

Anlage A zur Zusammenfassenden Dokumentation

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

(Notfallstufen-Regelungen, Nfst-R)

**Dokumentation des gesetzlich vorgesehenen
Stellungnahmeverfahrens 2024**

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

Inhaltsverzeichnis

1. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 26.06.2024 über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
2. Unterlagen, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden
 - a. Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
 - b. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
3. Schriftliche Stellungnahmen
4. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung am 23. Oktober 2024

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 und Absatz 5a sowie § 136c Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vor einer abschließenden Entscheidung über eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Vom 26. Juni 2024

Der Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 1 Verfahrensordnung (VerfO) in seiner Sitzung am 26. Juni 2024 beschlossen, das Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5, § 91 Absatz 5a sowie § 136c Absatz 4 Satz 4 SGB V zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V einzuleiten.

Folgende Stellungnahmeberechtigte erhalten Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme:

- Bundesärztekammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V)
- Bundeszahnärztekammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V)
- Bundespsychotherapeutenkammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V)
- Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (gemäß § 91 Absatz 5a SGB V)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (gemäß § 136c Absatz 4 Satz 4 SGB V).

Die Frist für die Abgabe der schriftlichen Stellungnahme beträgt ab Versand 4 Wochen.

Berlin, den 26. Juni 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Bedarfsplanung
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Regelungen

des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

in der Fassung vom 19. April 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4
in Kraft getreten am 19. Mai 2018

zuletzt geändert am 20. November 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 24.12.2020 B2)
in Kraft getreten am 1. November 2020

[Änderungen im Vergleich zum Ursprungstext in [blau](#)]

Inhalt

I.	Allgemeine Vorschriften.....	4
§ 1	Ziel der Regelung	4
§ 2	Gegenstand der er	4
II.	Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen	4
§ 3	Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen	4
§ 4	Spezielle Notfallversorgung.....	5
§ 5	Grundlagen des Stufenmodells	5
§ 6	Allgemeine Anforderungen an alle Stufen	6
§ 7	Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.....	6
III.	Anforderungen an die Basisnotfallversorgung	6
§ 8	Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung	7
§ 9	Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung.....	7
§ 10	Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung.....	8
§ 11	Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung	8
§ 12	Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der Basisnotfallversorgung	9
IV.	Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung.....	9
§ 13	Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung	9
§ 14	Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung	10
§ 15	Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung	10
§ 16	Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung	10

§ 17	Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung ...	11
V.	Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung	11
§ 18	Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung	11
§ 19	Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung	12
§ 20	Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung	12
§ 21	Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung	12
§ 22	Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung	13
VI.	Spezielle Notfallversorgung	13
§ 23	Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung	13
§ 24	Modul Schwerverletztenversorgung	14
§ 25	Modul Notfallversorgung Kinder	20
§ 26	Modul Spezialversorgung	22
§ 27	Modul Schlaganfallversorgung	23
§ 28	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen	24
VII.	Folgen der Nichteinhaltung und Übergangsbestimmungen	27
§ 29	Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen	27
§ 30	Übergangsbestimmungen	38
§ 31	Evaluation	38

I. Allgemeine Vorschriften

§ 1 Ziel der Regelung

- (1) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach einer Folgenabschätzung auf Basis eines Gutachtens und ergänzenden Sekundäranalysen ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. ²In Abhängigkeit der als Mindestvoraussetzungen für differenzierte Stufen festgelegten strukturellen Voraussetzungen erhalten Krankenhäuser der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für ihre Beteiligung an der Notfallversorgung. ³Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind verbindliche Abschläge zu erheben.
- (2) Mit den nachfolgenden Bestimmungen werden die Grundlagen für die Vertragspartner nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG zur Verhandlung von Zu- und Abschlägen für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen festgelegt.

§ 2 Gegenstand der Regelung

- (1) ¹Die Regelung legt die Grundsätze des gestuften Systems der stationären Notfallversorgung fest. ²Sie definiert darüber hinaus die konkreten Anforderungen zum Erreichen der jeweiligen Stufen.
- (2) Mit Blick auf die aus Anlass dieser Regelungen erforderlich werdenden Anpassungen in der Umstrukturierung der Notfallversorgung werden darüber hinaus Übergangsbestimmungen hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die strukturierte Notfallversorgung getroffen.

II. Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen

§ 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen

- (1) Die Notfallversorgung unterscheidet sich hinsichtlich der Art und des Umfangs der verschiedenen Notfallvorhaltungen und wird in drei Stufen gegliedert:
1. Die Basisnotfallversorgung – Stufe 1: Das Nähere zu den Anforderungen an diese Stufe wird in Abschnitt III geregelt.
 2. Die erweiterte Notfallversorgung – Stufe 2: Das Nähere zu den Anforderungen an diese Stufe wird in Abschnitt IV geregelt.
 3. Die umfassende Notfallversorgung – Stufe 3: Das Nähere zu den Anforderungen an diese Stufe wird in Abschnitt V geregelt.
- (2) ¹Sofern ein Krankenhaus keiner der in Absatz 1 beschriebenen Stufen zuzuordnen ist und darüber hinaus keine der Voraussetzungen der Module nach § 4 erfüllt, nimmt es nicht an dem gestuften System von Notfallstrukturen, nach Maßgabe dieser Regelungen im entgeltrechtlichen Sinne, teil. ²Unbeschadet der Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen bleiben die allgemeinen Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall unberührt.

GKV-SV	DKG
³Krankenhäuser, welche nicht nach Absatz 1 oder Absatz 2 einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet werden, aber die notwendigen Vorhaltungen nach § 5	<i>[bisherigen Wortlaut beibehalten]</i> ³ Krankenhäuser, welche nicht nach Absatz 1 oder Absatz 2 einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet werden, aber die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1

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. ⁴Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung können vereinbart werden, sofern die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG Auflagen erlässt, die die Erfüllung der Kriterien gemäß Abschnitt III spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen sicherstellen.	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. ⁴ Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung können vereinbart werden, sofern die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG Auflagen erlässt, die die Erfüllung der Kriterien gemäß Abschnitt III spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen sicherstellen.
---	--

§ 4 Spezielle Notfallversorgung

~~Abweichend von § 3 Absatz 2 Satz 1 kann die~~ Die Versorgung besonderer stationärer Notfälle

GKV-SV	DKG
kann auch strukturiert durch Krankenhäuser erfolgen,	erfolgt auch strukturiert durch Krankenhäuser erfolgen,

die nicht die Anforderungen einer der Abschnitte III - bis V erfüllen, sofern sie die besonderen Vorgaben eines der Module in Abschnitt VI erfüllen.

§ 5 Grundlagen des Stufenmodells

(1) Das Stufenmodell zur stationären Versorgung von Notfällen legt gemäß den Anforderungen nach § 136c Absatz 4 SGB V für jede Stufe spezifische Vorgaben zu den folgenden Kategorien fest:

1. Art und Anzahl von Fachabteilungen,
2. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals,
3. Kapazität zur Versorgung von **Intensivpatientinnen und Intensivpatienten**,
4. Medizinisch-technische Ausstattung,
5. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme.

(2) Eine Fachabteilung liegt vor, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses.
2. Angestellte **Ärztinnen und Ärzte** des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer.

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
Eine im Krankenhaus angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt der jeweiligen Fachabteilung	Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt

des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen

GKV-SV / KBV	DKG
[-]	die der jeweiligen Fachabteilung entsprechen,

ist ~~zu jeder Zeit jederzeit~~ (an 24 Stunden am Tag ~~an~~ und 7 Tagen pro Woche) (24/7)

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar. [bisheriger Wortlaut]	unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.

3. Das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V dies vorsieht.
4. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben in der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V vereinbart.

§ 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen

- (1) ¹Die Vorgaben zu den Kategorien nach § 5 Absatz 1 sind von den Krankenhäusern ~~zu jeder Zeit jederzeit~~ (24 ~~Stunden an~~ / 7 ~~Tagen pro Woche~~) am Standort zu erfüllen, um der jeweiligen Stufe der Notfallversorgung zugeordnet zu werden. ²Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt.
- (2) ¹Die Notfallversorgung der **Notfallpatientinnen und** Notfallpatienten findet in Krankenhäusern, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach den §§ 3 und 4 teilnehmen, ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA), die immer am Krankenhausstandort vorzuhalten ist, statt. ²Die ZNA ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung. ³Der Zugang zur Zentralen Notaufnahme ist grundsätzlich barrierefrei.
- (3) Krankenhäuser, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach § 3 teilnehmen, sollen zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen.

§ 7 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Krankenhäuser, die bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf die Anforderungen nach den §§ 8 bis 22 unzureichende Qualität aufweisen, können Zuschläge für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung erhalten, sofern die zuständigen Landesbehörden im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Fristen zu deren Umsetzung erlassen, die von den Krankenhäusern zu erfüllen sind.

III. Anforderungen an die Basisnotfallversorgung

Dieser Abschnitt konkretisiert die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 für Krankenhäuser, die an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnehmen.

§ 8 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin am Standort.

§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung stellen die folgenden Qualifikationen des Fachpersonals sicher:

GKV-SV / KBV	DKG	LV / PatV
<p>1. Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder ein verantwortlicher Arzt und eine verantwortliche Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig und jederzeit (24/7) der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.</p>	<p>Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder ein verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind. Es liegt in der Verantwortung des Krankenhauses, die Vorgaben organisatorisch umzusetzen. Die entsprechenden beiden Personen kann das Krankenhaus individuell benennen.</p>	<p>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.</p>

GKV-SV / LV	DKG	UPV
<p>2. Dieser unter Nummer 1 genannte Ärztin oder der genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfall und Akut medizin“ und die unter Nummer 1 genannte Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“.</p>	<p>2. Dieser unter Nummer 1 genannte Ärztin oder der genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfall und Akut medizin“ oder „Notfallmedizin“ und die unter Nummer 1 genannte Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“, sobald die jeweiligen Qualifikationen in diesem Land verfügbar sind. „Anästhesie- und Intensivpflege bzw. -medizin“ oder „Intensivpflege bzw. -medizin“. In Weiterbildung befindliches Personal</p>	<p>2. Zur Erfüllung der Anforderungen nach Nummer 1 umfasst das Team der Notaufnahme mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte, die zu mindestens 80 Prozent ihrer regelmäßigen Arbeitszeit (in Bezug auf ein Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden) in der Notaufnahme tätig sind. Davon verfügen mindestens drei Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Das Team der Notaufnahme umfasst zudem mindestens drei</p>

GKV-SV / LV	DKG	UPV
	wird dabei gleichwertig anerkannt.	Pflegekräfte mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“. In Weiterbildung befindliches Personal kann dabei einmalig für maximal 12 Monate als gleichwertig anerkannt werden.

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
3. 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.	Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten unverzüglich für eine Situations-einschätzung und eine Beratung verfügbar, z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.

4. Das unter den Nummern 1 bis 3 genannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.

§ 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung halten eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor, von denen mindestens drei zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet sind.

§ 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung

- (1) ¹Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung verfügen über die für die Durchführung von Diagnostik und Therapie nach aktuellem medizinischem Standard erforderliche medizinisch-technische Ausstattung. ²Insbesondere die folgende medizinisch-technische Ausstattung ist am Standort vorzuhalten:
1. ein Schockraum und
 2. eine 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung, die auch gegeben ist, wenn sie durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer jederzeit (24/7) sichergestellt wird. Die Befundung ist auch teleradiologisch möglich.
- (2) Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten von dem Krankenhaus der Basisnotfallversorgung in ein Krankenhaus einer höheren Notfallstufe auch auf dem Luftwege, ggf. unter Nutzung eines bodengebundenen Zwischentransports.

§ 12 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung erfüllen alle der folgenden strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen:

1. Die Aufnahme von Notfällen erfolgt ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme.
2. Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. Alle **Notfallpatientinnen und** Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.
3. Die **Patientinnen- und** Patientenversorgung wird aussagekräftig dokumentiert und orientiert sich an Minimalstandards. Diese Dokumentation liegt spätestens bei der Entlassung oder Verlegung **der Patientin oder** des Patienten vor.

IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung

Dieser Abschnitt konkretisiert die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 für Krankenhäuser, die an der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 teilnehmen; die Anforderungen im Abschnitt IV müssen zusätzlich zu den Anforderungen in Abschnitt III erfüllt werden.

§ 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung

- (1) 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.

GKV-SV / PatV	DKG
[-]	Die Fachabteilung Nummer 2 aus der Kategorie A ist dabei der Chirurgie oder Unfallchirurgie und die beiden Fachabteilungen der Nummer 4 und 5 aus der Kategorie A der Inneren Medizin nach § 8 gleichzusetzen.

- (2) Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen an:

1. Neurochirurgie,
2. Orthopädie und Unfallchirurgie,
3. Neurologie,
4. Innere Medizin und Kardiologie,
5. Innere Medizin und Gastroenterologie,
6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

- (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,
8. Urologie,
9. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
10. Augenheilkunde,
11. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie,
12. Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie.

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

Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen die unter § 9 genannten Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals.

KBV / PatV / DKG	UPV / GKV-SV
[-]	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.

§ 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung

¹Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung halten abweichend von § 10 eine Intensivstation mit mindestens 10 Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet sind. ²Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme. ~~³Satz 2 findet keine Anwendung vom 1. April bis 30. Juni 2020 sowie vom 1. November 2020 bis 31. März 2021. ⁴Stattdessen ist in dieser Zeit die schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft ausreichend.~~

§ 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung

(1) Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 grundsätzlich ~~zu jederzeit (24/7) Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche)~~ über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort:

1. Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt,
2. kontinuierliche Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI),
3. Magnetresonanztomographie (MRT) und
4. 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.

- (2) ¹Es ist eine Hubschrauberlandestelle vorzuhalten. ²Bleibt dem Krankenhaus die Genehmigung einer Hubschrauberlandestelle aus Gründen, die außerhalb des Verantwortungsbereiches des Krankenhauses liegen (z.B. Umweltschutz oder städtebauliche Vorschriften), versagt, kann trotz Nichterfüllung der Vorhaltung nach Satz 1 eine Einstufung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 erfolgen, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 17 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung

Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 12 folgende strukturelle und prozedurale Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen:

Die zentrale Notaufnahme hat eine organisatorisch ~~der Notaufnahme~~ angeschlossene Beobachtungsstation von mindestens 6 Betten; dort sollen **Notfallpatientinnen und Notfallpatienten** in der Regel unter 24 Stunden verbleiben, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist.

V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung

Dieser Abschnitt konkretisiert die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 für Krankenhäuser, die an der umfassenden Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 teilnehmen; die Anforderungen im Abschnitt V müssen zusätzlich zu den Anforderungen in den Abschnitten III und IV erfüllt werden.

§ 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung

- (1) 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.

GKV-SV / PatV	DKG
[-]	Die Fachabteilung Nummer 2 aus der Kategorie A ist dabei der Chirurgie oder Unfallchirurgie und die beiden Fachabteilungen der Nummer 4 und 5 aus der Kategorie A der Inneren Medizin nach § 8 gleichzusetzen.

- (2) Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen an:

1. Neurochirurgie,
2. Orthopädie und Unfallchirurgie,
3. Neurologie,
4. Innere Medizin und Kardiologie,
5. Innere Medizin und Gastroenterologie,
6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

- (3) Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an:

1. Innere Medizin und Pneumologie,
2. Kinder- und Jugendmedizin,
3. Kinder-Kardiologie,

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 und Onkologie.

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

Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung erfüllen die Vorgaben nach § 9.

KBV / PatV / DKG	UPV / GKV-SV
[-]	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.

§ 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung

¹Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung halten abweichend von § 10 eine Intensivstation mit mindestens 20 Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patientinnen oder Patienten ausgestattet sind. ²Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme. ³~~Satz 2 findet keine Anwendung vom 1. April bis 30. Juni 2020 sowie vom 1. November 2020 bis 31. März 2021.~~ ⁴~~Stattdessen ist in dieser Zeit die schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft ausreichend.~~

§ 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung

(1) Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 ~~zu jederzeit Zeit (24 Stunden an /7 Tagen pro Woche)~~ über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort:

1. die kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt,
2. die kontinuierliche Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI),
3. eine Magnetresonanztomographie (MRT) und
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.

- (2) ¹Es ist eine Hubschrauberlandestelle vorzuhalten. ²~~Patientinnen- und Patientenv-~~Verlegungen von ~~Patientinnen und Patienten~~ auf dem Luftwege sind ohne Zwischentransport möglich. ³Bleibt dem Krankenhaus die Genehmigung einer Hubschrauberlandestelle aus Gründen, die außerhalb des Verantwortungsbereiches des Krankenhauses liegen (z.B. Umweltschutz oder städtebauliche Vorschriften), versagt, kann trotz Nichterfüllung der ~~Vorhaltung nach Satz 1 Sätze und 2~~ eine Einstufung nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 erfolgen, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 22 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung

Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung erfüllen die Vorgaben nach den §§ 12 und 17 zu den strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen.

VI. Spezielle Notfallversorgung

§ 23 Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung

DKG	UPV GKV-SV
<p><i>[bisheriger Wortlaut]</i></p> <p>¹Gemäß § 4 können Krankenhäuser aufgrund der Teilnahme an einer speziellen Notfallversorgung einer der in § 3 Absatz 1 benannten Stufen zugeordnet werden. ²Die Anforderungen nach Satz 1 werden in den §§ 24 bis 28 für die einzelnen Module der speziellen Notfallversorgung festgelegt.</p>	<p>¹Gemäß § 4 können Krankenhäuser aufgrund der Teilnahme an einer speziellen Notfallversorgung einer der in § 3 Absatz 1 benannten Stufen zugeordnet werden. ²Die Anforderungen nach Satz 1 werden in den §§ 24 bis 28 für die einzelnen Module der speziellen Notfallversorgung festgelegt.</p> <p>Die Anforderungen des § 4 werden in den §§ 24 bis 28 für die einzelnen Module konkretisiert.</p>

§ 24 Modul Schwerverletztenversorgung

- (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

GKV-SV / DKG	DKG 2	UPV
nach den Absätzen 2 bis 7 DKG: 2 bis 4 erfüllt und zu jederzeit Zeit (24/7) an der Notfallversorgung teilnimmt [1] .	an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012^[1] - Oktober 2019 ^[1] erfüllt und zu jederzeit Zeit (24/7) zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt.	<i>[ursprünglicher Regelungstext]</i> an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 ^[1] erfüllt und zu jederzeit Zeit (24/7) zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt.
GKV-SV / PatV		DKG
(2) Krankenhäuser des Moduls Schwerverletztenversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Orthopädie und Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie, Radiologie und Neurochirurgie gemäß § 5 Absatz 2 am Standort.		[-]

- (3) DKG: (2) Krankenhäuser des Moduls Schwerverletztenversorgung stellen das folgende Fachpersonal mit folgender Qualifikation und Verfügbarkeit sicher:

GKV-SV / PatV	DKG
1. Mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt jeder nach Absatz 2 genannten Fachabteilung sowie des Gebiets Anästhesiologie ist zu jederzeit (24/7) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.	[-]

2. DKG: Nummer 1 Die ärztliche Leitung der Fachabteilung Orthopädie und Unfallchirurgie verfügt über die Qualifikation Fachärztin oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

¹⁾Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletzten-Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Projekt der „Initiative Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. und des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., Berlin Stand Mai 2012, 2. erweiterte Auflage. Seite 17-18 und Seite 30 (Anhang 1).

DKG: 1) Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletzten-Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Projekt der „Initiative Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. und des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., Berlin Stand Oktober 2019, 3. erweiterte Auflage. Seite 18-20.

mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie. Zudem ist eine Stellvertretung mit identischer Qualifikation benannt.

GKV-SV / PatV	DKG
<p><i>[Anforderungen an die Intensivstation].</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Die ärztliche Stationsleitung ist eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin, und ist hauptamtlich auf der Intensivstation tätig und intensivmedizinisch verantwortlich. Zudem ist eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter mit identischer Zusatzweiterbildung benannt. 4. Die pflegerische Stationsleitung ist eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung "Intensivpflege und Anästhesie" oder "Intensivpflege", sowie mit abgeschlossenem Pflegestudium, mindestens aber mit staatlich anerkannter Weiterbildung zur Leitung einer Station. 5. Eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ soll täglich mindestens eine Visite durchführen. 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. 7. Eine Ärztin oder ein Arzt mit einer intensivmedizinischen Weiterbildungszeit (im Rahmen der Facharztweiterbildung) von mindestens sechs Monaten muss an allen Tagen während der regulären Kernarbeitszeit (z. B. mindestens 7 Stunden zwischen 6 und 22 Uhr) auf der Intensivstation präsent sein; außerhalb der Kernarbeitszeit zumindest im Krankenhaus präsent und sofort auf der Intensivstation verfügbar sein. 8. In der Kernarbeitszeit hat eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ zusätzlich arbeitstäglich während der regulären Tagesarbeitszeit (z. B. 	

GKV-SV / PatV	DKG
<p>mindestens 7 Stunden zwischen 6 und 22 Uhr) auf der Intensivstation präsent zu sein.</p> <p>9. Außerhalb der Anwesenheitszeit nach Nummer 8 muss eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ innerhalb von 30 Minuten für die Patientin oder den Patienten verfügbar sein.</p> <p>10. Es ist eine Pflegefachkraft für zwei Behandlungsplätze im Schichtdienst verfügbar. Bei besonderen Behandlungssituationen (schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, > 60% Patienten mit Organersatzverfahren) ist eine 1:1-Betreuung erforderlich.</p> <p>(4) Krankenhäuser des Moduls Schwerverletztenversorgung stellen für den Schockraum das folgende Fachpersonal mit folgender Qualifikation und Verfügbarkeit sicher:</p>	

1. DKG: Absatz 2 Nummer 2 Als Basisteam für den Schockraum sind zu jeder Zeit (24/7) im Krankenhaus anwesend:
 - a) eine 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 (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 Weiterbildungsassistentin oder ein Weiterbildungsassistent für Anästhesiologie (Facharztstandard),
 - d) zwei Pflegekräfte Notaufnahme,
 - e) eine Pflegekraft Anästhesiologie DKG: und
 - f) eine medizinisch-technische Radiologiefachkraft (MTRA) GKV-SV: und

GKV-SV	DKG
g) Transportpersonal.	[-]

2. Ergänzend zum Basisteam sind je nach vorliegendem Verletzungsmuster als erweitertes Schockraumteam Vertreterinnen oder Vertreter anderer Fachdisziplinen innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar:
 - a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie (Oberärztin oder Oberarzt)
 - b) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie (Oberärztin oder Oberarzt)

- c) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurochirurgie (Oberärztin oder Oberarzt)
- d) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie (Oberärztin oder Oberarzt) mit Kenntnissen in interventioneller Radiologie
- e) zwei OP-Pflegekräfte
- f) weitere Rufdienste zur gleichzeitigen Versorgung mehrerer Schwerverletzter

GKV-SV	DKG / PatV
<ul style="list-style-type: none"> g) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (Oberärztin oder Oberarzt), h) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie oder eine Weiterbildungsassistentin oder ein Weiterbildungsassistent für Radiologie (Facharztstandard), i) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Gefäßchirurgie, j) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Herz- und/oder Thoraxchirurgie, k) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, l) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, m) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Augenheilkunde, n) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Urologie, o) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 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 q) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. 	<p>4. Als weitere Fachdisziplinen sind vorzuhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fachärztin oder Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (Oberarzt) b) Fachärztin oder Facharzt für Gefäßchirurgie c) Fachärztin oder Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie d) Fachärztin oder Facharzt für Herz- und/oder Thoraxchirurgie e) Fachärztin oder Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie f) Fachärztin oder Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde g) Fachärztin oder Facharzt für Augenheilkunde h) Fachärztin oder Facharzt für Urologie i) Fachärztin oder Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe j) Fachärztin oder Facharzt für Plastische Chirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie k) Fachärztin oder Facharzt für Kinderchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Kinderheilkunde Pädiatrie oder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin <p>Von den unter a) bis k) genannten weiteren Fachdisziplinen wird angenommen, dass alle aufgeführten Disziplinen als Hauptfachabteilungen vor Ort vorgehalten werden. Im Falle abweichender Strukturen und Prozesse muss deren Gleichwertigkeit nachgewiesen werden.</p>

(5) **DKG: Absatz 3** Krankenhäuser des Moduls Schwerverletztenversorgung müssen folgende Anforderungen an die Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten **DKG: Schwerverletzten** erfüllen:

GKV-SV / PatV	DKG
<ol style="list-style-type: none"> 1. jederzeitige (24/7) Vorhaltung von Intensivkapazitäten für die parallele Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten inklusive der Vorhaltung von mindestens zwei Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit und zugehörigem medizinischen Personal. 2. Krankenhäuser halten eine Intensivstation mit mindestens 10 Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet sind. Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme. 3. Die Strukturanforderungen gemäß OPS Kodes 8-980 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)) oder 8-98f (Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)) sind einzuhalten. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vorhaltung von Räumlichkeiten in der Notaufnahme zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten 2. Es müssen jederzeit (24/7) zwei Operationssäle einschließlich personeller Ausstattung zur notfallchirurgischen Versorgung bereitgestellt werden können. 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 (8-980), einzuhalten.

- (6) DKG: Absatz 4 Krankenhäuser des Moduls Schwerverletztenversorgung verfügen über folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort:

GKV-SV	DKG
<ol style="list-style-type: none"> 1. Jederzeit (24/7) sind die nachfolgend genannte technische Ausstattung sowie die diagnostischen und therapeutischen Verfahren verfügbar: <ol style="list-style-type: none"> a) Computertomografie (CT) b) Endoskopie c) Perkutane koronare Interventionen (PCI) d) Magnetresonanztomographie (MRT) e) Schlaganfalltherapie einschl. Interventionelle Neuroradiologie f) Bronchoskopie g) Interventionelle Radiologie h) Röntgen i) Point-of-care-Labor j) Transösophageale Echokardiographie (TEE) 	[-]

<ul style="list-style-type: none"> k) Invasive und nicht-invasive Beatmung l) Kontinuierliche und nicht kontinuierliche Nierenersatzverfahren <p>2. Der Schockraum bietet jederzeit (24/7) die Möglichkeit zur gleichzeitigen Behandlung von mindestens zwei Schwerverletzten.</p>	
--	--

3. **DKG: Nummer 1** Eine Bildgebung auf der Basis von Röntgen mit der Möglichkeit zur vollständigen Projektionsradiografie des Thorax/Becken und Ultraschall oder Computertomografie (CT) in räumlicher Nähe ist vorzuhalten.
4. **DKG: Nummer 2** Eine Angiografieeinheit zur interventionellen Versorgung von stammnahen Gefäßen zur Blutungskontrolle ist vorzuhalten.

GKV-SV / PatV	DKG
<p>5. Jederzeitige (24/7) Bereitstellung von zwei OP-Sälen zur notfallchirurgischen Versorgung einschließlich personeller Ausstattung.</p>	<p>3. Alle für die unmittelbare Notfallversorgung erforderlichen Materialien/Instrumente, auch in allen kinderspezifischen Größen, sind vorzuhalten.</p>
GKV-SV	DKG
<p>(7) Krankenhäuser des Moduls Schwerverletztenversorgung erfüllen die folgenden Anforderungen an die Strukturen und Prozesse der Notaufnahme:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jederzeitige (24/7) Möglichkeit zur parallelen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten. 2. Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. Alle Notfallpatientinnen und Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität. 3. Die Patientinnen- und Patientenversorgung wird aussagekräftig dokumentiert und orientiert sich an Minimalstandards. Diese Dokumentation liegt spätestens bei der Entlassung oder Verlegung der Patientin oder des Patienten vor. 	<p>[-]</p>

§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder

- (1) ¹Dieses Modul ist nur für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren anzuwenden. ²Demgemäß erhalten auch Krankenhäuser, 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 Jahren.
- (2) Ein Krankenhaus wird der Stufe der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 zugeordnet, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:
1. Das Krankenhaus verfügt über eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort.
 2. Das Krankenhaus verfügt über ein dokumentiertes Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept für Kinder und Jugendliche.
 3. Das Krankenhaus verfügt über ein strukturiertes System zur Behandlungspriorisierung von **Notfallpatientinnen und** Notfallpatienten (Triage).
 4. Jedes Kind und jeder Jugendliche erhält eine Ersteinschätzung und Behandlungspriorisierung innerhalb von 10 Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme.
 5. Die Notaufnahme verfügt über schriftliche Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkkrankungen von Kindern und Jugendlichen.
 6. Krankenhäuser, die an einer Stufe des Moduls Notfallversorgung Kinder teilnehmen, sollen zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen.
- (3) Ein Krankenhaus wird der Stufe der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 zugeordnet, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:
1. Die Kriterien des § 25 Absatz 2 sind einzuhalten.
 2. Eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft im Präsenzdienst (~~24 Stunden an sieben Tagen pro Woche~~) steht jederzeit (24/7) für die Versorgung von Notfällen zur Verfügung.
 3. 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.
 4. Das Krankenhaus bietet die Möglichkeit der gleichzeitigen intensivmedizinischen Versorgung von zwei lebensbedrohlich kranken Kindern am Standort.
 5. Es besteht ~~eine 24-stündige~~jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit der Magnetresonanztomographie (MRT).
 6. Es ist eine Hubschrauberlandestelle vorzuhalten. ~~Patientenverlegungen~~Verlegungen von **Patientinnen und Patienten** auf dem Luftwege sind ohne Zwischentransport möglich. Bleibt dem Krankenhaus die Genehmigung einer Hubschrauberlandestelle aus Gründen, die außerhalb des Verantwortungsbereiches des Krankenhauses liegen (z.B. Umweltschutz oder städtebauliche Vorschriften), versagt, kann trotz Nichterfüllung der **Vorhaltung nach Satz 1 Sätze und 2** eine Einstufung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 erfolgen, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Ein Krankenhaus wird der Stufe der umfassenden Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 zugeordnet, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:
1. Die Kriterien des § 25 Absätze 2 und 3 sind einzuhalten.

2. Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie und Neonatologie am Standort.
3. Ärztlicher Präsenzdienst für Kinder- und Jugendmedizin.
4. Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie

GKV-SV / PatV	DKG
in 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten. <i>[bisheriger Wortlaut]</i>	unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.

5. Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen

GKV-SV / PatV	DKG
in 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten. <i>[bisheriger Wortlaut]</i>	unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.

6. ~~Ständige OP-Bereitschaft~~: Ein komplettes OP-Team inkl. Anästhesie mit einer an die Altersgruppe angepassten Ausstattung und Erfahrung steht in ständiger Bereitschaft.
7. Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens 10 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene ~~G-BA Richtlinien~~ am Standort.
8. Pädiatrisch ausgerichtete Labormedizin bzw. klinisch-chemisches Labor (z.B. Umgang mit kleinen Mengen).
9. ~~24-stündige~~ ~~Jederzeitige~~ (24/7) Verfügbarkeit von Magnetresonanztomographie (MRT), Sonographie, Röntgendiagnostik und Computertomographie (CT) die auf die besonderen Bedürfnisse pädiatrischer Patientinnen oder Patienten angepasst sind.
10. Das Krankenhaus verfügt über einen genehmigten Hubschrauberlandeplatz oder eine Hubschrauberlandestelle (PIS). Kann das Krankenhaus aufgrund eines Fachgutachtens nachweisen, dass der Bau einer Hubschrauberlandestelle aufgrund der Hinderniskulisse nicht möglich ist, gilt dieses Kriterium als erfüllt.

§ 26 Modul Spezialversorgung

(1) ¹Krankenhäuser oder Einrichtungen, welche die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen, nehmen an der strukturierten Notfallversorgung teil; es werden keine Abschläge erhoben. ²Die 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. ³Diese Krankenhäuser erwerben daher keinen Anspruch auf Zuschläge für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

(2) Die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen **folgende Krankenhäuser oder Einrichtungen**:

1. Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind,
2. besondere Einrichtungen gemäß § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG, sofern sie im Landeskrankenhausplan als besondere Einrichtungen in der Notfallversorgung ausgewiesen sind und zu jeder Zeit an der Notfallversorgung teilnehmen,

GKV-SV 1	GKV-SV 2	DKG / LV / PatV
<p>3. in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser, die aufgrund krankenhauplanerischer 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 an der Notfallversorgung teilnehmen.</p>	<p>3. in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser, die aufgrund krankenhauplanerischer 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. Zwingend erforderlich für die Gewährleistung der Notfallversorgung sind Krankenhäuser, wenn für mindestens 5.000 Einwohnerinnen und</p>	<p><i>[bisheriger Wortlaut]</i></p> <p>3. in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser, die aufgrund krankenhauplanerischer 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>

	<p>Einwohner einer Region nicht innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten ein Krankenhaus, das mindestens die Kriterien der Basisnotfallstufe erfüllt, erreichbar ist. Die Spezialversorger müssen die Sicherstellung der Notfallversorgung in Bezug auf Personal, Ausstattung und Organisation nachweisen.</p>	
--	--	--

§ 27 Modul Schlaganfallversorgung

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,

DKG	UPV / GKV-SV
<p><i>[bisheriger Wortlaut]</i></p> <p>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.</p>	<p>nimmt insoweit an der stationären Versorgung von Notfällen teil und erhält für die in der Stroke Unit behandelten Fälle entsprechende Zuschläge.</p>
GKV-SV / PatV	DKG / LV
<p>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.</p>	<p>Das Krankenhaus erfüllt am Standort mindestens die in einem der folgenden OPS-Kodes festgelegten Strukturanforderungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 8-98b.2- Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ohne Anwendung eines Telekonsils oder 2. 8-98b.3- Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit Anwendung eines Telekonsils oder 3. 8-981.2- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen oder 4. 8-981.3- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung

	von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen.
--	--

§ 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen

Ein Krankenhaus, das die Anforderungen der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) dieser Regelung nicht erfüllt, jedoch über eine Chest Pain Unit (CPU) verfügt, die alle der folgenden Kriterien erfüllt,

DKG	UPV / GKV-SV
<p><i>[bisheriger Wortlaut]</i></p> <p>entspricht einem Krankenhaus, welches an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnimmt und erhält für die in der CPU behandelten Fälle Zuschläge.</p>	<p>nimmt insoweit an der stationären Versorgung von Notfällen teil und erhält für die in der CPU behandelten Fälle entsprechende Zuschläge.</p>

~~entspricht einem Krankenhaus, welches an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnimmt und erhält für die in der CPU behandelten Fälle Zuschläge.~~

1. Räumliche Voraussetzungen:
 - a) Einer CPU müssen feste Überwachungskapazitäten unter klinischer und organisatorischer Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Innere Medizin und Kardiologie ~~eines Kardiologen~~ zugeordnet werden.
 - b) Der Bereich der CPU muss exakt definiert und ausgewiesen sein.
 - c) Die CPU verfügt über mindestens 4 Überwachungsplätze.
 - d) Ein Herzkatheterlabor innerhalb der Einrichtung ist ~~365 Tage/24 Stunden~~ jederzeit (24/7) verfügbar, Abmeldung nur aus apparativ-technischen Gründen.
2. Apparative Voraussetzungen:
 - a) EKG-Gerät mit Registrierung von 12 Ableitungen,
 - b) Monitor zur Rhythmusüberwachung und eine nichtinvasive Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie an jedem Überwachungsplatz,
 - c) Transthorakale Echokardiographie ~~jederzeit (24/7) innerhalb von 30 Minuten an 365 Tagen im Jahr über 24 Stunden~~ durch eine ausgebildete Untersucherin oder einen ausgebildeten Untersucher,
 - d) Komplette ausgestattete Notfalleinheit (u. a. mit Defibrillator, Intubationsbesteck, Sauerstoff, Absaugvorrichtung) und Möglichkeit zur Transportüberwachung (u. a. Monitor, Perfusoren, Transportbeatmungsgerät) und
 - e) ~~24-stündige~~ ~~jederzeitige~~ (24/7) Anbindung an eine Notfalllaboreinrichtung. Die Zeit von Blutabnahme bis zur Ergebnisdokumentation darf 45 bis 60 Minuten nicht überschreiten und muss regelmäßig kontrolliert werden. Ist dies nicht möglich, muss eine Point-of-Care-Test-Einheit (POCT) vor Ort zur Bestimmung kardialer Marker verwendet werden. Die Bestimmung einer Blutgasanalyse muss innerhalb von 15 Minuten möglich sein.
 - f) Bei Schrittmacherpatienten Abfrage des Schrittmachers ~~an 365 Tagen pro Jahr über 24 Stunden~~ ~~jederzeit (24/7)~~ mit einer Alarmierungszeit von unter 6 Stunden gewährleisten. Die Möglichkeit zur perkutanen Schrittmachertherapie muss bestehen.

- g) Ein Thorax-CT muss jederzeit (24/7) durchgeführt werden können.
3. Diagnostik:
- Unmittelbar nach Aufnahme müssen bei **jeder Patientin und bei** jedem Patienten ein EKG mit Registrierung von 12 Ableitungen sowie die posterioren Ableitungen V7 bis V9 geschrieben werden. Bis zur Auswertung durch **eine Ärztin oder** einen Arzt dürfen nicht mehr als 10 Minuten vergehen.
 - ~~Kontrollen des Troponins sind initial nach Vorstellung sowie 6 bis 9 Stunden nach der Erstmessung.~~
4. Therapie:
- a) 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.
 - b) Die Transferzeiten von der CPU zum Herzkatheterlabor dürfen bei **Höchstrisikopatientinnen- und** patienten maximal 15 Minuten betragen.
 - c) Herzkatheterlabor in der Abteilung mit ~~ständiger~~ **jederzeitiger (24/7)** personeller Verfügbarkeit zur Akutintervention (~~365 Tage über 24 Stunden~~), das nur aus apparativ-technischen Gründen von der Notfallversorgung abgemeldet werden darf.
 - d) Eine ~~ständige~~ **jederzeitige (24/7)** personelle Verfügbarkeit muss gewährleistet sein und mittels Dienstplänen dokumentiert werden können.
 - e) Intensivstation oder Intermediate-Care-Station ist vorhanden, die Transferzeit darf maximal 15 Minuten betragen.
 - f) ~~Ständige-Jederzeitige (24/7)~~ Möglichkeit zur Durchführung einer konventionellen Röntgendiagnostik sowie einer Computertomographie.
5. Ausbildung:
- a) Assistent/in **oder Assistent**: Mindestens 2 Jahre internistische/kardiologische Berufserfahrung, ausreichende Intensivverfahren, Echokardiographieerfahrung, Erfahrung auf dem Gebiet der kardiovaskulären Prävention,
 - b) Oberarzt/ **oder Oberärztin**: **Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie** ~~Kardiologin oder Kardiologe~~,
 - c) Pflege: Spezielle CPU-Schulung **und**
 - 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.
6. Organisation:
- a) Leitung: **Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie** ~~Kardiologin oder Kardiologe~~,

- b) Assistenzärztinnen und -ärzte: Zuständigkeit ~~365 Tage/24 Stunden~~ jederzeit (24/7),
- c) Oberärztinnen oder Oberärzte (Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie (~~Kardiologin oder Kardiologe~~): ~~365 Tage/24 Stunden~~ jederzeit (24/7) in Rufbereitschaft, Alarmierung < 30 Minuten und
- d) Pflegepersonal Präsenz: ~~365 Tage/24 Stunden~~ jederzeit (24/7); 4:1-Besetzung.

UPV / GKV-SV [hilfsweise mit Ergänzungen in grau]	GKV-SV	DKG
<p>VII. Inkrafttreten Folgen der Nichteinhaltung und Übergangsbestimmungen</p> <p>§ 29 Inkrafttreten-Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen</p>	<p>Anlage I: Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen</p>	
<p>(1) Beteiligte Stellen für die Feststellung der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen sowie die Durchsetzung von Maßnahmen sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Krankenhausträger und 2. die Krankenkassen, die als Vertragspartei nach § 18 Absatz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) an der Budgetvereinbarung gemäß § 11 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) beteiligt sind GKV-SV: sowie 3. GKV-SV: der Gemeinsame Bundesausschuss. <p>(2) Die Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen ist unverzüglich vom Krankenhausträger gegenüber den Krankenkassen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2 anzuzeigen. GKV-SV: Zudem kann eine etwaige Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen im Rahmen von Kontrollen des Medizinischen Dienstes gemäß MD-</p>	<p>§ 1 Anwendungsbereich</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Diese Anlage regelt die Anwendung von Folgen der Nichteinhaltung von Anforderungen nach Maßgabe der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen) für Krankenhausstandorte, die nach einer getroffenen Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG die jeweiligen Anforderungen der Abschnitte III. bis VI. gemäß den Notfallstufen-Regelungen nicht einhalten. Die etwaige Nichteinhaltung von Anforderungen gemäß den Notfallstufen-Regelungen wird im Rahmen einer Kontrolle der Einhaltung der der Qualitätsanforderungen nach Maßgabe von Abschnitt 3 Teil B der MD-QK-RL festgestellt. Anforderungen nach dieser Anlage sind Mindestvoraussetzungen gemäß § 1 Absatz 1 Satz 2 der Notfallstufen-Regelungen. (2) Gemäß § 15 Absatz 1 Teil A MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) übermittelt der Medizinische Dienst (MD) den Kontrollbericht unverzüglich an die beauftragende Stelle und an das kontrollierte Krankenhaus. Ergibt sich aus dem Kontrollbericht nach Maßgabe von § 14 Teil A MD-QK-RL, unter Würdigung der Stellungnahme des Krankenhauses nach Maßgabe des § 15 Teil A MD-QK-RL, die Nichteinhaltung von Mindestvorgaben der jeweiligen Anforderungen der Abschnitte III. bis VI., greifen Maßnahmen gemäß Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL), welche nachfolgend festgelegt werden. <p>§ 2 Zuständige Stellen und Berichtspflichten</p>	

UPV / GKV-SV [hilfsweise mit Ergänzungen in grau]	GKV-SV	DKG
<p>Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) festgelegt werden.</p> <p>(3) Die Folgen der Nichteinhaltung der Mindestvoraussetzungen unterscheiden sich nach der Zuordnung der Mindestvoraussetzungen in die Kategorie A nach Absatz 4 und die Kategorie B nach Absatz 5. Bei Nichteinhaltung der in Absatz 4 aufgeführten Mindestvoraussetzungen der Kategorie A vereinbaren die beteiligten Stellen nach Absatz 1 GKV-SV: Nummer 1 und 2 zunächst konkrete Maßnahmen zur Sicherstellung der Einhaltung der Mindestvoraussetzungen GKV-SV: gemäß § 4 Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL). Dabei darf ein Zeitraum von 3 Monaten ab Nichteinhaltung der Mindestvoraussetzungen nicht überschritten werden. Werden die Mindestvoraussetzungen auch nach Ablauf der 3 Monate weiterhin nicht eingehalten, entfallen ab diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die bisherige Zuordnung des betroffenen Krankenhausstandortes zur jeweiligen Notfallstufe gemäß § 3 Absatz 1 sowie zum jeweiligen Modul gemäß § 4 GKV-SV: und es greifen Maßnahmen gemäß § 5 QFD-RL. Bei Nichteinhaltung der in Absatz 5 aufgeführten Mindestvoraussetzungen der Kategorie B besteht für den Krankenhausträger ab dem Zeit-</p>	<p>(1) Zuständige Stellen für die Anwendung der Maßnahmen bei Nichteinhaltung von Anforderungen gemäß QFD-RL sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Vertragsparteien der Budgetverhandlung nach § 11 KHEntgG, 2. der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und, 3. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. <p>(2) Die zuständigen Stellen nach Absatz 1 vereinbaren je nach Art und Schwere der festgestellten Nichteinhaltung von Anforderungen an ein gestuftes System der Notfallversorgung entweder Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung nach § 4 Absatz 2 oder die zuständigen Stellen nach Absatz 1 wenden Durchsetzungsmaßnahmen nach § 4 Absatz 4 an.</p> <p>(3) Die zuständigen Stellen nach Absatz 1 Nummer 1 sind verpflichtet, den Landeskrankengesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen des jeweiligen Bundeslandes koordiniert darüber zu berichten, welche Anforderungen in welchem Umfang nicht mehr erfüllt werden sowie über die durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse.</p>	<p>(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.</p> <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>

UPV / GKV-SV [hilfsweise mit Ergänzungen in grau]	GKV-SV	DKG
<p>punkt der Nichteinhaltung eine Frist von einem Monat für die Ergreifung von konkreten Maßnahmen zur Sicherstellung der Einhaltung der Mindestvoraussetzungen. Werden die Mindestvoraussetzungen nach Ablauf der Monatsfrist weiterhin nicht eingehalten, entfallen ab diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die bisherige Zuordnung des betroffenen Krankenhausstandortes zur jeweiligen Notfallstufe gemäß § 3 Absatz 1 sowie zum jeweiligen Modul gemäß § 4 GKV-SV: und es greifen Maßnahmen gemäß § 5 QFD-RL. Bei nochmaliger Nichterfüllung der in Absatz 4 und 5 aufgeführten Mindestvoraussetzungen im selben Kalenderjahr entfallen die Voraussetzungen für die bisherige Zuordnung des betroffenen Krankenhausstandortes ab dem Zeitpunkt der Nichterfüllung.</p> <p>(4) Folgende Mindestvoraussetzungen werden der Kategorie A zugeordnet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. barrierefreier Zugang zur ZNA (§ 6 Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit § 30 Notfallstufen-Regelungen), 2. fachspezifische Fortbildungen (§ 9 Nummer 4), 3. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 12 Nummer 2, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 7 Nummer 2, § 25 Absatz 2 	<p>(4) Die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen des jeweiligen Bundeslandes sind nach Erhalt eines Berichtes nach Absatz 3 ihrerseits verpflichtet dem G-BA einmal jährlich koordiniert darüber zu berichten, welche Anforderungen in welchem Umfang nicht mehr erfüllt werden sowie über die sämtlichen durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse.</p> <p>§ 3 Nachweisverfahren</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Das Erfüllen der Anforderungen einschließlich der ggf. zum Zeitpunkt des Nachweises vorliegenden Abweichungen nach Absatz 2 ist vom Krankenhausstandort gegenüber den Vertragsparteien der Budgetverhandlung nach § 11 KHEntgG in Form einer – zwischen den Vertragsparteien abgestimmten - Checkliste nachzuweisen. (2) Krankenhausstandorte, die nach einer getroffenen Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG die jeweiligen Anforderungen der Abschnitte III. bis VI. an ein gestuftes System der Notfallversorgung nicht mehr erfüllen, teilen dies unter Angabe der Gründe innerhalb einer Woche nach Eintreten der Nichterfüllung der Anforderungen den Vertragsparteien der Budgetverhandlungen nach § 11 	<p></p> <p>[-]</p>

UPV / GKV-SV [hilfsweise mit Ergänzungen in grau]	GKV-SV	DKG
<p>Nummer 4), wenn weniger als 100 % und mindestens 90 % aller Notfallpatienten des Krankenhauses spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten),</p>	<p>KHEntgG und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden mit.</p> <p>(3) Im Falle der Nichterfüllung einzelner Anforderungen ist der Standort dazu verpflichtet, diese unverzüglich wieder zu erfüllen.</p>	
<p>4. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (Dokumentation der Patientenversorgung) (§ 12 Nummer 3, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 7 Nummer 3),</p>	<p>§ 4 Arten von Konsequenzen und entsprechende Maßnahmen</p>	<p>§ 3 Arten von Konsequenzen und entsprechende Maßnahmen</p>
<p>5. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (dokumentiertes Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept für Kinder und Jugendliche, schriftliche Standards für die Diagnostik und Therapie sowie Vorhaltung eines Hub-schrauberlandeplatzes oder einer Hub-schrauberlandestelle) (§ 25 Absatz 2 Nummer 2 und 5, § 25 Absatz 3 Nummer 6 und § 25 Absatz 4 Nummer 10,</p> <p>6. Leitlinien gerechte Behandlungspfade einer CPU § 28 Nummer 4 a und § 28 Nummer 5 d.</p>	<p>(1) Gemäß QFD-RL können je nach Art und Schwere von Verstößen gegen Anforderungen sowohl Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung, als auch Durchsetzungsmaßnahmen vorgesehen werden. Dabei sollen Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung den Durchsetzungsmaßnahmen grundsätzlich vorangehen.</p> <p>(2) Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung gemäß § 4 QFD-RL umfassen im Rahmen dieser Anlage insbesondere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schriftliche Empfehlung, 2. Zielvereinbarung, z. B. zur Mängelbehebung bei kurzfristiger Nichterfüllung, 3. Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien, 4. Teilnahme an Qualitätszirkeln, Audits, Begehungen/Visitationen oder Peer Reviews, 5. Implementierung von Vorgaben für das interne Qualitätsmanagement, 6. Implementierung von Standard Operating Procedures (SOPs) [GKV-SV: und] 	
<p>(5) Folgende Mindestvoraussetzungen werden der Kategorie B zugeordnet:</p>	<p>7. Prüfung unterjähriger Auswertungsergebnisse.</p>	<p>[-]</p>
	<p>(3) Die Durchführung von in Absatz 2 aufgeführten Maßnahmen samt der damit verbundenen Wiedererfüllung der Anforderung muss nach</p>	<p>(3) Die Durchführung geeigneter Maßnahmen gemäß Absatz 2 dient der Wiedererfüllung der Anforderung und ist vom Krankenhaus schrift-</p>

UPV / GKV-SV [hilfsweise mit Ergänzungen in grau]	GKV-SV	DKG
<ol style="list-style-type: none"> 1. Art und Anzahl von Fachabteilungen (§ 8, § 13, § 18, § 24 Absatz 2, § 25 Absatz 2 Nummer 1, § 25 Absatz 3 Nummer 3, § 25 Absatz 4 Nummer 2 i. V. m. § 5 Absatz 2), 2. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals (§ 9 Nummer 1, Nummer 2¹, Nummer 3, § 14 und § 19 sowie § 24 Absatz 2 und 4, § 25 Absatz 3 Nummer 2, § 25 Absatz 4 Nummer 4 und 5, § 28 Nummer 5 a bis c, § 28 Nummer 6), 3. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten (§§ 10, 15 und 20 sowie § 24 Absatz 5 § 25 Absatz 3 Nummer 4, § 25 Absatz 4 Nummer 7), 4. Medizinisch-technische Ausstattung (§ 11, § 16 (unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Absatz 2 Satz 2), § 21 (unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Absatz 2 Satz 3), § 24 Absatz 6, § 25 Absatz 3 Nummer 5, § 25 Absatz 4 Nummer 8 und 9 sowie § 28 Nummer 2), 5. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 12 Nummer 1, § 17 und § 22 sowie 	<p>Ablauf einer von den Vertragsparteien der Budgetverhandlung nach § 11 KHEntG vereinbarten Frist vom Krankenhaus schriftlich nachgewiesen werden. Sollte die Nichterfüllung von Anforderungen, welche zu Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung geführt haben, nach Ablauf der festgelegten Frist weiterhin bestehen, können Durchsetzungsmaßnahmen nach Absatz 4 angewendet werden. Die zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1 Nummer 3 sind über die Vereinbarung von Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen zu informieren.</p>	<p>lich 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>Die konkrete Umsetzung der Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen nach Absatz 2 erfolgt durch die zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1 [DKG: Satz 1/ GKV-SV: Nummer 1].</p>	
	<p>(4) Durchsetzungsmaßnahmen umfassen im Rahmen dieser Anlage:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anteiliger bis vollständiger Wegfall von Zuschlägen gemäß den §§ 3 bis 8 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung: je Monat, in dem an mindestens einem Tag die Anforderungen nicht erfüllt werden, entfällt 1/12 des Anspruchs auf den für das Vereinbarungsjahr vereinbarten entsprechenden Zuschlag gemäß den §§ 3 	<p>(4) Durchsetzungsmaßnahmen umfassen im Rahmen dieser Anlage:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

¹ Die Qualifikationsanforderungen in § 9 Nummer 2 sind in einem Zeitraum von fünf Jahren ab Verfügbarkeit der entsprechenden Weiterbildungen im jeweiligen Land zu erfüllen, wobei hinsichtlich der Verfügbarkeit frühestens auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Beschlusses des G-BA abgestellt werden kann.

UPV / GKV-SV [hilfsweise mit Ergänzungen in grau]	GKV-SV	DKG
<p>§ 24 Absatz 7 Nummer 1, § 25 Absatz 2 Nummer 3, § 25 Absatz 4 Nummer 3 und 6 i. V. m. § 6 Absatz 2 Satz 2),</p> <p>6. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 12 Nummer 2, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 7 Nummer 2, § 25 Absatz 2, Nummer 4), wenn weniger als 90 % aller Notfallpatienten des Krankenhauses spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten),</p> <p>7. Mindestfallzahlen einer Stroke Unit (§ 27),</p> <p>8. Räumliche Voraussetzungen einer CPU (§ 28 Nummer 1),</p> <p>9. Diagnostische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 3),</p> <p>10. Therapeutische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 4 b bis f),</p> <p>11. Mindestvorgaben in Bezug auf Personal, Ausstattung und Organisation (§ 26 Absatz 2 Nummer 3),</p> <p>12. Aufnahmebereitschaft innerhalb von 60 Min. (§ 15 Satz 2 und § 20 Satz 2).</p> <p>(6) Die konkreten Regelungen zur praktischen Umsetzung der sich aus dem Entfallen der Voraussetzungen für die Zuordnung des betroffenen</p>	<p>bis 8 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung, für die Stufe bzw. das Modul, in dem die Anforderungen nicht eingehalten wurden. Sofern der für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Zuschlag von dem tatsächlichen Anspruch auf den Zuschlag für das jeweilige Kalenderjahr unter Berücksichtigung des anteiligen bzw. vollständigen Wegfalls von Zuschlägen abweicht, wird der ermittelte Differenzbetrag über den Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.</p> <p>2. Herabsetzung auf eine niedrigere Notfallstufe (von 2 auf 1, von 3 auf 2 oder von 3 auf 1), falls die Anforderungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Notfallstufen-Regelungen erfüllt werden.</p> <p>3. Bei dem vollständigen Wegfall der Notfallstufe (Herabsetzung auf 0) erfolgt neben den weiteren hier aufgeführten Durchsetzungsmaßnahmen zusätzlich ein Abschlag (60EUR/ vollstationären Behandlungsfall) gemäß § 1 Absatz 1 Notfallstufen-Regelungen.</p> <p>4. Die Information Dritter über die expliziten Verstöße. Dritte in diesem Sinne sind</p>	<p>den §§ 3 bis 8 der 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>

UPV / GKV-SV [hilfsweise mit Ergänzungen in grau]	GKV-SV	DKG
<p>Krankenhausstandortes zur jeweiligen Notfallstufe gemäß § 3 Absatz 1 sowie zum jeweiligen Modul gemäß § 4 ergebenden Folgen treffen die an der Budgetvereinbarung gemäß § 11 KHEntgG beteiligten Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG, GKV-SV: Die einheitliche Umsetzung des Wegfalls von Vergütungsansprüchen beim Entfallen der Voraussetzungen für die bisherige Zuordnung des betroffenen Krankenhausstandortes zur jeweiligen Notfallstufe gemäß § 3 Absatz 1 sowie zum jeweiligen Modul gemäß § 4 regeln die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Notfallstufenvergütungsvereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG. Zudem soll die beteiligte Stelle nach Absatz 1 Nummer 3 standortbezogene Informationen zur Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen veröffentlichen, wenn die Fristen gemäß Absatz 3 abgelaufen sind.</p> <p>(7) Als beteiligte Stellen gemäß Absatz 1 Nummer 2 informieren die Krankenkassen die jeweils zuständigen Landeskrankenhausplanungsbehörden unverzüglich über das Entfallen der Voraussetzungen für die Zuordnung des betroffenen Krankenhausstandortes zur</p>	<p>insbesondere Stellen, die nur in Kenntnis dieser Information ihre gesetzlichen oder untergesetzlichen Aufgaben sachgerecht erfüllen können. Dies sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und b. der Gemeinsame-Bundesausschuss <p>5. Einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.</p> <p>(5) Bei Durchsetzungsmaßnahmen nach Absatz 4 Nummer 1 berechnet sich der Wegfall von Zuschlägen nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG anteilig gemäß dem ursprünglichen Vereinbarungszeitraum und</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. dem Bekanntwerden des Anhaltspunktes für die Beauftragung der Kontrolle nach § 27 MD-QK-RL oder 2. der gezogenen Stichprobe nach § 32 MD-QK-RL. <p>Dies umfasst explizit die (anteilige) Rückzahlung von bereits gewährten Zuschlägen gemäß der Richtlinie. Die konkrete Umsetzung des Wegfalls des Vergütungsanspruchs bzw. die Erhebung von Abschlägen nach Absatz 4 Nummer 1 und Nummer 3 erfolgt durch die dafür zuständigen Stellen nach § 1 Absatz 2.</p>	<p>(5) Die konkrete Umsetzung der Durchsetzungsmaßnahme nach Absatz 4 Nummer 1 erfolgt durch die dafür zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1 Satz 1.</p>

UPV / GKV-SV <i>[hilfsweise mit Ergänzungen in grau]</i>	GKV-SV	DKG
<p>jeweiligen Notfallstufe gemäß § 3 Absatz 1 sowie zum jeweiligen Modul gemäß § 4. Ein jährlicher Bericht über die betroffenen Krankenhausstandorte ist von den Krankenkassen gemäß Absatz 1 Nummer 2 zu erstellen und an den Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 1. März des jeweils folgenden Jahres zu übersenden.</p>	<p>§ 5 Konsequenzen nach Art der Nichteinhaltung</p> <p>(1) Bei der Nichteinhaltung der folgenden Anforderungen sind Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung anzuwenden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. barrierefreier Zugang zur ZNA (§ 6 Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit § 30 Notfallstufen-Regelungen), 2. fachspezifische Fortbildungen (§ 9 Nummer 4), 3. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (§ 12 Nummer 2, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 7 Nummer 2, § 25 Absatz 2 Nummer 4), wenn weniger als 100 % und mindestens 90 % aller Notfallpatienten des Krankenhauses spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten), 4. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (Dokumentation der Patientenversorgung) (§ 12 Nummer 3, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 7 Nummer 3), 5. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (dokumentiertes Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept für Kinder und Jugendliche, schriftliche 	<p>§ 4 Zuordnung von Konsequenzen nach Art der Nichteinhaltung</p> <p>(1) Bei der Nichteinhaltung der folgenden Anforderungen sind Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung anzuwenden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals (§ 9 Nummer 1, Nummer 2, Nummer 3, § 14, 19 sowie § 24 Absatz 2, § 25 Absatz 3 Nummer 2, § 25 Absatz 4 Nummer 4 und 5, § 28 Nummer 5, Nummer 1 bis 3, § 28 Nummer 6 Notfallstufen-Regelungen), 2. barrierefreier Zugang zur ZNA (§ 6 Absatz 2 Satz 3 i. V. m. § 30 Notfallstufen-Regelungen), 3. fachspezifische Fortbildungen (§ 9 Nummer 4 Notfallstufen-Regelungen), 4. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (§ 12 Nummer 2, § 17, § 22 und § 25 Absatz 2 Nummer 4. Notfallstufen-Regelungen), wenn weniger als 100 % und mindestens 80 % aller Notfallpatienten des Krankenhauses spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten),

UPV / GKV-SV [hilfsweise mit Ergänzungen in grau]	GKV-SV	DKG
	<p>Standards für die Diagnostik und Therapie sowie Vorhaltung eines Hubschrauberlandeplatzes oder einer Hubschrauberlande-stelle) (§ 25 Absatz 2 Nummer 2 und 5, § 25 Absatz 3 Nummer 6 und § 25 Absatz 4 Nummer 10),</p> <p>6. Leitliniengerechte Behandlungspfade einer CPU (§ 28 Nummer 4 a und § 28 Nummer 5 d).</p> <p>Bei wiederholten Verstößen kann von Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung abgesehen werden und es können gleich Durchsetzungsmaßnahmen angewendet werden. Entsprechende Verstöße müssen sich nicht auf eine bestimmte Anforderung der Richtlinie beschränken und können innerhalb einer Prüfung durch den MD festgestellt werden.</p>	<p>5. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (Dokumentation der Patientenversorgung) (§ 12 Nummer 3, § 17 und § 22 Notfallstufen-Regelungen),</p> <p>6. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (dokumentiertes Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept für Kinder und Jugendliche, schriftliche Standards für die Diagnostik und Therapie sowie Vorhaltung eines Hubschrauberlandeplatzes oder einer Hubschrauberlande-stelle) (§ 25 Absatz 2, Nummer 2 und 5, § 25 Absatz 3 Nummer 6 und § 25 Absatz 4 Nummer 10),</p> <p>7. Leitlinien gerechte Behandlungspfade einer CPU (§ 28 Nummer 4 a und § 28 Nummer 5 d),</p> <p>8. Diagnostische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 3), wenn bei bis zu 20 % der entsprechenden Notfallpatientinnen und Notfallpatienten des Krankenhauses bis zur Auswertung durch eine Ärztin oder einen Arzt mehr als 10 Minuten vergehen.</p>
	<p>(2) Bei der Nichteinhaltung der folgenden Anforderungen sind Durchsetzungsmaßnahmen anzuwenden :</p>	<p>(2) Bei der Nichteinhaltung der folgenden Anforderungen sind Durchsetzungsmaßnahmen anzuwenden, sofern die Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung nach § 3 Absatz 2 in</p>

UPV / GKV-SV [hilfsweise mit Ergänzungen in grau]	GKV-SV	DKG
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Art und Anzahl von Fachabteilungen (§ 8, § 13, § 18, § 24 Absatz 2, § 25 Absatz 2 Nummer 1, § 25 Absatz 3 Nummer 3, § 25 Absatz 4 Nummer 2 i. V. m. § 5 Absatz 2), 2. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals (§ 9 Nummer 1, Nummer 2², Nummer 3, § 14 und § 19 sowie § 24 Absatz 3 und 4, § 25 Absatz 3 Nummer 2, § 25 Absatz 4 Nummer 4 und 5, § 28 Nummer 5 a bis c, § 28 Nummer 6), 3. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten (§§ 10, 15 und 20 sowie § 24 Absatz 5, § 25 Absatz 3 Nummer 4 und § 25 Absatz 4 Nummer 7), 4. Medizinisch-technische Ausstattung § 11, § 16 (unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Absatz 2 Satz 2), § 21 (unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Absatz 2 Satz 3), § 24 Absatz 6, § 25 Absatz 3 Nummer 5, § 25 Absatz 4 Nummer 8 und 9 sowie § 28 Nummer 2), 5. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (§ 12 Nummer 1, § 17 und § 22 sowie § 24 	<p>der entsprechenden Frist nach § 3 Absatz 3 nicht zur Wiedererfüllung der Anforderungen geführt haben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Art und Anzahl von Fachabteilungen (§ 8, § 13, § 18, § 25 Absatz 2 Nummer 1, § 25 Absatz 3 Nummer 3, § 25 Absatz 4 Nummer 2 i. V. m. § 5 Absatz 2 Notfallstufen-Regelungen), 2. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten (§§ 10, 15 und 20 sowie § 24 Absatz 3, § 25 Absatz 3 Nummer 4, § 25 Absatz 4 Nummer 7 Notfallstufen-Regelungen), 3. Medizinisch-technische Ausstattung § 11, § 16 (unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Absatz 2 Satz 2), § 21 (unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Absatz 2 Satz 3), § 24 Absatz 4, § 25 Absatz 3 Nummer 5, § 25 Absatz 4 Nummer 8 und 9 sowie § 28 Nummer 2 Notfallstufen-Regelungen, 4. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (§ 12 Nummer 1, § 17 und § 22 sowie § 25 Absatz 2 Nummer 3, § 25 Absatz 4 Nummer 3 und 6 i. V. m. § 6 Absatz 2 Satz 2 Notfallstufen-Regelungen),

² Die Qualifikationsanforderungen in § 9 Nummer 2 sind in einem Zeitraum von fünf Jahren ab Verfügbarkeit der entsprechenden Weiterbildungen im jeweiligen Land zu erfüllen, wobei hinsichtlich der Verfügbarkeit frühestens auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Beschlusses des G-BA abgestellt werden kann.

UPV / GKV-SV [hilfsweise mit Ergänzungen in grau]	GKV-SV	DKG
	<p>Absatz 7 Nummer 1, § 25 Absatz 2 Nummer 3, § 25 Absatz 4 Nummer 3 und 6 i. V. m. § 6 Absatz 2 Satz 2),</p> <p>6. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (§ 12 Nummer 2, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 7 Nummer 2, § 25 Absatz 2 Nummer 4), wenn weniger als 90 % aller Notfallpatienten des Krankenhauses spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten),</p> <p>7. Mindestfallzahlen einer Stroke Unit (§ 27),</p> <p>8. Räumliche Voraussetzungen einer CPU (§ 28 Nummer 1),</p> <p>9. Diagnostische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 3),</p> <p>10. Therapeutische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 4 b bis f),</p> <p>11. Mindestvorgaben in Bezug auf Personal, Ausstattung und Organisation (§ 26 Absatz 2 Nummer 3),</p> <p>12. Aufnahmebereitschaft innerhalb von 60 Min. (§ 15 Satz 2 und § 20 Satz 2)</p>	<p>5. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (§ 12 Nummer 2, § 17, § 22 sowie § 25 Absatz 2, Nummer 4 Notfallstufen-Regelungen), wenn weniger als 80 % aller Notfallpatienten des Krankenhauses spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten),</p> <p>6. Aufnahmebereitschaft innerhalb von 60 Minuten (§ 15 Satz 2 und § 20 Satz 2 Notfallstufen-Regelungen),</p> <p>7. Erfüllung der in den OPS Kodes festgelegten Strukturanforderungen (§ 27),</p> <p>8. Räumliche Voraussetzungen einer CPU (§ 28 Nummer 1),</p> <p>9. Diagnostische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 3), wenn bei mehr als 20 % der entsprechenden Notfallpatienten des Krankenhauses bis zur Auswertung durch einen Arzt mehr als 10 Minuten vergehen,</p> <p>10. Therapeutische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 4 b bis f).</p>

Diese Regelung tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

§ 30 Übergangsbestimmungen

- (1) ¹Die Vorgaben dieses Beschlusses sind ab dem Inkrafttreten zu erfüllen. ²~~Abweichend davon sind die Anforderungen an eine ZNA nach § 6 Absatz 2 und § 12 Nummer 1 spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des Beschlusses zu erfüllen.~~ ³~~Davon unberührt bleiben die übrigen Vorgaben der in § 5 Absatz 1 genannten Kategorien, die ab Inkrafttreten des Beschlusses auch dann zu erfüllen sind, wenn die Anforderungen an eine ZNA nach § 6 Absatz 2 noch nicht umgesetzt wurden.~~ ⁴~~Dies gilt insbesondere auch für Standorte mit dezentralen Notaufnahmen.~~

GKV-SV / PatV	DKG	LV
Wenn mit der Erfüllung der Anforderungen nach barrierefreier Zugänglichkeit der ZNA gemäß § 6 Absatz 2 im Einzelfall unvertretbare Mehrkosten verbunden sind, müssen diese Anforderungen spätestens ab dem 01.01. 1. Januar 2026 erfüllt werden. Die Anforderungen gemäß § 9 Nummer 2 sind spätestens ab dem 1. Januar 2026 zu erfüllen.	Wenn mit der Erfüllung der Anforderungen nach barrierefreier Zugänglichkeit der ZNA gemäß § 6 Absatz 2 im Einzelfall unvertretbare Mehrkosten verbunden sind, gilt Satz 1 für diese Anforderungen nicht. § 9 Nummer 2 ist spätestens sieben Jahre nach Verfügbarkeit der entsprechenden Weiterbildungen im Land zu erfüllen.	Die Anforderungen gemäß § 9 Nummer 2 sind spätestens ab dem 1. Januar 2026 zu erfüllen. (wenn Änderungen LV zu §9 Nummer 1 umgesetzt werden)

- (2) ¹Die Abfrage der Kriterien dieser Regelung erfolgt auf Ebene des Krankenhausstandortes. ²Ab dem 1. Januar 2020 ist hierfür das Standortkennzeichen gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zu verwenden.

§ 31 Evaluation

Fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelung führt der G-BA eine Evaluation durch, die überprüft, ob diese erstmalige Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu einer Zuordnung von Krankenhäusern zu den jeweiligen Stufen im erwarteten Umfang geführt sowie eine Veränderung der Notfallstrukturen bewirkt hat.

Tragende Gründe

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

Vom xx.xx.2024

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	3
2.1	Zu § 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen	3
2.2	Zu § 5 Grundlagen des Stufenmodells.....	4
2.3	Zu § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung	5
2.4	Zu § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung.....	7
2.5	Zu § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung.....	8
2.6	Zu § 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung	8
2.7	Zu § 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung	9
2.8	Zu § 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung	9
2.9	Zu § 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung	9
2.10	Zu § 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung	10
2.11	Zu § 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung	10
2.12	Zu § 24 Modul Schwerverletztenversorgung.....	10
2.13	Zu § 25 Modul Notfallversorgung Kinder.....	14
2.14	Zu § 26 Modul Spezialversorgung	14
2.12	Zu § 27 Modul Schlaganfallversorgung.....	15
2.15	Zu § 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen.....	15
2.16	Zu § 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu) / alternativ: Anlage I Folgen der Nichteinhaltung.....	16

2.17	Zu § 30 Übergangsbestimmungen	33
3.	Literatur	33
4.	Bürokratiekostenermittlung	33
5.	Verfahrensablauf.....	34
6.	Zusammenfassende Dokumentation	34

1. Rechtsgrundlage

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

GKV-SV	DKG
<p><u>Hintergrund der Anpassungen der Notfallstufen-Regelungen</u></p> <p>Der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) veröffentlicht einen Begutachtungsleitfaden „Begutachtungen des Medizinischen Dienstes gemäß der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie“ (BGL), der den Begutachtenden der Medizinischen Dienste als Hilfestellung für die bundesweit einheitlichen Kontrollen dienen soll. Der BGL soll insbesondere eine bundesweit einheitliche Auslegung der in den G-BA-Richtlinien, -Beschlüssen und -Regelungen enthaltenen Struktur- und Prozessanforderungen gewährleisten.</p> <p>Der G-BA begrüßt ausdrücklich die durch den Begutachtungsleitfaden angestrebte bundeseinheitliche Prüfpraxis. Dies gilt auch für die Überprüfung der Anforderungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.</p> <p>Allerdings haben Rückmeldungen aus der Praxis – sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch auf Seiten der Medizinischen Dienste – Umsetzungsschwierigkeiten bei der Auslegung der Notfallstufen-Regelungen ergeben. Der jüngste Beschluss soll daher mögliche Unklarheiten bei der Auslegung der Vorgaben vermeiden und so zu einer einheitlichen Prüfpraxis beitragen.</p>	<p>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. Mit dem vorliegenden Beschluss sollen die bestehenden Regelungen entsprechend konkretisiert und angepasst werden.</p>

2.1 Zu § 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen

GKV-SV	DKG
<p>Absatz 2 Satz 3 und 4</p> <p>Satz 3 ist zu streichen, da seit 2023 eine gegenläufige Regelung in der Sicherstellungszuschlags-Regelung getroffen wurde; ansonsten droht hier ein Zirkelschluss. Satz 4 fußt auf Satz 3 und ist in</p>	

GKV-SV	DKG
Folge ebenfalls zu streichen. Weiterhin ist die in Satz 4 genannte Frist bis zum Jahr 2023 mittlerweile abgelaufen.	

2.2 Zu § 5 Grundlagen des Stufenmodells

GKV-SV	DKG
<p>Absatz 2 Nummer 2</p> <p>§ 5 Absatz 2 regelt die Anforderungen an eine medizinische Fachabteilung eines Krankenhauses gemäß den Notfallstufen-Regelungen. Um ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wird in § 5 Absatz 2 die Definition einer Fachabteilung vorgenommen. Nach den Anforderungen des § 5 Absatz 2 sind Fachabteilungen von Krankenhäusern besetzt mit angestellten Ärztinnen und Ärzten samt entsprechenden Qualifikationsnachweisen der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Die vorgenommene Präzisierung soll sicherstellen, dass die im Bedarfsfall verfügbaren Fachärztinnen und Fachärzten jeweils aus den für die verschiedenen Notfallstufen vorzuhaltenden Fachabteilungen stammen und diesen organisatorisch zugeordnet sind. Denn die Fachkompetenz einer Fachabteilung ergibt sich aus den Fachärzten der jeweiligen Fachabteilung. Um sicherzustellen, dass innerhalb von maximal 30 Minuten eine Fachärztin oder ein Facharzt eine Notfallpatientin oder einen Notfallpatienten behandeln kann, setzt in einer Fachabteilung die Zuordnung und das Vorhandensein mehrerer Fachärztinnen und Fachärzte voraus. Nur so kann sichergestellt werden, dass im Notfall qualifiziertes, ärztliches Fachpersonal passgenau für die Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung steht.</p>	<p>Absatz 2 Nummer 2</p> <p>In Absatz 2 Nummer 2 wird geregelt, dass die Verfügbarkeit von angestellten Fachärztinnen und Fachärzten des Krankenhauses sichergestellt werden muss und, dass diese über die geforderten Qualifikationen verfügen. Dies setzt das Vorhandensein von Fachärztinnen und Fachärzten mit der entsprechenden Qualifikation voraus, nicht aber eine zwingende organisatorische Zuordnung zu der Fachabteilung. Die Zuordnung zu der Fachabteilung unterliegt dem Direktionsrecht des Krankenhauses. Es ist daher denkbar, dass der Dienst von Ärztinnen und Ärzten einer anderen (Fach-) Abteilung des Krankenhauses übernommen wird, solange sie über die geforderten Qualifikationen verfügen. Dabei wird die bisherige starre Zeitvorgabe von 30 Minuten ersetzt durch eine unverzügliche Verfügbarkeit für eine Situationseinschätzung und eine Beratung. Dies kann z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch umgesetzt werden. Die unverzügliche Verfügbarkeit muss dabei der entsprechenden individuellen Notfallsituation des Patienten oder der Patientin angemessen sein.</p>

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

GKV-SV	DKG
<p>Nummer 1</p> <p>§ 9 definiert die Anforderungen an die Anzahl und die Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung. Diese gelten entsprechend für die erweiterte sowie für die umfassende Notfallversorgung.</p> <p>Unter Nummer 1 wird festgelegt, dass es klare Zuständigkeiten und verantwortliche Mitarbeiter für die Notaufnahme geben muss. Daher müssen jeweils eine Ärztin oder ein Arzt und eine Pflegekraft als verantwortliche Mitarbeiter benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch der Versorgung von Notfällen zugeordnet sein. Unter Berücksichtigung der allgemeinen Anforderungen an alle Stufen nach § 6 Absatz 1 Satz 1, nach dem die Vorgaben zu den Kategorien nach § 5 Absatz 1 von den Krankenhäusern zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen die Woche) vom Krankenhaus am Standort zu erfüllen sind, ergibt sich, dass auch die Anforderungen nach § 9 zu jeder Zeit vom Krankenhaus am Standort zu erfüllen sind. Demnach ist die Verfügbarkeit des Fachpersonals nach § 9 Nummer 1 zu jederzeit (24/7) am Standort des Krankenhauses sicherzustellen. Der in Nummer 1 genannte Bedarfsfall definiert sich in der ZNA als akuter notfallmäßiger Behandlungsbedarf einer Patientin bzw. eines Patienten. Die Anpassung in Nummer 1 soll die Verbindung zu § 6 Absatz 1 Satz 1 verdeutlichen, wonach die Anforderungen zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) am Standort zu erfüllen sind.</p> <p>§ 6 Absatz 2 Satz 2 macht zudem deutlich, dass es sich bei der Zentralen Notaufnahme (ZNA) um eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung zu handeln hat. Da die Leitung allerdings keine persönliche Verfügbarkeit zu jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen die Woche) gewährleisten kann, betreffen die Vorgaben des § 9 Nummer 1 (und 2) die in der jeweiligen Schicht verantwortliche bzw. zuständige Ärztin bzw. den verantwortlichen Arzt und die in der jeweiligen Schicht verantwortliche bzw. zuständige Pflegekraft.</p>	<p>Nummer 1</p> <p>In Nummer 1 wird klargestellt, dass es sich hierbei um zwei Personen handelt, die die ärztliche bzw. pflegerische Leitung der ZNA übernehmen. Die organisatorische Umsetzung obliegt dem Krankenhaus. Eine Verfügbarkeit zu jeder Zeit in Präsenz (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) ist ausdrücklich nicht erforderlich, sondern die Gestaltung der Verfügbarkeit im Bedarfsfall in der ZNA liegt in der Organisationshoheit des Krankenhauses. Die Verfügbarkeit erstreckt sich auf den Bedarfsfall für Leitungsaufgaben. Somit ist hierfür weder ein Bereitschaftsdienst noch eine Rufbereitschaft erforderlich.</p>

GKV-SV		DKG
<p>Als Folge der Anpassungen in § 9 Nummer 1 erfolgt eine klarstellende Anpassung der Tragen- den Gründe des Beschlusses vom 19.04.2018:</p> <p>Die Etablierung zentraler, interdisziplinärer Not- aufnahmen erfordert eine spezielle Fachkompe- tenz des ärztlichen und pflegerischen Personals, das <u>leitend verantwortlich und zuständig</u> in einer zentralen Notaufnahme tätig ist.</p>		
GKV-SV	UPV	Nummer 2
<p><i>Die Strei- chung des letzten Halb- satzes beruht auf der An- passung in § 30 Absatz 1 Satz 3. Dort wird der neue Erfül- lungszeit- punkt defi- niert.</i></p>	<p>Nummer 2</p> <p>Es handelt sich lediglich um eine inhaltliche Klarstellung, wie die konkrete Umsetzung der fachli- chen Anforderungen nach § 9 Nummer 1 in der Praxis erfolgen sollte. Dabei werden die in § 9 Nummer 1 geregelten fachlichen Anforderungen auf Grundlage der im Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versor- gungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungs- strukturen (BT-Drs. 20/11854) vorgesehene Leistungsgruppe Nummer 65 „Notfallmedizin“ konkretisiert. Diese Konkretisie- rungen erfolgen auf Basis von Empfehlungen der Arbeitsge- meinschaft der Wissenschaftli- chen Medizinischen Fachgesell- schaften e. V. sowie der Regie- rungskommission für eine mo- derne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Durch die inhaltliche Konkretisierung der Anforderungen in den Not- fallstufen-Regelungen soll auch die Kompatibilität zu der geplan- ten Leistungsgruppe hergestellt werden. Die Konkretisierungen der Anforderungen für das Pfl- egepersonal in Satz 3 erfolgt auf</p>	<p>In Nummer 2 werden die Qualifikationsanfor- derungen an die Ärztin oder an den Arzt bzw. die Pflegekraft aufgrund der nicht ausreichenden Verfügbarkeit entsprechenden Personals erwei- tert. Die erweiterten Qualifikationserfordernisse sind aus Qualitätsgesichtspunkten und der Ver- sorgungsrealität praxisgerecht und geeignet. Beispielsweise ergibt sich aus dem Destatis-Bericht „Grunddaten der Krankenhäuser 2022“, dass nur 581 Krankenhäuser (insgesamt 1.600 Vollkräfte) entsprechendes Pflegepersonal mit der Qualifikation „Notfallpflege“ vorhalten. Bei dem ärztlichen Personal haben die Zusatzbe- zeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der stationären Versorgung lediglich 1.379 Personen bundesweit (Quelle BÄK, Stand 31.12.2022). Da bereits in mindestens zwei Bun- desländern die Übergangsfristen ausgelaufen sind und bei der nächsten Stichprobenziehung für die Kontrollen der Medizinischen Dienste (bis 1. März 2024 gem. § 32 MD-QK-RL) und dem in der Folge zu erteilenden Kontrollauftrag an den MD (bis zum 31. März 2024 gem. § 36 Absatz 2 MD-QK-RL) die Anforderungen in diesen Bundes- ländern nachweisbar sein müssen, ist eine geeig- nete kurzfristige Lösung der Problematik erfor- derlich. Dafür wird die bereits bestehende Vor- gabe, dass der unter Nummer 1 genannte Arzt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ verfügt, um die Zusatzweiter- bildung „Notfallmedizin“ erweitert. Bei der unter Nummer 1 genannten Pflegekraft, wird die be- reits bestehende Zusatzqualifikation „Notfall- pflege“ um die Zusatzqualifikation „Anästhesie- und Intensivpflege bzw. -medizin“ oder „Inten- sivpflege bzw. -medizin“ erweitert. In Weiterbil- dung befindliches Personal wird dabei gleich- wertig anerkannt.</p>

GKV-SV		DKG
	<p>Grundlage des ‚Expert*innenpapiers</p> <p><i>[Fortsetzung UPV zu Nummer 2]</i></p> <p>„Personalbesetzung Notaufnahme“ des Deutschen Pflege- rat e.V.¹.</p> <p>In Satz 4 wird geregelt, dass jede Pflegefachkraft, die sich in der Fachweiterbildung „Notfallpflege“ befindet, sowie jede Ärztin oder jeder Arzt, der sich in der Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ befindet, jeweils einmalig für bis zu 12 Monate zur Erfüllung der Anforderungen nach Satz 2 oder Satz 3 berücksichtigt werden kann. Diese Regelung soll die Bemühungen der Krankenhäuser bei der Weiterqualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützen.</p>	
Nummer 3	<p>Da eine Fachabteilung Anästhesie üblicherweise nicht ausgewiesen wird, handelt es sich hier um eine redaktionelle Anpassung. Danach müssen Fachärztinnen und Fachärzte aus den Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie sowie Fachärztinnen und Fachärzte aus dem Bereich Anästhesie innerhalb von 30 Minuten an der Patientin bzw. am Patienten verfügbar sein.</p>	Nummer 3
		<p>In Nummer 3 wird die bisherige starre Zeitvorgabe von 30 Minuten ersetzt durch eine unverzügliche Verfügbarkeit für eine Situationseinschätzung und eine Beratung. Dies kann z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch umgesetzt werden.</p>

2.4 Zu § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung

GKV-SV	DKG
<p>Absatz 1:</p> <p>Ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung muss die 24-stündige Verfügbarkeit einer computertomographischen Bildgebung sicherstellen. Die anschließende Befundung dieser bildgebenden Diagnostik ist auch teleradiologisch</p>	<p>Absatz 1:</p> <p>In Absatz 1 Nummer 2 wird klargestellt, dass die Befundung für die 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung auch teleradiologisch möglich ist.</p>

1 https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2023/06/2023_06_23_Expert_innenpapier_Notfallpflege.pdf

möglich. Mit dieser Anpassung wird der Entwicklung in der Versorgungsrealität Rechnung getragen.	
--	--

2.5 Zu § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung

GKV-SV	DKG
[-]	<p>In Absatz 1 Satz 1 entfällt die Vorgabe „zusätzlich zu § 8“ unter den Bedingungen, wenn in der erweiterten Notfallversorgung beide internistischen Fächer und eine Unfallchirurgie am Standort vorhanden ist. Beispielsweise halten viele Kliniken der erweiterten Notfallversorgung spezialisierte internistische Fachabteilungen wie die Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie (Fachabteilungsschlüssel 0103) und Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (Fachabteilungsschlüssel 0107) vor, aber keine zusätzliche Abteilung für Innere Medizin (Fachabteilungsschlüssel 0100) nach § 8 mehr. In diesem Fall muss durch das Vorliegen der spezialisierten internistischen Fachabteilungen die Anforderungen an „Innere Medizin“ nach § 8 als erfüllt gelten. Entsprechendes gilt für die Chirurgie.</p> <p>Die Anforderung, dass Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung insgesamt über vier der in den Absätzen 2 (Kategorie A) und 3 (Kategorie B) benannten Fachabteilungen verfügen müssen, wird durch die Spezifizierung im neuen Satz 2 nicht berührt. Die Vorhaltung einer zusätzlichen Fachabteilung wird nicht vorausgesetzt.</p>

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

KBV / PatV	UPV / GKV-SV
[-]	<p>Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zur Anpassung des § 9 Nummer 2. Für Krankenhäuser der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung muss jederzeit (24/7) eine Ärztin oder ein Arzt mit der Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der Notaufnahme verfügbar sein.</p>

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

GKV-SV	DKG
Während der Corona-Pandemie wurden die Vorgaben zur Aufnahmebereitschaft der Krankenhäuser aufgrund der großen Belastung der Häuser für einen begrenzten Zeitraum gelockert. Mit der Normalisierung des pandemiebedingten Versorgungsgeschehens kann diese Ergänzung gestrichen werden.	Die pandemiebedingte Ausnahmeregelung für die Aufnahmebereitschaft von beatmungspflichtigen Intensivpatienten auf Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme, wird aufgrund der Tatsache, dass diese bereits seit längerem ausgelaufen ist, gestrichen.

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

GKV-SV	DKG
Die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser haben am Standort sicherzustellen, dass die zentrale Notaufnahme über eine organisatorisch angeschlossene Beobachtungsstation verfügt. Eine räumliche Anbindung der Beobachtungsstation an die ZNA am Standort ist hierbei – aufgrund potenzieller baulicher Restriktionen innerhalb der Krankenhäuser – nicht zwingend erforderlich.	Aufgrund der inhaltlichen Redundanz erfolgt die Streichung der Wörter „der Notaufnahme“. Zudem erfolgt eine Klarstellung, dass eine räumliche Anbindung der Beobachtungsstation an die Notaufnahme am Standort hierbei nicht zwingend erforderlich ist.

2.9 Zu § 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung

GKV-SV	DKG
[-]	<p>In Absatz 1 Satz 1 entfällt die Vorgabe „zusätzlich zu § 8“ unter den Bedingungen, wenn in der umfassenden Notfallversorgung beide internistischen Fächer und eine Unfallchirurgie am Standort vorhanden ist. Beispielsweise halten viele Kliniken der umfassenden Notfallversorgung spezialisierte internistische Fachabteilungen wie die Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie (Fachabteilungsschlüssel 0103) und Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (Fachabteilungsschlüssel (0107) vor, aber keine zusätzliche Abteilung für Innere Medizin (Fachabteilungsschlüssel 0100) nach § 8 mehr. In diesem Fall muss durch das Vorliegen der spezialisierten internistischen Fachabteilungen die Anforderungen an „Innere Medizin“ nach §8 als erfüllt gelten. Entsprechendes gilt für die Chirurgie.</p> <p>Die Anforderung, dass Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung insgesamt über sieben der in den Absätzen 2 (Kategorie A) und 3</p>

	(Kategorie B) benannten Fachabteilungen verfügen müssen, wird durch die Spezifizierung im neuen Satz 2 nicht berührt. Die Vorhaltung einer zusätzlichen Fachabteilung wird nicht vorausgesetzt.
--	---

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

KBV / PatV	UPV / GKV-SV
[-]	Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zur Anpassung des § 9 Nummer 2. Für Krankenhäuser der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung muss jederzeit (24/7) eine Ärztin oder ein Arzt mit der Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der Notaufnahme verfügbar sein.

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

GKV-SV	DKG
[s. Ausführungen zu §15]	Die pandemiebedingte Ausnahmeregelung für die Aufnahmebereitschaft von beatmungspflichtigen Intensivpatienten auf Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme, wird aufgrund der Tatsache, dass diese bereits seit längerem ausgelaufen ist, gestrichen.

2.12 Zu § 24 Modul Schwerverletztenversorgung

GKV-SV	DKG
Mit der Neufassung des § 24 wird der bisherige Verweis auf das Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung (Stand Mai 2012) durch konkrete Mindestanforderungen an Krankenhäuser ersetzt, die auf die Traumaversorgung spezialisiert sind und für die Notfallversorgung der Stufe der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 zugeordnet werden. Damit wird der Auftrag aus dem Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses umgesetzt, die bislang in den Notfallstufen-Regelungen enthaltenen Verweise auf dritte Vorgaben in konkrete Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen zu überführen.	Variante 1: Es entfällt der bisherige Verweis auf die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012. Stattdessen werden für die Notfallstufen-Regelungen relevante Vorgaben aus dem aktuellen Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung (3., erweiterte Auflage 2019) extrahiert. Dies betrifft die Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, die personellen Anforderungen an das Basis- und erweiterte Team des Schockraums und des Weiteren vorzuhaltenden Personals, die räumlichen Anforderungen und die medizinisch-technische Ausstattung des Schockraumes. Es ist sicherzustellen,

GKV-SV	DKG
<p>Die Neufassung des § 24 erfolgt weitgehend gemäß der in § 5 Absatz 1 angelegten Struktur und legt Mindestanforderungen für die dort genannten fünf Kategorien fest. Fachärzte mit Facharztbezeichnungen, welche nach den geltenden Weiterbildungsordnungen nicht mehr erworben werden können, werden der Arztgruppe zugeordnet, der das Gebiet nach dem geltenden Recht zugeordnet ist (z. B. Ärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde zum Gebiet der Internisten).</p> <p>Absatz 1 legt einleitend fest, dass ein Krankenhaus im Rahmen des Moduls Schwerverletztenversorgung dann der Stufe der erweiterten Notfallversorgung zugeordnet wird, wenn es die Anforderungen nach den Absätzen 2 bis 7 erfüllt und zu jeder Zeit (24/7) an der Notfallversorgung teilnimmt.</p> <p>Absatz 2 definiert zunächst die Anforderungen an die Art und Anzahl der von dem Krankenhaus am Standort vorzuhaltenden Fachabteilungen. Das Weißbuch Schwerverletztenversorgung (Versionen 2012 und 2019) fordert für überregionale Traumazentren die Vorhaltung einer Klinik für Unfallchirurgie oder Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie die 24-stündige Verfügbarkeit verschiedener Fachärzte. Aufgrund einer fehlenden eindeutigen Definition des Begriffs ‚Klinik‘ sowie der Struktur der Notfallstufen-Regelungen mit Fachabteilungen gemäß § 5 Absatz 2, werden die Anforderungen des Weißbuches Schwerverletztenversorgung in Absatz 2 in konkrete Anforderungen an am Standort vorzuhaltende Fachabteilungen überführt. Die genannten Fachabteilungen müssen die Anforderungen nach § 5 Absatz 2 der Notfallstufen-Regelungen erfüllen.</p> <p>Absatz 3 definiert die Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des am Krankenhausstandort vorzuhaltenden Fachpersonals und dessen Verfügbarkeit. Über die Definition von Fachabteilungen gemäß § 5 Absatz 2 in Absatz 2 ist die 24-stündige Vorhaltung von der jeweiligen Fachabteilung zugeordneten Fachärzten sowie deren Verfügbarkeit am Patienten innerhalb von 30 Minuten bereits inkludiert. Dies wird in Absatz 3 Nummer 1 konkretisiert. Demnach sind aus jeder der in Absatz 2 genannten Fachabteilung sowie zusätzlich aus dem Gebiet Anästhesiologie mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt</p>	<p>dass der Schockraum sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Krankenanhfahrt, zum Hubschrauberlandeplatz, der radiologischen Abteilung und der OP-Abteilung befindet.</p> <p>Variante 2:</p> <p>Es erfolgt eine Aktualisierung auf die derzeit neuste verfügbare erweiterte 3. Auflage des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung mit Stand Oktober 2019 um insbesondere aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse entsprechend zu berücksichtigen.</p>

GKV-SV	DKG
<p>innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar. Damit wird die notwendige Struktur für eine fachgerechte und fachspezifische Versorgung von Schwerverletzten in maximal 30 Minuten sichergestellt. Nummer 2 übernimmt die Kernanforderungen des Weißbuch Schwerverletztenversorgung und legt konkrete Anforderungen an die ärztliche Leitung der Fachabteilung Orthopädie und Unfallchirurgie sowie eine Stellvertreterregelung fest. Nummer 3 bis 10 legen die Anforderungen an die personelle Ausstattung am Krankenhausstandort für die Versorgung von Schwerverletzten auf der Intensivstation fest. Die Regelungen basieren auf den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) vom 30.11.2010 sowie auf den Strukturanforderungen der OPS Codes 8-980 und 8-98f und setzen diese in konkrete verbindliche Mindestanforderungen für das Modul Schwerverletztenversorgung um. Damit wird auch für die Versorgung von Intensivpatienten in den Notfallstufen-Regelungen auf einen Verweis auf Dritte verzichtet. Die Regelungen nach Nummer 3 bis 10 definieren Anforderungen an die ärztliche und pflegerische Stationsleitung sowie die Art, Anzahl und Verfügbarkeit von Fachpersonal auf der Intensivstation.</p> <p>Absatz 4 übernimmt die Kernanforderungen des Weißbuch Schwerverletztenversorgung an die personelle Zusammensetzung des Basisteam des Schockraums sowie des erweiterten Schockraumteams und legt konkrete Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals für die beiden Teams fest. Zur Sicherstellung einer sofortigen Versorgung von Schwerverletzten ist das unter Nummer 1 aufgeführte Fachpersonal des Basisteam jederzeit (24/7) im Krankenhaus anwesend. Die Anforderung zur jederzeitigen (24/7) Verfügbarkeit umfasst auch die Verpflichtung der Krankenhäuser zu einer geeigneten Stellvertreterregelung für das Fachpersonal des Basisteam. Zur Sicherstellung einer schnellstmöglichen fachspezifischen Versorgung von Schwerverletzten sind Vertreter der unter Nummer 2 aufgeführten Fachdisziplinen als erweitertes Schockraumteam innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.</p> <p>Absatz 5 definiert konkrete Anforderungen an die Kapazität des Krankenhauses zur Versorgung</p>	

GKV-SV	DKG
<p>von Intensivpatienten. Diese basieren auf den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) vom 30.11.2010 sowie auf den Strukturanforderungen der OPS Codes 8-980 und 8-98f und setzen diese in konkrete verbindliche Mindestanforderungen um. Damit wird auch für die Versorgung von Intensivpatienten in den Notfallstufen-Regelungen auf einen Verweis auf Dritte verzichtet. Die Anforderungen betreffen die 24-stündige Vorhaltung von Intensivkapazitäten zur parallelen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten (Nummer 1) sowie die Anzahl vorzuhaltender Intensivbetten (Nummer 2). Letztere entsprechen den Vorgaben für Krankenhäuser der erweiterten Notfallstufe gemäß § 15 Satz 1. Nummer 3 regelt, dass die Strukturanforderungen der OPS Codes 8-980 und 8-98f einzuhalten sind. Für die konkreten Strukturanforderungen der genannten OPS Codes nach gültigem OPS Katalog wird auf die Webseite des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verwiesen (www.bfarm.de).</p> <p>Absatz 6 definiert Anforderungen an die am Krankenhausstandort vorzuhaltende medizintechnische Ausstattung sowie diagnostische und therapeutische Verfahren. Diese basieren ebenfalls auf den Anforderungen des Weißbuch Schwerverletztenversorgung an überregionale Traumazentren sowie den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) vom 30.11.2010 und setzen diese in konkrete verbindliche Mindestanforderungen um. Nummer 1 listet die technische Ausstattung sowie die diagnostischen und therapeutischen Verfahren auf, die jederzeit (24/7) verfügbar sein müssen für die Schwerverletztenversorgung. Die Vorgabe von Nummer 2 stellt die Versorgung und Behandlung von schwerverletzten Patientinnen und Patienten bei Großschadensereignissen sicher. Nummer 3 und 4 definieren weitere Mindestanforderungen an die medizinisch-technische Ausstattung zur Versorgung von Schwerverletzten. Nummer 5 definiert die Anforderung an die jederzeitige Bereitstellung von OP-Sälen.</p> <p>Absatz 7 greift die letzte Kategorie nach § 5 Absatz 1 auf und definiert Mindestanforderungen an die Strukturen und Prozesse der Notaufnahme. Nummer 1 definiert die</p>	

GKV-SV	DKG
<p>Grundsatzanforderung von geeigneten Strukturen und Prozessen für eine 24/7-Möglichkeit zur parallelen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten, deren Erfüllung für die adäquate Versorgung von Großschadensereignissen erforderlich ist. Da Krankenhäuser des Moduls Schwerverletztenversorgung gemäß § 24 der Stufe der erweiterten Notfallversorgung gemäß § 3 Absatz 1 Nummer 2 zugeordnet werden, greifen die Nummern 2 und 3 die Anforderungen gemäß § 17 auf.</p>	

2.13 Zu § 25 Modul Notfallversorgung Kinder

GKV-SV	DKG
[-]	<p>In Absatz 4 wird die bisherige starre Zeitvorgabe von 30 Minuten ersetzt durch eine unverzügliche Verfügbarkeit für eine Situationseinschätzung und eine Beratung. Dies kann z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch umgesetzt werden.</p>

2.14 Zu § 26 Modul Spezialversorgung

GKV-SV	DKG
<p>Absatz 2 Nummer 3</p> <p>Variante 1 (Streichung):</p> <p>Da die Anforderungen an Krankenhäuser, die als Spezialversorger gemäß § 26 Absatz 2 Nummer 3 ausgewiesen werden können, weitgehend undefiniert sind und u.a. deswegen mehrere Gerichtsverfahren zu Krankenhäusern als Spezialversorger gemäß § 26 Absatz 2 Nummer 3 in den Ländern anhängig sind, wird die Möglichkeit zur Ausweisung eines Krankenhauses als Spezialversorgung nach § 26 Absatz 2 Nummer 3 ersatzlos gestrichen.</p> <p>Hilfsweise Variante 2 (Beibehaltung):</p> <p>Der bisherige Wortlaut von § 26 Absatz 2 Nummer 3 wird um konkrete Anforderungen ergänzt, wann ein Krankenhaus als zwingend erforderlich für die Gewährleistung der Notfallversorgung gilt.</p>	[-]

2.12 Zu § 27 Modul Schlaganfallversorgung

GKV-SV	DKG
<p>Da der in den Notfallstufen-Regelungen verwendete Begriff 'Stroke Unit' bislang nicht näher definiert ist, werden in dem neuen Satz 2 Mindestanforderungen definiert, die ein Krankenhaus erfüllen muss, um als Stroke Unit im Sinne des § 27 zu gelten. Die definierte Mindestanforderung stellt auf den OPS Kode 8-981.3 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen) ab und fordert die Durchführung von jährlich mindestens 10 Fällen mit diesem OPS Kode. Der genannte OPS Kode stellt relevante Strukturanforderung an das durchführende Krankenhaus, u.a. an die am Standort vorzuhaltenden Fachabteilungen und die Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen. Bei einer Durchführung von mindestens 10 Fällen pro Jahr kann davon ausgegangen werden, dass das betreffende Krankenhaus die geforderten Strukturanforderungen erfüllt. Die Einhaltung der in Satz 2 geforderten Mindestfallzahl durch das Krankenhaus am Standort ist durch die Krankenkassen auf Basis von Routinedaten überprüfbar.</p>	<p>Es erfolgt eine Präzisierung, was unter dem Begriff einer „Stroke Unit“ zu verstehen ist, da die Anforderungen an eine „Stroke Unit“ bislang nicht näher definiert sind. Hierbei wird auf bestimmte OPS-Kodes abgestellt, dessen dort festgelegte Strukturanforderungen das Krankenhaus am Standort mindestens erfüllen müssen.</p>

2.15 Zu § 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen

In Nummer 3 [DKG: Nummer 4] werden die Vorgaben der Kontrollen des Troponins ersatzlos gestrichen. Hintergrund ist die nicht mehr für erforderlich erachtete Vorgabe einer entsprechenden Regelung aufgrund des medizinischen Standards in der entsprechenden Diagnostik und der Möglichkeit abweichender Messintervalle aufgrund der zunehmenden Verbreitung hochsensitiver Troponintests.

2.16 Zu § 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu) / alternativ: Anlage I Folgen der Nichteinhaltung

UPV <i>[§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]</i>	GKV-SV <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>	DKG <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>
<p>Zu Absatz 1:</p> <p>Absatz 1 legt als beteiligte Stellen für die Feststellung der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen sowie die Durchsetzung von Maßnahmen die Krankenhausträger (Nummer 1) und die Krankenkassen, die als Vertragspartei nach § 18 Absatz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) an der Budgetvereinbarung gemäß § 11 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) beteiligt sind (Nummer 2), fest.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Nach Absatz 2 ist die Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen unverzüglich vom Krankenhausträger gegenüber den Krankenkassen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2 anzuzeigen.</p> <p>Zu Absatz 3:</p> <p>Mit der Regelung in Absatz 3 werden die Folgen der Nichteinhaltung der Mindestvoraussetzungen nach der Zuordnung der Mindestvoraussetzungen in die Kategorie A nach Absatz 4 und die Kategorie B nach Absatz 5 unterschieden.</p> <p>Bei Nichteinhaltung der in Absatz 4 aufgeführten Mindestvoraussetzungen der Kategorie A haben</p>	<p>Zu § 1 Anwendungsbereich</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Der erste Absatz setzt die verschiedenen Regelungsinhalte bezüglich der Notfallversorgung ins Verhältnis zueinander. Gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und auf der Grundlage des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) werden Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung vereinbart. Je nach vereinbarter Notfallstufe erhalten die entsprechenden Krankenhäuser gemäß der Vereinbarung über Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG (Notfallstufenvergütungsvereinbarung) Zu- oder Abschläge. Entsprechend der Zuordnung zu einer Notfallstufe oder einem Modul der speziellen Notfallversorgung gemäß der Notfallstufen-Regelungen des G-BA haben die Krankenhäuser gewisse Anforderungen zu erfüllen. Diese Anlage zu den Notfallstufen-Regelungen regelt die Anwendung von</p>	<p>Rechtsgrundlage</p> <p>Gemäß § 136c Absatz 4 SGB V hat der G-BA ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung beschlossen. Hierbei wurden für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festgelegt. Darüber hinaus besteht nach § 137 Absatz 1 SATZ 6 SGB V der gesetzliche Auftrag, ein gestuftes System an Folgen der Nichteinhaltung für die Qualitätsanforderungen dieser Regelungen festzulegen. Grundsätzliche Festlegungen dazu sind in der Richtlinie nach § 137 Absatz 1 SATZ 5 (Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie, QFD-RL) bereits getroffen, sie müssen in den themenspezifischen Richtlinien des G-BA konkretisiert werden.</p> <p>Eckpunkte der Entscheidung</p> <p>In der Vergangenheit gab es innerhalb der Notfallstufen-Regelungen kein geregeltes Verfahren, wie die Krankenhäuser bzw. die Vertragsparteien der</p>

UPV [§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]	GKV-SV [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]	DKG [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]
<p>die beteiligten Stellen nach Absatz 1 zunächst konkrete Maßnahmen zur Sicherstellung der Einhaltung der Mindestvoraussetzungen für einen Zeitraum von maximal 3 Monaten zu vereinbaren. Die zu vereinbarenden Maßnahmen sind dabei so auszugestalten, dass sie innerhalb des Zeitraumes von 3 Monaten auch tatsächlich eine konkrete Wirkung entfalten können. Werden die Mindestvoraussetzungen auch nach Ablauf der 3 Monate weiterhin nicht eingehalten, entfallen ab diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die bisherige Zuordnung des betroffenen Krankenhausstandortes zur jeweiligen Notfallstufe gemäß § 3 Absatz 1 sowie zum jeweiligen Modul gemäß § 4.</p> <p>Im Gegensatz zu den Mindestvoraussetzungen der Kategorie A sieht Absatz 3 bei Nichteinhaltung der in Absatz 5 aufgeführten Mindestvoraussetzungen der Kategorie B ab dem Zeitpunkt der Nichteinhaltung lediglich eine Frist von einem Monat für die Ergreifung von konkreten Maßnahmen zur Sicherstellung der Einhaltung der Mindestvoraussetzungen vor. Werden die Mindestvoraussetzungen nach Ablauf der Monatsfrist weiterhin nicht eingehalten, entfallen ab diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die bisherige Zuordnung des betroffenen Krankenhausstandortes zur jeweiligen Notfallstufe gemäß § 3 Absatz 1 sowie zum jeweiligen Modul gemäß § 4.</p>	<p>Folgen der Nichteinhaltung dieser Anforderungen. Ob die Anforderungen an die Notfallversorgung durch das jeweilige Krankenhaus eingehalten oder nicht (mehr) eingehalten werden, stellt der Medizinische Dienst im Rahmen von Kontrollen gemäß Abschnitt 3 Teil B der Richtlinie des G-BA nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V (MD-Qualitätskontroll-Richtlinie, MD-QK-RL) fest.</p> <p>In den zugehörigen Regelungen und Vereinbarungen wird eine Vielzahl von Bezeichnungen für die zu erfüllenden Anforderungen verwendet, bspw. Vorgaben oder Voraussetzungen. Wenn in dieser Anlage von Anforderungen gesprochen wird, sind stets Mindestvoraussetzungen nach § 1 Absatz 1 Satz 2 der Notfallstufen-Regelungen gemeint.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Gemäß § 15 MD-QK-RL übermittelt der Medizinische Dienst nach abgeschlossener Kontrolle den im Anschluss zu erstellenden Kontrollbericht an die beauftragende Stelle und das kontrollierte Krankenhaus. Wenn sich aus diesem Kontrollbericht – unter Berücksichtigung der optional durch das Krankenhaus abzugebenden Stellungnahme – die Nichteinhaltung von Anforderungen der Abschnitte III. bis VI. der Notfallstufen-Regelungen ergibt, greifen Maßnahmen gemäß Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL). Diese Maßnahmen sowie ihre</p>	<p>Budgetverhandlungen nach § 11 KHEntgG mit einer nachträglichen temporären bzw. unterjährigen Nichterfüllung von Anforderungen der Regelungen zu einem gestuften System der Notfallstrukturen gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen) und entsprechenden Gutachten der Medizinischen Dienste umzugehen haben. Mit dem vorliegenden Beschluss sollen die bestehenden Regelungen auf Basis der zuvor dargelegten Rechtsgrundlage entsprechend angepasst und um eine neu gefasste Anlage zu den Notfallstufen-Regelungen erweitert werden. Dabei werden Maßnahmen zur Qualitätsförderung und -durchsetzung spezifiziert, zuständige Stellen für deren Durchsetzung festgelegt, und eine Gruppierung von Anforderungen der Regelungen mit einer Zuordnung entsprechender Konsequenzen bei Nichteinhaltung vorgenommen.</p> <p>Zu § 1 Anwendungsbereich:</p> <p>In § 1 wird der Anwendungsbereich der Anlage erläutert und die Anlage mit den relevanten gesetzlichen und normativen Grundlagen kontextualisiert. Neben den Notfallstufen-Regelungen sind dabei insbesondere § 137 Absatz 1 SGB V mit der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) sowie die MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) von Bedeutung.</p>

UPV [§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]	GKV-SV [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]	DKG [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]
<p>Absatz 3 stellt zudem klar, dass bei nochmaliger Nichterfüllung der in Absatz 4 und 5 aufgeführten Mindestvoraussetzungen im selben Kalenderjahr die Voraussetzungen für die bisherige Zuordnung des betroffenen Krankenhausstandortes bereits ab dem Zeitpunkt der Nichterfüllung entfallen.</p> <p>Zu Absatz 4:</p> <p>In Absatz 4 werden die Mindestvoraussetzungen der Kategorie A aufgelistet.</p> <p>Zu Absatz 5:</p> <p>In Absatz 5 werden die Mindestvoraussetzungen der Kategorie B aufgelistet.</p> <p>Zu Absatz 6:</p> <p>Über die Regelung in Absatz 6 wird klargestellt, dass die konkreten Regelungen zur praktischen Umsetzung der sich aus dem Entfallen der Voraussetzungen für die Zuordnung des betroffenen Krankenhausstandortes zur jeweiligen Notfallstufe gemäß § 3 Absatz 1 sowie zum jeweiligen Modul gemäß § 4 ergebenden Folgen durch die an der Budgetvereinbarung gemäß § 11 KHEntgG beteiligten Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG zu treffen sind.</p> <p>Zu Absatz 7:</p>	<p>Anwendung und Zuordnung in Bezug auf die Notfallstufen-Regelungen werden in dieser Anlage festgelegt.</p>	<p>Die Notfallstufen-Regelungen legen Mindestanforderungen für Krankenhausstandorte fest, bei deren Einhaltung Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung vereinbart werden können. Die Mindestanforderungen werden in den Notfallstufen-Regelungen auch als „Mindestvoraussetzungen“ oder kurz als „Anforderungen“ bezeichnet; anderweitig werden auch die Begriffe „Qualitätsanforderungen“ (§ 137 SGB V; QFD-RL) oder „Mindestvorgaben“ (MD-QK-RL) verwendet. Im Rahmen dieser Anlage wird der Einfachheit halber der Begriff „Anforderungen“ verwendet, der für alle zuvor genannten Begrifflichkeiten synonym steht.</p> <p>Wird oder wurde eine der Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen entgegen einer bestehenden Zuschlagspauschale in der Budgetvereinbarung nicht eingehalten, so kann dies im Rahmen einer Qualitätskontrolle des Medizinischen Dienstes (MD) nach Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL festgestellt werden. Einzelheiten zu Ablauf und Umfang, etwa dem Kontrollzeitraum, von MD-Qualitätskontrollen sind in Teil A und Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL festgelegt. Die Ergebnisse der Kontrolle, darunter ggf. die Feststellung, dass eine Anforderung im Kontrollzeitraum nach Bewertung des MD nicht eingehalten war, werden in Form eines Kontrollberichts vom MD dem kontrollierten Krankenhaus und der die Qualitätskontrolle beauftragenden Krankenkasse übermittelt (vgl. § 14 und 15 Teil A MD-QK-</p>

UPV [§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]	GKV-SV [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]	DKG [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]
<p>Absatz 7 legt fest, dass die Krankenkassen die jeweils zuständigen Landeskrankenhausplanungsbehörden unverzüglich über das Entfallen der Voraussetzungen für die Zuordnung des betroffenen Krankenhausstandortes zur jeweiligen Notfallstufe gemäß § 3 Absatz 1 sowie zum jeweiligen Modul gemäß § 4 informieren. Ein jährlicher Bericht über die betroffenen Krankenhausstandorte ist von den Krankenkassen zu erstellen und an den Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 1. März des jeweils folgenden Jahres zu übersenden.</p>	<p>Zu § 2 Zuständige Stellen und Berichtspflichten</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Zuständige Stellen für die Anwendung und Durchsetzung von Maßnahmen bei der Nichteinhaltung von Anforderungen gemäß den Notfallstufen-Regelungen sind die Vertragsparteien der Budgetverhandlung gemäß § 11 KHEntgG, die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie der G-BA. Die Vertragsparteien der Budgetverhandlungen umfassen die Landeskrankenhausgesellschaften, die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und den Landesausschuß des Verbandes der privaten</p>	<p>RL). Das Krankenhaus kann zum vorgelegten Kontrollbericht innerhalb von 10 Arbeitstagen eine Stellungnahme gegenüber der beauftragenden Stelle abgeben, die diese ggf. für eine umfassendere Bewertung des Sachverhalts heranziehen kann (vgl. § 15 Absatz 1 SATZ 2 Teil A MD-QK-RL).</p> <p>Ist im Ergebnis eine Nichteinhaltung einer Anforderung der Notfallstufen-Regelungen entgegen einer bestehenden Zuschlagspauschale in der Budgetvereinbarung festzustellen, so zieht dies Folgen nach sich, die in § 137 Absatz 1 SGB V und der QFD-RL grundsätzlich und im Weiteren dieser Anlage spezifisch festgelegt sind.</p> <p>Zu § 2 Zuständige Stellen und Berichtspflichten</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Gemäß § 2 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4 QFD-RL sind themenspezifisch Stellen festzulegen, a. die die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen feststellen; b. die die Folgen der Nichteinhaltung festlegen; und c. denen die Durchsetzung dieser Folgen obliegt. Da die in dieser Anlage beschriebenen Abläufe letztlich die im Rahmen der Budgetverhandlungen getroffenen Zuschlagsvereinbarungen betreffen, ist es sachgerecht, auch die Vertragsparteien der Budgetverhandlungen gemäß § 11 KHEntgG mit ihrer Durchführung zu betrauen. So</p>

UPV <i>[§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]</i>	GKV-SV <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>	DKG <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>
	<p>Krankenversicherung. Sowohl den Vertragsparteien der Budgetverhandlungen als auch den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden obliegt die Ausgestaltung der Notfallversorgung auf der Ortsebene. Ihre Expertise in der Vereinbarung entsprechender Notfallstufen und Module sowie in der Planung der Krankenhausversorgung qualifiziert sie zur Umsetzung der in dieser Anlage festgelegten Konsequenzen. Dem G-BA und seinen für die Verfahren der Qualitätssicherung verantwortlichen Gremien wiederum kommen als durchsetzende Stellen eine Rolle für die Anwendung informatorischer Maßnahmen zu.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Die unter Absatz 1 aufgeführten zuständigen Stellen vereinbaren je nach Art und Schwere der durch die MD-Kontrollen festgestellten Nichteinhaltung von Anforderungen entweder Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung nach § 4 QFD-RL oder vollziehen Durchsetzungsmaßnahmen nach § 5 QFD-RL.</p> <p>Zu den Absätzen 3 und 4:</p> <p>Die unter Absatz 1 als zuständige Stellen genannten Vertragsparteien der Budgetverhandlungen sind verpflichtet, der für das jeweilige Bundesland zuständigen Landeskrankengesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen darüber zu berichten, welche Anforderungen der Abschnitte III. bis VI. der Notfallstufen-Regelungen nicht erfüllt wurden, in welchem Umfang diese Anforderungen nicht erfüllt</p>	<p>werden diese als Stellen gemäß a. und b. festgelegt; als durchsetzende Stelle für die als Durchsetzungsmaßnahmen vorgesehenen Vergütungsabschläge, welche die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG bzw. die Schiedsstelle festgesetzt haben, kommen nach § 6 Absatz 3 QFD-RL nur die Krankenkassen in Betracht.</p> <p>Zu den Absätzen 2 und 3:</p> <p>Gemäß § 2 Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 und 7 QFD-RL sind Berichtspflichten der durchsetzenden Stellen gegenüber den verantwortlichen Stellen auf Bundes- bzw. Landesebene, sowie eine Berichtspflicht dieser Stelle gegenüber dem G-BA vorzusehen. So haben die zuständigen Stellen nach Absatz 1 den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden über durchgeführte Maßnahmen gemäß dieser Anlage sowie deren Ergebnisse zu berichten. Die Landesbehörden haben hierüber wiederum einmal jährlich koordiniert darüber dem G-BA zu berichten. Der G-BA kann die erhaltenen Informationen zur Evaluation und Weiterentwicklung seiner Regelungen nutzen.</p>

UPV <i>[§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]</i>	GKV-SV <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>	DKG <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>
	<p>wurden und welche Maßnahmen als Konsequenz daraus und mit welchem Ergebnis durchgeführt wurden. In einem an den in Satz 1 beschriebenen Prozess anschließenden Schritt sind die jeweiligen Landeskrankenhausesgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen wiederum verpflichtet, einmal jährlich die erhaltenen Informationen in aufbereiteter Form an den G-BA zu übermitteln. Durch dieses zweistufige Verfahren wird sichergestellt, dass die im Rahmen der Kontrollen erlangten Informationen über das Maß der Einhaltung der Anforderungen sowie die daran anknüpfenden Maßnahmen in den G-BA und seine zuständigen Gremien gelangen. Dadurch wird sichergestellt, dass die Umsetzung der Notfallstufen-Regelungen überwacht und bei Auffälligkeiten gegebenenfalls Anpassungen am Regelwerk vorgenommen werden können. Der Schritt über die Landeskrankenhausesgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen sorgt dabei für einen kanalisierten Fluss der Informationen, sodass dem G-BA nicht von jeder durchgeführten Maßnahme einzeln berichtet wird.</p> <p>§ 3 Nachweisverfahren Zu Absatz 1:</p> <p>Das Krankenhaus hat gemäß der von ihm beantragten Notfallstufe bzw. des von ihm beantragten Moduls die Einhaltung der Anforderungen gegenüber den Vertragspartnern nach § 11 KHEntgG nachzuweisen. In diesen Nachweisen sind zudem sämtliche</p>	

UPV <i>[§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]</i>	GKV-SV <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>	DKG <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>
	<p>Abweichungen von den betreffenden Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen anzugeben. Gemäß § 1 Absatz 1 Notfallstufenvergütungsvereinbarung werden diese Nachweise in der Verhandlungspraxis üblicherweise in Form von zwischen den Vertragsparteien abgestimmten Checklisten erbracht. Diese Checklisten können um weitere Unterlagen, wie bspw. Selbstauskünfte des Krankenhauses oder Ergebnissen etwaiger Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes gemäß MD-QK-RL ergänzt werden.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Falls ein Krankenhaus nach getroffener Vereinbarung gemäß Notfallstufenvergütungsvereinbarung die zu seiner jeweiligen Notfallstufe bzw. zu seinem jeweiligen Modul erforderlichen Anforderungen nicht mehr erfüllt, hat es dies den Vertragspartnern nach § 11 KHEntgG sowie der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde innerhalb einer Woche nach Nichterfüllung mitzuteilen. Die Mitteilung enthält die für die Nichterfüllung verantwortlichen Gründe. Durch diese Regelung soll sichergestellt werden, dass Krankenhäuser, welche die besagten Anforderungen nicht mehr erfüllen, proaktiv auf die zuständigen Stellen und Vertragspartner zugehen und damit zu einer möglichst flächendeckenden Einhaltung der Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen beitragen.</p>	

UPV <i>[§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]</i>	GKV-SV <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>	DKG <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>
	<p>Zu Absatz 3:</p> <p>Mit der in Absatz 2 beschriebenen Nachweispflicht einhergehend, muss ein Krankenhaus, dass Anforderungen der ihm zugewiesenen Notfallstufe nicht mehr erfüllt, unverzüglich Maßnahmen einleiten, um diese möglichst schnell wieder zu erfüllen. Davon ausgenommen sind Krankenhäuser, die bspw. freiwillig auf eine niedrigere Notfallstufe wechseln wollen oder vollständig auf die Zuweisung einer Stufe verzichten wollen. Bei solchen Konstellationen muss dennoch die Meldung gemäß der in Absatz 2 genannten Frist erfolgen, da bei der Nichterfüllung entsprechende Konsequenzen für das Krankenhaus folgen.</p> <p>§ 4 Arten von Konsequenzen und entsprechende Maßnahmen</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Die QFD-RL unterscheidet zwischen zwei Arten von Maßnahmen, welche bei der Nichteinhaltung von Anforderungen zur Anwendung kommen können. Dies trifft auch auf die Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen zu. Zum einen können Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung des jeweiligen Krankenhauses angewendet werden, zum anderen können sogenannte Durchsetzungsmaßnahmen erfolgen. Die Wahl der jeweiligen Maßnahmen ist abhängig von der Art und Schwere der Verstöße – und damit dem Grad der Nichteinhaltung - gegen Anforderungen der</p>	<p>Zu § 3 Arten von Konsequenzen und entsprechende Maßnahmen</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Das gestufte System von Folgen der Nichteinhaltung sieht qualitätsfördernde Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung und durchsetzende Maßnahmen vor. Diese sind jeweils in den §§ 4 und 5 QFD-RL näher beschrieben und werden in diesem Paragraphen weiter themenspezifisch festgelegt.</p>

UPV [§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]	GKV-SV [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]	DKG [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]
	<p>Notfallstufen-Regelungen. Grundsätzlich werden bei leichteren Verstößen eher Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung angezeigt sein, während bei schwereren Verstößen bzw. der vollständigen Nichteinhaltung von Anforderungen eher Durchsetzungsmaßnahmen zur Anwendung kommen. Gemäß § 3 Absatz 5 QFD-RL können Maßnahmen der Beratung und Unterstützung sowie Durchsetzungsmaßnahmen sowohl miteinander als auch untereinander kombiniert festgesetzt werden, soweit dies verhältnismäßig erscheint.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>In diesem Absatz findet sich ein Katalog an Maßnahmen, welche bei der Nichteinhaltung von Anforderungen angewandt werden können. Die Auflistung ist dabei nicht abschließend und kann in der Praxis ergänzt werden. Mit diesen Maßnahmen sollen Krankenhäuser unterstützt werden, festgestellte Mängel abzustellen und so im Sinne der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit Qualitätsverbesserungen zu erzielen. Die Maßnahmen sollen – gemäß QFD-RL - zudem der intrinsischen Motivation der Krankenhäuser für eine proaktive Qualitätsverbesserung dienen.</p> <p>Zu Absatz 3:</p> <p>Die konkrete Umsetzung der Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen erfolgt durch die dafür zuständigen Stellen gemäß § 2 Absatz 1, die Vertragsparteien der Budgetverhandlung gemäß § 11 KHEntgG.</p>	<p>Grundsätzlich soll sich die Konsequenz nach Art und Schwere der Nichteinhaltung richten; sie ist dabei stets verhältnismäßig zu gestalten (§ 3 Absatz 2 S. 2 QFD-RL). Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung sollen den Durchsetzungsmaßnahmen vorangehen, Ausnahmen kommen lediglich für besonders schwere Verstöße in Betracht (§ 3 Absatz 2 Satz 3 QFD-RL). Daher definiert dieser Paragraph ein zweistufiges Verfahren: Zunächst hat eine Maßnahme zur Beratung und Unterstützung zu erfolgen. Erst, wenn diese ohne Erfolg bleibt, ist zu Durchsetzungsmaßnahmen zu greifen.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Die Liste stellt eine nicht abschließende Auswahl an Maßnahmen dar, die an die Auflistung unter § 4 Absatz 1 QFD-RL angelehnt ist und aus dieser solche Maßnahmen aufgreift, die im Kontext der Notfallstufen-Regelungen besonders relevant und zielführend erscheinen.</p> <p>Zu Absatz 3:</p> <p>Die Durchführung einer oder mehrerer geeigneter Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung wird von den zuständigen Stellen gem. § 2 Absatz 1 vereinbart. Ziel der Maßnahme soll die Wiedereinhaltung der entsprechenden Anforderung sein, die Vereinbarung soll auch eine angemessene Frist beinhalten. Sowohl die Durchführung der Maßnahme</p>

UPV [§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]	GKV-SV [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]	DKG [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]
	<p>Die Vertragspartner treffen eine Vereinbarung in welcher die zum Zwecke der Wiedererfüllung der Anforderungen ausgewählten Maßnahmen gemäß Absatz 2 genannt sind. Nach einer ebenfalls zu vereinbarenden Frist hat das Krankenhaus schriftlich die Wiedererfüllung der Anforderungen nachzuweisen. Sollten nach Ablauf der festgelegten Frist weiterhin Anforderungen als nicht erfüllt gelten, haben die zuständigen Stellen zu entscheiden, ob erneut Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen vereinbart werden oder als Konsequenz der verfehlten Zielvereinbarung Durchsetzungsmaßnahmen erfolgen.</p> <p>Gemäß Satz 3 sind die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden über getroffene Vereinbarungen und deren Ergebnisse zu informieren. Dies dient der Transparenz und stellt ein gleichwertiges Informationsniveau sicher.</p> <p>Zu Absatz 4:</p> <p>Nummer 1</p> <p>Oberstes Gebot bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten muss die Sicherheit dieser sein. Eine entsprechende Sicherheit wird durch die durchgehende Einhaltung der Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen gewährleistet. Ein Tag mag auf den Monat betrachtet ein schmaler Zeitkorridor für Versäumnisse sein, gerade bei der Versorgung von teilweise in kritischen Zuständen befindlichen Patientinnen und Patienten im Rahmen der</p>	<p>als auch die etwaige Wiedereinhaltung der Anforderung ist durch das Krankenhaus gegenüber der anderen zuständigen Stelle schriftlich zu bestätigen. Hat die Maßnahme innerhalb der vereinbarten Frist nicht zur Wiedereinhaltung der Anforderung geführt, kann entweder eine erneute unterstützende Maßnahme vereinbart werden (bspw. durch eine Fristverlängerung), oder es können Durchsetzungsmaßnahmen ergriffen werden.</p> <p>Zu Absatz 4:</p> <p>Von den in § 5 Absatz 1 QFD-RL aufgeführten Durchsetzungsmaßnahmen sind im Kontext der Notfallstufen-Regelungen die Ziffern 1. Vergütungsabschlüsse und 3. Information Dritter über Verstöße relevant. Beide Durchsetzungsmaßnahmen sind simultan anzuwenden.</p> <p>In der QFD-RL wird zwar der Begriff „Vergütungsabschlüsse“ verwendet, diese betreffen im Kontext der Notfallstufen-Regelungen jedoch nicht die Vergütung stationärer Leistungen, sondern die Zu- und Abschlüsse für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Die Reduktion wird monatsbezogen berechnet; sie beträgt 1/12 des Zuschlags je Kalendermonat, in dem die Anforderungen der vereinbarten Notfallstufe bzw. des vereinbarten Moduls zeitlich überwiegend, d. h. an 16 oder mehr Tagen des Kalendermonats (Ausnahme Februar: 15 Tage), nicht in Gänze eingehalten</p>

UPV [§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]	GKV-SV [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]	DKG [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]
	<p>Notfallversorgung können jedoch bereits Stunden, in denen erforderliches Personal nicht vor Ort ist, weitreichende Konsequenzen für den einzelnen Patienten bzw. die einzelne Patientin haben. Es erscheint vor diesem Hintergrund sachgerecht einen möglichen Toleranzbereich so gering wie möglich zu halten. Daher entfällt der vereinbarte Zuschlagsanspruch bereits dann anteilig für den jeweiligen Monat des gesamten Vereinbarungszeitraums, wenn in besagtem Monat an einem Tag Anforderungen, die zu Durchsetzungsmaßnahmen führen können, nicht erfüllt wurden.</p> <p>Wenn das Krankenhaus also durch die Nichterfüllung von Anforderungen keinen (vollständigen) Anspruch mehr auf den vereinbarten Zuschlag für die jeweilige Notfallstufe bzw. das jeweilige Modul hat, wird der ermittelte Differenzbetrag über den Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.</p> <p><i>Beispiel:</i> <i>Für ein Krankenhaus wurde für den Vereinbarungszeitraum 2023 (12 Monate) ein Zuschlag für die erweiterte Notfallversorgung vereinbart. Gemäß Notfallstufenvergütungsvereinbarung hat das Krankenhaus Anspruch auf eine jährliche Zuschlagspauschale in Höhe von 459.000 Euro. Gemäß Kontrollbericht des MD hat dieses Krankenhaus jedoch im Januar 2023 für 5 Tage und im März 2023 für 17 Tage die Anforderungen</i></p>	<p>waren. Die Höhe des Abschlags ist unabhängig davon, wie viele Anforderungen ggf. zeitgleich nicht eingehalten waren. Es kann somit ausreichen, Anforderung A drei Tage, Anforderung B drei Tage, und Anforderung C zehn Tage nicht einzuhalten, damit die Sanktion ausgelöst wird, solange die Nichteinhaltungen jeweils verschiedene Kalendertage des Monats betrifft. Andererseits könnte die Anforderungen A, B und C gleichzeitig 14 Tage im Kalendermonat nicht eingehalten werden, ohne, dass Vergütungsabschläge angewendet werden. Der Zeitraum, während die Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung zur Einhaltung der entsprechenden Anforderung durchgeführt wurden (bspw. die Laufzeit der Zielvereinbarung), fließt in die Ermittlung der Vergütungsabschläge nicht mit ein.</p> <p>Parallel ist, sofern die Durchsetzungsmaßnahme nach Nummer 1 Anwendung findet, als weitere Durchsetzungsmaßnahme gem. § 5 Absatz 1 Nummer 3 QFD-RL die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde über den spezifischen Verstoß zu informieren. Diese Information soll koordiniert durch eine der zuständigen Stellen gem. § 2 Absatz 1 erfolgen.</p> <p>Zu Absatz 5:</p> <p>Sofern der für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Zuschlag von dem tatsächlichen Anspruch auf den</p>

UPV [§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]	GKV-SV [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]	DKG [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]
	<p><i>entsprechend der ihm zugewiesenen Notfallstufe nicht erfüllt. Somit hat das Krankenhaus einen um $(459.000/12=38.250*2=)$ 76.500 Euro verringerten Anspruch. Dieser Differenzbetrag wird folglich im Rahmen der nächsten Budgetvereinbarungen gemäß § 18 KHEntgG über die dann ggf. neu zu vereinbarende Notfallstufe ausgeglichen. Wenn das Krankenhaus für den Vereinbarungszeitraum 2024 erneut die Zuordnung zur erweiterten Notfallversorgung beantragt, wird eine verringerte Zuschlagspauschale in Höhe von $(459.000-76.500=)$ 382.500 Euro vereinbart.</i></p> <p>Nummer 2 und Nummer 3</p> <p>Wenn ein Krankenhaus als Ergebnis einer MD-Kontrolle Anforderungen an die vereinbarte Notfallstufe in größerem Umfang nicht (mehr) erfüllt, sei es aufgrund des Niveaus des Unterschreitens einer Anforderung oder der Anzahl an unterschrittenen Anforderungen, und die zuständige Stelle attestiert, dass eine Wiedererfüllung nicht zeitnah umzusetzen ist, kann als Durchsetzungsmaßnahme auch eine Herabstufung erfolgen. Wenn beispielweise ein Krankenhaus der umfassenden Notfallversorgung nicht über die vorgegebene Zahl an Fachabteilungen und nicht die vorgegebene Kapazität an Intensivbetten bereithält, kann es auf die Stufe der erweiterten Notfallversorgung</p>	<p>Zuschlag für das jeweilige Kalenderjahr unter Berücksichtigung des anteiligen bzw. vollständigen Wegfalls von Zuschlägen abweicht, wird der ermittelte Differenzbetrag im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. Für die Umsetzung der Vergütungsabschläge im folgenden Budgetzeitraum kommen dabei insbesondere der Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG oder der Notfallstufenzuschlag selbst in Betracht. Die konkrete Umsetzung beider Durchsetzungsmaßnahmen erfolgt durch die zuständigen Stellen gemäß § 2 Absatz 1.</p>

UPV <i>[§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]</i>	GKV-SV <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>	DKG <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>
	<p>herabgesetzt werden. Voraussetzung für eine Herabsetzung auf eine niedrigere Stufe der Notfallversorgung ist, dass die Anforderungen der jeweils neu zugeordneten Stufe durch das Krankenhaus erfüllt werden. Diese Maßnahmen erfolgen zusätzlich zu Maßnahmen nach Absatz 2.</p> <p>Falls selbst die Anforderungen der Basisnotfallversorgung nicht erfüllt werden, erfolgen neben Maßnahmen nach Absatz 2 Abschläge gemäß § 2 Absatz 1 Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Zwar besagt § 1 Absatz 2 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung, dass die Einstufung zu einer Notfallstufe bis zu einer neuen Festlegung für den folgenden Vereinbarungszeitraum erfolgt, bei Nichterfüllung der Anforderungen in oben beschriebenem Maße kann jedoch davon abgewichen werden. Im Sinne der Patientensicherheit und der Transparenz zum Grad der Umsetzung der Notfallversorgung kann ein Krankenhaus nicht bis zur nächsten Vereinbarung gemäß § 11 KHEntgG die vereinbarte Stufe beibehalten – und diese beispielweise auf seiner Internetseite bewerben – gerade, wenn der Zeitpunkt der maßgeblichen Budgetvereinbarung noch nicht absehbar ist.</p>	

UPV <i>[§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]</i>	GKV-SV <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>	DKG <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>
	<p>Nummer 4 und Nummer 5</p> <p>Mit der Information Dritter durch die durchsetzenden Stellen soll sichergestellt werden, dass die informierten Stellen unter Berücksichtigung dieser Kenntnisse ihre Aufgaben weiterhin sachgerecht erfüllen können. Im Falle der Notfallstufen-Regelungen sind diese zu informierenden Dritten die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Wenn im Rahmen einer durchgeführten Kontrolle gemäß MD-QK-RL beispielsweise festgestellt wird, dass ein Krankenhaus, welches gemäß § 7 Notfallstufen-Regelung (Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren) Zuschläge für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung erhält, Anforderungen nicht erfüllt, muss die zuständige Landesbehörde in Kenntnis gesetzt werden. Dasselbe gilt bei Krankenhäusern, welche über das Modul Spezialversorger an der Notfallversorgung teilnehmen und Anforderungen erwiesenermaßen nicht erfüllen.</p> <p>Zudem kann der G-BA über schwere Formen der Nichteinhaltung informiert werden. Ihm kommt dabei eine Sonderrolle zu. Zwar ist er gemäß § 2 zuständige Stelle und erhält im Rahmen der Berichtspflichten nach § 2 Absätze 3 und 4 regelhaft Informationen über Nichteinhaltungen, durchgeführte Maßnahmen und deren Ergebnisse, tritt aber gleichzeitig als zu informierender Dritter auf, wenn insbesondere in Fällen der erheblichen Gefährdung der Patientensicherheit</p>	

UPV <i>[§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]</i>	GKV-SV <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>	DKG <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>
	<p>oder bei erheblichen Verstößen gegen Transparenzpflichten eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Anforderungen erforderlich scheint. In diesen Fällen genügt es nicht, im Rahmen der jährlichen Berichtspflicht über Verstöße informiert zu werden. Vielmehr muss der G-BA direkt nach Bekanntwerden informiert werden, so dass er in den zuständigen Gremien über den Umgang und die potenzielle Veröffentlichung einrichtungsbezogener Informationen entscheiden kann. Die entsprechend veröffentlichten Informationen sind nach Ablauf von 12 Monaten, spätestens jedoch mit Wiedererfüllung der Anforderungen durch das Krankenhaus, zu löschen.</p> <p>Zu Absatz 5:</p> <p>Dieser Absatz legt fest, welche der unter § 2 aufgeführten zuständigen Stellen jeweils für welche Durchsetzungsmaßnahmen nach § 4 Absatz 4 in Frage kommen.</p> <p>§ 5 Konsequenzen nach Art der Nichteinhaltung</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Absatz 1 listet die Anforderungen über die einzelnen Notfallstufen und Module der Abschnitte III. bis VI. der Notfallstufen-Regelungen auf, deren Nichterfüllung Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen nach sich ziehen. Dabei sind bei sämtlichen</p>	<p>Zu § 4 Zuordnung von Konsequenzen nach Art der Nichteinhaltung</p> <p>In § 4 wird eine Gruppierung der Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen vorgenommen:</p> <p>Für die in Absatz 1 aufgelisteten Anforderungen sind grundsätzlich nur Maßnahmen zur Beratung</p>

UPV [§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]	GKV-SV [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]	DKG [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]
	<p>aufgelisteten Anforderungen die jeweiligen Verweise zu den einzelnen Regelungen der Notfallstufen-Regelungen aufgeführt. Anforderungen, die sich an mehreren Stellen der Notfallstufen-Regelungen finden, besitzen entsprechend mehrere Verweise.</p> <p>Gemäß § 3 Absatz 4 QFD-RL kann bei wiederholten Verstößen von Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung abgesehen werden und es können gleich Durchsetzungsmaßnahmen angewendet werden. Ein Wiederholung liegt auch dann vor, wenn im Rahmen einer MD-Kontrolle über den Prüfzeitraum eine Anforderung wiederholt nicht durch das Krankenhaus erfüllt wurde. Weiterhin muss es sich nicht stets um die jeweils identische Anforderung handeln, um als ein wiederholter Verstoß zu gelten – ein Krankenhaus kann bspw. zu einem Zeitpunkt der Prüfung nicht ausreichend ärztliches Personal in der Kardiologie eingesetzt haben und zu einem späteren Zeitpunkt in der Unfallchirurgie.</p> <p>Absatz 2:</p> <p>Absatz 2 listet die Anforderungen über die einzelnen Notfallstufen und Module der Abschnitte III. bis VI. der Notfallstufen-Regelungen auf, deren Nichterfüllung Durchsetzungsmaßnahmen nach sich ziehen. Dabei sind bei sämtlichen aufgelisteten Anforderungen die jeweiligen Verweise zu den einzelnen Regelungen der Notfallstufen-Regelungen aufgeführt.</p>	<p>und Unterstützung gem. § 3 Absatz 2 vorzusehen; Durchsetzungsmaßnahmen wären für Verstöße gegen diese Anforderungen nicht verhältnismäßig. Dies betrifft beispielsweise den barrierefreien Zugang zur Zentralen Notaufnahme, fachspezifische Fortbildungen, die Dokumentation der Patientenversorgung oder einen gewissen Korridor an Notfallpatienten, die zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme noch keine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten haben.</p> <p>Für die in Absatz 2 aufgelisteten Anforderungen können sich ggf. Durchsetzungsmaßnahmen gem. § 3 Absatz 4 anschließen, sofern die Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung nach § 3 Absatz 2 in der entsprechenden Frist nach § 3 Absatz 3 nicht zur Wiedererfüllung der Anforderungen geführt haben. Dies betrifft elementare Vorgaben aus den Notfallstufen-Regelungen, die insbesondere auch aus dem Aspekt der Vorhaltung, die entsprechende Vergütung über die Zuschlagspauschalen rechtfertigen. Beispielhaft genannt seien hier die Vorhaltung von Fachabteilungen, Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten (z. B. entsprechende Betten), bestimmte Medizinisch-technische Ausstattung und räumliche Voraussetzungen sowie therapeutische Vorgaben einer CPU.</p>

UPV <i>[§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]</i>	GKV-SV <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>	DKG <i>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]</i>
	Anforderungen, die sich an mehreren Stellen der Notfallstufen-Regelungen finden, besitzen entsprechend mehrere Verweise.	

5. Verfahrensablauf

[durch G-BA Geschäftsstelle zu ergänzen]

6. Zusammenfassende Dokumentation

[durch G-BA Geschäftsstelle zu ergänzen]

Berlin, den xx.xx.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
26.07.2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§5 Abs. 2 Nr. 2. Satz 2:</p> <p>Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt, die der jeweiligen Fachabteilung des Krankenhauses entsprechen mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch / telefonisch innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag DKG:</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.</p> <p>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>§ 9 Nr. 1:</p> <p>Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder ein verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von</p>	<p>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.“</p>

<p>Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.</p>	
<p>§ 9 Nr. 2: Die unter Nummer 1 genannte Ärztin oder der genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfall und Akut medizin“ und die unter Nummer 1 genannte Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfall-pflege“.</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag des GKV-SV, sofern der Vorschlag der DKG zu §9 Nr. 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>
<p>§ 9 Nr. 3: 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</p>	<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 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>§13 Abs. 1 Satz 2neu: Die Fachabteilung Nummer 2 aus der Kategorie A ist dabei der Chirurgie oder Unfallchirurgie und die beiden Fachabteilungen der Nummer 4 und 5 aus der Kategorie A der Inneren Medizin nach § 8 gleichzusetzen.</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag DKG, sofern damit intendiert werden soll, dass Krankenhäuser,</p> <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.
<p>§13 Abs. 2: Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen bzw. Fachgebiete an:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neurochirurgie, 2. Orthopädie und Unfallchirurgie, 3. Neurologie, 4. Innere Medizin und Kardiologie, 5. Innere Medizin und Gastroenterologie, 6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe.. 7. Anästhesiologie. 	<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 entsprechende Nennung der Fachabteilungen (Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie) umgesetzt ist, sollte dies analog für die anästhesiologische Versorgung umgesetzt werden.</p>

<p>§14 Satz 2neu:</p> <p>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>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 Übergangsfrist - die Notaufnahme mit Fachärztinnen bzw. -ärzten mit der entsprechenden Zusatzweiterbildung besetzt sein.</p>
<p>§15 Satz 2</p> <p>Es besteht eine schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.</p>	<p>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.</p>
<p>§18 Absatz 1 Satz 2neu:</p> <p>Die Fachabteilung Nummer 2 aus der Kategorie A ist dabei der Chirurgie oder Unfallchirurgie und die beiden Fachabteilungen der Nummer 4 und 5 aus der Kategorie A der Inneren Medizin nach § 8 gleichzusetzen.</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag DKG, sofern damit intendiert werden soll, dass Krankenhäuser,</p> <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.
<p>§18 Abs. 2:</p> <p>Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen bzw. Fachgebiete an:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neurochirurgie, 2. Orthopädie und Unfallchirurgie, 3. Neurologie, 4. Innere Medizin und Kardiologie, 5. Innere Medizin und Gastroenterologie, 6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 7. Anästhesiologie. 	<p>Siehe Begründung zu §13 Abs. 2, die dort angeführten Aspekte gelten selbstverständlich auch und gerade für die Stufe „umfassende Notfallversorgung“.</p>
<p>§19 Satz 2neu:</p> <p>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>Zustimmung zum Vorschlag UPV/GKV-SV.</p>

<p>§20 Satz 2:</p> <p>Es besteht eine schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.</p>	<p>Siehe Begründung zu § 15 Satz 2.</p>
<p>§24</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag der DKG 1 zu den Punkten Basisteam, Schockraum, Ergänzung zum Basisteam, tech. Ausstattung.</p> <p>Ablehnung der Ausführungen des GKV-SV zu den Anforderungen an Intensivstationen (siehe Begründung zu §24 Abs. 3)</p>
<p>§24 Abs. 1:</p> <p>(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 nach den Absätzen 2 bis 4 erfüllt an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012* erfüllt und zu jeder Zeit jeder Zeit (24/ Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt.</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag GKV-SV/der DKG.</p>
<p>§24 Abs. 2 Nr. 1neu:</p> <p>1. Die ärztliche Leitung der Fachabteilung Orthopädie und Unfallchirurgie verfügt über die Qualifikation Fachärztin oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie. Zudem ist eine Stellvertretung mit identischer Qualifikation benannt.</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag der DKG: Nummer1.</p>
<p>§24 Abs. 2 Nr. 2neu:</p> <p>2. Als Basisteam für den Schockraum sind zu jeder-Zeit (24/7) im Krankenhaus anwesend:</p> <p>a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder eine Weiterbildungsassistentin oder ein Weiterbildungsassistent für</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag der DKG: Absatz 2 Nummer 2 mit folgenden inhaltlichen Änderungen:</p> <p>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>Orthopädie und Unfallchirurgie (bzw. Facharztstandard),</p> <p>b) eine Weiterbildungsassistentin oder ein Weiterbildungsassistent in Orthopädie und Unfallchirurgie oder in Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Weiterbildungsassistent in Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie,</p> <p>c) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie oder eine Weiterbildungsassistentin oder ein Weiterbildungsassistent für Anästhesiologie (Facharztstandard),</p> <p>eine Fachärztin oder ein Facharzt aus dem Schockraumteam muss über ein gültiges Zertifikat im Schockraummanagement (z.B. ATLS oder ERC) verfügen.</p> <p>d) zwei Pflegekräfte Notaufnahme,</p> <p>e) eine Pflegekraft Anästhesiologie</p> <p>f) eine medizinisch-technische Radiologiefachkraft (MTRA)</p>	<p>Anästhesiologie eine einsprechende Qualifikation erwerben bzw. erworben haben. Die o. g. Ausführungen sind deshalb im Halbsatz nach Absatz c zusammengefasst.</p>
<p>§24 Abs. 2 Nr. 3neu:</p> <p>3. Als weitere Fachdisziplinen sind vorzuhalten:</p> <p>a) Fachärztin oder Facharzt für Viszeral-chirurgie oder Allgemeinchirurgie (Oberarzt)</p> <p>b) Fachärztin oder Facharzt für Gefäßchirurgie</p> <p>c) Fachärztin oder Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie</p> <p>d) Fachärztin oder Facharzt für Herz- und/oder Thoraxchirurgie</p> <p>e) Fachärztin oder Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie</p> <p>f) Fachärztin oder Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</p> <p>g) Fachärztin oder Facharzt für Augen-heilkunde</p> <p>h) Fachärztin oder Facharzt für Urologie</p> <p>i) Fachärztin oder Facharzt für Frauen-heilkunde und Geburtshilfe</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag DKG/PatV (Im Dokument als Nr. 4 definiert, gemeint ist aber offensichtlich Nr. 3)</p>

<p>j) Fachärztin oder Facharzt für Plastische Chirurgie oder Fachärztin oder Fach-arzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie k) Fachärztin oder Facharzt für Kinderchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Kinderheilkunde Pädiatrie oder Fachärztin o-der Facharzt für Kinder- und Jugend-mezizin Von den unter a) bis k) genannten weiteren Fachdisziplinen wird angenommen, dass alle aufgeführten Disziplinen als Hauptfachabteilungen vor Ort vorgehalten werden. Im Falle abweichender Strukturen und Prozesse muss deren Gleichwertigkeit nachgewiesen werden.</p>	
<p>§24 Abs. 3:</p> <p>Krankenhäuser des Moduls Schwerverletztenversorgung müssen folgende Anforderungen an die Kapazität zur Versorgung von 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 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</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 z. B. SOPs sollte geregelt werden, wie im Bedarfsfall die parallele Versorgung von zwei Schwerverletzten gesichert wird.</p>

**notfallchirurgischen Versorgung
bereitgestellt werden können.**

**4. Die Möglichkeit zur zeitnahen
intensivmedizinischen
Behandlung von zwei
Schwerverletzten muss
organisatorisch sichergestellt sein.**

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)

Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg

Vertreten durch:

Prof. Dr. med. Jörg-Chr. Brokman

Prof. Dr. med. Michael

Dr. med. Markus Stolaczyk

Die Anhörung findet voraussichtlich am **23. Oktober 2024** statt

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
24.07.2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
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.

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
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.
--	---

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 23. Oktober 2024 statt.		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.

02.08.2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 5 Grundlagen des Stufenmodells § 5 Absatz 2 unter 2.</p>	<p>Die DGK unterstützt grundsätzlich den Vorschlag der DKG für die folgende Formulierung: „Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, die der jeweiligen Fachabteilung entsprechen, ist jederzeit (an 24 Stunden am Tag an und 7 Tagen pro Woche) (24/7) unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.“</p> <p>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.</p> <p>Die im bisherigen Wortlaut vorhandene und von GKV-SV, KBV und PatV unterstützte Formulierung „...innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar“ beinhaltet eine</p>

	<p>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 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 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>§ 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen, Standortbezug</p>	<p>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 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.</p>

<p>§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung</p>	<p>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, 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>§ 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung</p>	<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 Familienfeindlich. Daher muss in Zeiten des sich verstärkenden Ärztemangels und der zunehmenden Feminisierung der Medizin davon ausgegangen werden, dass selbst</p>

	<p>Maximalversorger Probleme bekommen werden, solche Stellen überhaupt zu besetzen. Erst recht ist ein solches Dienstmodell langfristig unattraktiv, so dass eine hohe Personalfluktuatoin entstehen wird, z.B. durch Abwanderung in den niedergelassenen Bereich. Dadurch ist eher eine Verschlechterung der ärztlichen Versorgungssituation in den 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>
<p>§ 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen</p>	<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>

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

<p>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</p>	<p>Begründung</p>
<p>Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.</p>	<p>Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.</p>

--	--

Diese Stellungnahme wurde von folgenden Autoren erarbeitet:

- Prof. Dr. Christoph Stellbrink, Bielefeld, federführend
- Prof. Dr. Bernd Nowak, Frankfurt am Main, federführend
- Prof. Dr. Lutz Frankenstein, Heidelberg
- Prof. Dr. Evangelos Giannitsis, Heidelberg
- Prof. Dr. Martin Möckel, Berlin
- Priv.-Doz. Dr. Michael A. Weber, Dachau

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 23. Oktober 2024 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.

XX. August 2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§5 Absatz 2 Nummer 2	<p>Die DGP unterstützt in diesem Punkt vollumfänglich die Empfehlung der DKG. 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>
§9 Nummer 1	Die DGP stimmt dem Vorschlag der LV/PatV zu. Eine weitere Spezifikation ist nicht notwendig und erhöht nur den bürokratischen Aufwand.

§9 Nummer 2	<p>Die DGP stimmt der Empfehlung der DKG zu. 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>
§9 Nummer 3	<p>Wie bereits oben ist auch hier der Empfehlung der DKG zu folgen.</p>
§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-Exazerbation signifikant senkt.</p>
§16 Absatz 1	<p>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“.</p>

§18 Absätze 2 und 3	Hier gilt aus Sicht der DGP gleiches wie zu § 13.
§23	Entsprechend der Empfehlung der DKG sollte der bisherige Wortlaut beibehalten werden.
§26 Absatz 2 Nummer 3	<p>Aus Sicht der DGP ist der Empfehlung der DKG/LV/PatV zu folgen.</p> <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>

Literatur

1. Randerath W, Kriegmair M, Markewitz A, Rodeck B, Schmitz-Rixen T, Scharl A, et al. 2023: Fachkliniken – Definition: Vorschlag zur Diskussion aus der Ad-hoc-Kommission Versorgungsstrukturen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Reform der Krankenhausversorgung. German Medical Science – an Interdisciplinary Journal 2023; 21: Doc11, publiziert am 5. Juli 2023.
DOI: 10.3205/000325 (Link), PMID: PMC10436733.

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	Ergänzungen zu den tragenden Gründen ergeben sich aus den oben angeführten Erläuterungen.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.

Die Anhörung findet voraussichtlich am **23. Oktober 2024** statt

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

Stellungnahme

02.08.2024

Stellungnahme zur G-BA Richtlinie „Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V“

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.

Reform der Notfallversorgung

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.

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 einen 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.

Stufen der Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

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.

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.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

DGPPN-Präsident

Reinhardtstr. 29

10117 Berlin

Telefon: 030 240 4772 0

E-Mail: praesident@dgppn.de

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

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

02.08.2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
- Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)

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

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>In dem gestuften System von Notfallstrukturen muss schon ab der Basisnotfallversorgung zwingend fachärztlich-psychiatrische Kompetenz vorgehalten werden</p>	<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.</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</p>

allgemeinen Notaufnahmen und Notfallkliniken behandelt. Dabei handelt es sich zum einen 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.

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. 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.

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.

Die Anhörung findet voraussichtlich am **23. Oktober 2024** statt

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU) Berlin
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) Berlin
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) Berlin

12.08.2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
- Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)

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

Stellungnahme / Änderungsvorschlag DGU/ DGOU/ DGOOC	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. In diesem Zusammenhang ist Klarheit und Rechtssicherheit insbesondere für die stationären Behandlungsstrukturen zu schaffen.
§4 Spezielle Notfallversorgung	Die Versorgung besonderer stationärer Notfälle <div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; padding: 2px; display: inline-block;">DGU/ DGOU/ DGOOC</div> 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.
§5 Grundlagen des Stufenmodells	Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt die der jeweiligen Fachabteilung entsprechen, ist zu jeder Zeit (an 24 Stunden am Tag an und 7 Tagen pro Woche) (24/7) unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.

<p>§9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung</p>	<p>Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder ein verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind. Es liegt in der Verantwortung des Krankenhauses, die Vorgaben organisatorisch umzusetzen. Die entsprechenden beiden Personen kann das Krankenhaus individuell benennen. 2. 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“, sobald die jeweiligen Qualifikationen in diesem Land verfügbar sind. „Anästhesie- und Intensivpflege bzw. -medizin“ oder „Intensivpflege bzw. -medizin“. In Weiterbildung befindliches Personal 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 telemedizinisch/telefonisch.</p>
<p>§ 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung</p>	<p>Die Fachabteilung Nummer 2 aus der Kategorie A ist dabei der Chirurgie oder Unfallchirurgie und die beiden Fachabteilungen der Nummer 4 und 5 aus der Kategorie A der Inneren Medizin nach § 8 gleichzusetzen.</p>
<p>§ 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung</p>	<p>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 der zuständigen Fachabteilung.</p>
<p>§ 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung</p>	<p>Die Fachabteilung Nummer 2 aus der Kategorie A ist dabei der Chirurgie oder Unfallchirurgie und die beiden Fachabteilungen der Nummer 4 und 5 aus der Kategorie A der Inneren Medizin nach § 8 gleichzusetzen.</p>
<p>§ 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung</p>	<p>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 der zuständigen Fachabteilung.</p>
<p>§ 24 Modul Schwerverletztenversorgung</p>	<p>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 Schwerverletzten-Versorgung Stand Oktober 2019[1] erfüllt und zu jederzeit Zeit (24/7) zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt. Die ärztliche Leitung der Fachabteilung Orthopädie und Unfallchirurgie verfügt über die Qualifikation Fachärztin oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie. Zudem ist eine Stellvertretung mit fachgleicher Qualifikation benannt. Als Basisteam für den Schockraum sind zu jeder Zzeit (24/7) im Krankenhaus anwesend:</p> <p>a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit gültigem Zertifikat im Schockraummanagement in mindestens Advanced-Trauma-Life-Support(ATLS-)Kurs-Standard oder eine</p>

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 Weiterbildungsassistentin oder ein Weiterbildungsassistent für Anästhesiologie (Facharztstandard),

d) zwei Pflegekräfte Notaufnahme,

e) eine Pflegekraft Anästhesiologie DKG: und

f) eine medizinisch-technische Radiologiefachkraft (MTRA)

2. 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

c) Fachärztin oder Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie

d) Fachärztin oder Facharzt für Herz und/oder Thoraxchirurgie

e) Fachärztin oder Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie

f) Fachärztin oder Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

g) Fachärztin oder Facharzt für Augenheilkunde

h) Fachärztin oder Facharzt für Urologie

i) Fachärztin oder Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

j) Fachärztin oder Facharzt für Plastische Chirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

k) Fachärztin oder Facharzt für Kinderchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Kinderheilkunde Pädiatrie oder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Von den unter a) bis k) genannten weiteren Fachdisziplinen wird angenommen, dass alle aufgeführten Disziplinen als Hauptfachabteilungen vor Ort vorgehalten werden. Im Falle abweichender Strukturen und Prozesse muss deren Gleichwertigkeit nachgewiesen werden. Die Möglichkeit einer telemedizinischen Einbeziehung ist vorgesehen.

	<p>1. Vorhaltung von Räumlichkeiten in der Notaufnahme zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten</p> <p>2. Es müssen jederzeit (24/7) zwei Operationssäle einschließlich personeller Ausstattung zur notfallchirurgischen Versorgung bereitgestellt werden können.</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 (8-980), einzuhalten.</p> <p>1. Vorhaltung von Räumlichkeiten in der Notaufnahme zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten</p> <p>2. Es müssen jederzeit (24/7) zwei Operationssäle einschließlich personeller Ausstattung zur notfallchirurgischen Versorgung bereitgestellt werden können.</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 (8-980), einzuhalten. Die S3-Leitlinie „Intensivmedizin nach Polytrauma“ aus 2024 ist hier zu berücksichtigen.</p>			
<p>§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder</p>	<p>Dieses Modul ist nur für Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren anzuwenden. Demgemäß erhalten auch Krankenhäuser, 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 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>Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie</p> <table border="1" data-bbox="619 1778 1461 2076"> <tr> <td data-bbox="619 1778 1461 1818">DGU/ DGOU/ DGOOC</td> </tr> <tr> <td data-bbox="619 1818 1461 1995">unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch. Der Nachweis erfolgt über die im Weißbuch Schwerverletztenversorgung DGU 2019 hinterlegten Kooperationsverträge.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="619 1995 1461 2076">Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen unverzüglich für</td> </tr> </table>	DGU/ DGOU/ DGOOC	unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch. Der Nachweis erfolgt über die im Weißbuch Schwerverletztenversorgung DGU 2019 hinterlegten Kooperationsverträge.	Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen unverzüglich für
DGU/ DGOU/ DGOOC				
unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch. Der Nachweis erfolgt über die im Weißbuch Schwerverletztenversorgung DGU 2019 hinterlegten Kooperationsverträge.				
Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen unverzüglich für				

	<p>eine Situationseinschätzung und eine Beratung, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.</p>
<p>§ 29 Inkrafttreten Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen</p>	<p>(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.</p> <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.</p> <p>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 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>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) Berlin
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) Berlin
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) Berlin

Die Anhörung findet voraussichtlich am 23. Oktober 2024 statt

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.

Gezeichnet

Professor Dr Dietmar Pennig
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

Professor Doktor Bernd Kladny
Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
Stellvertretender Generalsekretär
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)
--

13.08.2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen, Satz 2</p> <p>(2) Die Notfallversorgung der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten findet in Krankenhäusern, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach den §§ 3 und 4 teilnehmen, ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA), die immer am Krankenhausstandort vorzuhalten ist, statt. Die ZNA ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich und organisatorisch unabhängiger und hauptsächlich in der Notaufnahme tätiger pflegerischer und ärztlicher Leitung. Die ärztliche Leitung verfügt über die Qualifikation „ZWB KLINAM“ und die pflegerische Leitung verfügt über Qualifikation „Notfallpflege“.</p>	<p>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.</p> <p>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 oder in anderen Funktionsbereichen erbringen. Aus diesem Grund muss die Formulierung um „hauptsächlich in der Notaufnahme tätig“ ergänzt werden.</p> <p>Dies gilt ebenfalls für die pflegerische Leitung.</p> <p>Die DGINA bittet den § 6 (2) entsprechend dem nebenstehenden Formulierungsvorschlag zu ändern.</p>

<p>§9, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung, Satz 1</p> <p>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.</p>	<p>Die DGINA schließt sich dem Vorschlag der LV und PatV an. Die Leitung der Zentralen Notaufnahme (siehe Kommentar zu § 6) und die im Dienst verantwortlichen zuständigen Ärztinnen und Ärzte sind inhaltlich zu trennen.</p> <p>Die Formulierung „im Bedarfsfall“ kann gestrichen werden.</p>
<p>§9, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung, Satz 2</p> <p>Unabhängig vom Patientenaufkommen umfasst das Team der Notaufnahme zur Erfüllung der 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.</p> <p>In Abhängigkeit von der Anzahl der Patientenkontakte ist für die Assistenzärzte ein Stellenschlüssel von 1 VK/1500 Patientenkontakte/Jahr 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/Jahr einzuhalten. Es besitzen mindestens 30% der Pflegekräfte die Zusatzqualifikation „Notfallpflege bzw. befinden sich in WB.</p>	<p>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 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>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>§9, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung, Satz 3</p> <p>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.</p>	<p>Die DGINA unterstützt den Vorschlag von GKV-SV, KBV und PatV, den Wortlaut im Wesentlichen zu belassen.</p>
<p>§9, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung, Satz 4</p> <p>Das unter den Nummern 1 bis 3 genannte Personal nimmt regelmäßig, mindestens 2 mal / Jahr an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil</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>§ 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung</p> <p>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 innerhalb von 60 Minuten nach notfallmedizinischer Erstversorgung durch die Notaufnahme.</p>	<p>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.</p>
<p>§ 11, Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung, Satz 1, (2.)</p>	<p>Die DGINA begrüßt die Aussage zur Befundung der Bildung, die bisher nicht ausdrücklich genannt wurde.</p>

<p>(1) ¹Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung verfügen über die für die Durchführung von Diagnostik und Therapie nach aktuellem medizinischem Standard erforderliche medizinisch-technische Ausstattung.</p> <p>²Insbesondere die folgende medizinisch-technische Ausstattung ist am Standort vorzuhalten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ein Schockraum und 2. eine 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung, die auch gegeben ist, wenn sie durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer jederzeit (24/7) sichergestellt wird. Die Befundung ist auch teleradiologisch möglich. 	
<p>§ 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung, Satz 3</p> <p>(3) Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Geriatric. 	<p>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.</p> <p>Demgegenüber erfordert die internistische Weiterbildung stets einen allgemeininternistischen Teil, der es erlaubt bei Vorhandensein einer fachinternistischen Abteilung auch die allgemeininternistischen Erfordernisse abzubilden.</p> <p>Die DGINA schlägt vor, dass in der Kategorie B als weitere Fachabteilung die Geriatric mit aufgenommen wird. Auf diese Weise wird der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Wichtigkeit der Geriatric für die Notfallversorgung Rechnung getragen.</p>
<p>§ 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung</p> <p>Unabhängig von Patientenaufkommen: Ergänzend zu den unter § 9 genannten Anforderungen besteht eine Anwesenheit von Ärzten des Stammpersonals mit der ZWB oder in</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>Weiterbildung befindlich von 8:00-22:00 Uhr, von 22:00 - 08:00 Uhr Rufdienst.</p> <p>Abhängig vom Patientenaufkommen: Fachärzte 1 VK/4000 Patientenkontakte/Jahr (unter Anrechnung des Anwesenheitsdienstes) Assistenzärzte 1 VK/1500 Patientenkontakte/Jahr</p>	
<p>§ 17 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung</p> <p>Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 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 von 0,25 VK Assistenzärzte / Bettplatz vorzuhalten. Das ärztliche Personal ist zusätzlich zu dem unter § 9 und § 14 beschriebenen Personalvorgaben vorzuhalten.</p> <p>Die pflegerische Besetzung sollte einen Schlüssel von 1 VK Pflege / 4 Patienten betragen.</p>	<p>Die Beobachtungsstation muss organisatorisch und räumlich der Zentralen Notaufnahme angeschlossen sein. 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>Das Patientengut der Beobachtungsstation bedarf oftmals eines erhöhten Überwachungsbedarfs, sowie einem Monitoring auf IMC-Niveau. Dies bedingt einen entsprechenden ärztlichen und pflegerischen Personalbedarf, der sich am IMC Standard orientieren muss.</p>
<p>§ 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung, Satz 3</p> <p>(3) Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an:</p> <p>1. Innere Medizin und Pneumologie,</p>	<p>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</p>

<ol style="list-style-type: none"> 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. 	
<p>§ 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung</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 - 08:00 Uhr Bereitschaftsdienst.</p> <p>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 Mit diesen Anforderungen wird dem höheren Patientenaufkommen in der umfassenden Notfallversorgung Rechnung getragen.</p>
<p>§ 22 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung</p> <p>Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung erfüllen die Vorgaben nach den §§ 12 und 17 zu den strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen.</p>	<p>Entsprechend den von der DGINA vorgeschlagenen Änderungen der §§ 12 und 17 (siehe oben)</p>

<p>Abschnitt VI. Spezielle Notfallversorgung</p>	
<p>§ 24 Modul Schwerstverletztenversorgung</p> <p>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 Schwerstverletztenversorgung in der aktuell gültigen Version erfüllt und jederzeit Zeit (24/7) zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt sowie über 1 Leitenden Arzt/Ärztin 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.</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.</p> <p>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 fachübergreifenden notfallmedizinischen organisatorischen Notwendigkeiten implementieren.</p>
<p>§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder 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: Eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft oder eine Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit Vertiefung Pädiatrie oder eine Pflegefachfrau/Pflegefachmann mit ausgewiesener Erfahrung über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung.</p>	<p>Durch die Reform der Pflegeberufe-Ausbildung werden deutschlandweit nahezu keine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte mehr ausgebildet. 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>§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder Absatz 4, Nummer (2)</p> <p>Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Kinder- und</p>	<p>Dass das Krankenhaus der umfassenden Notfallversorgung im Bereich der Kinder Notfallmedizin eine Neonatologische Intensivstation vorhält, ist sinnvoll. Dass es sich dabei um eine eigene Fachabteilung handeln muss, ergibt keinen Zugewinn für den neonatologischen Notfallpatienten, der in einer Kinder-Notaufnahme vorgestellt wird.</p>

<p>Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie am Standort.</p>	
<p>§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder Absatz 4, Nummer (7)</p> <p>Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens 8 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 oder 2 nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene am Standort.</p>	<p>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. Die Unterscheidung, ob Kinder, die bei Geburt weniger als 1250 g wiegen versorgt werden dürfen, hat keinen Einfluss auf die Notfallversorgung in einer Kindernotaufnahme.</p>
<p>§ 27 Modul Schlaganfallversorgung</p> <p>Ein Krankenhaus, das die Anforderungen der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) dieser Regelung nicht erfüllt, jedoch über eine Stroke Unit verfügt, 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 einem FA mit ZWB KLINAM.</p>	<p>Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung für „Klinische Akut- und 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. 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. 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>§ 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen Absatz 1, a)</p> <p>Einer CPU müssen feste Überwachungskapazitäten 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>Absatz 5, b)</p> <p>Oberarzt oder Oberärztin: Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie oder Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“</p> <p>Absatz 6, Organisation, a)</p> <p>Leitung: 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>Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“</p> <p>Absatz 6, Organisation, c)</p> <p>Oberärztinnen oder Oberärzte (Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie und/oder mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“</p>	
<p>§ 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen, Absatz 2, d)</p> <p>d) „Komplett ausgestattete Notfalleinheit“ „nichttraumatologischer Schockraum“ (mindestens Defibrillator; Ausstattung zur Behandlung akuter respiratorischer Störungen inkl. Thoraxdrainagen, Sauerstoff; Ausstattung zur differenzierten Kreislauftherapie und Postreanimationstherapie inklusive Perfusoren, intraossärem Zugang; mobiles Ultraschallgerät; Notfallmedikamente).</p>	<p>Die strukturelle und technische Ausstattung zur Versorgung kritisch kranker, nichttraumatologischer Schockraumpatienten muss standardisiert werden. Die Etablierung einer geeigneten Behandlungseinrichtung inkl. baulicher Grundvoraussetzungen und Ausstattungsmerkmalen im Sinne eines Schockraumes ist erforderlich und geht über eine „Notfalleinheit“ hinaus.</p>
<p>§ 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen, Absatz 4, a)</p> <p>a) 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, nicht-kardialer Thoraxschmerz.</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>§ 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen, Absatz 4, g)</p> <p>g) Es besteht eine Kooperationsvereinbarung mit Kliniken für Gastroenterologie, Herz- und Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie“</p>	<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</p>

	Berücksichtigung der Risikokonstellation aller Entitäten ist notwendig.
<p>§ 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen, Absatz 5, Ausbildung a)</p> <p>Assistent/in oder Assistent: Mindestens 2 Jahre internistische/kardiologische Berufserfahrung, ausreichende Intensivverfahren von mindestens 6 Monaten, ausreichende notfall- und akutmedizinische Erfahrung in einer Notaufnahme von mindestens 6 Monaten, Echokardiographieerfahrung, Erfahrung auf dem Gebiet der kardiovaskulären Prävention,</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.
<p>§ 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen, Absatz 5, d)</p> <p>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 Reanimationstraining (Advanced Life Support oder Äquivalent) stattfinden.</p>	Aus Sicht der DGINA sollte im Sinne der Qualitätsanforderung „regelmäßig“ genauer definiert werden. Die Mindestforderung zum Reanimationstraining wäre <i>alle zwei Jahre</i> .

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

DGINA e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 23. Oktober 2024 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	-
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	-



An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Ausschließlich via E-Mail: bedarfsplanung@g-ba.de

Bonn, 13. August 2024

Stellungnahmerecht gemäß § 136c Absatz 4 Satz 4 SGB V als betroffene medizinische Fachgesellschaft
hier: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Sehr geehrter [REDACTED],
sehr geehrte Damen und Herren,

gerne nehmen wir die Möglichkeit wahr, zu Ihrer Anfrage zu den Regelungen im Betreff, Stellung nehmen zu können.

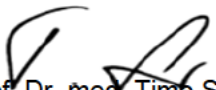
Durch fachübergreifende Diskussionen sind die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie und die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zu der Erkenntnis gekommen, dass wichtige Punkte in den Regelungen beide Fachbereiche in vergleichbarer Weise befassen. Deshalb haben die beiden Gesellschaften beschlossen, eine gemeinsame Stellungnahme einzureichen, die Sie in der Anlage finden.

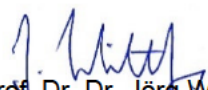
Absehbar planen wir, an der Anhörung am 23.10.2024 ebenfalls teilzunehmen.

Gern stehen die Fachgesellschaften für Diskussionen zur Verfügung.

Die Fachgesellschaften wären für eine kurze Eingangsbestätigung dankbar.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. med. Timo Stöver
Präsident der DGHNO-KHC


Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang
Präsident der DGMKG

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V., Hofheim

13. August 2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- **Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die**
- **Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)**

- 1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 (2) 2	<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.</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. 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. 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>
§ 6 (2)	<p>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.</p>
§ 9 und so auch § 14 und § 19	<p>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</p>
§ 11 (2)	<p>Die Notfallverlegung per Hubschrauber sollte unabhängig von der Tageszeit möglich sein. Manche Landeplätze dürfen offensichtlich nur bei Tageslicht angefliegen werden (Lage, Ausstattung).</p>
§ 24	<p>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.</p>
§ 25	<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,</p>

	atemwegskompromittierende Abszesse etc.) Eine Fachzuordnung sollte wie in den Stufen 2 oder 3 der Erwachsenennotfallmedizin erfolgen.

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Keine separaten Kommentare, diese sind in der Kommentierung zu den Regelungen im Sinnzusammenhang angesprochen, siehe oben.	entfällt

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V., Hofheim		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 23. Oktober 2024 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	DGHNO-KHC und DGMKG planen eine Teilnahme.
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss

stellv. Abteilungsleiter Methodenbewertung /
Veranlasste Leistungen

via E-Mail: bedarfsplanung@g-ba.de

Die Präsidentin

Univ.- Prof. Dr.
Ursula Felderhoff-Müser

Geschäftsstelle

Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax: +49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Hausadresse:

Universitätsklinikum Essen (AöR)
Zentrum für Kinder- und
Jugendmedizin
Klinik für Kinderheilkunde I
Hufelandstr. 55
45147 Essen
Tel. +49 201 723 2450/2451
Fax: +49 201 723 5727
praesidentin@dgkj.de

Essen, 13.08.2024

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

Sehr geehrter [REDACTED],

für die direkte Einbeziehung der DGKJ und die damit verbundene Möglichkeit zur Stellungnahme zur Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V danken wir.

Aufgrund der außerordentlichen Wichtigkeit von Vorgaben, die einer realisierbaren Ausstattung entsprechen, haben wir uns erlaubt, über die angefragte Kommentierung zu entsprechenden Abschnitten des Beschlussentwurfs hinaus wichtige Punkte für die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen im beigefügten Formular einzubringen.

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 „unzureichend“ ausgelegt werden, wenn bei den alleinstehenden Kinderkliniken die anderen Kriterien erfüllt sind und eine weitere Kinder-Intensivstation am Haus vorgehalten wird.

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 resultierte die damalige Vorgabe von 10 pädiatrischen Intensivbetten aus einer 1:1 Übernahme der Vorgabe von 10 Intensivbetten für Erwachsene. Der Bereich Kinder- und Jugendmedizin stellt aber einen weitaus kleineren Patientenpool dar als die gesamte Erwachsenenmedizin. Eine Beibehaltung des cut-offs von 10 Betten ist aus Versorgungsaspekten für die umfassende Notfallversorgung von Kindern und

Jugendlichen unsinnig; vielmehr würde eine signifikante Zahl an großen, auch universitären Kinderkliniken in diesem Fall aus der umfassenden Notfallversorgung herausfallen, selbst wenn sie eine umfassende, bedarfsangemessene intensivmedizinische Versorgung ermöglichen können.

Für Rückfragen stehen wir gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ursula Felderhoff-Müser'.

Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
13.08.2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 25, Abs. 4 Nr. 7 (Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens 10 Betten 6 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene am Standort.)</p>	<p>Zu § 25 Abs. 4 Nr. 7 (Umfassende Notfallversorgung Kinder) sollte eine Änderung erfolgen, damit</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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>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 Kinder- und Jugendmedizin stellt einen weitaus kleineren Patientenpool dar als die gesamte Erwachsenenmedizin, daher sind hier auch niedrigere cut-offs begründet.</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.
§ 25, Abs. 4, S. 21: 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.
§ 25, Abs. 5, S. 21: 4. 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.
§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder, Abs. 3, S. 20: 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.

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
------------------------------------	------------

<p>Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.</p>	<p>Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 23. Oktober 2024 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	



Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für internistische Intensiv- und Notfallmedizin

[Bitte klicken Sie hier und fügen das Datum Ihrer Stellungnahme ein 13.8.2024](#)

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 5 (2) 2.: die DGIIN befürwortet folgende Formulierung: „unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung und auch eine persönliche Patientensichtung verfügbar, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch“	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 dieser Punkt ergänzt und der Vermerk zu einer telefonischen Beratung gestrichen, da eine solche immer möglich ist. Die telemedizinische Betreuung sehen wir als zukunftsorientiert an. Hierfür müssten jedoch Mindeststandards definiert werden, entspricht einer erweiterter telefonischen Beratung, kann aber in keinem Fall die persönliche Anwesenheit ersetzen.
§9 1. die DGIIN befürwortet am ehesten folgende Formulierung: „Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Fachärztin oder ein verantwortlicher Facharzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch	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

Formatiert: Hervorheben

<p>eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und 24/7 in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.“</p>	<p>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</p> <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 Weiterbildungsbeugnis. 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 mindestens fünf Jahren in Arbeit in einer Notaufnahme innerhalb der letzten zehn Jahre. <u>Die fachliche Leitung muss allerdings über die Zusatzqualifikation Notfallpflege verfügen.</u> 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 <u>VK</u>.</p>
<p>§9 2. die DGIIN befürwortet am ehesten folgende Formulierung: „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</p>	<p>Die von der DKG mit aufgelistete „Notfallmedizin“ ersetzt in keinster 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 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>

Kommentiert [MK1]: Hierüber müssen wir diskutieren, da die anderen Berufsgruppen keine Zugangsberechtigung zu der FWB Notfallpflege besitzen. Dies könnte in den tragenden Gründen ergänzt werden z.B. Falls die nicht-ärztliche Leitung nicht über die Fachweiterbildung Notfallpflege verfügt, muss eine fachliche Leitung mit dieser Weiterbildung etabliert sein.

Aus meiner Sicht muss die fachliche Leitung über die FWB Notfallpflege verfügen.

Kommentiert [PDHB2R1]: Dies wäre eine gute Lösung. Ich unterstütze die Fachlichkeit absolut. Wir sollten die Notfallpflege unterstützen und nicht noch weitere parallele Welten aufbauen.

Neben einer Gesamtleitung sollte es bei großen Notfallzentren ein pflegepädagogische und eine pflegefachliche Leitung im Leitungsteam sein

„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 Zusatzweiterbildungen/-qualifikation, die im Bedarfsfall hinzugezogen werden können

Hier der Vorschlag für die Beschreibung der Facharztpräsenz:

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.

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 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 erweiterte 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 können. Nach unseren Berechnungen wäre dies ab 30.000 Notfallpatienten/Jahr der Fall.

Zudem sollte mindestens 1 Assistenzarzt ist 24/7 in der Notaufnahme anwesend

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.

Kommentiert [PDHB3]: Für wen soll die alternative gelten? Für die umfassende Versorgungsstufe? Dort fordern wir dass es verpflichtend kommt

<p>§9 3. die DGIIN befürwortet folgende Formulierung: Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein 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>	<p>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- 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>
<p>§ 11 (1) die DGIIN befürwortet die Möglichkeit zur teleradiologischen Befundung</p>	
<p>§ 12 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der Basisnotfallversorgung Satz 2: Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. Mindestens 80% aller Notfallpatientinnen und Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität</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>§ 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</p>

	<p>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 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 <u>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.</u></p> <p>Aufgrund der Unplanbarkeit von Notfällen mit verschiedener Behandlungskomplexität ist die kontinuierliche Anwesenheit einer weitergebildeten Pflegekraft dringend erforderlich.</p>
<p>§ 19 die DGIIN befürwortet ein Belassen der bisherigen Formulierung</p>	<p>Siehe § 9+14</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 nicht umzusetzen. Als geeignete Alternative sieht die DGIIN ohne wesentliche Qualitätsreduktion eine Anwesenheit von Ärzten in Weiterbildung zur 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>§ 20 die DGIIN befürwortet folgende Formulierung“ Krankenhäuser der umfassenden</p>	<p>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</p>

Kommentiert [KM4]: Hierdurch hätten wir noch eine Übergangslösung- die FWB Notfallpflege ist seit 2016/2017 nahezu bundesweit (aktuell bundesweit verfügbar) verfügbar- hier muss es doch möglich sein, eine ausreichende Anzahl von Pflegekräften zu qualifizieren.

Kommentiert [W55R4]: Wir brauchen das schon für die MD Prüfung. Wir schaffen es ca 1-2 mal pro Monat nicht krankheitsausfälle von Notfallpflegenden durch Notfallpflegende zu ersetzen und haben daher einen Rufdienst eingerichtet. Da es ja beim MD immer nur 100% gibt, sofern es nicht anders da steht, sollte man das beibehalten finde ich oder eine 80%ige Erfüllung verlangen. War das in diesem Paragraphen auch erwähnt?

<p>Notfallversorgung halten abweichend von § 10 eine Intensivstation mit mindestens 20 Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patientinnen oder Patienten ausgestattet sind. 2 Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Anfrage durch die Zentrale Notaufnahme</p>	<p>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</p>
<p>§ 24-28</p> <p>§24 Die DGIIN befürwortet die Konkretisierung des GKV-SV / PatV zu den Anforderungen an die Intensivstationen für die Schwerverletztenversorgung (3)</p> <p>(4)</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 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>(5) Hier erscheint mir die Formulierung der DKG pragmatischer</p> <p>(6) Keine Regelung- (wie die DKG)</p>	<p>Die DGIIN befürwortet, dass in einem Haus mit Spezieller Notfallversorgung ebenfalls</p> <p>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 /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>§26 Beibehaltung der bisherigen Regelung</p> <p>§27 Die DGIIN befürwortet folgende folgende Formulierung: Das Krankenhaus erbringt jährlich mindestens 10 Fälle mit dem OPS-Kode: 8-981.3 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls auf einer Schlaganfallereinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen) am Standort.</p> <p>§28 Die DGIIN befürwortet folgende Formulierung: <u>[bisheriger Wortlaut]</u> entspricht einem Krankenhaus, welches an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnimmt und erhält für die in der CPU behandelten Fälle Zuschläge</p>	
<p>§29 / Anlage 1</p> <p>§ 1 Anwendungsbereich (1) Diese Anlage regelt die Anwendung von Folgen der Nichteinhaltung von Anforderungen nach Maßgabe der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen) für Krankenhausstandorte, die nach einer getroffenen Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntg die jeweiligen Anforderungen der Abschnitte III. bis VI. gemäß den Notfallstufen-Regelungen nicht einhalten. Die etwaige Nichteinhaltung von Anforderungen gemäß den Notfallstufen-Regelungen wird im Rahmen einer Kontrolle der Einhaltung der der Qualitätsanforderungen nach</p>	

Formatiert: Schriftart: Nicht Fett

Maßgabe von Abschnitt 3 Teil B der MD-QK-RL festgestellt. Anforderungen nach dieser Anlage sind Mindestvoraussetzungen gemäß § 1 Absatz 1

Satz 2 der Notfallstufen-Regelungen.
(2) Gemäß § 15 Absatz 1 Teil A MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) übermittelt der Medizinische Dienst (MD) den Kontrollbericht unverzüglich an die beauftragende Stelle und an das kontrollierte Krankenhaus. Ergibt sich aus dem Kontrollbericht nach Maßgabe von § 14 Teil A MD-QK-RL, unter Würdigung der Stellungnahme des Krankenhauses nach Maßgabe des § 15 Teil A MD-QK-RL, die Nichteinhaltung von Mindestvorgaben der jeweiligen Anforderungen der Abschnitte III. bis VI., greifen Maßnahmen gemäß Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL), welche nachfolgend festgelegt werden.

§ 2 Zuständige Stellen und Berichtspflichten

(1) Zuständige Stellen für die Anwendung der Maßnahmen bei Nichteinhaltung von Anforderungen gemäß QFD-RL sind:
1. die Vertragsparteien der Budgetverhandlung nach § 11 KHEntgG,
2. der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)
und,
3. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden.

(2) Die zuständigen Stellen nach Absatz 1 vereinbaren je nach Art und Schwere der festgestellten Nichteinhaltung von Anforderungen an ein gestuftes System der Notfallversorgung entweder Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung nach § 4 Absatz 2 oder die zuständigen Stellen nach Absatz 1 wenden

<p>Durchsetzungsmaßnahmen nach § 4 Absatz 4, an.</p> <p>(3) Die zuständigen Stellen nach Absatz 1 Nummer 1 sind verpflichtet, den Landeskrankenhausgesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen des jeweiligen Bundeslandes koordiniert darüber zu berichten, welche Anforderungen in welchem Umfang nicht mehr erfüllt werden sowie über die durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse.</p> <p>(4) Die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen des jeweiligen Bundeslandes sind nach Erhalt eines Berichtes nach Absatz 3 ihrerseits verpflichtet dem G-BA einmal jährlich koordiniert darüber zu berichten, welche Anforderungen in welchem Umfang nicht mehr erfüllt werden sowie über die sämtlichen durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse.</p> <p>§ 3 Nachweisverfahren</p> <p>(1) Das Erfüllen der Anforderungen einschließlich der ggf. zum Zeitpunkt des Nachweises vorliegenden Abweichungen nach Absatz 2 ist vom Krankenhausstandort gegenüber den Vertragsparteien der Budgetverhandlung nach § 11 KHEntgG in Form einer – zwischen den Vertragsparteien abgestimmten - Checkliste nachzuweisen.</p> <p>(2) Krankenhausstandorte, die nach einer getroffenen Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG die jeweiligen Anforderungen der Abschnitte III. bis VI. an ein gestuftes System der Notfallversorgung nicht mehr erfüllen, teilen dies unter Angabe der Gründe innerhalb einer Woche nach Eintreten der Nichterfüllung der Anforderungen den Vertragsparteien der</p>	<p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p>
--	--

Budgetverhandlungen nach § 11 KHEntgG und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden mit.

(3) Im Falle der Nichterfüllung einzelner Anforderungen ist der Standort dazu verpflichtet, diese unverzüglich wieder zu erfüllen.

§ 4 Arten von Konsequenzen und entsprechende Maßnahmen

(1) Gemäß QFD-RL können je nach Art und Schwere von Verstößen gegen Anforderungen sowohl Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung, als auch Durchsetzungsmaßnahmen vorgesehen werden. Dabei sollen Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung den Durchsetzungsmaßnahmen grundsätzlich vorangehen.

(2) Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung gemäß § 4 QFD-RL umfassen im Rahmen dieser Anlage insbesondere:

1. Schriftliche Empfehlung,
2. Zielvereinbarung, z. B. zur Mängelbehebung bei kurzfristiger Nichterfüllung,
3. Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen oder Kolloquien,
4. Teilnahme an Qualitätszirkeln, Audits, Begehungen/Visitationen oder Peer Reviews,
5. Implementierung von Vorgaben für das interne Qualitätsmanagement,
6. Implementierung von Standard Operating Procedures (SOPs) [GKV-SV: und]
7. Prüfung unterjähriger Auswertungsergebnisse

(3) Die Durchführung von in Absatz 2 aufgeführten Maßnahmen samt der damit verbundenen Wiedererfüllung der Anforderung muss nach Ablauf einer von den Vertragsparteien der Budgetverhandlung nach § 11 KHEntgG

<p>vereinbarten Frist vom Krankenhaus schriftlich nachgewiesen werden. Sollte die Nichterfüllung von Anforderungen, welche zu Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung geführt haben, nach Ablauf der festgelegten Frist weiterhin bestehen, können Durchsetzungsmaßnahmen nach Absatz 4 angewendet werden. Die zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1 Nummer 3 sind über die Vereinbarung von Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen zu informieren.</p> <p>Die konkrete Umsetzung der Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen nach Absatz 2 erfolgt durch die zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1</p> <p>(4) 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 an mindestens einem Tag die Anforderungen nicht erfüllt werden, entfällt 1/12 des Anspruchs auf den für das Vereinbarungsjahr vereinbarten entsprechenden Zuschlag gemäß den §§ 3 bis 8 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung, für die Stufe bzw. das Modul, in dem die Anforderungen nicht eingehalten wurden. Sofern der für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Zuschlag von dem tatsächlichen Anspruch auf den Zuschlag für das jeweilige Kalenderjahr unter Berücksichtigung des anteiligen bzw. vollständigen Wegfalls von Zuschlägen abweicht, wird der ermittelte Differenzbetrag über den Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 Satz 1 KHEntg im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.</p> <p>2. Herabsetzung auf eine niedrigere Notfallstufe (von 2 auf 1, von 3 auf 2</p>	
---	--

oder von auf 1), falls die Anforderungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Notfallstufen-Regelungen erfüllt werden.

3. Bei dem vollständigen Wegfall der Notfallstufe (Herabsetzung auf 0) erfolgt neben den weiteren hier aufgeführten Durchsetzungsmaßnahmen zusätzlich ein Abschlag (60EUR/ vollstationären Behandlungsfall) gemäß § 1 Absatz 1 Notfallstufen-Regelungen.

4. Die Information Dritter über die expliziten Verstöße. Dritte in diesem Sinne sind insbesondere Stellen, die nur in Kenntnis dieser Information ihre gesetzlichen oder untergesetzlichen Aufgaben sachgerecht erfüllen können. Dies sind insbesondere:

- a. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und
- b. der Gemeinsame-Bundesausschuss

5. Einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

(5) Bei Durchsetzungsmaßnahmen nach Absatz 4 Nummer 1 berechnet sich der Wegfall von Zuschlägen nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntG anteilig gemäß dem ursprünglichen Vereinbarungszeitraum und

- 1. dem Bekanntwerden des Anhaltspunktes für die Beauftragung der Kontrolle nach § 27 MD-QK-RL oder
- 2. der gezogenen Stichprobe nach § 32 MD-QK-RL.

Dies umfasst explizit die (anteilige) Rückzahlung von bereits gewährten Zuschlägen gemäß der Richtlinie. Die konkrete Umsetzung des Wegfalls des Vergütungsanspruchs bzw. die Erhebung von Abschlägen nach Absatz 4 Nummer 1 und Nummer 3 erfolgt durch die dafür

zuständigen Stellen nach § 1 Absatz 2.

§ 5 Konsequenzen nach Art der Nichteinhaltung

1) Bei der Nichteinhaltung der folgenden Anforderungen sind Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung anzuwenden:

1. barrierefreier Zugang zur ZNA (§ 6 Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit § 30 Notfallstufen-Regelungen),

2. fachspezifische Fortbildungen (§ 9 Nummer 4),

3. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme

(§ 12 Nummer 2, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 7 Nummer 2, § 25 Absatz 2 Nummer

4), wenn weniger als 100 % und mindestens 80 % aller

Notfallpatienten des Krankenhauses spätestens zehn Minuten nach

Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der

Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten),

4. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme

(Dokumentation der Patientenversorgung)

(§ 12 Nummer 3, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 7 Nummer 3),

5. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (dokumentiertes Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept für Kinder und Jugendliche, schriftliche

Standards für die Diagnostik und Therapie sowie Vorhaltung eines

Hubschrauberlandeplatzes oder einer Hubschrauberlandestelle) (§ 25

Absatz 2 Nummer 2 und 5, § 25 Absatz 3 Nummer 6 und § 25 Absatz 4

Nummer 10),

6. Leitliniengerechte

Behandlungspfade einer

CPU (§ 28 Nummer 4 a und § 28 Nummer 5 d).

7. Aufnahmebereitschaft innerhalb von 60

Min. (§ 15 Satz 2 und § 20 Satz 2)

Bei wiederholten Verstößen kann von Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung abgesehen werden und es können gleich Durchsetzungsmaßnahmen angewendet werden. Entsprechende Verstöße müssen sich nicht auf eine bestimmte Anforderung der Richtlinie beschränken und können innerhalb einer Prüfung durch den MD festgestellt werden.

(2) Bei der Nichteinhaltung der folgenden Anforderungen sind Durchsetzungsmaßnahmen anzuwenden :

1. Art und Anzahl von Fachabteilungen (§ 8, § 13, § 18, § 24 Absatz 2, § 25 Absatz 2 Nummer 1, § 25 Absatz 3 Nummer 3, § 25 Absatz 4 Nummer 2 i. V. m. § 5 Absatz 2),

2. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals (§ 9 Nummer 1, Nummer 2, Nummer 3, § 14 und § 19 sowie § 24 Absatz 3 und 4, § 25 Absatz 3 Nummer 2, § 25 Absatz 4 Nummer 4 und 5, § 28 Nummer 5 a bis c, § 28 Nummer 6),

3. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten (§§ 10, 15 und 20 sowie § 24 Absatz 5, § 25 Absatz 3 Nummer 4 und § 25 Absatz 4 Nummer 7),

4. Medizinisch-technische Ausstattung § 11, § 16 (unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Absatz 2 Satz 2), § 21 (unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Absatz 2 Satz 3), § 24 Absatz 6, § 25 Absatz 3 Nummer 5, § 25 Absatz 4 Nummer 8 und 9 sowie § 28 Nummer 2),

5. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (§ 12 Nummer 1, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 7 Nummer 1, § 25 Absatz 2 Nummer 3, § 25 Absatz 4 Nummer 3 und 6 i. V. m. § 6 Absatz 2 Satz 2),

Kommentiert [MK6]: Hier wäre es wichtig, dass die Nichteinhaltung der personellen Vorgaben auch durch Sanktionen belegt werden, da dieser Punkt sonst „zahnlos“ wird

<p>6. Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (§ 12 Nummer 2, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 7 Nummer 2, § 25 Absatz 2 Nummer 4), wenn weniger als 80 % aller Notfallpatienten des Krankenhauses spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten),</p> <p>7. Mindestfallzahlen einer Stroke Unit (§ 27),</p> <p>8. Räumliche Voraussetzungen einer CPU (§ 28 Nummer 1),</p> <p>9. Diagnostische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 3),</p> <p>10. Therapeutische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 4 b bis f),</p> <p>11. Mindestvorgaben in Bezug auf Personal, Ausstattung und Organisation (§ 26 Absatz 2 Nummer 3),</p> <p>12. Aufnahmebereitschaft innerhalb von 60 Min. (§ 15 Satz 2 und § 20 Satz 2)</p>	<p> </p> <p> </p> <p> </p>
<p>§30</p> <p>Wenn mit der Erfüllung der Anforderungen nach barrierefreier Zugänglichkeit der ZNA gemäß § 6 Absatz 2 im Einzelfall unvertretbare Mehrkosten verbunden sind, gilt Satz 1 für diese Anforderungen nicht.</p>	<p>Zum Teil sind die Anforderungen an einen Barrierefreien Zugang nicht erfüllbar, daher sollten Einzelfallprüfungen ermöglicht werden.</p>

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Zu § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden</p>	<p>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.</p>

<p>Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung Nr 1</p>	
<p>Zu § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung Nr 2</p>	<p>Die Definition der DKG wird bevorzugt aber nicht vollständig geteilt:</p> <p>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 DKG, dass Fachärzte mit der ZWB KANM 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>
<p>Zu § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung Nr 3</p>	<p>Zur Zeit: Bei den 30 min muss definiert werden ab wann. 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. Weniger bedeutsam für die Innere Medizin, da hier oft nur beratend eingegriffen werden muss, insbesondere dann, wenn ein Facharzt mit oder in Weiterbildung zur Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin vor Ort ist.</p> <p>Ist dieser nicht vor Ort sind 30 min als Anfahrt nach Alarmierung zu lang, um kritische Situationen, wie eine Notfallintubation zeitgerecht durchzuführen</p>
<p>Zu § 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung</p>	<p>Es sollten auch Fachärzte anerkannt werden die sich in der Weiterbildung zur Klinischen Akut- und Notfallmedizin befinden</p>
<p>Zu § 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung</p>	<p>Es sollten auch Fachärzte anerkannt werden die sich in der Weiterbildung zur Klinischen Akut- und Notfallmedizin befinden</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.

Die Anhörung findet voraussichtlich am **23. Oktober 2024** statt

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

DIVI e.V. · Schumannstraße 2 · 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung/
Veranlasste Leistungen
Postfach 120606
10596 Berlin

13.08.2024

Betr.: Stellungnahme zur Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Sehr geehrter Vorsitzender des Unterausschusses Bedarfsplanung,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme zur geplanten Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.

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.

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: So soll beispielsweise die Facharztverfügbarkeit innerhalb von 30 min in Präsenz am Patienten durch eine unverzügliche Verfügbarkeit zur

Präsident

Prof. Dr. med. F. Walcher

Vizepräsidenten

Prof. Dr. med. G. Marx, FRCA
Prof. Dr. med. F. Hoffmann

Generalsekretär

Prof. Dr. med. U. Janssens

Schatzmeister

Prof. Dr. med. H. Huttner

Schriftführer

Prof. Dr. med. C. Waydhas

**Vertreter der
außerordentlichen Mitglieder**

Dr. med. M. Deininger

**Vertreterin der
Gesundheitsfachberufe**

Frau Dr. Teresa Deffner

Beisitzer

Prof. Dr. Sebastian Brenner
Prof. Dr. med. Ch. Karagiannidis
Prof. Dr. med. O. Sakowitz
Prof. Dr. med. A. Zarbock

Geschäftsstelle der DIVI

med. Geschäftsführer
Prof. Dr. med. A. Markewitz
Geschäftsführer
Volker Parvu, Dipl. Inf.
Schumannstr. 2
10117 Berlin
Tel +49 30 4000 5607
Fax +49 30 4000 5637

Eingetragen im Vereinsregister

Düsseldorf VR5548
St.Nr. 27/640/59133

Bankverbindung

Deutsche Bank Köln
IBAN DE06 3707 0060 0252 0344 00
BIC DEUTDE33XXX

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 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:

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>

In Bezug auf die Strukturvorgaben für die spezielle Notfallversorgung (Kap. VI, §§23ff.) werden demgegenüber umfangreiche 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_Auflage.pdf).

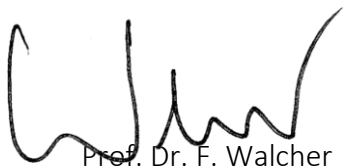
Schließlich werden im Kap. VII die Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvoraussetzungen bzw. Anforderungen umfassend ergänzt, die als

Grundlage für die Prüfung der Notfallstrukturen in den Krankenhäusern und als Durchsetzungsmaßnahmen dienen sollen.

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 Regelungen des Notfallstufen-Systems aufzeigen zu können.

Wir freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. F. Walcher
Präsident der DIVI

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)
13.08.2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
	<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 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.</p> <p>Zur Sicherstellung der Qualität in Notfallversorgung aber erscheint aus Sicht der DIVI eine Relativierung der bis dato gültigen Mindestvoraussetzungen für die Notfallstufen <u>nicht</u> 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>

In Bezug auf die Strukturvorgaben für die spezielle Notfallversorgung (Kap. VI, §§23ff.) werden demgegenüber umfangreiche 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._Auflage.pdf).

Schließlich werden im Kap. VII die Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvoraussetzungen bzw. Anforderungen umfassend ergänzt, die als Grundlage für die Prüfung der Notallstrukturen in den Krankenhäusern und als Durchsetzungsmaßnahmen dienen sollen.

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 Regelungen des Notfallstufen-Systems aufzeigen zu können.

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 23. Oktober 2024 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen Teil
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 20.08.2024

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen

██████████
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der
Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern
gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

Ihr Schreiben vom 16.07.2024

Sehr geehrter ██████████,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüßen

██████████

Anlage



Geschäftsstelle der
Bundesärztekammer
in Berlin



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über
eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von
Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften
Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Berlin, 20.08.2024

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 16.07.2024 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich eines Beschlussentwurfs über eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V aufgefordert.

Die Änderungen erfolgen laut dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) aufgrund von „Rückmeldungen aus der Praxis - sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch auf Seiten der Medizinischen Dienste zu Umsetzungsschwierigkeiten bei der Auslegung der Notfallstufen-Regelungen“ bzw. laut Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) aufgrund von „unterschiedlichen Interpretationen der bestehenden Regelungen und verschiedenen Hinweisen aus den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst und den einschlägigen Fachgesellschaften“.

Der Beschlussentwurf liegt aufgrund erheblicher Dissense der Bänke des G-BA überwiegend in tabellarischer Form vor.

Die wichtigsten Änderungen und Regelungsvorschläge betreffen unter anderem den zeitlichen Rahmen einer Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten der für die jeweilige Stufe vorgeschriebenen Fachabteilungen in der Zentralen Notaufnahme (ZNA), Anzahl, Qualifikation und zeitliche Verfügbarkeit des vorzuhaltenden Fachpersonals, insbesondere für Leitung und Stellvertretung der ZNA, und die Regelungen der weiteren Module der Notfallversorgung. Zudem will der G-BA erstmals Regelungen für den Fall der Nichteinhaltung seiner Anforderungen treffen, auch hierzu herrscht wenig Einigkeit.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Grundsätzliche Anmerkungen

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.

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.

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 werden, ohne deren Erfüllung die Leistungsgruppe Notfallmedizin nicht vergeben werden kann und die die Qualitätsanforderungen der Notfallstufen des G-BA übertreffen.

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.

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.

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. 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.

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.

Stellungnahme zu einzelnen Regelungsvorschlägen

§ 5 Grundlagen des Stufenmodells

Voraussetzungen für das Vorliegen einer Fachabteilung einschließlich der zeitlichen Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten der für die jeweilige Stufe vorgeschriebenen Fachabteilungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Eine der Voraussetzungen für das Vorliegen einer Fachabteilung ist nach aktuellem Regelungsstand, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt zu jeder 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.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

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 Erfüllung von Qualitätsvorgaben zugewiesen werden.

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 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.

§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung: Leitung und Stellvertretung

Verantwortliche Ärztin/Verantwortlicher Arzt und verantwortliche Pflegekraft

A) Beabsichtigte Neuregelung

- Nach **aktueller Regelung** „sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind“. Dieser Satz wird unterschiedlich interpretiert, dies wird aus den nachfolgenden Formulierungsvorschlägen ersichtlich.
- Nach Ansicht des **GKV-SV** sollen jederzeit 24/7 (also in jeder Schicht) entsprechend verantwortliche Personen anwesend sein müssen, der Bedarfsfall wird als akuter notfallmäßiger Behandlungsbedarf gedeutet. Die so definierten Personen sollen über die ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin bzw. die Zusatzqualifikation Notfallpflege verfügen, also pro Schicht mind. ein Arzt und eine Pflegekraft. Die genannten Ärzte müssten innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein.
- Nach Ansicht der **DKG** handelt es sich hier hingegen um zwei Personen pro ZNA, die ärztlich bzw. pflegerisch die ZNA leiten und entsprechend nicht zu jeder Zeit in Präsenz verfügbar sind. Der genannte Bedarfsfall betrifft nach dieser Interpretation Leitungsaufgaben. Zusätzlich zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ soll auch die Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“ für diese Personen zulässig sein. Die 30-Minuten-Regel soll entsprechend der vorgeschlagenen Änderung in § 5 (s. o.) angepasst werden.
- Die **Ländervertretung und die Patientenvertretung** fordern, die Qualifikationsanforderungen für Ärztinnen und Ärzte bereits jetzt schon an die Anforderungen der Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin des KHVVG anzupassen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

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 Weiterbildungsbezugten 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.

§ 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung und § 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung

Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte in der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Während der GKV-SV bereits in der Basisnotfallversorgung für jede Schicht (24/7) die Verfügbarkeit einer Ärztin oder eines Arztes mit der ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ fordert, schlägt der Unparteiische Vorsitzende (UPV) eine Regelung vor, nach der dies nur für die erweiterte und umfassende Notfallversorgung gelten soll. Indirekt wird damit anerkannt, dass es in der Basisnotfallversorgung ausreicht, wenn lediglich die Leitung der ZNA eine entsprechende Qualifikation aufweist.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer stimmt dem Vorschlag des UPV zu.

§ 24 Modul „Schwerverletztenversorgung“, § 26 Modul „Spezialversorgung“, § 27 Modul „Schlaganfallversorgung“

Anforderungen an Krankenhäuser mit Spezialmodulen der Notfallversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

- Die Bänke planen eine Transferierung der relevanten Textpassagen des „Weissbuch Schwerverletzten-Versorgung“, auf das in den Regelungen bislang lediglich verwiesen wurde, in den Beschlusstext. Der GKV-SV hält es für erforderlich, dabei auch die Regelungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zur intensivmedizinischen Versorgung und den Anforderungen an eine Intensivstation als Regelungstext zu übernehmen, auf die wiederum im Weissbuch Bezug genommen wird. Der GKV-SV scheint dabei Formulierungen sowohl aus der Weissbuch-Fassung von 2012 als auch aus 2019 zu übernehmen und die Inhalte teilweise zu verschärfen - das Ergebnis ist ein sehr langer und kleinteiliger Regelungstext.

- Der GKV-SV sieht eine Streichung des Moduls Spezialversorgung vor, bzw. – sollte dies nicht geschehen – zumindest eine Spezifizierung konkreter Anforderungen vor. Die DKG möchte das Modul unverändert erhalten.
- Zum Modul Schlaganfallversorgung hatte der MD Bund Änderungsbedarf angemeldet, da der Begriff „Stroke Unit“ bislang nicht ausreichend definiert sei. Einigkeit besteht wohl, dass die Definition anhand von OPS-Codes erfolgen soll, dies wird jedoch unterschiedlich umgesetzt. Die DKG verweist auf Strukturanforderungen für 4 relevante OPS-Codes, der GKV-SV fordert 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 (GKV-SV). Dies könnten voraussichtlich lediglich Maximalversorger erfüllen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

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.

Anlage I: „Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen“

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 137 Abs. 1 ermächtigt den G-BA, Durchsetzungsmaßnahmen im Falle von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c zu formulieren. Hiervon soll im Zuge der Aktualisierung der bisherigen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern umfassend Gebrauch gemacht werden. Die jeweiligen Vorstellungen der beteiligten Bänke weichen dabei teilweise deutlich voneinander ab.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte das Instrumentarium der Sanktionsregelungen maßvoll und den Ansprüchen der jeweiligen Richtlinie oder Regelung angepasst gehandhabt werden. 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.

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.

Darüber hinaus sind die vorgeschlagenen Sanktionsmaßnahmen im Einzelnen zu kritisieren. 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.)

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN) e.V.
18.09.2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung, (...) medizinisch-technische 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 Leitlinien-empfohlene 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

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

<p>Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.</p>	<p>Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN) e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 23. Oktober 2024 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin
ausschließlich via E-Mail: bedarfsplanung@g-ba.de

Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V.

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft e.V.

Stellungnahmerecht gemäß § 136c Absatz 4 Satz 4 SGB V als betroffene medizinische Fachgesellschaft
hier: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern
gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Berlin, den 20. September 2024

Sehr geehrter ██████████, sehr geehrte Damen und Herren,

sehr gerne nehmen wir zu den Vorschlägen zur Änderung der Regelungen des gestuften Systems der Notfallversorgung in Deutschland Stellung.

Nachdem die Versorgung neurologischer Notfälle in besonderem Maß die Schlaganfallversorgung betrifft, haben wir die zur Diskussion stehenden Vorschläge innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) besprochen und die Stellungnahme gemeinsam verfasst.

Wir nehmen gern an der Anhörung, die voraussichtlich am 23.10.2024 stattfinden wird, teil und freuen uns über die Möglichkeit eines Austausches.

Für eine Eingangsbestätigung wären wir dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. S. Schwab

DSG

Prof. Dr. H. Topka

DGN

Prof. Dr. P. Berlit

DGN

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft

20. September 2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
- Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)

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

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§5 (2), 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, wenn die Regelungen des G-BA sich leichter mit tarifrechtlichen Regelungen vereinbaren ließen.
§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.
§11	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

	<p>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>
§16 (1) 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>
§24	<p>Auch in Kliniken mit dem Modul Schwerverletztenversorgung sollte die 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>
§27	<p>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 Netzwerke (sog. zentrale Netzwerkkosten) umfassen.</p>
§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.</p>

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§5 Absatz 2, Nr. 2	<p>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</p>

	<p>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 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.</p>
§9	<p>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.</p>
§16 und §18	<p>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 entgegengewirkt. Von Seiten des G-BA sollte auf die Notwendigkeit besonderer Expertise in diesen Bereichen und die Entwicklung lokal angepasster Ersteinschätzungsverfahren hingewirkt werden.</p>
§24	<p>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 zwingendem unmittelbarem 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>

§27	<p>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 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>
§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 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>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 23. Oktober 2024 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG)
23.09.24

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Abs. 2 Nr 3 [bisherigen Wortlaut beibehalten] ³ Krankenhäuser, welche nicht nach Absatz 1 oder Absatz 2 einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet werden, aber die notwendigen Vorhaltungen 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. ⁴ Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung können vereinbart werden, sofern die zuständige Landesbehörde im	Zustimmung zum Vorschlag der DKG Begründung: Sicherstellung der finanziellen Grundlage der Notfallversorgung

<p>Einvernehmen mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG Auflagen erlässt, die die Erfüllung der Kriterien gemäß Abschnitt III spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen sicherstellen.</p>	
<p>§ 4</p> <p>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.</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag der DKG</p> <p>Sicherstellung der Notfallversorgung und 24/7 Überwachung von Stoffwechsellagen, die ambulant nicht zu gewährleisten sind.</p>
<p>§ 5 Abs. 2 Nr 2</p> <p>Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt, die der jeweiligen Fachabteilung entsprechen.</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag der DGK</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>§ 5 Abs. 2 Nr. 2</p> <p>Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt ist jederzeit an 24 Stunden am Tag und 7 Tagen pro Woche (24/7) unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag DKG</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.</p> <p>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>§ 9 Nr. 1</p> <p>Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder ein verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft zu benennen, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind. Es liegt in der Verantwortung des Krankenhauses, die Vorgaben organisatorisch umzusetzen. Die</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag DKG.</p> <p>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 umzusetzen. Die entsprechenden beiden Personen kann das Krankenhaus individuell benennen.“</i></p>

entsprechenden beiden Personen kann das Krankenhaus individuell benennen.	
<p>§ 9 Nr.2</p> <p>Die unter Nummer 1 genannte Ärztin oder der genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ oder die Zusatzweiterbildung „Notfallmedizin“ im Fach „Innere Medizin“ und die unter Nummer 1 genannte Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“.</p>	<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>§ 9 Nr. 3</p> <p>Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt aus dem Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.</p>	<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 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>§13 Abs. 1 Satz 2neu</p> <p>Die Fachabteilung Nummer 2 aus der Kategorie A ist dabei der Chirurgie oder Unfallchirurgie und die beiden Fachabteilungen der Nummer 4 und 5 aus der Kategorie A der Inneren Medizin nach § 8 gleichzusetzen.</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag DKG, sofern damit intendiert werden soll,</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. 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>§13 Abs. 2</p> <p>(2) Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen oder Fachgebiete an:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neurochirurgie, 2. Orthopädie und Unfallchirurgie, 3. Neurologie, 4. Innere Medizin und Kardiologie, 5. Innere Medizin und Gastroenterologie, 	<p>Schon in der Stufe „Basisnotfallversorgung“ wird die Endokrinologie/Diabetologie- zumindest verfügbar durch Rufdienst - gefordert.</p> <p>Diese Forderung gründet sich auf den Befund, dass ca. 20% der behandelten Patientinnen und Patienten einen Diabetes mellitus haben und Stoffwechsellentgleisungen 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</p>

<p>6. Innere Medizin und Endokrinologie/Diabetologie oder allgemeine „Innere Medizin“ ohne Teilgebiet mit Zusatzqualifikation Diabetologie</p> <p>7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe.</p>	<p>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>§ 15 Satz 2</p> <p>Es besteht eine schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation</p>	<p>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 Rechtsstreitigkeiten und Auslegungsinterpretationen bieten, da die Regel nicht ex-ante prüfbar ist.</p>
<p>§18 Abs. 1 Satz 2neu</p> <p>Die Fachabteilung Nummer 2 aus der Kategorie A ist dabei der Chirurgie oder Unfallchirurgie und die beiden Fachabteilungen der Nummer 4 und 5 aus der Kategorie A der Inneren Medizin nach § 8 gleichzusetzen.</p>	<p>Analog wie bei § 13 Abs. 1 Satz 2neu Zustimmung zum Vorschlag DKG, sofern damit intendiert werden soll,</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>§18 Abs. 2</p> <p>(2) Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen oder Fachgebiete an:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 Medizin“ ohne Teilgebiet mit Zusatzqualifikation Diabetologie 7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 	<p>Siehe Begründung zu §13 Abs. 2, die dort angeführten Aspekte gelten selbstverständlich auch und gerade für die Stufe „umfassende Notfallversorgung“.</p>
<p>§ 19 Satz 2neu</p> <p>Ergänzend hierzu muss sichergestellt sein, dass jederzeit</p>	<p>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>

<p>(24/7) eine Ärztin oder ein Arzt mit der Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der Notaufnahme verfügbar ist</p>	
<p>§ 20 Satz 2</p> <p>Es besteht eine schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation</p>	<p>Siehe Begründung zu § 15 Satz 2</p>
<p>§ 24 Abs. 1</p> <p>(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 nach den Absätzen 2 bis 4 erfüllt und jederzeit (24/7) an der Notfallversorgung teilnimmt</p>	<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>§ 25</p> <p>Modul Notfallversorgung Kinder</p>	<p>Analog zur Notfallversorgung in der Erwachsenenmedizin ist hier das Fachgebiet der Endokrinologie/Diabetologie zu berücksichtigen</p>
<p>§ 27</p> <p>Modul Schlaganfallversorgung</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag 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). Schlaganfälle sind eine hauptsächliche Komplikation bei Diabetes mellitus. Die Morbidität und Mortalität sind bei zusätzlich bestehendem Diabetes mellitus signifikant erhöht.</p>
<p>§ 28</p> <p>Modul Durchblutungsstörung am Herzen</p>	<p>Zustimmung zum Vorschlag 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). Durchblutungsstörungen am Herzen sind eine hauptsächliche Komplikation bei Diabetes mellitus. Die Morbidität und Mortalität sind bei zusätzlich bestehendem Diabetes mellitus signifikant erhöht.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)
Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG)

Die Anhörung findet voraussichtlich am **23. Oktober 2024** statt

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Notfall- und Intensivmedizin (DGNI)
10.9.2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§5 (2) 2.</p> <p>Vorschlag der GK-V, KBV und PatV: Die Formulierung der ärztlichen Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten ist abzulehnen.</p> <p>Vorschlag der DKG: Die Formulierung der ärztlichen Verfügbarkeit für eine 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>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>§9 2.</p> <p>Vorschlag der GKV/LV: Die Formulierung zur ärztlichen Qualifikation mit Zusatzbezeichnung „klinische Akut-</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</p>

<p>und Notfallmedizin“ sowie einer Pflegekraft mit Zusatzbezeichnung „Notfallpflege“ mit einer Präsenz von 24/7 ist abzulehnen.</p> <p>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.</p> <p>Vorschlag der UPV: Eine Verfügbarkeit des Personals im Sinne einer Festlegung einer festen n=Zahl an Mitarbeitern erscheint nicht ausreichend.</p> <p>Formulierungsvorschlag der DGNI:</p> <p>Satz 1: Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt 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 Rufbereitschaft verfügbar ist.</p>	<p>der Notfallversorgung nicht der Fall (Intensivmedizin, Kardiologie, Neurologie, Neurochirurgie...). Ein Hinzuziehen im Rahmen eines Bereitschafts- oder Rufdienstes erscheint 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:</p> <p>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.</p> <p>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 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>§9 3.</p> <p>Vorschlag der GKV-SV / KBV / PatV: Die Formulierung der ärztlichen Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten ist abzulehnen.</p> <p>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.</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 Möglichkeit einer rein telemedizinischen Anbindung scheint für die Fachbereiche Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie (wie hier beschrieben) nicht ausreichend.</p>

<p>telemedizinisch/telefonisch erscheint nicht ausreichend.</p> <p>Vorschlag der DGNI: „unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z.B. durch Bereitschaftsdienst oder Rufdienst.</p>	
<p>§14</p> <p>UPV / GKV-SV:</p> <p>Die Forderung nach einer jederzeitigen Verfügbarkeit (24/7) einer Ärztin oder eines Arztes mit der Zusatzqualifikation „klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der Notaufnahme ist abzulehnen.</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 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.</p> <p>Eine Vorhaltung eines Arztes mit Zusatzweiterbildung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der Rufbereitschaft scheint perspektivisch machbar und sinnvoll.</p>
<p>§24</p> <p>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>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>Die DGNI empfiehlt daher die Forderung wie folgt zu formulieren:</p> <p>Eine Ärztin oder ein Arzt, die bzw. der 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.</p>
<p>§24</p> <p>GKV-SV / PatV</p> <p>Seite 16/17</p>	<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.</p>

<p>2. Die Forderung in Klammern, dass innerhalb von maximal 30 Minuten eine Oberärztin bzw. Oberarzt für die genannten Fachdisziplinen vor Ort sein muss ist abzulehnen.</p>	<p>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 untypisch, dass nicht zwingend jede Fachärztin bzw. jeder Facharzt Oberärztin bzw. Oberarzt wird, sehr wohl aber die fachärztliche Bereitschaft abdeckt.</p> <p>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.</p>
<p>§24 GKV-SV / PatV Seite 21 4.</p> <p>Die Forderung der Verfügbarkeit einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie ist in dieser Form abzulehnen.</p>	<p>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 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>§27 Modul „Schlaganfallversorgung“. GKV-SV / PatV</p> <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>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 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>

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Punkt 2.3. zu §9	<p>Siehe auch Ausformulierung unter 1. zu §9.</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 (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 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 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.</p>
Punkt 2.6 zu §14 Vorschlag von UKV / GKV-SV	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

<p>Die Forderung das eine Ärztin oder ein Arzt mit der Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der Notaufnahme verfügbar sein muss ist abzulehnen.</p>	<p>völlig ausreichend. Siehe auch Ausführungen zu §9 unter 1. und zu Punkt 2.3. unter 2.</p>
<p>Redaktioneller Hinweis Seite 12/13</p>	<p>Die DGNI empfiehlt die redaktionelle Anpassung des Erscheinungsdatums der "Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Erwachsene)" (Seite 25) der Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin auf den 02.11.2022 zu korrigieren.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

DGNI		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 23. Oktober 2024 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

DEGUM e.V. | Charlottenstr. 79/80 | 10117 Berlin

An den
Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA
z. Hd. v. [REDACTED]
Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen
Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in
Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
(SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

STELLUNGNAHME DER DEGUM

Die DEGUM wurde gebeten, gemäß §92, Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V zu den
geplanten Änderungen der Regelungen zu einem gestuften System von
Notfallstrukturen in Krankenhäusern eine Stellungnahme abzugeben.

In der vorliegenden Version dieser Änderungen findet die symptomorientierte
fokussierte Ultraschalldiagnostik (sog. Notfallsonografie) auf keiner Stufe der
Notfallversorgung Erwähnung.

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.

Wissenschaftliche Rationale

Kardiologische Notfälle

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.

www.degum.de

Geschäftsstelle

Charlottenstr. 79/80
10117 Berlin

Telefon: +49 (0)30 2060 8888-0
Telefax: +49 (0)30 2060 8888-90
E-mail: geschaeftsstelle@degum.de

Präsident

Prof. Dr. med. Markus Hahn

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Josef Menzel

Neupräsident

Dr. med. Karsten Pracht

Sekretär

Prof. Dr. med. Peter Jecker

Schatzmeister

Prof. Dr. med. Christoph Berg

Beisitzer

Prof. Dr. med. Wolfgang Hartung

Beisitzer

Dr. med. Sabine Guth

Steuernummer: 17/413/00687

USt-ID: DE190526620

Bankverbindung: Postbank Stuttgart

IBAN: DE55 6001 0070 0177 2227 07

BIC: PBNKDEFF



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).

Pulmonologische Notfälle

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 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).

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).

Abdominelle Notfälle

Unter abdominalen 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).

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).



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 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).

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).

Organ-übergreifende Notfalldiagnostik

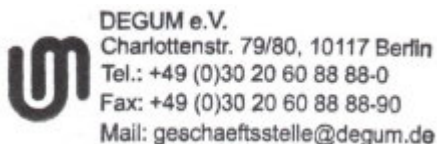
Die Notfallsonografie hat ein hohes Potential als organübergreifend geeignete Bildgebung in der Notfallmedizin. In diesem Kontext bewertet eine umfassende Literaturstudie die Ergebnisse einer Vielzahl von klinischen Studien, die in den Jahren 2000 – 2017 zu notfallsonografischen Anwendungen in Notaufnahmen 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 Quantität der in der Notaufnahme erbrachten Leistungen verbessern kann (16).

Fazit

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.

Verfasser:

Dr. med. Armin Seibel
DRK Krankenhaus Kirchen
Interdisziplinäre Intensivmedizin
Bahnhofstr. 24
57548 Kirchen
arminseibel1@me.com



Prof. Dr. med. Markus Hahn
Präsident der DEGUM

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V.
24.09.2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung</p> <p>Ergänzung der Kategorie B um die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie</p>	<p>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.</p>
<p>§ 24 Modul Schwerverletztenversorgung</p> <p>4. Als weitere Fachdisziplinen sind vorzuhalten:</p> <p>a) Fachärztin oder Facharzt für Viszeral-chirurgie oder Allgemeinchirurgie (Oberarzt)</p> <p>b) Fachärztin oder Facharzt für Gefäßchirurgie</p> <p>c) Fachärztin oder Facharzt mit Zusatz-weiterbildung 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> <p>„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 plastisch-chirurgische Defektdeckung und auch keine frühzeitige Planung motorischer Ersatzoperationen sowie die Versorgung von Nervenverletzungen. Schließlich ist auch die Behandlung von nicht Zentrumspflichtigen Brandverletzten nicht gewährleistet. DG</p>

<p>d) Fachärztin oder Facharzt für Herz- und/oder Thoraxchirurgie</p> <p>e) Fachärztin oder Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie</p> <p>f) Fachärztin oder Facharzt für Hals-, Na-sen-, Ohrenheilkunde</p> <p>g) Fachärztin oder Facharzt für Augen-heilkunde</p> <p>h) Fachärztin oder Facharzt für Urologie</p> <p>i) Fachärztin oder Facharzt für Frauen-heilkunde und Geburtshilfe</p> <p>j) Fachärztin oder Facharzt für Plastische Chirurgie oder Fachärztin oder Fach-arzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie</p> <p>k) Fachärztin oder Facharzt für Kinderchi-rurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Kinder-heilkunde Pädiatrie oder Fachärztin o-der Facharzt für Kinder- und Jugend-medicin</p> <p>Von den unter a) bis k) genannten weiteren Fachdisziplinen wird angenommen, dass alle aufgeführten Disziplinen als Hauptfachabtei-lungen vor Ort vorgehalten werden. Im Falle abweichender Strukturen und Prozesse muss deren Gleichwertigkeit nachgewiesen werden.</p>	
--	--

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 23. Oktober 2024 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
13.08.2024

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 1) und die
 - Tragenden Gründe zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Anlage 2)
1. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 25, Abs. 4 Nr. 7 (Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens 10 Betten 6 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene am Standort.)</p>	<p>Zu § 25 Abs. 4 Nr. 7 (Umfassende Notfallversorgung Kinder) sollte eine Änderung erfolgen, damit</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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>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 Kinder- und Jugendmedizin stellt einen weitaus kleineren Patientenpool dar als die gesamte Erwachsenenmedizin, daher sind hier auch niedrigere cut-offs begründet.</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.
§ 25, Abs. 4, S. 21: 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.
§ 25, Abs. 5, S. 21: 4. 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.
§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder, Abs. 3, S. 20: 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.

2. Tragende Gründe: Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
------------------------------------	------------

<p>Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.</p>	<p>Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 23. Oktober 2024 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. · Postfach 2170 · 65011 Wiesbaden

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Herrn
Prof. Dr. Josef Hecken
Unparteiischer Vorsitzender
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

bedarfsplanung@g-ba.de

Vorstand

Prof. Dr. med. Georg Ertl
Generalsekretär

Geschäftsstelle Wiesbaden
Irenenstraße 1 · 65189 Wiesbaden

Tel.: 0611 2058040-0 · Fax: 0611 2058040-46

E-Mail: ertl_g@klinik.uni-wuerzburg.de

Internet: www.dgim.de

Dependance Berlin
Oranienburger Str. 22 · 10178 Berlin
Tel.: 030 24625900 · Fax 030 24625905

24. September 2024 GE/er

Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen)

Sehr geehrter Herr Kollege Hecken,

die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) teilt die Bedenken der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) in Bezug auf die Änderung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Notfallstufen-Regelungen).

Wir unterstützen die Stellungnahme der DGK, die meiner Korrespondenz beiliegt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Georg Ertl
Generalsekretär der DGIM



BfDI

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss "Bedarfsplanung"

ausschließlich per E-Mail an:
bedarfplanung@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1310

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herr Oster

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 23.07.2024

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1436

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **Änderung RL Notfallstrukturen in KH § 136c Abs. 4 SGB V**

BEZUG Ihr Schreiben vom 16. Juli 2024

Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,
sehr geehrter [REDACTED]
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Zum o. g. Beschlusentwurf sehe ich von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

[REDACTED]

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

Von: Info BPTK <Info@bptk.de>
Gesendet: Montag, 22. Juli 2024 09:42
An: bedarfsplanung; Info BPTK
Cc: [REDACTED]
Betreff: BPTK / [REDACTED] (UA BPL / G-BA) - BPTK | Stellungnahmeverfahren | Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen. Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.

[REDACTED]
Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu o. g. Sachverhalt. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) wird dieses Mal auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichten.

Freundliche Grüße

[REDACTED]
Sekretariat

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-47
E-Mail: liedke@bptk.de
Website: www.bptk.de
Eintrag gemäß LobbyRG: [R001250](#)

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail: bedarfsplanung@g-ba.de
[REDACTED]

Ihr Schreiben vom
16. Juli 2024

Durchwahl
-142

Datum
05. August 2024

Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß § 136c Absatz 4 Satz 4 SGB V als betroffene medizinische Fachgesellschaft

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

Sehr geehrter [REDACTED],

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Bedarfsplanung übersendeten Unterlagen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderungen der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.

Die Bundeszahnärztekammer gibt hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.



[REDACTED]
Referentin Abt. Versorgung und Qualität

Wortprotokoll



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

Vom 23. Oktober 2024

Vorsitzender:	Herr Prof. Hecken
Beginn:	11:00 Uhr
Ende:	12:51 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
Prof. Dr. Michael Bernhard

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)
Prof. Dr. Martin Möckel
Dr. Michael A. Weber

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP)
Prof. Dr. med. Michael Pfeifer

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC)
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU)
Prof. Dr. Dietmar Pennig
Dr. Burkhard Lembeck

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC)
Prof. Dr. med. Thomas Deitmer

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)
Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
Dr. Burkhard Rodeck

Deutsche Gesellschaft für internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGINA)
Martin Pin
Dr. Ulrike von Arnim

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)
Prof. Dr. Sabine Blaschke-Steinbrecher
Dr. med. Torben Brod

Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN) e.V.
Prof. Dr. Wolfgang Weber
Prof. Dr. Wolfgang Fendler

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)
Prof. Dr. med. Helge Roland Topka

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (DGE)

Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG)

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Notfall- und Intensivmedizin (DGNi)
Prof. Dr. med. Matthias Klein
PD Dr. med. Wolf-Dik Niesen

Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e. V. (DEGUM)
Dr. med. Armin Seibel

Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC)

Beginn der Anhörung: 11:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie ganz herzlich im Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Wir führen heute die Anhörung zum Themenkomplex

Änderungen der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V

durch. Ich begrüße Sie auch namens meines Stellvertreters Herrn Dr. Hermann, der mit mir gemeinsam die heutige Sitzung leiten wird.

Wir haben hier einen Entwurf mit einer ganzen Reihe von dissenten Punkten zur Stellungnahme gestellt und haben im Stellungnahmeverfahren Stellungnahmen erhalten, zum einen von der Bundesärztekammer, dann von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung, dann von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, dann von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, die haben eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben. Dann von der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin, der Deutschen Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in einer gemeinsamen Stellungnahme. Dann eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Urologie, dann eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Notfall- und Intensivmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft, die beiden auch in einer gemeinsamen Stellungnahme. Dann eine Stellungnahme der Deutschen Diabetesgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und der Deutschen Adipositas Gesellschaft, auch in einer gemeinsamen Stellungnahme. Dann der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin, der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, also insgesamt 20 Stellungnahmen, die wir im Vorfeld zu der heutigen Anhörung auch schon in der Arbeitsgruppe gesichtet, diskutiert und zum Teil ausgewertet haben. Ich halte hier mal den Paken Papier hoch, damit Sie einfach sehen, dass wir heute nicht bei null anfangen.

Ich muss zunächst die Anwesenheit feststellen, weil wir heute auch Wortprotokoll führen, darauf weise ich ausdrücklich hin. Das bedeutet, dass, wenn Sie sich gleich melden, ich darum bitte – oder wenn Sie Antworten geben, wenn Sie gefragt werden –, dass Sie jeweils Ihren Namen und die entsendende Institution dann eben auch nennen, damit das entsprechend sauber protokolliert werden kann. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die uns im Chat zugeschaltet sind, bitte ich, bei Wortmeldungen dann eben auch entsprechend sich über den Chat anzumelden. Also Handheben funktioniert nicht, weil ich zwei Bildschirme vor mir habe und da sind noch nicht alle drauf. Das könnte so sein, wenn Sie irgendwo hinterlegt sind, dass dann die Wortmeldung im Nirwana verhallen würde, und das wollen wir natürlich auf keinen

Fall. – Zunächst also die Feststellung der Anwesenheit, das wird jetzt auch noch mal drei Minuten dauern. Für die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin müsste Herr Prof. Dr. Bernhard anwesend sein. Herr Bernhard, sind Sie da?

Herr Prof. Bernhard (DGAI): Jawohl, anwesend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wunderbar, danke schön. – Dann für die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung müssten anwesend sein Herr Prof. Dr. Möckel und Herr Dr. Weber.

Herr Prof. Möckel (DGK): Möckel ist anwesend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Möckel ist anwesend, Weber nein. – Dann: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Herr Prof. Dr. Pfeifer.

Herr Prof. Pfeifer (DGP): Anwesend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Hallo, Herr Prof. Pfeifer. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie und Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, Herr Prof. Dr. Pennig.

Herr Prof. Pennig (DGOOC/DGU/DGOU): Anwesend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Hallo. – Und Herr Dr. Lembeck.

Herr Dr. Lembeck (DGOOC/DGU/DGOU): Anwesend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wunderbar. – Dann für die Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie Herr Prof. Dr. Deitmer.

Herr Prof. Deitmer (DGHNO-KHC): Ist anwesend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Hallo, Herr Prof. Deitmer. – Dann für die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Herr Prof. Dr. Terheyden.

Herr Prof. Terheyden (DGMKG): Anwesend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Hallo, Herr Prof. Terheyden. – Dann für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin Herr Dr. Rodeck.

Herr Dr. Rodeck (DGKJ): Hallo, Herr Hecken, Sie sollten auch mal begrüßt werden, wenn ich darf.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Hallo. – Dann für die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin Herr Pin.

Herr Pin (DGINA): Nein, ist falsch, ich bin für die DGINA da, für die interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay. Aber Herr Pin ist da? Ja, ich sehe Sie, DGINA, okay. – Und Frau Dr. von Arnim.

Frau Dr. von Arnim (DGINA): Ebenfalls anwesend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wunderbar, alles klar. – Dann haben wir Frau Prof. Dr. Blaschke-Steinbrecher, Sprecherin der Sektion Notfalldokumentation von der DIVI. – Frau Blaschke-Steinbrecher ist da, oder? Ja, ist direkt da vorne zu sehen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay, dann mache ich mal einen Haken. – Und Herr Dr. Brod.

Herr Dr. Brod (DIVI): Ja, anwesend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wunderbar. – Dann haben wir für die Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin Herrn Prof. Dr. Weber.

Herr Prof. Weber (DGN): Ja, hier.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Hallo, Herr Prof. Weber. – Und Herr Prof. Fendler? – Dann für die Deutsche Gesellschaft für Neurologie Herr Prof. Topka?

Herr Prof. Topka (DGN/DSG): Guten Morgen, anwesend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ich grüße, Herrn Prof. Topka. – Dann für die Deutsche Gesellschaft für Neurologische Notfall- und Intensivmedizin, Herr Prof. Dr. Klein.

Herr Prof. Klein (DGNI): Ja, ich bin da.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Hallo, Herr Prof. Klein. – Und Herr PD Dr. Niesen.

Herr PD Dr. Niesen (DGNI): Guten Morgen, ebenfalls anwesend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Guten Morgen, Herr Dr. Niesen. – Dann für die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin Herr Dr. Seibel.

Herr Dr. Seibel (DEGUM): Ja, ich bin ebenfalls anwesend.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Hallo, Herr Seibel. – Und für die Deutsche Diabetes Gesellschaft Herr Prof. Dr. Gallwitz.

Herr Prof. Gallwitz (DDG): Hallo, Herr Hecken, ich bin da.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Hallo, Herr Gallwitz. – So, jetzt frage ich mal: Ist noch jemand zugeschaltet als Stellungnehmer, der nicht aufgerufen worden ist?

Wir machen das jetzt so: Ich habe ja bereits gesagt, wir haben Ihre Stellungnahmen gelesen, wir haben darüber diskutiert und haben den Diskussionsprozess begonnen, sodass wir das nicht alles jetzt wiederholen müssen.

Wir werden in einer ersten Runde den Bänken und der Patientenvertretung Gelegenheit geben, jetzt ganz konkret Bezug zu nehmen auf Ihre Stellungnahmen, Fragen an Sie, an einzelne Sachverständige zu richten. Das wird sicherlich einige Zeit in Anspruch nehmen. Wenn diese Fragerunde beendet ist, dann werde ich Ihnen noch mal die Frage stellen, ob es jetzt noch irgendwelche Gesichtspunkte gibt, die jetzt neu aufgetaucht sind, die in Ihren Stellungnahmen noch nicht adressiert sind, damit wir das eben auch noch in die heutige Diskussion einfließen lassen können, damit wir dann ein umfassendes Bild haben aus den schriftlichen und mündlichen Äußerungen. Und dann werden wir auf dieser Basis die Beratungen fortsetzen.

Zunächst einmal ganz herzlichen Dank dafür, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, Stellungnahmen abzugeben, das ist ein sehr wichtiges Thema. Vor diesem Hintergrund, glaube ich, ist es auch lohnend, dass wir heute relativ ausführlich diskutieren. Wir haben jetzt mal grob 90 Minuten angesetzt, das kann aber auch ein bisschen länger dauern. Also das soll jetzt am Ende nicht das Hemmnis sein, es soll wirklich alles in extenso diskutiert werden, was sich an Fragen möglicherweise stellt.

Dann würde ich als Erstes in die Runde der Patientenvertretungen, Bänke und Ländervertreter schauen. Wer hat konkrete Fragen bezogen auf die Stellungnahmen? – Will keiner beginnen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay, dann würde ich der DKG als Erstes das Fragerecht

geben. – Bitte schön.

DKG: Vielen Dank. Wir haben mehrere Fragen vorbereitet, wir fangen mal an mit der Thematik 30-Minuten-Regelung, die ja unter anderem in § 5 und § 9 auftaucht, der Notfallstufenregelung, aber auch noch an anderen Stellen. Und da hätte ich eine konkrete Frage an die DGINA, die DGN und DSG: Und zwar befürworten Sie ja in Ihren Stellungnahmen die Beibehaltung der aktuellen Regelung, also der starren 30-Minuten-Vorgabe. Wir haben wahrgenommen, dass die Mehrzahl der anderen Fachgesellschaften, unter anderem die DGNI, DGAI, DGK und weitere, sich der DKG-Position angeschlossen haben, diese 30-Minuten-Regelung nicht beizubehalten, teilweise mit leichten Änderungen, zum Beispiel der Streichung Telefon und telemedizinisch, weil das nicht immer zwingend sachgerecht für alle Bereiche vom Grundsatz her ist, aber die DKG-Position befürworten. Sie machen das nicht.

Daher die Frage: Wie stellen Sie sich denn die praktische Umsetzbarkeit dieser starren Zeitvorgabe im Krankenhaus vor, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeitszeitmodelle, Bereitschaft, Rufbereitschaft und Präsenz? – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, das war die Frage der DKG. – Dann fangen wir mal mit der DGINA an.

Herr Pin (DGINA): Martin Pin, DGINA. Vielen Dank für die Frage. Vielen Dank auch für die Einladung und die Möglichkeit, hier Stellung nehmen zu können.

Zu diesen 30 Minuten: Wir befürworten diese 30 Minuten als Qualitätsmerkmal, weil wir es für sinnvoll halten, dass innerhalb von 30 Minuten eine Facharztpräsenz am Patienten ist. Wir sehen auch, dass diese 30 Minuten umsetzbar sind, insofern diese 30 Minuten innerhalb des Rufdienstes abgeleistet werden können. Sollte dies nicht sein, kann man sich darauf verständigen, dass unter telemedizinischen, genau definierten Umständen – und dazu gehört nicht allein der Anruf bei einem Facharzt oder die telefonische Verfügbarkeit, sondern der Einblick in die Patientenakte, die Vitalparameter, die aktuellen Laborparameter, Röntgenbilder usw., das wäre noch genau zu definieren –, wenn das gegeben ist und die Voraussetzungen erfüllt sind, dann könnte man darüber nachdenken, dass eine Zeitverlängerung auf 45 bis 60 Minuten durchaus vertretbar ist. Grundsätzlich sind die 30 Minuten als Qualitätsmerkmal für uns wichtig, aber unter den von mir eben genannten Voraussetzungen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Dann die weiteren Adressierten, DGNI war es, glaube ich.

Herr Prof. Topka (DGN/DSG): DGN und DSG waren, glaube ich, hier gefragt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja.

Herr Prof. Topka (DGN/DSG): Topka, DGN und DSG. Vielen Dank für die Einladung und auch für die Frage.

Wir haben in der Neurologie ja das Problem, dass sehr, sehr viele neurologische Notfälle sehr zeitkritisch behandelt werden müssen. Deswegen sind wir enge Fristen gewohnt, insbesondere jetzt bei der Schlaganfalltherapie. Da sind ja etliche Zeiten und Qualitätsmerkmale im Grunde genommen auch in den Leitlinien und in den allgemeinen Empfehlungen niedergelegt. Beispielsweise für die intravenöse Lyse gilt eine Door-to-Needle-Zeit, also die Zeit vom Betreten des Krankenhauses bis zum Beginn der Behandlung, von 60 Minuten. Deswegen ist es für uns sehr, sehr wichtig, dass wir sehr, sehr enge Zeiten einhalten, und das gilt auch für andere neurologische Erkrankungen, Meningitiden zum

Beispiel, die ebenfalls sehr schnell behandelt werden müssen. Deswegen müssen wir und haben wir auch in der Vergangenheit immer nach Lösungen gesucht, diese kurzen Fristen einzuhalten.

Für viele Kliniken ist es durchaus möglich, so wie auch Herr Pin sagte, mit entsprechenden technischen Möglichkeiten die fachärztliche Expertise in sehr kurzer Zeit hinzuzuziehen. In unserer Klinik beispielsweise ist es problemlos möglich, dass die Oberärzte zu jeder Tages- und Nachtzeit über einen Online-Zugang alle Daten sehen können, einschließlich der Bilder, und letztlich auch mit den ggf. Neuroradiologen über Interventionen sprechen können. Deswegen halten wir es für die qualitativ hochwertige Behandlung neurologischer Erkrankungen für zwingend, dass wir sehr schnell sind. Das heißt aber nicht unbedingt, dass der Facharzt in 30 Minuten vor Ort sein muss, glauben wir. Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, das auch mit solchen Hilfsmitteln zu unterstützen. Und zumindest für die Neurologie, die ja 20 bis 30 % der Patienten in solchen Notaufnahmen ausmacht, ist das ein sehr gangbarer Weg.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Gibt es weitere Adressierte? Es waren ja noch mehrere angesprochen. – Die DKG bitte.

DKG: Ja, ich wollte noch mal nachfragen. Also die DGINA hat ja jetzt eine Bedingung gesetzt: also insofern der Rufdienst – dass nicht ermöglicht – das Arbeitszeitmodell Rufdienst. Dann würde man sich auf telemedizinische Möglichkeiten verändern können und auf 45 bis 60 Minuten die Zeit verlängern. Also aus unserer Einschätzung heraus ist ja gerade arbeitsrechtlich der Rufdienst nicht vereinbar mit einer starren Zeitvorgabe, das wurde ja auch intensiv geprüft. Und das verursacht genau die Probleme, dass eben die Arbeitszeitmodelle Rufdienst hier nicht funktionieren.

Insofern hier die Frage: Also wenn das so ist, dass es eben arbeitszeittechnisch nicht funktioniert, dass man dann eben die Telemedizin – hätte ich jetzt so wahrgenommen – dann als alternative Möglichkeit in Erwägung zieht – und auch bei DGN, DSG, da wurde ja auch natürlich auf die neurologischen Qualitätsaspekte insbesondere abgestellt –, da ist klar, da gilt natürlich: Jede Minute ist hier kostbar für den Patienten. Aber auch hier wurde natürlich die praktische Umsetzbarkeit durchaus mitberücksichtigt, also auch Online-Zugänge, die dann auch hier eine schnelle Begutachtung des Patienten, eine Ersteinschätzung ermöglichen, auch als möglich erachtet. Also ich wollte nur noch mal bestätigt haben, ob ich diese Wahrnehmung so richtig mitgenommen habe. Weil: Das ist ein ganz wichtiger Punkt: dass man hier eben auch auf andere technische Möglichkeiten dann zurückgreifen kann, wenn das praktisch so nicht umsetzbar ist, was als Qualitätsmerkmal natürlich absolut wünschenswert ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Sind Sie bereit, die seitens der DKG jetzt noch mal gewünschte Zuspitzung auch im Protokoll festzuhalten? – Herr Pin.

Herr Pin (DGINA): Ja, mit dem Hinweis, dass wir diese technischen Möglichkeiten wirklich genau definieren müssen, dass sie auch gerade zum Beispiel für neurologische Krankheitsbilder und andere Krankheitsbilder wirklich Sinn machen und auch ihren Zweck da erfüllen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Topka.

Herr Prof. Topka (DGN/DSG): Also wir haben natürlich nichts dagegen, wenn ein Facharzt vor Ort ist. Aber man muss natürlich realistischerweise sagen: Viele Schlaganfälle passieren zu ungünstigen Zeiten. Das tarifrechtliche Problem hatte ich ja auch erwähnt in meiner Stellungnahme, das ist natürlich bekannt. Und ich glaube, das höhere Ziel ist es, den Patienten optimal zu behandeln. Und deswegen denke ich, in der Situation ist der Einsatz dieser Online-

Medien auf jeden Fall zu befürworten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. DKG, Nachfrage? – Nein, dann der GKV-SV bitte.

GKV-SV: Ich würde erst mal meinen Kollegen bitten, der, glaube ich, direkt zu dem Thema was hat, weil ich zu einem anderen Themenkomplex noch eine Frage habe.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, bitte.

GKV-SV: An Herrn Prof. Pennig von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie geht die Frage, wie die Arztverfügbarkeit in der Orthopädie und Unfallchirurgie im Rahmen des SAV- und VHV-Verfahrens geregelt ist. Gibt es da auch eine 30-Minuten-Verfügbarkeit? – Vielen Dank.

Herr Prof. Pennig (DGOOC/DGU/DGOU): Dietmar Pennig von der DGOU, DGU. Vielen Dank. Die Zertifizierung im Traumanetzwerk der DGO als regionales und überregionales Traumazentrum – das ist deckungsgleich mit VHV und SAV – sieht vor, dass ein Facharzt 24/7 in der Krankenhausnotaufnahme vorzuhalten ist. Für das Eintreffen eines zusätzlichen Oberarztes innerhalb von 30 Minuten am Patienten, das ist davon unberührt. Das ist bei uns auch vorgesehen, da reicht die Frist von 30 Minuten aus. Telemedizin, muss man sagen, muss evaluiert werden, da sind noch einige Fragezeichen. – Danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – GKV-SV, ist die Frage beantwortet?

GKV-SV: Ja, vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Gibt es weitere Fragen? – Die Patientenvertretung bitte.

PatV.: Dann muss ich wohl in die Bütt. Guten Morgen an die Sachverständigen. Wir haben eine eher grundsätzliche Frage, die ich aber dann ganz konkret an die Kardiologen richte, weil sie in ihrer Stellungnahme darauf verwiesen haben, dass der zentrale Punkt, den wir ja eigentlich bei dieser Neuschärfung der Regelung für die Notfallversorgung hier diskutieren, die Verfügbarkeit der Akut- und Notfallmediziner vor Ort, 24/7, also rund um die Uhr, ist.

Wir haben den Stellungnahmen entnommen, dass die Mehrheit – oder eigentlich fast alle Fachgesellschaften – der DKG und nicht der GKV zuneigt. Die GKV sagt, wir wollen diese besonders weiterqualifizierten Notfallmediziner rund um die Uhr jeden Tag verfügbar haben. Das würde eine Beschäftigung von fünf bis sechs solcher qualifizierten Ärzte vor Ort erfordern. Die DKG sucht nach Flexibilisierungsmöglichkeiten, um diese akute Versorgung in der Notaufnahme zu gewährleisten.

Aber alle Stellungnehmenden sagen, es ist wahrscheinlich, dass diese Vorgaben, die jetzt hier diskutiert werden, die der GKV und vor allen Dingen dann auch die von Ihnen, Herr Hecken, die sich an die bundesgesetzlichen Diskussionen anlehnen, mit fünf qualifizierten Ärzten anlehnen, dass die in der Praxis nicht realisierbar sind, dass diese Personen, diese Fachkräfte nicht zur Verfügung stehen werden, auch absehbar nicht zur Verfügung stehen werden. Die Kardiologen sagen, auch Maximalversorger – das hat uns sehr überrascht –, auch Maximalversorger vermutlich diese Bedingungen nicht erfüllen können, sodass wir besorgt sind aus Patientenperspektive, dass die Struktur der Krankenhausversorgung im Bereich Notfallversorgung sich dramatisch ändern wird, wenn ein Großteil von Krankenhäusern diese Bedingungen nicht erfüllt. Ein Großteil deswegen, weil bei den Kalkulationen, die eventuell im Raum stehen, Krankenhäuser, die die Bedingungen nicht mehr erfüllen können, doch eine erhebliche Zahl genannt wird. Um jetzt keine Spekulation in den Raum zu setzen, sage ich keine Zahlen, aber es kann eben, was die Versorgung anbetrifft, doch zu gravierenden

Veränderungen kommen.

Und uns beschäftigt vor allen Dingen die Basisnotfallversorgung. Basisnotfallversorgung ist ein verbindlicher Bestandteil der Grundversorgerkrankenhäuser. Grundversorgerkrankenhäuser müssen diese Basis, diese erste Stufe, vorhalten mit zwei Fachabteilungen, Inneres und Chirurgie, Intensivplätzen, Hubschrauberlandeplatz und Ähnliches. Wenn bestimmte Krankenhäuser in der Fläche das nicht mehr erfüllen können, weil sie die Zuschüsse dafür nicht mehr bekommen, und sie sich abmelden von der Notfallversorgung, es notwendig wird, dass die Patienten weitere Wege in Kauf nehmen müssen, um die Notfallversorgung für sich selber gewährleisten zu können, dann ist für uns von großer Bedeutung, dass das, was wir hier regeln in seinen Auswirkungen – wir nennen das immer Folgeabschätzungen –, mitdiskutiert wird. Und das bedauern wir, dass das nicht genügend erfolgt.

Und deswegen die Frage an die Kardiologen, die das eben formuliert haben, dass es insbesondere auch bei Maximalversorgern zu Engpässen kommen kann, was die Verfügbarkeit dieser weiterqualifizierten Akut- und Notfallmediziner anbetrifft: Wie ist Ihre Einschätzung, was die konkreten Folgen sind, wenn der Krankenhausbereich diese Bedingungen, die wir hier festlegen, nicht erfüllen kann?

Und ich muss für das Protokoll eine natürliche Aussage dazusetzen, weil die für uns genauso wichtig ist. Es ist für uns ein großer Spagat und ein großes Dilemma, das so zu formulieren und die Sorge zu formulieren, dass diese Vorgaben, die hier gemacht werden, vielleicht nicht ganz in unserem Sinne sind, weil die Flächenstruktur sich ändert. Natürlich wollen und brauchen wir hohe Qualität in der Notfallversorgung, hochqualifiziertes Personal. Am liebsten hätten wir auch diesen Vorschlag mit den fünf bis sechs Personen, die diese Versorgung leisten können mit der Qualifikation. Aber wir müssen das ernstnehmen, dass fast alle Stellungnehmenden gesagt haben, das ist faktisch nicht zu realisieren. Was sind, an Herrn Möckel die Frage, die Hintergründe Ihrer Aussage im Stellungsverfahren? – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Da möchte ich sofort an der Stelle einfügen: Es hat ja mittlerweile Veränderungen bei den Leistungsgruppen gegeben. Und hier ist ja in dem derzeitig bundesrepublikanischen Leistungskomplex, der sich in den gesetzlichen Abläufen jetzt auf dem Weg zum Bundesrat befindet, und in den hinterlegten Zahlen auch hier bei der Notfallversorgung, nunmehr von der Zahl 3 die Rede. Und deshalb ist es für mich folgerichtig, dass wir hier nicht Normsetzung vollziehen, die über das hinausgeht, was in den Leistungsgruppen abgebildet ist. Dann können wir uns am Ende über die Frage streiten „Was ist jetzt Normenhierarchie“ – und Gott weiß was. Deshalb wollte ich die Frage noch mal präzisieren, jetzt nicht mehr von fünf oder sechs oder sieben oder 24 zu reden, sondern von drei. Das werden wir hier noch zu diskutieren haben, das ist ganz klar. Aber alles andere wäre ja, sage ich mal, ein bisschen aberwitzig, wenn man sagen würde: So, man hat im parlamentarischen Verfahren gemerkt, dass das einfach nicht geht. – Und der G-BA läuft dann durch die Gegend und sagt: Ja, aber es muss gehen. – Das jetzt einfach nur als Einwurf. Entschuldigung, dass ich Sie jetzt unterbrochen habe. Also wir sollten jetzt mal von den dreien reden, einfach mal so als Arbeitshypothese.

Herr Prof. Möckel (DGK): Vielen Dank der PatV, vor allen Dingen dafür, dass Sie dieses Thema Folgenabschätzung aufwerfen. – Also wir haben uns eigentlich in der Fachgesellschaft – das ist jetzt auch natürlich irgendwie immer so ein diskursiver Prozess – darauf verständigt, dass wir die von der DIVI und DGINA publizierte Publikation, wo ja eine Tabelle drin ist, wie die Ausstattung sein soll, je nach den drei Stufen, dass wir die also auch von der DGK mittragen.

Die kritische Frage – jetzt beziehe ich mich mal auf drei –, ob das flächendeckend in

Notaufnahmen vorgehalten werden kann, die ist natürlich jetzt nicht systematisch erfolgt. Also die DGK kann genauso wie die anderen Fachgesellschaften ja keine Folgeabschätzung machen, indem sie alle Krankenhäuser anfragt „Wie viele Leute habt ihr?“, weil diese Informationen werden ja gar nicht zur Verfügung gestellt. Das wäre, glaube ich, Aufgabe vielleicht auch des Gemeinsamen Bundesausschusses oder einer anderen Entität im Gesundheitswesen, diese Folgenabschätzung dann wirklich quantitativ zu machen.

Aber wir sind natürlich eine große Gruppe von Leuten, die in Maximalversorgern arbeiten und dort wissen, wie ungefähr die Verfügbarkeit der Zusatzweiterbildung ist. Und Sie müssen sich vorstellen, die Zusatzweiterbildung ist eine Supra-Spezialisierung. Deutschland ist das einzige europäische Land, das noch eine Supra-Spezialisierung hat, während alle anderen Länder einen Facharzt für Notfallmedizin haben. Und diese Super-Spezialisierung, die dauert Minimum sieben Jahre, in der Regel acht bis neun Jahre. Und da kann man sich ja an einer Hand abzählen, wie schwierig das ist, hier für 1.200 Notfallkrankenhäuser in Deutschland eine ausreichende Abdeckung von Leuten mit der Zusatzweiterbildung zu schaffen. Das heißt also, wir sind natürlich in einer Situation, wo es kritisch wird, was diese Vorhaltung betrifft.

Und ich kann sagen, dass in Berlin – wir haben ja auch eine relativ hohe Krankenhausdichte – im Moment noch 31 Akutkrankenhäuser mit Notaufnahmen – Hier ist es so, dass mir ja meine Zusatzweitergebildeten, die nicht Oberärzte sind, sofort am Tag ihrer Prüfung bzw. am Tag der Absolvierung der Grundlagen für die Prüfung rausgekauft werden, weil alle kleinen Krankenhäuser Schwierigkeiten haben, eben diese drei Zusatzweitergebildeten an Bord zu haben. Wir diskutieren hier intern in Berlin auch schon, ob es auch Kooperationsvereinbarungen geben könnte, dass man also praktisch jetzt so in einem Netzwerk, so sie haben, abbildet.

Also insofern kann ich da nur sagen: Die Sorge, die hier geäußert worden ist, die ist absolut real usw. Also aus meiner Sicht wird das die größte Hürde sein, diese Zusatzweitergebildeten vorzuhalten. Und da liegt eben aus meiner Sicht auch – das ist jetzt allerdings nicht die Sicht der DGK, sondern meine persönliche Sicht – ein Strukturproblem vor, weil eine Supra-Spezialisierung eben einfach per se flächendeckend gar nicht umsetzbar ist, also jedenfalls nicht mit 1.200 Krankenhäusern. Also da muss man runter auf 500 Krankenhäuser, da geht das vielleicht. Aber man braucht noch mal eine Strukturdebatte dazu.

Aber noch mal zusammengefasst: Also wir stehen zu dem DIVI-Papier, an dem ich ja auch selbst mitgeschrieben habe, und wir haben die Sorge, dass zu wenig Zusatzweitergebildete zur Verfügung stehen. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ich gebe an der Stelle zu Protokoll, damit das eben auch im Protokoll steht, dass wir ja auch vorsehen, dass es eben noch eine Frist gibt, binnen derer eben dann Zusatzweiterbildungen noch erworben werden können, da hat es schon mal Verlängerungen gegeben. Und vor diesem Hintergrund ist das natürlich eine Frage: Wie stark wird dann eben auch das von den einzelnen Leistungsanbietern befördert? – Aber spannend ist, was Sie gesagt haben: Sie stehen hinter dem Papier der DIVI. Sie hatten jetzt gerade angesprochen die Dreistufung, eben jetzt auch der Notfallmedizin, Dreistufung, die sich ein Stück weit natürlich möglicherweise auch in Fallzahlen und in komplexen Leistungserbringungen, Leistungsbereichen abbildet.

Mir ist zu Ohren gekommen, wenn ich da eine Frage stellen dürfte, dass in Teilen der notfallmedizinischen Zunft die große Sorge besteht, dass möglicherweise, weil es überall im Versorgungsgeschehen der Krankenhäuser auf der Basis der Personaluntergrenzen-Verordnung des Bundesministers für Gesundheit zwingende Personalvorgaben gibt, unter

Umständen Ausfälle in Fachabteilungen dadurch gedeckt werden könnten, wenn jemand sagt „Okay, da oben habe ich möglicherweise ein Problem auf der Chirurgie, wenn mir da das Personal fehlt“, dass Personal, pflegerisches Personal aus der Notaufnahme abgezogen wird und dann in Hauptfachabteilungen der Krankenhäuser eingesetzt wird. Deshalb ist mir aus Kreisen des Deutschen Bundestages, aber auch aus Kreisen derjenigen, die sich mit Notfallversorgung beschäftigen, die Frage gestellt worden: Müsste man nicht – oder könnte man nicht in Ergänzung dessen, was die Personaluntergrenzen-Verordnung vorsieht – für pflegerisches Personal, für die normalen Hauptfachabteilungen in Krankenhäusern oder für die in Zukunft leistungsgruppenabbildenden Einheiten –, auch in der Abhängigkeit von bestimmten Behandlungszahlen, Behandlungsfällen, die durch die Notaufnahme laufen, hier auch Grenzen treffen, Untergrenzen oder Vorgaben für pflegerisches Personal? – Wir haben ja da heute drin stehen, da muss eine Pflegekraft mit bestimmter Zusatzqualifikation da sein, und da muss jederzeit eine Pflegekraft verfügbar sein. – Das ist ja hübsch. Wenn aber 300 Patienten da vor der Tür stehen, dann ist natürlich eine Pflegekraft ein bisschen knapp kalkuliert.

Könnten Sie mir dazu – das ist bislang nicht Gegenstand dieses Stellungnahmeverfahrens – vielleicht eine Einschätzung geben, ob das überhaupt machbar ist, ob das sinnvoll ist, wo man da eine Grenze ziehen könnte? Denn ich kann ja nicht evidenzfrei sagen „pro 10 Patienten“ oder „pro 20 Patienten“ oder „pro 30 Patienten muss da irgendjemand sein“. Mir wäre es nur wichtig, wo wir jetzt die ganzen Experten hier haben, dass wir da vielleicht mal eine Einschätzung bekämen, ob das sinnvoll ist, machbar oder ob man das Kind mit dem Bade ausschüttet, weil es die Doktoren mit den Zusatzqualifikationen schon nicht gibt, weil es möglicherweise hier auch große Probleme gibt? Ist da irgendjemand sprechfähig vielleicht?

Herr Prof. Möckel (DGK): Das steht ja auch bei uns im Papier drin. Also wir haben ja die Zahl von einer VK auf 1.200 Patientenkontakte da aufgeschrieben. Das ist auch schon ein Kompromiss, das ist nicht so einfach. Aber das ist das, zu dem wir stehen. Und ich glaube, die meisten hier Anwesenden sind auch Co-Autoren dieses Papieres. Aber ich glaube, Herr Pin ist vielleicht der, der da am meisten aussagefähig ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Pin, bitte.

Herr Pin (DGINA): Vielen Dank. – Genau, das steht auch in unserer Stellungnahme schon mit drin, diese Zahl, 1.200 Patientenkontakte pro VK-Pflege pro Jahr als Grenze. Und diese Zahl beruht auf einer gemeinsamen Publikation von DIVI, DGINA und den österreichischen und schweizerischen Fachgesellschaften, in der wir anhand verschiedener Systeme genau diese Zahl evaluiert haben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, das hilft mir dann schon weiter. – Jetzt der GKV-SV und dann die Ländervertretung. GKV-SV bitte.

GKV-SV: Vielen Dank. Ich würde gern an die DGINA, Herrn Pin, eine Frage richten. Ich habe jetzt eben mitgenommen, dass Sie die Anforderungen der Leistungsgruppe Notfallmedizin durchaus als sachgerecht sehen würden für die Basisnotfallstufe. Könnten Sie noch mal beschreiben, wie Sie dann möglicherweise eine Stufung in den höheren Stufen sehen würden? Bräuchte man dort dann noch weitergehende Personalanforderungen? – Vielen Dank.

Herr Pin (DGINA): Vielen Dank für die Frage. – Wir sehen diese in der Leistungsgruppe beschriebene Anzahl von Ärzten. Und da stehen ja fünf Fachärzte mit den drei mit Zusatzweitergebildeten. Das heißt, zwei Fachärzte müssen auch noch der Notaufnahme zugeordnet sein. Wichtig für uns ist, dass diese fünf Ärzte das Stammpersonal der

Notaufnahme bilden. Wichtig dabei ist – und so war es in unserer Stellungnahme –, dass der Leiter und die Stellvertretung die Zusatzweiterbildung aufweisen müssen und dass die anderen drei auch in Weiterbildung befindlich sein können. Dieses „in Weiterbildung befindlich“ ist deswegen wichtig, weil damit gewährleistet ist, dass diese Ärzte auch tatsächlich der Notaufnahme zugeordnet sind, denn da findet die Weiterbildung statt.

Das gilt dann auch für die Basisstufe. Und das, was wir gemacht haben, ist eine Graduierung innerhalb der einzelnen Stufen. Das heißt, in der Basisstufe muss einer dieser fünf Ärztinnen oder Ärzte von 8 bis 17 Uhr anwesend sein vor Ort und danach kann es im Rufdienst erfolgen, also sprich: verfügbar sein. Für die Stufe der Erweiterten haben wir eine Anwesenheit von 8 bis 22 Uhr vorgesehen und danach Rufdienst in einer umfassenden Stufe, den Bereitschaftsdienst.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Gibt es eine Nachfrage?

GKV-SV: Ja, ich habe tatsächlich noch eine Nachfrage.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ich habe nur eine Hand gesehen. – Bitte.

GKV-SV: Herr Pin, Sie hatten gerade das Wort „Leitung“ auch genannt der Notaufnahme, da würde ich gern noch mal einhaken. Würden Sie es durchaus auch getrennt sehen, dass der für die Schicht zuständige Arzt und die Leitung durchaus unterschiedlich sein können an der Stelle? Wie würden Sie die Position der Leitung einordnen? Vielleicht können Sie darauf noch mal kurz eingehen.

Herr Pin (DGINA): Danke, das ist eine sehr wichtige Frage. – In der bisherigen Formulierung der Richtlinie steht ja, dass „Leitung“ ein der Notaufnahme zugeordneter, fachlich unabhängiger Arzt sein muss. Das, was in der Formulierung nicht zum Tragen kommt, ist, dass dieser Arzt oder diese Ärztin auch tatsächlich seine überwiegende oder seine hauptsächliche Zeit in der Notaufnahme verbringen muss und dort tätig sein muss. Und deswegen haben wir als Anregung im § 6 noch mal adressiert, dass die Leitung hauptsächlich in der Notaufnahme tätig sein muss und dass diese Leitung auch die Zusatzweiterbildung klinische Akut- und Notfallmedizin aufweisen muss. So, wie es jetzt ist, ist rein theoretisch möglich, dass jemand die Zusatzweiterbildung hat, auch die Leitung der Notaufnahme hat, aber seine überwiegende Zeit oder seine Tätigkeit durchaus an einer anderen Stelle des Krankenhauses verbringen kann. Und das sollte eigentlich sein.

Also zusammengefasst: Die Leitung muss in der Notaufnahme tätig sein, und sie muss die Zusatzweiterbildung haben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Ist die Frage beantwortet, GKV-SV?

GKV-SV: Ja, vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Dann die Ländervertretung.

LV: Vielen Dank. – Ich habe eine Frage an DGINA, DGN und DIVI. Es ist einiges jetzt schon besprochen worden, trotzdem wollte ich es noch mal ansprechen, die Leistungsgruppe, Herr Hecken hat es ja selbst auch ins Spiel gebracht, die ja hier auch mit angeschaut werden muss. So, wie sie jetzt formuliert ist, sieht sie vor, dass in 12/2028 im Prinzip ab der Basisstufe 3 Fachärzte mit Zusatzweiterbildung, Akut- und Notfallmedizin vorhanden sein müssen. Die Ärzte in Weiterbildung sind in dieser Leistungsgruppe, wenn ich es richtig in Erinnerung habe, nicht wirklich bedacht, nur bis dahin, bis 12/2028, können halt zwei Zusatzweiterbildungen sein – oder müssen es auch.

Ich würde gern von allen drei Fachgesellschaften noch mal hören, wie Sie das einordnen. Erstens: Ist es denkbar – ich weiß, wir haben keine Auswertung über Folgen, weil wir die Zahl nicht genau kennen –, dass in 12/2028, ab 1. Januar 2029 tatsächlich permanent drei zusatzweitergebildete Fachärzte in der Basisstufe vorhanden sein können? Und macht es eigentlich Sinn, oder reichen auch Fachärzte in Weiterbildung?

Und gern auch Ihre Meinung zu diesen Stufen: Wo sehen Sie wen und wie viele und wie viel ist wahrscheinlich oder wie viel halten Sie für notwendig, dass man zu diesem Thema noch mal etwas sagen kann?

Und es geht auch noch mal um die 24/7-Verfügbarkeit. Ich habe das Papier der DGINA sehr wohl gelesen in diesen Stunden. Nichtsdestotrotz ist ein Vorschlag im Moment von einigen Bänken die 24/7-Verfügbarkeit eines Arztes mit Zusatzweiterbildung. Vielleicht können auch alle drei Fachgesellschaften noch einmal etwas dazu sagen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Wer möchte beginnen? – Herr Pin, fangen wir mit Ihnen an.

Herr Pin (DGINA): Fangen wir mit mir an, okay. – Also vor dem Hintergrund der Ausbildungsdauer von zwei Jahren und der fast überall ausgelaufenen Übergangsfrist zur Erlangung der Zusatzweiterbildung könnte es tatsächlich bis 2028 schwer werden, diese Anforderung zu erfüllen. Deswegen halten wir es für extrem wichtig, dass die, wie ich gerade auch schon sagte, Ärzte in Weiterbildung mit in dieses Konstrukt einbezogen werden, sodass wir erstens die Weiterbildung fördern und auch eine ausreichende Anzahl in einem möglichst schnellen Zeitraum bekommen. Ich verweise da auch noch mal auf die Äußerung von Herrn Möckel: Das ist schwierig – weil es eine Supra-Spezialität ist –, das flächendeckend so umzusetzen. Und deswegen, glaube ich, müssen wir bis 12/2028, wenn wir diese Anforderungen erfüllen werden – werden wir auch darüber hinaus die Ärzte in Weiterbildung da berücksichtigen, dass sie auch da mit einfließen in diese Berechnung. Unabhängig davon bleibt es dabei: Zumindest die Leitung oder Stellvertretungen brauchen diese Zusatzweiterbildung. – Jetzt weiß ich den zweiten Teil der Frage nicht mehr.

LV: Ich wollte nur wissen, ob das dann für Basis und mittlere und obere Stufe gleich gilt, oder ob Sie sagen würden, für die Maximalversorger ist das dann locker zu schaffen. Oder müssen da genauso die weitergebildeten Fachärzte mit einbezogen werden? Ich glaube, Sie haben es schon eigentlich erwähnt, aber ich würde gern noch mal eine stringente – –

Herr Pin (DGINA): Ja. Auch da müssen für alle Stufen die weitergebildeten Fachärzte mit einbezogen werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Der Nächste. Herr Dr. Brod.

Herr Dr. Brod (DIVI): Ich würde mich den Aussagen von Martin Pin von der DGINA anschließen. Auch ich denke, dass eine Verlängerung der Übergangsfrist erforderlich ist. Nichtsdestotrotz müssen wir die Weiterbildung fördern, denn wir wissen ja: Bereits seit 2018 gibt es den G-BA-Beschluss. Das heißt, seit 2018 haben wir die Möglichkeit, diese Leute zu qualifizieren. Und auch mit den jetzigen Beschlüssen ist es erforderlich, dass zumindest die Leitung diese Zusatzqualifikation innehat. Das heißt, ich denke, bis 2028 sind natürlich noch ein paar Jahre hin. Nichtsdestotrotz wird es aufgrund der Supra-Spezialisierung letztendlich erforderlich sein, dass wir die Übergangsfristen auch etwas weiter verlängern. Ich denke, dass sowohl basiserweiterte als auch umfassende Notfallversorger diese Anforderungen erfüllen müssen, dass zumindest die Leitung und Stellvertretung im Ende dieser Übergangsfrist diese Zusatzweiterbildung innehat.

Was die weiteren Ärzte angeht, so verweise ich auch noch mal auf das Strukturpapier von DIVI und DGINA: können wir uns gut vorstellen, dass das auch Ärzte, die sich in Zusatzweiterbildung befinden, betrifft.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Wer war jetzt der dritte Adressierte?

Herr Prof. Topka (DGN/DSG): Die DGN war angesprochen, oder?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, genau.

Herr Prof. Topka (DGN/DSG): Das ist tatsächlich eine sehr, sehr komplizierte Frage, muss man sagen. Aus Sicht der Neurologie stellt sich die gesamte Notfallversorgung ja mit ein bisschen anderen Aspekten als für viele andere Fachbereiche dar. Dazu zählt, dass wir in den Akutkliniken Deutschlands im Prinzip in der Regel zwischen 70 und 100 % der Patienten, die in den neurologischen Kliniken stationär sind, aus der Notaufnahme aufnehmen. Das bedeutet im Grunde, für die neurologischen Akutkliniken ist die Notfallversorgung nicht so ein kleines Nebenarbeitsgebiet, sondern das ist eigentlich mit das zentrale Arbeitsgebiet. Und deswegen sind wir ohnehin schon sehr, sehr intensiv mit der Notfallversorgung beschäftigt.

Gleichzeitig ist natürlich auch klar, dass die Notfallmedizin genuin ein interdisziplinäres Feld ist. Das heißt, wir sind darauf angewiesen, dass wir Operationspartner in den Notaufnahmen haben. Und da sind natürlich solche Zusatzweiterbildungen von großem Wert, weil wir dann mit Kolleginnen und Kollegen kooperieren können, die tatsächlich den Blick für die Notfallversorgung haben.

Andererseits ist es halt so, dass sehr schnell nach der ersten, sagen wir mal, Triage, der Einordnung der Patienten, eine spezifische neurologische weitere Versorgung stattfinden muss, und da sehen wir uns eigentlich in der Pflicht. Deswegen ist für uns der Beitrag der Zusatzweiterbildung der Versorgung in den Notaufnahmen der, dass wir eine qualifizierte Triage gewährleisten und möglichst schnell die Patienten auch der richtigen Struktur zuordnen, um dann die weitere Therapie da zu übernehmen. Insofern sehen wir durchaus die Möglichkeit, dass auch in Anbetracht der realistischen Verhältnisse in den Kliniken, eben nicht nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer vollständigen Zusatzweiterbildung in den Notaufnahmen tätig sind. Und da würde ich jetzt Herrn Pin und Herrn Brod zustimmen: Das werden wir wahrscheinlich auch mit Mitarbeitern aus der Weiterbildung machen müssen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Gibt es eine Nachfrage?

LV: Nein, es ist keine Nachfrage.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Nein, dann weitere Fragen noch an Sie. Also, Ländervertretung.

LV: Ich hatte noch eine Fachgesellschaft vergessen. Darf ich die Fragen auch an die DGAI stellen, an Herrn Prof. Bernhard? – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja. Bitte schön, Herr Bernhard.

Herr Prof. Bernhard (DGAI): Vielen herzlichen Dank, Bernhard von der DGAI. – Ich kann mich den Ausführungen der Vorgänger einfach nur anschließen. Ich glaube, das sehen die gesamten Fachgesellschaften gleich: dass man das zwar in einem gewissen Anteil mit Kolleginnen und Kollegen, welche die Zusatzweiterbildung bereits innehaben, ausfüllen muss, und dann noch weitere Kolleginnen und Kollegen hat, die weitergebildet werden und dabei das Ganze lernen und auch die gesamte Interdisziplinarität da hineinbringen. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, ist die Frage beantwortet? – Dann darf ich

vielleicht noch eine Frage anschließen, auch wieder eine Interessensfrage. Wir haben ja die bekannte Dreistufigung in der Notfallversorgung. Jetzt nehme ich natürlich wahr, dass außerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses im Augenblick bei der Ausgestaltung intensivmedizinischer Versorgung sehr erregt und auch sehr kontrovers die Diskussion geführt wird, ob es nicht eben hier auch unterschiedliche Stufungen in der intensivmedizinischen Versorgung dergestalt geben sollte, dass bestimmten Versorgungsstufen dann eben bestimmte OPS-Codes zugewiesen werden. Das ist eine Baustelle, die wir jetzt hier im Augenblick nicht zu behandeln haben, aber dazu hatte sich ja auch DIVI und, ich glaube, auch die DGINA, geäußert.

Sehen Sie aus diesen Diskussionen, die im Augenblick, wie gesagt, noch völlig ergebnisoffen und sehr kontrovers laufen, möglicherweise noch Anforderungen oder Nachschärfungsbedarfe, was bei uns die einzelnen Notfallstufen angeht? Also müssen wir da in der Zweier und Dreier, in der Schwerverletztenversorgung dann möglicherweise noch irgendetwas nachsteuern? Oder sagen Sie, das ist so vom Grundgerüst her okay und da kann man einen Haken dranmachen und dann warten wir mal ab, was es an weiteren Diskussionen außerhalb der Notfallversorgung im Bereich der Ausgestaltung der intensivmedizinischen Versorgung gibt? – Wer könnte mir dazu etwas sagen? Vielleicht fangen wir auch da mit Herrn Pin oder vielleicht mit der – –

Herr Pin (DGINA): Ich würde es an die DIVI geben zuerst.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Dann Herr Brod.

Herr Dr. Brod (DIVI): Vielleicht können Sie die Frage noch einmal für mich konkretisieren, ich bin mir nicht sicher, ob sie hundertprozentig verstanden habe.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Also wir diskutieren ja – oder beim BfArM wird im Moment diskutiert, bei der Ausgestaltung Leistungsgruppen Intensivmedizin, ob es hier eine Dreistufigung geben soll, eine Clusterung dergestalt, dass bestimmten intensivmedizinischen Versorgungsebenen auch bestimmte OPS-Codes zugeordnet werden, damit eben nicht Intensivbett gleich Intensivbett ist, sondern hier eben auch eine entsprechende Schwere der Behandlungsbedürftigkeit, spezielle Anforderungen dann an die Leistungserbringung gestellt werden. Wir haben drei Stufen der Notfallversorgung. Und meine Frage ist: Unabhängig von der Diskussion, die ja noch ergebnisoffen geführt wird und sehr kontrovers geführt wird: Sehen Sie aus dieser Diskussion, die wir jetzt im Bereich der Leistungsgruppen Intensivmedizin führen, möglicherweise Nachschärfungsbedarfe oder irgendwelche Hinweisbedarfe in unserer Dreistufigung Notfallversorgung, die ja klassischerweise, sage ich mal, auch an eine bestimmte Versorgungsstufe geknüpft ist, hinter der auch eine entsprechend intensivmedizinische Ausstattung liegt? Ich habe da jetzt nur gehört davon, was da in Bonn für Diskussionen geführt werden, also beim BfArM, und da hat sich mir die Frage gestellt: Hat das irgendeinen Reflex auf unsere Notfallstufen? Oder kann man sagen „andere Baustelle, interessiert mich nicht“, damit wir das jetzt einfach mitnehmen können? Das war die Frage, Herr Brod.

Herr Dr. Brod (DIVI): Also grundsätzlich ist es ein interessanter Punkt und es gibt natürlich auch in der Notfallmedizin bestimmte Leistungen, die nur in umfassenden Notfallversorgung in den Kliniken durchgeführt werden, beispielsweise die eCPR, also die ECMO-Therapie beim Herz-Kreislauf-Stillstand, und auch die Versorgung schwerer Polytraumen, die ja sicherlich auch einen größeren Aufwand bedingt und wo man durchaus aus meiner Sicht diskutieren kann; und wenn man OPS-Codes hinterlegen würde in dem Bereich, da nicht auch eine gewisse Trennung herbeiführt und eine gewisse Differenzierung

erfolgt. Das würde sicherlich aus meiner Sicht Sinn ergeben, auch wenn ich da jetzt in keiner Diskussion involviert bin.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt die DKG, dann der GKV-SV.

DKG: Vielen Dank. – Eine Frage, die sich anschließt an die aktuelle Diskussion bezüglich des § 9 und der Zusatzqualifikationen bei den Ärzten und den Pflegekräften, vielleicht insbesondere an die DGK, DGINA und DIVI, aber insbesondere auch an alle anderen Fachgesellschaften, die bisher noch nicht zu Wort gekommen sind: Welchen Zeithorizont würden Sie sich denn vorstellen, wann realistischerweise diese Vorgaben, also drei Fachärzte hier zum Beispiel, wenn man es auf die Leistungsgruppe beziehen würde, auch für die Basisnotfallversorgung erfüllbar sind? Konkrete Frage: Welchen Zeithorizont sollte die Übergangsregelung mindestens betragen? Wahrgenommen haben wir schon, dass bis Dezember 2028 die Umsetzung nicht unbedingt möglich erscheint. Aber welcher Zeithorizont darüber hinaus wäre denn aus Ihrer Einschätzung erforderlich? – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Wer möchte beginnen? Ich bitte aber, dabei Rücksicht darauf zu nehmen, und das hatte die PatV eben gesagt: Wir haben auf der einen Seite personelle Zwänge, wir haben auf der einen Seite natürlich die Notwendigkeit, die Realität abzubilden. Wir können ja nicht fantasieren und Grimms Märchen hier aufschreiben. Auf der anderen Seite ist mein Bestreben, doch einen Endpunkt, den ich jedenfalls noch erlebe, also nicht mehr im Amt, das habe ich mittlerweile aufgegeben, aber den ich noch erlebe, weil ich irgendwann auch in der Basisnotfallstufe wahrscheinlich mal versorgungsbedürftig bin, dass wir irgendwann in einem überschaubaren Zeithorizont dann vielleicht das erreichen, was wir für fachlich richtig und geboten halten. Also ich verstehe alle personellen Zwänge, ist alles wunderbar, ich sehe aber auf der anderen Seite auch Patienten, die immer multimorbider werden, die immer komplexer in ihren Behandlungsanforderungen werden, und da muss ich irgendwann auch mal sagen: Ja, bis hierhin und nicht weiter.

Die 500, die eben mal genannt worden sind, die will ja keiner, die halte ich auch für nicht darstellbar. Also was Herr Busse da an Ideen hatte, das ist hübsch, aber das ist nicht bundesrepublikanische Versorgungsrealität. Aber die Notaufnahme sollte aus meiner Sicht schon über gewisse Notaufnahmekompetenzen und Ersteinschätzungskompetenzen verfügen. Deshalb bitte ich, die Zeithorizonte so zu fassen, dass wir sie vielleicht noch alle irgendwie erleben.

Also es geht jetzt an alle: Was haben Sie so für Vorstellungen, was wäre realistisch? 2028, ist schon gesagt worden, geht nicht. Wir hatten jetzt mal gesagt 2026, 2027. Beim Bund haben wir die 2028, okay, geht nicht. Sind wir dann 2029, sind wir 2030? Wir müssen natürlich sehen, der Incentive für diejenigen, die hier Leistungen erbringen wollen, wird umso größer, je enger wir die Frist setzen. Wenn wir da reinschreiben 2032, nach billigem Ermessen, und dann gucken wir noch mal, da wird jeder sagen, wieso soll ich den auf die Schul' schicken, der soll in der Zeit eben am Patienten – also den im Mittelpunkt stehenden Patienten versorgen, und mit der Zusatzweiterbildung kann man warten. Die Erfahrung haben wir ja in der Vergangenheit gemacht. Wir haben gesagt: Wenn die Ärztekammer anbietet, dann fünf Jahre. Dann sind die Ärztekammern so poplig gekommen. Aber selbst in Berlin, wo das Angebot von Anfang war, haben viele gesagt: Na ja, warten wir mal ab, da wird es irgendwann eine Verlängerung geben. – Also wir dürfen hier nicht mit dem Feuer spielen. Damit will ich die Frage der DKG nicht relativieren, ich will nur meine persönliche Sichtweise einbringen. Also jeder ist gefragt. Wer möchte beginnen?

Herr Prof. Möckel (DGK): Also ich fange sehr gern an. Also ich würde gern noch mal hier einen

Aspekt reinbringen. Also das klingt jetzt für mich so ein bisschen so, als wenn man sich das so aussuchen könnte, wie so eine Übergangsfrist ist, weil man also sagt: Na ja, ich fange dann in zwei oder drei Jahren mit der Qualifikation an. – Die Qualifikation ist ganz klar gebunden an die personelle Ausstattung, die man dafür hat, und das hängt davon ab, wie viel man mit der Notfallmedizin verdienen kann. Also wenn man mit der Notfallmedizin nichts verdienen kann im Krankenhaus, sondern immer zuschustern muss, und dann soll man aber zusätzlich Leute in eine Qualifikation schicken, die eine Reihe von Hospitationen und Abwesenheit aus dem Kernbereich erfordern, und dann aber auch Arbeitsbedingungen für die Zusatzweitergebildeten hat, die normale Ärzte, die wir im Alter sind, dann nur noch als Oberärzte überhaupt auf sich nehmen, dann ist die Antwort ganz klar: Dann klappt das vielleicht nie. – Also ich glaube, das hängt auch ab davon, welche Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit Zusatzweitergebildete Personen, Ärzte in der Notaufnahme längerfristig tätig werden. Und ohne diese Rahmenbedingungen, also ohne die Frage, wie dann diese Leistungen, die von denen erbracht werden, vergütet werden, lässt sich diese Frage gar nicht beantworten. Ich glaube, das ist so ein bisschen der Elefant im Raum, der einfach einmal angesprochen werden muss. Also ich bin ja einer der Befugten seit 2015 für die Zusatzweiterbildung, ich bilde ohne Ende Zusatzweitergebildete aus, die alle sich auf das Land verteilen. Und ich kann Zusatzweitergebildete nur als Oberarzt überhaupt in meinem Bereich halten. Also die Fachärzte mit Zusatzweiterbildung sind sofort irgendwo anders Oberarzt und werden rausgekauft. Das heißt, wir brauchen unbedingt eine klare Regelung dafür, wie die Finanzierung sowohl der Weiterbildung als auch der dann dort tätigen Personen sein wird. Und daraufhin kann man dann die Folgenabschätzung machen und die Frage exakt beantworten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Diesen Elefanten im Raum, den kann natürlich der G-BA nicht beantworten, das ist ganz klar, also das ist der Punkt. – Die weiteren Gefragten, wer möchte?

Herr Pin (DGINA): Dann steige ich vielleicht ganz kurz ein, Pin von der DGINA. – Wenn wir uns auf den Vorschlag, den jetzt auch Herr Brod oder Herr Prof. Möckel gezeigt haben, der in unserer Stellungnahme und auf der Basis des gemeinsamen Positionspapieres, fokussieren, dann sieht man, dass in der Basisstufe ja die Leitung die Zusatzweiterbildung haben muss und die zusätzlichen Fachärzte in Weiterbildung befindlich sind. Das heißt, dieser Vorschlag wäre schon viel, viel früher umsetzbar und bräuchte eine viel, viel kürzere Übergangszeit, ohne dass ich da jetzt genaue Zeiten sagen würde, aber ein bis zwei Jahre vielleicht maximal, und würde das dann eigentlich stärken. Und das heißt, dieser Vorschlag ist viel, viel früher umsetzbar als der vorher von Ihnen erwähnte, irgendwie bis zum Jahr 2028 – oder um auf die Fragestellung von Frau Wrede vorhin – ja.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Herr Prof. Klein, DGNI.

Herr Prof. Klein (DGNI): Ja, es war nur eine kleine Unterstützung für Herrn Möckel. Ich halte es für essenziell.

Und dieser Elefant, der hat noch einen weiteren Schuh: Viele Ärzte machen die Zusatzweiterbildung und arbeiten dann für einige Jahre in der Notaufnahme, um sich dann eben auch wieder besseren Arbeitsbedingungen zuzuwenden, und verlassen die Notaufnahme dann wieder. Und das muss man da mit beinhalten. Ich würde Herrn Pin hier unterstützen wollen letztlich in dem Vorschlag auch, die Weiterzubildenden dauerhaft einzubeziehen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr Brod.

Herr Dr. Brod (DVI): Ja, One-size-fits-all-Lösungen unbedingt trennen sollten. Das heißt, drei Fachärzte für alle, sondern wirklich trennen sollten nach Basiserweiterung umfassend, weil je nach Größe des Krankenhauses unterschiedliche Voraussetzungen vorherrschen, unterschiedliche Möglichkeiten auch bestehen. Und wie Herr Pin gerade schon sagte: Für einen Basisversorger sollte es nach den Empfehlungen von DVI und DGINA – oder würden ja ein bis zwei weitergebildete Kollegen in der Leitung ausreichen, für die Umfassenden sind es dann deutlich mehr. Aber die Umfassenden haben im Regelfall aktuell auch schon mehrere mit Zusatzqualifikation und könnten das auch schneller erreichen. Ich denke, der Incentive ist entscheidend, wie gesagt, dass man durch so eine Regelung natürlich Krankenhäuser dadurch dazu bewegt, diese Weiterbildung auch zu fördern. Und natürlich ist die Finanzierung essenziell, aber ich hatte ja schon gesagt, das ist der Elefant im Raum, das werden wir hier nicht lösen können, aber ja, das wäre entscheidend. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Brod. – Wen haben wir jetzt noch? – Die DGKJ, Herr Rodeck, bitte.

Herr Dr. Rodeck (DGKJ): Vielen Dank. Ich habe noch mal einen anderen Punkt, den ich hier einbringen würde, jetzt spezifisch aus der kinder- und jugendmedizinischen Perspektive: Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin unterhalten alle eine Notaufnahme für Kinder und Jugendliche. Jeder Weiterzubildende durchläuft diese Station, genauso wie die entsprechende Kinderintensivstation bzw. Neonatologie. 80 % in einer normalen Kinderklinik laufen als Notfälle in die Kinderklinik hinein. Und das sind andere Notfälle, als Sie die aus der Erwachsenenmedizin kennen. Wir haben keinen Herzinfarkt, wir haben ganz, ganz selten vielleicht mal einen Schlaganfall, ansonsten haben wir die typischen pädiatrischen Notfälle, sodass wir eigentlich der Meinung sind, dass die Zusatzweiterbildung Akut- und Notfallmedizin originär und genuin eigentlich zur Facharztkompetenz des Kinder- und Jugendarztes schon gehört, sodass das für uns eine Diskussion ist, die wir ein Stück weit außerhalb der jetzt geführten sehen. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Rodeck. – Gibt es weitere Wortmeldungen? – Ich sehe keine mehr. Also es lässt sich keiner auf das Nennen einer Jahreszahl ein, das halte ich für vernünftig. Entschuldigung, das darf ich ja gar nicht sagen, ich bin ja unbefangen. – GKV-SV hat sich gemeldet.

GKV-SV: Vielen Dank. Es ist ja jetzt schon ein paar Mal aufgetaucht: Wir wissen eigentlich gar nicht, wie schnell Dinge voranschreiten oder wo es tatsächlich noch Probleme gibt. Wir haben ja auch einen Teil in der Stellungnahme eingebracht, der sich mit den Konsequenzen aus der Nichteinhaltung von Anforderungen befasst. Und dort ist unter anderem vorgesehen, dass, wenn Anforderungen einer vereinbarten Notfallstufe nicht mehr erfüllt werden können – oder nach Ablauf einer Übergangsfrist zum Beispiel noch nicht erfüllt werden können –, dass dies dann der Landes- und Bundesebene zu melden ist; und auch, welche Maßnahmen dann ergriffen wurden, um dem entgegenzuwirken oder diese Anforderung zukünftig wieder zu erfüllen.

Ich würde gern Frau Prof. Blaschke-Steinbrecher fragen – wir haben ja momentan keinerlei Vorgaben gemacht zu einem solchen Meldeverfahren –: Wäre das aus Ihrer Sicht sinnvoll, so etwas strukturiert und digitalisiert aufzusetzen, sodass wir dann bestimmte Sachen uns vielleicht nach einer gewissen Zeit dann anschauen, evaluieren können? Wie sind Ihre Ideen dazu, was müsste man dabei beachten? Und hätten Sie vielleicht eine Idee, welche Institution so etwas machen könnte?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Prof. Blaschke, bitte.

Frau Prof. Blaschke-Steinbrecher (DIVI): Blaschke für die DIVI. Vielen Dank für die Frage. Ich halte das für einen sehr, sehr guten Vorschlag, hier strukturiert eine Möglichkeit zu schaffen für die Kliniken, hier in den Dialog zu treten. Es gibt derzeit ja gerade im Rahmen der Strukturprüfung durch den Medizinischen Dienst keine strukturierte Möglichkeit des Stellungnahmeverfahrens, sodass ich das jetzt für die DIVI sehr unterstützen würde, hier ein Portal vielleicht zu entwickeln, welches es ermöglicht, diese strukturierte Stellungnahme auch durchzuführen. Das würde zum einen eine erhebliche Vereinfachung für die Kliniken darstellen, diese Maßnahmen auch dort strukturiert zu platzieren.

Das Zweite ist, dass die Transparenz und auch die Bewertung hier erheblich vereinfacht werden würden und die Transparenz geschaffen werden würde. Ich könnte mir sehr gut vorstellen, dass auf Bundesebene vielleicht das IQTIG hier eine Institution wäre, die ein solches Portal vielleicht idealerweise im Rahmen eines internetbasierten Webportals installieren könnte. Ich denke, das wäre eine geeignete Institution, um dieses strukturierte Stellungnahmeverfahren zu implementieren. Also insofern finde ich diesen Vorschlag, sehr wertvoll, um diesen Prozess des Stellungnahmeverfahrens zu vereinfachen, aber auch transparenter zu gestalten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Blaschke-Steinbrecher. – Ist die Frage beantwortet, GKV-SV, oder gibt es eine Nachfrage?

GKV-SV: Ja, vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Die Patientenvertretung bitte.

PatV: Darf ich, wenn dieses Thema jetzt aufkommt, wie man quasi die Konsequenzen angeht, wenn man erkennt, dass die Krankenhäuser die Vorgaben nicht erfüllen können – das ist meines Erachtens kein statistisches Problem allein. Für die Evaluation wäre es wichtig, vernünftige Daten zu haben. Das merken wir jetzt bei dem Auftrag, den wir gerade jetzt nach fünf Jahren Bestehen dieser Regelung durchführen wollen.

Aber das Entscheidende ist doch, dass dann krankenhauserplanerisch geklärt werden muss, was passiert. Also es kann ja dann keine reine Diskussion der Krankenhäuser mit Qualitätsbeauftragten oder dem MD sein, weil das wahrscheinlich in der Fläche Versorgungskonsequenzen hat. Also das sollten wir jetzt hier nicht weiterverfolgen, aber diskutieren muss man es dann, wenn es dafür Regelungen gibt, schon: Wer ist eigentlich dann der Adressat für die Meldung von, sagen wir mal, Nichterfüllung der hier vorgegebenen Leistungen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Der GKV-SV bitte.

GKV-SV: Jetzt nur mal kurz zur Klarstellung: Es ist ja vorgesehen, dass dann erst mal auf der Ortsebene hier konkrete Maßnahmen auch vereinbart werden.

Und dann haben Sie vollkommen recht: Die Meldung soll ja Richtung der Länder auf der einen Seite gehen und Richtung der Bundesebene auf der anderen Seite, wo ja auch jeweils unterschiedliche Funktionen da sind. Auf der einen Seite müsste geprüft werden, ob das für die, sage ich mal, landesrechtliche Planung irgendwelche Konsequenzen hat. Und für uns auf der Bundesebene wäre es natürlich wichtig zu schauen, inwieweit es bei unseren Regelungen eben vielleicht an der einen oder anderen Stelle Nachbesserungsbedarf gibt oder ob man hier weiter irgendwie unterstützen kann. Aber die Maßnahmen selber wären ja nach der aktuellen Richtlinienlage dann auf der Ortsebene erst mal zu besprechen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Die DKG bitte.

DKG: Vielen Dank. – Auch eine Nachfrage zu dem jetzt aufgekommenen Thema. Aus unserer Sicht wurde das jetzt in den Stellungnahmeunterlagen auch noch nicht beinhaltet, sodass es natürlich schwierig ist für die anderen Teilnehmer, da sich jetzt zu äußern. Aber dennoch die Nachfrage an die anderen Befragten, ob ein Portal, das sozusagen eine Zusatzmeldung – also es geht ja nicht um die Vereinbarung der entsprechenden Komponenten vor Ort, so wie wir das vorsehen, sondern eine separate Meldung über verschiedenste Bestandteile, bei denen man hier, wenn manche Dinge übergangsweise nicht erfüllt, an den G-BA und an die Länder, was aus Sicht der DKG jetzt spontan einfach noch mal doch wieder ein weiterer Zusatzaufwand ist, gerade bei den Bestrebungen hier, die Endbürokratisierung ein Stück weit voranzubringen, bei dem es ja nur immer stückweise gelingt, hier ein bisschen zu reduzieren –, hier wieder ein neues Portal zu eröffnen und hier noch mal weitere Meldungen zu platzieren. Da frage ich mich, falls es möglich wäre, hier eine spontane Äußerung von den anderen Stellungnehmern – würde mich interessieren, ob das alle als einen positiven Aspekt sehen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Gibt es da spontane Rückmeldungen? –Nein.– Mir ist nur wichtig jetzt in Ergänzung zu dem, was jetzt eben vom GKV-SV gesagt worden ist: Wir sprechen hier über Notfallversorgung, und Notfallversorgung hat natürlich auch eine ganz wichtige strukturpolitische Komponente, das muss man ganz klar sagen. Also ich diskutiere mit dem einen oder anderen Landesminister über die Frage: Was ist der Unterschied zwischen Krankenhausplanung und Qualitätssicherung? – Das hat sich noch nicht überall rumgesprochen: dass es überall Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse geben sollte in der Bundesrepublik Deutschland und jenseits krankenhauserischer Festlegungen bei der Leistungserbringung für in der GKV Versicherte doch einigermaßen gleiche Standards erfüllt sind. Das ist etwas, das ist gar nicht so filigran, dass man es eigentlich kapieren könnte. Aber gut, auf solche Kleinigkeiten lege ich mittlerweile auch keinen Wert mehr in den Diskussionen. Für mich ist aber natürlich die Frage ganz wichtig, wenn wir hier jetzt eben Übelstände feststellen, abweichend von bestimmten Kriterien, dass man dann eben – ich nehme mal das blöde Wort in den Mund: Sanktionen oder irgendwelche Prozesse oder Dialoge; oder Gott weiß was – natürlich immer in sehr engem Zusammenwirken mit für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern dann eben vollziehen muss, weil es natürlich eine gewisse Relevanz hat, wenn man jetzt möglicherweise ein großes Loch hat, in dem dann eben Notfallversorgung nicht mehr gewährleistet wäre, insbesondere in der Basisnotfallversorgung.

Und das führt mich zu dem Punkt: Als aufmerksamer Zeitungsleser habe ich ja in den letzten Tagen, jetzt auch im Zuge der Anbahnung eines Vermittlungsverfahrens, gelesen, dass es eben insbesondere in einigen Bundesländern ganz, ganz große Probleme gäbe, überhaupt irgendetwas zu erfüllen in der Basisnotfallstufe, und dass man deshalb sagt: Die Krankenhäuser, die als Sicherstellungskrankenhäuser deklariert sind, die müssen unabhängig davon, ob sie überhaupt irgendetwas von dieser Notfallrichtlinie hier haben, auf Dauer eben hier befreit werden, weil sonst die Versorgung absolut zusammenbricht. Und das ist natürlich ein wichtiger Einwand, der wird auf der einen Seite politisch diskutiert, im Vermittlungsverfahren. Das ist aber ein Einwand, der ist genauso hier auch zu stellen. Wir hatten ja bei den Sicherstellungskrankenhäusern in der Vergangenheit eine Übergangsfrist von fünf Jahren, glaube ich, wo wir gesagt haben: So, jetzt habt ihr Zeit, euch da zusammenzurückeln. – Dann gab es den einen oder anderen, da war dann der Zement ausgegangen, oder da war Covid, und da haben wir gesagt: Ja, dann kriegst du halt noch mal ein Jahr länger. – Jetzt haben wir wieder Zement, wir haben kein Covid mehr. – Und wie schätzen Sie aus fachlicher Sicht ein, dass man gerade in den Regionen, in denen eben die Versorgung sehr dünn ist, wo man halt dann Sicherstellungskrankenhäuser ausweist, hier

eben auf Dauer Dispense, sowohl von personellen als auch von sonstigen strukturellen Vorgaben erteilt, so nach dem Motto – ich formuliere es jetzt wirklich überspitzt –: Besser eine schlechte Versorgung als überhaupt keine. – Das kann richtig sein, das muss aber nicht richtig sein.

Gibt es da seitens der Fachgesellschaften irgendwie eine Vorstellung, ob man da vielleicht noch mal mit Verlängerung von – – Also die Übergangsfristen sind ja abgelaufen. Aber es besteht ja irgendwie die Möglichkeit, wenn man sagt „Okay, wenn es jetzt irgendwelche neuen Sicherstellungshäuser gibt und die werden jetzt ausgewiesen und da muss man irgendwie dann eben noch eine gewisse Zeit lassen“, wäre da eine Übergangsfrist vorstellbar aus Ihrer Sicht? Wie lang müsste die sein? Oder ist es wirklich so, dass man sagt „Es ist fatal“? Das war unter anderem das Land Mecklenburg-Vorpommern, das dieses Petitum geäußert hat, es war aber auch das Land Brandenburg, wenn ich das richtig im Kopf habe. Muss man einfach zur Kenntnis nehmen, dass die eben die Doktoren, das Personal auf ewige Zeiten nicht kriegen werden, was dann über diese Zusatzweiterbildungen verfügt, dass sie bestimmte Strukturanforderungen nicht erfüllen können? Oder wäre das aus Ihrer Sicht dann eben auf Dauer nicht hinnehmbar? Das wäre vielleicht noch mal ein interessanter Punkt. Wer kann mir dazu was sagen?

Herr Prof. Topka (DGN/DSG): Darf ich aus Sicht der DGN und DSG Stellung nehmen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, bitte.

Herr Prof. Topka (DGN/DSG): Topka, DGN/DSG. – Wir haben natürlich einen speziellen Blickwinkel, weil für uns jetzt, was die neurologischen Notfälle angeht, vor allem mal der Schlaganfall da unter den Nägeln brennt. Und da haben Sie völlig recht, da gibt es ja gute Daten dazu, die zeigen, dass beispielsweise zurzeit etwa 3 Millionen Menschen in Deutschland nicht innerhalb von 30 Minuten einer Schlaganfallversorgung zugeführt werden können. Und das sind genau die Regionen, die Sie auch jetzt angesprochen haben. Insofern besteht da dringender Handlungsbedarf.

Die Frage für uns ist eigentlich eher, ob man tatsächlich eine pauschale Lösung für alle Notfälle da finden kann. Für die Schlaganfallversorgung speziell hätten wir ja mit der Telemedizin schon ein Instrument, mit dem wir sehr viel auffangen können. Weil: Der Biologie ist natürlich eigentlich egal, in welchem Teil von Deutschland ein Schlaganfall entsteht, da zählt einfach die Zeit, die wir benötigen, um die Therapie einzuleiten. Und deswegen: von unserer Seite aus ein starkes Votum, so gut es geht die telemedizinischen Strukturen speziell in solchen Regionen zu unterstützen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Topka. – Jetzt Prof. Pfeifer und dann Prof. Möckel.

Herr Prof. Pfeifer (DGP): Ja, vielleicht in diesem Zusammenhang: Vielen Dank auch für die Einladung. Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin haben wir ein Thema noch gar nicht diskutiert, was die Versorgung betrifft, nämlich die Fachkrankenhäuser, die ja gerade in unserem Gebiet, also im Fachgebiet Pneumologie, aber auch in anderen Fachgebieten eine wesentliche Versorgungsaufgabe in der Breite haben, oft auch in ländlichen Gegenden, wo entsprechend die Notfallversorgung durch Krankenhäuser nicht mehr in der Form gewährleistet werden kann. Und dass diese Krankenhäuser teilweise jetzt schon in die Notfallversorgung eingebunden sind, ist, glaube ich, unbestritten. Am besten hat man das ja gesehen während der Pandemie.

In dem jetzigen Entwurf werden das nur allenfalls als Spezialversorger die Möglichkeit

gegeben, dass diese Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen können. Das ist allerdings, wie wir wissen, eine sehr unverlässliche Situation, weil das ländergebunden ist und im Einzelfall entschieden wird. Deswegen wäre unser Appell, dort, wo entsprechende Strukturen vorliegen und die meisten Fachkliniken, die an der Notfallversorgung jetzt schon teilnehmen, also 24/7 stationär Aufnahmen, auch Notfälle, dass sie zumindest gleichgestellt werden wie eine Basisversorgung in der Region, um damit auch die Versorgung zu gewährleisten. Deswegen ganz klar unser Vorschlag, dass dieses § 26-Modul möglicherweise abgeändert wird oder ersetzt wird durch den Begriff der Fachkrankenhäuser mit der entsprechenden Notwendigkeit einer Ausstattung zur Notfallversorgung, die ja jetzt schon gewährleistet wird. Es ist nicht einzusehen, dass hier eine Leistung schon vorgehalten wird, die dann zu einem Abschlag führen soll. Aus den Gründen, glaube ich: gerade, was Sie, Herr Hecken, angesprochen hatten, die Versorgungssicherheit auch im Lande, kann durch diese Strukturen deutlich verbessert werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Prof. Pfeifer. – Herr Prof. Möckel.

Herr Prof. Möckel (DGK): Ja, ich kann ja vielleicht dazu noch mal die Sicht der Kardiologie beitragen, die natürlich so ein bisschen ähnlich ist wie die der Neurologie. Es gibt ja ein Herzmodul, das sich so ein bisschen anlehnt an den Kriterien von der Chest-Pain-Unit, und das ist natürlich schon die Voraussetzung dafür, dass auch eine vernünftige Basisversorgung überhaupt stattfinden kann. Und davon sollte es aus unserer Sicht keine Ausnahme geben, sondern die entsprechenden Vorhaltungen müssen eben da sein.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, danke schön, danke. – Dann weitere Fragen? Jetzt haben wir noch mal die DKG und dann haben wir den GKV-SV.

DKG: Vielen Dank. – Eine Frage an die DGNI zum Modul Schlaganfallversorgung: Sie befürworten dort ja auch unseren Vorschlag und sprechen sich nicht dafür aus, dort eine Mindestanzahl an einem bestimmten OPS-Code zu definieren, hier in dem Fall vom GKV-SV vorgeschlagen 10 Fälle. Würden Sie da der Aussage zustimmen, dass diese Forderung seitens des GKV-SV zu einer massiven Verschärfung der aktuellen Regelung beitragen würde und das insbesondere auch zu einem Aus des Moduls und der Gefährdung der Schlaganfallversorgung in der Fläche führen würde?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Bitte schön.

Herr Prof. Klein (DGNI): Dazu kann ich gern Stellung nehmen. Vielen Dank, dass Sie den Punkt noch mal aufgreifen, gerade kleine Schlaganfallversorger sind extrem wichtig. Herr Topka hatte das schon ausgeführt, dass wir hier in der Fläche Qualität anbieten müssen, um die schnelle Versorgung von Schlaganfallpatienten zur Verfügung zu stellen. Und es gibt eben nicht alle, die diese hochkomplexen schweren Schlaganfälle in der großen Masse versorgen, und deswegen würden wir hier von dieser Mindestzahl von 10 Fällen mit dem OPS-Code 8981.3 absehen und eher auf die bisherigen Strukturen verweisen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Prof. Klein. – Ist die Frage beantwortet oder gibt es eine Nachfrage? DKG?

DKG: Ja, ist beantwortet, vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Dann der GKV-SV bitte.

GKV-SV: Vielen Dank. – Eine etwas anders gelagerte Frage noch mal zum Anfang des Dokumentes an Prof. Deitmer und ebenso an Prof. Topka: Warum ist es aus Ihrer Sicht für die Patientenversorgung so relevant, dass eine organisatorische Zuordnung der jeweiligen

Fachärzte zu den Fachabteilungen stattfindet? – Danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Wer möchte? – Herr Deitmer.

Herr Deitmer (DGHNO-KHC): Ja, ich war angesprochen für die HNO-Heilkunde. – Wir sehen in diesem Konstrukt das Problem, dass fachübergreifende Bereitschaftsdienste still und heimlich eingeführt werden, wobei wir aber ja den Patienten im Krankenhaus einfach als Standard zuerkennen oder abliefern müssen. Und das war unsere Anmerkung aus Sicht der HNO, weil da immer die Tendenz besteht, uns mit der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie da zusammenzuführen, was aber auch nach den Weiterbildungsordnungen nicht geht. Und wir kommen dann natürlich auch in rechtliche Probleme. Wir können hier ja nicht irgendetwas beschließen, was arzthaftungsrechtlich im Grunde schon durch Richterrecht verboten worden ist. Das ist der Punkt. Und deswegen haben wir auch die gemeinsame Stellungnahme mit Herrn Terheyden von der DGMKG initiiert.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Herr Prof. Terheyden, bitte schön.

Herr Prof. Terheyden (DGMKG): Ich schließe mich an, alles okay.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay, danke schön. – Herr Topka bitte.

Herr Prof. Topka (DGN/DSG): Topka, DGN und DSG. – Ich hatte ja vorhin schon ausgeführt, dass wir davon ausgehen, dass die neurologische Notfallversorgung nach einer ersten Triage sehr schnell sehr spezifisch wird, und dann wird es sehr kompliziert. Und wir müssen in sehr, sehr kurzer Zeit sehr schnell Entscheidungen treffen, welche Therapie man dem Patienten zuführt. Und wir sehen das nicht gewährleistet, wenn das tatsächlich so eine Art Notfall, Schweizer Taschenmesser, gelöst wird. Und deswegen glauben wir, dass die Zuordnung zu den Fachabteilungen – und in dem Fall Zuordnung des Schlaganfalls für die Neurologie – kritisch ist.

Und abgesehen davon muss man auch davon ausgehen, dass das ganze Feld sich ja sehr schnell weiterentwickelt. Und Sie brauchen natürlich auch eine Struktur, die diese Informationen, die neuen Standards, Leitlinien etc. sehr schnell in die entsprechenden Strukturen verbringt. Und wir glauben, dass es einfacher ist, wenn das die Fachärzte sind und die Kollegen sind, die der jeweiligen Fachabteilung zugeordnet sind. Deswegen sind wir auch bezüglich des Facharztes für Notfallmedizin aus neurologischer Sicht ein bisschen skeptisch, wengleich wir schon verstehen, welche Ideen dahinter verfolgt werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Topka. – Okay, die Frage ist beantwortet. Die DKG bitte.

DKG: Danke. – Ich hätte noch eine Frage an den Herrn Dr. Rodeck von der Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, und zwar: Sie haben einige Änderungen im § 25, das ist das Kindermodul, vorgeschlagen. Und da würde ich Sie bitten, noch einmal vielleicht kurz zu spezifizieren, warum Sie die entsprechende Vorgabe, dass es ein MRT sein muss, auch einem CT gleichstellen?

Und gleichzeitig vielleicht auch noch ein paar Worte dazu sagen, warum die Streichung der entsprechenden Erfahrungen bei den Fachärzten, die dort vorgehalten werden sollen, sprich: die Anästhesisten und die Neurochirurgen, warum Sie dort für eine Streichung sind?

Und last, but not least: warum Sie für eine Reduzierung von 10 auf 6 Mindestbettenfallzahlen – oder Mindestbetten bei den Kinderintensivstationen sich einsetzen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Rodeck.

Herr Dr. Rodeck (DGKJ): Vielen Dank. Burkhard Rodeck, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Ich will vielleicht noch mal mit einer Ergänzung beginnen. Und zwar steht im § 25 Abs. 3 Nr. 2 eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft in Präsenz, sie steht jederzeit für die Versorgung von Notfällen zur Verfügung. Das wird problematisch. Wir wissen jetzt – und das ist schon das Stichwort: Folgeabschätzung –, dass von den 33.600 Abschlüssen, die jetzt im Jahr 2023 absolviert worden sind, nur lediglich 300 in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege absolviert worden sind. Das heißt, in diesem Punkt muss unbedingt zusätzlich eingefügt werden, dass es auch generalistisch ausgebildete Pflegepersonen mit Vertiefung in der pädiatrischen Versorgung sind. Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wird es in Zukunft bei diesen Zahlen nicht mehr geben.

Der nächste Punkt war die Bettenreduktion. Realistisch ist, dass auch große Kinderintensivstationen mit sechs Betten gut funktionieren. Das Problem, wenn wir in den Zeitungen lesen, dass Kinder in Intensivstationen nicht mehr vernünftig behandelt werden können, liegt nicht daran, dass zu wenig Betten dort sind, sondern liegt daran, dass zu wenig Pflegepersonal da ist. Das bedeutet, wir sind nicht mit Erwachsenenmedizin 1:1 vergleichbar, die zehn stammen aus der Erwachsenenmedizin, sondern auch große Intensivstationen kommen mit sechs Betten aus als Minimalkriterium, sodass es also auch für die umfassende Notfallversorgung Kindermodul gilt.

Die Problematik der nachgewiesenen Erfahrung, zum Beispiel als Facharzt oder Verfügbarkeit einer Fachärztin oder Facharztes oder mit nachgewiesener Erfahrung in Kindernarkosen, so steht es erst mal drin, muss insoweit ergänzt werden, dass diesem Anästhesist automatisch diese entsprechende Kompetenz zuerkannt wird. In der Musterweiterbildungsordnung der Landesärztekammer hat jeder Facharzt für Anästhesie 50 Säuglingsnarkosen zu absolvieren. Warum soll dann noch eine zusätzliche Kompetenz angefordert werden? Grundsätzlich, und das gilt eben auch für die Neurochirurgie: Wenn man „Erfahrung in“ definiert, die Definition aber völlig offenlässt, dann bekommt man Probleme. Also in meiner Klinik hier in Osnabrück, kinderchirurgische Abteilung, Anästhesie, wird eben auch von der Abteilung für Anästhesie versorgt, wird natürlich mit in der Kinderanästhesie erfahrenen Kollegen gemacht, ist der Medizinische Dienst aufgeschlagen, hat dann bei jeder Säuglingsnarkose noch mal extra nachgefragt, ob jeder Anästhesist, der eine solche Narkose durchgeführt hat, auch zehn zusätzliche Narkosen im Säuglingsalter vorher in seiner Vorgeschichte absolviert hat und die auch belegen konnte. Also das war wahrscheinlich schon im Vorgriff auf diese Kriterien. Das heißt, wir müssen immer aufpassen, dass die Kontrollmechanismen, die wir damit eben einfügen, nicht auch zur Behinderung von einer vernünftigen Leistung führen.

Und die CT-Untersuchung: Ja, es ist so, dass natürlich in der umfassenden Notfallversorgung MRT rund um die Uhr zur Verfügung stehen muss. In der erweiterten Notfallversorgung kann man da vielleicht ein kleines Fragezeichen hinter machen, weil wir doch einige Kliniken haben, die in der Kinder- und Jugendintensivmedizin unterwegs sind, wo zwar ein MRT da ist, aber aus Personalgründen die entsprechende RTA nicht zur Verfügung steht, um dort nachts um 2 Uhr ein MRT zu machen. Und nachts um 2 Uhr bei einem Kind ein MRT zu machen, ist eher eine sehr, sehr seltene Notfallindikation. Insoweit haben wir da eher plädiert, dass man das ein bisschen aufweicht. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Rodeck. – DKG, ist die Frage damit beantwortet?

DKG: Ja. Und vielen Dank an Herrn Dr. Rodeck noch mal, dass er die Problematik mit den Fachweitergebildeten und den Kinderkrankenschwestern angesprochen hat, das nehmen wir

natürlich auch gern noch mit.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – GKV-SV bitte.

GKV-SV: Vielen Dank. Die Frage geht an die Deutsche Gesellschaft für Neurologie und die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft: Zunächst die Frage: Wer sollte im Notfall die Behandlung von Schlaganfallpatienten durchführen? Sind das nur Neurologen oder kommen da ggf. auch noch aus Ihrer Sicht andere Fachgebiete infrage?

Und die zweite Frage ist: Welche konkreten Behandlungen können bei Patienten mit einem akuten Schlaganfall telemedizinisch durchgeführt werden? Und wie ist da die Erfahrung aus anderen Ländern, zum Beispiel aus Dänemark? – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Topka.

Herr Prof. Topka (DGN/DSG): Topka, DGN und DSG. – Also prinzipiell ist es so, dass ja die Schlaganfallversorgung auch in – so, wie es im OPS hinterlegt ist – Einrichtungen stattfinden soll, die von Neurologen betreut werden. Insofern ist das eigentlich jetzt in der jetzigen Regelung so vorgesehen und wir halten es auch für sinnvoll.

Und da gibt es vielleicht auch den Übergang gleich zu Ihrer zweiten Frage, zu der Frage der telemedizinischen Behandlung: Es ist natürlich völlig klar, dass manuelle Tätigkeiten – wie eine kathetergestützte Behandlung bei einem Schlaganfall – nicht telemedizinisch durchgeführt werden können. Aber für uns ist ja zunächst mal die erste Frage zu stellen: Handelt es sich um einen Schlaganfall oder nicht? Und diese Frage kann man sicherlich durchaus mit telemedizinischen Methoden unterstützen.

Die zweite Frage, die sich stellt, wenn man sich entschieden hat, dass es sich mutmaßlich um einen Schlaganfall handelt: Welche therapeutischen Optionen stehen zur Verfügung? Und die klassische Indikation oder klassische Therapie wäre ja eine intravenöse Lyse-Therapie, die im Grunde genommen von den Kollegen vor Ort durchgeführt werden kann. Und das ist natürlich eine Infusionsbehandlung, dafür muss man nicht zwingend Neurologe sein, aber die Entscheidung dafür muss von den Neurologen gefällt werden.

Und für die Patienten, bei denen ein Großgefäßverschluss besteht und tatsächlich eine kathetergestützte Intervention notwendig ist, dreht es sich ja darum, dass der telemedizinisch oder der online hinzugezogene Facharzt ggf., wenn er den Patienten nicht – was vielleicht noch besser wäre – vor Ort sieht, mit den Neuroradiologen gemeinsam die Bilder diskutieren kann und besprechen kann, welches Vorgehen sinnvoll ist, um dann diese entsprechende Therapie einzuleiten. Und natürlich muss der Neuroradiologe vor Ort sein, um die Therapie durchzuführen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – GKV-SV?

GKV-SV: Ja, vielen Dank, die Frage ist beantwortet.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Jetzt der GKV-SV, dann die DKG.

GKV-SV: Meine Frage richtet sich an die DGINA, an Herrn Pin. Wie schätzen Sie unseren Vorschlag ein, dass in Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, immer innerhalb von zehn Minuten eine Ersteinschätzung zu erfolgen hat, dass wir aber konsequent sind, wenn das nicht erreicht wird, erst, wenn eine Grenze von 90 % unterstritten wird, dann vorsehen?

Herr Pin (DGINA): Vielen Dank für die Frage. Ich halte es für eine wichtige Frage und ich fand auch diesen Aspekt, der da eingeflossen ist, extrem wichtig. Ich halte diese 100 % – also jeden

Patienten tatsächlich für ein absolutes Qualitätsmerkmal und Indikator. Und ich finde auch, dass es aufrechterhalten werden muss.

Wir haben – oder wir kennen aber auch Situationen, in denen es immer wieder vorkommt, dass wir dieses nicht einhalten können. Und von daher glaube ich, dass es wichtig ist, an diesem Qualitätsindikator und an dieser Vorgabe festzuhalten. Aber wir begrüßen natürlich gerade vor den Erfahrungen, die wir haben, die Range mit den 90 %, die dann in den Auswirkungen erwähnt worden sind.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Pin. – GKV-SV, ist die Frage beantwortet, oder gibt es eine Nachfrage?

GKV-SV: Ist beantwortet, danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Dann DKG.

DKG: Auch noch mal eine Frage an die DGINA und die DGU zum Modul Schwerverletztenversorgung: Inwiefern ist es denn aus Ihrer Sicht überhaupt zielführend, aus dem aktuellen Weißbuch zu extrahieren? Und wird dadurch ein Mehrwert bzw. eine Vereinfachung für die Krankenhäuser erreicht, insbesondere auch vor dem Hintergrund der MD-Prüfungen?

Und würden Sie dies auch so einschätzen wie wir, dass bei der Extraktion des GKV-SV doch vereinzelt über die Anforderungen aus dem aktuell gültigen Weißbuch hinausgegangen wurde? – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Wer möchte beginnen?

Herr Prof. Pennig (DGOOC/DGU/DGOU): Ich würde beginnen, wenn ich darf, Dietmar Pennig, DGU. – Also die reine Konzentration auf SAV-Häuser würde zu einer Versorgungslücke in vielen Regionen nach unserer Simulation führen. Man muss da das VAV und das SAV einbeziehen, dann kommen wir etwa auf 350 Krankenhäuser, die im Rahmen dieser Versorgungsstufe tätig werden können. Damit können wir noch flächendeckend versorgen, mit einer Erreichbarkeit von Krankenhäusern innerhalb von 40 Minuten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke. – Gibt es weitere? – Bitte die DKG.

DKG: Vielleicht würde ich meine Frage noch mal konkretisieren oder noch mal nachfragen, weil ich das jetzt aus Ihrer Antwort nicht genau wahrgenommen habe: Es ging mir um das Modul Schwerverletztenversorgung und das Weißbuch Schwerverletztenversorgung 2019, inwiefern da diesbezüglich – Sie sprachen sich ja in Ihrer Stellungnahme unter anderem auch unserem Vorschlag aus mit kleineren Ergänzungen, unter anderem dem Verweis auf das aktuell gültige Weißbuch. Vor dem Hintergrund die Frage, inwiefern es überhaupt zielführend ist, in diesem konkreten Paragraphen, der ja bisher sehr schlank ist sozusagen, diesen Verweis aufrechterhalten, ggf. auch dynamisch, oder die Extraktion vorzunehmen? Und auch noch mal an die DGINA im Nachgang.

Herr Prof. Pennig (DGOOC/DGU/DGOU): Also ich würde den Verweis schon aufrechterhalten. Man muss aber wissen, dass dieses Weißbuch Anfang des nächsten Jahres überarbeitet sein wird. Das heißt, jetzt gilt Version 2019, in kurzer Zeit 2025.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Die DKG.

DKG: Vielen Dank. Vor diesem Hintergrund noch eine ergänzende Rückfrage, weil Sie gerade auch ausführten, es wird nächstes Jahr noch mal eine neue gültige Version geben. Ich gehe recht in der Annahme, dass die aktuell gültige Version die vorherige ablöst? Oder halten Sie

es auch für sinnvoll, dass man teilweise vereinzelt noch Kriterien aus dem Weißbuch 2012 sich herausnimmt für diese G-BA-Regelung, wenngleich dieses Weißbuch dann schon zweifach überholt wäre?

Herr Prof. Pennig (DGOOC/DGU/DGOU): Nein, absolut ausgeschlossen, 2012 kann nicht mehr verwendet werden, das ist auch nicht mehr gültig.

DKG: Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt der GKV-SV.

GKV-SV: Ich hätte auch noch mal eine Frage an Herrn Pennig. Sie haben ja in den Versionen des Weißbuches auch einen Verweis auf die Anforderungen der Intensivstation nach DIVI. Haben wir das richtig erfasst, dass Sie für das Modul Schwerverletztenversorgung sich hier im Bereich der Stufe 2, der mittleren Stufe einordnen würden, was die Anforderungen an die Intensivmedizin angeht? Oder gibt es da noch andere Besonderheiten, die wir berücksichtigen müssten?

Herr Prof. Pennig (DGOOC/DGU/DGOU): Nein, das sehen Sie genau richtig, das würden wir genau so sehen wollen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Gibt es weitere Fragen? – GKV-SV bitte.

GKV-SV: Noch eine kurze Rückfrage an Herrn Prof. Pennig. Ich bin da jetzt ein bisschen verwirrt. Ich gehe davon aus, dass aber die 30 Minuten Arztverfügbarkeit, die ja im SAV- und VAV-Verfahren niedergelegt sind, weiterhin Gültigkeit haben?

Herr Prof. Pennig (DGOOC/DGU/DGOU): Genau, mir ging es um die Erreichbarkeit von Krankenhäusern. Das ist aber ein anderes Thema, müssen wir aber in unseren Planungen berücksichtigen, da wir natürlich eine Verantwortung für die unfallchirurgische flächendeckende Versorgung haben mit Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen. Aber der andere Punkt ist davon nicht berührt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay, danke. – Gibt es weitere Fragen? – Es gibt keine mehr. – Dann würde ich jetzt einfach noch mal einen Schnelldurchlauf machen. Ich hatte Ihnen ja gesagt, gibt es noch irgendetwas, was jetzt nach Abgabe Ihrer Stellungnahme eingetreten ist, was noch erwähnenswert ist? Oder gibt es noch einen Aspekt, auf den Sie jetzt besonders hinweisen wollen, weil er jetzt nicht Gegenstand einer Frage an Sie geworden ist? Ich würde jetzt einfach der Reihe nach, wie ich am Anfang auch die Fachgesellschaften bei der Anwesenheitskontrolle aufgerufen habe, vorgehen. Das ist also keine Wertung nach dem Motto „der eine war der Erste und ich bin der Letzte“, sondern es ist einfach, wie es hier auf dem Zettel steht, wobei die Ordnungskriterien auf dem Zettel sich mir nicht erschließen, aber die sind halt so, ist halt so.

Wir fangen an mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Es könnte sein, dass es alphabetisch ist. Herr Bernhard, gibt es aus Ihrer Sicht noch irgendetwas, worauf Sie besonders hinweisen möchten?

Herr Prof. Bernhard (DGAI): Ja, vielen herzlichen Dank. Ich hätte einen ganz wichtigen Punkt, der ist gefasst in § 15 Satz 2, § 20 Satz 2. Da geht es um die Aufnahmepflicht von Intensivstationen binnen 60 Minuten, die wir aus der Notaufnahme natürlich absolut befürworten. Wir haben aber ein Problem, das sind die MD-Prüfungen. Und wenn man da nicht in 60 Minuten einen Intensivpatienten auf der Station hat, ist man möglicherweise strafbewährt. Das könnte man umgehen, indem man in diesen Paragraphen schnellstmöglich integriert und die 60-Minuten-Frist herausnimmt. Uns ist bewusst, dass es ein sehr, sehr

sinnvoller Ansatz ist, die Intensivpatienten müssen auf die Intensivstation. Es gibt aber viele Untersuchungen, die zeigen, bis zu 50 % der Notaufnahmen leiden unter einem Exit Block auf die Intensivstation. Und wenn man das als Prüfungskriterium heranzieht, haben 50 % der Krankenhäuser ein Problem.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Prof. Bernhard. – Dann machen wir weiter mit der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung, Herr Möckel.

Herr Prof. Möckel (DGK): Vielen Dank. Also ich konnte ja schon einiges sagen. Ich würde gern noch mal die Sache der Facharztpräsenz innerhalb von 30 Minuten ansprechen. Also da sehen wir in der Fläche eben Schwierigkeiten. Aber es sind ja auch schon die Kompromisslösungen hier deutlich geworden, nämlich die telemedizinische Anbindung. Ich glaube, dieser Weg sollte unbedingt auch explizit als eine ergänzende Lösung, gerade im ländlichen Raum, weiterverfolgt werden. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Wobei ich da an der Stelle darauf hinweisen möchte, dass diese 30 Minuten ja heute schon Bestandteil der geltenden Regelung sind und die angestrebte Nachschärfung, um MD-Prüfungen zu vereinfachen, jetzt zum Anlass genommen wurde, diese schon einmal dissent beschlossene, aber fachlich von der Mehrheit für richtig befundene 30-Minuten-Regelung infrage zu stellen. Insofern führen wir diese Diskussion jetzt heute zum, ich weiß jetzt nicht, 124. Mal und sie kommt immer wieder. Aber wir nehmen das selbstverständlich noch mal zur Kenntnis. Ich habe das ja auch eben gehört und habe es auch in den Stellungnahmen gesehen. – Dann die Pneumologen und Beatmungsmediziner, Herr Pfeifer.

Herr Prof. Pfeifer (DGP): Vielen Dank. Ich hatte im Grunde das schon gesagt, die Rolle der Fachkliniken so zu bewerten, dass sie in der Notfallversorgung ja auch jetzt schon teilnehmen.

Ein kleiner Hinweis noch: § 13, respiratorische Notfälle sollten aus der Gruppe B in die Gruppe A verschoben werden. Das ist eine der häufigsten Ursachen überhaupt für die Aufnahme in der Notaufnahme. Aber sonst habe ich keine weiteren Kommentare. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Prof. Pfeifer. Die Verschiebung war von Ihrer Gesellschaft ja mehrfach schon angesprochen worden. Danke schön. – Jetzt für die DGOOC, DGU, DGOU Herr Pennig.

Herr Prof. Pennig (DGOOC/DGU/DGOU): Also ich habe keine weiteren Bemerkungen, bedanke mich aber ausdrücklich für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Dann für die DGHNO-KHC, Herr Deitmer.

Prof. Deitmer (DGHNO-KHC): Ja, wir wollen – oder uns ist es wichtig klarzustellen, dass wir, was Fristen angeht, 30-Minuten-Regelung, und Qualifikation Facharzt und Facharzt für MKG oder Facharzt für HNO eine klare Regelung treffen.

Und was mir wirklich nicht so klar ist, wenn da Regelungen getroffen werden und es widerspricht den arzt haftlichen Rechtsprechungen, die wir sehen, dann muss das angepasst werden, das muss harmonisiert werden, denn sonst schickt uns der G-BA in ein juristisches Minenfeld. Das kommt mir so nicht recht bei raus.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ist klar, das hatten Sie ja eben auch schon ausgeführt. – Herr Prof. Terheyden, Sie hatten sich dem ja auch eben schon angeschlossen.

Herr Prof. Terheyden (DGMKG): Ja. Ich hätte noch einen Aspekt, den wir auch in unserer Stellungnahme drin haben: Wir sehen etwas mit Sorge, dass sich die Notfallmedizin immer weiter verselbstständigt und auch räumlich verselbstständigt in den Krankenhausstandorten. Wir würden das schon gerne sehen, dass es irgendwo reingeschrieben wird, dass sich die zentrale Notaufnahme auch in der Nähe der Fachabteilung für HNO und MKG befindet, um auch die Wege kurz zu halten und das integriert zu halten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Prof. Terheyden. – Herr Rodeck, haben Sie noch was über das hinaus, was Sie schon vorgetragen hatten?

Herr Dr. Rodeck (DGKJ): Nein, vielen Dank, ich bedanke mich auch.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Rodeck. – Herr Pin.

Herr Pin (DGINA): Ich bedanke mich auch, habe keine wesentlichen weiteren Ergänzungen. Außer, dass ich natürlich diesen Raum hier nicht verlassen darf, um noch mal das anzusprechen, dass der Facharzt für Notfallmedizin unser Ziel sein muss, damit wir alle gut versorgt sind in Zukunft. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ich habe mich jetzt schon mal mit Blick auf mein fortgeschrittenes Lebensalter auf ein Sterben ohne einen solchen Facharzt eingestellt. Aber das mag jetzt auch die Erfahrung mit den Prozessen im Gesundheitswesen sein, die manchmal sehr, sehr langsam sind. Das war aber jetzt mit einem gewissen Zynismus dann eben noch mal gesagt.

Herr Pin (DGINA): Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, wir kennen uns ja auch. – Dann die DIVI. Wer möchte, Herr Brod oder Frau Blaschke-Steinbrecher?

Frau Prof. Blaschke-Steinbrecher (DIVI): Ich würde übernehmen, vielen Dank. – Wir würden seitens der DIVI noch mal darauf hinweisen, dass wir die Gleichsetzung der ärztlichen Zusatzweiterbildung, klinische akute Notfallmedizin und Notfallmedizin nicht für sinnvoll erachten, ebenso die Gleichsetzung der pflegerischen Fachweiterbildungen Notfallpflege und Anästhesie und die Intensivpflege. Das bedeutet eine Relativierung dieser wichtigen Qualifikationen in Bezug auf den § 9, also Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Personals. Wir halten das für essenziell, dass hier für den Bereich der Notfallmedizin die wichtigen Zusatzweiterbildungen auch in den Mindestvoraussetzungen benannt sind, also die Qualifikation für den ärztlichen Bereich, klinische akute Notfallmedizin und für den pflegerischen Bereich die Fachweiterbildung Notfallpflege, und zwar, um die Qualität der Notfallversorgung auch hier sicherzustellen. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Frau Prof. Blaschke-Steinbrecher. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin, Herr Weber. – Er ist weg, okay. – Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Herr Topka, Sie hatten ja viel zu tun.

Herr Prof. Topka (DGN/DSG): Ich hatte viel zu tun, bedanke mich sehr für die Rückfragen, konnte wirklich sehr wichtige Dinge ansprechen.

Ich habe vielleicht noch einen Aspekt, der mir so ein bisschen jetzt hier untergegangen ist, der bezieht sich auf den letzten Punkt, die Schwerverletztenversorgung: Ich hatte den Eindruck aus der Formulierung, dass man natürlich naturgemäß dort sich hauptsächlich, ich sage mal, geistig ein Polytrauma vorstellt und deswegen sind ja in den Fachdisziplinen, die man hinzuziehen sollte, vor allem auch chirurgisch Tätige beteiligt, das ist sicherlich korrekt. Nur der Alltag in den Kliniken zeigt ja auch, dass es auch so etwas gibt wie einen

nichttraumatologischen Schockraum. Und da haben wir Patienten mit einer unklaren Bewusstseinsstörung, mit einem Koma. Und das ist eine große Herausforderung, da sehr, sehr viele verschiedene Ursachen in Betracht kommen, unter anderem aber auch wichtige neurologische. Und wir waren ein bisschen überrascht, dass wir da gar nicht erwähnt sind in der Liste der Fachdisziplinen, die ggf. hinzuzuziehen sind, weil ich denke, der akute Basilarisverschluss zum Beispiel oder die schwere bakterielle Meningitis, Sonderstatus Epilepticus sind schon Erkrankungen, wo wir was dazu beitragen könnten. Also falls man Überlegungen hat, auch den nichttraumatologischen Schockraum dort mit zu berücksichtigen, dann wären wir dafür, dass die Neurologie da mitberücksichtigt wird. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Prof. Topka. Das nehmen wir dann auch noch mal mit. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Neurologische Notfall- und Intensivmedizin. Herr Klein oder Herr Niesen, wer möchte?

Herr Prof. Klein (DGNI): Vielen Dank, ich kann es übernehmen. – Wir hätten vielleicht noch einen Punkt, der noch nicht zur Sprache gekommen ist, § 24, da gab es einen Vorschlag, dass auf den Intensivstationen eine dreimonatige Einarbeitungszeit essenziell ist und 24 Stunden solche Personen, die das schon mal durchgemacht haben, vorgehalten werden müssen. Da gab es ein Positionspapier, worauf das basiert. Da wollten wir nur noch mal anmerken, dass das von der DGNI so nicht mitgetragen wird. Wir glauben, dass die Evidenz für diese Vorhaltung nicht ausreichend ist, sondern dass es hier eher um die strukturierte und dokumentierte Einarbeitung geht, aber nicht um die Zeit, die die Leute dort mutmaßlich schon verbracht haben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Prof. Klein, auch für diesen ganz speziellen Hinweis. Es ist doch gut, dass wir die Runde noch mal machen, damit die wichtigsten Punkte dann noch mal auf die Tagesordnung kommen von denjenigen, die dazu nicht befragt wurden. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin, Herr Dr. Seibel.

Herr Dr. Seibel (DEGUM): Vielen Dank. – Ich möchte nur noch kurz anmerken: Uns war aufgefallen, dass für die medizinisch-technischen Ausstattungen auf keiner Stufe der Notfallversorgung die sonografische Bildgebung irgendwo Erwähnung findet, während viele andere Dinge ja explizit gefordert werden als Versorgungsstruktur. Und zusätzlich zu unserer Stellungnahme möchte ich daher die Gelegenheit nutzen und in dem Zusammenhang noch den Verweis beispielsweise anfügen, dass zum Beispiel die S3-Leitlinie Polytrauma von 2023 den Ultraschall in der Erstversorgung zwingend empfiehlt. Das bedeutet, eine leitliniengerechte Abarbeitung eines Polytraumas ohne eine Ultraschalluntersuchung wäre so ja nicht möglich.

Andere Stelle, die ERC-Leitlinie zum Thema Reanimation, die fordern immerhin bei der Hälfte aller möglichen reversiblen Ursachen für einen Kreislaufstillstand ebenfalls eine Ultraschalluntersuchung. Ähnlich sieht es aus bei der Leitlinie, S2k-Leitlinie zur Thrombosedagnostik, TBVT-Diagnose, da ist der Ultraschall als die primäre Bildgebung gefordert. Im G-BA-Beschluss von letzter Woche erst noch zum Thema Fraktursonografie, wird ja jetzt explizit da freigegeben. Fraktursonografie geht eben auch nur in der Notaufnahme mit einem Ultraschallgerät. Das sind die Dinge, die ich noch anfügen wollte, weil die in der Stellungnahme im schriftlichen Bereich eben noch nicht enthalten waren. Vor allen Dingen der letzte Punkt, das war jetzt so aktuell, das wollte ich gern noch erwähnt haben. Aber vielen Dank für die Möglichkeit, die Stellungnahme noch zu ergänzen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Dr. Seibel. – Also den Beschluss vom letzten Donnerstag, den konnten Sie ja auch nicht antizipieren, als Sie Ihre Stellungnahme

abgegeben haben, das andere ist aber auch wichtig. Danke schön. – Herr Gallwitz, haben Sie noch was, was für Sie wichtig ist?

Herr Prof. Gallwitz (DDG): Vielen Dank. Also für uns wäre wichtig für die Sicherstellung einer fachspezifischen diabetologischen Versorgung in der Fläche, dass neben den Teilgebieten der inneren Medizin – Endokrinologie, Diabetologie – auch die Zusatzqualifikation Diabetologe mit akzeptiert wird, um hier eben einfach die Zahl der Fachleute zu erhöhen. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, ganz herzlichen Dank, Herr Prof. Gallwitz für die DDG. – Dann sind wir durch. Ich bedanke mich ganz herzlich bei denjenigen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, dafür Zeit und Mühe investiert haben, und natürlich auch bei denjenigen, die jetzt ja doch fast zwei Stunden uns hier Rede und Antwort gestanden haben, das hilft uns sehr für die weiteren Diskussionen.

Und ich bin wieder beim Beginn: Das Thema ist so wichtig, wir gestalten ja hier doch einen sehr elementaren Versorgungsbereich und deshalb ist es ganz, ganz wichtig, dass wir auch heute so ein bisschen breiter uns das noch mal angehört haben, und auf der Basis werden wir die Beratungen fortsetzen. Danke schön! Ich wünsche Ihnen einen schönen Resttag! Ich beende damit diese Anhörung.

Schluss der Anhörung: 12:51 Uhr