung ohne Radiolog*innen und medizinisch technischen Dienst vor Ort erfolgen kann. Eine rechtfertigende Indikation und qualifizierte Befundung sind gesetzlich vorgeschrieben (§ 119 StrlSchV). | DKG: Kenntnisnahme | |
| 14. | § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung | | | | |
| 15. | DGfN | | In Absatz 3 wird die Fachabteilung Innere Medizin und Nephrologie in der erweiterten Notfallversorgung ergänzend aufgenommen. Auf diese Weise wird eine spezifische Expertise für die Betreuung von Patienten und Patientinnen mit akuter Nierenfunktionseinschränkung, Elektrolytstörungen, Intoxikationen sowie die Betreuung von vorstellig werdenden Nierentransplantierten und Hämo- und Peritoneal-Dialysepatientinnen und -patienten eingebunden. | DKG: Zustimmung | DKG: Entsprechende Änderung. |
| 16. | DGPRÄC | § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung Ausführung der DKG: ” Die Plastische und Rekonstruktive | Die Ausführungen der DKG decken sich auch hier mit unserer Auffassung und finden unsere volle Unterstützung. | DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Im Rahmen der laufenden Beratungen können ggf. noch Anpassungen vorgenommen werden. | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|-----|--------------|---|--|-------------------------|-------------------|
| | | <p>Chirurgie ermöglicht die Versorgung von Verbrennungen, hand-chirurgischen Notfällen bis hin zu mikrochirurgischen Replantationen (SAV Verfahren). Mikrochirurgische Verfahren zur großflächigen Defektdeckung und motorischen Ersatzoperationen erhalten die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe und sollten daher bereits bei der Akutbehandlung zur Abwägung der weiteren Behandlungsschritte verfügbar sein.“</p> | | | |
| 17. | DGH | <p>§13 Abs. 3. Zusätzliche Aufführung einer Fachabteilung für Handchirurgie unter Kategorie B</p> | <p>Schwere Handverletzungen führen bei unzureichender primärer Akutversorgung sehr häufig zu erheblichen Einschränkungen der Funktion, die einhergehen mit schweren Einschränkungen der Teilhabe und oft mit dem dauerhaften Verlust der Arbeitsfähigkeit in dem erlernten und zuletzt ausgeübten Beruf und entsprechendem sozialen Abstieg. Um die Versorgung</p> | DKG: Siehe lfd. Nr. 86 | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|-----|--------------|--------------------------------|---|-------------------------|-------------------|
| | | | <p>optimal zu gestalten, sollten solche Verletzung von einem Handchirurgen primär versorgt werden.</p> <p>Die Bedeutung der Handchirurgie ist für das sozioökonomische System erheblich – 40,4% aller Verletzungen betreffen die Hand und das Handgelenk (DGUV Statistik Arbeitsunfallgeschehen, 2022). Da mit einer Verletzung der Hand unweigerlich eine Arbeitsunfähigkeit unterschiedlicher Dauer einhergeht, hat eine bestmögliche Versorgung eine herausgehobene Bedeutung für den einzelnen, die Arbeitgeberseite und die Versicherungsträger. Daher hat die DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) die Handchirurgie zu einem der drei Alleinstellungsmerkmale ihrer BG-Kliniken deklariert und das eigenständige Schwerstverletzungsartenverfahren-Hand (SAV-Hand) implementiert.</p> <p>Da neben den o.g. gesetzlich unfallversicherten Patientengruppen gleichermaßen aber auch junge/kindliche, ältere/alte Patientinnen und Patienten, als auch alle Altersgruppen im Rahmen von privaten Unfällen gleichermaßen von Handverletzungen betroffen sind, ist für deren Versorgung ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern notwendig.</p> <p>Handchirurgische Notfälle sind dabei am ehesten mit der Polytraumaversorgung vergleichbar. Die Vorhaltung der 24/7 Abrufbarkeit dieser spezialisierten Leistungen ist unterfinanziert. Wenn handchirurgische Leistungen notwendig werden, geschieht dies typischerweise zu Schwerpunktzeiten. Silvesterfeuerwerksverletzungen, Sommerschwerpunkte der Kreissägenverletzungen der</p> | | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|------------|---|---|---|--|-------------------|
| | | | <p>Hand sind Beispiele. So müssen Replantationszentren für die regionale und überregionale Versorgung einen 24/7 Replantationsdienstes mit entsprechender personeller und infrastruktureller Ausstattung leisten. Mikrochirurgische Rekonstruktionen erfordern höchstqualifiziertes Personal und mikrochirurgische Ausstattungen. Dabei kann weder dieses spezialisierte Personal noch die spezifischen Materialien in anderen Bereich als der Hand genutzt werden.</p> | | |
| 18. | § 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung | | | | |
| 19. | DGVS | <p>§§ 16 und 21 Abs. 1 Nummer 1</p> <p>1. Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt,</p> | <p>Änderungsvorschlag zu § 21 Absatz 1 Nummer 1</p> <p>Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen und unteren Gastrointestinaltrakts einschließlich der Endoskopie des hepatobiliären Systems (ERC).</p> <p>Anmerkung: Die Kreislaufrelevante, zur Intensivpflichtigkeit führende Blutung ist nicht ausschließlich auf den oberen GI-Trakt beschränkt. Zudem bedarf die schwere akute Cholangitis mit Sepsis und beginnendem intensivpflichtigen Multiorganversagen die kontinuierliche Möglichkeit einer ERCP-gesteuerten Intervention</p> | DKG: Siehe Begründung zuvor in den Regelungen zu diesem Punkt. | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|-----|---|--------------------------------|---|--|-------------------------------------|
| 20. | DGfN | § 16 | In Absatz 1 wird als zusätzliche Ziffer die Nr. 5 „Vorhaltung der apparativen Möglichkeit zur kontinuierlichen und intermittierenden Dialyse in den entsprechenden Krankenhäusern (in Kooperation mit der Nephrologie oder der Intensivmedizin)“ ergänzt, um in der erweiterten Notfallversorgung Geräte für die intermittierende und kontinuierliche Dialyse, die Ausstattung für Peritonealdialyse (CAPD und Cycler) aber auch Geräte für die Apherese (Plasmapherese und die Immunabsorption) zur Versorgung von Notfallpatienten und Notfallpatientinnen vorzuhalten. | DKG: Siehe Begründung zuvor in den Regelungen zu diesem Punkt. | |
| 21. | § 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung | | | | |
| 22. | DGfN | | <p>In Absatz 1 wird als zusätzliche Ziffer die Nr. 5 „Vorhaltung der apparativen Möglichkeit zur kontinuierlichen und intermittierenden Dialyse in den entsprechenden Krankenhäusern (in Kooperation mit der Nephrologie oder der Intensivmedizin)“ ergänzt, um in der umfassenden Notfallversorgung Geräte für die intermittierende und kontinuierliche Dialyse, die Ausstattung für Peritonealdialyse (CAPD und Cycler) aber auch Geräte für die Apherese (Plasmapherese und die Immunabsorption) zur Versorgung von Notfallpatienten und Notfallpatientinnen vorzuhalten.</p> <p>In Absatz 3 wird die Fachabteilung Innere Medizin und Nephrologie in der umfassenden Notfallversorgung ergänzend aufgenommen. Auf diese Weise wird eine spezifische Expertise für die Betreuung von Patienten und Patientinnen mit akuter Nierenfunktionseinschränkung, Elektrolytstörungen, Intoxikationen sowie die Betreuung</p> | DKG: Siehe Begründung zuvor in den Regelungen zu diesem Punkt. | DKG: Ergänzung bezogen auf Absatz 3 |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|-----|--------------|---|---|-------------------------|-------------------|
| | | | von vorstellig werdenden Nierentransplantierten und Hämo- und Peritoneal-Dialysepatientinnen und -patienten eingebunden. | | |
| 23. | DGH | § 18 Abs. 3 Zusätzliche Aufführung Fachabteilung Handchirurgie Kategorie B. einer für unter | Analogie zu § 13 Abs. 3 [DGH zu § 13 Abs. 3: Schwere Handverletzungen führen bei unzureichender primärer Akutversorgung sehr häufig zu erheblichen Einschränkungen der Funktion, die einhergehen mit schweren Einschränkungen der Teilhabe und oft mit dem dauerhaften Verlust der Arbeitsfähigkeit in dem erlernten und zuletzt ausgeübten Beruf und entsprechendem sozialen Abstieg. Um die Versorgung optimal zu gestalten, sollten solche Verletzung von einem Handchirurgen primär versorgt werden. Die Bedeutung der Handchirurgie ist für das sozioökonomische System erheblich – 40,4% aller Verletzungen betreffen die Hand und das Handgelenk (DGUV Statistik Arbeitsunfallgeschehen, 2022). Da mit einer Verletzung der Hand unweigerlich eine Arbeitsunfähigkeit unterschiedlicher Dauer einhergeht, hat eine bestmögliche Versorgung eine herausgehobene Bedeutung für den einzelnen, die Arbeitgeberseite und die Versicherungsträger. Daher hat die DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) die Handchirurgie zu einem der drei Alleinstellungsmerkmale ihrer BG-Kliniken | DKG: Siehe lfd. Nr. 86 | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|-----|---|--------------------------------|---|-------------------------|-------------------|
| | | | <p>deklariert und das eigenständige Schwerstverletzungsartenverfahren-Hand (SAV-Hand) implementiert.</p> <p>Da neben den o.g. gesetzlich unfallversicherten Patientengruppen gleichermaßen aber auch junge/kindliche, ältere/alte Patientinnen und Patienten, als auch alle Altersgruppen im Rahmen von privaten Unfällen gleichermaßen von Handverletzungen betroffen sind, ist für deren Versorgung ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern notwendig.</p> <p>Handchirurgische Notfälle sind dabei am ehesten mit der Poly-traumaversorgung vergleichbar. Die Vorhaltung der 24/7 Abrufbarkeit dieser spezialisierten Leistungen ist unterfinanziert. Wenn handchirurgische Leistungen notwendig werden, geschieht dies typischerweise zu Schwerpunktzeiten. Silvesterfeuerwerksverletzungen, Sommerschwerpunkte der Kreissägenverletzungen der Hand sind Beispiele. So müssen Replantationszentren für die regionale und überregionale Versorgung einen 24/7 Replantationsdienstes mit entsprechender personeller und infra-struktureller Ausstattung leisten. Mikrochirurgische Rekonstruktionen erfordern höchstqualifiziertes Personal und mikrochirurgische Ausstattungen. Dabei kann weder dieses spezialisierte Personal noch die spezifischen Materialien in anderen Bereichen als der Hand genutzt werden.]</p> | | |
| 24. | § 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung | | | | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|------------|--|--|---|--|-------------------|
| 25. | DGVS | <p>§§ 16 und 21 Abs. 1 Nummer 1</p> <p>1. Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt,</p> | <p>Änderungsvorschlag zu § 21 Absatz 1 Nummer 1</p> <p>Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen und unteren Gastrointestinaltrakts einschließlich der Endoskopie des hepatobiliären Systems (ERC).</p> <p>Anmerkung: Die Kreislaurelevante, zur Intensivpflichtigkeit führende Blutung ist nicht ausschließlich auf den oberen GI-Trakt beschränkt. Zudem bedarf die schwere akute Cholangitis mit Sepsis und beginnendem intensivpflichtigen Multiorganversagen die kontinuierliche Möglichkeit einer ERCP-gesteuerten Intervention</p> | DKG: Siehe Begründung zuvor in den Regelungen zu diesem Punkt. | |
| 26. | § 24 Modul Schwerverletztenversorgung | | | | |
| 27. | DGH | <p>§ 24 Abs 2.</p> <p>Es sollten in das Modul Schwerverletztenversorgung die Kriterien der DGUV Schwerstverletztenartenverfahren Hand (SAV Hand) integriert werden</p> | <p>Die Kriterien für diese handchirurgischen Zentren sind in Deutschland anhand von Kriterienkatalogen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherungen (DGUV), der Zertifizierungsgruppe der Europäischen Gemeinschaft der Nationalen Handchirurgischen Gesellschaften (FESSH) und der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) klar definiert. Diese eigenständigen handchirurgischen Hand-Trauma-Zentren müssen zumindest drei ausgebildete Handchirurgen beschäftigen, einen unabhängigen 24-stündigen handchirurgischen Dienst an 365 Tagen mit eigenständigem Operationsaal zur sofortigen Akutversorgung von handchirurgischen Verletzungen sowie die integrierte Möglichkeit zur</p> | DKG: Siehe Begründung zuvor in den Regelungen zu diesem Punkt. | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|-----|--------------|---|--|--|-------------------|
| | | | <p>spezialisierten handchirurgischen Rehabilitation durch entsprechend ausgebildete Handtherapeuten vorhalten.</p> <p>Die Sonderstellung der Handchirurgie in der Versorgung von schweren Handverletzungen zeigt sich daran, dass eine eigenständige handchirurgische Abteilung als eine der vier Spezialbereiche definiert wurde für die Anerkennung eines „Traumazentrums“ entsprechend dem Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V).</p> | | |
| 28. | DGH | § 24 Abs. 2 Nummer 5 Ergänzung des Facharzt für Allgemein Chirurgie sowie des Facharzt für Kinder Chirurgie | Die Voraussetzungen für den zusätzlich qualifizierten Handchirurgen sollten denen in der MWBO 2018 entsprechen. Es gibt aus Sicht der DGH keinen Grund qualifizierte Handchirurgen mit dem zugrundeliegenden FA Allgemein Chirurgie oder Kinder- und Jugendmedizin auszuschließen. | DKG: Siehe Begründung zuvor in den Regelungen zu diesem Punkt. | |
| 29. | DGN und DSG | § 24 Abs. 2 Nummer 4 und 5 | <p>In Ergänzung zum Basisteam sind je nach vorliegendem Schädigungsbild verfügbar:</p> <p>Fachärztin oder Facharzt für Neurologie</p> <p>Der Anteil nicht-traumatologischer Patienten, die in Deutschland im Schockraum versorgt werden, liegt nach aktuellen Studien zwischen 40 und 60%. Diese Patienten leiden häufiger unter internistischen und vor allem auch neurologischen Erkrankungen wie beispielsweise Schlaganfälle oder einem Status epilepticus. Nicht selten</p> | DKG: Siehe Begründung zuvor in den Regelungen zu diesem Punkt. | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|------------|--|---|---|--|-------------------|
| | | | <p>weisen die Patienten auf Grund von Stürzen im Rahmen einer anderweitigen Erkrankung sekundäre Traumata auf, die allerdings in der Regel nicht krankheitsbestimmend sind. Für eine ausreichende Versorgung dieser Patienten ist die Einbindung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Neurologie erforderlich. Dies ist in den vorliegenden Vorschlägen nicht berücksichtigt.</p> <p>Dies ist umso unverständlicher als unter §24 (4) Computertomographie, MR-Tomographie und unter e) die Schlaganfalltherapie gefordert werden.</p> | | |
| 30. | § 26 Modul Spezialversorgung | | | | |
| 31. | DGN und DSG | <p>§ 26 Abs. 2 Nummer 3 Die Option des Moduls Spezialversorgung an Krankenhäuser zu binden, die gem. Vorschlag GKV-SV b) auf die stationäre Schlaganfallversorgung spezialisiert sind, ist nicht abbildbar.</p> | <p>Die Schlaganfallbehandlung ist genuin interdisziplinär. Spezialkliniken mit Schwerpunkten in der akuten Schlaganfallversorgung stellen nicht die Versorgungssituation in Deutschland dar.</p> | DKG: Siehe Begründung zuvor in den Regelungen zu diesem Punkt. | |
| 32. | § 27 Modul Schlaganfallversorgung | | | | |
| 33. | DGN und DSG | <p>Dem Vorschlag PatV einer Mindestvorgabe für „10 Thrombektomien und</p> | <p>Die Überlegung der PatV sind sehr gut nachvollziehbar, würden aber nach unserer Einschätzung nicht zur angestrebten Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Ohne Zweifel besteht ein Zusammenhang</p> | DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme | |

| Nr. | Inst. / Org. | Änderungsvorschlag / Kommentar | Begründung | Auswertung durch UA BPL | Beschlusse ntwurf |
|-----|--------------|--|--|-------------------------|-------------------|
| | | intrakraniellen Eingriffen“ ist nicht zu folgen. | zwischen Behandlungszahlen und Behandlungsqualität. Die Festlegung auf eine Mindestzahl von 10 Thrombektomien würde aber fälschlicherweise suggerieren, dass diese Mindestzahlen ausreichend für die Vorhaltung von Thrombektomien seien. Thrombektomien werden in der Regel in überregionalen Stroke Units durchgeführt. Hier sind minimal 50 Thrombektomien gefordert. Die Anerkennung der Strukturmerkmale einer überregionalen Stroke Unit ist u.a. von einer Zertifizierung abhängig, insofern ist die Mindestzahl geregelt. Eine Struktur, die medizinisch sinnvoll lediglich 10 Thrombektomien im Jahr durchführt, ist nicht vorstellbar. Besser wäre, man würde fordern, dass Thrombektomie-Kandidaten in ein Zentrum verlegt werden. Kliniken, die lediglich die Einhaltung der vorgeschlagenen Mindestmengen sicherstellen, sind unter Berücksichtigung der personellen und apparativen Vorhaltungen, einschl. der Logistik ökonomisch und nicht zuletzt auch unter Qualitätsgesichtspunkten nicht zu betreiben. | | |

B-5.2 Volltexte der eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

[siehe Anlage B Stellungnahmeverfahren 2025]

B-6 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 14. August 2025 eingeladen.

Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat am 14. August 2025 die mündliche Anhörung der eingeladenen stellungnahmeberechtigten Organisationen bzw. Institutionen durchgeführt.

[siehe Anlage B Stellungnahmeverfahren 2025]

B-7 Würdigung der Stellungnahmen

Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat die schriftlichen Stellungnahmen einzeln ausgewertet (vgl. Kapitel B-5.1). Die im Rahmen der mündlichen Anhörung vorgetragenen ergänzenden Aspekte wurden wie folgt ausgewertet:

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Inhalt der mündlichen Stellungnahme | Auswertung durch UA BPL |
|----------|--------------|-------------------------------------|---|
| 1 | DGNI | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragenen Aspekte zur Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ wurden gewürdigt. Ansonsten wurden in der mündlichen Anhörung keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 2 | DGP | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragenen Aspekte insbesondere zur Ablehnung fester Mindestfallzahlen bei pneumologischen Notfalldiagnosen als Anforderung von Spezialversorgern wurden gewürdigt und der Beschlussentwurf dahingehend geändert. Auch die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragenen Aspekte zur CT Ausstattung (§ 7) wurde gewürdigt und der Vorschlag in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen. |
| 3 | DGIM | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung wurden keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 4 | DGAI | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragenen Aspekte insbesondere zur Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, zur 30-Minuten Regelung und zur parallelen Schwerverletzten Versorgung (§ 24) wurden gewürdigt |
| 5 | DGfN | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung wurden keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 6 | DGPRÄC | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung wurden keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |

| Lfd. Nr. | Inst. / Org. | Inhalt der mündlichen Stellungnahme | Auswertung durch UA BPL |
|-----------------|-------------------------|--|--|
| 7 | DGOU/ DGU | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte insbesondere zur parallelen Schwerverletzten Versorgung (§ 24) wurde gewürdigt und der Vorschlag wird in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen. |
| 8 | DIVI | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte zu der „30-Minuten-Regelung“ wurden gewürdigt. Ansonsten wurden in der mündlichen Anhörung keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen |
| 9 | DGH | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung wurden keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 10 | DGN/ DSG | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung wurden keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 11 | DGINA | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung wurden keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 12 | DGK | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte insbesondere zur Bedeutung von Herzzentren/CPUs für die Notfallversorgung wurden gewürdigt und der Beschlusssentwurf dahingehend geändert. Auch die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte zur Erlangung der Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ im Zusammenhang mit einer Fristverlängerung der Einführung wurden gewürdigt und die Vorschläge in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen. |
| 13 | BÄK | siehe Wortprotokoll | Die in der mündlichen Anhörung ergänzend vorgetragene Aspekte insbesondere zur Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ wurden gewürdigt und die Vorschläge in den weiteren Beratungsprozess aufgenommen. |
| 14 | DGHNO- KHC/ DGMKG | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung wurden keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 15 | DGKJCH | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung wurden keine neuen Erkenntnisse, Einwände oder Änderungsvorschläge vorgetragen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |

Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat insgesamt nach § 10 Absatz 3, § 12 Absatz 3 und 4 des 1. Kapitels der VerFO des G-BA die in den mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen vorgebrachten Erkenntnisse, Einwände und Änderungsvorschläge eingehend ausgewertet und Änderungen des Beschlussentwurfs in den Sitzungen des Unterausschusses Bedarfsplanung am 14. August 2025, 17. September 2025 und 8. Oktober 2025 beraten.

C Evaluation der Notfallstufen-Regelungen

Mit Beschluss vom 20. Juni 2024 hat der Gemeinsame Bundesausschuss das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit der Evaluation der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V beauftragt. Im Folgenden sind die Beauftragung und der Abschlussbericht des IQTIG zur 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 dokumentiert.

[siehe Anlage C Evaluation der Notfallstufen-Regelungen]

D Folgenabschätzung der Notfallstufen-Regelungen

Mit Beschluss vom 16.06.2025 hat der Unterausschuss Bedarfsplanung für den Gemeinsame Bundesausschuss das IQTIG mit der Folgenabschätzung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V beauftragt. Im Folgenden sind die Beauftragung und der Abschlussbericht des IQTIG zur Folgenabschätzung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. August 2025 dokumentiert. Die Folgenabschätzung des G-BA basiert darüber hinaus insbesondere auf dem Bericht des IQTIG zur Evaluation [siehe Anlage C], ergänzenden Datenauswertungen des G-BA sowie auf Daten der Bundesärztekammer (vgl. BÄK Ärztestatistik 2024, Stellungnahme der BÄK vom 31. Juli 2025).
[siehe Anlage D Folgenabschätzung der Notfallstufen-Regelungen]

E Prüfung durch das BMG und Bekanntmachung im Bundesanzeiger gemäß § 94 SGB V

[wird nachträglich eingefügt]