

# **Anlage B 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 2025**

Unterausschuss Bedarfsplanung  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

## Inhaltsverzeichnis

1. 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
2. Schriftliche Stellungnahmen
3. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung am 14. August 2025



# Regelungen

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

### **(Notfallstufen-Regelungen, Nfst-R)**

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 zur geltenden Fassung in **blau**]  
[Änderungen durch Beschluss vom 18. Juni 2025 (noch nicht in Kraft) in **grün**]*

## I. Allgemeine Vorschriften

### § 1 Ziel der Regelungen

- <sup>1</sup>Der 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. ~~<sup>2</sup>In Abhängigkeit der als Mindestvoraussetzungen für differenzierte Stufen festgelegten strukturellen Voraussetzungen erhalten Krankenhäuser der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für ihre Beteiligung an der Notfallversorgung. <sup>3</sup>Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind verbindliche Abschläge zu erheben.~~
- Mit den nachfolgenden Bestimmungen werden die Grundlagen für die Vertragspartner nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zur Verhandlung von Zu- und Abschlägen für die Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an ~~dem gestuften System von Notfallstrukturen~~ der Notfallversorgung festgelegt.

### § 2 Gegenstand der Regelungen

GKV-SV	DKG/PatV
<p>(1) <del><sup>1</sup>Die Regelung legt die Grundsätze des gestuften Systems der stationären Notfallversorgung fest. <sup>2</sup>Sie definiert darüber hinaus die konkreten Anforderungen zum Erreichen der jeweiligen Stufen.</del> Gegenstand dieser Regelungen sind die Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen, die konkreten Anforderungen und Vorgaben zum Erreichen der Stufen der Teilnahme an der Notfallversorgung sowie die Bestimmung einer Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Weiterhin legen diese Regelungen die Folgen fest, wenn die Anforderungen und Vorgaben an die Stufen der Teilnahme an der Notfallversorgung nicht erfüllt werden. Die Anforderungen und Vorgaben an die Stufen der Teilnahme an der Notfallversorgung sind Mindestanforderungen im Sinne von Anlage 1</p>	<p>Die Regelungen <del>legt</del> legen die Grundsätze des gestuften Systems der stationären Notfallversorgung fest. Sie definieren<del>t</del> darüber hinaus die konkreten Anforderungen zum Erreichen der jeweiligen Stufen und die Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen.</p>

- 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 der Notfallversorgung dem gestuften System von Notfallstrukturen~~

- ~~Die Notfallversorgung~~ Das gestufte System von Notfallstrukturen unterscheidet ~~sich~~ hinsichtlich der Art und des Umfangs der verschiedenen Notfallvorhaltungen ~~und wird in~~ drei Stufen der Teilnahme an der Notfallversorgung 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) ~~Sofern 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. Der Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung (Stufe NT) sind Krankenhäuser gemäß § 7 zuzuordnen. Unbeschadet der Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen der Notfallversorgung im Sinne dieser Regelungen bleiben die allgemeinen Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall unberührt.~~

GKV-SV	DKG
<del><sup>3</sup>Krankenhäuser, welche nicht nach Absatz 1 oder Absatz 2 einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet worden, 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.</del>	<i>[bisheriger Wortlaut]</i> <sup>3</sup> 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.

~~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 kann 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 [GKV-SV: Grundlagen des **Stufenmodell-gestuftem System von Notfallstrukturen**]

GKV-SV/PatV	DKG
(1) <del>Das Stufenmodell zur stationären Versorgung von Notfällen legt gemäß den Anforderungen nach § 136c Absatz 4 SGB V für jede Stufe</del> Für jede Stufe der Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 3 Absatz 1 sowie für die Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 7 legen diese Regelungen spezifische Anforderungen und Vorgaben zu den folgenden Kategorien fest:	(1) Das Stufenmodell zur <b>Teilnahme an der</b> stationären Versorgung von Notfällen legt gemäß den Anforderungen nach § 136c Absatz 4 SGB V für jede Stufe spezifische Vorgaben zu den folgenden Kategorien fest:  <i>[bisheriger Wortlaut mit Ergänzung in blau]</i>

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 **Notfallaufnahme**.

(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,

KBV/LV	GKV-SV/DKG/PatV
<b>oder Belegärztinnen und Belegärzte</b> sind der Fachabteilung bzw. <b>Belegabteilung</b>	sind der Fachabteilung  <i>[bisheriger Wortlaut]</i>

zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. **Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt** des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit ~~(an 24 Stunden am Tag an und sieben Tagen pro Woche)~~ **(24/7)**

GKV-SV/PatV	LV	DKG
innerhalb von maximal 30 Minuten <b>an der Patientin oder am Patienten</b> verfügbar.  <i>[bisheriger Wortlaut]</i>	innerhalb von maximal <del>30</del> 60 Minuten <b>an der Patientin oder am Patienten</b> verfügbar, wenn der Rufdienst jederzeit telemedizinisch auf Befunde und radiologische Untersuchungen zugreifen kann.	<del>innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar</del> unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.

3. Das Krankenhaus [GKV-SV: **der Krankenhausstandort**] hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V dies vorsieht und

4. die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (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 [DKG: Allgemeine Anforderungen ~~an alle Stufen~~]**

- (1) <sup>1</sup>Die Vorgaben sind von den Krankenhäusern ~~zu jeder Zeit jederzeit~~ (24/7 ~~Stunden an sieben Tagen pro Woche~~) am Standort zu erfüllen, um der jeweiligen Stufe der Notfallversorgung zugeordnet zu werden, ~~sofern im Folgenden nichts Abweichendes geregelt ist.~~ <sup>2</sup>Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß ~~der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V~~ zugrunde gelegt.
- (2) <sup>1</sup>Die Notfallversorgung der ~~Notfallpatientinnen und~~ Notfallpatienten findet in Krankenhäusern, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach ~~den §§ 3 Absatz 1 oder und § 4~~ teilnehmen, ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme (~~ZNA~~), die immer am Krankenhausstandort vorzuhalten ist, statt. <sup>2</sup>Die ~~ZNA~~ **Zentrale Notaufnahme** ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung. <sup>3</sup>Der Zugang zur Zentralen Notaufnahme ist grundsätzlich barrierefrei.
- (3) Krankenhäuser, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach § 3 **Absatz 1** teilnehmen, sollen zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Absatz 1b Satz ~~2-3~~ SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen.

**§ 7 Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung ~~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 Pflugesatzparteien 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.~~

Krankenhausstandorte, die nicht nach § 3 Absatz 1 oder § 4 an der Notfallversorgung teilnehmen, sind der Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zuzuordnen, wenn sie nicht sämtliche der folgenden Mindestvorgaben erfüllen:

DKG	GKV-SV
<p>oder es sich nicht um eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung gemäß § 115g SGB V handelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. eine Fachabteilung mit jederzeitiger (24/7) Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes und einer Pflegekraft für die unmittelbare Patientenversorgung auf dem Gebiet der Augenheilkunde, Chirurgie, Geriatrie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Inneren Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Mund-Kiefer-</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vorhaltung einer Fachabteilung gemäß § 5 Absatz 2 aus dem Gebiet der Inneren Medizin und aus dem Gebiet der Chirurgie,</li> <li>2. Vorhaltung einer Zentralen Notaufnahme mit jederzeitiger (24/7) Aufnahmebereitschaft von stationären Notfällen. Die jederzeitige Aufnahmebereitschaft von stationären Notfällen ist regelhaft erfüllt, wenn in den Nebenzeiten zwischen 20:00 Uhr und 05:00 Uhr des Folgetages die stationäre Aufnahme von 500 Patientinnen und Patienten pro Kalenderjahr nachgewiesen wird.</li> </ol>

DKG	GKV-SV
<p>Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Radiologie, Geriatrie oder Urologie,</p> <p>2. jederzeitige (24/7) Aufnahmebereitschaft zur Erstdiagnostik und Akutversorgung von Notfällen im Rahmen des Versorgungsauftrages der Fachabteilung nach Nummer 1,</p> <p>3. jederzeit (24/7) verfügbare Bildgebung durch Sonographie und Röntgendiagnostik oder zumindest durch Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer verfügbare computertomografische Bildgebung, bei der die Befundung auch telerradiologisch erfolgen kann soweit dies für die Notfallversorgung der Fachabteilung nach Nummer 1 erforderlich ist und</p> <p>4. jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit der für die Notfallversorgung erforderlichen Labordiagnostik.</p>	<p>3. Vorhaltung einer am Krankenhaus angestellten Fachärztin oder eines am Krankenhaus angestellten Facharztes und einer Pflegekraft, die jederzeit (24/7) vor Ort für die Patientenversorgung in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind,</p> <p>4. Vorhaltung einer Intensivstation zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten,</p> <p>5. jederzeit (24/7) verfügbare Bilddiagnostik durch Sonographie und Röntgen,</p> <p>6. jederzeit (24/7) verfügbare computertomographische Bildgebung, die auch gegeben ist, wenn sie durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer jederzeit (24 Stunden) sichergestellt wird. Die Verfügbarkeit der bildgebenden Diagnostik auch in Nebenzeiten ist nachzuweisen durch die jährliche Erbringung von mindestens 100 Fällen mit computertomographischer Bildgebung zwischen 20:00 Uhr und 05:00 Uhr des Folgetages und</p> <p>7. Anwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten.</p>

### 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:

DKG	GKV-SV / PatV	LV
<p>1. 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 <del>und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme</del> verfügbar sind.</p>	<p>1. Es sind <del>jeweils ein</del> mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte <del>für die Notfallversorgung</del> <del>verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft</del> benannt sowie, <del>die</del> fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind <del>und</del>. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 1 und eine Pflegekraft im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.</p>	<p>1. Es sind <del>jeweils ein</del> mindestens drei Fachärztinnen oder Fachärzte und zwei Pflegekräfte für die Notfallversorgung <del>verantwortlicher Arzt</del> benannt sowie, <del>die</del> fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind <del>und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme</del> verfügbar sind. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 1 mindestens in Rufbereitschaft ist.</p>

~~2. Der unter Nummer 1 genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ und die unter Nummer 1 genannte Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“, sobald die jeweiligen Qualifikationen in diesem Land verfügbar sind.~~

DKG	GKV-SV / PatV / LV
<p>2. Spätestens ab dem 1. Januar 2027 verfügen zwei Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und zwei Pflegekräfte über die Fachweiterbildung „Notfallpflege“. Davon kann maximal eine Ärztin oder ein Arzt bzw. eine Pflegekraft in Weiterbildung angerechnet werden.</p>	<p>2. Die ärztliche Leitung der Zentralen Notaufnahme als eine der unter Nummer 1 genannten Ärztinnen oder Ärzte verfügt spätestens ab dem 1. Januar 2026 über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Ab dem 1. Januar 2028 verfügt von dem unter Nummer 1 genannten Fachpersonal zusätzlich mindestens eine weitere Ärztin oder ein weiterer Arzt über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Die pflegerische Leitung der Zentralen Notaufnahme verfügt spätestens ab dem 1. Januar 2026 über die Fachweiterbildung „Notfallpflege“. Ab dem 1. Januar 2028 verfügt mindestens eine weitere der unter Nummer 1 genannten Pflegekräfte über die Fachweiterbildung „Notfallpflege“.</p>

DKG	GKV-SV/PatV
<p>3. Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt <del>im Bereich</del> aus dem Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie <del>innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten unverzüglich</del> für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.</p>	<p>3. Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt <del>im Bereich</del> der Fachabteilungen <del>Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie</del> oder Unfallchirurgie und Innere Medizin sowie eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.</p>

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) <sup>1</sup>Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung verfügen über die für die Durchführung von Diagnostik und Therapie nach aktuellem medizinischem Standard erforderliche medizinisch-technische Ausstattung. <sup>2</sup>Insbesondere 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 ~~Stunden~~/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 Notfallaufnahme 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 Notfallpatientinnen und 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.

DKG	GKV-SV
Abweichend von Satz 1 ist eine Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie nicht zusätzlich vorzuhalten, wenn bereits die Fachabteilung nach Absatz 2 Nummer 2 am Standort vorhanden ist. Abweichend von Satz 1 ist eine Fachabteilung für Innere Medizin nicht zusätzlich vorzuhalten, wenn bereits die Fachabteilungen nach Absatz 2 Nummern 4 und 5 am Standort vorhanden sind.“	[keine Übernahme]

- (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.

DKG	GKV-SV
<p>13. Geriatrie,</p> <p>14. Plastische und Rekonstruktive Chirurgie.</p>	[keine Übernahme]

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

DKG	GKV-SV/PatV	LV
<p>Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen die unter § 9 genannten Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals. Ab dem 1. Januar 2029 werden mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte vorgehalten. Insgesamt verfügen ab dem 1. Januar 2029 drei Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Davon können bis zu zwei Ärztinnen oder Ärzte in der Zusatz-Weiterbildungsphase zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ angerechnet werden.</p>	<p>Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen die <del>unter § 9 genannten Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals</del>. Vorgaben nach § 9 und für die nach § 13 erforderlichen Fachabteilungen die Vorgaben nach § 5 Absatz 2 Nummer 2. Ab dem 1. Januar 2026 verfügt von dem unter § 9 Nummer 1 genannten Fachpersonal zusätzlich mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Ab dem 1. Januar 2028 verfügt von dem unter § 9 Nummer 1 genannten Fachpersonal zusätzlich mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Ab dem 1. Januar 2028 kann maximal eine Fachärztin oder ein Facharzt in der Zusatz-Weiterbildungsphase zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ angerechnet werden. Ab dem 1. Januar 2028 verfügt zusätzlich mindestens eine weitere Pflegekraft über die Fachweiterbildung „Notfallpflege“.</p>	<p>Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen die Vorgaben <del>unter nach § 9 genannten Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals</del>. Ab dem 1. Januar 2026 werden mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte vorgehalten, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind. Ab dem 1. Januar 2026 verfügen mindestens zwei und ab dem 1. Januar 2028 drei Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Eine Ärztin oder ein Arzt in der Zusatz-Weiterbildungsphase zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ kann angerechnet werden. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 2 mindestens in Rufbereitschaft ist. Ab dem 1. Januar 2028 verfügen mindestens drei Pflegekräfte über die Zusatzqualifikation Notfallpflege.</p>

## § 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung

<sup>1</sup>Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung halten abweichend von § 10 eine Intensivstation mit mindestens zehn Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter **Patientinnen und Patienten** ausgestattet sind.

DKG	GKV-SV/PatV
<sup>2</sup> Es besteht eine <b>schnellstmögliche</b> Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige <b>Intensivpatientinnen und Intensivpatienten</b> auf die Intensivstation. <del>innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.</del>	<sup>2</sup> Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige <b>Intensivpatientinnen und Intensivpatienten</b> auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach <del>Krankenhausaufnahme</del> Anfrage durch die zentrale Notaufnahme.

~~<sup>3</sup>Satz 2 findet keine Anwendung vom 1. April bis 30. Juni 2020 sowie vom 1. November 2020 bis 31. März 2021. <sup>4</sup>Stattdessen 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) <sup>1</sup>Es ist eine Hubschrauberlandestelle vorzuhalten. <sup>2</sup>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 ~~Sätze 1 und 2 Vorhaltung nach Satz 1~~ eine Einstufung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 erfolgen, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind.

## § 17 Strukturen und Prozesse der ~~Notfall~~aufnahme 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 Notfallaufnahme hat eine organisatorisch ~~der Notaufnahme~~ angeschlossene Beobachtungsstation von mindestens sechs 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.

DKG	GKV-SV
Abweichend von Satz 1 ist eine Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie nicht zusätzlich vorzuhalten, wenn bereits die Fachabteilung nach Absatz 2 Nummer 2 am Standort vorhanden ist. Abweichend von Satz 1 ist eine Fachabteilung für Innere Medizin nicht zusätzlich vorzuhalten, wenn bereits die Fachabteilungen nach Absatz 2 Nummern 4 und 5 am Standort vorhanden sind.	[keine Übernahme]

- (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.

DKG	GKV-SV
<p>13. Geriatrie.</p> <p>14. Plastische und Rekonstruktive Chirurgie</p>	[keine Übernahme]

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

Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung erfüllen die Vorgaben nach § 9:

DKG	GKV-SV/PatV	LV
<p>und § 14. Ab dem 1. Januar 2032 können sich von den drei Ärztinnen oder Ärzten, die über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen, maximal eine Ärztin oder ein Arzt in Weiterbildung befinden.</p>	<p>und für die nach § 18 erforderlichen Fachabteilungen die Vorgaben nach § 5 Absatz 2 Nummer 2.</p> <p>Ab dem 1. Januar 2026 verfügen von dem unter § 9 Nummer 1 genannten Fachpersonal zusätzlich mindestens zwei weitere Fachärztinnen oder Fachärzte über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Davon kann maximal eine Fachärztin oder ein Facharzt in der Zusatz-Weiterbildungsphase zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bis zum 1. Januar 2028 angerechnet werden.</p> <p>Ab dem 1. Januar 2028 sind mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ für die Notfallversorgung benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet. Dabei können maximal zwei Fachärztinnen oder Fachärzte nach § 9 Nummer 1 in der Zusatz-Weiterbildungsphase zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ angerechnet werden. Ab dem 1. Januar 2028 ist sicherzustellen, dass jederzeit</p>	<p>. Ab dem 1. Januar 2026 werden mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte vorgehalten, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind. Ab dem 1. Januar 2026 verfügen mindestens zwei Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Ab dem 1. Januar 2028 verfügen fünf Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, wovon zwei in der Zusatz-Weiterbildungsphase zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ sein können. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 2 mindestens in Rufbereitschaft ist. Ab dem 1. Januar 2028 muss eine Pflegekraft pro Schicht die Zusatzqualifikation Notfallpflege aufweisen oder sich in Weiterbildung hierzu befinden, in Ausnahmefällen ist ein Rufdienst zulässig.</p>

	<p>(24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar ist.</p> <p>Ab dem 1. Januar 2028 sind mindestens fünf Pflegekräfte mit der Fach-Weiterbildung „Notfallpflege“ für die Notfallversorgung benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet.</p>	
--	--	--

## § 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung

<sup>1</sup>Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung halten abweichend von § 10 eine Intensivstation mit mindestens 20 Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patientinnen oder Patienten ausgestattet sind.

DKG	GKV-SV/PatV
<p><sup>2</sup>Es besteht eine schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen Intensivpatienten auf die Intensivstation. <del>innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.</del></p>	<p><sup>2</sup>Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme Anfrage durch die Zentrale Notaufnahme.</p>

~~<sup>3</sup>Satz 2 findet keine Anwendung vom 1. April bis 30. Juni 2020 sowie vom 1. November 2020 bis 31. März 2021. <sup>4</sup>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 (24/7-Stunden an sieben 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.

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	- und 5. Vorhandensein einer SPECT/CT Kamera sowie eines Heißlabors mit Technetium Generator.

- (2) <sup>1</sup>Es ist eine Hubschrauberlandestelle vorzuhalten. <sup>2</sup>~~Patientenverlegungen~~ Verlegungen von Patientinnen und Patienten auf dem Luftwege sind ohne Zwischentransport möglich. <sup>3</sup>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 Sätze 1 und 2 eine Einstufung nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 erfolgen, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind.

## § 22 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme 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/PatV
[bisheriger Wortlaut] <sup>1</sup> Gemäß § 4 können Krankenhäuser aufgrund der Teilnahme an einer speziellen Notfallversorgung einer der in § 3 Absatz 1 benannten Stufen zugeordnet werden. <sup>2</sup> Die Anforderungen nach Satz 1 werden in den §§ 24 bis 28 für die einzelnen Module der speziellen Notfallversorgung festgelegt.	<del><sup>1</sup>Gemäß § 4 können Krankenhäuser aufgrund der Teilnahme an einer speziellen Notfallversorgung einer der in § 3 Absatz 1 benannten Stufen zugeordnet werden. <sup>2</sup>Die Anforderungen nach Satz 1 werden in den §§ 24 bis 28 für die einzelnen Module der speziellen Notfallversorgung festgelegt.</del> Die Anforderungen des § 4 werden in den §§ 24 bis 28 für die einzelnen Module konkretisiert.

### § 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 ~~an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012~~ nach den Absätzen 2 bis 5 am Standort erfüllt und jederzeit (24/7) ~~zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche)~~ an der Notfallversorgung teilnimmt.
- (2) Krankenhäuser des Moduls Schwerverletztenversorgung stellen das folgende Fachpersonal mit folgender Qualifikation und Verfügbarkeit sicher:
1. Die ärztliche Leitung der Fachabteilung Orthopädie und Unfallchirurgie und deren Stellvertretung ist Fachärztin oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Fachärztin oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie.
  2. Für die Versorgung von Intensivpatientinnen und -patienten auf der Intensivstation ist:

- a) die ärztliche Leitung der Intensivstation eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin, hauptamtlich auf der Intensivstation tätig und intensivmedizinisch verantwortlich sowie eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter mit identischer Zusatzweiterbildung benannt,
- b) die pflegerische Leitung eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung "Intensivpflege und Anästhesie" oder "Intensivpflege", möglichst mit abgeschlossenem Pflegestudium, mindestens aber mit staatlich anerkannter Weiterbildung zur Leitung einer Station,
- c) eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“
  - aa) für täglich mindestens eine Visite verfügbar,
  - bb) während der regulären Kernarbeitszeit (beispielsweise mindestens sieben Stunden zwischen 6 und 22 Uhr) arbeitstäglich sofort auf der Intensivstation präsent und
  - cc) außerhalb der Anwesenheitszeit nach Buchstabe bb

DKG / PatV	GKV-SV
unverzüglich	innerhalb von 30 Minuten

für die Patientin oder den Patienten verfügbar

- d) eine Ärztin oder ein Arzt, die oder der seit mindestens drei Monaten auf dieser oder einer Intensivstation der gleichen Stufe eingearbeitet ist, jederzeit (24/7) auf dieser Intensivstation präsent,
  - e) eine Ärztin oder ein Arzt mit einer intensiv-medizinischen Weiterbildungszeit (im Rahmen der Facharztweiterbildung) von mindestens sechs Monaten an allen Tagen während der regulären Kernarbeitszeit (beispielsweise mindestens sieben Stunden zwischen 6 und 22 Uhr) auf der Intensivstation präsent; außerhalb der Kernarbeitszeit zumindest im Krankenhaus präsent und sofort auf der Intensivstation verfügbar und
  - f) ein Verhältnis von Pflegefachkräften zu Patienten von 1 zu 2 zu gewährleisten; für bestimmte patientenbedingte oder organisatorische Umstände (beispielsweise Patientinnen oder Patienten mit schweren Verbrennungen oder mit extrakorporalen Organersatzverfahren) gilt ein höherer Pflegebedarf.
3. Als Basisteam für den Schockraum sind jederzeit (24/7) präsent:
- 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 (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,
  - f) eine medizinisch-technische Radiologiefachkraft (MTRA).

4. Ergänzend zum Basisteam sind je nach vorliegendem Verletzungsmuster als erweitertes Schockraumteam

DKG / PatV	GKV-SV
unverzüglich	innerhalb von 30 Minuten

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,
- b) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie,
- c) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurochirurgie,
- d) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie mit Kenntnissen in interventioneller Radiologie,
- e) zwei OP-Pflegekräfte und
- f) weitere Rufdienste zur gleichzeitigen Versorgung mehrerer Schwerverletzter.

5. Zusätzlich sind am Standort als weitere Fachdisziplinen vorzuhalten:

- a) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie,
- b) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Gefäßchirurgie,
- c) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Herz- oder Thoraxchirurgie,
- d) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie,
- e) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
- f) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Augenheilkunde,
- g) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Urologie,
- h) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- i) eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie) und
- j) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.

Ergänzend zur Fachabteilung Orthopädie und Unfallchirurgie wird für die unter Buchstabe a) bis j) genannten weiteren Fachdisziplinen angenommen, dass diese

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	Fachabteilungen gemäß § 5 Absatz 2

am Standort vorgehalten werden. Im Falle abweichender Strukturen und Prozesse muss deren Gleichwertigkeit nachgewiesen werden.

(3) Krankenhäuser des Moduls Schwerverletztenversorgung müssen folgende Anforderungen an die Kapazität zur Versorgung von Schwerverletzten erfüllen:

GKV-SV	DKG/PatV
1. 24-stündige Vorhaltung einer räumlichen, personellen und medizinisch-technischen Ausstattung zur parallelen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten, jeweils im Schockraum, in der Intensivstation und dem Operationstrakt des Krankenhaushauses.	1. Die Möglichkeit zur intensivmedizinischen Behandlung von zwei Schwerverletzten muss vorgehalten werden. In der Notaufnahme ist ein Schockraum zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten vorhanden. Es müssen zudem jederzeit (24/7) zwei Operationssäle einschließlich personeller Ausstattung zur notfallchirurgischen Versorgung bereitgestellt werden können.

2. Krankenhäuser halten eine Intensivstation mit mindestens 10 Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet sind.

GKV-SV	DKG
Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatientinnen und -patienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Anfrage durch die zentrale Notaufnahme.	<i>[keine Übernahme]</i>

3. Das Krankenhaus erfüllt am Standort mindestens die ergänzenden, in einem der folgenden OPS-Kodes (OPS Version 2025) festgelegten Strukturanforderungen:

- a) 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) oder
- b) 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur).

4. Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten zur Anwendung. Alle Notfallpatientinnen und Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.

5. Die Patientenversorgung wird aussagekräftig dokumentiert und orientiert sich an Minimalstandards. Diese Dokumentation liegt spätestens bei der Entlassung oder Verlegung der Patientin oder des Patienten vor.

(4) Krankenhäuser des Moduls Schwerverletztenversorgung verfügen über folgende medizinisch-technische Ausstattung:

1. jederzeit (24/7) sind die nachfolgend genannte technische Ausstattung sowie die nachfolgend genannten diagnostischen und therapeutischen Verfahren verfügbar:
  - a) Computertomografie (CT)
  - b) Endoskopie
  - c) Perkutane koronare Interventionen (PCI)
  - d) Magnetresonanztomographie (MRT)
  - e) Schlaganfalltherapie

- f) Bronchoskopie
  - g) Röntgen
  - h) Point-of-care-Labor
  - i) Transösophageale Echokardiographie (TEE)
  - j) Invasive und nicht-invasive Beatmung
  - k) Kontinuierliche und nicht kontinuierliche Nierenersatzverfahren
2. Es ist entweder im Schockraum eine Bildgebung auf der Basis von Röntgen mit der Möglichkeit zur vollständigen Projektionsradiografie des Thorax oder Beckens und Ultraschall oder in räumlicher Nähe eine Computertomografie (CT) vorzuhalten.
  3. Eine Angiografieeinheit zur interventionellen Versorgung von stammnahen Gefäßen zur Blutungskontrolle ist vorzuhalten.

### § 25 Modul Notfallversorgung Kinder

- (1) <sup>1</sup>Dieses Modul ist nur für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren anzuwenden. <sup>2</sup>Demgemäß ~~erhalten~~ **nehmen** 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~~ an der Notfallversorgung teil.
- (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 ~~23~~ 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~~ Absatzes 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.~~  
 Im Präsenzdienst steht jederzeit (24/7) für die Versorgung von Notfällen zur Verfügung:
    - a) Eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft
    - b) oder eine Pflegefachfrau/ Pflegefachmann mit Vertiefung Pädiatrie

c) oder eine Pflegefachfrau/ Pflegefachmann mit ausgewiesener Erfahrung über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung.

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).

DKG	GKV-SV
☐, oder Computertomographie (CT).	[keine Übernahme]

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 **Sätze 1 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 der ~~§ 25~~ Absätze 2 und 3 sind einzuhalten.

GKV-SV / PatV	DKG
2. Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie und Neonatologie am Standort. <i>[bisheriger Wortlaut]</i>	2. Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Kinder- und Jugendmedizin, <b>und</b> Kinderchirurgie <del>und Neonatologie</del> am Standort.

3. Ärztlicher Präsenzdienst für Kinder- und Jugendmedizin.
4. Verfügbarkeit **einer Fachärztin oder** eines Facharztes für Neurochirurgie

GKV-SV / PatV	DKG
mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie in 30 Minuten <b>an der Patientin oder</b> am Patienten. <i>[bisheriger Wortlaut]</i>	<del>mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie in 30 Minuten am Patienten</del> unverzüglich für eine Situations-einschätzung 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>	<del>in 30 Minuten am Patienten</del> 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.~~

GKV-SV	DKG/PatV
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 <del>G-BA-Richtlinien</del> am Standort.	7. Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens <del>10</del> 6 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 oder 2 nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene <del>G-BA-Richtlinien</del> 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) <sup>1</sup>Krankenhäuser oder Einrichtungen, welche die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen, nehmen an der ~~strukturierten Notfallversorgung teil; es werden keine Abschläge erhoben.~~<sup>2</sup>Die Vorhaltekosten für die Notfallversorgung werden für diese Krankenhäuser bereits zielgerichtet über andere Finanzierungsregelungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder anderer Gesetze vergütet.<sup>3</sup>Diese 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 ~~oder;~~

3.

GKV-SV	DKG/LV
<p>in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser,</p> <p>a) die aufgrund krankenhauplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind oder nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und</p> <p>b) die auf die stationäre Versorgung von akuten Schlaganfällen, kardiovaskulären Notfällen oder pulmonologischen Akuterkrankungen spezialisiert sind und</p> <p>c) die jederzeit (24/7) an der Notfallversorgung teilnehmen und dabei die jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes im jeweiligen Fachgebiet sowie einer Pflegekraft sicherstellen und</p> <p>d) die sämtliche der folgenden Anforderungen erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. jährlich mindestens 500 vollstationäre Fälle mit Hauptdiagnosen aus dem jeweiligen Versorgungsbereich,</li> <li>ii. Konzentration auf wenige Fallpauschalen (DRG) durch einen Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) der am Standort erbrachten DRG von mindestens 0,05 (Standort-HHI),</li> <li>iii. Konzentration der Leistungserbringung auf wenige Standorte (hoher Spezialisierungsgrad) durch einen HHI der DRG von mindestens 0,005 (Spezial-DRG) samt Erbringung von jährlich mindestens 250 vollstationären Fällen dieser Spezial-DRG</li> </ul>	<p><i>[bisheriger Wortlaut]</i></p> <p>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 <del>24 Stunden an 7 Tagen pro Woche</del> <b>jederzeit (24/7)</b> an der Notfallversorgung teilnehmen.</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/PatV
<p><i>[bisheriger Wortlaut]</i></p> <p>entspricht einem Krankenhaus, welches an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnimmt.</p>	<p><del>entspricht einem Krankenhaus, welches an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnimmt.</del></p> <p>nimmt insoweit an der stationären Versorgung von Notfällen teil.</p>
<p><del>und erhält für die in der Stroke Unit behandelten Fälle Zuschläge.</del></p>	
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 (OPS Version 2025) festgelegten Strukturanforderungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 8-98b.3- Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit Anwendung eines Telekonsils oder</li> <li>2. 8-981.2- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen oder</li> <li>3. 8-981.3- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen.</li> </ol> <p>Abweichend davon, gilt bis spätestens 31.12.2026 der OPS-Kode 8-98b.2- entsprechend Satz 2.</p>
GKV-SV	
<p><i>[\$ 27 wird aufgehoben]</i></p>	

## § 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/PatV
<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><del>entspricht einem Krankenhaus, welches an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnimmt</del> nimmt insoweit an der stationären Versorgung von Notfällen teil <del>und erhält für die in der CPU behandelten Fälle entsprechende Zuschläge.</del></p>

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 ~~Schrittmacherpatientinnen und 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 **Hochrisikopatienten Höchstisikopatientinnen- 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** [KBV: **bzw. Belegarzt oder Belegärztin**]:**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: ~~Kardiologe~~ **Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie**,
- b) Assistenzärztinnen und -ärzte: Zuständigkeit ~~365 Tage/24 Stunden~~ **jederzeit (24/7)**,

- c) Oberärztinnen oder Oberärzte [KBV: bzw. Belegärztinnen oder Belegärzte] (Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie(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.

GKV-SV
[§ 28 wird aufgehoben]

### ~~§ 29 Inkrafttreten~~

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

~~[GKV-SV + DKG: § 29 wird aufgehoben. Die Anlage I: Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen wird nach § 31 eingefügt.]~~

~~[Vorschlag UPV]:~~

### § 29 Folgen der Nichteinhaltung der Mindestvoraussetzungen

- (1) Die zuständigen Stellen, die die Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen feststellen und die die Folgen der Nichteinhaltung festlegen, sind:
  1. der Krankenhausträger und
  2. die Krankenkassen

als die an der Budgetverhandlung gemäß § 11 KHEntgG beteiligten Vertragsparteien im Sinne von § 18 Absatz 2 KHG. Die Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen ist unverzüglich vom Krankenhausträger gegenüber den Krankenkassen im Sinne von Nummer 2 anzuzeigen. Die Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen kann auch im Rahmen einer Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach Maßgabe von Abschnitt 3 Teil B der MD-QK-RL festgestellt werden.
- (2) Die Krankenkassen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2 melden dem IQTIG spätestens vier Wochen nach Abschluss der Budgetvereinbarung standortbezogen, welche Mindestvoraussetzungen in welchem Umfang nicht eingehalten wurden sowie die vereinbarten Maßnahmen, die Ergebnisse der vereinbarten Maßnahmen und die Wiedereinhaltung von Mindestvoraussetzungen. Die Meldung erfolgt anhand eines standardisierten Online-Formulars, das die folgenden Meldekriterien umfasst:
  1. Bundesland,
  2. vereinbarte Notfallstufe oder Modul,
  3. Art und Umfang der Mindestvoraussetzungen, die nicht eingehalten werden,
  4. Vereinbarte Maßnahmen zu Wiedereinhaltung der Anforderungen und
  5. Ergebnis der durchgeführten Maßnahmen.

Der G-BA beauftragt das IQTIG mit der Erstellung eines Servicedokuments zur Datenübermittlung in Form eines Online-Formulars sowie mit dem Aufbau und der Durchführung der Datenannahme. Das IQTIG fasst die in einem Kalenderjahr eingegangenen Meldungen in einem Bericht aggregiert zusammen, und übermittelt dem G-BA den Bericht jeweils bis zum 30.04. des Folgejahres.

- (3) Die zuständigen Stellen nach Absatz 1 können je nach Art und Schwere von Verstößen gegen die Mindestvoraussetzungen sowohl Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung gemäß Absatz 4 als auch Durchsetzungsmaßnahmen gemäß Absatz 6 festlegen.
- (4) Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung sind für die unter Absatz 7 aufgeführten Mindestvoraussetzungen festzulegen und umfassen insbesondere:
1. Schriftliche Empfehlung,
  2. Zielvereinbarung zur Mängelbehebung bei kurzfristiger Nichterfüllung, u. a. unter Zuhilfenahme unterjähriger Datenauswertungen zum Abgleich des Erfüllungsgrades der Notfallstufen-Anforderungen
  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).
- (5) Die Durchführung von Maßnahmen nach Absatz 4 sowie die Nichteinhaltung und die Wiedereinhaltung der Mindestvoraussetzungen ist vom Krankenhaussträger gegenüber den Krankenkassen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2 schriftlich zu bestätigen. Sollte die Nichteinhaltung einzelner Mindestvoraussetzungen, welche zu Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung geführt haben, nach Ablauf einer von den zuständigen Stellen nach Absatz 1 festgelegten Frist von höchstens 6 Monaten weiterhin bestehen, können Durchsetzungsmaßnahmen nach Absatz 6 angewendet werden. Die konkrete Umsetzung der festgelegten Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen nach Absatz 4 erfolgt durch die zuständigen Stellen nach Absatz 1. Werden die Mindestvoraussetzungen auch nach Ablauf der festgelegten Frist von höchstens 6 Monaten 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.
- (6) Durchsetzungsmaßnahmen sind für die unter Absatz 8 aufgeführten Mindestvoraussetzungen festzulegen und umfassen insbesondere:
1. die Information der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden
  2. die einrichtungsbezogene Veröffentlichung der Information zur Nichteinhaltung der Mindestvoraussetzungen.

Die Folgen, die mit dem Entfallen der Voraussetzungen für die bisherige Zuordnung des betroffenen Krankenhaussträgers zur jeweiligen Notfallstufe gemäß § 3 Absatz 1 sowie zum jeweiligen Modul gemäß § 4 verbunden sind, vereinbaren die Vertragsparteien der Notfallstufenvergütungsvereinbarung. Die Voraussetzungen für die bisherige Zuordnung des betroffenen Krankenhausstandortes zur jeweiligen Notfallstufe gemäß § 3 Absatz 1 sowie zum jeweiligen Modul gemäß § 4 entfallen ab dem Zeitpunkt der Nichteinhaltung der unter Absatz 8 aufgeführten Mindestvoraus-

setzungen. Die Krankenkassen im Sinne von Absatz 1 Nummer 2 informieren unverzüglich die jeweils für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden über das Entfallen der Voraussetzungen für die bisherige Zuordnung des betroffenen Krankenhausstandortes zur jeweiligen Notfallstufe sowie zum jeweiligen Modul. Von der einrichtungsbezogenen Veröffentlichung der Information zur Nichteinhaltung der Mindestvoraussetzungen kann abgesehen werden, soweit eine entsprechende Information von den betroffenen Krankenhausträgern an das IQTIG bereits im Rahmen der Datenübermittlungsverpflichtung gemäß § 135d Absatz 3 Satz 8 Nummer 2 SGB V erfolgt ist und eine entsprechende standortbezogene Veröffentlichung mit konkreter Bezeichnung der entfallenen Notfallstufe sowie der Angabe des Zeitpunktes der Nichteinhaltung der Mindestvoraussetzungen im Transparenzverzeichnis gemäß § 135d Absatz 1 SGB V vorgenommen wurde.

(7) Bei der Nichteinhaltung der folgenden Mindestvoraussetzungen sind Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung anzuwenden:

1. barrierefreier Zugang zur Zentralen Notaufnahme (§ 6 Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit § 30),
2. fachspezifische Fortbildungen (§ 9 Nummer 4),
3. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 12 Nummer 2, § 17, § 22, § 24 Absatz 3 Nummer 4 und § 25 Absatz 2 Nummer 4), wenn weniger als 100 % und mindestens 85 % der Notfallpatienten des Krankenhauses aus der Patientenstichprobe spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten aus der Patientenstichprobe gemäß § 31 Absatz 5 und § 36 Absatz 5 Teil B MD-QK-RL des Kontrollzeitraumes),
4. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (Dokumentation der Patientenversorgung) (§ 12 Nummer 3, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 3 Nummer 5),
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 Hubschrauberlandeplatzes oder einer Hubschrauberlandestelle) (§ 25 Absatz 2 Nummer 2 und 5, § 25 Absatz 3 Nummer 6 und § 25 Absatz 4 Nummer 10),

Folgedissens zu § 28	
DKG	GKV-SV
6. Leitliniengerechte Behandlungspfade einer CPU (§ 28 Nummer 4 Buchstabe a und § 28 Nummer 5 Buchstabe d).	<i>[keine Übernahme]</i>

(8) Bei der Nichteinhaltung der folgenden Mindestvoraussetzungen sind Durchsetzungsmaßnahmen anzuwenden:

1. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals

Folgedissens zu § 28	
DKG	GKV-SV
(§ 9 Nummer 1 bis 3, § 14 und § 19 sowie § 24 Absatz 2, § 25 Absatz 3 Nummer 2, § 25 Absatz 4 Nummer 4 und 5, § 28 Nummer 5 Buchstaben a) bis c), § 28 Nummer 6),	(§ 9 Nummer 1 bis 3, § 14 und § 19 sowie § 24 Absatz 2, § 25 Absatz 3 Nummer 2, § 25 Absatz 4 Nummer 4 und 5),

2. 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),

3. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten (§§ 10, 15 und 20 sowie § 24 Absatz 3, § 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 4, § 25 Absatz 3 Nummer 5, § 25 Absatz 4 Nummer 8 und 9

Folgedissens zu § 28	
DKG	GKV-SV
sowie § 28 Nummer 2),	, [Keine Übernahme]

5. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 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),

6. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 12 Nummer 2, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 3 Nummer 4, § 25 Absatz 2 Nummer 4), wenn weniger als 85 % der Notfallpatienten des Krankenhauses aus der Patientenstichprobe spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notfallaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten aus der Patientenstichprobe gemäß § 31 Absatz 5 und § 36 Absatz 5 Teil B MD-QK-RL des Kontrollzeitraumes),

7. Aufnahmebereitschaft innerhalb von 60 Min. (§ 15 Satz 2 und § 20 Satz 2)

Folgedissens zu § 28	
DKG	GKV-SV
8. Räumliche Voraussetzungen einer CPU (§ 28 Nummer 1)	[keine Übernahme]
9. Diagnostische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 3 Satz 1)	
10. Therapeutische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 4 Buchstaben b) bis f)).	

Folgedissens zu § 27		
PatV	DKG	GKV-SV
11. Strukturanforderungen der OPS-Kodes sowie der zugehörigen Mindestfallzahlen einer Stroke Unit (§ 27)	11. Erfüllung der in den OPS Kodes festgelegten Strukturanforderungen (§ 27),	[keine Übernahme]

Folgedissens zu § 26 Absatz 2 Nummer 3	
GKV-SV	DKG
12. Mindestvorgaben nach § 26 Absatz 2 Nummer 3	[keine Übernahme]

### § 30 Übergangsbestimmungen [UPV/GKV-SV: wird komplett aufgehoben]

- (1) <sup>1</sup>Die Vorgaben dieses Beschlusses sind ab dem Inkrafttreten zu erfüllen. <sup>2</sup>~~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.~~ <sup>3</sup>~~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.~~ <sup>4</sup>~~Dies gilt insbesondere auch für Standorte mit dezentralen Notaufnahmen.~~

PatV	DKG
<sup>5</sup> Wenn mit der Erfüllung der Anforderungen nach barrierefreier Zugänglichkeit der <b>ZNA Zentralen Notaufnahme</b> gemäß § 6 Absatz 2 im Einzelfall unvertretbare Mehrkosten verbunden sind, <del>kann die Übergangsfrist verlängert werden.</del> müssen diese Anforderungen spätestens ab dem 1. Januar 2026 erfüllt werden.	<sup>5</sup> Wenn mit der Erfüllung der Anforderungen nach barrierefreier Zugänglichkeit der <b>ZNA Zentralen Notaufnahme</b> gemäß § 6 Absatz 2 im Einzelfall unvertretbare Mehrkosten verbunden sind, <del>kann die Übergangsfrist verlängert werden.</del> gilt Satz 1 für diese Anforderungen nicht.

<sup>6</sup>~~§ 9 Nummer 2 ist spätestens fünf 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. [Beschluss vom 18.06.2025 – noch nicht in Kraft]~~

- (2) <sup>1</sup>~~Die Abfrage der Kriterien dieser Regelung erfolgt auf Ebene des Krankenhausstandortes.~~ <sup>2</sup>~~Ab 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.

[DKG]

## **Notfallstufen-RL – Implementierung von Konsequenzen**

### **Anlage I: Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen**

#### **§ 1 Anwendungsbereich**

- (1) Diese Anlage regelt die 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-Regelung) für Krankenhausstandorte, die nach einer getroffenen Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG die jeweiligen Anforderungen der Abschnitte II. 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 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 sowie die Stellungnahme des Krankenhauses nach § 14 Absatz 4 Teil A MD-QK-RL 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 Berücksichtigung der Stellungnahme des Krankenhauses, die Nichteinhaltung von Mindestvorgaben der jeweiligen Anforderungen der Abschnitte II. bis VI., greifen Maßnahmen gemäß Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL), welche nachfolgend festgelegt werden.

#### **§ 2 Zuständige Stellen und Berichtspflichten**

- (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.
- (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 § 3 Absatz 2 oder wenden Durchsetzungsmaßnahmen nach § 3 Absatz 4 an.
- (3) Die gesetzlichen Krankenkassen als beteiligte zuständige Stelle nach Absatz 1 berichten, in Abstimmung mit dem Krankenhaus gemäß den Vorgaben nach Absatz 4, für den Fall, dass es sich hierbei um schwerwiegende Verstöße handelt, die zu einer Änderung der Notfallstufe bzw. des Moduls führen könnten, den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden darüber, welche Anforderungen in welchem Umfang nicht mehr erfüllt werden sowie über die sämtlichen durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse.

- (4) Die gesetzlichen Krankenkassen als beteiligte zuständige Stelle nach Absatz 1 melden in Abstimmung mit dem Krankenhaus dem G-BA oder einer von ihm benannten Stelle, spätestens vier Wochen nach Abschluss der Budgetvereinbarung standortbezogen, welche Anforderungen in welchem Umfang nicht erfüllt wurden sowie die vereinbarten Maßnahmen, die Ergebnisse der vereinbarten Maßnahmen und die Wiedererfüllung von Anforderungen. Die Meldung erfolgt anhand eines standardisierten Online-Formulars, das die folgenden Meldekriterien umfasst:
- a. Bundesland,
  - b. vereinbarte Notfallstufe oder Modul,
  - c. Art und Umfang der Anforderungen, die nicht erfüllt werden,
  - d. Vereinbarte Maßnahmen zu Wiedererfüllung der Anforderungen und
  - e. Ergebnis der durchgeführten Maßnahmen.

Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V ein Servicedokument zur Datenübermittlung in Form eines Online-Formulars zu erstellen sowie mit dem Aufbau und der Durchführung der Datenannahme in Form eines Webportals. Das Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V fasst die in einem Kalenderjahr eingegangenen Meldungen in einem Kurzbericht, der insbesondere der Evaluation der Notfallstufen-Regelungen dienen soll, aggregiert zusammen, und übermittelt dem G-BA den Kurzbericht jeweils bis zum 30.04. des Folgejahres. Die eingegangenen Meldungen nach Satz 3 Buchstabe b können seitens des Instituts nach § 137a Absatz 1 SGB V für eine Aktualisierung der Informationen gemäß § 135d Absatz 3 Nummer 7 SGB V genutzt werden.

### **§ 3 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 zur Mängelbehebung bei kurzfristiger Nichterfüllung, u. a. unter Zuhilfenahme unterjähriger Datenauswertungen zum Abgleich des Erfüllungsgrades der Notfallstufen-Anforderungen
  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)
- (3) Die Durchführung von nach Absatz 2 vereinbarten Maßnahmen samt der damit verbundenen Wiedererfüllung bzw. Nichterfüllung der Anforderung ist vom Krankenhaus schriftlich zu bestätigen. Sollte die Nichterfüllung einzelner Anforderungen, welche zu Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung geführt haben, nach Ablauf einer von den zuständigen

Stellen nach § 2 Absatz 1 festgelegten Frist weiterhin bestehen, können Durchsetzungsmaßnahmen nach Absatz 4 angewendet werden. Die konkrete Umsetzung der Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen nach Absatz 2 erfolgt durch die zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1.

- (4) Durchsetzungsmaßnahmen umfassen im Rahmen dieser Anlage den anteiligen bis vollständigen Wegfall von Zuschlägen gemäß den §§ 3 bis 8 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung:
- a. Bei Anforderungen gemäß § 4 Absatz 2 mit Tagesbezug entfällt je Monat, in dem an mindestens sechs Tagen die Anforderungen nicht erfüllt werden, 1/12 des Anspruchs auf die für das Vereinbarungsjahr vereinbarten entsprechenden Zuschlagspauschalen gemäß den §§ 3 bis 8 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung, für die Stufe bzw. das Modul, in dem die Anforderungen nicht eingehalten wurden.
  - b. Bei Anforderungen gemäß § 4 Absatz 2, bei denen es keinen Tagesbezug gibt, entfällt bei deren Nichterfüllung der anteilige bis vollständige Zuschlag für den entsprechenden Vereinbarungszeitraum. Sofern das Krankenhaus plausibel nachweist, dass die Nichterfüllung der Anforderungen gemäß § 4 Absatz 2 nur in einzelnen Monaten des Prüfzeitraums vorlag, entfällt je Monat, in dem die Anforderungen gemäß § 4 Absatz 2 nicht erfüllt wurden, 1/12 des Anspruchs auf die für das Vereinbarungsjahr vereinbarten entsprechenden Zuschlagspauschalen gemäß den §§ 3 bis 8 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung, für die Stufe bzw. das Modul.
  - c. Bei Anforderungen gemäß § 4 Absatz 2, die auf Basis von Behandlungsfällen aus der Patientenstichprobe gemäß § 31 Absatz 5 und § 36 Absatz 5 Teil B MD-QK-RL geprüft werden, ist zunächst auf den gesamten Prüfzeitraum die Erfüllungsquote zu prüfen. Liegt die Erfüllungsquote unter 85%, entfällt je Monat, in dem jeweils eine Nichteinhaltung festgestellt wurde, 1/12 des Anspruchs auf die für den Vereinbarungszeitraum vereinbarten entsprechenden Zuschlagspauschalen gemäß den §§ 3 bis 8 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung, für die Stufe bzw. das Modul.
- (5) Bei der Sanktionierung nach Absatz 4 ist die Anforderung relevant, welche den höchsten Rückzahlungsbetrag für den betreffenden Prüfzeitraum ergibt. Bei dem anteiligen bis vollständigen Wegfall von Zuschlägen gemäß den §§ 3 und 5 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung ist zu beachten, dass eine Rückzahlung nur im Umfang der Differenz bis zu der Notfallstufe erfolgen kann, deren Anforderungen gemäß dem Kontrollbericht des Medizinischen Dienstes unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Krankenhauses nach § 1 Absatz 2 noch erfüllt werden. Eine ergänzende (Nach-)Kontrolle ist dabei grundsätzlich nicht vorgesehen.
- (6) Die zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1 legen unter Berücksichtigung der Grundsätze der §§ 3 und 4 den Anteil bzw. vollständigen Teil der Zuschläge fest, der zurückzuzahlen ist. Sofern der für das Vereinbarungsjahr vereinbarte Zuschlag von dem tatsächlichen An-

spruch auf den Zuschlag für das jeweilige Kalenderjahr unter Berücksichtigung des anteiligen bzw. vollständigen Wegfalls von Zuschlägen abweicht, wird der ermittelte Differenzbetrag über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.

- (7) Die zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1 können in begründeten Ausnahmefällen, die nicht im Verantwortungsbereich des Krankenhauses liegen, von Durchsetzungsmaßnahmen absehen (z. B. Katastrophenlagen, mehrtägiger Ausfall zentraler IT-Systeme oder Pandemien bzw. pandemieähnliche Zustände).
- (8) Die konkrete Umsetzung der Durchsetzungsmaßnahmen nach Absatz 4 erfolgt durch die dafür zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1. Die durchsetzenden Stellen für die Vergütungsabschläge nach Absatz 4 sind die Krankenkassen.

#### **§ 4 Zuordnung von Konsequenzen nach Art der Nichteinhaltung**

- (1) Bei der Nichteinhaltung der folgenden Anforderungen sind Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung anzuwenden:
  - 1. barrierefreier Zugang zur Zentralen Notaufnahme (§ 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, § 22, § 24 Absatz 3 Nummer 4 und § 25 Absatz 2 Nummer 4), wenn weniger als 100 % und mindestens 85 % der Notfallpatienten des Krankenhauses aus der Patientenstichprobe spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten aus der Patientenstichprobe gemäß § 31 Absatz 5 und § 36 Absatz 5 Teil B MD-QK-RL des Kontrollzeitraumes)
  - 4. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (Dokumentation der Patientenversorgung) (§ 12 Nummer 3, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 3 Nummer 5),
  - 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 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 Buchstabe a und § 28 Nummer 5 Buchstabe d)

Sofern mehr als zwei der unter Nummer 1 bis 6 aufgelisteten Anforderungen nicht erfüllt werden und es sich nicht um geringfügige Dokumentationsfehler handelt, kann von Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung abgesehen werden und es können Durchsetzungsmaßnahmen angewendet werden.

- (2) Bei der Nichteinhaltung der folgenden Anforderungen sind Durchsetzungsmaßnahmen anzuwenden, sofern es sich nicht um geringfügige Dokumentationsfehler handelt:

1. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals (§ 9 Nummer 1 bis 3, § 14 und § 19 sowie § 24 Absatz 2, § 25 Absatz 3 Nummer 2, § 25 Absatz 4 Nummer 4 und 5, § 28 Nummer 5 Buchstaben a) bis c), § 28 Nummer 6),
2. 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),
3. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten (§§ 10, 15 und 20 sowie § 24 Absatz 3, § 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 4, § 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 § 25 Absatz 2 Nummer 3, § 25 Absatz 4 Nummer 3 und 6 i. V. m. § 6 Absatz 2 Satz 2),
6. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 12 Nummer 2, § 17 und § 22, § 24 Absatz 3 Nummer 4 sowie § 25 Absatz 2 Nummer 4), wenn weniger als 85 % der Notfallpatienten des Krankenhauses aus der Patientenstichprobe spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten aus der Patientenstichprobe gemäß § 31 Absatz 5 und § 36 Absatz 5 Teil B MD-QK-RL des Kontrollzeitraumes),
7. Aufnahmebereitschaft innerhalb von 60 Min. (§ 15 Satz 2 und § 20 Satz 2)
8. Räumliche Voraussetzungen einer CPU (§ 28 Nummer 1)
9. Diagnostische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 3 Satz 1)
10. Therapeutische Vorgaben einer CPU (§ 28 Nummer 4 Buchstaben b) bis f)),
11. Erfüllung der in den OPS Codes festgelegten Strukturanforderungen (§ 27).

## [GKV-SV]

### Anlage I: Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen

#### § 1 Anwendungsbereich

- (1) Diese Anlage regelt die 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-Regelung) für Krankenhausstandorte, die nach einer getroffenen Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG die jeweiligen Anforderungen der Abschnitte II. 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 Qualitätsanforderungen nach Maßgabe von Abschnitt 3 Teil B der MD-QK-RL festgestellt. Anforderungen nach dieser Anlage sind Mindestanforderungen gemäß § 2 Absatz 1 Satz 3 der Notfallstufen-Regelungen.
- (2) Gemäß § 15 Absatz 1 Teil A MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) übermittelt der Medizinische Dienst (MD) den Kontrollbericht sowie die Stellungnahme des Krankenhauses nach § 14 Absatz 4 Teil A MD-QK-RL 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 Berücksichtigung der Stellungnahme des Krankenhauses, die Nichteinhaltung von Mindestvorgaben der jeweiligen Anforderungen der Abschnitte II. bis VI., greifen Maßnahmen gemäß Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL), welche nachfolgend festgelegt werden.

#### § 2 Zuständige Stellen und Berichtspflichten

- (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.
- (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 § 3 Absatz 2 oder wenden Durchsetzungsmaßnahmen nach § 3 Absatz 4 an.
- (3) Die gesetzlichen Krankenkassen als beteiligte zuständige Stelle nach Absatz 1 berichten, in Abstimmung mit dem Krankenhaus gemäß den Vorgaben nach Absatz 4, für den Fall, dass es sich hierbei um schwerwiegende Verstöße handelt, die zu einer Änderung der Notfallstufe bzw. des Moduls führen könnten, den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden darüber, welche Anforderungen in welchem Umfang nicht mehr erfüllt werden sowie über die sämtlichen durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse.
- (4) Die gesetzlichen Krankenkassen als beteiligte zuständige Stelle nach Absatz 1 melden in Abstimmung mit dem Krankenhaus dem G-BA oder einer von ihm benannten Stelle, spätestens vier Wochen nach Abschluss der Budgetvereinbarung standortbezogen, welche Anforderungen in welchem Umfang nicht erfüllt wurden sowie die vereinbarten Maßnahmen, die Ergebnisse der vereinbarten Maßnahmen und die Wiedererfüllung von Anforderungen. Die Meldung erfolgt anhand eines standardisierten Online-Formulars, das die folgenden Meldekriterien umfasst:

- a. Bundesland,
- b. vereinbarte Notfallstufe oder Modul,
- c. Art und Umfang der Anforderungen, die nicht erfüllt werden,
- d. Vereinbarte Maßnahmen zu Wiedererfüllung der Anforderungen und
- e. Ergebnis der durchgeführten Maßnahmen.

Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V ein Servicedokument zur Datenübermittlung in Form eines Online-Formulars zu erstellen sowie mit dem Aufbau und der Durchführung der Datenannahme in Form eines Webportals. Das Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V fasst die in einem Kalenderjahr eingegangenen Meldungen in einem Kurzbericht, der insbesondere der Evaluation der Notfallstufen-Regelungen dienen soll, aggregiert zusammen, und übermittelt dem G-BA den Kurzbericht jeweils bis zum 30.04. des Folgejahres. Die eingegangenen Meldungen nach Satz 3 Buchstabe b können seitens des Instituts nach § 137a Absatz 1 SGB V für eine Aktualisierung der Informationen gemäß § 135d Absatz 3 Nummer 7 SGB V genutzt werden.

### **§ 3 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 zur Mängelbehebung bei kurzfristiger Nichterfüllung, u. a. unter Zuhilfenahme unterjähriger Datenauswertungen zum Abgleich des Erfüllungsgrades der Notfallstufen-Anforderungen
  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)
- (3) Die Durchführung von nach Absatz 2 vereinbarten Maßnahmen samt der damit verbundenen Wiedererfüllung bzw. Nichterfüllung der Anforderung ist vom Krankenhaus schriftlich zu bestätigen. Sollte die Nichterfüllung einzelner Anforderungen, welche zu Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung geführt haben, nach Ablauf einer von den zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1 festgelegten Frist weiterhin bestehen, können Durchsetzungsmaßnahmen nach Absatz 4 angewendet werden. Die konkrete Umsetzung der Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen nach Absatz 2 erfolgt durch die zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1.
- (4) Durchsetzungsmaßnahmen gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 1 SGB V sind bei folgenden Tatbestände anzuwenden und werden von den Vertragsparteien der Notfallstufenvergütungsvereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Absatz 4 SGB V näher konkretisiert:
  - a. Bei Anforderungen gemäß § 4 Absatz 2 mit Tagesbezug für jeden Monat, in dem an mindestens sechs Tagen die Anforderungen nicht erfüllt werden.

- b. Bei Anforderungen gemäß § 4 Absatz 2, bei denen es keinen Tagesbezug gibt für den entsprechenden Vereinbarungszeitraum.
  - c. Bei Anforderungen gemäß § 4 Absatz 2, die auf Basis von Behandlungsfällen aus der Patientenstichprobe gemäß § 31 Absatz 5 und § 36 Absatz 5 Teil B MD-QK-RL geprüft werden, je Monat, in dem eine Nichterfüllung festgestellt wurde, sofern die Erfüllungsquote für den gesamten Prüfzeitraum unter 85% liegt.
- (5) Bei der Durchsetzungsmaßnahme nach Absatz 4 ist nur die jeweils für die Durchsetzungsmaßnahme schwerwiegendste Anforderung für den betreffenden Prüfzeitraum relevant.
- (6) Die zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1 können in begründeten Ausnahmefällen, die nicht im Verantwortungsbereich des Krankenhauses liegen, von Durchsetzungsmaßnahmen absehen (z. B. Katastrophenlagen, mehrtägiger Ausfall zentraler IT-Systeme oder Pandemien bzw. pandemieähnliche Zustände).
- (7) Die konkrete Umsetzung der Durchsetzungsmaßnahmen nach Absatz 4 erfolgt durch die dafür zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1.

#### **§ 4 Zuordnung von Konsequenzen nach Art der Nichteinhaltung**

- (1) Bei der Nichteinhaltung der folgenden Anforderungen sind Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung anzuwenden:
1. barrierefreier Zugang zur Zentralen Notaufnahme (§ 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, § 22, § 24 Absatz 3 Nummer 4 und § 25 Absatz 2 Nummer 4), wenn weniger als 100 % und mindestens 85 % der Notfallpatienten des Krankenhauses aus der Patientenstichprobe spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten aus der Patientenstichprobe gemäß § 31 Absatz 5 und § 36 Absatz 5 Teil B MD-QK-RL des Kontrollzeitraumes)
  4. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (Dokumentation der Patientenversorgung sowie Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme) (§ 7 Nummer 7, § 12 Nummer 3, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 3 Nummer 5),
  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 Hubschrauberlandeplatzes oder einer Hubschrauberlandestelle) (§ 25 Absatz 2 Nummer 2 und 5, § 25 Absatz 3 Nummer 6 und § 25 Absatz 4 Nummer 10)

Sofern mehr als zwei der unter Nummer 1 bis 6 aufgelisteten Anforderungen nicht erfüllt werden und es sich nicht um geringfügige Dokumentationsfehler handelt, kann von Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung abgesehen werden und es können Durchsetzungsmaßnahmen angewendet werden.

- (2) Bei der Nichteinhaltung der folgenden Anforderungen sind Durchsetzungsmaßnahmen anzuwenden, sofern es sich nicht um geringfügige Dokumentationsfehler handelt:

1. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals (§ 7 Nummer 3, § 9 Nummer 1 bis 3, § 14 und § 19 sowie § 24 Absatz 2, § 25 Absatz 3 Nummer 2, § 25 Absatz 4 Nummer 4 und 5,
2. Art und Anzahl von Fachabteilungen (§ 7 Nummer 1, § 8, § 13, § 18, § 25 Absatz 2 Nummer 1, § 25 Absatz 3 Nummer 3, § 25 Absatz 4 Nummer 2 i. V. m. § 5 Absatz 2),
3. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten (§ 7 Nummer 4, §§ 10, 15 und 20 sowie § 24 Absatz 3, § 25 Absatz 3 Nummer 4 und § 25 Absatz 4 Nummer 7),
4. Medizinisch-technische Ausstattung (§ 7 Nummer 5 und 6, § 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,
5. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 7 Nummer 2, § 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),
6. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 12 Nummer 2, § 17 und § 22 sowie § 24 Absatz 3 Nummer 4, § 25 Absatz 2 Nummer 4), wenn weniger als 85 % der Notfallpatienten des Krankenhauses aus der Patientenstichprobe spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität erhalten (anhand der eingesehenen Patientenakten aus der Patientenstichprobe gemäß § 31 Absatz 5 und § 36 Absatz 5 Teil B MD-QK-RL des Kontrollzeitraumes),
7. Aufnahmebereitschaft innerhalb von 60 Min. (§ 15 Satz 2 und § 20 Satz 2)
8. Mindestvorgaben nach § 26 Absatz 2 Nummer 3.

# 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

Stand: 01.07.2025

Hinweise:

Das Dokument ist noch nicht abschließend rechtlich geprüft.

Grau hinterlegt: dissente Positionen bzw. von der G-BA-Geschäftsstelle  
redaktionell noch anzupassende Passagen.

Vom xx.xx.2025

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Zu § 2 Gegenstand der Regelungen .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2</b>	<b>Zu § 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an der Notfallversorgung.....</b>	<b>4</b>
<b>2.3</b>	<b>Zu § 5 Grundlagen des Stufenmodells [GKV-SV: Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen].....</b>	<b>4</b>
<b>2.4</b>	<b>Zu § 7 Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung .....</b>	<b>5</b>
<b>2.5</b>	<b>Zu § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung.....</b>	<b>8</b>
<b>2.6</b>	<b>Zu § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung.....</b>	<b>11</b>
<b>2.7</b>	<b>Zu § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung.....</b>	<b>12</b>
<b>2.8</b>	<b>Zu § 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung.....</b>	<b>13</b>
<b>2.9</b>	<b>Zu § 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung .....</b>	<b>15</b>
<b>2.10</b>	<b>Zu § 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung .....</b>	<b>15</b>
<b>2.11</b>	<b>Zu § 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung .....</b>	<b>15</b>
<b>2.12</b>	<b>Zu § 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung.....</b>	<b>16</b>

2.13	Zu § 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung .....	18
2.14	Zu § 24 Modul Schwerverletztenversorgung.....	19
2.15	Zu § 25 Modul Notfallversorgung Kinder.....	21
2.16	Zu § 26 Modul Spezialversorgung.....	23
2.17	Zu § 27 Modul Schlaganfallversorgung.....	25
2.18	Zu § 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen.....	25
2.19	Zu § 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu) / alternativ: Anlage I Folgen der Nichteinhaltung.....	27
2.20	Zu § 30 Übergangsbestimmungen .....	29
2.21	Anlage I Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen .....	29
3.	Literatur .....	34
4.	Bürokratiekostenermittlung .....	34
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.

GKV-SV	DKG
[-]	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.

## 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</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. Weiterhin werden in Anbetracht entsprechender gesetzlicher Vorgaben eine neue Stufe der Nichtteilnahme am gestuften System der Notfallstrukturen und die Folgen der Nichteinhaltung von Anforderungen festgelegt.</p>

<p>Auslegung der Vorgaben vermeiden und so zu einer einheitlichen Prüfpraxis beitragen.</p> <p>Des Weiteren werden die Anforderungen an die Module der speziellen Notfallversorgung nach Kapitel VI der Notfallstufen-Regelungen angepasst.</p>	
---	--

## 2.1 Zu § 2 Gegenstand der Regelungen

GKV-SV	DKG
[-]	<p><b>Absatz 1 Satz 2</b></p> <p>Es erfolgt eine Klarstellung, dass auch die Folgen der Nichteinhaltung Gegenstand der Regelungen sind, da sie als Anlage neu aufgenommen werden.</p>

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

GKV-SV	DKG
<p><b>Absatz 2 Satz 3 und 4</b></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 Folge ebenfalls zu streichen. Weiterhin ist die in Satz 4 genannte Frist bis zum Jahr 2023 mittlerweile abgelaufen.</p> <p>[G-BA] Auch mit Bezugnahme auf das BSG-Urteil sind die Sätze 3 und 4 zu streichen.</p>	<p><b>Absatz 2</b></p> <p>Im Satz 2 erfolgt im Gegensatz zur bisherigen Regelung die Einführung der Stufe der Nichtteilnahme und keine negative Abgrenzung mehr (Nichterfüllung der anderen Stufen).</p> <p>Im Satz 3 wird, analog zu weiteren entsprechenden Änderungen, der Verweis auf die Vergütung gestrichen, der folglich in der Notfallstufenvergütungsvereinbarung zu regeln wäre.</p>

## 2.3 Zu § 5 Grundlagen des Stufenmodells [GKV-SV: Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen]

GKV-SV	DKG	KBV	LV
[-]	<p><b>Absatz 2 Nummer 2</b></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</p>	<p><b>Absatz 2 Nummer 2</b></p> <p>Um eine bedarfsgerechte stationäre Notfallversorgung sicherzustellen, sollten Beleg-ärztinnen und -ärzte hinsichtlich ihrer Qualifikation und ihrer Einbindung in die klinische Versorgung den</p>	<p><b>Absatz 2 Satz 2</b></p> <p>Eine Verfügbarkeit von Fachärzten der Fachabteilungen innerhalb von 60min am Patienten ist auch in den Flächenländern regelhaft als Rufdienst umsetzbar. Die ergänzende</p>

GKV-SV	DKG	KBV	LV
	<p>Qualifikationen verfügen. 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>	<p>angestellten Ärztinnen und Ärzten gleichgestellt werden. Belegärztinnen und -ärzte verfügen über eine vergleichbare fachliche Kompetenz in ihrem Fachgebiet, sind mit den Abläufen des Krankenhauses vertraut und durch den Belegarztvertrag eng an das Krankenhaus gebunden. Da sie die gleichen Anforderungen der Notfallversorgung erfüllen müssen wie angestellte Ärztinnen und Ärzte, ist eine Gleichstellung geboten</p>	<p>telemedizinische Bereitstellung von Befunden und Röntgenuntersuchungen gewährleistet auch eine unmittelbare Verfügbarkeit.</p>

#### 2.4 Zu § 7 Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung

GKV-SV	DKG
<p>Der neu eingefügte § 7 legt die konkreten Bedingungen für die Nichtteilnahme eines Krankenhausstandortes an dem gestuften System der Notfallstrukturen fest und präzisiert damit die bislang geltende Regelung zur Nichtteilnahme von Krankenhäusern an dem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. Es werden Mindestkriterien aufgeführt, deren Nichterfüllung zu einer Nichtteilnahme eines Krankenhausstandortes an dem gestuften System der Notfallstrukturen führt. Dabei hat ein Krankenhausstandort sämtliche der in § 7 aufgeführten Mindestanforderungen zu erfüllen, um nicht der Stufe der Nichtteilnahme zugeordnet zu werden. Die</p>	<p><b>Absatz 1 Satz 2</b></p> <p>Bei den Ziffern 1 bis 5 handelt es sich um Mindestvorgaben, die für eine Notfallversorgung erforderlich sind. Die entsprechenden Fachabteilungen sind Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung.</p> <p>Werden die in den Ziffern 1 bis 5 dargelegten Mindestvorgaben nicht erfüllt, wird der Krankenhausstandort der Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zugeordnet. Eine Ausnahme besteht für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gemäß § 115g SGB V. Diese werden per Definition nicht der Stufe der Nichtteilnahme zugeordnet. Krankenhausstandorte, die die Kriterien der Stufe der</p>

GKV-SV	DKG
<p>Mindestkriterien orientieren sich an den Anforderungen an die Basisnotfallstufe nach den §§ 8 bis 12 der Notfallstufen-Regelungen, da die Basisnotfallstufe bereits die niedrigste Stufe für die Teilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V darstellt und die nun in § 7 präzisierten Mindestkriterien daher weiterhin die tatsächliche Struktur von nichtteilnehmenden Krankenhausstandorten abbilden soll.</p> <p>Nummer 1 legt die Vorhaltung von mindestens einer Fachabteilung aus dem Gebiet der Inneren Medizin und dem Gebiet der Chirurgie am Krankenhausstandort als ein Mindestkriterium für die Teilnahme an dem gestuften System der Notfallstrukturen fest. Die Anforderungen gemäß § 5 Absatz 2 der Notfallstufen-Regelungen sind dabei einzuhalten. Mit diesem Kriterium wird ein Mindestmaß an internistischer oder chirurgischer Versorgung für Notfälle am Krankenhausstandort sichergestellt.</p> <p>Nummer 2 legt die Vorhaltung einer zentralen Notaufnahme (ZNA) mit jederzeitiger (24/7) Aufnahmebereitschaft von stationären Notfällen als ein Mindestkriterium für die Teilnahme an dem gestuften System der Notfallstrukturen fest. Die ZNA ist eine unverzichtbare Komponente der modernen Notfallmedizin. Dem kritisch kranken Patienten kann nicht zugemutet werden, eigenständig seine Zuordnung in eine fachgebietsspezifische Notaufnahme vorzunehmen. Es muss eine zentrale Anlaufstelle für alle Notfallpatienten geben, die jederzeit stationäre Notfälle aufnehmen kann. Die ZNA muss am Standort des Krankenhauses verortet sein, um auch bei Klinikverbänden sicherzustellen, dass Patienten am jeweiligen Standort eine Anlaufstelle haben. Zur Plausibilisierung der Erfüllung dieser Anforderung muss das Krankenhaus darlegen, dass es eine Mindestanzahl von Patienten in den Nebenzeiten versorgt hat. Die Mindestanzahl von 500 stationären Aufnahmen von Patientinnen und Patienten pro Kalenderjahr entspricht dabei knapp der Hälfte der durchschnittlichen stationären Aufnahmeanzahlen von Krankenhausstandorten mit der Basisnotfallstufe in den genannten Nebenzeiten von 20:00 Uhr bis 05:00 des Folgetages (Quelle: Auswertung des GKV-Spitzenverbandes von den Daten nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG für das Jahr 2023).</p>	<p>Nichtteilnahme erfüllen oder eine Sektorübergreifende Versorgungseinrichtung sind, erhalten folglich voraussichtlich weder Zu- noch Abschläge. Entsprechende Vorgaben hierzu sind jedoch gesondert in der Notfallstufen-Vergütungsvereinbarung zu treffen.</p>

GKV-SV	DKG
<p>Nummer 3 legt fest, dass eine am Krankenhaus angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses sowie eine Pflegekraft jederzeit (24/7) vor Ort in der ZNA für die Patientenversorgung verfügbar sein müssen. Die jederzeitige fachärztliche und pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten stellt die zentrale Aufgabe von Krankenhäusern in Abgrenzung zu anderen medizinischen Leistungserbringern, wie z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzten, dar (vgl. BSG, Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R).</p> <p>Nummer 4 legt die Vorhaltung einer Intensivstation zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten als ein Mindestkriterium für die Teilnahme an dem gestuften System der Notfallstrukturen fest. Damit wird sichergestellt, dass kritisch erkrankte Patientinnen und Patienten für einen längeren Zeitraum, zumindest bis zur Weiterverlegung in ein Krankenhaus mit höherer Stufe oder Modul, adäquat versorgt werden können.</p> <p>Nummer 5 und 6 legen die jederzeitig verfügbare Bildgebung durch Sonographie und Röntgen sowie durch Computertomographie als weitere Mindestkriterien für die Teilnahme an dem gestuften System der Notfallstrukturen fest. Zur Plausibilisierung der Erfüllung der Anforderung nach Nummer 6 muss das Krankenhaus darlegen, dass es eine Mindestfallzahl von computertomographischer Bildgebung in den in den Nebenzeiten versorgt hat. Die Mindestanzahl von 100 Fällen entspricht dabei knapp der Hälfte der durchschnittlichen Fallzahlen von Krankenhausstandorten mit der Basisnotfallstufe in den genannten Nebenzeiten von 20:00 Uhr bis 05:00 des Folgetages (Quelle: Auswertung des GKV-Spitzenverbandes von den Daten nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG für das Jahr 2023).</p> <p>Nummer 7 legt schließlich die Anwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten (strukturiertes Ersteinschätzungsverfahren) als ein weiteres Mindestkriterium für die Teilnahme an dem gestuften System der Notfallstrukturen fest. Nur mittels einer systematischen und strukturierten Behandlungspriorisierung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten kann</p>	

GKV-SV	DKG
sichergestellt werden, dass die kritisch kranken Patientinnen und Patienten schnell identifiziert werden können, um zeitnah erforderliche Behandlungsmaßnahmen einleiten zu können. Nur über die Anwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung kann in zentralen Notaufnahmen eine bedarfsgerechte, effiziente und patientenorientierte Notfallversorgung sichergestellt werden.	

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

GKV-SV	DKG	LV
<p><b>Nummer 1</b></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 die Anzahl des vorzuhaltenden Fachpersonals bestimmt sowie die Anforderung festgelegt, dass es klare Zuständigkeiten und verantwortliche Mitarbeiter für die Notaufnahme an einem Krankenhausstandort mit Basisnotfallstufe geben muss. Demnach muss ein Team aus mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzten als verantwortliche Mitarbeiter benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch der Versorgung von Notfällen in der ZNA des Krankenhausstandortes zugeordnet sein. Die Mindestanzahl des pflegerischen Personals für die Versorgung von Notfällen in der ZNA liegt deutlich über fünf Pflegekräften und orientiert sich am Notfallpatientenaufkommen des jeweiligen</p>	<p><b>Nummer 1</b></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 nicht erforderlich.</p>	<p><b>Nummer 1</b></p> <p>Die Anzahl des vorzuhaltenden Fachpersonals, dass fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet ist, wird auf mindestens 3 Fachärzte und zwei Pflegekräfte festgelegt. Die Fachärzte müssen in Rufbereitschaft sein, eine Präsenz 24 Stunden an 7 Tagen die Woche ist nicht erforderlich.</p>

GKV-SV	DKG	LV
<p>Krankenhausstandorts. Zudem muss das Krankenhaus sicherstellen, dass jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt und eine Pflegekraft im Bedarfsfall in der ZNA des Krankenhausstandortes verfügbar sind. Diese Anforderung wird durch das Vorhandensein eines Teams aus mindestens fünf Fachärztinnen und Fachärzten gestützt. Der in Nummer 1 genannte Bedarfsfall definiert sich in der ZNA als akuter notfallmäßiger Behandlungsbedarf einer Patientin oder eines Patienten.</p>		
<p>Unter Nummer 2 wird die Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung festgelegt. Die Etablierung zentraler, interdisziplinärer Notaufnahmen erfordert eine spezielle Fachkompetenz des ärztlichen und pflegerischen Personals, das verantwortlich und zuständig in einer zentralen Notaufnahme tätig ist. In der Basisnotfallstufe müssen daher mindestens die Verantwortlichen über das erforderliche Fachwissen und die entsprechenden Qualifikationen verfügen. Daher hat ab dem 1. Januar 2026 mindestens die ärztliche Leitung der ZNA und ab dem 1. Januar 2028 mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt im Sinne einer Stellvertretung über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ zu verfügen. Damit wird sichergestellt, dass ab Inkrafttreten der angepassten Regelungen bereits die verantwortliche</p>	<p><b>Nummer 2</b></p> <p>In Nummer 2 werden die Qualifikationsanforderungen und die entsprechenden zeitlichen Vorgaben zur Verfügbarkeit an die Ärztin oder an den Arzt bzw. die Pflegekraft angepasst. Hintergrund ist die derzeitige eingeschränkte Verfügbarkeit des entsprechenden Personals. Ebenso ist eine gestufte Anforderung mit unterschiedlichen Anforderungen für die drei Notfallstufen vorgesehen, wobei für die Basisnotfallstufe geringere Anforderungen gelten als für die anderen beiden Stufen. 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 Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ in der stationären Versorgung lediglich 1.884 Personen bundesweit (Quelle BÄK, Stand 31.12.2023). Da bereits in</p>	

GKV-SV	DKG	LV						
<p>ärztliche Leitung über die dringend notwendige Zusatzqualifikation und Expertise verfügt und schnellstmöglich danach auch die stellvertretende ärztliche Leitung.</p> <p>Analog stellen die Anforderungen an die Qualifikation der pflegerischen Leitung sicher, dass auch das pflegerische Personal der ZNA bereits ab Inkrafttreten der angepassten Regelungen durch eine speziell qualifizierte Fachkraft geleitet wird und schnellstmöglich auch die stellvertretende pflegerische Leitung über die notwendige Zusatzqualifikation verfügt.</p> <p>Die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ ist seit 2018 Bestandteil der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Für die Fachweiterbildung „Notfallpflege“ gibt es seit 2019 Empfehlungen der DKG mit curricularen Vorgaben, die als Orientierung für landesrechtliche Regelungen dienen. In einzelnen Bundesländern gibt es bereits seit 2016 landesrechtliche Regelungen für die Fachweiterbildung „Notfallpflege“.</p> <p>Die im Beschluss aufgeführten Anforderungen ergeben folgende Personalvorgaben und -qualifikationen:</p> <table border="1" data-bbox="204 1809 579 2022"> <thead> <tr> <th data-bbox="204 1809 347 1939">Zu erfüllen ab</th> <th data-bbox="347 1809 464 1939">Art der Qualifikation</th> <th data-bbox="464 1809 579 1939">Mindestanzahl des vorzuhaltenden Personals</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="204 1939 347 2022">01.01.2026</td> <td data-bbox="347 1939 464 2022">Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und</td> <td data-bbox="464 1939 579 2022">1 FA</td> </tr> </tbody> </table>	Zu erfüllen ab	Art der Qualifikation	Mindestanzahl des vorzuhaltenden Personals	01.01.2026	Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und	1 FA	<p>vielen Bundesländern die Übergangsfristen ausgelaufen sind, ist eine geeignete kurzfristige Lösung der Problematik erforderlich. Die Verfügbarkeit von zwei Ärztinnen/Ärzten und zwei Pflegekräften mit der entsprechenden Zusatzweiterbildung ab dem Jahr 2027 unter Anrechnung jeweils maximal einer Person in Weiterbildung ermöglicht den Krankenhäusern eine Umsetzung dieser Vorgabe, schafft Anreize für die Zusatzweiterbildung und bildet gleichzeitig ein angemessenes Qualitätsniveau ab.</p>	
Zu erfüllen ab	Art der Qualifikation	Mindestanzahl des vorzuhaltenden Personals						
01.01.2026	Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und	1 FA						

GKV-SV			DKG	LV
	Notfallmedizin			
01.01.2028	Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	2 FÄ		
01.01.2026	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	1 PK		
01.01.2028	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	2 PK		
<p><b>Nummer 3</b></p> <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 für Anästhesiologie innerhalb von 30 Minuten an der Patientin bzw. am Patienten verfügbar sein.</p>			<p><b>Nummer 3</b></p> <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>	

## 2.6 Zu § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung

GKV-SV	DKG
<p><b>Absatz 1:</b></p> <p>Ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung muss die 24-stündige Verfügbarkeit einer computertomographischen Bildgebung sicherstellen. Die anschließende Befundung dieser bildgebenden Diagnostik ist auch teleradiologisch möglich. Mit dieser Anpassung wird der Entwicklung in der Versorgungsrealität Rechnung getragen.</p>	<p><b>Absatz 1:</b></p> <p>Ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung muss die 24-stündige Verfügbarkeit einer computertomographischen Bildgebung sicherstellen. Die anschließende Befundung dieser bildgebenden Diagnostik ist auch teleradiologisch möglich. Mit dieser Anpassung wird der Entwicklung in der Versorgungsrealität Rechnung getragen.</p>

2.7 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>Krankenhäuser, die über diese <u>zwei</u> Fachabteilungen „Innere Medizin“ mit einem Teilgebiet verfügen, müssen somit nicht zusätzlich über eine allgemeine Fachabteilung „Innere Medizin“ ohne weiteres Teilgebiet der Inneren Medizin gemäß §8 verfügen.</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> <p>In Absatz 3 werden die Fachabteilungen Geriatrie und Plastische und Rekonstruktive Chirurgie ergänzend aufgenommen. Auf diese Weise wird der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Wichtigkeit der Geriatrie für die Notfallversorgung Rechnung getragen. Die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie ermöglicht die Versorgung von Verbrennungen, handchirurgischen Notfällen bis hin zu mikrochirurgischen Replantationen (SAV Verfahren). Mikrochirurgische Verfahren zur großflächigen Defektdeckung und motorischen Ersatzoperationen erhalten die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe und sollten daher bereits bei der Akutbehandlung zur Abwägung der weiteren Behandlungsschritte verfügbar sein.</p>

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

GKV-SV	DKG	LV
<p>Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zur Anpassung des § 9 Nummer 1 und 2. Die Personalanforderungen für Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung bauen auf den Personalanforderungen der Basisnotfallversorgung auf und sind entsprechend der höheren Strukturqualitätsanforderungen an diese Stufe erhöht. Damit wird sichergestellt, dass in Krankenhäusern der erweiterten Notfallstufe das in der ZNA eingesetzte Fachpersonal das höhere und aufwendigere Patientenaufkommen adäquat versorgen kann.</p> <p>In der erweiterten Notfallstufe muss ab dem 1. Januar 2026 mindestens eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt über Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen. Ab dem 1. Januar 2028 muss zudem eine weitere Fachärztin oder ein weiterer Facharzt über Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen. Zudem kann ab dem 1. Januar 2028 maximal eine Fachärztin oder ein Facharzt in der Zusatzweiterbildungsphase zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ zur Erfüllung der Anforderungen im Rahmen der regulären Weiterbildungszeit angerechnet werden. Für Krankenhausstandorte der erweiterten Notfallversorgung gilt ergänzend zu den Personalanforderungen der Basisnotfallstufe, dass ab dem 1. Januar 2028 zudem mindestens eine weitere Pflegekraft über</p>	<p>Aufbauend auf den Vorgaben in § 9 erfolgen hier weitere gestufte Vorgaben für die Verfügbarkeit des entsprechenden ärztlichen Personals mit der Zusatzweiterbildung, die zum einem für die Krankenhäuser umsetzbar erscheinen und zum anderen ein entsprechendes erforderliches Qualitätsniveau abbilden. Ebenso werden positive Anreize für die Zusatzweiterbildung geschaffen.</p>	<p>Ab der Stufe der erweiterten Notfallversorgung müssen fünf Fachärzte fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sein. Ab dem 1. Januar 2026 muss der Leiter die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ besitzen, ein weiterer muss mindestens in Weiterbildung hierzu sein. Ab dem 1. Januar 2028 müssen 2 Fachärzte die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ besitzen, ein weiterer muss mindestens in Weiterbildung hierzu sein.</p> <p>Die fünf Fachärzte müssen mindestens in Rufbereitschaft für die Versorgung von Notfällen sein.</p> <p>Ab der erweiterten Notfallversorgung müssen mindestens 3 Pflegekräfte die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ aufweisen.</p>

GKV-SV	DKG		LV
<p>die Fachweiterbildung „Notfallpflege“ verfügen muss.</p> <p>Im Zusammenspiel mit den Personalanforderungen der Basisnotfallstufe bedeutet das für das ärztliche Fachpersonal in der erweiterten Notfallstufe, dass ab 2026 insgesamt mindestens zwei Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung verfügbar sein müssen und ab 2028 insgesamt mindestens vier Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung. Davon kann ab 2028 maximal eine Fachärztin oder ein Facharzt in Weiterbildung zur Zusatzweiterbildung anerkannt werden. Für das pflegerische Fachpersonal der erweiterten Notfallstufe gilt, dass ab 2028 insgesamt mindestens drei Pflegekräfte mit der Fachweiterbildung „Notfallpflege“ verfügbar sein müssen. Die im Beschluss aufgeführten Anforderungen ergeben – im Zusammenspiel mit § 9 - folgende Personalvorgaben und -qualifikationen:</p>			
Zu erfüllen ab	Art der Qualifikation	Mindestanzahl des vorzuhaltenden Personals	Anrechenbarkeit von FA in Zusatz-Weiterbildungsphase
01.01.2026	Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	2 FÄ	/
01.01.2028	Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	4 FÄ	1 FA
01.01.2026	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	1 PK	/

GKV-SV				DKG	LV
01.01.2028	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	3 PK	/		

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

GKV-SV	DKG
<p>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.</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 30-Minuten-Regel Anlass für Rechtstreitigkeiten und Auslegungsinterpretationen bieten, da die Regel nicht ex-ante prüfbar ist.</p> <p>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.</p>

## 2.10 Zu § 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung

GKV-SV	DKG
<p>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.</p>	<p>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.</p>

## 2.11 Zu § 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung

GKV-SV	DKG
[-]	[s. Ausführungen zu §13]

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

GKV-SV	DKG	LV
<p>Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zur Anpassung des § 9 Nummer 1 und 2. Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung sind der höchsten Notfallstufe zugeordnet. Entsprechend werden an diese Notfallstufe die höchsten Personalanforderungen gestellt. Ergänzend zu den Personalanforderungen der Basisnotfallstufe müssen daher in Krankenhausstandorten der umfassenden Notfallstufe ab dem 1. Januar 2026 mindestens zwei weitere Fachärztinnen oder Fachärzte über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen. Davon kann maximal eine Fachärztin oder ein Facharzt in der Zusatzweiterbildungsphase zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ zur Erfüllung der Anforderungen im Rahmen der regulären Weiterbildungszeit angerechnet werden.</p> <p>Ab dem 1. Januar 2028 müssen an Krankenhausstandorten der umfassenden Notfallversorgung mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ für die Notfallversorgung in der ZNA benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sein. Davon können maximal zwei Fachärztinnen oder Fachärzte in der Zusatzweiterbildungsphase zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ zur Erfüllung der Anforderungen im Rahmen der</p>	<p>Aufbauend auf den Vorgaben in § 9 und § 14 erfolgen hier weitere gestufte Vorgaben für die Verfügbarkeit des entsprechenden ärztlichen Personals mit der Zusatzweiterbildung, die zum einem für die Krankenhäuser umsetzbar erscheinen und zum anderen ein entsprechend erforderliches Qualitätsniveau abbilden.</p>	<p>Aufbauend auf den Vorgaben in § 9 und § 14 werden in der Stufe der umfassenden Notfallversorgung höhere Anforderungen an das vorzuhaltende Personal gestellt.</p> <p>Ab dem 1. Januar 2026 verfügen mindestens zwei der fünf Fachärzte über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“.</p> <p>Ab dem 1. Januar 2028 verfügen drei Fachärzte über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, zwei weitere sind mindestens in der Weiterbildung hierzu.</p> <p>Die fünf Fachärzte sind mindestens in Rufbereitschaft zur Versorgung von Notfällen.</p> <p>Mindestens eine Pflegekraft pro Schicht muss die Zusatzweiterbildung Notfallpflege besitzen. Die Anrechnung von Pflegekräften in Weiterbildung hierzu fördert die Qualifizierung des Personals.</p>

GKV-SV	DKG	LV
<p>regulären Weiterbildungszeit angerechnet werden. Zur Gewährleistung der Patientensicherheit insbesondere in Notfällen ist in Krankenhausstandorten mit der höchsten Notfallstufe zudem ab dem 1. Januar 2028 sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der abgeschlossener Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ im Bedarfsfall in der ZNA verfügbar ist.</p> <p>Für Krankenhausstandorte der umfassenden Notfallversorgung gilt zudem ergänzend zu den Personalanforderungen der Basisnotfallstufe, dass ab dem 1. Januar 2028 mindestens fünf Pflegekräfte mit der Fachweiterbildung „Notfallpflege“ für die Notfallversorgung in der ZNA benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind. Mit dieser Anforderung wird ein 24/7-Betrieb der ZNA mit mindestens einer speziell qualifizierten Pflegekraft sichergestellt.</p> <p>Im Zusammenspiel mit den Personalanforderungen der Basisnotfallstufe bedeutet das für das ärztliche Fachpersonal der umfassenden Notfallstufe, dass ab 2026 insgesamt mindestens drei Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung verfügbar sein müssen, wovon maximal eine Fachärztin oder ein Facharzt in der Zusatzweiterbildungsphase anerkannt werden kann. Ab 2028 müssen insgesamt mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung verfügbar sein, wovon</p>		

GKV-SV	DKG	LV																				
<p>maximal zwei Fachärztinnen oder Fachärzte in der Zusatzweiterbildungsphase anerkannt werden können. Für das pflegerische Fachpersonal der erweiterten Notfallstufe gilt, dass ab 2028 insgesamt mindestens fünf Pflegekräfte mit der Fachweiterbildung „Notfallpflege“ verfügbar sein müssen. Die im Beschluss aufgeführten Anforderungen ergeben – im Zusammenspiel mit § 9 - folgende Personalvorgaben und -qualifikationen:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zu erfüllen ab</th> <th>Art der Qualifikation</th> <th>Mindestanzahl des vorzuhaltenden Personals</th> <th>Anrechenbarkeit von FÄ in Zusatzweiterbildungsphase</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01.01.2026</td> <td>Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“</td> <td>3 FÄ</td> <td>1 FA</td> </tr> <tr> <td>01.01.2028</td> <td>Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“</td> <td>5 FÄ</td> <td>2 FÄ</td> </tr> <tr> <td>01.01.2026</td> <td>Fachweiterbildung „Notfallpflege“</td> <td>1 PK</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>01.01.2028</td> <td>Fachweiterbildung „Notfallpflege“</td> <td>5 PK</td> <td>/</td> </tr> </tbody> </table>	Zu erfüllen ab	Art der Qualifikation	Mindestanzahl des vorzuhaltenden Personals	Anrechenbarkeit von FÄ in Zusatzweiterbildungsphase	01.01.2026	Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	3 FÄ	1 FA	01.01.2028	Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	5 FÄ	2 FÄ	01.01.2026	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	1 PK	/	01.01.2028	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	5 PK	/		
Zu erfüllen ab	Art der Qualifikation	Mindestanzahl des vorzuhaltenden Personals	Anrechenbarkeit von FÄ in Zusatzweiterbildungsphase																			
01.01.2026	Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	3 FÄ	1 FA																			
01.01.2028	Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“	5 FÄ	2 FÄ																			
01.01.2026	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	1 PK	/																			
01.01.2028	Fachweiterbildung „Notfallpflege“	5 PK	/																			

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

GKV-SV	DKG
<i>[s. Ausführungen zu §15]</i>	<i>[s. Ausführungen zu §15].</i>

## 2.14 Zu § 24 Modul Schwerverletztenversorgung

GKV-SV	DKG
<p>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.</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 5 erfüllt und zu jeder Zeit (24/7) an der Notfallversorgung teilnimmt.</p> <p>Absatz 2 definiert die Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des am Krankenhausstandort vorzuhaltenden Fachpersonals und dessen Verfügbarkeit. Absatz 2 Nummer 1 übernimmt die Kernanforderungen des Weißbuch Schwerverletztenversorgung und legt konkrete Anforderungen an die ärztliche Leitung der Fachabteilung Orthopädie und Unfallchirurgie sowie eine Stellvertreterregelung fest.</p> <p>Absatz 2 Nummer 2 Buchstaben a) bis f) legen die Anforderungen an die personelle Ausstattung am Krankenhausstandort, insbesondere an die ärztliche und pflegerische Stationsleitung sowie die Art, Anzahl und Verfügbarkeit von Fachpersonal, für die Versorgung von Schwerverletzten auf der Intensivstation fest. Die Regelungen basieren auf den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI), entsprechend dem Verweis des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung für Intensivstation in überregionalen Traumazentren, 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</p>	<p>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, dass der Schockraum sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Krankenanhfahrt, zum Hubschrauberlandeplatz, der radiologischen Abteilung und der OP-Abteilung befindet.</p>

GKV-SV	DKG
<p>den Notfallstufen-Regelungen auf einen Verweis auf Dritte verzichtet.</p> <p>Absatz 2 Nummer 3 und Nummer 4 übernimmt die Kernanforderungen des Weißbuch Schwerverletztenversorgung an die personelle Zusammensetzung des Basisteams des Schockraums sowie des erweiterten Schockraumteams und legt konkrete Anforderungen an die Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals für die beiden Teams fest. Zur Sicherstellung einer sofortigen Versorgung von Schwerverletzten ist das unter Nummer 3 aufgeführte Fachpersonal des Basisteams 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 Basisteams. Zur Sicherstellung einer schnellstmöglichen fachspezifischen Versorgung von Schwerverletzten sind Vertreter der unter Nummer 4 aufgeführten Fachdisziplinen als erweitertes Schockraumteam innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.</p> <p>Absatz 2 Nummer 5 Satz 1 regelt auf Grundlage der Anforderungen des Weißbuch Schwerverletztenversorgung an überregionale Traumazentren die zusätzlich zu den vorstehenden Regelungen am Standort vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte. Nach Absatz 2 Nummer 5 Satz 2 ist über die Definition von Fachabteilungen gemäß § 5 Absatz 2 die 24-stündige Vorhaltung von der jeweiligen Fachabteilung zugeordneten Fachärzten sowie deren Verfügbarkeit am Patienten innerhalb von 30 Minuten bereits inkludiert. Demnach sind aus jeder der in Absatz 2 Nummer 5 Satz 2 i.V.m. Satz 1 genannten Fachdisziplin sowie zusätzlich aus dem Gebiet Anästhesiologie mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt 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.</p> <p>Absatz 3 definiert konkrete Anforderungen an die Kapazität des Krankenhauses zur Versorgung von Intensivpatienten. Diese basieren auf den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) sowie auf den Strukturanforderungen der OPS Codes 8-980 und 8-98f und setzen diese in konkrete</p>	

GKV-SV	DKG
<p>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 (<a href="http://www.bfarm.de">www.bfarm.de</a>).</p> <p>Absatz 4 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) 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>	

#### 2.15 Zu § 25 Modul Notfallversorgung Kinder

GKV-SV	DKG
<p>Ergänzung in Absatz 4, hinter dem bestehenden Satz „Die intensivstationären Kapazitäten bilden die Leistungsfähigkeit der hier avisierten Kliniken ab.“</p>	<p>In Absatz 3 Nummer 2 erfolgt eine Anpassung der Ausbildungsberufe an die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen (PflBG).</p>

GKV-SV	DKG
<p>Dementsprechend sind bei neonatologischen Intensivstationen Level 1 die Anforderungen bezüglich der ärztlichen und pflegerischen Versorgung sowie der medizinisch-technischen Ausstattung gemäß der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen umfasst.“</p>	<p>In Absatz 3 Nummer 5 wird ergänzend die Computertomografie (CT) aufgenommen, da bei einer akuten zerebralen Blutung das CT die schnellere Bildgebung ist.</p> <p>In Absatz 4 Nummer 2 wird die Fachabteilung für Neonatologie gestrichen. 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, die in einer Kinder-Notaufnahme vorgestellt werden.</p> <p>In Absatz 4 Nummer 4 und 5 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> <p>In Absatz 4 Nummer 7 wird die vorgegebene Bettenanzahl reduziert und auch die neonatologischen Intensivstation Level 2 aufgenommen. Die Anzahl der Betten auf einer Kinderintensivstation sagt in der Regel nichts darüber aus wie viel Reserve für Notfallaufnahmen bestehen. 6 Betten sind zudem analog in der QFR-RL (Level 1) geregelt. Die vorherige Vorgabe von 10 pädiatrischen Intensivbetten hat sich 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. Der Bereich Kinder- und Jugendmedizin stellt einen weitaus kleineren Patientenpool dar als die gesamte Erwachsenenmedizin, daher sind hier auch niedrigere cut-offs begründet. 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>

2.16 Zu § 26 Modul Spezialversorgung

GKV-SV	DKG
<p><b>Absatz 2 Nummer 3</b></p> <p>Die Regelung dient der sachgerechten Einordnung bestimmter hochspezialisierter Fachkliniken, die in der stationären Versorgung akutmedizinischer Notfälle in den Bereichen Schlaganfall, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Pneumologie eine besondere Rolle einnehmen, ohne zugleich die strukturellen Anforderungen an eine Zuordnung zu den allgemeinen Notfallstufen nach § 3 erfüllen zu können. Die bisher in den §§ 27 und 28 geregelten Einzelfallausnahmen (Modul Schlaganfallversorgung, Modul Durchblutungsstörungen am Herzen) werden inhaltlich aufgegriffen und zugleich systematisch erweitert und vereinheitlicht.</p> <p><u>Zu Nummer 3 Buchstabe b)</u></p> <p>Die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Schlaganfall, Myokardinfarkt oder schwerer Ateminsuffizienz gehört zu den zentralen Herausforderungen der Notfallmedizin. In allen drei Bereichen haben sich im Laufe der Jahre funktional hochspezialisierte Kliniktypen etabliert, die typischerweise über zertifizierte Stroke Units, Chest Pain Units oder spezialisierte pneumologische Beatmungs-/Weaningbereiche verfügen, die rund um die Uhr verfügbar sind, aber nicht das volle Spektrum eines Basisnotfallversorgers erfüllen.</p> <p>Die Neuregelung greift daher bewusst auf die bereits in der Notfallversorgung anerkannten Versorgungskompetenzen zurück und überführt sie in eine strukturell belastbare und bundeseinheitlich überprüfbare Regelung.</p> <p><u>Zu Nummer 3 Buchstabe c)</u></p> <p>Mit der Verpflichtung zur jederzeitigen Verfügbarkeit (24/7) einer ärztlichen Person und einer Pflegekraft im jeweiligen Schwerpunktbereich wird gewährleistet, dass die Einrichtung nicht nur versorgungstechnisch spezialisiert, sondern auch organisatorisch in der Lage ist, auf akut eintreffende Notfallpatienten zu reagieren. Die Formulierung „im jeweiligen Fachgebiet“ stellt klar, dass eine bloße generische Notfallbereitschaft (z. B. allgemeine internistische Dienste) nicht genügt, sondern eine fachspezifische personelle Sicherstellung zu erfolgen hat.</p>	<p>In Absatz 1 werden Bezüge zu Vergütungsregelungen gestrichen, die in der Folge in der Notfallstufenvergütungsvereinbarung zu regeln sind.</p>

GKV-SV	DKG
<p><u>Zu Nummer 3 Buchstabe d) Nummer i</u></p> <p>Die Schwelle von mindestens 500 vollstationären Fällen im jeweiligen Versorgungsbereich stellt sicher, dass nur Kliniken mit substanzieller Behandlungslast von der Regelung profitieren. Sie orientiert sich an typischen Schwellenwerten für strukturelle Qualität und ist zugleich hoch genug, um eine Mindestversorgungsrelevanz zu garantieren.</p> <p><u>Zu Nummer 3 Buchstabe d) Nummer ii</u></p> <p>Der Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) ist ein etabliertes Konzentrationsmaß in der Versorgungsforschung. Er gibt Aufschluss darüber, wie stark bestimmte Leistungen entweder an einem Standort (Standort-HHI) oder im gesamten System (System-HHI) konzentriert sind. In der Krankenhausplanung und der sektorspezifischen Marktanalyse wird der HHI u. a. vom InEK und von Landesbehörden verwendet.</p> <p>Die Schwelle von <math>HHI \geq 0,05</math> stellt einen Mindestkonzentrationsgrad des Leistungsspektrums am Standort sicher, sodass die Klinik selbst über ein funktional enges Profil verfügt. Ein allgemeines Krankenhaus mit breitem Fächerangebot erreicht diesen Wert regelmäßig nicht.</p> <p>Typische DRG-Gruppen, die in diesen Fällen herangezogen werden können, sind beispielsweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• im Bereich Schlaganfall: B70A–B70Z (Akuter ischämischer Schlaganfall),</li> <li>• im Bereich kardiovaskulär: F49A, F59B, F06A (ACS, Myokardinfarkt, PCI),</li> <li>• im Bereich Pneumologie: E65A–E79Z (Beatmung, Weaning, akute Lungenversagen), A09 (Weaning-Komplex).</li> </ul> <p>Ein Herfindahl-Hirschman-Index (<math>HHI \geq 0,05</math>) bedeutet in der Praxis, dass die betroffene Klinik mehr als 5 % ihrer gesamten DRG-Leistungen auf eine einzelne DRG-Gruppe konzentriert, oder auf wenige eng verwandte DRGs. Diese Schwelle gilt in der Wettbewerbsökonomie bereits als moderate bis starke Konzentration und wird in der Krankenhausstrukturplanung (z. B. NRW) als Indikator funktionaler Monostruktur verwendet.</p> <p><u>Zu Nummer 3 Buchstabe d) Nummer iii</u></p> <p>Die Schwelle von <math>HHI \geq 0,005</math> für bundesweite Konzentration stellt sicher, dass die betreffenden DRGs nicht im gesamten System verbreitet sind,</p>	

GKV-SV	DKG
<p>sondern schwerpunktmäßig an wenigen spezialisierten Standorten erbracht werden. Es handelt sich um einen Mindestspezialisierungsgrad der relevanten Leistungen. Nur so wird der Begriff der „funktionalen Spezialklinik“ inhaltlich abgesichert. Die Schwelle von HHI <math>\geq 0,005</math> für bundesweite Konzentration bedeutet, dass nur wenige Kliniken bundesweit substanzielle Mengen dieser DRG-Leistungen erbringen. Ein solcher HHI-Wert stellt eine moderate bis deutliche Konzentration dar.</p> <p>Die Anwendung dieses Kriteriums sichert, dass nur solche DRG-Leistungen einbezogen werden, die auch systemweit als Indikator für Spezialisierung gelten können – etwa interventionelle Kardiologie, mechanische Beatmungsverfahren, neurologische Komplexbehandlung oder multimodale pulmonologische Intensivversorgung. Die zusätzliche Anforderung von mindestens 250 Fällen aus spezialisierten DRG-Gruppen dient der Abgrenzung von Einrichtungen mit rein allgemeininternistischem oder niedrigrschwelligem Profil. Diese Fallgruppe repräsentiert die eigentliche Spezialisierung.</p>	

### 2.17 Zu § 27 Modul Schlaganfallversorgung

GKV-SV	DKG
<p>Das bisherige Modul Schlaganfallversorgung (§ 27) wird gestrichen, da Krankenhausstandorte, die über eine Stroke Unit verfügen, jedoch nicht die strukturellen Anforderungen für eine Zuordnung zu den allgemeinen Notfallstufen nach § 3 erfüllen können, über das neu gestaltete Modul Spezialversorgung (§ 26) abgebildet werden.</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>

### 2.18 Zu § 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen

GKV-SV	DKG
<p>Das bisherige Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (§ 28) wird gestrichen, da Krankenhausstandorte, die über eine Chest Pain Unit verfügen, jedoch nicht die strukturellen Anforderungen für eine Zuordnung zu den allgemeinen Notfallstufen nach § 3 erfüllen können, über das neu gestaltete Modul Spezialversorgung (§ 26) abgebildet werden.</p>	<p>In Nummer 3 werden die Vorgaben der Kontrollen des Troponins ersatzlos gestrichen. Hintergrund ist die nicht mehr für erforderlich erachtete Vorgabe einer entsprechenden Regelung aufgrund des medizinischen Standards in der entsprechenden Diagnostik und der Möglichkeit abweichender Messintervalle aufgrund der</p>

GKV-SV	DKG
	zunehmenden Verbreitung hochsensitiver Troponintests.

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

UPV [§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]	GKV-SV [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]	DKG [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]
<p><b>Zu Absatz 1:</b></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><b>Zu Absatz 2:</b></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><b>Zu Absatz 3:</b></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 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</p>	[siehe unten 2.19]	[siehe unten 2.19]

UPV [§ 29 Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen (neu)]	GKV-SV [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]	DKG [Anlage I Folgen der Nichteinhaltung]
<p>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>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><b>Zu Absatz 4:</b></p> <p>In Absatz 4 werden die Mindestvoraussetzungen der Kategorie A aufgelistet.</p> <p><b>Zu Absatz 5:</b></p> <p>In Absatz 5 werden die Mindestvoraussetzungen der Kategorie B aufgelistet.</p> <p><b>Zu Absatz 6:</b></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><b>Zu Absatz 7:</b></p> <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>		


**2.20 Zu § 30 Übergangsbestimmungen**

DKG	UPV/GKV-SV
<p>In Absatz 1 wird die bisher bestehende Übergangsregelung für die barrierefreie Zugänglichkeit der ZNA gemäß § 6 Absatz 2 mit der Möglichkeit einer Fristverlängerung durch eine generelle Ausnahmeregelung ersetzt, insofern mit der Erfüllung der Anforderungen unvertretbare Mehrkosten im Einzelfall einhergehen. Hintergrund ist, dass unvertretbare Mehrkosten auch bei einer entsprechend längeren Frist im Einzelfall durch das Krankenhaus nicht zu leisten sind.</p>	<p>Die Übergangsregelung kann entfallen, da die Frist ausgelaufen ist. Satz 6 wird als bundeseinheitliche Regelung in § 9 Nummer 1 Satz 2 und 4 sowie den §§ 14 und 19 neu gefasst.</p>

**2.21 Anlage I Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen**

DKG/ GKV-SV
<p><b>[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen]</b></p>
<p><b>Zu § 1 Anwendungsbereich:</b></p> <p><b>Zu Absatz 1:</b></p> <p>§ 1 Abs. 1 setzt die verschiedenen Regelungsinhalte sowie gesetzlichen und normativen Grundlagen bezüglich der Notfallversorgung ins Verhältnis zueinander. 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. Gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG und auf der Grundlage des Beschlusses des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 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 Folgen der Nichteinhaltung dieser Anforderungen. In der Vergangenheit gab es innerhalb der Notfallstufen-Regelungen kein geregeltes Verfahren, wie die Krankenhäuser bzw. die Vertragsparteien der 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. 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. Einzelheiten zu Ablauf und Umfang, etwa dem Kontrollzeitraum, von MD-Qualitätskontrollen sind in Teil A und Abschnitt 3 Teil B MD-QK-RL festgelegt.</p> <p>In den zugehörigen Regelungen und Vereinbarungen wird eine Vielzahl von Bezeichnungen für die zu erfüllenden Anforderungen verwendet, bspw. Vorgaben oder (Mindest-)Voraussetzungen. Anderweitig</p>

**[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen]**

werden auch die Begriffe „Qualitätsanforderungen“ (§ 137 SGB V; QFD-RL) oder „Mindestvorgaben“ (MD-QK-RL) verwendet. Wenn in dieser Anlage von „Anforderungen“ gesprochen wird, sind stets Mindestvoraussetzungen [GKV-SV: Mindestanforderungen] nach § 2 Absatz 1 der Notfallstufen-Regelungen gemeint.

**Zu Absatz 2:**

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 II. bis VI. der Notfallstufen-Regelungen ergibt, greifen Maßnahmen gemäß Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL). Diese Maßnahmen sowie ihre Anwendung und Zuordnung in Bezug auf die Notfallstufen-Regelungen werden in dieser Anlage festgelegt.

**Zu § 2 Zuständige Stellen und Berichtspflichten**

**Zu Absatz 1:**

Gemäß § 2 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4 QFD-RL sind themenspezifisch Stellen festzulegen, die zum einen die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen feststellen und zum anderen die Folgen der Nichteinhaltung festlegen. Zudem obliegt ihnen die Durchsetzung dieser Folgen. Da die in dieser Anlage beschriebenen Abläufe letztlich die im Rahmen der Budgetverhandlungen getroffenen Zuschlagsvereinbarungen berühren, ist es sachgerecht, auch die Vertragsparteien der Budgetverhandlungen gemäß § 11 KHEntgG mit ihrer Durchführung zu betrauen. So werden diese als zuständige Stellen festgelegt.

**Zu Absatz 2:**

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.

**Zu Absatz 3:**

Gemäß § 2 Absatz 3 Satz 2 Nummer 6 QFD-RL sind Berichtspflichten der zuständigen Stellen gegenüber den verantwortlichen Stellen auf Bundes- bzw. Landesebene vorzusehen. So haben die zuständigen Stellen nach Absatz 1 den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden darüber zu berichten, welche Anforderungen in welchem Umfang nicht mehr erfüllt werden sowie über die sämtlichen durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse. Dies gilt jedoch nur für schwerwiegende Verstöße, die zu einer Änderung der Notfallstufe bzw. des Moduls führen könnten, da die Kenntnis dessen für die Länder von besonderem Interesse ist. Die Berichtspflicht der zuständigen Stellen wird federführend durch die gesetzlichen Krankenkassen aber gleichwohl in Abstimmung mit dem jeweiligen Krankenhaus vorgenommen.

**Zu Absatz 4:**

Gemäß § 2 Absatz 3 Satz 2 Nummer 7 QFD-RL sind weiterhin Berichtspflichten gegenüber dem G-BA vorzusehen. Auch diese Berichtspflicht wird durch die zuständigen Stellen nach Absatz 1 vorgenommen, federführend durch die gesetzlichen Krankenkassen aber gleichwohl in Abstimmung mit dem jeweiligen Krankenhaus. Der G-BA kann für die Meldung auch eine andere entsprechende Stelle benennen. Um den Meldeweg zu vereinheitlichen und möglichst unbürokratisch zu gestalten, wird ein Online Formular und eine Webportal eingerichtet. Mit den Informationen kann im Sinne der Transparenzherstellung auch eine Aktualisierung der Informationen gemäß § 135d Absatz 3 Nummer 7 SGB V erfolgen.

**Zu § 3 Arten von Konsequenzen und entsprechende Maßnahmen****Zu Absatz 1:**

Die QFD-RL unterscheidet zwischen zwei Arten von Maßnahmen, welche bei der Nichteinhaltung von Anforderungen zur Anwendung kommen können (qualitätsfördernde Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung und durchsetzende Maßnahmen). Diese sind jeweils in den §§ 4 und 5 QFD-RL näher beschrieben und werden in diesem Paragraphen weiter themenspezifisch festgelegt. 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). Die Wahl der jeweiligen Maßnahmen ist somit abhängig von der Art und Schwere der Verstöße – und damit dem Grad der Nichteinhaltung - gegen Anforderungen der 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.

Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung sollen den Durchsetzungsmaßnahmen grundsätzlich vorgehen, Ausnahmen kommen lediglich für besonders schwere Verstöße in Betracht (§ 3 Absatz 2 Satz 3 QFD-RL).

**Zu Absatz 2:**

Die Liste stellt eine nicht abschließende Auswahl an Maßnahmen dar, welche bei der Nichteinhaltung von Anforderungen angewandt werden können. Die Auflistung ist an § 4 Absatz 1 QFD-RL angelehnt und greift solche Maßnahmen auf, die im Kontext der Notfallstufen-Regelungen besonders relevant und zielführend erscheinen. Mit diesen Maßnahmen sollen Krankenhäuser unterstützt werden, festgestellte Mängel abzustellen und somit Qualitätsverbesserungen zu erzielen.

**Zu Absatz 3:**

Die konkrete Umsetzung der Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen (Durchführung einer oder mehrerer geeigneter Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung) erfolgt durch die dafür zuständigen Stellen gemäß § 2 Absatz 1, also den Vertragsparteien der Budgetverhandlung gemäß § 11 KHEntgG. Ziel der Maßnahme soll die Wiedereinhaltung der entsprechenden Anforderung sein, wofür eine angemessene Frist festzulegen ist. Sowohl die Durchführung der Maßnahme 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 durch die zuständigen Stellen gemäß § 2 Absatz 1 entweder eine erneute unterstützende Maßnahme vereinbart werden (bspw. durch eine Fristverlängerung), oder es können Durchsetzungsmaßnahmen ergriffen werden.

**Zu Absatz 4:**

Von den in § 5 Absatz 1 QFD-RL aufgeführten Durchsetzungsmaßnahmen sind im Kontext der Notfallstufen-Regelungen die Ziffern 1. Vergütungsabschläge und 3. Information Dritter über Verstöße relevant, wobei die Information an die Länder und den G-BA oder eine von ihm benannte Stelle bereits in § 2 geregelt wurde.

In der QFD-RL wird zwar der Begriff „Vergütungsabschläge“ verwendet, diese betreffen im Kontext der Notfallstufen-Regelungen jedoch nicht die Vergütung stationärer Leistungen, sondern die Zu- und Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung.

DKG/ GKV-SV

[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen]

GKV-SV	DKG
Die in der Anlage aufgeführten Anforderungen der Buchstaben a. bis c. werden im Rahmen der Notfallstufen-Regelungen des G-BA lediglich benannt. Eine nähere Konkretisierung dieser Anforderungen und der aus ihnen resultierenden Auswirkungen auf die Zu- und Abschlagslogik der Notfallstufen erfolgt durch die Vertragsparteien der Notfallstufenvergütungsvereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG in ebendieser.	[keine Übernahme]

In den Buchstaben a. – c. werden die verschiedenen Anforderungen, je nachdem, wie sie durch den MD überprüft werden, in verschiedene Kategorien eingeteilt (mit / ohne Tagesbezug und auf Basis von Behandlungsfällen).

Der Abschlag gemäß Buchstabe a wird monatsbezogen berechnet; er beträgt 1/12 der entsprechend vereinbarten Zuschlagspauschalen je Kalendermonat, in dem die Anforderungen der vereinbarten Notfallstufe bzw. des vereinbarten Moduls an mindestens sechs Tagen nicht erfüllt werden. 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 einen Tag, und Anforderung C vier Tage nicht einzuhalten, damit die Sanktion ausgelöst wird, solange die Nichteinhaltungen jeweils verschiedene Kalendertage des Monats betrifft. Andererseits könnten die Anforderungen A, B und C gleichzeitig 5 Tage im Kalendermonat nicht eingehalten werden, ohne, dass Vergütungsabschläge angewendet werden.

Der Abschlag gemäß Buchstabe b wird ebenso monatsbezogen berechnet. Weist das Krankenhaus plausibel nach, dass die Nichterfüllung der Anforderungen gemäß § 4 Absatz 2 nur in einzelnen Monaten des Prüfzeitraums vorlag, entfällt je Monat, in dem die Anforderungen gemäß § 4 Absatz 2 nicht erfüllt wurden 1/12 der entsprechend vereinbarten Zuschlagspauschalen. Andernfalls entfällt die vereinbarte Zuschlagspauschale vollständig.

Der Abschlag gemäß Buchstabe c wird ebenso monatsbezogen berechnet. Hierbei ist zunächst bei Anforderungen, die auf Basis von Behandlungsfällen aus der Patientenstichprobe gemäß § 31 Absatz 5 und § 36 Absatz 5 Teil B MD-QK-RL geprüft werden, auf den gesamten Prüfzeitraum die Erfüllungsquote zu berechnen. Liegt die Erfüllungsquote unter 85% greifen in den entsprechend betroffenen Monaten Vergütungsabschläge.

**Zu Absatz 5:**

Bei Durchsetzungsmaßnahmen nach Absatz 4 ist nur die Anforderung relevant, welche den höchsten Rückzahlungsbetrag für den betreffenden Prüfzeitraum ergibt. Also nur die jeweils für die Durchsetzungsmaßnahme schwerwiegendste Anforderung für den betreffenden Prüfzeitraum. Dadurch sollen „Doppelbestrafungen“, die im Falle von Aufsummierungen sogar Beträge oberhalb der eigentlichen Zuschläge erreichen könnten, vermieden werden.

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	Eine Rückzahlung erfolgt dabei nur im Umfang der Differenz bis zu der Notfallstufe, deren Anforderungen gemäß dem Kontrollbericht des Medizinischen Dienstes unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Krankenhauses nach § 1

DKG/ GKV-SV

[Anlage I Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen]

	Absatz 2 noch erfüllt werden. Damit soll vermieden werden, dass ein Krankenhaus bspw. nicht von der umfassenden Notfallstufe auf die Stufe der Nichtteilnahme herunterfällt, obwohl bspw. die Kriterien der erweiterten oder Basisnotfallstufe vollständig eingehalten werden.
--	--

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	<b>Zu Absatz 6:</b> 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 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. Für die Umsetzung der Vergütungsabschläge im folgenden Budgetzeitraum kommt dabei insbesondere der Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG in Betracht.
<b>Zu Absatz 6:</b> Es wird eine beispielhafte und nicht abschließende Auflistung von begründeten und gleichwohl gravierenden Ausnahmefällen, die nicht im Verantwortungsbereich des Krankenhauses liegen, dargelegt, bei denen die zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1 von Durchsetzungsmaßnahmen absehen können.	<b>Zu Absatz 7:</b> Es wird eine beispielhafte und nicht abschließende Auflistung von Ausnahmefällen, die nicht im Verantwortungsbereich des Krankenhauses liegen, dargelegt, bei denen die zuständigen Stellen nach § 2 Absatz 1 in begründeten Fällen von Durchsetzungsmaßnahmen absehen können.

**Zu Absatz 7 [GKV-SV] Absatz 8 [DKG]:**

Die konkrete Umsetzung der Durchsetzungsmaßnahmen erfolgt durch die zuständigen Stellen gemäß § 2 Absatz 1. Die durchsetzenden Stellen für die Vergütungsabschläge nach Absatz 4 sind gemäß der QFD-RL die Krankenkassen.

**Zu § 4 Zuordnung von Konsequenzen nach Art der Nichteinhaltung**

**Zu Absatz 1:**

Absatz 1 listet die Anforderungen über die einzelnen Notfallstufen und Module der Abschnitte II. bis VI. der Notfallstufen-Regelungen auf, deren Nichterfüllung Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen nach sich ziehen. Dabei sind bei sämtlichen 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. Durchsetzungsmaßnahmen wären für Verstöße gegen diese Anforderungen grundsätzlich nicht verhältnismäßig. Sofern jedoch mehr als zwei der aufgelisteten Anforderungen nicht erfüllt werden und es sich nicht um geringfügige Dokumentationsfehler handelt, kann auch von Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung abgesehen werden und es können Durchsetzungsmaßnahmen angewendet werden.

**Zu Absatz 2:**

Absatz 2 listet die Anforderungen über die einzelnen Notfallstufen und Module der Abschnitte II. bis VI. der Notfallstufen-Regelungen auf, deren Nichterfüllung Durchsetzungsmaßnahmen nach sich ziehen, sofern es sich nicht um geringfügige Dokumentationsfehler handelt. Dies betrifft elementare Vorgaben aus den Notfallstufen-Regelungen, die insbesondere auch aus dem Aspekt der Vorhaltung, die entsprechende Vergütung über die Zuschlagspauschalen rechtfertigen. Dabei sind bei sämtlichen 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.

**3. Literatur**

1. Destatis, Statistischer Bericht - Grunddaten der Krankenhäuser 2022, Datum: 04. Oktober 2023. URL: [Grunddaten der Krankenhäuser 2022 - Statistisches Bundesamt \(destatis.de\)](https://www.destatis.de/DE/Presseportal/Neuerscheinungen/Healthcare/Healthcare_2022.html)
2. Bundesärztekammer (BÄK), Ärztestatistik zum 31. Dezember 2022. URL: [AErztstatistik 2022\\_09062023.pdf \(bundesaerztekammer.de\)](https://www.bundesaerztekammer.de/Dateien/2023/09062023.pdf)

**4. Bürokratiekostenermittlung**

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

**5. Verfahrensablauf**

*[durch G-BA Geschäftsstelle zu ergänzen]*

**6. Zusammenfassende Dokumentation**

*[durch G-BA Geschäftsstelle zu ergänzen]*

Berlin, den xx.xx.2025

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 31.07.2025

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 (Notfallstufen-Regelungen)

Ihr Schreiben vom 03.07.2025

Sehr geehrter ██████████,

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

Mit freundlichen Grüßen

██████████  
Leiter Dezernat 3

**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) (Notfallstufen-Regelungen)

Berlin, 31.07.2025

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 03.07.2025 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.

Der G-BA weist in seinem Anschreiben darauf hin, dass jenseits des aktuellen Stellungnahmeverfahrens bereits im Juli 2024 ein Stellungnahmeverfahren zur Änderung der Notfallstufen-Regelungen durchgeführt wurde. Die seinerzeit erfolgten Rückmeldungen zur damaligen Version des Beschlussentwurfs seien dokumentiert und bedürften nicht zwingend einer erneuten Übermittlung.

Die damaligen Änderungen erfolgten laut dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) aufgrund von Umsetzungs- und Interpretationsschwierigkeiten bei der Auslegung der Notfallstufen-Regelungen im Rahmen der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst.

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

Die wichtigsten Änderungen und Regelungsvorschläge betrafen 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 wollte der G-BA erstmals Regelungen für den Fall der Nichteinhaltung seiner Anforderungen treffen, auch hierzu herrschte wenig Einigkeit.

Die erneute Vorlage eines überarbeiteten Beschlussentwurfes erfolgt nun, ohne dass ein Beschluss gefasst wurde. Der damalige Beschlussentwurf wurde stattdessen umfassend überarbeitet. Neu ist die Aufnahme einer expliziten Regelung zu einer Stufe der Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung.

## Die Bundesärztekammer nimmt zu dem Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

### Grundsätzliche Anmerkungen

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, nach der Überarbeitung zu dem Beschlussentwurf erneut Stellung zu nehmen.

Der Entwurf sieht nun differenziertere Regelungen zu Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals in den drei Stufen der Notfallversorgung vor. Die Vorgaben, wie viel qualifiziertes Fachpersonal mindestens in ZNAs der verschiedenen Stufen tätig sein soll, wurden nachgeschärft und mit Fristen versehen, die einen Zuwachs über die nächsten Jahre vorgeben. Dabei unterscheiden sich die Vorstellungen von DKG, GKV-SV und LV deutlich voneinander.

Die Bundesärztekammer fokussiert ihre Stellungnahme maßgeblich auf die Bewertung realistischer, praxistauglicher und zielführender Vorgaben für die Vorhaltung und Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“.

Grundsätzlich ist es aus Sicht der Bundesärztekammer sinnvoll, Ärztinnen und Ärzte mit einer Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ mit den Koordinations-

und Leitungsaufgaben der ZNA zu betrauen. Die qualifizierte Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten ist jedoch nicht von einer kontinuierlichen Präsenz von Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung in der Notaufnahme abhängig. Die Behandlung von Notfällen ist integraler Bestandteil aller fachärztlichen Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung. Es kommt daher mehr darauf an, ob Ärztinnen und Ärzte mit derjenigen grundständigen Facharztqualifikation verfügbar sind, die der jeweiligen Notfallkrankung entspricht (also z. B. die Unfallchirurgin für Verletzungen, der Neurologe für Schlaganfälle usw.). Die Vorgaben von weitreichenden, medizinisch-fachlich nicht begründeten Anforderungen an die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatz-Weiterbildung kann zum Problem für Versorgungsstrukturen in strukturschwachen Regionen werden, die zwar über qualifizierte und erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte verfügen, aufgrund ihrer regionalen Situation jedoch die geforderten Zahlen von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzweiterbildung nicht erreichen können.

Im Folgenden finden Sie insbesondere hierzu eine detaillierte Stellungnahme und Einordnung auf der Basis aktueller Zahlen aus den Ärztekammern. Zudem erfolgt eine Bewertung weiterer Regelungsvorschläge.

## **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 solle.

KBV und LV sprechen sich dafür aus, dass in Bezug auf die Definition einer Fachabteilung Belegärztinnen und Belegärzte den angestellten Ärztinnen und Ärzten des Krankenhauses gleichgestellt sein sollten (*„Angestellte Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses oder Belegärztinnen und Belegärzte sind der Fachabteilung bzw. Belegabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer“*).

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer hat schon in ihrer „Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstufen in Krankenhäusern“ vom 14.02.2018 darauf hingewiesen, dass eine starr vorgegebene Verfügbarkeit von Fachärzten am Patienten innerhalb von 30 Minuten unter Versorgungsgesichtspunkten nicht sachgerecht ist. Fachärztinnen und Fachärzte in der Rufbereitschaft bzw. im sogenannten „Hintergrunddienst“ tragen die Verantwortung für eine ausreichende Absicherung des Facharztstandards. Dabei kommt es auf eine Vielzahl von Faktoren an, die vom jeweiligen Patientenkontext, von der Abteilungsgröße und auch

von der konkreten Qualifikation der bzw. des jeweils vor Ort (im „Vordergrunddienst“) tätigen ärztlichen Personals bestimmt werden. Eine starre Vorgabe von 30 Minuten wird dem nicht gerecht. Sie ist arbeitsrechtlich zudem nur bei Anwesenheit der Ärztin oder des Arztes am Standort zu gewährleisten (also im Schichtdienst oder mindestens im sogenannten Bereitschaftsdienst)<sup>1</sup>; als Konsequenz stehen die betreffenden Ärztinnen und Ärzte am Folgetag nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung. Insgesamt kann daraus gerade in kleineren Krankenhäusern und Fachabteilungen folgen, dass die Versorgung insgesamt nicht besser, sondern schlechter wird. Aus diesem Grund hatten wir damals schon einen Regelungsvorschlag der DKG befürwortet, nach dem für die Basisnotfallversorgung eine Dienstbereitschaft im Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst oder Rufdienst zulässig gewesen wäre. Diese Auffassung vertreten wir auch weiterhin. Alternativ hatten wir damals eine Formulierung befürwortet, die einen beschränkten Spielraum zuließe, z. B. „in der Regel innerhalb von 30 Minuten“. Den Einsatz von Telemedizin hält die Bundesärztekammer für sinnvoll.

Die Einbindung von Belegärztinnen und Belegärzten in den Fachabteilungen von Krankenhäusern begrüßt die Bundesärztekammer, soweit dabei reibungslose interne Arbeitsabläufe sichergestellt sind. Es wird daher die folgende Formulierung vorgeschlagen: *„Angestellte Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses sind der Fachabteilung bzw. Belegärztinnen und Belegärzte der Belegabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer“*

## **§ 7 Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Diese Änderung erfolgt wohl aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts von April 2025, nach dem eine bloß negative Abgrenzung zur Teilnahme eines Krankenhauses am gestuften System nicht ausreichend, sondern eine Stufe der Nichtteilnahme zu definieren sei. Dies soll nun anhand von Mindestkriterien erfolgen, die unterhalb der Basisnotfallversorgung liegen. Nur wenn diese Mindestkriterien nicht erfüllt werden, soll ein Krankenhaus die Stufe der Nichtteilnahme zugewiesen bekommen. Uneinigkeit besteht zu den zu fordernden Mindestkriterien:

Der GKV-SV möchte Krankenhäuser, die nicht an der gestuften Notfallversorgung teilnehmen, der Stufe der Nichtteilnahme zuordnen, wenn sie nicht am Standort sämtliche der folgenden Mindestvorgaben erfüllen: mindestens Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie, Vorhaltung einer ZNA (jederzeitige Aufnahmebereitschaft), angestellter Fachärztin/Facharzt und Pflegekraft jederzeit in der ZNA verfügbar, Vorhaltung einer Intensivstation, 24/7 Bildgebung und Ersteinschätzungsverfahren. Zusätzlich definiert der GKV-SV „zur Plausibilisierung“ Mindestanforderungen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Nebenzeiten (500 stationäre Aufnahmen pro Jahr zwischen 20:00 und

---

<sup>1</sup> Wir weisen in diesem Zusammenhang auf ein Urteil des Arbeitsgerichtes Hannover zur Rufbereitschaft hin. Dort hat das Gericht die Dienstanweisung eines kommunalen Klinikums für unwirksam erklärt, das von einem Mitglied des Marburger Bundes verlangte, während der Rufbereitschaft innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar zu sein. Laut dem Urteil setze Rufbereitschaft voraus, dass der Arzt zumindest die Möglichkeit haben müsse, sich in seiner an sich arbeitsfreien Zeit auch um persönliche und familiäre Angelegenheiten kümmern, an sportlichen oder kulturellen Veranstaltungen teilnehmen oder sich mit Freunden treffen zu können. Im Gegensatz zum Bereitschaftsdienst, der eine klare Aufenthaltsbeschränkung mit der Verpflichtung darstelle, bei Bedarf sofort am Patienten tätig zu werden (<https://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/marburger-bund-erwirkt-urteil-zur-rufbereitschaft>).

5:00 Uhr als Plausibilisierung einer 24/7 Aufnahmebereitschaft/ZNA, Mindestzahl von 100 CTs zwischen 20:00 und 5:00 Uhr als Plausibilisierung für jederzeit verfügbare Bildgebung).

Die DKG möchte Krankenhäuser, die nicht an der gestuften Notfallversorgung teilnehmen, ebenfalls dann der Stufe der Nichtteilnahme zuordnen, wenn sie definierte Mindestvorgaben nicht erfüllen: Fachabteilung der unmittelbaren Patientenversorgung mit 24/7 Verfügbarkeit einer Fachärztin/Facharztes und eine Pflegekraft, eine 24/7 Aufnahmebereitschaft, 24/7 Bildgebung sowie -Befundung (auch teleradiologisch) und ein 24/7 verfügbares Labor). Die DKG möchte zudem in der Regelung klarstellen, dass für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) eine Ausnahme besteht, da diese definitionsgemäß der Stufe der Nichtteilnahme zugeordnet sind. Die DKG führt zudem aus, dass Krankenhausstandorte, die keiner der drei Stufen zur Teilnahme zugeordnet sind, aber die o.g. Mindestvorgaben erfüllen, keine Zuschläge erhalten und keine Abschläge zahlen müssen. Nur Krankenhäuser, die die Mindestkriterien nicht erreichen und damit der Stufe der Nichtteilnahme zugeordnet werden, müssten weiterhin Abschläge zahlen.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer vermisst in den „Tragenden Gründen“ eine Auswirkungsanalyse, anhand derer sich nachvollziehen lässt, welchen Einfluss die jeweiligen Mindestkriterien auf die Anzahl der Krankenhäuser haben, die der Stufe der Nichtteilnahme zugeordnet werden und damit weiterhin Abschläge zahlen müssten.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sind die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen „Plausibilisierungskriterien“ kein sinnvoller Ansatz. Der Grundgedanke der Notfallstufen basiert auf der Vorhaltung der erforderlichen Strukturen und gerade nicht auf einem mengenbasierten Ansatz. Die Vorgabe von „Plausibilisierungsmengen“ könnte zudem einen Fehlanreiz zu stationären Aufnahmen und zur Durchführung radiologischer Untersuchungen entfalten. Die Bundeskammer geht zudem davon aus, dass nicht einmal alle Krankenhäuser, die derzeit die Stufe der Basisnotfallversorgung haben, die Mindestkriterien erfüllen könnten. Die Erfassung und Prüfung würden zudem zu hohem bürokratischem Aufwand führen.

Die Vorhaltung einer Fachabteilung für Innere Medizin und für Chirurgie ist für die Notfallversorgung aus Sicht der Bundesärztekammer grundsätzlich sinnvoll. In bestimmten Konstellationen leisten jedoch auch Krankenhäuser, die nur über eine von beiden Abteilungen und/oder über eine andere Fachabteilung verfügen, einen relevanten Beitrag in der Notfallversorgung. Solche Konstellationen sollten auf Basis einer Einschätzung der jeweiligen Landesbehörden berücksichtigt werden können.

Unabhängig davon sollte es den Landesoberbehörden weiterhin möglich sein, Krankenhäuser als Spezialversorger von den Abschlagszahlungen auszunehmen, die (noch) nicht alle Mindestkriterien erfüllen, aber für die flächendeckende Versorgung notwendig sind.

## **§§ 9, 14 und 18 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung: Leitung und Stellvertretung**

### **Verantwortliche Ärztin/Verantwortlicher Arzt und verantwortliche Pflegekraft**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

- Die Anforderungen an die Anzahl von der Notaufnahme zugeordneten Ärztinnen und Ärzten, die Verfügbarkeit der Fachärztinnen und Fachärzten in der Notaufnahme

und die Anforderungen an deren Qualifikation im Hinblick auf eine Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ wurden nachgeschärft. Zudem soll geregelt werden, wie viele der geforderten Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung sich in der Weiterbildung befinden dürfen. Die Tabelle fasst die genannten Vorgaben für die Anzahl und Qualifikationen der Ärztinnen und Ärzte sowie die Fristen für die stufenweise Erhöhung der Anzahl in den drei Stufen der Notfallversorgung zusammen:

	GKV-SV	DKG	LV	PatV
Basisnotfallversorgung Verfügbarkeit	Es sind jeweils <b>mindestens fünf Fachärzte</b> für die Notfallversorgung <b>benannt</b> sowie, fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet.  Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) ein Facharzt nach Satz 1 im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.	Es sind jeweils <b>ein</b> für die Notfallversorgung <b>verantwortlicher Arzt</b> und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen <b>zugeordnet</b> sind. Hierbei handelt es sich um zwei Personen.	Es sind jeweils <b>ein</b> <b>mindestens drei Fachärzte</b> und zwei Pflegekräfte für die Notfallversorgung benannt sowie fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen <b>zugeordnet</b> .  Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) ein <b>Facharzt nach Satz 1 mindestens in Rufbereitschaft</b> ist.	
Basisnotfallversorgung Qualifikation	Ab 01.01.2026: <b>Ein FA mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ (Leitung)</b>  Ab 01.01.2028: <b>Zwei FÄ mit ZWB (Leitung und Stellvertretung)</b>	Ab 01.01.2027: <b>Zwei FÄ mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“,</b> davon max. ein FA mit ZWB in WB (Leitung und Stellvertretung)	wie GKV-SV	wie GKV-SV
Erweiterte Notfallversorgung Verfügbarkeit	Mindestens 5 FÄ zugeordnet	Ab dem 01.01.2029 mindestens fünf FÄ	Ab 01.01.2026: Fünf FÄ zugeordnet	
Erweiterte Notfallversorgung Qualifikation	Ab 01.01.2026: <b>Zwei FÄ mit ZWB</b>  Ab 01.01.2028: <b>Vier FÄ mit ZWB, davon max. ein FA in WB</b>	Ab dem 01.01.2027: <b>Zwei FÄ mit ZWB, davon max. ein FA in WB</b>  Ab 01.01.2029 <b>Drei FÄ mit ZWB, davon max. zwei FÄ in WB</b>	Ab 01.01.2026 Zwei FÄ mit ZWB  Ab 01.01.2028: Drei FÄ mit ZWB, davon eine FÄ in WB	
Umfassende Notfallversorgung	Wie erweitert Ab 01.01.2026 Vier FÄ mit ZWB zugeordnet, davon bis eine in WB bis 01.01.2028 Ab 01.01.2028 Fünf FÄ mit ZWB, max. zwei in WB Ab 01.01.2028 24/7 Verfügbarkeit FA mit ZWB	Wie erweitert. Ab 01.01.2032 5 FÄ zugeordnet, davon 3 mit ZWB, davon max. 1 in WB	Ab 01.01.2026 fünf FÄ vorgehalten Ab 01.01.2026 zwei FÄ mit ZWB Ab 01.01.2028 fünf FÄ mit ZWB, davon zwei in WB  24/7 zumindest Rufbereitschaft eines FA	

Tabelle 1: im Beschlussentwurf des G-BA genannte Vorgaben zu Anzahl und Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte in den drei Notfallstufen.

## B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer plädiert weiterhin dafür, die Anforderungen in Bezug auf die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ an dem zu orientieren, was aus fachlicher Sicht sinnvoll und notwendig ist. Zu begrüßen ist, dass die Auslegungsschwierigkeiten mit Bezug auf die Leitung und ihre Stellvertretung insofern ausgeräumt scheinen, als es sich hierbei um zwei Personen pro ZNA handelt und nicht um eine Verfügbarkeit in jeder Schicht.

Um die Position eines maßvollen Einsatzes von Ärztinnen und Ärzten mit ZWB zu stützen, haben wir die uns verfügbaren Daten, Zahlen und Fakten hierzu zusammengestellt. Grundsätzlich ist die Datenlage bezogen auf die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ eingeschränkt. Dies betrifft insbesondere Informationen zur tatsächlichen klinischen Tätigkeit in einer Notaufnahme, die Wochenarbeitszeit und die Verteilung auf die Krankenhäuser in einzelnen Regionen.

Dennoch vermitteln die folgenden Zahlen und Daten einen Eindruck, wie sich die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB entwickelt und inwieweit die vorgeschlagenen Vorgaben zu Anzahl und Qualifikation des Personals erfüllt werden können.

Zum Stichtag 31.12.2024 waren insgesamt **2.504 Ärztinnen und Ärzte bei den Landesärztekammern mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“** bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ registriert, davon 2.243 als hauptsächlich stationär tätig. Diese Zahlen lassen keine Rückschlüsse auf Vollzeitäquivalente oder die tatsächliche Tätigkeit in der stationären Versorgung zu.

Die folgende Abbildung und die nachfolgende Tabelle zeigen die Entwicklung der Anerkennungen der ZWB seit dem Jahr 2015 auf:

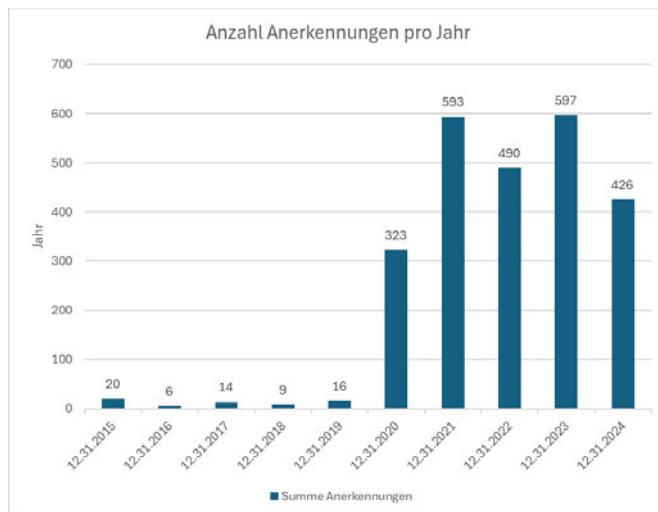


Abbildung 1: Anzahl der Anerkennungen ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ pro Jahr

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des G-BA  
über eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern  
gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Jahr	12.31.2015	12.31.2016	12.31.2017	12.31.2018	12.31.2019	12.31.2020	12.31.2021	12.31.2022	12.31.2023	12.31.2024	
Bayern						27	99	109	69	38	
Berlin	20	6	14	9	9	20	16	3	7	9	
Brandenburg						6	22	20	16	16	
Bremen							2				
Baden-Württemberg						56	65	47	99	54	
Bremen						3	1	1	0	2	
Hamburg						6	43	9	15	8	
Hessen						5	29	24	11	28	
Mecklenburg- Vorpommern						4	15	11	17	19	
Nordrhein						100	101	87	85	45	
Rheinland- Pfalz					7	8	30	30	8	6	
Saarland						7	13	16	20	4	
Sachsen						0	35	30	39	12	
Sachsen-Anhalt						14	24	24	37	19	
Schleswig- Holstein						5	12	10	29	12	
Thüringen						24	22	5	26	18	
Westfalen-Lippe						38	64	64	119	136	
<b>Summe Anerkennungen</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>323</b>	<b>593</b>	<b>490</b>	<b>597</b>	<b>426</b>	<b>2494</b>

Tabelle 2: Anerkennungen ZWB „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ bzw. ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ pro Jahr in den Bundesländern. (Anmerkung: Die ZWB „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ wurde 2004 von der Ärztekammer Berlin eingeführt. Kammermitglieder, die diese besitzen, sind inzwischen berechtigt, stattdessen die Zusatzbezeichnung Klinische Akut- und Notfallmedizin zu führen).

Die ZWB kann nur an Standorten erworben werden, an denen Weiterbildungsbefugte tätig sind. Nicht alle Standorte haben eine volle Weiterbildungsbefugnis, wenn sich maßgebliche Inhalte in ihrem Krankenhaus nicht abbilden lassen, d. h., dass Ärztinnen und Ärzte in WB teilweise an ein anderes Krankenhaus rotieren müssen, um die ZWB erlangen zu können. Die Möglichkeiten des Erwerbs der Zusatz-Weiterbildung ist so auch aufgrund der Verteilung der Weiterbildungsbefugten auf die Klinikstandorte begrenzt.

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Weiterbildungsbefugten für die ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ auf. Anhand der Anzahl der Weiterbildungsstätten ist gut erkennbar, dass die Befugten sich nicht gleichmäßig auf die Krankenhäuser verteilen, sondern dass größere Zentren gleich mehrere Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis vorhalten.

LÄK	Anzahl WB-Befugte	Anzahl WB-Stätten	volle Befugnis (24 Monate)	Teil- befugnis
Baden-Württemberg	74	66	55	19
Bayern	85	85	48	37
Berlin	17	17	3	14
Bezeichnung Klinische <u>Notfall-</u> und Akutmedizin (WBO 2004)	44	44	6 (36 Monate)	21
Brandenburg	36	34	25	9
Bremen	6	6	5	1
Hamburg	23	21	16	7
Hessen	36	35	21	15
Mecklenburg-Vorpommern	16	15	11	5

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Beschlussentwurf des G-BA  
über eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern  
gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

LÄK	Anzahl WB-Befugte	Anzahl WB-Stätten	volle Befugnis (24 Monate)	Teilbefugnis
Niedersachsen	58	58	25	28
Nordrhein	98	89	78	13
Rheinland-Pfalz	38	37	12	26
Saarland	17	17	16	1
Sachsen	35	33	14	21
Sachsen-Anhalt	25	24	9	16
Schleswig-Holstein	23	16	12	4
Thüringen	19	18	16	3
Westfalen-Lippe	30	30	30	0

Tabelle 3: Anzahl der Weiterbildungsbezugten, Weiterbildungsstätten und Art der Befugnis für die ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ bzw. „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ in den Bundesländern

Nicht alle Ärztinnen und Ärzte, die eine ZWB erwerben, bleiben der stationären Versorgung erhalten. Die tatsächliche Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit dieser Zusatz-Weiterbildung in der stationären Versorgung steigt daher langsamer an als die o. g. Abbildung suggeriert. Der tatsächliche Anstieg der Ärztinnen und Ärzte mit ZWB im stationären Sektor (jeweils im Vergleich zum Vorjahr) ist in der folgenden Tabelle dargestellt. In den vergangenen drei Jahren stieg diese Zahl zwischen 430 und 505 Ärztinnen und Ärzten pro Jahr an.

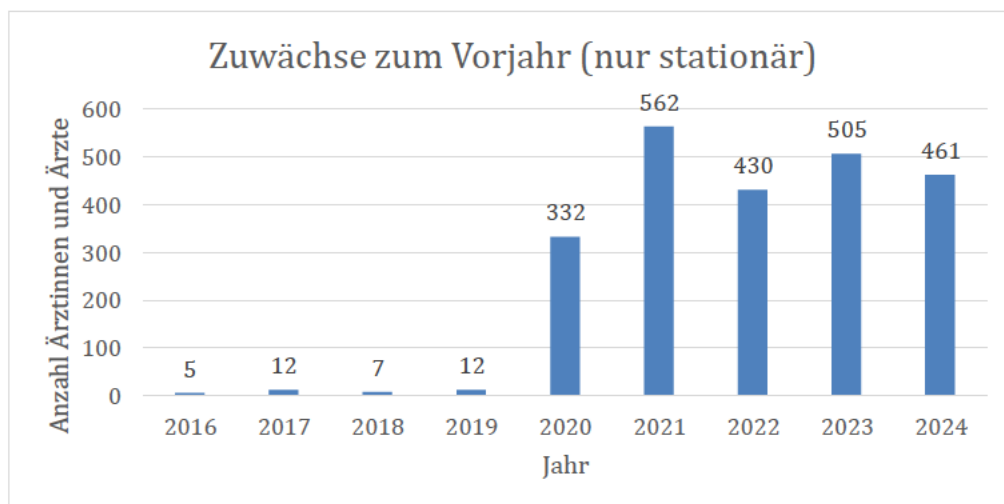


Abbildung 2: Anstieg der Ärztinnen und Ärzte mit ZWB im stationären Sektor (jeweils im Vergleich zum Vorjahr)

Die Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich mit ZWB ist in der folgenden Abbildung dargestellt. Seit dem Jahr 2020 stieg die Gesamtzahl deutlich an und erreichte zum Stichtag 31.12.2024 den Wert von 2.345 Ärztinnen und Ärzten. Nimmt man an, dass die in der Vergangenheit erfolgten Zuwächse an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB in der stationären Versorgung sich auch in Zukunft identisch entwickeln, ergäbe sich für das Jahr 2028 (also zum Ende des Jahres 2027) ein Wert von rund 3.700 Ärztinnen und Ärzten mit ZWB in der stationären Versorgung. Diese Fortschreibung basiert auf der Annahme,

dass die Wahrscheinlichkeit, die stationäre Versorgung zu verlassen (z. B. durch Ruhestand, Niederlassung, Elternzeit etc.), sowie die Anzahl der Anerkennungen konstant bleiben. Es muss offenbleiben, ob sich der Anstieg bis zum Jahr 2028 in dieser linearen Form vollzieht.

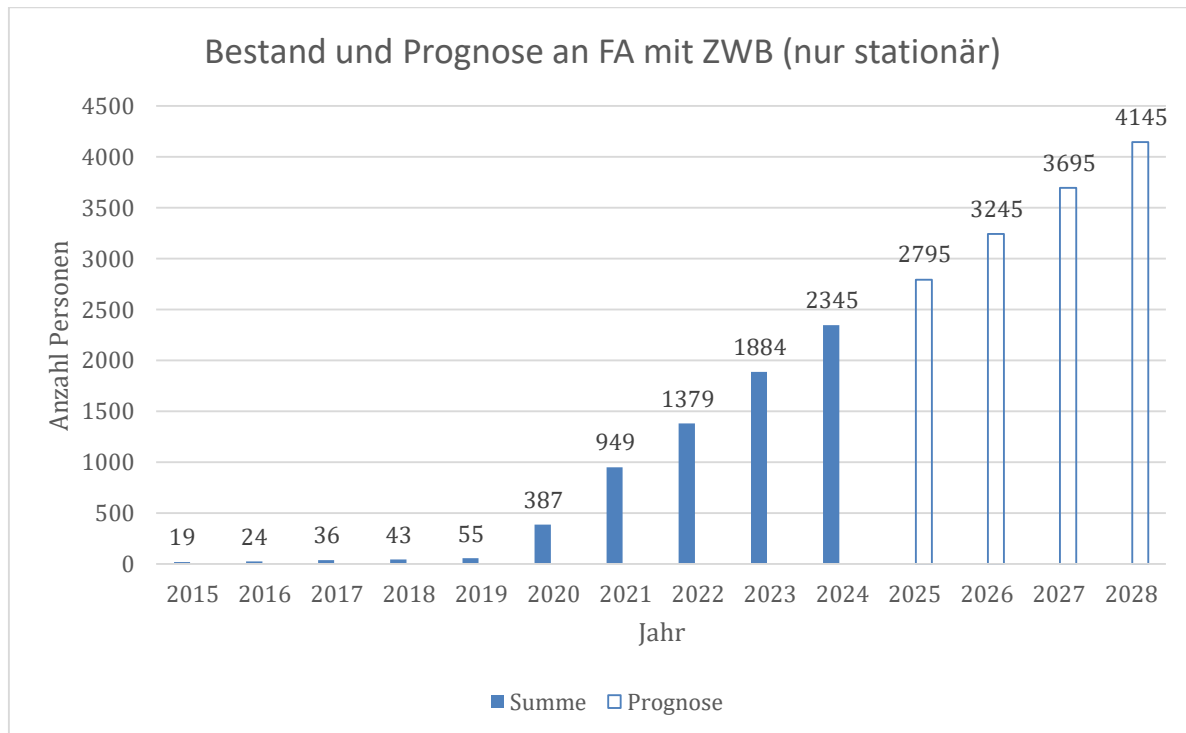


Abbildung 3: Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich mit ZWB. Quelle bis 2025: Ärztestatistik der Bundesärztekammer. Ab 2026: Prognose auf Basis der Ärztestatistik. Diese Prognose geht davon aus, dass der Bestand an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB jedes Jahr um 450 ansteigt. Hinweis: Zum Zwecke der Vergleichbarkeit mit den Vorschlägen des GKV-SV, der GKV und der LV werden die in der Ärztestatistik gemachten Jahresangaben angepasst. Bspw. wird der Stichtag 31.12.2024 als „2025“ gekennzeichnet.

Ob die prognostizierten Werte ausreichen, die im Beschlussentwurf vorgeschlagenen Anforderungen zu erfüllen, lässt sich nicht ohne Weiteres an diesen Zahlen ablesen. Die in der Ärztestatistik berichteten Zahlen beruhen auf Mitgliederzahlen. Um einen Rückschluss auf Vollzeitäquivalente (VZÄ) zu ziehen, muss der Faktor Teilzeit berücksichtigt werden.

Vor allem die Vorschläge des GKV-SV hätten wahrscheinlich eine Unterdeckung mit Ärztinnen und Ärzten mit ZWB zur Folge. Die Vorschläge der DKG hingegen erlauben mehr Spielräume.

Ferner muss davon ausgegangen werden, dass die Verteilung des ärztlichen Personals mit ZWB nicht gleichmäßig über alle an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser erfolgt. Vielmehr ist zu erwarten, dass einige größere Krankenhäuser mehr ärztliches Personal mit ZWB zur Verfügung haben als vorgeschrieben. Dieser Unsicherheitsfaktor muss in der Bedarfsrechnung zwingend berücksichtigt werden; der Bedarf an ärztlichem Personal mit ZWB erhöht sich entsprechend; andernfalls droht eine Diskriminierung von kleineren Krankenhäusern mit geringerer ärztlicher Personaldecke.

**Zusammenfassend lässt sich feststellen:**

- In den letzten Jahren hat es einen **deutlichen Zuwachs an Fachärztinnen und Fachärzten mit der ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“** gegeben.

Es gibt jedoch **keine verlässlichen Daten zu deren Wochenarbeitszeit, der tatsächlichen Tätigkeit in einer Notaufnahme und deren bundesweiter Verteilung.**

- Die **Zahl der Weiterbildungsbefugten hat sich zunehmend erhöht.** Ein **erheblicher Anteil der Befugten verfügt allerdings lediglich über eine Teilbefugnis**, d. h., dass an diesen Standorten nicht die gesamten 24 Monate Weiterbildungszeit stattfinden können.
- **Nicht alle Ärztinnen und Ärzte mit ZWB verbleiben in der stationären Versorgung** – zu erkennen daran, dass der Anteil an Ärztinnen und Ärzten mit ZWB in der stationären Versorgung langsamer steigt als die Gesamtzahl der neu erworbenen ZWB.
- **Projiziert man die im Beschlussentwurf vorgeschlagenen Anforderungen** auf die zu den jeweiligen Fristen prognostisch verfügbaren Ärztinnen und Ärzte mit ZWB, deuten sich bei einem Vergleich von „Köpfen“ bereits **Engpässe** an, insbesondere bei den Vorschlägen des GKV-SV. Bei einer Umrechnung der „Köpfe“ in Vollzeitäquivalente sind lediglich die Vorschläge der DKG realistisch erfüllbar.

Aus **Sicht der Bundesärztekammer** ist es für eine qualifizierte Patientenversorgung in der Basisnotfallversorgung sinnvoll, wenn die Leitung und die Stellvertretung der ZNA, also insgesamt zwei Personen (VZK), über eine ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen und für die strukturierte Koordination und Organisation der Notfallversorgung in der ZNA zuständig sind.

In der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung sollten aus Sicht der Bundesärztekammer perspektivisch mindestens drei Fachärztinnen und Fachärzte mit ZWB tätig sein.

Die Qualität der Notfallversorgung wird vor allem durch eine aufgaben- und patientengerechte ärztliche Personalausstattung sichergestellt. Die Behandlung von Notfällen ist integraler Bestandteil aller fachärztlichen Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung und bedarf per se keiner weiteren Spezialisierung. Eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten heißt auch, dass Angebote der Notfallversorgung flächendeckend in Wohnortnähe zur Verfügung stehen. Strukturschwache Regionen haben bereits jetzt zum Teil große Schwierigkeiten, qualifiziertes Personal zu rekrutieren. Es besteht die Gefahr, dass sich die Versorgung durch nicht begründete Strukturvorgaben eher verschlechtert.

## **§ 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung**

### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der GKV-SV fordert als Anforderung für die Stufe der umfassenden Notfallversorgung das Vorhandensein einer SPECT/CT-Kamera sowie eines Heißlabors mit Technetium-Generator.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Diese Anforderung wertet die Bundesärztekammer selbst für Kliniken mit umfassender Notfallversorgung als zu spezialisiert und so in der Praxis nicht umsetzbar. Die Anforderung ist zu streichen. In den „Tragenden Gründen“ fehlt hierzu die Begründung.

## § 24 Modul Schwerverletztenversorgung

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Basisteam für den Schockraum soll jederzeit (24/7) 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 (Facharztstandard) präsent sein.

### B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

ATLS ist eine eingetragene Marke und bezieht sich auf ein spezifisches Kursformat, es gibt aber auch andere entsprechende Kurse, sodass die Beschränkung auf dieses Kursformat entfallen sollte. Die Bundesärztekammer schlägt die folgende Formulierung vor: *„Als Basisteam für den Schockraum soll jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit **Nachweis einer Fortbildung, die Kenntnisse und Fertigkeiten zur strukturierten notfallmedizinischen Versorgung nach international etablierten Standards zur Traumaversorgung nach dem ABCDE-Schema vermittelt**“.*

## § 25 Modul Notfallversorgung Kinder

### A) Beabsichtigte Neuregelung

Die DKG spricht sich dafür aus, die Anforderung nach der Anzahl von Betten der pädiatrischen Intensivstation von mindestens 10 auf mindestens 6 Betten abzusenken.

### B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer unterstützt diese Forderung. Die Forderung nach 10 Betten stellt einen Flaschenhals in der Versorgung dar, ohne dass hierdurch eine höhere Qualität gewährleistet ist.

## § 26 Modul „Spezialversorgung“ zusammen mit § 27 Modul „Schlaganfallversorgung“, §28 Modul „Durchblutungsstörungen am Herzen“

### Anforderungen an Krankenhäuser mit Spezialmodulen der Notfallversorgung

#### A) Beabsichtigte Neuregelung

- Der GKV-SV sieht eine Streichung der Module „Schlaganfallversorgung“ und „Durchblutungsstörungen am Herzen“ und deren Überführung in das Modul „Spezialversorgung“ vor.

#### 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 Beibehaltung der aktuellen Struktur und eine Konkretisierung der Anforderungen für die Module „Spezialversorgung“ und „Schlaganfallversorgung“ entsprechend der Vorschläge von DKG und Ländervertretung erscheinen jedoch zielführend.

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

DGNI
15.7.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- **Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)**

- 1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>II. §3 (2)</p> <p>Die Streichung der Vorgabe des GKV-SV ist abzulehnen.</p>	<p>Eine Gleichstellung hinsichtlich der Basisnotfallvorgang von den Kliniken, die an der speziellen Notfallversorgung teilnehmen, erscheint aus neurologischer Sicht sinnvoll. Hintergrund ist, dass Kliniken, die unter §27 Modul Schlaganfallversorgung fallen, meist maßgeblich an der regionalen Versorgung von Notfallpatienten teilnehmen. Über 50% der als Schlaganfall angekündigten Patienten leiden unter anderen Erkrankungen, also an keinem Schlaganfall. Da dies aber präklinisch nicht klar ersichtlich ist, müssen diese Patienten lokal auch ohne Vorliegen eines Schlaganfalls als Notfall behandelt werden können. Es wäre nicht nachvollziehbar, wenn diese Patienten dann immer „sekundär“ verletzt werden müssten, um die Behandlung in einer Notaufnahme der gestuften Notfallversorgung sicher zu stellen.</p>
<p>II. §5 (2)</p> <p>Die Vorschläge einer zeitlichen Koppelung der Facharztvorhaltung (innerhalb von 30 Minuten bzw. 60 Minuten) wie durch GKV-SV/PatV und LV wird abgelehnt.</p>	<p>Eine zeitliche Koppelung, wie lange ein Facharzt benötigen darf, bis er in der Klinik präsent ist, hat zu Recht immer wieder für Diskussionen auf mehreren Ebenen geführt (Tarifrecht, Aufenthaltsbestimmung des Arztes, etc.). Sinnvolle und praxistaugliche Kompromisse fehlen bis heute; dabei macht es keinen Unterschied, ob die zeitliche Frist mit 30 oder 60 Minuten angegeben wird. Eine Formulierung wie von der DKG vorgeschlagen erscheint dagegen sinnvoll, umsetzbar, trägt modernen telemedizinischen Möglichkeiten Rechnung und zielt aus Sicht der DGNI medizinisch inhaltlich auf eine inhaltlich hochwertige. Eine Verbesserung der medizinischen Qualität durch eine vorgeschriebene Vorhaltung eines Facharztes innerhalb von 30 bzw. 60</p>

<p>Der Vorschlag der DKG erscheint sinnvoll und zeitgemäß.</p>	<p>Minuten vor Ort bringt in unseren Augen keinen weiteren Vorteil (ggf. sogar Nachteil im Vergleich zur sofortigen telemedizinischen Verfügbarkeit wie von der DKG vorgeschlagen).</p>
<p>II. §7</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV zur automatischen Zuordnung zur „Nichtteilnahme an der Notfallversorgung“ wird in allen Unterpunkten exklusive Punkt 7 (Vorhaltung eines strukturierten Systems zur Ersteinschätzung) abgelehnt.</p>	<p>Eine Forderung der zwingenden Vorhaltung der Fachbereiche „Innere Medizin oder Chirurgie“ erscheint für Kliniken der Spezialversorgung nicht möglich und würde spezielle neurologische Kliniken ohne Fachabteilungen für Innere Medizin oder Chirurgie (was die Regel für spezielle neurologische Kliniken ist) automatisch der Nichtteilnahme zuordnen. Diese Kliniken sind aber essentieller Bestandteil der Organisation der flächendeckenden Schlaganfallversorgung.</p> <p>Eine Mindestzahl an 500 stationären Aufnahmen aus der Notaufnahme zwischen 20 Uhr und 5 Uhr ist völlig eratisch und basiert auf keinen ernstzunehmenden Kennzahlen. Aus klinischer Erfahrung sind Abrechnungsdaten in Bezug auf Untersuchungen zu fehleranfällig. In kleineren Kliniken dürfte diese Zahl kaum erreicht werden, obwohl sämtliche sonstigen Kriterien für eine Teilnahme an der Notfallversorgung erfüllt sind.</p> <p>Die Vorhaltung eines Facharztes 24/7 in der Notaufnahme ist unrealistisch und wird auch in großen Kliniken nicht umgesetzt (auch nicht für längst etablierte Kliniken der Akutversorgung wie auf Intensivstationen, Stroke Units oder in Kardiologien mit Herzkatheter). Dies scheint auch nicht notwendig, da im Hintergrund (z.B. Rufbereitschaft) mit telemedizinischer Anbindung eine hochwertige fachliche Expertise gewährleistet werden kann.</p> <p>Eine zwingende Durchführung von mindestens 100 computertomographischen Untersuchungen zwischen 20 und 5 Uhr ist völlig eratisch und basiert auf keinen ernstzunehmenden Kennzahlen. Aus klinischer Erfahrung sind Abrechnungsdaten in Bezug auf Untersuchungen zu fehleranfällig. In kleineren Kliniken dürfte diese Zahl kaum erreicht werden, obwohl sämtliche sonstigen Kriterien für eine Teilnahme an der Notfallversorgung erfüllt sind.</p>
<p>III. §9 (3)</p> <p>Die Formulierung der DKG und des DKG-SV/PatV sind insofern abzulehnen, da nicht klar ist, warum ein Facharzt aus dem Gebiet Innere Medizin, Chirurgie oder Anästhesie bzw. Chirurgie oder Unfallchirurgie, Innere Medizin oder Anästhesie zur Verfügung stehen muss.</p> <p>Die Verankerung einer zeitlichen Frist von 30 Minuten bis zur Verfügbarkeit des oben genannten Arztes am Patienten ist abzulehnen.</p>	<p>Mit der Zusatzbezeichnung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ wurde eine fächerübergreifende Qualifikation in der klinischen Akut- und Notfallmedizin geschaffen, die auch von Fachärzten anderer Fachdisziplinen (also nicht nur Innere Medizin, Chirurgie, Unfallchirurgie oder Anästhesie) erworben werden kann. Es ist nicht nachvollziehbar, warum eine Zusatzbezeichnung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ hier nicht als mögliche eigenständige Qualifikation (z.B. neben den oben aufgeführten Fachdisziplinen) aufgelistet wird.</p> <p>Darüberhinaus ist es nicht nachvollziehbar, warum ein FA für Neurologie – also einem Fach der unmittelbaren Patienten versorgung mit Ausbildung in Stroke und Intensivmedizin (verpflichtend für den FA Neurologie) dies im Vergleich zu einem der genannten Fachärzte nicht leisten können soll. Da in vielen internistischen Klinik auch FA für Neurologie als Oberärzte angestellt sind, ist dies von Bedeutung.</p> <p>Bezüglich der zeitlichen Frist von 30 Minuten wird auf unserer Stellungnahme oben verwiesen.</p>
<p>§14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung.</p>	<p>Die Forderung, dass nur maximal ein FA in der Weiterbildung zur „klinischen Akut- und Notfallmedizin angerechnet werden kann“, ist aus DGNI-Sicht nicht sinnvoll. Gerade an Kliniken, die eine hohe Anzahl an Ärzten mit der</p>

<p>Die Formulierung der DKG wird von der DGNI unterstützt.</p> <p>Die Formulierung der KGV-SV/PatV und der LV wird abgelehnt.</p>	<p>Zusatzqualifikation ausbilden (erweiterte und umfassende Notfallversorgung) ist mit einem hohen Fluktuation dieser Ärzte zu rechnen, da diese nach Erlangen der Zusatzweiterbildung schnell wieder Kliniken wechseln oder sich anderen Positionen zuwenden. Selbst bei einer hohen Anzahl an Ärzten mit der Zusatzweiterbildung ist deshalb davon auszugehen, dass es sonst schnell zu nicht ausgleichenden Engpässen kommt. Bei Ärzten in Weiterbildung zur „Klinischen Akut- und Notfallmedizin“ handelt es sich um Fachärzte, die fest in der Notaufnahme arbeiten und die Interessen der Notaufnahme wahren bzw. die Qualität gewährleisten können.</p>
<p>§19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung.</p> <p>Die Formulierung der DKG wird von der DGNI unterstützt.</p> <p>Die Formulierung der KGV-SV/PatV und der LV wird abgelehnt.</p>	<p>Siehe vorherigen Kommentar zu §14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung. Sämtliche Punkte sind auch für die umfassende Notfallversorgung gültig.</p> <p>Darüber hinaus ist die Vorhaltung eines Facharztes mit der Zusatz-Weiterbildung „klinische Akut- und Notfallversorgung“ 24/7 vor Ort nicht notwendig. Insbesondere in Kliniken der umfassenden Notfallversorgung ist das Netz der fachlichen Qualität durch die Vorhaltung der vielen Fachdisziplinen so hoch, dass eine ständige Vorhaltung eines Arztes mit der Zusatz-Weiterbildung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ auch nachts keinen zusätzlichen fachlichen Mehrwert bringt. Es gibt übrigens keine Studien, die dies für Kliniken der Maximalversorgung (und damit in der Regel umfassende Notfallversorgung) belegen würden.</p>
<p>§24 (2) 2</p> <p>c) „eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“</p> <p>aa) für täglich mindestens eine Visite verfügbar,</p> <p>bb) während der regulären Kernarbeitszeit (beispielsweise mindestens sieben Stunden zwischen 6 und 22 Uhr) arbeitstäglich sofort auf der Intensivstation präsent und</p> <p>cc) außerhalb der Anwesenheitszeit nach Buchstabe</p> <p>DKG / PatV      GKV-SV unverzüglich    innerhalb von 30                          Minuten“</p> <p>ist abzulehnen.</p> <p>d) „eine Ärztin oder ein Arzt, die oder der seit mindestens drei Monaten auf dieser oder einer Intensivstation der gleichen Stufe eingearbeitet ist, jederzeit (24/7) auf dieser Intensivstation präsent“ ist abzulehnen</p>	<p>Eine Forderung einer zeitlichen Vorgabe für die Präsenz eines Facharztes mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ wird von der DGNI abgelehnt. Auch in diesem Punkt gibt es keine Evidenz, die eine „unverzügliche“ Anwesenheit oder eine „Anwesenheit innerhalb von 30 Minuten“ rechtfertigen würde. Stattdessen ist eine unverzügliche Erreichbarkeit und ggf. telemedizinische Anbindung zu fordern.</p> <p>Eine Vorhaltung eines Arztes mit einer Mindestzeit einer Einarbeitung auf der Intensivstation wird von der DGNI in jeglicher Form abgelehnt. Diese Forderung basiert auf einer Empfehlung der DIVI zur personellen Ausstattung einer Intensivstation und wurde von der DGNI bereits in der Vergangenheit kritisiert. Aus Sicht der DGNI gibt es keine ausreichende Evidenz, eine Vorhaltung eines Arztes mit mindestens 3-monatiger Einarbeitungszeit zu fordern, vielmehr muss sichergestellt werden, dass die notwendigen Inhalte beherrscht werden; eine zeitliche Vorgabe ist diesbezüglich nicht zielführend.</p>

<p>e) „eine Ärztin oder ein Arzt mit einer intensiv-medizinischen Weiterbildungszeit (im Rahmen der Facharztweiterbildung) von mindestens sechs Monaten an allen Tagen während der regulären Kernarbeitszeit (beispielsweise mindestens sieben Stunden zwischen 6 und 22 Uhr) auf der Intensivstation präsent; außerhalb der Kernarbeitszeit zumindest im Krankenhaus präsent und sofort auf der Intensivstation verfügbar“ ist abzulehnen.</p>	
<p>§24 (2) 5</p> <p>Zusätzlich sind am Standort als weitere Fachdisziplinen vorzuhalten:</p> <p>Es fehlt die Neurologie.</p>	<p>Neurologische Komplikationen sind bei schwerverletzten Patienten häufig. Die Vorhaltung eines Facharztes für Neurologie ist deshalb sinnvoll und muss in der Liste der am Standort vorzuhaltenden Fachdisziplinen ergänzt werden.</p>
<p>§27 Modul Schlaganfallversorgung</p> <p>Der Vorschlag der PatV „Das Krankenhaus erbringt jährlich mindestens 10 Fälle mit dem OPS Kode 8-981.3 (neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen) am Standort“ ist abzulehnen.</p>	<p>Die Vorhaltung für die Leistung des OPS 8-981.3 ist in der Regel nur an überregionalen Stroke Units gegeben, die fast ausschließlich auch über entsprechende Notaufnahmen im gestuften System der Notfallversorgung verfügen. Die Aufrechterhaltung des Moduls nach §27 Schlaganfallversorgung ist aber gerade für kleinere Kliniken essentiell, da dadurch eine flächendeckende Schlaganfallversorgung sichergestellt werden kann. Die kleineren Schlaganfall-versorgenden Kliniken können aber meist den OPS Kode 8-981.3 nicht selbst erbringen. Diese Kliniken sind in größere Schlaganfallnetzwerke eingebunden und verlegen Patienten mit schweren Schlaganfällen mit Indikation zur Leistung u.a. des OPS 8-981.3. Diese Strukturen wurden über viele Jahre mühsam aufgebaut, leisten einen signifikanten Anteil an der Schlaganfallversorgung und sind deshalb auch in Zukunft unverzichtbar. Die DSG hat hierfür über Jahrzehnte in Deutschland Strukturen (z.B. Tele-Stroke Units) beschrieben, begleitet und geprüft, die international qualitativ ihresgleichen suchen und keinesfalls gefährdet werden sollten.</p> <p>Der Vorschlag der DKG/LV bildet eine optimale Schlaganfallversorgung auch in kleineren spezialversorgenden Klinik ausgezeichnet ab und wird unterstützt.</p>
	<p>Die DGNI spricht sich generell dafür aus, dass die geforderten Mindeststandards regelmäßig auf die aktuell verfügbare Studienlage auf Notwendigkeit überprüft werden sollten.</p>

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
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

DGNI, Prof. Dr. Matthias Klein (matthias.klein@med.uni-muenchen.de)		
DGNI, Prof. Dr. Julian Bösel (julian.boesel@fek.de)		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
18.07.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)

1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>Änderungsvorschlag</b></p> <p>IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung</p> <p>(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</p> <p>Abweichend von Satz 1 ist eine Fachabteilung für Innere Medizin nicht zusätzlich vorzuhalten, wenn bereits die Fachabteilungen nach Absatz 2 Nummern 4 und 5 am Standort vorhanden sind.“</p>	<p>Die DGVS unterstützt hier die Position der DKG, da viele Kliniken der erweiterten Notfallversorgung über spezialisierte internistische Abteilungen (z. B. Kardiologie 0103, Gastroenterologie 0107), jedoch nicht über eine zusätzliche Abteilung für allgemeine Innere Medizin (0100) verfügen. In diesen Fällen sollte das Vorhandensein der spezialisierten Abteilungen zur Erfüllung der Anforderungen nach § 8 ausreichen – analog zur Regelung für die Chirurgie.</p> <p>Eine Klarstellung erscheint sinnvoll, um medizinisch nicht begründbare Doppelstrukturen zu vermeiden, etwa bei Leistungsgruppen, Notfallstufen oder der Facharztanrechnung.</p>

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>Allgemeine Anmerkung:</b></p> <p>Die Einführung der Notfallstufenregelungen im Jahr 2018 stellt aus Sicht der DGVS einen zentralen Schritt zur strukturellen Qualitätssicherung in der Notfallversorgung dar. Die nun vorgesehenen Änderungen bewegen sich im Spannungsfeld zwischen dem Anspruch auf flächendeckende Versorgung und dem Erhalt qualitätsgesicherter Mindeststandards.</p> <p>Aus Sicht der DGVS bieten die von den beiden notfallmedizinischen Fachgesellschaften in Deutschland, DIVI und DGINA, konsentierten Strukturempfehlungen für Zentrale Notaufnahmen aus dem Jahr 2024 (Brod et al., Notf Rettungsmed 2024) eine geeignete und evidenzbasierte Grundlage für die weitere Ausgestaltung der Notfallstufenregelungen. Die darin definierten Anforderungen an personelle und infrastrukturelle Mindeststandards sind insbesondere im Hinblick auf die Komplexität und Dringlichkeit interdisziplinärer Notfallsituationen, wie sie auch in der gastroenterologischen Akutversorgung regelmäßig auftreten, als fachlich sinnvoll und praktikabel einzustufen.</p>	
<p>§§ 16 und 21 1(1)</p> <p>1. Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt,</p>	<p>Änderungsvorschlag zu Satz 1 (1)</p> <p>Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen <b>und unteren Gastrointestinaltrakts einschließlich der Endoskopie des hepatobiliären Systems (ERC)</b>.</p> <p>Anmerkung: Die Kreislaufrelevante, zur Intensivpflichtigkeit führende Blutung ist nicht ausschließlich auf den oberen GI-Trakt beschränkt. Zudem bedarf die schwere akute Cholangitis mit Sepsis und beginnendem intensivpflichtigen Multiorganversagen die kontinuierliche Möglichkeit einer ERCP-gesteuerten Intervention</p>


## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
25. Juli 2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)

1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 Abs. 2 - Position DKG Ablehnung	Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschläge-Regelungen können nicht einfach der Notfallstufe 1 zugeordnet werden, wenn sie nicht die Strukturvoraussetzungen erfüllen. Die Notfallstufenregelungen umfasst ja gerade eine Mindest-Strukturqualität, die im Notfall besonders wichtig ist. Die Aushöhlung würde das gesamte System ad absurdum geführt.
§ 5 Abs. 2 Nummer 2 - Position KBV/LV Ablehnung	Belegärztinnen und Belegärzte bzw. Belegabteilungen können nur dann der Notfallversorgung zugerechnet werden, wenn sie auch vollumfänglich in der Notaufnahme tätig sind, und nicht nur „nebenbei“. Sie sind zudem nicht Teil der bestehenden Dienststrukturen des Krankenhauses. Eine gleichwertige Einordnung gegenüber angestellten Ärztinnen und Ärzten der Krankenhäuser, die in die klinischen Notfallversorgungsprozesse vollständig integriert sind, ist daher nicht möglich.

<p><b>§ 5 Abs. 2 Nummer 2 - Position GKV-SV/PatV</b></p>	<p>Die 30-Minuten-Regelung stellt seit vielen Jahren einen Streitpunkt dar, insbesondere wenn die Auslegung weiterhin so streng erfolgt wie bisher. Aus Sicht der Patientensicherheit und der Qualität ist die schnellstmögliche <u>persönliche Anwesenheit</u> des Hintergrunddienstes entscheidend. Eine ersatzlose Streichung der 30 Minuten Regel oder eine telemedizinische Beratung sind bei lebensbedrohlichen Erkrankungen keine Alternative.</p> <p>Wir sprechen uns dafür aus, eine Zeitregelung beizubehalten, empfehlen aber eine Ausweitung auf 40 Minuten ab Alarmierung.</p>
<p><b>§ 7 – Position GKV-SV</b> Modifizierte Zustimmung</p>	<p>Die Anforderungen an die Basisnotfallstufe stellt das Mindestmaß an notwendigen Strukturanforderungen für eine adäquate stationäre Notfallversorgung dar. Wir lehnen eine weitere Stufe, die es Krankenhäusern ermöglicht auch ohne Basisnotfallstufe noch an der Notfallversorgung teilzunehmen ab. Wenn Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen wollen, dann müssen sie zumindest ein absolutes Mindestmaß an struktureller, technischer und personeller Ausstattung 24/7 zur Verfügung stellen, ebenso einen Intensivbereich. Die Notfallstufe 1 stellt das absolute Mindestmaß dar, welches nicht unterschritten werden darf.</p> <p>Unter Punkt 1) Vorhaltung einer Fachabteilung gemäß § 5 Absatz 2 aus dem Gebiet der Inneren Medizin und aus dem Gebiet der Chirurgie. Hier muss ebenso eine anästhesiologische Versorgung gegeben sein.</p> <p>Unter Punkt 2) fordert der GKV-SV mindestens 500 Notfälle pro Jahr zwischen 22:00 und 5:00. Diese Zahl lehnen wir ab. Wenn die Strukturvoraussetzungen erfüllt sind, sollte die Notfallstufe erteilt werden können. Zudem stellt dies einen erneuten Mengenanreiz dar möglichst viele Notfälle zu versorgen.</p> <p>Unter Punkte 3) sollte konkretisiert werden, dass der Facharztstandard eingehalten wird.</p> <p>Unter Punkte 4) ein Krankenhaus der Notfallstufe 1 sollte mindestens 6 Intensivbetten vorhalten</p> <p>Unter Punkt 6) keine Fallzahlvorgabe, sondern nur die Strukturvoraussetzungen</p> <p>Ergänzung neu Punkt 8): 24/7 Verfügbarkeit von Notfall-Laboruntersuchungen innerhalb von maximal 2 Stunden bis zum Ergebnis. Point of Care Test für die Blutgasanalyse und Elektrolytbestimmung. D-Dimere und Troponin müssen innerhalb von 30 Minuten vorliegen.</p>
<p><b>§ 9 Nummer 1 – Position LV</b> Modifizierte Zustimmung</p>	<p>Auch wenn die in der Position des GKV-SV/PatV formulierte Anforderung, dass <u>mindestens fünf Fachärztinnen oder Fachärzte</u> für die Notfallversorgung benannt werden und der Zentralen Notaufnahme (ZNA) fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig zugeordnet sein müssen, ist zu bemerken, dass sich dies gerade auf der Stufe 1 nicht flächendeckend umsetzen lassen wird. <u>drei Fachärzte</u> definiert als Vollzeitäquivalente, sind das Minimum, um einen Basisdienst aufrecht zu erhalten.</p> <p>Die Position der LV sollte um das Wort „<u>Vollzeitäquivalente</u>“ ergänzt werden.</p>
<p><b>§ 9 Nummer 2 – Position GKV-SV/PatV/LV</b> Zustimmung</p>	<p>Die Forderung entspricht der Position der notfallmedizinischen Fachgesellschaften, die zuletzt zwischen DIVI und DGINA konzertiert wurde. Wir empfehlen den Beginn ab 1.1.2027 statt 2028.</p>

<p><b>§ 9 Nummer 3 – Position GKV-SV/PatV/LV</b> Zustimmung</p>	<p>Die Telemedizin ersetzt gerade bei schwer kranken Patienten <u>nicht</u> die Behandlung vor Ort, kann gleichwohl aber ergänzend hinzugezogen werden, wobei auch hier Facharztstandard und fachspezifische Beratung sichergestellt werden muss. Gerade Innere Medizin muss am Bett des Patienten erfolgen, um eine fundierte klinische Einschätzung abgeben zu können. Fernbehandlungen sind hierzu in der Notaufnahme nicht geeignet. Wir empfehlen aber die Ausweitung von <u>30 auf 40 Minuten</u> wie oben beschrieben.</p>
<p><b>§ 13 Abs. 1 – Position DKG</b> Ablehnung</p>	<p>Eine Fachabteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie ist aus medizinischer Sicht nicht äquivalent zu einer Fachabteilung für Allgemeinchirurgie. Insbesondere bei Krankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung mit Traumaversorgung werden beide Disziplinen zwingend benötigt.</p>
<p><b>§ 18 Abs. 1 – Position DKG</b> Ablehnung</p>	<p>Medizinisch ebenso wenig nachvollziehbar ist der Verzicht auf eine Fachabteilungen Innere Medizin, wenn es eine Kardiologie oder Gastroenterologie gibt. Die allgemeine Innere Medizin ist ganz wesentlich für die Versorgung der Bevölkerung. Es ist auch nicht verständlich, dass die Pneumologie als internistisches Fach offensichtlich nach Ansicht der DKG nicht entsprechend der Kardiologie und Gastroenterologie internistisch tätig ist. Zur Erläuterung: Pneumonie, Asthma oder COPD sind ebenso typische internistische Erkrankungen wie der Herzinfarkt. Gleiches gilt für die Hämato/Onkologie und Nephrologie.</p> <p>Wir schlagen aus internistischer Sicht vor, dass auf der Notfallstufe 2 <u>mindestens 3 der 4 folgenden internistischen Fachabteilungen vorhanden sind</u>:</p> <p>Innere Medizin und Kardiologie  Innere Medizin und Gastroenterologie  Innere Medizin und Pneumologie  Innere Medizin und Nephrologie</p> <p>Auf der <u>Notfallstufe 3</u> müssen alle 4 Fachabteilungen vorhanden sein.</p>
<p><b>§ 13 Abs. 3 Nummer 13 und 14</b></p>	<p>Geriatrie und Plastische und Rekonstruktive Chirurgie sind zwei wichtige Fächer, jedoch mit einem engeren medizinischen Feld. Die Hinzunahme zur Gruppe B würde dem Grundgedanken einer erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung der wichtigsten Fachdisziplinen zu Gunsten sehr spezialisierter Fächer verschieben und dadurch andere wichtige Fächer aussparen, die im Notfall oft gebraucht werden. Dies ist nicht im Sinne einer erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung.</p>
<p><b>§ 18 Abs. 3 Nummer 13 und 14</b></p>	<p>Wir schlagen nochmals aus internistischer Sicht vor, dass auf der Notfallstufe 2 <u>mindestens 3 der 4 folgenden internistischen Fachabteilungen vorhanden sind</u>:</p> <p>Innere Medizin und Kardiologie  Innere Medizin und Gastroenterologie  Innere Medizin und Pneumologie  Innere Medizin und Nephrologie</p> <p>Auf der <u>Notfallstufe 3</u> müssen alle 4 Fachabteilungen vorhanden sein.</p>

	Auch raten wir dringend die Fachabteilungen auf die Leistungsgruppensystematik umzustellen.
<b>§ 14 – Position LV</b> Modifizierte Zustimmung	Auch wenn es immer mehr Kolleginnen und Kollegen gibt, die eine Weiterbildung klinische Akut und Notfallmedizin durchlaufen, ist der Vorschlag der LV ein Kompromiss, der um das Wort „Vollzeitäquivalente“ ergänzt werden sollte.  Ab dem 1. Januar 2028 verfügen mindestens <u>sechs</u> Pflegekräfte über die Zusatzqualifikation Notfallpflege, anderweitig ist ein 24/7 Schichtbetrieb nicht abbildbar mit Ausfallzeiten.
<b>§ 15 – Position DKG</b> Zustimmung	Eine strikte Einhaltung von 60 Minuten entspricht nicht immer dem Klinikalltag, gerade in den Wintermonaten. Jeder Patient wird schnellstmöglich versorgt, das gebietet alleine schon die Grunderkrankung der Patienten, oft innerhalb der ersten Minuten oder Stunde. Auch im Schockraum kann und muss eine Intensivtherapie unter Umständen unmittelbar begonnen werden, sodass es keinen zwingenden oder Evidenz-basierten Grund für die 60 Minuten gibt.
<b>§ 20 – Position DKG</b> Zustimmung	
<b>§ 19 – Position LV</b> Zustimmung	Siehe §14
<b>§ 21 – Position DKG</b> Zustimmung	Eine SPECT/CT Kamera sowie eines Heißlabors mit Technetium Generator ist entbehrlich.
<b>§ 24 Abs. 2 Nummer 2 und 4</b> Zustimmung Position GKV-SV	Wir begrüßen die Einführung des Moduls Schwerverletztenversorgung ausdrücklich. Hier ist die Anwesenheit eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten unabdingbar.
<b>§ 26 Abs. 2 Nummer 3</b>	Wir begrüßen die Neufassung des § 26 Abs. 2 Nr. 3, spezialisierte Kliniken, die eine klar abgrenzbare Rolle in der Versorgung hochakuter Krankheitsbilder wie Myokardinfarkt oder Schlaganfall einnehmen, sachgerecht in das System der Notfallversorgung einzubinden – auch dann, wenn sie die Voraussetzungen für eine Zuordnung zu einer allgemeinen Notfallstufe gemäß § 3 nicht erfüllen. Eine Versorgung in spezialisierten Einzelkliniken ohne umfassende Notfallstruktur ist nur dann gerechtfertigt, wenn durch diese Einrichtungen eine relevante Versorgungslücke geschlossen wird, z.B. eine Spezialklinik eine Sonderleistung anbietet. Komplikationen aus anderen Fachgebieten können in der Regel nicht beherrscht werden, da diese Leistungsgruppen an den Standorten oft fehlen. Solche Komplikationen treten bei schweren Notfällen regelhaft auf.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.		
Vertreten durch: <span style="background-color: black; color: black;">[REDACTED]</span>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	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 zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
25 Juli 2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- **Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)**

- 1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Zu § 7 (Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung): Der Vorschlag des GKV-SV ist ausdrücklich zu begrüßen. Der Ansatz, sich bei der Definition der Nichtteilnahmestufe an der Basisnotfallstufe zu orientieren, ist sachgerecht und konsequent. Im Gegensatz dazu birgt der Vorschlag der DKG die Gefahr von Abgrenzungsproblemen.	<p>Die Basisnotfallstufe bildet die niedrigste Teilnahmeebene im System der gestuften Notfallstrukturen. Es ist daher nachvollziehbar, die Voraussetzungen für diese Stufe als Umkehrschluss für die Nichtteilnahme zu verwenden. Eine andere Herangehensweise könnte zu schwer abgrenzbaren Zwischenstufen führen, die weder die Anforderungen an eine Basisnotfallversorgung erfüllen noch klar der Nichtteilnahmestufe zuzuordnen sind. Ein Beispiel verdeutlicht dies: Ein Krankenhaus erfüllt sämtliche Mindestvorgaben nach § 7 und fällt somit formal nicht unter die Nichtteilnahmestufe. Der DKG-Vorschlag sieht in einem solchen Fall die Fachabteilung Frauenheilkunde als ausreichend an. Die Basisnotfallstufe gemäß § 8 verlangt jedoch explizit das Vorhandensein einer Fachabteilung für Innere Medizin sowie (Unfall-)Chirurgie. Eine isolierte Frauenheilkunde erfüllt diese Mindestanforderung nicht.</p> <p>Beim Vorschlag der DKG fehlen unter anderem die Anforderungen an ein System zur Behandlungspriorisierung sowie die Vorhaltung einer Intensivstation – beides zentrale Mindestvoraussetzungen der Basisnotfallstufe. Darüber hinaus nennt die DKG deutlich mehr mögliche Fachabteilungen als die in § 8 genannten, wobei sie es für ausreichend hält, wenn lediglich eine dieser Abteilungen vorhanden ist. Dies weicht von den klaren gesetzlichen Mindestanforderungen ab, die sowohl eine Fachabteilung für Innere Medizin als auch für (Unfall-)Chirurgie vorsehen.</p> <p>Insgesamt sollte darauf geachtet werden, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 3 Abs. 1 und § 4 nicht zu niedrig angesetzt werden. Krankenhäuser ohne ausreichende notfallmedizinische</p>

	<p>Infrastruktur dürfen nicht abschlagsfrei bleiben, das würde dem Sinn und Zweck der Abschläge widersprechen. Nur Einrichtungen mit der notwendigen fachlichen und strukturellen Eignung sollen an der Notfallversorgung teilnehmen können.</p>
<p>Zu Anlage I (Folgen der Nichteinhaltung von Mindestvoraussetzungen): Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass ein Verfahren bei Nichteinhaltung der Anforderungen der Notfallstufen nunmehr geregelt wird. Dem Vorschlag der DKG in § 3 Absatz 4, konkrete Sanktionen unmittelbar in den G-BA-Regelungen zu verankern, sollte allerdings nicht gefolgt werden.</p>	<p>In der Vergangenheit fehlte sowohl in den Notfallstufenregelungen als auch in der Notfallstufenvergütungsvereinbarung ein standardisiertes Verfahren zum Umgang mit temporären oder unterjährigen Abweichungen von den Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen. Die nun vorgeschlagenen Regelungen fördern Transparenz sowie ein einheitliches und rechtssicheres Vorgehen.</p> <p>Die DKG sieht in Anlage I § 3 Absatz 4 lit. a bis c konkrete Rechtsfolgen bei Nichteinhaltung der Anforderungen vor. Vor dem Hintergrund der Zuständigkeit des G-BA erscheint es jedoch nicht sachgerecht, dort unmittelbar Regelungen zum anteiligen oder vollständigen Wegfall von Zuschlägen zu treffen.</p> <p>Eine solche Konkretisierung sollte vielmehr im Rahmen der Notfallstufenvergütungsvereinbarung durch die zuständigen Vertragsparteien erfolgen. Der Vorschlag der GKV-SV geht hier den richtigen Weg, indem er eine Verweisung auf die Vereinbarung vornimmt und dort die relevanten Tatbestände für mögliche Vergütungsabschläge definiert.</p>

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Wir nehmen teil.</b>
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	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 zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
28.07.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- **Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)**
- 1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>§ 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen:</b></p> <p><b>Ergänzung:</b></p> <p>(4) im Rahmen der Ersteinschätzung soll in allen Stufen der Notfallversorgung ein Kurzscreening auf palliativen Versorgungsbedarf durchgeführt werden.</p>	<p>Es ist davon auszugehen, dass ca. 7% aller in Deutschland stationär behandelten Patient:innen einen palliativmedizinischen Versorgungsbedarf aufweisen (Meffert et al 2016). In Anbetracht der demographischen Entwicklung und wachsenden Zahl multimorbider Patient:innen in komplexen Erkrankungssituationen wird diese Zahl zunehmen. Insbesondere bei nicht-onkologischen Patient:innen wird der palliativmedizinische Versorgungsbedarf trotz hoher Symptomlast häufig zu spät oder gar nicht erkannt.</p> <p>Die zeitgerechte Integration palliativmedizinischer Expertise (durch ein Team der Spezialisierten Palliativversorgung, aber auch durch Qualifikation der Primärversorgenden) kann helfen, eine Fehlversorgung, z.B. durch Übertherapie am Lebensende, zu vermeiden. Durch Optimierung der Symptomkontrolle, insbesondere aber durch die Unterstützung in herausfordernden Therapieentscheidungen, kann die Krankenhausverweildauer verkürzt, Behandlungskosten gesenkt und Moral Distress im Behandlungsteam reduziert werden (Michels et al, 2023).</p> <p>Mit dem Palliative Care and Rapid Emergency Screening (P-CaRES) (Schmitz et al 2025) steht ein deutschsprachig validiertes Kurzscreening auf palliativen Versorgungsbedarf zum Einsatz in der Notaufnahme zur Verfügung.</p>
<p><b>§9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung</b></p>	<p>Aufgrund der zunehmenden Anzahl an zu versorgenden Palliativpatient:innen, ist davon auszugehen, dass es eine allgemeine</p>

<p>Spätestens ab dem 1. Januar 2027 verfügt eine Ärztin oder ein Arzt über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und eine Pflegekraft über die Zusatzqualifikation „Palliative Care“.</p>	<p>palliativmedizinische Basisqualifikation braucht, um z.B. das o.g. Screening zu etablieren und die daraus nötige Konsequenzen zu ziehen.</p>
<p><b>§ 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung</b></p> <p><b>Ergänzung:</b></p> <p>(3) Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an:</p> <p>15. Palliativmedizin</p>	<p>Ein positives Screening auf palliativmedizinischen Versorgungsbedarf (s.o.) sollte zu einer palliativmedizinischen Mitbeurteilung des / der Patient:in führen.</p> <p>In Häusern der erweiterten Notfallversorgung muss eine palliativmedizinische Basisqualifikation der notfallmedizinisch Tätigen vorhanden sein. Zusätzlich soll eine Abteilung der spezialisierten Palliativmedizin mit einem / einer Fachärzt:in mit ZWB Palliativmedizin 24/7 telefonisch / telemedizinisch verfügbar sein. Ist keine palliativmedizinische Mitbeurteilung vor Ort oder telemedizinisch möglich, sollte das Ergebnis des Screenings auf palliativmedizinischen Versorgungsbedarf bei Entlassung dem Hausarzt übermittelt werden, um entsprechende Maßnahmen einzuleiten und damit potentieller zukünftiger Fehlversorgung entgegenzuwirken.</p>
<p><b>§18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung</b></p> <p><b>Ergänzung:</b></p> <p>(3) Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an:</p> <p>15. Palliativmedizin</p>	<p>Ein positives Screening auf palliativmedizinischen Versorgungsbedarf (s.o.) sollte zu einer Mitbeurteilung des / der Patient:in durch die spezialisierte Palliativmedizin führen.</p> <p>In Häusern der erweiterten Notfallversorgung muss eine palliativmedizinische Basisqualifikation der notfallmedizinisch Tätigen vorhanden sein. Zusätzlich muss in Häusern der erweiterten Notfallversorgung eine Abteilung der spezialisierten Palliativmedizin mit einem / einer Fachärzt:in mit ZWB Palliativmedizin vor Ort sein sowie Nachts und am Wochenende in Rufbereitschaft / telemedizinisch erreichbar sein.</p>

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

<p><b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b></p>	<p><b>Begründung</b></p>
<p>Die tragenden Gründe berücksichtigen bislang keine palliativmedizinischen Aspekte. Wir regen an, die besonderen Bedarfe von Patient:innen mit begrenzter Lebenserwartung oder hohem Symptomdruck in der</p>	<p>Die tragenden Gründe legen zentrale Prinzipien der Neuregelung dar. Patient:innen mit palliativem Versorgungsbedarf stellen eine relevante Gruppe in Notaufnahmen dar. Eine frühzeitige Identifikation kann Fehlversorgung vermeiden und die Behandlungsqualität erhöhen. Studien belegen, dass etwa 7 % der stationär behandelten Patient:innen einen palliativmedizinischen Bedarf aufweisen (Meffert et al. 2016).</p>

Notfallversorgung künftig ausdrücklich mitzudenken.	
Wir empfehlen, die Relevanz eines palliativmedizinischen Kurzscreenings als Begründungselement in die tragenden Gründe aufzunehmen.	Mit dem P-CaRES-Screening (Schmitz et al. 2025) liegt ein valides Instrument zur Identifikation palliativer Versorgungsbedarfe in der Notaufnahme vor. Die Erwähnung solcher Instrumente in den tragenden Gründen würde verdeutlichen, dass strukturelle Mitbeurteilungen nicht dem Zufall überlassen bleiben dürfen.

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	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 zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
29. Juli 2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)
1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>II. Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen § 3 Absatz 2</p> <p><b>Stellungnahme Vorschlag der DKG wird unterstützt:</b> <i>Krankenhäuser, welche nicht nach Absatz 1 o-der 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.</i></p>	<p>Eine Einordnung von Spezialversorgern bzw. Fachkliniken, die nicht regulär an der Notfallversorgung teilnehmen, mindestens auf der Stufe 1 der Notfallversorgung wird ausdrücklich unterstützt. Spezialversorger und Fachkliniken sollten im Notfallsystem mit den entsprechenden Rechten und Pflichten versehen werden, wodurch die esentielle Rolle in der Patientenversorgung verdeutlicht wird.</p>

<p>§ 5 Absatz 2</p> <p><b>Stellungnahme</b>  <b>Vorschlag der DKG wird unterstützt:</b>  <del>innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar</del>  unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z. B. durch Bereitschafts-dienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.</p>	<p>Der Vorschlag entspricht der aktuellen Entwicklung technischer Hilfsmittel. Auf der Basis der unverzüglichen Einschätzung kann individuell entschieden werden, welche Maßnahmen in welcher Reihenfolge und Dringlichkeit bereits durch den anwesenden Arzt durchgeführt werden sollen und welche Maßnahmen einer fachärztlichen Durchführung bedürfen. Die unverzügliche fachärztliche Einschätzung wird in vielen Fällen sogar die Zeit zur Einleitung medizinisch notwendiger Maßnahmen im Vergleich zum GKV-SV/PatV-Vorschlag verkürzen.</p>
<p>III. Anforderungen an die Basisnotfallversorgung</p> <p>§ 9: Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung stellen die folgenden Qualifikationen des Fachpersonals sicher:</p> <p><b>Stellungnahme</b>  <b>Vorschlag der DKG wird unterstützt:</b></p> <p>1. Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung <i>verantwortliche Ärztin oder ein verantwortlicher Arzt</i> und eine <i>Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.</i></p>	<p>Das vorrangige Ziel ist eine Sicherstellung der Basisversorgung. Das Vorhandensein eines verantwortlichen Arztes bzw. einer verantwortlichen Ärztin ist notwendig und sollte auch entsprechend geregelt werden. Eine darüber hinausgehende und insbesondere zeitgleiche Vorhaltung von mehreren Fachärztinnen bzw. Fachärzten, die räumlich und organisatorisch der Notfallversorgung zuzuordnen sind, erscheint unverhältnismäßig im Vergleich zum Ziel der Sicherstellung einer Basisversorgung. Auch in der Anlage 2 (tragende Gründe) lässt sich keine belastbare Begründung für die Anzahl von genau drei oder fünf Fachärztinnen bzw. Fachärzten finden.</p>
<p>§ 9: Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung stellen die folgenden Qualifikationen des Fachpersonals sicher:</p> <p><b>Stellungnahme</b>  <b>Vorschlag der DKG wird unterstützt:</b></p> <p>2. Spätestens ab dem 1. Januar 2027 verfügen zwei Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und zwei Pflegekräfte über die Fachweiterbildung „Notfallpflege“. Davon kann maximal eine Ärztin oder ein Arzt bzw. eine Pflegekraft in Weiterbildung angerechnet werden.</p>	<p>Die Frist zum 1. Januar 2026 ist für viele Kliniken <u>nicht</u> zu erreichen. Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG an.</p> <p>Eine ausreichende Zahl von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzweiterbildung ist derzeit nicht vorhanden. Wir bitten den G-BA, sich bei den Landesärztekammern für eine Öffnung der Übergangsfristen zum Erwerb der Zusatzweiterbildung einzusetzen.</p>

<p>III. Anforderungen an die Basisnotfallversorgung</p> <p>§ 9: Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung stellen die folgenden Qualifikationen des Fachpersonals sicher:</p> <p><b>Stellungnahme</b></p> <p><b>Vorschlag der DKG wird unterstützt:</b></p> <p><i>3. Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt <del>im Bereich der Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin</del> sowie eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.</i></p>	<p>s. Begründung unter §9, Punkt 1</p>
<p>IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung</p> <p>§ 13 Absatz 2, 3</p> <p><b>Stellungnahme</b></p> <p><i>Innere Medizin und Pneumologie ist der Kategorie A zuzuordnen</i></p>	<p>Ein erheblicher Teil der internistischen Notfälle entfällt auf das Gebiet der Pneumologie. Eine Zuordnung zu Kategorie B wird dieser Bedeutung und dem damit verbundenen Patientenaufkommen nicht gerecht.</p> <p>Siehe Randerath et al. 2018 <a href="https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-0775-3517?cooperation=HJnAUZRNLUimt6lWiwtJYbCwIw6oNZjz7AKfpeSK">https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-0775-3517?cooperation=HJnAUZRNLUimt6lWiwtJYbCwIw6oNZjz7AKfpeSK</a></p>
<p>IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung</p> <p>§ 14</p> <p><b>Stellungnahme</b></p> <p>Die Frist zum 1. Januar 2026 ist für viele Kliniken <u>nicht</u> zu erreichen.</p>	<p>Siehe Kommentar zu III. § 9, 2</p>
<p>V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung</p> <p>§ 18 Absatz 2, 3</p> <p><b>Stellungnahme</b></p> <p><i>Innere Medizin und Pneumologie sind der Kategorie A zuzuordnen</i></p>	<p>Ein erheblicher Teil der internistischen Notfälle entfällt auf das Gebiet der Pneumologie. Eine Zuordnung zu Kategorie B wird dieser Bedeutung und dem damit verbundenen Patientenaufkommen nicht gerecht.</p> <p>Siehe Randerath et al. 2018 <a href="https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-0775-3517?cooperation=HJnAUZRNLUimt6lWiwtJYbCwIw6oNZjz7AKfpeSK">https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/a-0775-3517?cooperation=HJnAUZRNLUimt6lWiwtJYbCwIw6oNZjz7AKfpeSK</a></p>
<p>V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung</p> <p>§20</p> <p><b>Stellungnahme</b></p>	<p>Auch wenn der Begriff „schnellstmöglich“ keine zeitlich präzise Größenordnung darstellt, sollten sich die internen Abläufe an der Versorgungsqualität und Patientensicherheit orientieren, und nicht an einer arbiträren zeitlichen Vorgabe. Allerdings sollte der nicht klar definierte</p>

<p><b>Vorschlag der DKG wird unterstützt:</b></p> <p><i>Es besteht eine <b>schnellstmögliche</b> Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige <b>Intensivpatientinnen</b> Intensivpatienten auf die Intensivstation. <del>innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.</del></i></p>	<p>Begriff „schnellstmöglich“ zumindest mit einer zeitlichen Orientierung konkretisiert werden, um einer missbräuchlichen Auslegung vorzubeugen.</p>
<p>V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung § 21 Absatz 1</p> <p><b>Stellungnahme</b></p> <p><b>Vorschlag der DGK wird unterstützt:</b></p> <p><i>keine Ausstattung mit SPECT/CT Kamera so-wie eines Heißlabors mit Technetium Generator erforderlich.</i></p>	
<p>VI. Spezielle Notfallversorgung § 23</p> <p><b>Stellungnahme</b></p> <p><b>Vorschlag der DKG wird unterstützt:</b></p> <p><i>Gemäß § 4 können Krankenhäuser aufgrund der Teilnahme an einer speziellen Notfallversorgung einer der in § 3 Absatz 1 benannten Stufen zugeordnet werden. Die Anforderungen nach Satz 1 werden in den §§ 24 bis 28 für die einzelnen Module der speziellen Notfallversorgung festgelegt.</i></p>	<p>Eine Einordnung der Spezialversorger in das System mit den entsprechenden Rechten und Pflichten ist essenziell und muss in der Regelung entsprechend deutlich gemacht werden (s. auch Kommentar unter §3 Absatz 2)</p>
<p>§ 26 Absatz 2, 3.</p> <p><b>Stellungnahme zu Vorschlag GKV-SV</b></p> <p>b) „pneumologische“ statt „pulmonologische“</p> <p><b>Stellungnahme zu Vorschlag der DKG/LV</b></p> <p><b>Vorschlag der DKG wird unterstützt</b></p>	<p>Insbesondere die Punkte d) ii. und iii. des Vorschlags des GKV-SV würden zu einer zusätzlichen Bürokratie ohne erkennbaren Mehrwert führen und werden deshalb ausdrücklich nicht unterstützt, insbesondere da deren hochkomplexe Umsetzung nicht notwendigerweise zu einer Präzisierung führen würde. Die entsprechende Ausweisung durch das jeweilige</p>

<p><i>in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser, die aufgrund krankenhauplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhauplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24-Stunden an 7 Tagen pro Woche jederzeit (24/7) an der Notfallversorgung teilnehmen.</i></p>	<p>Bundesland sollte ausreichende Grundlage sein. Eine Fachklinik sollte das gesamte Spektrum der Disziplin abbilden und nicht nur wenige DRG des jeweiligen Fachs. Eine hohe Anzahl von Leistungen im Fach insgesamt und in der Intensivversorgung des betreffenden Fachs sind jedoch nachzuweisen.</p>

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<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 Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.  
(Prof. Dr. Winfried Randerath, Prof. Dr. Thomas Bahmer)

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.

BDA / DGAI • Neuwieder Straße 9 • 90411 Nürnberg

GESCHÄFTSSTELLE

AWMF e.V.  
Arbeitsgemeinschaft der  
Wissenschaftlichen Medizinischen  
Fachgesellschaften  
Birkenstr. 67  
10559 Berlin

Telefon: 0911 / 933 780  
E-Mail: bda@bda-ev.de  
E-Mail: dgai@dgai-ev.de

Nürnberg, 29. Juli 2025

**Entwurf einer Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in den Krankenhäusern gemäß §136c Absatz 4 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) (Notfallstufenregelung – Nfst-R)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachstehend erhalten Sie unsere gemeinsame Stellungnahme von Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA) mit dem Bearbeitungsstand vom 11. Juli 2025.

**Grundsätzliche Bewertung des Entwurfes**

Grundsätzlich begrüßen der BDA und DGAI den Entwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Notfallstufen-Regelung.

Die geplanten Regelungen zielen darauf ab, die Akut- und Notfallversorgung in den deutschen Krankenhäusern effizienter und in vergleichbarer Qualität zu gestalten. Grundsätzlich unterstützen BDA und DGAI inhaltlich die Kommentierung des Spitzenverbandes des Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV).

Dennoch möchten wir auf einige Aspekte hinweisen und unsere Positionen einbringen.

Stellungnahme im Einzelnen:

**Zu § 5 Grundlagen des Stufenmodells Absatz 2 Satz 2 Anmerkung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)**

Beabsichtigte Regelung

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 entsprechende Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit 24 Stunden am Tag und sieben Tage pro Woche innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.

### Stellungnahme

Die von der KBV geforderte Ergänzung von Belegärztinnen und Belegärzten als Äquivalent zu in den Kliniken festangestellten Fachärztinnen und Fachärzten hinsichtlich der Erfüllbarkeit der Vorgabe einer sichergestellten Präsenz an der Patientin oder am Patienten kritisch gesehen. Ein Direktionsrecht der Leitungen der entsprechenden Kliniken und der jeweiligen ZNA gegenüber den betreffenden Kolleginnen und Kollegen besteht nicht, daher ist eine entsprechende Weisung nur über z.B. Dienstvereinbarungen zu realisieren.

### **Zu § 7 Stufen der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung**

#### Beabsichtigte Regelung

Krankenhausstandorte die nicht nach §3 Absatz 1 oder §4 an der Notfallversorgung teilnehmen, sind der Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zuzuordnen, wenn sie nicht sämtliche der folgenden Mindestvorgaben erfüllen:

#### Kommentar der GKV

1. Vorhaltung einer Fachabteilung gemäß §5 Absatz 2 aus dem Gebiet der Inneren Medizin und aus dem Gebiet der Chirurgie
2. Vorhaltung einer Zentralen Notaufnahme mit der jederzeitigen (24/7) Aufnahmebereitschaft von stationären Notfällen. Die jederzeitige Aufnahmebereitschaft ist regelhaft erfüllt, wenn in den Nebenzeiten von 20:00 Uhr und 05:00 Uhr des Folgetages die stationäre Aufnahme von 500 Patientinnen und Patienten pro Jahr nachgewiesen wird.

## Stellungnahme

In den Ausführungen des GKV SV findet das Fachgebiet der Anästhesiologie keine Erwähnung. Die Anästhesiologie repräsentiert regelhaft eine der größten Fachabteilungen in den Kliniken und ist regelhaft wesentlich an der notfallmedizinischen und intensivmedizinischen Versorgung von Notfällen innerhalb der Kliniken beteiligt. Darüber hinaus stellt die Anästhesiologie regelhaft einen wesentlichen Anteil der Notärztinnen und Notärzte in der präklinischen rettungsdienstlichen Versorgung. Über die fünf Säulen der Anästhesiologie, Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin sind Anästhesiologinnen und Anästhesiologen in der täglichen Praxis mit dem Management kritisch kranker Patientinnen und Patienten betraut. Daher sollten aus der Sicht von DGAI und BDA die Mindestanforderungen an die vorzuhaltenden Fachabteilungen um die Fachabteilung Anästhesiologie ergänzt werden. Eine operative Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die geforderte Fachabteilung der Chirurgie ist ohne die Vorhaltung einer Fachabteilung für Anästhesiologie nicht möglich.

### **Zu § 8 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung, § 13 Art und Umfang der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung und § 18 Art und Umfang der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung**

Beabsichtigte Regelung

§ 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

§ 13 Art und Umfang der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung

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.

§ 18 Art und Umfang der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung

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.

## Stellungnahme

In den Absätzen 2 und 3 findet das Fachgebiet der Anästhesiologie keine Erwähnung. Die Anästhesiologie repräsentiert regelhaft eine der größten Fachabteilungen in den Kliniken und ist regelhaft wesentlich an der notfallmedizinischen und intensivmedizinischen Versorgung von Notfällen innerhalb der Kliniken beteiligt. Darüber hinaus stellt die Anästhesiologie regelhaft einen wesentlichen Anteil der Notärztinnen und Notärzte in der präklinischen rettungsdienstlichen Versorgung. Über die fünf Säulen der Anästhesiologie, Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin sind Anästhesiologinnen und Anästhesiologen in der täglichen Praxis mit dem Management kritisch kranker Patientinnen und Patienten betraut. In der Versorgung von schwerverletzten oder schwer erkrankten Patientinnen und Patienten leisten Anästhesiologinnen und Anästhesiologen einen entscheidenden Beitrag. Für das Basisteam einer Schockraumversorgung wird die Anwesenheit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Anästhesiologie sowohl im Weißbuch zur Schwerverletztenversorgung als auch in §24 Absatz 2 Satz 3c gefordert. Daher sollten aus der Sicht von DGAI und BDA die Anforderungen an die vorzuhaltenden Fachabteilungen gemäß §§ 8, 13 und 18 um die Fachabteilung Anästhesiologie ergänzt werden. Eine operative Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die operativen Fachabteilungen ist ohne die Vorhaltung der Anästhesiologie nicht möglich. Diese Versorgung kann nur dann gerade bei kritisch kranken oder verletzten Patientinnen und Patienten unverzüglich erfolgen, wenn sich auch Anästhesistinnen und Anästhesisten, im Sinne einer Vorhaltung als eigene Fachabteilung, unmittelbar vor Ort befinden. Darüber hinaus ist die Anwesenheit einer Anästhesistin/eines Anästhesisten während der Schockraumversorgung schwerverletzter Patientinnen und Patienten sowohl eine zentrale Anforderung im Weißbuch der Schwerverletztenversorgung und der S3 Leitlinie zur Versorgung Schwerverletzter und wird auch konsequenterweise im vorliegenden Gesetzentwurf unter §24 im Modul Schwerverletztenversorgung gefordert. Daraus ergibt sich die logische Konsequenz, die Anforderungen gemäß der §§ 8,13, und 18 um die Fachabteilung der Anästhesiologie zu ergänzen.

### **Zu § 11 Medizinisch-technische Ausstattung der Basisnotfallversorgung, § 16 Medizinisch-technische Ausstattung der erweiterten Notfallversorgung, § 21 Medizinische-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung**

Beabsichtigte Regelung

#### § 11 Medizinisch-technische Ausstattung der Basisnotfallversorgung

(1) Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung verfügen über die für die Durchführung von Diagnostik und Therapie nach aktuellem medizinischem Standard erforderliche medizinisch-technische Ausstattung. Insbesondere 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 Stunden/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.

#### § 16 Medizinisch-technische Ausstattung 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) Es ist eine Hubschrauberlandestelle vorzuhalten. 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 Sätze 1 und 2 Vorhaltung nach Satz 1 eine Einstufung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 erfolgen, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind.

#### § 21 Medizinische-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung

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

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) Es ist eine Hubschrauberlandestelle vorzuhalten. 2 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 Sätze 1 und 2 eine Einstufung nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 erfolgen, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind.

### Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßen DGAI und BDA die Regelungen zur medizinisch-technischen Vorhaltung in den einzelnen Notfallstufen. Eine Berücksichtigung der fachlichen Ausarbeitungen zur Struktur und Ausstattungen von Zentralen Notaufnahmen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) aus dem Jahr 2024, welche sich intensiv mit der Vorhaltung diagnostischer und therapeutischer Verfahren in einer ZNA auseinandersetzen, sollte hier Berücksichtigung finden. Darüber hinaus stellen die eher generellen Regelungen in den § 11, §16 und §21 einen internen Widerspruch zu den detaillierten Regelungen zur medizinisch-technischen und personellen Ausstattung in § 24 Modul Schwerverletztenversorgung da. Hier sollte eine Anpassung im Grad der Detaillierung erfolgen um eine einheitliche Richtschnur darzustellen.

### **Zu § 24 Modul Schwerverletztenversorgung Absatz 3**

#### Beabsichtigte Regelung

3. Als Basisteam für den Schockraum sind jederzeit (24/7) präsent:
  - 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 (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,
  - f) eine medizinisch-technische Radiologiefachkraft (MTRA).

### Stellungnahme

Die DGAI und der BDA begrüßen ausdrücklich die verbindliche Forderung eines gültigen Zertifikats im Schockraummanagement. Die alleinige Nennung eines Kursformats im Gesetzestext reflektiert aber nicht die Verfügbarkeit weiterer international und national anerkannter Kursformate und Zertifikate des Schockraummanagements. Hier sollte entweder eine generische Formulierung gefunden oder weitere anerkannte Zertifikate benannt werden.

## **§ 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen Absatz 5**

5. Ausbildung:

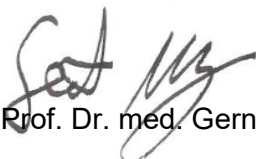
- a) Assistent/in oder Assistent: Mindestens 2 Jahre internistische/kardiologische Berufserfahrung, ausreichende Intensivverfahren, Echokardiographieerfahrung, Erfahrung auf dem Gebiet der kardiovaskulären Prävention,
- b) b) Oberarzt/ oder Oberärztin: Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und 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.

### Stellungnahme

Die in § 28 Absatz 5 d klare formulierte Regelung einer verpflichtenden Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in erweiterten Reanimationsmaßnahmen wird ausdrücklich begrüßt. In den Regelungen dieses Gesetzes zur basis-, erweiterten- und umfassenden Notfallversorgung werden solche expliziten Regelungen zur Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht getroffen. Der überwiegende Teil der Notfallpatientinnen und Notfallpatient wird in Krankenhäusern der oben genannten Versorgungstufen betreut. Dies trifft ebenso auf Patientinnen und Patienten mit koronaren Durchblutungsstörungen, als auch auf andere Krankheitsbilder zu. Generell haben Notfallpatientinnen und Notfallpatienten ein deutlich erhöhtes Risiko, einen unerwarteten Zwischenfall zu erleiden und Maßnahmen der Wiederbelebung zu bedürfen. Daher scheint es angebracht, die Regelung aus § 28 auch auf die Vorgaben für Einrichtungen der basis-, erweiterten- und umfassenden Notfallversorgung anzuwenden.

Mit freundlichen Grüßen

  
Prof. Dr. med. Grietje Beck

  
Prof. Dr. med. Gernot Marx

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

<p>Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)</p>
<p>11. Juli 2025</p>

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)
1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Siehe anliegendes Schreiben	Siehe anliegendes Schreiben

2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Siehe anliegendes Schreiben	Siehe anliegendes Schreiben

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

**Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)**  
**Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)**

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



**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) e.V.
Stellungnahme vom 29.07.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)

1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung</b> <b>§ 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung</b> (3) 1. Innere Medizin und Pneumologie, 2. Kinder- und Jugendmedizin, 3. Kinderkardiologie, 4. Neonatologie, 5. Kinderchirurgie, 6. Gefäßchirurgie, 7. Thoraxchirurgie, 8. Urologie,	Die Fachabteilung Innere Medizin und Nephrologie sollte <b>mindestens in der Kategorie B</b> Berücksichtigung finden; <b>sachgerecht wäre auch eine Berücksichtigung in Kategorie A</b> , ähnlich wie die Fachabteilungen Innere Medizin und Kardiologie sowie Innere Medizin und Gastroenterologie, denn die Nephrologie spielt eine sehr zentrale Rolle in der Notfallversorgung von Organ- und Elektrolytstörungen. Bei akut und kritisch kranken Patienten und Patientinnen sind die Nieren eines der am häufigsten beeinträchtigten Organsysteme. Zu berücksichtigen sind dabei insbesondere die folgenden Krankheitsbilder:  <b>Akute Nierenfunktionseinschränkung („acute kidney injury“, AKI)</b> AKI ist eine häufige Komplikation bei Patientinnen und Patienten, die sich in Notaufnahmen vorstellen; sie betrifft bis zu 10 % aller Vorstellungen und ist mit einem schlechten Outcome assoziiert <sup>1</sup> . Dabei beruhen etwa 10-20 % der AKI-Fälle auf einer spezifischen Nierenkrankheit <sup>2</sup> . Um dies zu erkennen und in den diversen Konstellationen eine Erholung der Nierenfunktion zu ermöglichen, sind differenzierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen nötig. Das Spektrum reicht von differenzierter Plasma- und Urindiagnostik über die Nierenbiopsie bis hin zur Einleitung einer Immunsuppression. Häufig wird die Nierenschädigung übersehen, und keine adäquate Diagnostik eingeleitet; für eine adäquate Versorgung sind daher

<sup>1</sup> Cheung TY, Lam K, Leung SC, Rainer TH. Clinical epidemiology and outcomes of emergency department-acute kidney injury: A systematic review. *Heliyon*. 2024 May 4;10(9):e30580. DOI: [10.1016/j.heliyon.2024.e30580](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e30580)

<sup>2</sup> Goicoechea M, Rivera F, Lopez-Gomez JM. Increased prevalence of acute tubulointerstitial nephritis. *NDT* Volume 28, Issue 1, January 2013. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfs143>

<p>9. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, 10. Augenheilkunde, 11. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, 12. Innere Medizin und Onkologie <b>13. Innere Medizin und Nephrologie</b></p>	<p>nephrologische Abteilungen in besonderer Weise prädestiniert<sup>3</sup>. Durch frühzeitige Einbindung nephrologischer Expertise in die Betreuung kann die Prognose dieser Patienten und Patientinnen nachhaltig verbessert werden<sup>4</sup>.</p> <p><b>Elektrolytstörungen</b> Akute Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts gehören zu den häufigen internistischen Notfallbildern. Neben der Hyperkaliämie ist die Hyponatriämie besonders hervorzuheben – sie die häufigste Elektrolytstörung im klinischen Alltag, die sich bei bis zu 10 % der Vorstellungen in Notaufnahmen zeigt<sup>5</sup>. Die symptomatische Hyponatriämie erfordert eine zeitnahe Diagnose und Therapie; ansonsten ist sie mit Komplikationen, längerem Krankenhausaufenthalt und hoher Mortalität assoziiert<sup>6</sup>. Sowohl die diagnostische Einordnung als auch die Behandlung von Hyponatriämien sind allerdings häufig eine Herausforderung. Die individuelle und zielgerichtete Versorgung von Elektrolytstörungen gehört zu den spezifischen Inhalten der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Nephrologie<sup>7</sup>.</p> <p><b>Intoxikationen</b> Wenn ein Risiko für eine lebensbedrohliche Vergiftung oder eine damit im Zusammenhang stehende Komplikation anzunehmen ist, und keine effektivere Behandlungsalternative zu Verfügung steht, müssen verschiedene extrakorporale Verfahren wie die Dialyse oder Plasmapherese zum Einsatz kommen können; dies dient einerseits der sekundären Giftelemination, andererseits aber auch zur Therapie konsekutiv aufgetretener Komplikationen wie z. B. des akuten Nierenversagens. Auch hier sollte nephrologische Expertise hinzugezogen werden<sup>8</sup>.</p> <p><b>Versorgung von Patientinnen und Patienten nach Nierentransplantation oder Bedarf an Dialysetherapie</b> Darüber hinaus werden in Notaufnahmen auch transplantierte und dialysepflichtige Patienten und Patientinnen vorstellig. Insbesondere Hämodialysepatientinnen und -patienten weisen i.d.R. eine komplexe Multimorbidität auf und gehören zu den Patientengruppen mit dem höchsten Risiko. Die Peritonealdialyse (PD) ist dem Grunde nach zur selbständigen Durchführung durch die Patientin oder den Patienten angelegt. Diese Fähigkeit kann aber in der Notfallsituation stark beeinträchtigt sein; darüber hinaus können auch spezifische Probleme wie Katheterinfekte die Patientin oder den Patienten in eine Notfallsituation bringen und eine spezifisch-nephrologische Intervention erfordern.</p> <p>Die Betreuung umfasst dabei sehr spezifische Therapieoptionen, insbesondere nephrologische Maßnahmen wie die (Wieder-) Einleitung der Hämodialyse oder Peritonealdialyse, die Betreuung eines Dialyse-Shunts oder die Anpassung der Immunsuppression bei Patientinnen und Patienten mit Nierentransplantat.</p>
--	---

<sup>3</sup> Mitchell JMS et al. Patterns in Emergency Clinician Management of Acute Kidney Injury. AJKD Volume 85, Issue 1p124-127January 2025, DOI: [10.1053/j.ajkd.2024.05.017](https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2024.05.017)

<sup>4</sup> Perez-Valdivieso JR, Bes-Rastrollo M, Monedero P, de Irala J Lavilla FJ. Prognosis and serum creatinine levels in acute renal failure at the time of nephrology consultation: an observational cohort study. BMC Nephrology volume 8, Article number: 14 (2007) <https://doi.org/10.1186/1471-2369-8-14>

<sup>5</sup> Lindner G, Schwarz C, Haidinger M, Ravioli S: Hyponatremia in the emergency department. The American Journal of Emergency Medicine. Volume 60, October 2022, Pages 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.07.023>

<sup>6</sup> Otterness K, Singer A, Thode HC, Peacock WF. Hyponatremia and hypernatremia in the emergency department: severity and outcomes. Clin Exp Emerg Med. 2023 Jun;10(2):172-180. doi: [10.15441/ceem.22.380](https://doi.org/10.15441/ceem.22.380)

<sup>7</sup> Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO) S. 184

[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20250703\\_Muster-Weiterbildungsordnung-2018.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20250703_Muster-Weiterbildungsordnung-2018.pdf)

<sup>8</sup> AWMF Leitlinie [https://register.awmf.org/assets/guidelines/040-017l\\_S3\\_Nierenersatztherapie-Intensivmedizin\\_2025-06.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/040-017l_S3_Nierenersatztherapie-Intensivmedizin_2025-06.pdf)

	<p><b>Sonstige akute Krankheitsbilder</b> Auch akute Formen des Lungenödems können eine akute Auffangdialyse erfordern, die als intermittierende Hämodialyse der nephrologischen Expertise bedarf.</p>
<p><b>§ 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung</b></p> <p>(1) Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 zu jederzeit (24/7) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt,</li> <li>2. kontinuierliche Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI),</li> <li>3. Magnetresonanztomographie (MRT) und</li> <li>4. Medizinisch-technische Ausstattung zur Primärdiagnostik des Schlaganfalls und Möglichkeit zur Einleitung einer Initialtherapie (Fibrinolyse oder interventionelle <b>und</b></li> </ol> <p><b>5. Vorhaltung der apparativen Möglichkeit zur kontinuierlichen und intermittierenden Dialyse in den entsprechenden Krankenhäusern (in Kooperation mit der Nephrologie oder der Intensivmedizin)</b></p>	<p>Bei der Versorgung der unter § 13 genannten Indikationen (akute Nierenfunktionseinschränkung, Elektrolytstörungen, Intoxikationen und der Versorgung von chronisch nierenkranken und transplantierten Patientinnen und Patienten) kann es akut zum Auftreten einer dringenden Dialyseindikation kommen. Bisher wird die Vorhaltung der Möglichkeit zur Dialyse nur im Modul Schwerverletztenversorgung vorgesehen. Es sind aber nicht nur Schwerverletzte betroffen, auch bei anderen Notfallpatientinnen und -patienten findet sich häufig eine Dialysenotwendigkeit<sup>9</sup>.</p> <p>Zu den verschiedenen Szenarien einer Notfalldialyse gehören sowohl Geräte für die intermittierende und kontinuierliche Dialyse, die Ausstattung für Peritonealdialyse (CAPD und Cyler) aber auch Geräte für die Apherese (Plasmapherese und die Immunabsorption)<sup>10</sup>. Im ‚Dialysestandard Krankenhaus‘ der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN), der auch bei der AWMF als S1-Leitlinie „Anforderungen an die Strukturqualität für intermittierende und kontinuierliche Nierenersatztherapie im Krankenhaus“ vorliegt<sup>11</sup>, sind die genauen Anforderungen für die einzelnen Verfahren zusammengestellt.</p> <p>Dabei umfasst das Spektrum <b>intermittierender extrakorporaler Nierenersatztherapie (NET)</b> die intermittierende sowie die verlängert intermittierende Hämodialyse (iHD), intermittierende Hämofiltration (iHF) und intermittierende Hämodiafiltration (iHDF). Alle eingesetzten Hämodialysegeräte müssen dem Stand der Technik entsprechen und sollen die Patientinnen und Patienten weitgehend vor Risiken während der Behandlung schützen. Die verwendeten Materialien dürfen keine toxischen Reaktionen verursachen und müssen auf Sterilität, Pyrogenfreiheit und Unversehrtheit der Membran geprüft worden sein. Die Geräte müssen entsprechend des Medizinproduktegesetzes (MPG) zertifiziert sein und entsprechend den Herstellervorschriften gewartet und betrieben werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Desinfektion der Geräte. Alle Hämodialysegeräte müssen mit einer Volumenbilanzierung (gesteuerte Ultrafiltration) und Sterilfiltern im Dialysatkreislauf ausgestattet sein, um eine Dialyse mit high-flux-Dialysatoren zu ermöglichen. Für die Durchführung von online-HF und online-HDF sind Geräte mit doppelter Sterilfiltration der Dialysier- oder Substitutionslösung erforderlich. Dialysegeräte, die für intermittierende extrakorporale NET eingesetzt werden, müssen einen Blutfluss von mindestens 250 ml/min und einen Dialysatfluss von mindestens 250 ml/min gewährleisten. Die Bereitstellung des für die Herstellung der Dialysierlösung benötigten Reinwassers erfolgt entweder durch eine mobile Einzelplatz-Osmoseanlage oder durch eine zentrale Osmoseanlage<sup>12</sup>.</p> <p>Das Spektrum <b>kontinuierlicher extrakorporaler NET</b> umfasst die kontinuierliche venovenöse Hämodialyse (CVVHD), die kontinuierliche venovenöse Hämofiltration (CVVHF), die kontinuierliche venovenöse Hämodiafiltration (CVVHDF) sowie die Slow Continuous Ultrafiltration (SCUF).</p>

<sup>9</sup> Fuhrmann DY, Kane-Gill S, Goldstein SL, Kellum JA. Acute kidney injury epidemiology, risk factors, and outcomes in critically ill patients 16–25 years of age treated in an adult intensive care unit. *Annals of Intensive Care* volume 8, Article number: 26 (2018) <https://doi.org/10.1186/s13613-018-0373-y>

<sup>10</sup> AWMF Leitlinie [https://register.awmf.org/assets/guidelines/040-0171\\_S3\\_Nierenersatztherapie-Intensivmedizin\\_2025-06.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/040-0171_S3_Nierenersatztherapie-Intensivmedizin_2025-06.pdf)

<sup>11</sup> AWMF Leitlinie [https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-0041\\_S1\\_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus\\_2022-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-0041_S1_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus_2022-07.pdf)

<sup>12</sup> AWMF Leitlinie [https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-0041\\_S1\\_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus\\_2022-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-0041_S1_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus_2022-07.pdf) (Kap. 2)

	<p>Diese Verfahren bedürfen in Durchführung und Überwachung einer speziellen ärztlichen und pflegerischen Expertise und sind mit einem erhöhten medizinischen Aufwand z. B. bezüglich Antikoagulation verbunden. Für kontinuierliche Dialysebehandlungen werden ausschließlich Schlauchsysteme eingesetzt, die für die Verwendung mit dem jeweiligen Dialysegerät zugelassen sind. Der Blutfluss muss am Dialysegerät stufenlos zwischen 50 und mindestens 300 ml/min regulierbar sein. Ebenso muss der Dialysatfluss am Dialysegerät stufenlos zwischen 50 und mindestens 300 ml/min regulierbar sein. Für kontinuierliche Dialyseverfahren zugelassene Lösungen für Dialysat bzw. Substitutat müssen in Beuteln zur Verfügung gestellt werden<sup>13</sup>.</p> <p>Die <b>Peritonealdialyse</b> ist als kontinuierliches Verfahren mit mehreren täglichen manuellen Wechseln der Dialysierflüssigkeit so angelegt, dass sich intraperitoneal immer Dialysat befindet (kontinuierliche ambulante PD, CAPD). Durch Nutzung von maschinellen Cyclern können Verweilzeit und Wechselfrequenz angepasst werden. In Abhängigkeit davon, ob sich auch außerhalb der am Cyclus verbrachten Zeit Dialysat im Bauchraum befindet, werden kontinuierliche (kontinuierliche Cyclus-unterstützte PD, CCPD) und intermittierende PD-Verfahren (automatisierte PD, APD; nächtliche intermittierende PD, NIPD) unterschieden. PD-Behandlungen dürfen nur mit den für das zur Anwendung vorgesehene PD-Verfahren und das dafür verwendete PD-System mit den entsprechend zugelassenen PD-Lösungen und PD-Cyclern durchgeführt werden<sup>14</sup>. Es müssen spezifische Überleitungsstücke, Adapter und Schlauchsysteme für das verwendete PD-System, sowie Beutel mit Dialysierlösung in unterschiedlichen Glukose-Konzentrationen vorgehalten werden. Neben den Materialien muss auch eine spezifische IT-Struktur implementiert sein. Um diese Verfahren sicher durchführen zu können, müssen besondere Anforderungen an die Hygiene und die räumlichen Strukturen eingehalten werden.</p>
<p><b>V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung</b></p> <p><b>§ 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung</b></p> <p>(3)</p> <p>...</p> <p>12. Innere Medizin und Onkologie</p> <p><b>13. Innere Medizin und Nephrologie</b></p>	<p>Wie in der erweiterten Notfallversorgung sollte auch in der umfassenden Notfallversorgung die Fachabteilung Innere Medizin und Nephrologie <b>mindestens in der Kategorie B</b> Berücksichtigung finden; <b>sachgerecht wäre auch eine Berücksichtigung in Kategorie A</b>, ähnlich wie die Fachabteilungen Innere Medizin und Kardiologie sowie Innere Medizin und Gastroenterologie, denn die Nephrologie spielt eine zentrale Rolle in der Notfallversorgung von Organ- und Elektrolytstörungen. Bei akut und kritisch kranken Patienten und Patientinnen sind die Nieren eines der am häufigsten beeinträchtigten Organsysteme.</p> <p>Für die Betreuung von Patienten und Patientinnen mit akuter Nierenfunktionseinschränkung und Elektrolytstörungen, Intoxikationen, sowie die Betreuung von vorstellig werdenden Nierentransplantierten und Dialysepatientinnen und -patienten gilt das oben gesagte; siehe Ausführungen zu § 13.</p>
<p><b>§ 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung</b></p> <p>(1) Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen</p>	<p>Wie in der erweiterten Notfallversorgung sollten auch in der umfassenden Notfallversorgung, für Versorgung der unter den Ausführungen zu § 13 genannten Indikationen (akute Nierenfunktionseinschränkung, Elektrolytstörungen, Intoxikationen und bei der Versorgung von chronisch nierenkranken und transplantierten Patientinnen und Patienten) die technischen Voraussetzungen für verschiedene Blutreinigungsverfahren vorgehalten werden. Zu den verschiedenen Szenarien einer Notfalldialyse</p>

<sup>13</sup> AWMF Leitlinie [https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-004l\\_S1\\_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus\\_2022-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-004l_S1_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus_2022-07.pdf) (Kap. 3)

<sup>14</sup> AWMF Leitlinie [https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-004l\\_S1\\_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus\\_2022-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-004l_S1_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus_2022-07.pdf) (Kap. 4)

<p>zusätzlich zu den Vorgaben nach §11 zu jederzeit (24/7) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort:</p> <p>... und</p> <p><b>5. Vorhaltung der apparativen Möglichkeit zur kontinuierlichen und intermittierenden Dialyse in den entsprechenden Krankenhäusern (in Kooperation mit der Nephrologie oder der Intensivmedizin)</b></p>	<p>gehören - wie unter § 16 ausgeführt - sowohl Geräte für die intermittierende und kontinuierliche Dialyse, Ausstattung für Peritonealdialyse (CAPD und Cycler) aber auch Geräte für die Apherese (Plasmapherese und Immunabsorption). Zu den Anforderungen im Einzelnen gilt das oben gesagte; siehe Ausführungen zu § 16.</p>
---	--

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>2.7</b></p> <p><b>Zu § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung</b></p>	<p>In Absatz 3 wird die Fachabteilung Innere Medizin und Nephrologie in der erweiterten Notfallversorgung ergänzend aufgenommen. Auf diese Weise wird eine spezifische Expertise für die Betreuung von Patienten und Patientinnen mit akuter Nierenfunktionseinschränkung, Elektrolytstörungen, Intoxikationen sowie die Betreuung von vorstellig werdenden Nierentransplantierten und Hämo- und Peritoneal-Dialysepatientinnen und -patienten eingebunden.</p>
<p><b>Ohne Ziffer</b></p> <p><b>Zu § 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung</b></p>	<p>In Absatz 1 wird als zusätzliche Ziffer die Nr. 5 „Vorhaltung der apparativen Möglichkeit zur kontinuierlichen und intermittierenden Dialyse in den entsprechenden Krankenhäusern (in Kooperation mit der Nephrologie oder der Intensivmedizin)“ ergänzt, um in der erweiterten Notfallversorgung Geräte für die intermittierende und kontinuierliche Dialyse, die Ausstattung für Peritonealdialyse (CAPD und Cycler) aber auch Geräte für die Apherese (Plasmapherese und die Immunabsorption) zur Versorgung von Notfallpatienten und Notfallpatientinnen vorzuhalten.</p>
<p><b>2.11</b></p> <p><b>Zu § 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung</b></p>	<p>In Absatz 3 wird die Fachabteilung Innere Medizin und Nephrologie in der umfassenden Notfallversorgung ergänzend aufgenommen. Auf diese Weise wird eine spezifische Expertise für die Betreuung von Patienten und Patientinnen mit akuter Nierenfunktionseinschränkung, Elektrolytstörungen, Intoxikationen sowie die Betreuung von vorstellig werdenden Nierentransplantierten und Hämo- und Peritoneal-Dialysepatientinnen und -patienten eingebunden.</p>
<p><b>Ohne Ziffer</b></p> <p><b>§ 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung</b></p>	<p>In Absatz 1 wird als zusätzliche Ziffer die Nr. 5 „Vorhaltung der apparativen Möglichkeit zur kontinuierlichen und intermittierenden Dialyse in den entsprechenden Krankenhäusern (in Kooperation mit der Nephrologie oder der Intensivmedizin)“ ergänzt, um in der umfassenden Notfallversorgung Geräte für die intermittierende und kontinuierliche Dialyse, die Ausstattung für Peritonealdialyse (CAPD und Cycler) aber auch Geräte für die Apherese (Plasmapherese und die Immunabsorption) zur Versorgung von Notfallpatienten und Notfallpatientinnen vorzuhalten.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	./.
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	./.

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V.
30.07.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)

1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung</b></p> <p>Vorschlag der DKG, in der Kategorie B die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie zu ergänzen</p>	<p>Dieser Vorschlag wird von uns unterstützt, die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie kann in der Notfallversorgung einen wichtigen Beitrag leisten. Sie kommt etwa bei der Versorgung Brandverletzter zum Einsatz, ermöglicht die mikrochirurgische Versorgung von Weichgewebsdefekten, Replantationen sowie motorische Ersatzplastiken. Eine frühzeitige Einbindung unterstützt ein Vorgehen, dass die Rekonstruktion von Form und Funktion im Nachgang erleichtert.</p>
<p><b>V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung § 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung</b></p> <p>Vorschlag der DKG, in der Kategorie B die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie zu ergänzen</p>	<p>Auch hier findet der Vorschlag der DKG aus den oben genannten Gründen unsere volle Unterstützung, wobei im Rahmen der umfassenden Notfallversorgung aus unserer Sicht auch eine Einstufung in Kategorie A sinnvoll erscheint, was wir hiermit vorschlagen.</p>

<p><b>VI. Spezielle Notfallversorgung § 24 Modul Schwerverletztenversorgung</b></p> <p>5. Zusätzlich sind am Standort als weitere Fachdisziplinen vorzuhalten:</p> <p>eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie) und</p>	<p>Im aktuellen Weißbuch Schwerverletztenversorgung, der Bezug zu diesem soll über die Regelung ja ausgehebelt werden, ist für ein <b>Überregionales TraumaZentrum DGU® (ÜTZ)</b> das Vorhalten eines Facharztes/ einer Fachärztin für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie mandatorisch. Dies sollte auch die Spezielle Notfallversorgung im Model Schwerverletztenversorgung mandatorisch sein. Neben den oben bereits dargestellten Eingriffen, sind auch die Replantationen von besonderer Bedeutung und erfordern eine kurzfristige Intervention. Eine Zusatzbezeichnung Handchirurgie ist hier nicht ausreichend, da Replantationen an sämtlichen Gliedmaßen erforderlich sein können.</p>
--	---

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>2.7 Zu § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung</b></p> <p><b>Ausführung der DKG: „</b>  Die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie ermöglicht die Versorgung von Verbrennungen, handchirurgischen Notfällen bis hin zu mikrochirurgischen Replantationen (SAV Verfahren). Mikrochirurgische Verfahren zur großflächigen Defektdeckung und motorischen Ersatzoperationen erhalten die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe und sollten daher bereits bei der Akutbehandlung zur Abwägung der weiteren Behandlungsschritte verfügbar sein.“</p>	<p>Die Ausführungen der DKG decken sich auch hier mit unserer Auffassung und finden unsere volle Unterstützung.</p>


## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V.		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

GENERALSEKRETÄR  
Prof. Dr. med. Dietmar Pennig

Prof. Dr. D. Pennig · DGOU · Straße des 17. Juni 106-108 · 10623 Berlin

An den  
Gemeinsamen Bundesausschuss  
Unterausschuss Bedarfsplanung  
z.D. [REDACTED]  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

**Geschäftsstelle DGOU e. V.**  
Straße des 17. Juni 106-108  
(Eingang Bachstraße)  
10623 Berlin  
Tel.: +49 (0)30 340 60 36 00  
office@dgou.de  
www.dgou.de

Vorab per E-Mail: bedarfsplanung@g-ba.de

Berlin, den 30.07.2025

**DGU-/DGOU-Stellungnahme zur Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen)**

Sehr geehrter [REDACTED]

vielen Dank für die Möglichkeit, uns – die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) - zu den geplanten Änderungen der Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c, Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen) zu äußern.

Etwa 40 % der Fälle in zentralen Notaufnahmen sind unfallchirurgische Patienten, weswegen unsere Fachgesellschaft den Anforderungen an die Notfallstufen eine besondere Bedeutung zumisst. Die Fachgesellschaft bringt keine eigenen Vorschläge, sondern möchte die teilweisen konträren Änderungsvorschläge der DKG und des GKV-SV beziehen. Die DGU/ DGOU sieht einige Vorschläge der DKG kritisch.

Im Einzelnen sind dies folgende Punkte, die wir auch in dem Formular niedergelegt haben:

**§9**

Die DGU/ DGOU lehnt den Vorschlag der DKG aus Gründen der Versorgungssicherheit ab, dass lediglich die ständige Verfügbarkeit eines Arztes **ohne** Facharztbezeichnung für Notfälle verfügbar sein und schließt sich den Forderungen des GKV-SV bzw. der LV an, die 5 bzw. 3. Fachärzte für die Notfallversorgung fordern. Die genaue Anzahl der erforderlichen Fachärzte möchte die DGU/ DGOU nicht kommentieren. Letztendlich ist für eine Traumaversorgung auch in der Basisstufe mit lebensrettenden Sofortmaßnahmen eine ständige Verfügbarkeit von einem Facharzt für Chirurgie und Anästhesie sicherzustellen. Für die Facharztpräsenz in Basisnotfallversorgung hat die DKG einen Änderungsvorschlag eingebracht, der eine telefonische oder telemedizinische Erreichbarkeit für Chirurgie und Anästhesie im Rufdienst aus Situationsabhängig als ausreichend ansieht. Die DGU/ DGOU lehnt diesen Vorschlag der DKG ab, weil es für Traumapatienten nicht akzeptabel und auch nicht sicher ist.

Begründung: Man braucht bei Traumapatienten die 24/7 Verfügbarkeit am Patienten innerhalb kürzester Zeit (30 Minuten). Dies entspricht allen Standards der Traumaversorgung, ist auch in allen

**Vorstand (gemäß §26 BGB Abs. 1)**

Präsident: Prof. Dr. Christoph Lohmann, Stellvertretender Präsident: Prof. Dr. Ulrich Stöckle  
Generalsekretär: Prof. Dr. Dietmar Pennig, Stellvertretender Generalsekretär: Prof. Dr. Bernd Kladny

**DGOU-Bankverbindung:** APO-Bank München, IBAN: DE34 3006 0601 0007 4267 39, SWIFT-BIC: DAAEDED3

**DGOU-Steuer-Nr.** 27/640/53836, Amtsgericht Bochum, VR 3953

Traumazentrumszertifizierungen hinterlegt. Wenn eine Notaufnahme für schwerverletzte Patient Aufnahmebereit ist, so muss diese auch die entsprechende Facharztpräsenz für Anästhesie und Chirurgie, was dem Schockraumbasisteam nach dem Weißbuch der DGU entspricht, 24/7 in Präsenz vorhalten. Telefonische oder telemedizinische Verfügbarkeit ist für das Trauma keine Alternative.

§ 13 (1)

Die DKG schlägt vor, dass bei der erweiterten Notfallversorgung eine Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie nicht vorzuhalten ist, falls eine Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie vorliegt. Diesem Vorschlag muss die DGU/ DGOU vehement widersprechen. Für eine Notfallversorgung von Traumapatienten ist eine Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie und eine Abteilung für Chirurgie zwingend notwendig.

Begründung:

Für die Behandlung von schwerverletzten Patienten ist sowohl eine fundierte Kenntnis der Behandlung von Traumafolgen des Bewegungsapparates notwendig, die im Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie abgebildet sind als auch eine fundierte chirurgische Kompetenz bei der Behandlung von Verletzungen der Körperhöhlen und des Körperstammes. Diese Kompetenz ist nur in Fachabteilungen für Chirurgie und/oder Unfallchirurgie sichergestellt. Eine Krankenhauseinrichtung zur erweiterten Notfallversorgung zuzulassen, ohne dass beide Abteilungen vorgehalten werden, hält die DGU/ DGOU für eine nicht zu verantwortende Patientengefährdung.

§ 18(1)

Der Vorschlag der DKG für die umfassende Notfallversorgung entspricht der unter §13(1) für die erweiterte Notfallversorgung.

Auch diesen Vorschlag der DKG lehnt die DGU/ DGOU erstrecht als vorkommen abwegig ab.

Die Begründung entspricht der zu § 13 (1), wobei es der DGU noch unverständlicher scheint, wie eine umfassende Notfallversorgung, die aus Sicht der Unfallchirurgie sich an die Aufgaben eines überregionalen Traumazentrums anlehnt, zu erbringen ist. Eine überregionale Traumaversorgung ohne Abteilung für Chirurgie und/oder Orthopädie und Unfallchirurgie ist nicht möglich.

Für Rücksprachen stehen die Unterzeichneten gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dietmar Pennig  
Generalsekretär DGU und DGOU



Prof. Dr. Sascha Flohé  
Schriftführer der DGU



De

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V., Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.
30.07.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- **Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)**
1. **Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
§9 Die DGU/ DGOU lehnt den Vorschlag der DKG aus Gründen der Versorgungssicherheit ab, dass lediglich die ständige Verfügbarkeit eines Arztes ohne Facharztbezeichnung für Notfälle verfügbar sein und schließt sich den Forderungen des GKV-SV bzw. der LV an, die 5 bzw. 3. Fachärzte für die Notfallversorgung fordern. Die genaue Anzahl der erforderlichen Fachärzte möchte die DGU/ DGOU nicht kommentieren. Letztendlich ist für eine Traumaversorgung auch in der Basisstufe mit lebensrettenden	Man braucht bei Traumapatienten die 24/7 Verfügbarkeit am Patienten innerhalb kürzester Zeit (30 Minuten). Dies entspricht allen Standards der Traumaversorgung, ist auch in allen Traumazentrumszertifizierungen hinterlegt. Wenn eine Notaufnahme für schwerverletzte Patient Aufnahmebereit ist, so muss diese auch die entsprechende Facharztpräsenz für Anästhesie und Chirurgie, was dem Schockraumbasisteam nach dem Weißbuch der DGU entspricht, 24/7 in Präsenz vorhalten. Telefonische oder telemedizinische Verfügbarkeit ist für das Trauma keine Alternative.

<p>Sofortmaßnahmen eine ständige Verfügbarkeit von einem Facharzt für Chirurgie und Anästhesie sicherzustellen. Für die Facharztpräsenz in Basisnotfallversorgung hat die DKG einen Änderungsvorschlag eingebracht, der eine telefonische oder telemedizinische Erreichbarkeit für Chirurgie und Anästhesie im Rufdienst aus Situationsabhängig als ausreichend ansieht. Die DGU/ DGOU lehnt diesen Vorschlag der DKG ab, weil es für Traumapatienten nicht akzeptabel und auch nicht sicher ist.</p>	
<p>§ 13 (1) Die DKG schlägt vor, dass bei der erweiterten Notfallversorgung eine Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie nicht vorzuhalten ist, falls eine Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie vorliegt. Diesem Vorschlag muss die DGU/ DGOU vehement widersprechen. Für eine Notfallversorgung von Traumapatienten ist eine Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie und eine Abteilung für Chirurgie zwingend notwendig.</p>	<p>Für die Behandlung von schwerverletzten Patienten ist sowohl eine fundierte Kenntnis der Behandlung von Traumafolgen des Bewegungsapparates notwendig, die im Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie abgebildet sind als auch eine fundierte chirurgische Kompetenz bei der Behandlung von Verletzungen der Körperhöhlen und des Körperstammes. Diese Kompetenz ist nur in Fachabteilungen für Chirurgie und/oder Unfallchirurgie sichergestellt. Eine Krankenhauseinrichtung zur erweiterten Notfallversorgung zuzulassen, ohne dass beide Abteilungen vorgehalten werden, hält die DGU/ DGOU für eine nicht zu verantwortende Patientengefährdung.</p>
<p>§ 18(1) Der Vorschlag der DKG für die umfassende Notfallversorgung entspricht der unter §13(1) für die erweiterte Notfallversorgung.</p>	<p>Die Begründung entspricht der zu § 13 (1), wobei es der DGU noch unverständlicher scheint, wie eine umfassende Notfallversorgung, die aus Sicht der Unfallchirurgie sich an die Aufgaben eines überregionalen Traumazentrums anlehnt, zu erbringen ist. Eine überregionale Traumaversorgung ohne Abteilung für Chirurgie und/oder Orthopädie und Unfallchirurgie ist nicht möglich.</p>

Auch diesen Vorschlag der DKG lehnt die DGU/ DGOU erst recht als vorkommen abwegig ab.	
--	--

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
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

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein



**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.

27.07.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)

1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 3 (2) Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an der Notfallversorgung	<p>Die DIVI lehnt den Änderungsvorschlag der DKG ab.</p> <p>Eine Zuordnung der "Sicherstellungshäuser" mindestens zur Stufe 1 der Notfallversorgung entspricht nicht der Systematik der gestuften Notfallversorgung. Sicherstellungshäuser, die nicht die Anforderungen einer Stufe erfüllen, können auch nicht einer Stufe zugeordnet werden. Für die Sicherstellungshäuser müssen im Verlauf gesonderte Kriterien für die Notfallversorgung festgelegt werden.</p>
§ 5 Grundlagen des Stufenmodells (2) 2. Änderungsvorschlag der KBV/LV: „... oder Belegärztinnen und Belegärzte sind der Fachabteilung bzw. Belegabteilung“	<p>Die DIVI lehnt die Änderungsvorschläge von KBV und LV ab. <b>Der bisherige Wortlaut sollte behalten bleiben.</b></p> <p>Belegärztinnen und -ärzte sind in der Regel nur unzureichend mit den internen Strukturen der Häuser vertraut, die gerade in der Notfallversorgung eine essenzielle Rolle spielen. Eine moderne Notfallversorgung erfordert Präsenz, klare Zuständigkeiten und eine enge Anbindung an klinikinterne Abläufe – Voraussetzungen, die im belegärztlichen System strukturell nicht erfüllt sind. <b>Eine Belegabteilung ist somit <u>nicht</u> mit einer Fachabteilung gleichzusetzen.</b></p>
§ 5 Grundlagen des Stufenmodells (2) 2. Änderungsvorschläge LV und DKG: „... innerhalb von xxx an der Patientin oder am Patienten verfügbar.“	<p>Die DIVI lehnt die Änderungsvorschläge von LV und DKG ab. <b>Der bisherige Wortlaut sollte behalten bleiben.</b></p> <p>Der Facharztstandard muss innerhalb von ca. 30 Minuten am Patienten verfügbar sein, wobei die Option eines Rufdienst gegeben sein muss. Eine rein telemedizinische Konsultation genügt den Anforderungen einer sicheren</p>

	<p>und leitliniengerechten innerklinischen Notfallversorgung nicht. Die Ausweitung der Verfügbarkeit auf 60 Minuten ist insbesondere in zeitkritischen Versorgungssituationen potenziell patientengefährdend und daher fachlich nicht vertretbar.</p>
<p>§7 Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung</p>	<p><b>Die DIVI stimmt der Formulierungen des GKV-SV zu</b>, wobei ergänzend der Punkt 4. „jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit der für die Notfallversorgung erforderlichen Labordiagnostik“ des DKG Vorschlags ergänzt werden sollte.</p> <p>Die Einhaltung dieser Mindestanforderungen der Basisstufe sind unbedingt erforderlich, um die Patientensicherheit zu gewährleisten (siehe auch „Empfehlungen der DGINA / DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024“).</p>
<p>§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung</p>	<p><b>Übergreifend verweisen wir auf die Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung der DIVI und DGINA aus 2024, die dringend berücksichtigt werden sollten.</b></p> <p><b>Zu 1)</b> Vor o.g. Hintergrund <b>unterstützt die DIVI die Formulierung der LV</b>, auch wenn diese hinter den DIVI/DGINA Empfehlungen zurückbleibt. Aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen, insb. für kleine Notaufnahmen der Basisversorgung, stellt diese aus unserer Sicht jedoch einen akzeptablen Kompromiss dar. Alle in §9 (1) genannten Ärztinnen und Ärzte müssen ganz überwiegend in der Zentralen Notaufnahme tätig sein und dieser fachlich, räumlich und organisatorisch zugeordnet sein.</p> <p><b>Zu 2)</b> <b>Die DIVI unterstützt die Position von GKV-SV / PatV / LV mit Ergänzungen.</b></p> <p>Die ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ sowie die FWB „Notfallpflege“ sind in allen Bundesländern etabliert. Die ursprüngliche Übergangsfrist (vgl. G-BA Beschluss Notfallstufenregelung in der Version vom 01. November 2020) ist am 01.04.2021 abgelaufen. Die ZWB bzw. FWB sind daher für die ärztliche und pflegerische Leitung der ZNA ab Inkrafttreten dieses Beschlusses als Voraussetzung anzusehen.</p> <p>Zur Förderung der ZWB und damit auch zukünftig eine ausreichende Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit der ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ gesichert ist, sollte die Anrechnung von Fachärztinnen und Fachärzten in Weiterbildung zur ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ für das weitere ärztliche Personal (vgl. §9 (1)) bis zum 01. Januar 2028 ermöglicht werden. Ab dem 01. Januar 2028 darf sich in der Basisnotfallversorgung nur noch max. eine/ein Ärztin/Arzt der in § 9 (1) genannten drei Personen in Weiterbildung zur Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ befinden.</p> <p>Mit Bezug auf die Pflege ist sicherzustellen, dass ab dem 1. Januar 2028 jederzeit eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege oder eine sich dazu in Weiterbildung befindliche Pflegekraft in der Notaufnahme zur Verfügung steht.</p> <p><b>Zu 3)</b> <b>Zustimmung zur Position GKV / PatV:</b></p> <p>Jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt der Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie, Innere Medizin sowie eine/ein Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie als notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen müssen innerhalb von max. 30 Minuten an der Patientin bzw. dem Patient verfügbar sein.</p>

<p>§14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung</p>	<p>Übergreifend verweisen wir auf die Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung der DIVI und DGINA aus 2024 und empfehlen eine sukzessive Steigerung der Qualifikationsanforderungen des der Zentralen Notaufnahme zugeordneten ärztlichen und pflegerischen Personals für die erweiterte Notfallversorgung, die perspektivisch umsetzbar ist und den erhöhten Anforderungen an erweiterte Notfallversorger gerecht wird.</p> <p><b>In Anlehnung an den Vorschlag von der LV empfehlen wir folgende Formulierung:</b></p> <p><i>„Zusätzlich zu §9 (1) werden zwei weitere Fachärztinnen oder Fachärzte (in Summe 5,0 Vollzeitäquivalente) vorgehalten, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Notaufnahme und der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind. Ab dem 1. Januar 2026 verfügen mindestens 2 dieser Fachärztinnen / Fachärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Ab dem 1. Januar 2028 verfügen mindestens 3 dieser Fachärztinnen/Fachärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ oder ein Facharzt in Weiterbildung zu dieser Zusatzweiterbildung mindestens in Rufbereitschaft zur Verfügung steht. Ab dem 1. Januar 2028 ist sicherzustellen, dass jederzeit eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege oder eine sich dazu in Weiterbildung befindliche Pflegekraft in der Notaufnahme zur Verfügung steht.“</i></p>
<p>§ 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung</p>	<p><b>Die DIVI unterstützt die Formulierung von GKV-SV und PatV.</b></p> <p>Eine „Aufnahmebereitschaft beatmungspflichtiger Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Anfrage durch die zentrale Notaufnahme“ ist sicherzustellen. Die ergänzende Formulierung „...nach Anfrage durch die zentrale Notaufnahme“ ist sinnvoll und wird unterstützt.</p>
<p>§ 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung</p>	<p><b>Die DIVI warnt dringend vor der Streichung des Satzstückes „der Notaufnahme“.</b></p> <p>Eine Beobachtungsstation ist organisatorisch und personell zwingend der Notaufnahme zuzuordnen, da nur so ein zeitnaher Patientenabfluss / Patientenaufnahme sichergestellt werden kann (vgl. auch Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024).</p>
<p>§ 18 (1) Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung</p>	<p><b>Die DIVI unterstützt den Vorschlag des GKV-SV (Beibehaltung des bisherigen Wortlauts.</b> Der Vorschlag der DKG entspricht nicht den strukturellen Anforderungen an die Vorhaltung von notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen in der umfassenden stationären Notfallversorgung.</p>
<p>§ 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung</p>	<p>Übergreifend verweisen wir auf die Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung der DIVI und DGINA aus 2024 und empfehlen eine sukzessive Steigerung der Qualifikationsanforderungen des der Zentralen Notaufnahme zugeordneten ärztlichen und pflegerischen Personals für die umfassende Notfallversorgung, die perspektivisch umsetzbar ist und den erhöhten Anforderungen an erweiterte Notfallversorger gerecht wird.</p> <p><b>In Anlehnung an den Vorschlag von der LV empfehlen wir folgende Formulierung:</b></p> <p><i>„Zusätzlich zu §9 (1) werden zwei weitere Fachärztinnen oder Fachärzte (in Summe 5,0 Vollzeitäquivalente) vorgehalten, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Notaufnahme und der Versorgung von</i></p>

	<p>Notfällen zugeordnet sind. Ab dem 1. Januar 2026 verfügen mindestens 2 dieser Fachärztinnen / Fachärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Ab dem 1. Januar 2028 verfügen mindestens 4 dieser Fachärztinnen/Fachärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ oder ein Facharzt in Weiterbildung zu dieser Zusatzweiterbildung mindestens in Rufbereitschaft zur Verfügung steht. Ab dem 1. Januar 2028 ist sicherzustellen, dass jederzeit eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege oder eine sich dazu in Weiterbildung befindliche Pflegekraft in der Notaufnahme zur Verfügung steht.“</p>
§ 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung	Vgl. Kommentar zu § 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung
§ 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung	<p>Die DIVI unterstützt den Vorschlag der DKG.</p> <p>Eine SPECT/CT Kamera muss auch in einem Krankenhaus der umfassenden Notfallversorgung nicht in der vorgehalten werden.</p>
§ 24 Modul Schwerverletztenversorgung	<p>Die DIVI empfiehlt die Aufnahme einer Fachärztin oder eines Facharztes mit der ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ als Voraussetzung für das Modul Schwerverletztenversorgung unter § 24 Absatz (2).</p> <p>Begründet wird dies in der zunehmenden Komplexität und Multimorbidität dieser Patientengruppe sowie erforderlichen übergeordneten koordinativen Funktionen.</p> <p>In Absatz (2) 3. ist neben den unter d) genannten zwei Pflegekräften der Notaufnahme weiterhin o.g. Facharzt mit ZWB „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ (oder in Weiterbildung) zu ergänzen.</p>
§25 Abs. 2(5): „Die Notaufnahme verfügt über schriftliche Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen.“	<p>Der Begriff „die meisten“ ist zu wenig spezifisch, weil er nicht klar definiert, welche konkreten Notfallerkrankungen abgedeckt werden sollen. Er lässt Interpretationsspielraum und erschwert damit die Nachvollziehbarkeit und Vergleichbarkeit der Standards auch im Rahmen von MD-Prüfungen. Für eine verlässliche Beurteilung der Qualität und Vollständigkeit der Notfallversorgung ist eine präzisere Definition für SOPs der obligat vorzuhaltenden Erkrankungen notwendig. Die Empfehlungen könne digital verlinkt werden, sodass stets die aktuellen Versionen zur Verfügung stehen.</p> <p>Folgende Erkrankungen sollten als SOPs vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Harnwegsinfektion</li> <li>- Pneumonie</li> <li>- Viraler Krupp</li> <li>- Asthma-Anfall</li> <li>- Gastroenteritis</li> <li>- Epileptischer Anfall</li> <li>- Fieber in der Neugeborenenperiode</li> <li>- Akute Bauchschmerzen</li> <li>- Manifestation oder Entgleisung Diabetes mellitus Typ 1</li> <li>- Fremdkörperspiration</li> <li>- Schädel-Hirn-Trauma</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stumpfes Bauchtrauma</li> <li>- Polytrauma</li> <li>- Thermische Verletzungen (Verbrennungen, Verbrühungen, Kältrauma)</li> </ul>
<p>§25 Abs. 3(2c):</p> <p>- oder eine Pflegefachfrau/ Pflegefachmann mit ausgewiesener Erfahrung über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung.</p>	<p>Der Begriff „Kindernotfallversorgung“ ist zu allgemein, da er nicht eindeutig beschreibt, welche konkreten Kompetenzen, Qualifikationen oder Tätigkeitsbereiche damit gemeint sind.</p> <p>Eine Pflegefachperson könnte in sehr unterschiedlichen Kontexten tätig gewesen sein – z. B. in einer pädiatrischen Notaufnahme, auf einer Kinderintensivstation, in einer Notfallpraxis oder auf einer allgemeinen Kinderstation mit Notfallsituationen. Diese Tätigkeiten unterscheiden sich jedoch erheblich in ihren Anforderungen und dem erforderlichen Fachwissen in Bezug auf die für die Notaufnahme notwendigen Kompetenzen.</p> <p>Für eine verlässliche Bewertung der Qualifikation sollte der Begriff daher weiter durch eine Angabe des konkreten Arbeitsbereichs präzisiert werden.</p> <p>Textvorschlag: ... über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung (Kindernotaufnahme, Kinderintensivstation)“</p> <p>Nur so lässt sich sicherstellen, dass die genannte Erfahrung auch tatsächlich die relevanten Kompetenzen für die Kindernotfallversorgung im engeren Sinne abbildet.</p>
<p>§25 Abs. 3(5):</p> <p>Es besteht eine 24-stündige jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit der Magnetresonanztomographie (MRT).</p>	<p>Befürwortung des Ergänzungsvorschlags der DKG. Es sollte allerdings jedoch statt „oder CT“ ein „<b>und</b> CT“ heißen, da es gerade bei akuter Vigilanzstörung oder Trauma essentiell ist, eine schnelle CT-Versorgung anzubieten.</p>
<p><b>§25, (3), 6.</b></p> <p><b>Ergänzung in Grün</b></p>	<p>Es ist eine Hubschrauberlandestelle vorzuhalten. <b>Patientenverlegungen Verlegungen von Patientinnen und Patienten</b> 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 <b>Sätze 1 und 2</b> eine Einstufung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 erfolgen, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind. <b>Verfügt das Krankenhaus über keine integrierte Hubschrauberlandestelle ist der Transport von einer räumlich getrennten Hubschrauberlandestelle zum Ort der Notfallversorgung von Kindern für jede Altersklasse verbindlich durch die Rettungsdienste vor Ort zu organisieren. Dies schließt Kinderintensivtransporte und neonatologische Inkubatortransporte mit ein.</b></p> <p><b>Kommentar: die Ergänzung in Grün verpflichtet die erweiterten und umfassenden Notfallversorger inklusive Rettungsdienste „alternative Hubschrauberlandestellen“ zu berücksichtigen und diese mit dem Rettungsdienst zu transportieren. Gefahr ist, dass die Kliniken mit Nachweis sich dann nicht mehr in der Pflicht sehen für die anderen (kleineren) (Kinder-) Kliniken als nächsthöhere Versorgungseinheit zu dienen.</b></p>
<p>§25 Abs. 4(1):</p> <p>Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Kinder- und</p>	<p>Die Neonatologie ist auf die Versorgung von neu geborenen Kindern unmittelbar nach der Geburt, insbesondere von Früh- und Risikogeborenen, spezialisiert und arbeitet meist im Kontext der Geburtshilfe. Sie ist daher nicht zwingend erforderlich für die allgemeine Notfallversorgung von</p>

<p>Jugendmedizin, und Kinderchirurgie und Neonatologie am Standort.</p>	<p>Kindern, insbesondere wenn es um Neugeborene geht, die bereits zu Hause waren und in der Notaufnahme vorstellig werden.</p> <p>Ein zentraler Grund dafür ist das Infektionsrisiko: In der Neonatologie liegen hochvulnerable Patienten, die durch den Kontakt mit Kindern, die aus dem häuslichen Umfeld kommen, einem hohen Risiko für Virusinfektionen (z. B. RSV, Influenza, Covid-19) ausgesetzt wären. Deshalb werden solche Neugeborene nicht in der Neonatologie versorgt, sondern über die Notaufnahme auf Säuglingsstationen oder Kinderintensivstationen aufgenommen.</p> <p>Aus diesem Grund ist die Neonatologie für die strukturelle Notfallversorgung im Sinne einer umfassenden Versorgung nicht zwingend notwendig, solange die entsprechenden pädiatrischen Versorgungsstrukturen (z. B. Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie) am Standort vorhanden sind.</p> <p><b>Es wird deshalb der Änderungsvorschlag der DKG unterstützt.</b></p>
<p>§25 Abs. 4(4): Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie</p>	<p>Unterstützung des Vorschlags der DKG:</p> <p>Ein Facharzt für Neurochirurgie muss nicht zwingend innerhalb von 30 Minuten physisch am Patienten tätig werden, da seine Hauptaufgabe in der spezialisierten Beurteilung neurochirurgischer Krankheitsbilder und OP-Indikationen liegt, die oft nicht sofortige operative Maßnahmen erfordern.</p> <p>Stattdessen kann der Neurochirurg in vielen Fällen telemedizinisch eine fundierte Mitbeurteilung auf Basis von Bildgebung (CT, MRT) sowie klinischer Angaben vornehmen und dadurch zeitnah die Dringlichkeit einschätzen, eine weiterführende Diagnostik oder Überwachung empfehlen sowie OP-Indikationen präzise steuern.</p> <p>Ein sofortiger operativer Eingriff ist in der Neurochirurgie nur in klar definierten Notfällen notwendig (z. B. akutes epidurales Hämatom mit drohender Einklemmung). In vielen anderen Fällen ist eine strukturierte Übernahme und Planung ausreichend.</p> <p><b>Daher ist es medizinisch und logistisch sinnvoll, wenn der Neurochirurg zunächst notfallmäßig telemedizinisch eingebunden wird und nur bei tatsächlichem Handlungsbedarf zeitgerecht operativ tätig wird.</b></p>
<p>§25 Abs. 4(5): ...erfahrener Kindernarkosearzt/in „in 30min an der Patientin oder Patienten</p>	<p>Hier wird der ursprüngliche Wortlaut und damit der Vorschlag der GKV unterstützt. Gerade im Rahmen der Notaufnahmeversorgung ist das Vorhandensein anästhesiologischer Versorgung mit pädiatrischer Expertise essenziell, um eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung von Kindern – insbesondere bei komplexen oder invasiven Maßnahmen – zu gewährleisten.</p>
<p>§25 Abs. 4(7): Vorhandensein intensivmedizinischer Ressourcen</p>	<p>Der Vorschlag der GKV-SV wird abgelehnt und dem Vorschlag der DKG zugestimmt:</p> <p>„Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens 10 6 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 oder 2 nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene G-BA Richtlinien am Standort.“</p> <p>Hierbei kann es sich auch um eine gemischte neonatologisch/pädiatrische Intensivstation mit entsprechenden Bettenzahlen handeln.</p> <p><b>Kommentar: viele Pädiatrien, die aber erweiterte oder umfassende Kindernotfallversorgung machen, haben aus logistischen Gründen und</b></p>

	<p>Synergieeffekten Ihre Kinder ICU mit den NEO ICU gemeinsam in Betrieb. Daher würde ich in „grün“ ergänzen, weil sonst ggf. nur die Realität an Universitären Kliniken abgebildet ist.</p> <p>Durch den Personalmangel im pflegerischen Bereich verfügen die meisten Kinderintensivstationen über weniger als 10 Betten. Eine Anzahl von mindestens 6 Betten erscheint deshalb als völlig ausreichend.</p> <p>Bezüglich der nicht notwendigen Vorhaltung einer Neonatologie für die Notfallversorgung wurde bereits in §25 Abs. 4(1) Stellung bezogen. In der Realität hat aber jede Kinderklinik mit einer Kinderintensivstation mit mindestens 6 Betten auch ein Perinatalzentrum Level 1 oder 2, weshalb dieser Aspekt im Rahmen von Prüfungen nicht ins Gewicht fällt.</p>
§25, (4), 10.	<p>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. <b>Verfügt das Krankenhaus über keine integrierte Hubschrauberlandestelle ist der Transport von einer räumlich getrennten Hubschrauberlandestelle zum Ort der Notfallversorgung von Kindern für jede Altersklasse verbindlich durch die Rettungsdienste vor Ort zu organisieren. Dies schließt Kinderintensivtransporte und neonatologische Inkubatortransporte mit ein.</b></p>
§26 Modul Spezialversorgung	<p><b>Die DIVI empfiehlt die Beibehaltung der bisherigen Regelungen für Kliniken, die am Modul Spezialversorgung teilnehmen, und zwar insbesondere in Hinsicht der Finanzierung, da diese Einrichtungen nicht an der strukturierten Notfallversorgung teilnehmen können, weil diese die Mindestvoraussetzungen für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung (§§5-6) sowie die Mindestvoraussetzungen für die Basisnotfallversorgung nicht erfüllen (§§ 8-12)</b></p> <p>d.h.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Krankenhäuser oder Einrichtungen, welche die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen, nehmen an der strukturierten Notfallversorgung teil; es werden keine Abschläge erhoben.</li> <li>2. Die Vorhaltekosten für die Notfallversorgung werden für diese Krankenhäuser bereits zielgerichtet über andere Finanzierungsregelungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder anderer Gesetze vergütet.</li> <li>3. Diese Krankenhäuser erwerben daher keinen Anspruch auf Zuschläge für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.</li> </ol> <p>Übernahme des bisherigen Wortlauts unter (2) Abs. 3:</p> <p>Die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen folgende Krankenhäuser oder Einrichtungen:</p> <p>„in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser, die aufgrund krankenhauplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhauplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und <b>24 Stunden an 7 Tagen pro Woche jederzeit (24/7)</b> an der Notfallversorgung teilnehmen.“</p>

§27 Modul Schlaganfallversorgung	Die DIVI empfiehlt die Ergänzung der Strukturanforderungen gemäß DKG/LV.
§28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen	Die DIVI empfiehlt die Übernahme des bisherigen Wortlauts (vgl. DKG).
§29 Folgen der Nichteinhaltung der Mindestvoraussetzungen	Mit Bezug auf Abs. 7 und Abs. 8 empfiehlt die DIVI die Übernahme aller Empfehlungen des GKV-SV (Notfallstufenrichtlinie -Implementierung von Konsequenzen, Anlage 1: Folgen der Nichteinhaltung der Anforderungen)
§30 Übergangsbestimmungen	Die DIVI empfiehlt die komplette Aufhebung der Übergangsbestimmungen, d.h.  Die Vorgaben dieses Beschlusses sind ab dem Inkrafttreten zu erfüllen.  Begründung: Das Notfallstufenkonzept ist seit 19.4.2018 in Kraft getreten; den Kliniken wurde eine Übergangsfrist von 36 Monaten eingeräumt, so dass ab 01.04.2021 alle Kliniken, die an der Notfallversorgung teilnehmen, entsprechend einen dreijährigen Zeitraum zur Erfüllung der Mindestvoraussetzungen zur Verfügung hatten.
§31 Evaluation	Die DIVI empfiehlt die erneute Evaluation 5 Jahre nach Inkrafttreten der aktuellen Neuregelungen zum gestuften System von Notfallstrukturen, ob die Anpassung in den jeweiligen Stufen im erwarteten Umfang umgesetzt wurde und zu Veränderungen der Notfallstrukturen und eine Verbesserung der Versorgungsqualität von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten bewirkt hat.

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Wir nehmen teil</b>
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss

<b>Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie</b>
<b>23.07.2025</b>

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)

**1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.**

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§13 Abs. 3. Zusätzliche Aufführung einer Fachabteilung für <b>Handchirurgie</b> unter Kategorie B	Aus Sicht der DGH sollte bereits auch in der erweiterten Notfallversorgung die Expertise eines FA mit der Zusatzqualifikation Handchirurgie gemäß WBO vorgehalten werden.
§ 18 Abs. 3 Zusätzliche Aufführung einer Fachabteilung für <b>Handchirurgie</b> unter Kategorie B.	Aus Sicht der DGH sollte bereits auch in der umfassenden Notfallversorgung die Expertise eines FA mit der Zusatzqualifikation Handchirurgie gemäß WBO vorgehalten werden
§ 24 Abs. 2 Satz 5i Ergänzung des Facharzt für Allgemein Chirurgie sowie des Facharzt für Kinderchirurgie	In der MWBO 2018 gehören zu den Mindestanforderungen gemäß § 11 MWBO neben dem FA für Orthopädie und Unfallchirurgie oder dem FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie auch der FA für Allgemein Chirurgie oder der FA für Kinder- und Jugendchirurgie dazu.
S 24 Abs 2. Es sollten in das Modul Schwerverletztenversorgung die Kriterien der DGUV Schwerstverletztenartenverfahren Hand (SAV Hand) integriert werden	Zur Versorgung von schweren Handverletzungen, inklusive Replantationen, ist ein zusätzqualifizierter Handchirurg nicht ausreichend. Hier fordert die DGH die Kriterien der DGUV für SAV Hand – 3 zusätzqualifizierte Handchirurgen, handchirurgischer Replantationsdienst.

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§13 Abs. 3. Zusätzliche Aufführung einer Fachabteilung für <b>Handchirurgie</b> unter Kategorie B</p>	<p>Schwere Handverletzungen führen bei unzureichender primärer Akutversorgung sehr häufig zu erheblichen Einschränkungen der Funktion, die einhergehen mit schweren Einschränkungen der Teilhabe und oft mit dem dauerhaften Verlust der Arbeitsfähigkeit in dem erlernten und zuletzt ausgeübten Beruf und entsprechendem sozialen Abstieg. Um die Versorgung optimal zu gestalten, sollten solche Verletzung von einem Handchirurgen primär versorgt werden.</p> <p>Die Bedeutung der Handchirurgie ist für das sozioökonomische System erheblich – 40,4% aller Verletzungen betreffen die Hand und das Handgelenk (DGUV Statistik Arbeitsunfallgeschehen, 2022). Da mit einer Verletzung der Hand unweigerlich eine Arbeitsunfähigkeit unterschiedlicher Dauer einhergeht, hat eine bestmögliche Versorgung eine herausgehobene Bedeutung für den einzelnen, die Arbeitgeberseite und die Versicherungsträger. Daher hat die DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) die Handchirurgie zu einem der drei Alleinstellungsmerkmale ihrer BG-Kliniken deklariert und das eigenständige Schwerstverletzungsartenverfahren-Hand (SAV-Hand) implementiert.</p> <p>Da neben den o.g. gesetzlich unfallversicherten Patientengruppen gleichermaßen aber auch junge/kindliche, ältere/alte Patientinnen und Patienten, als auch alle Altersgruppen im Rahmen von privaten Unfällen gleichermaßen von Handverletzungen betroffen sind, ist für deren Versorgung ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern notwendig.</p> <p>Handchirurgische Notfälle sind dabei am ehesten mit der Polytraumaversorgung vergleichbar. Die Vorhaltung der 24/7 Abrufbarkeit dieser spezialisierten Leistungen ist unterfinanziert. Wenn handchirurgische Leistungen notwendig werden, geschieht dies typischerweise zu Schwerpunktzeiten.</p> <p>Silvesterfeuerwerksverletzungen, Sommerschwerpunkte der Kreissägenverletzungen der Hand sind Beispiele. So müssen Replantationszentren für die regionale und überregionale Versorgung einen 24/7 Replantationsdienstes mit entsprechender personeller und infrastruktureller Ausstattung leisten. Mikrochirurgische Rekonstruktionen erfordern höchstqualifiziertes Personal und mikrochirurgische Ausstattungen. Dabei kann weder dieses spezialisierte Personal noch die spezifischen Materialien in anderen Bereich als der Hand genutzt werden</p>
<p>§ 18 Abs. 3 Zusätzliche Aufführung einer Fachabteilung für <b>Handchirurgie</b> unter Kategorie B.</p>	<p>Analogie zu § 13 Abs. 3</p>

<p>§ 24 Abs. 2 Satz 5i</p> <p>Ergänzung des Facharzt für Allgemein Chirurgie sowie des Facharzt für Kinderchirurgie</p>	<p>Die Voraussetzungen für den Zusatzqualifizierten Handchirurgen sollten denen in der MWBO 2018 entsprechen. Es gibt aus Sicht der DGH keinen Grund qualifizierte Handchirurgen mit dem zugrundeliegenden FA Allgemein Chirurgie oder Kinder- und Jugendmedizin auszuschließen.</p>
<p>S 24 Abs 2.</p> <p>Es sollten in das Modul Schwerverletztenversorgung die Kriterien der DGUV Schwerverletztenartenverfahren Hand (SAV Hand) integriert werden</p>	<p>Die Kriterien für diese handchirurgischen Zentren sind in Deutschland anhand von Kriterienkatalogen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherungen (DGUV), der Zertifizierungsgruppe der Europäischen Gemeinschaft der Nationalen Handchirurgischen Gesellschaften (FESSH) und der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) klar definiert. Diese eigenständigen handchirurgischen Hand-Trauma-Zentren müssen zumindest drei ausgebildete Handchirurgen beschäftigen, einen unabhängigen 24-stündigen handchirurgischen Dienst an 365 Tagen mit eigenständigem Operationssaal zur sofortigen Akutversorgung von handchirurgischen Verletzungen sowie die integrierte Möglichkeit zur spezialisierten handchirurgischen Rehabilitation durch entsprechend ausgebildete Handtherapeuten vorhalten.</p> <p>Die Sonderstellung der Handchirurgie in der Versorgung von schweren Handverletzungen zeigt sich daran, dass eine eigenständige handchirurgische Abteilung als eine der vier Spezialbereiche definiert wurde für die Anerkennung eines „Traumazentrums“ entsprechend dem Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V)</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie</b>		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Wir nehmen teil.</b>
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 zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss

Deutsche Gesellschaft für Neurologie Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft
27.7.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)
1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§5 (2) 2.	Ist die Einhaltung der medizinischen Grundsätze bei der Hinzuziehung einer angestellten Fachärztin oder eines Facharztes in vollem Umfang auch im Hinblick auf die technischen Voraussetzungen gewährleistet, ist der Vorschlag der DKG zu unterstützen. Eine Ausweitung der Zeitvorgaben ist nicht sachgerecht.
§24 (2) 4. und 5.	In Ergänzung zum Basisteam sind je nach vorliegendem Schädigungsbild verfügbar:  - Fachärztin oder Facharzt für Neurologie
§26 (2) 3.	Die Option des Moduls Spezialversorgung an Krankenhäuser zu binden, die gem. Vorschlag GKV-SV b) auf die stationäre Schlaganfallversorgung spezialisiert sind, ist nicht abbildbar.
§26 (2) 3.	Vorschlag GKV-SV d):  Die Forderung von mindestens 500 vollstationären Fällen mit der Hauptdiagnose aus dem jeweiligen Versorgungsbereich ist aus Sicht der DGN und der DSG nicht sachgerecht.

§ 27	<p>Modul Schlaganfallversorgung:</p> <p>Dem Vorschlag PatV einer Mindestvorgabe für „10 Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen“ ist nicht zu folgen. Der Vorschlag DKG/LV ist zu unterstützen.</p>
------	---

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§5 (2) 2.	<p>Zentral ist die möglichst schnelle Hinzuziehung fachlicher Kompetenz, soweit sinnvoll und möglich auch unter Nutzung technischer Hilfsmittel. Die Ausweitung der Zeitvorgaben auf 60 Min. ist insbesondere bei vielen neurologischen Notfällen wie dem Schlaganfall nicht adäquat. Der Einsatz technischer Hilfsmittel hat insbesondere das Ziel, die Antwortlatenzen der Fachärzte zu minimieren.</p>
§24 (2) 4. und 5.	<p>In Ergänzung zum Basisteam sind je nach vorliegendem Schädigungsbild verfügbar:</p> <p>Fachärztin oder Facharzt für Neurologie</p> <p>Der Anteil nicht-traumatologischer Patienten, die in Deutschland im Schockraum versorgt werden, liegt nach aktuellen Studien zwischen 40 und 60%. Diese Patienten leiden häufiger unter internistischen und vor allem auch neurologischen Erkrankungen wie beispielsweise Schlaganfälle oder einem Status epilepticus. Nicht selten weisen die Patienten auf Grund von Stürzen im Rahmen einer anderweitigen Erkrankung sekundäre Traumata auf, die allerdings in der Regel nicht krankheitsbestimmend sind. Für eine ausreichende Versorgung dieser Patienten ist die Einbindung eines Facharztes oder einer Fachärztin für Neurologie erforderlich. Dies ist in den vorliegenden Vorschlägen nicht berücksichtigt.</p> <p>Dies ist umso unverständlicher als unter §24 (4) Computertomographie, MR-Tomographie und unter e) die Schlaganfalltherapie gefordert werden.</p>
§26 (2) 3.	<p>Die Option des Moduls Spezialversorgung an Krankenhäuser zu binden, die gem. Vorschlag GKV-SV b) auf die stationäre Schlaganfallversorgung spezialisiert sind, ist nicht abbildbar.</p> <p>Die Schlaganfallbehandlung ist genuin interdisziplinär. Spezialkliniken mit Schwerpunkten in der akuten Schlaganfallversorgung stellen nicht die Versorgungssituation in Deutschland dar.</p>
§ 27	<p>Modul Schlaganfallversorgung:</p> <p>Dem Vorschlag PatV einer Mindestvorgabe für „10 Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen“ ist nicht zu folgen. Die Überlegung der PatV sind sehr gut nachvollziehbar, würden aber nach unserer Einschätzung nicht zur angestrebten Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Ohne Zweifel besteht ein Zusammenhang zwischen Behandlungszahlen und Behandlungsqualität. Die Festlegung auf eine Mindestzahl von 10 Thrombektomien würde aber fälschlicherweise suggerieren, dass diese Mindestzahlen ausreichend für die Vorhaltung von Thrombektomien seien. Thrombektomien werden in der Regel in überregionalen Stroke Units</p>

	<p>durchgeführt. Hier sind minimal 50 Thrombektomien gefordert. Die Anerkennung der Strukturmerkmale einer überregionalen Stroke Unit ist u.a. von einer Zertifizierung abhängig, insofern ist die Mindestzahl geregelt. Eine Struktur, die medizinisch sinnvoll lediglich 10 Thrombektomien im Jahr durchführt, ist nicht vorstellbar. Besser wäre, man würde fordern, dass Thrombektomie-Kandidaten in ein Zentrum verlegt werden. Kliniken, die lediglich die Einhaltung der vorgeschlagenen Mindestmengen sicherstellen, sind unter Berücksichtigung der personellen und apparativen Vorhaltungen, einschl. der Logistik ökonomisch und nicht zuletzt auch unter Qualitätsgesichtspunkten nicht zu betreiben.</p>
--	---

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Neurologie Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft		
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 zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss

DGINA – Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin e.V.
31.07.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahme Verfahrens sind die

- Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)
1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>§ 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an der Notfallversorgung Abs. (2)</b></p> <p><b>Ablehnung der DKG-Position</b></p>	<p>Eine Zuordnung der "Sicherstellungshäuser" mindestens zur Stufe 1 der Notfallversorgung entspricht nicht der Systematik der gestuften Notfallversorgung. Sicherstellungshäuser, die nicht die Anforderungen einer Stufe erfüllen, können auch nicht einer Stufe zugeordnet werden. Allein die Tatsache, als Sicherstellungshaus eingestuft zu werden, rechtfertigt die Zuordnung nicht, da auch gerade im Sinne einer Sicherstellung der Versorgung für die Notfallversorgung bestimmte strukturelle, personelle und fachliche Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Mit der Position der DKG erfolgt eine Gleichstellung der Sicherstellungshäuser (die die Anforderungen der Stufe 1 nicht erfüllen) mit den Häusern, die die Anforderungen erfüllen.</p> <p>Aus Sicht der DGINA ist dies abzulehnen. Für die Sicherstellungshäuser müssen im Verlauf gesonderte Kriterien für die Notfallversorgung festgelegt werden.</p>
<p><b>§ 5 Grundlagen des Stufenmodells [GKV-SV: Grundlagen des Stufenmodells]</b></p>	<p>Durch die Gleichstellung von Belegärztinnen und Belegärzten mit angestellten Ärztinnen und Ärzten des Krankenhauses, die einer Fachabteilung bzw. Belegabteilung zugeordnet sind, können zusätzliche Fachabteilungen generiert werden, die jedoch nicht den</p>

<p><b>gestuften Systems von Notfallstrukturen] Abs. (2) 2.</b></p> <p><b>Ablehnung der Position KBV/LV</b></p>	<p>Anforderungen an eine Fachabteilung im Sinne § 5 Abs. (1) 1. entsprechen. Eine Definition zur Belegabteilung fehlt. Belegärzte sind nicht regelhaft und umfänglich in die Strukturen der Klinik integriert. Darüber hinaus ist der Klinikträger den Belegärzten gegenüber nur begrenzt weisungsbefugt hinsichtlich Dienst- und Anwesenheitszeiten sowie der Einhaltung medizinischer und organisatorischer SOPs.</p>
<p><b>§ 5 Grundlagen des Stufenmodells [GKV-SV: Grundlagen des Stufenmodells gestuften Systems von Notfallstrukturen] Abs. (2) 2.</b></p> <p><b>Ablehnung der Position der DKG</b></p> <p><b>Zustimmung zur Position der LV mit folgenden Ergänzungen (in grün):</b></p> <p>innerhalb von maximal <del>30</del> 60 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar, wenn der Rufdienst jederzeit telemedizinisch unter Einhaltung datenschutzrechtlich konformer Bedingungen in Echtzeit („real-time“) online auf das Krankenhausinformationssystem (KIS) zugreifen kann und Einblick in die Patientenakte, den Behandlungsablauf, Laborbefunde, radiologische Untersuchungen (Röntgenbilder, CT) und radiologische Befunde sowie Sonographie-Untersuchungen hat. Ist dies nicht nachweisbar, ist eine Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten erforderlich (Position von GKV/SV). Die Verfügbarkeit innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten ist für Fachärztinnen und Fachärzte bestimmter Fachrichtungen in § 9, § 14 und § 19 gesondert geregelt. auf Befunde und radiologische Untersuchungen zugreifen kann.</p>	<p>Die „Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten“ würde unter §5 für alle Fachrichtungen des Standortes gelten. Dies kann zur Folge haben, dass die Fachärztinnen und Fachärzte aller Fachabteilungen eines Standortes im Krankenhaus in Bereitschaft sein müssen. Dies ist bei Krankheitsbildern / Notfällen bestimmter Fachabteilungen nicht zwingend notwendig, da durch nebenstehende Formulierung eine adäquate und sichere Notfallversorgung gewährleistet werden kann.</p> <p>Für zeitkritische Notfälle ist die „Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten“ Fachärztinnen und Fachärzten bestimmter Fachabteilungen unabdingbar. Diese Fachabteilungen können unter den entsprechenden Anforderungen der einzelnen Stufen definiert werden.</p> <p>Hierdurch kann eine ressourcenschonende und effiziente Versorgung von Notfallpatientinnen und Patienten ermöglicht werden.</p>

<p><b>§ 7 Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung</b></p> <p><b>Ablehnung der Position der DKG</b></p> <p><b>Zustimmung zur GKV-Position</b></p>	<p>Die Stufe 1 (Basis) stellt bereits die Mindestanforderungen dar, um an der Notfallversorgung teilzunehmen. Wenn ein Krankenhaus an der Notfallversorgung teilnehmen will, so hat es diese Mindestanforderungen zu erfüllen. Damit ist im Besonderen die sichere Behandlung von zeitkritischen Krankheitsbildern gewährleistet. Der Vorschlag der DKG schafft eine zusätzliche „Behelfsstufe“ unterhalb der Basisstufe, die es Kliniken ermöglicht, an der Notfallversorgung teilzunehmen, ohne die Mindestanforderungen zur Versorgung von stationären Notfällen zu erfüllen.</p> <p>Aus Sicht der DGINA ist die Einhaltung dieser Mindestanforderungen der Basisstufe unbedingt erforderlich, um die Patientensicherheit zu gewährleisten (siehe auch „Empfehlungen der DGINA / DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen 2024“).</p> <p>Der Vorschlag der DKG würde es möglich machen, dass z.B. Fachkliniken an der Notfallversorgung isoliert entsprechend ihres fachspezifischen Gebietes teilnehmen, ohne die Mindestanforderung an die stationäre Notfallversorgung im Sinne dieser Regelungen zu erfüllen. Dies widerspricht der Systematik der Stufung der stationären Notfallversorgung und wäre nicht sachgerecht.</p>
<p><b>§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung Nummer 1</b></p> <p><b>Zustimmung Position LV mit Ergänzung in grün</b></p> <p>Es sind jeweils ein mindestens drei Fachärztinnen oder Fachärzte (VK) und zwei sechs Pflegekräfte (VK) für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt benannt sowie die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und ganz überwiegend in der Zentralen Notaufnahme tätig. sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 1 mindestens in Rufbereitschaft ist.</p>	<p>Die Position der LV bleibt hinter den Empfehlungen der Fachgesellschaften DGINA/DIVI zurück. In Anbetracht der aktuellen Rahmenbedingungen und Strukturvoraussetzungen kleinerer Kliniken der Basisnotfallstufe stellt der nebenstehende Vorschlag der LV aus Sicht der DGINA einen akzeptablen Kompromiss in Bezug auf die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte dar.</p> <p>Neben der Festlegung der Pflegekräfte für Leitung und Stellvertretung ist die Festlegung einer personellen Mindestbesetzung für die Pflege nach Empfehlung der notfallmedizinischen Fachgesellschaften (1 VK / pro 1200 Pat. Kontakte pro Jahr, DIVI/DGINA Empfehlung zu Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen, 07.2024) erforderlich.</p> <p>Der nebenstehende Vorschlag, der die Zuordnung personeller Strukturen zur Zentralen Notaufnahme regelt, garantiert eine verlässliche ärztliche und pflegerische Verantwortlichkeit 24/7 für die Notfallversorgung.</p>

**§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung Nummer 2**

**Zustimmung Position GKV-SV / PatV / LV mit Ergänzung in grün**

Die ärztliche Leitung der Zentralen Notaufnahme, als eine der unter Nummer 1 genannten Ärztinnen oder Ärzte verfügt, spätestens ab dem 1. Januar 2026 über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Zwei weitere der unter Nummer 1 genannten Ärztinnen und Ärzte, müssen sich in Weiterbildung zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ KLINAM befinden oder diese bereits erworben haben. Ab dem 1. Januar 2028 verfügt von dem unter Nummer 1 genannten Fachpersonal zusätzlich mindestens eine weitere Ärztin oder ein weiterer Arzt über die Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“.

Die ärztliche Leitung der Zentralen Notaufnahme hat ab dem 1. Januar 2027 das Bundesärztekammer Curriculum „Organisation in der Notaufnahme“ abgeschlossen.

Die pflegerische Leitung der Zentralen Notaufnahme, als eine der unter Nummer 1 genannten Pflegekräfte verfügt, spätestens ab dem 1. Januar 2026 über die Fachweiterbildung „Notfallpflege“. Zwei weitere, der unter 1 genannten Pflegekräfte müssen sich in

Die Ärztliche Leitung der Notaufnahme kann diese Funktion nur dann ausüben, wenn sie auch ganz überwiegend in der Notaufnahme tätig ist.

Damit auch zukünftig eine ausreichende Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ gesichert ist, muss die Weiterbildung gefördert werden. Insofern ist die Anrechnung von Fachärztinnen und Fachärzten in Weiterbildung zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ wichtig.

Das Leitungspersonal von Zentralen Notaufnahmen muss besondere Kenntnisse und Fertigkeiten in der Organisation von Notaufnahmen nachweisen können. Hierzu zählt unter anderem die genaue Kenntnis von Kommunikation und Führung in Krisenstrukturen, Grundlagen der Taktischen Medizin, der Bewältigung von CBRN- und anderen Sonderlagen. Dies ist insbesondere im Rahmen der Zivilen Verteidigung und zunehmender Krisenlagen durch den Klimawandel eine unerlässliche Kompetenz.

Neben der Anzahl der Pflegekräfte ist deren Qualifikation entscheidend für die Sicherheit der Patientenversorgung. Aktuell haben bundesweit mehr als 6200 Pflegekräfte die Qualifikation „Notfallpflege“ erworben. Nach einer aktuellen DGINA Recherche bieten Weiterbildungsstätten alle 2 Jahre über 2040 Weiterbildungsplätze für die „Fachweiterbildung Notfallpflege“ an, die jedoch nur zu 79% ausgenutzt wurden. Laut der befragten Weiterbildungsstätten könnte dieses Angebot im Bedarfsfall erweitert werden (<https://www.dgina.de/aktuelles/dgina-zum->

<p>Weiterbildung zur Zusatzqualifikation Notfallpflege befinden oder diese bereits erworben haben. Ab dem 1. Januar 2028 ist sicherzustellen, dass jederzeit pro Schicht eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege oder eine sich dazu in Weiterbildung befindliche Pflegekraft in der Notaufnahme zur Verfügung steht.</p>	<p><a href="#">status-quo-der-weiterbildung-notfallpflege-in-deutschland</a>). Die vorgeschlagene Quote an Pflegepersonen mit der Fachweiterbildung Notfallpflege oder in Weiterbildung hierzu ist erfüllbar.</p>
<p><b>§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung Nummer 3</b></p> <p><b>Zustimmung zur Position GKV/PatV mit Ergänzung</b></p> <p>In Ergänzung zu § 5 Abs. (2) 2. muss Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Bereich der Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin sowie eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar sein.</p>	<p>Die Fachärztinnen und Fachärzte der Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie, Innere Medizin und Fachärztin/Facharzt Anästhesiologie als notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen müssen innerhalb von max. 30 Minuten an der Patientin /Patient verfügbar sein.</p>
<p><b>§ 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung Abs. (1)</b></p> <p><b>Ablehnung der DKG-Position</b></p>	<p><b>Beibehaltung des bisherigen Wortlautes</b></p> <p>Kliniken der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung müssen ein breites chirurgisches und unfallchirurgisches notfallmedizinisches Leistungsspektrum abdecken. Die Position der DKG reduziert die Anzahl der erforderlichen Fachabteilungen und entspricht aus Sicht der DGINA daher nicht den Anforderungen an Kliniken, die für die erweiterte Notfallversorgungsstufe erbracht werden müssen.</p> <p>Darüber hinaus verweisen wir auf einen möglichen Neuregelungsbedarf nach Einführung einer Leistungsgruppensystematik.</p>

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

**Zustimmung zur Position LV mit Ergänzungen**

Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen die Vorgaben unter nach § 9 genannten Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des geforderten Fachpersonals. Ab dem 1. Januar 2026 werden mindestens fünf Fachärztinnen und Fachärzte vorgehalten (in Summe 5,0 Vollzeitäquivalente), die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Notaufnahme und der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und ganz überwiegend in der Zentralen Notaufnahme tätig sind. Ab dem 1. Januar 2026 verfügen mindestens zwei (Leitung und Stellvertretung) und ab dem 1. Januar 2028 drei Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, die anderen vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte sind mindestens in Weiterbildung zur Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Eine Ärztin oder ein Arzt in der Zusatz-Weiterbildungsphase „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ kann angerechnet werden. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 2, oder eine Fachärztin/ein Facharzt-in Weiterbildung zur Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“

Mit dem nebenstehenden Vorschlag wird eine sukzessive Steigerung der Qualifikationsanforderungen des der Zentralen Notaufnahme zugeordneten ärztlichen Personals für die erweiterte Notfallversorgung erzielt, die auch perspektivisch umsetzbar ist.

Die Maßgabe, dass neben den ab 1. Januar 2026 zwei Fachärztinnen/Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ alle weiteren der Zentralen Notaufnahme zugeordneten Fachärztinnen und Fachärzte (bis zum Ziel von 5 VK-Äquivalenten) sich in Weiterbildung befinden müssen, stellt sicher, dass diese auch in der Zentralen Notaufnahme tätig sind. Darüber hinaus kann so eine Verstärkung der Weiterbildungskapazitäten erzielt werden, die nicht nur dem eigenen Haus, sondern auch kleineren Häusern zugutekommt.

<p>mindestens in <b>Rufbereitschaft</b> Rufdienst ist.</p> <p>Der Rufdienst kann jederzeit telemedizinisch unter Einhaltung datenschutzrechtlich konformer Bedingungen in Echtzeit („real-time“) online auf das Krankenhausinformationssystem (KIS) zugreifen. Der Rufdienst hat Einblick in die Patientenakte, den Behandlungsablauf, Laborbefunde, radiologische Untersuchungen (Röntgenbilder, CT) und radiologische Befunde sowie Sonographie-Untersuchungen. Ist dies nicht nachweisbar, ist eine Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten erforderlich.</p> <p>Ab dem 1. Januar 2028 <b>verfügen mindestens drei Pflegekräfte über die Zusatzqualifikation Notfallpflege</b> ist sicherzustellen, dass jederzeit pro Schicht eine Pflegekraft mit der Zusatzqualifikation Notfallpflege in der Notaufnahme zur Verfügung steht.</p>	
<p><b>§ 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung</b></p> <p><b>Zustimmung zur Position GKV / PatV</b></p>	<p>Die Präzisierung der Regelung ist sinnvoll und wird begrüßt.</p>
<p><b>§ 17 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung</b></p> <p>Keine Änderung zur Stellungnahme der DGINA vom 13.08.2024</p>	<p>Siehe Stellungnahme der DGINA, vom 13.08.2024, zu Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V</p>
<p><b>§ 18 (1) (2) (3) Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung</b></p>	<p><b>Beibehaltung des bisherigen Wortlautes</b></p>

<p><b>Position der DKG wird abgelehnt.</b></p>	<p>Der Vorschlag der DKG entspricht in keiner Weise den strukturellen Anforderungen an die Vorhaltung von notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen in der umfassenden stationären Notfallversorgung.</p>
<p><b>§ 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung</b></p> <p><b>Zustimmung zur Position LV mit Ergänzungen</b></p> <p>Ab dem 1. Januar 2026 werden mindestens fünf Fachärztinnen und Fachärzte vorgehalten (in Summe 5,0 Vollzeitäquivalente), die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Notaufnahme und der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind. Ab dem 1. Januar 2026 verfügen mindestens zwei-drei Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Ab dem 1. Januar 2028 verfügen fünf vier Ärztinnen oder Ärzte über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, die anderen vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte sind mindestens in Weiterbildung zur Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Es ist sicherzustellen, dass jederzeit (24/7) eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 2, oder eine Fachärztin/ein Facharzt-in Weiterbildung zur Zusatz-Weiterbildungsphase „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ mindestens in Rufbereitschaft Rufdienst ist.</p> <p>Ab dem 1. Januar 2028 muss eine Pflegekraft müssen zwei Pflegekräfte pro Schicht, die Zusatzqualifikation Notfallpflege aufweisen oder sich in von</p>	<p>Mit dem nebenstehenden Vorschlag wird eine sukzessive Steigerung der Qualifikationsanforderungen des, der Zentralen Notaufnahme zugeordneten ärztlichen Personals für die Notfallversorgung erzielt, die auch perspektivisch umsetzbar ist.</p> <p>Rufdienst wie in § 14, Nummer 1 definiert.</p>

<p>denen sich eine in Weiterbildung hierzu befinden kann.in Ausnahmefällen ist ein Rufdienst zulässig.</p>	
<p><b>§ 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung</b></p> <p><b>Zustimmung zur Position GKV- SV/PatV</b></p>	<p>Die Präzisierung der Regelung ist sinnvoll und wird begrüßt.</p>

Alle weiteren §§ siehe Stellungnahme der DGINA, vom 13.08.2024, zu Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>DGINA e.V. Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin</b>		
<b>Martin Pin, Dr. Ranka Marohl</b>		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	<b>Wir nehmen teil.</b>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein</b>
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	<b>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</b>	<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein</b>



Herrn

Abteilung Methodenbewertung und  
veranlasste Leistungen des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

Grafenberger Allee 100  
40237 Düsseldorf  
Tel: +49 (0) 211 600 692 – 12  
Fax: +49 (0) 211 600 692 – 10  
E-Mail: [info@dgk.org](mailto:info@dgk.org)  
Web: [dgk.org](http://dgk.org)

Per E-Mail: [bedarfsplanung@g-ba.de](mailto:bedarfsplanung@g-ba.de);

Düsseldorf, 25.07.2025

## **Stellungnahme zur Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen)**

Sehr geehrter Herr Hollstein,

gerne nehmen wir die Möglichkeit wahr, zur vorgenannten Änderung mit nachfolgenden Punkten Stellung zu nehmen.

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie vertritt die Auffassung, dass die Notfallbehandlung kardiologischer Patienten in Abhängigkeit vom Krankheitsbild bevorzugt in einer zertifizierten Chest-Pain-Unit erfolgen sollte. Letztere hat sich in der Versorgung von kardiovaskulär erkrankten Patienten an Zentren mit dem Modul Durchblutungsstörungen des Herzens als sichere und effektive Struktur etabliert.

### **§3 Absatz 2**

#### **(Ausnahmeregelung für sogenannte Sicherstellungshäuser im ländlichen Raum)**

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) unterstützt den Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), dass die 129 bedarfsnotwendigen Krankenhäuser (sogenannte Sicherstellungshäuser) im ländlichen Raum mindestens die Stufe der Basisnotfallversorgung erhalten.

### **§5 Absatz 2**

#### **(Definition einer Fachabteilung im Stufenmodell)**

Die DGK unterstützt den Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dass neben angestellten Fachärztinnen und Fachärzten des Krankenhauses auch Belegärztinnen und Belegärzte (BA) mit entsprechender Qualifikation einer entsprechenden Fachabteilung zugeordnet werden können und sich an der Sicherstellung eines Bereitschafts- oder Rufdienstes beteiligen können. BA sind genauso wie angestellte Ärztinnen und Ärzte vertraglich an das Krankenhaus gebunden.

Die DGK spricht sich gegen eine generelle Festschreibung einer Minutenregelung aus, innerhalb derer eine Fachärztin oder Facharzt (FA) beim Patienten oder bei der Patientin erscheinen muss.

Die DGK unterstützt vielmehr den aus unserer Sicht sehr praxisnahen Vorschlag der DKG wonach ein qualifizierter FA für die jeweilig geforderte Fachrichtung unverzüglich für eine Situations-einschätzung und Beratung verfügbar sein sollte; z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.

## §7

### **Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung**

Werden bestimmte Mindestvorgaben nicht eingehalten, können Krankenhäuser von der Teilnahme an der Notfallversorgung wieder ausgeschlossen werden, also ggf. ihre Zuweisung zu einer Notfallstufe wieder verlieren. Zu diesen Mindestmengen zählt eine Zahl von 500 Patientinnen und Patienten die auf das Jahr gesehen in der Zeit zwischen 20:00 bis 05:00 Uhr aufgenommen werden. Diese Zahl wird zwar für die allermeisten Kliniken in der Praxis kein Problem darstellen (ca. 1,5 Aufnahmen im Durchschnitt pro Nachtdienst) allerdings sollte für bestimmte Kliniken (Sicherstellungshäuser in dünn besiedelten Gebieten) eine Ausnahmeregelung gelten (siehe auch Vorschlag der DKG zu §3 Absatz 2).

Die Vorgabe, dass in den Nachtzeiten (20:00 bis 05:00 Uhr) mindestens 100 Computertomographien erbracht werden müssen, erscheint aus unserer Sicht unsinnig, da hier ein Fehlanreiz für eine Untersuchung mit Kostenaufwand und Strahlenbelastung geschaffen werden könnte. Die aufgeführten Mindestvorgaben für CT-Untersuchungen sollten unseres Erachtens komplett gestrichen werden. Eine Vorgabe von Mindestzahlen führt aus unserer Sicht zu keiner Qualitätsverbesserung.

Die Vorhaltung eines FA (vor Ort, 24/7) erscheint aus unserer Sicht für kleine Krankenhäuser ebenfalls nicht umsetzbar, da hierfür ein durchgehender fachärztlicher Bereitschaftsdienst eingerichtet werden müsste, der für kleinere Kliniken nicht finanzierbar und angesichts des Fachkräftemangels in vielen Regionen auch nicht personell abbildbar ist.

## § 9

### **Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung**

Gegenüberstellung der Vorschläge der Bänke (Personalvorhaltung Basisnotfallversorgung):

	ab dem	DKG	GKV-SV / PatV / LV
ÄD	1.1.2026	1 FÄ, 1 PK benannt	5 FÄ benannt (3 LV) zuständig, KlinANM – 1 FA
ÄD	1.1.2027	KlinANM – 2 FÄ, davon 1 in WB	
ÄD	1.1.2028		KlinANM – 2 FÄ
PD	1.1.2026		Notfallpflege – 1 PK
PD	1.1.2027	Notfallpfl. – 2 PK, davon 1 WB	
PD	1.1.2028		Notfallpflege – 2 PK

Nach Einschätzung der DGK ist die durchgehende fachärztliche Präsenz (24/7) in der Notaufnahme auf der Stufe der Basisnotfallversorgung aufgrund des Fachkräftemangels in Häusern dieser Größe nicht realistisch umsetzbar.

Auch die Zahl von fünf der Notfallmedizin zugeordneten FA erscheint auf dieser Stufe unrealistisch. Wir unterstützen die Position der DKG, die sich klar an der Machbarkeit orientiert.

Die DGK spricht sich gegen eine generelle Festschreibung einer Minutenregelung aus, innerhalb derer ein FA beim Patienten / bei der Patientin erscheinen muss.

Auch bezüglich der Verfügbarkeit eines FA der Inneren Medizin, Chirurgie und Anästhesie stellt sich die DGK auf der Stufe der Basis-Notfallversorgung klar gegen eine 30-Minuten-Regelung. Wir unterstützen den Vorschlag der DKG wonach ein FA für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie am Patienten/an der Patientin unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar sein muss, z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.

## § 11

### Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung

Die DGK begrüßt den Vorschlag, dass eine Befundung der Computer-Tomographie (CT) zur Sicherstellung der 24h-Bereitschaft auf der Stufe der Basisnotfall-versorgung auch teleradiologisch erfolgen kann.

## § 14

### Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung

Gegenüberstellung der Vorschläge der Bänke:

	ab dem	DKG	GKV-SV / PatV	LV
ÄD	1.1.2026	KlinANM – 2 FÄ	5 FÄ zugeordnet; KlinANM – 2 FÄ	5 FÄ zugeordnet, 2 FÄ KlinANM
ÄD	1.1.2028	KlinANM – 3 FÄ, davon 1 WB	KlinANM – 4 FÄ, davon 1 WB	5 FÄ zugeordnet, 3 FÄ KlinANM
PD	1.1.2026		Notfallpflege – 1 PK	
PD	1.1.2028	Notfallpfl. – 2 PK	Notfallpflege – 3 PK	Notfallpflege – 3 PK

Auch für die Stufe der erweiterten Notfallversorgung, die überwiegend mittelgroße Krankenhäuser betrifft, erscheint ein solcher Personalaufwand von 5 FA (davon zwei mit Zusatzweiterbildung i.d. klinische Akut- und Notfallmedizin) kurzfristig bis zum 01.01.2026 vielerorts nicht umsetzbar. Hier erscheint der Vorschlag der DKG von 2 FA zum 01.01.2026 und 3 FA zum 01.01.2028 erneut ein guter Kompromiss zu sein, der sich an der Machbarkeit orientiert.

Bezüglich der Verfügbarkeit von FA mit der Zusatzweiterbildung zu klinischer Akut- und Notfallmedizin, existiert in vielen Regionen der Bundesrepublik ein Mangel an Weiterbildungsermächtigungen, sodass auch hier äußerst fraglich ist, ob in allen Häusern ab dem 01.01.2026 zwei FA mit dieser Zusatzweiterbildung zur Verfügung stehen werden. Die DGK plädiert hier für eine Verlängerung der Übergangsfrist: z.B. zum 01.01.2027 ein FA mit Zusatzweiterbildung und ab 1.1.28 zwei FA mit Zusatzweiterbildung plus ein FA in Weiterbildung.

## § 18

### Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung

Zusätzlich zu den aufgeführten Fachabteilungen der Kategorie B sollte aus unserer Sicht neben der Geriatrie, die „Herz- und Gefäßchirurgie“, welche sich bedeutsam an der Notfallversorgung partizipiert, mit aufgenommen bzw. zur bereits aufgeführten Thoraxchirurgie ergänzt werden: „Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie“.

## § 19

### Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung

Gegenüberstellung der Vorschläge der Bänke:

	ab dem	DKG	GKV-SV / PatV	LV
ÄD	1.1.2026		5 FÄ zugeordnet, KlinANM – 3 davon 1 WB	5 FÄ zugeordnet, 2 KlinANM
ÄD	1.1.2028		KlinANM – 5 FÄ, davon 2 WB	5 FÄ zugeordnet, 5 KlinANM, davon 2 WB
ÄD	1.1.2032	KlinANM – 3 FÄ, davon 1 WB		
PD	1.1.2026		Notfallpflege – 1 PK	
PD	1.1.2028	Notfallpfl. – 2 PK	Notfallpflege – 5 PK	Notfallpflege – 1/Schicht Oder WB, Ausnahmefälle Rufdienst

Da es in vielen Regionen der Bundesrepublik noch nicht ausreichend Weiterbildungsermächtigte für die Zusatzweiterbildung klinische Akut- und Notfallmedizin gibt, erscheint auch für die Stufe der umfassenden Notfallversorgung die Anforderung von fünf FA mit Zusatzweiterbildung zur klinischen Akut- und Notfallmedizin ab 01.01.2028 nicht umsetzbar, die DGK empfiehlt hier, dass bis auf weiteres 2 FA in der Zusatzweiterbildung der klinischen Akut- und Notfallmedizin angerechnet werden können (entsprechend der bisher nicht eingeführten LG65).

## § 21

### Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV/SV) fordert auf dieser Stufe das Vorhandensein einer SPECT/ CT Kamera sowie eines Heißlabors mit Technetium Generator. Diese Forderung ist aus Sicht der DGK inhaltlich und fachlich nicht nachvollziehbar.

## § 28

### Modul Durchblutungsstörungen am Herzen

Die bisherige Regelung zu den „Durchblutungsstörungen am Herzen“ haben sich herausragend bewährt und unterliegen einer strengen Zertifizierung der DGK.

Die Position der DKG zur Beibehaltung des bisherigen Wortlauts wird unterstützt.

**§ 28 , 5.b.**

Wie oben erläutert sind hier BA als FA einzubeziehen.

Wir danken für die Möglichkeit zur Stellungnahme und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Stefan Blankenberg

**Präsident der DGK**

*Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz-  
und Kreislauferkrankungen e.V.*

Prof. Dr. Patrick Diemert

**federführender Autor und Mitglied**

*Kardiovaskuläre Intensivmedizin (AG 3)*

Weitere beteiligte Experten (*alphabetische Reihenfolge*):

- Prof. Dr. Lutz Frankenstein, Heidelberg
- Prof. Dr. Evangelos Giannitsis
- Prof. Dr. Guido Michels, Trier
- Prof. Dr. Martin Möckel, Berlin
- Prof. Dr. Bernd Nowak, Frankfurt am Main
- Dr. Norbert Smetak, Kirchheim/Teck
- Prof. Dr. Christoph Stellbrink, Bielefeld
- Priv.-Doz. Dr. Michael A. Weber, Dachau

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V.
25.07.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- **Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)**
1. **Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Vorbemerkung	Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie vertritt die Auffassung, dass die Notfallbehandlung kardiologischer Patienten in Abhängigkeit vom Krankheitsbild bevorzugt in einer zertifizierten Chest-Pain-Unit erfolgen sollte. Letztere hat sich in der Versorgung von kardiovaskulär erkrankten Patienten an Zentren mit dem Modul Durchblutungsstörungen des Herzens als sichere und effektive Struktur etabliert.
<b>§3 Absatz 2 (Ausnahmeregelung für sogenannte Sicherstellungshäuser im ländlichen Raum)</b>	Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) unterstützt den Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), dass die 129 bedarfsnotwendigen Krankenhäuser (sogenannte Sicherstellungshäuser) im ländlichen Raum mindestens die Stufe der Basisnotfallversorgung erhalten.
<b>§5 Absatz 2</b>	Die DGK unterstützt den Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), dass neben angestellten Fachärztinnen und Fachärzten des Krankenhauses auch Belegärztinnen und Belegärzte (BA) mit

<p><b>(Definition einer Fachabteilung im Stufenmodell)</b></p>	<p>entsprechender Qualifikation einer entsprechenden Fachabteilung zugeordnet werden können und sich an der Sicherstellung eines Bereitschafts- oder Rufdienstes beteiligen können. BA sind genauso wie angestellte Ärztinnen und Ärzte vertraglich an das Krankenhaus gebunden.</p> <p>Die DGK spricht sich gegen eine generelle Festschreibung einer Minutenregelung aus, innerhalb derer eine Fachärztin oder Facharzt (FA) beim Patienten oder bei der Patientin erscheinen muss.</p> <p>Die DGK unterstützt vielmehr den aus unserer Sicht sehr praxisnahen Vorschlag der DKG wonach ein qualifizierter FA für die jeweilig geforderte Fachrichtung unverzüglich für eine Situations-einschätzung und Beratung verfügbar sein sollte; z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.</p>
<p><b>§7</b></p> <p><b>Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung</b></p>	<p>Werden bestimmte Mindestvorgaben nicht eingehalten, können Krankenhäuser von der Teilnahme an der Notfallversorgung wieder ausgeschlossen werden, also ggf. ihre Zuweisung zu einer Notfallstufe wieder verlieren. Zu diesen Mindestmengen zählt eine Zahl von 500 Patientinnen und Patienten die auf das Jahr gesehen in der Zeit zwischen 20:00 bis 05:00 Uhr aufgenommen werden. Diese Zahl wird zwar für die allermeisten Kliniken in der Praxis kein Problem darstellen (ca. 1,5 Aufnahmen im Durchschnitt pro Nachtdienst) allerdings sollte für bestimmte Kliniken (Sicherstellungshäuser in dünn besiedelten Gebieten) eine Ausnahmeregelung gelten (siehe auch Vorschlag der DKG zu §3 Absatz 2).</p> <p>Die Vorgabe, dass in den Nachtzeiten (20:00 bis 05:00 Uhr) mindestens 100 Computertomographien erbracht werden müssen, erscheint aus unserer Sicht unsinnig, da hier ein Fehlanreiz für eine Untersuchung mit Kostenaufwand und Strahlenbelastung geschaffen werden könnte. Die aufgeführten Mindestvorgaben für CT-Untersuchungen sollten unseres Erachtens komplett gestrichen werden. Eine Vorgabe von Mindestzahlen führt aus unserer Sicht zu keiner Qualitätsverbesserung.</p> <p>Die Vorhaltung eines FA (vor Ort, 24/7) erscheint aus unserer Sicht für kleine Krankenhäuser ebenfalls nicht umsetzbar, da hierfür ein durchgehender fachärztlicher Bereitschaftsdienst eingerichtet werden müsste, der für kleinere Kliniken nicht finanzierbar und angesichts des Fachkräftemangels in vielen Regionen auch nicht personell abbildbar ist.</p>

<p><b>§ 9</b></p> <p><b>Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der <u>Basisnotfallversorgung</u></b></p>	<p><b>Gegenüberstellung der Vorschläge der Bänke (Personalvorhaltung Basisnotfallversorgung):</b></p> <table border="1" data-bbox="564 288 1465 801"> <thead> <tr> <th></th> <th>ab dem</th> <th>DKG</th> <th>GKV-SV / PatV / LV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÄD</td> <td>1.1.2026</td> <td>1 FÄ, 1 PK benannt</td> <td>5 FÄ benannt (3 LV) zuständig, KlinANM – 1 FA</td> </tr> <tr> <td>ÄD</td> <td>1.1.2027</td> <td>KlinANM – 2 FÄ, davon 1 in WB</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ÄD</td> <td>1.1.2028</td> <td></td> <td>KlinANM – 2 FÄ</td> </tr> <tr> <td>PD</td> <td>1.1.2026</td> <td></td> <td>Notfallpflege – 1 PK</td> </tr> <tr> <td>PD</td> <td>1.1.2027</td> <td>Notfallpfl. – 2 PK, davon 1 WB</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD</td> <td>1.1.2028</td> <td></td> <td>Notfallpflege – 2 PK</td> </tr> </tbody> </table>		ab dem	DKG	GKV-SV / PatV / LV	ÄD	1.1.2026	1 FÄ, 1 PK benannt	5 FÄ benannt (3 LV) zuständig, KlinANM – 1 FA	ÄD	1.1.2027	KlinANM – 2 FÄ, davon 1 in WB		ÄD	1.1.2028		KlinANM – 2 FÄ	PD	1.1.2026		Notfallpflege – 1 PK	PD	1.1.2027	Notfallpfl. – 2 PK, davon 1 WB		PD	1.1.2028		Notfallpflege – 2 PK
	ab dem	DKG	GKV-SV / PatV / LV																										
ÄD	1.1.2026	1 FÄ, 1 PK benannt	5 FÄ benannt (3 LV) zuständig, KlinANM – 1 FA																										
ÄD	1.1.2027	KlinANM – 2 FÄ, davon 1 in WB																											
ÄD	1.1.2028		KlinANM – 2 FÄ																										
PD	1.1.2026		Notfallpflege – 1 PK																										
PD	1.1.2027	Notfallpfl. – 2 PK, davon 1 WB																											
PD	1.1.2028		Notfallpflege – 2 PK																										
	<p>Nach Einschätzung der DGK ist die durchgehende fachärztliche Präsenz (24/7) in der Notaufnahme auf der Stufe der Basisnotfallversorgung aufgrund des Fachkräftemangels in Häusern dieser Größe nicht realistisch umsetzbar.</p> <p>Auch die Zahl von fünf der Notfallmedizin zugeordneten FA erscheint auf dieser Stufe unrealistisch. Wir unterstützen die Position der DKG, die sich klar an der Machbarkeit orientiert.</p> <p><b>Die DGK spricht sich gegen eine generelle Festschreibung einer Minutenregelung aus, innerhalb derer ein FA beim Patienten / bei der Patientin erscheinen muss.</b></p> <p>Auch bezüglich der Verfügbarkeit eines FA der Inneren Medizin, Chirurgie und Anästhesie stellt sich die DGK auf der Stufe der Basis-Notfallversorgung klar gegen eine 30-Minuten-Regelung. Wir unterstützen den Vorschlag der DKG wonach ein FA für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie am Patienten/an der Patientin unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar sein muss, z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.</p>																												
<p><b>§ 11</b></p> <p><b>Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung</b></p>	<p>Die DGK begrüßt den Vorschlag, dass eine Befundung der Computer-Tomographie (CT) zur Sicherstellung der 24h-Bereitschaft auf der Stufe der Basisnotfall-versorgung auch teleradiologisch erfolgen kann.</p>																												

<p><b>§ 14</b></p> <p><b>Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung</b></p>	<p><b>Gegenüberstellung der Vorschläge der Bänke:</b></p> <table border="1" data-bbox="564 306 1522 750"> <thead> <tr> <th></th> <th>ab dem</th> <th>DKG</th> <th>GKV-SV / PatV</th> <th>LV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÄD</td> <td>1.1.2026</td> <td>KlinANM – 2 FÄ</td> <td>5 FÄ zugeordnet; KlinANM – 2 FÄ</td> <td>5 FÄ zugeordnet, 2 FÄ KlinANM</td> </tr> <tr> <td>ÄD</td> <td>1.1.2028</td> <td>KlinANM – 3 FÄ, davon 1 WB</td> <td>KlinANM – 4 FÄ, davon 1 WB</td> <td>5 FÄ zugeordnet, 3 FÄ KlinANM</td> </tr> <tr> <td>PD</td> <td>1.1.2026</td> <td></td> <td>Notfallpflege – 1 PK</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD</td> <td>1.1.2028</td> <td>Notfallpfl. – 2 PK</td> <td>Notfallpflege – 3 PK</td> <td>Notfallpflege – 3 PK</td> </tr> </tbody> </table>		ab dem	DKG	GKV-SV / PatV	LV	ÄD	1.1.2026	KlinANM – 2 FÄ	5 FÄ zugeordnet; KlinANM – 2 FÄ	5 FÄ zugeordnet, 2 FÄ KlinANM	ÄD	1.1.2028	KlinANM – 3 FÄ, davon 1 WB	KlinANM – 4 FÄ, davon 1 WB	5 FÄ zugeordnet, 3 FÄ KlinANM	PD	1.1.2026		Notfallpflege – 1 PK		PD	1.1.2028	Notfallpfl. – 2 PK	Notfallpflege – 3 PK	Notfallpflege – 3 PK
	ab dem	DKG	GKV-SV / PatV	LV																						
ÄD	1.1.2026	KlinANM – 2 FÄ	5 FÄ zugeordnet; KlinANM – 2 FÄ	5 FÄ zugeordnet, 2 FÄ KlinANM																						
ÄD	1.1.2028	KlinANM – 3 FÄ, davon 1 WB	KlinANM – 4 FÄ, davon 1 WB	5 FÄ zugeordnet, 3 FÄ KlinANM																						
PD	1.1.2026		Notfallpflege – 1 PK																							
PD	1.1.2028	Notfallpfl. – 2 PK	Notfallpflege – 3 PK	Notfallpflege – 3 PK																						
	<p>Auch für die Stufe der erweiterten Notfallversorgung, die überwiegend mittelgroße Krankenhäuser betrifft, erscheint ein solcher Personalaufwand von 5 FA (davon zwei mit Zusatzweiterbildung i.d. klinische Akut- und Notfallmedizin) kurzfristig bis zum 01.01.2026 vielerorts nicht umsetzbar. Hier erscheint der Vorschlag der DKG von 2 FA zum 01.01.2026 und 3 FA zum 01.01.2028 erneut ein guter Kompromiss zu sein, der sich an der Machbarkeit orientiert.</p> <p>Bezüglich der Verfügbarkeit von FA mit der Zusatzweiterbildung zu klinischer Akut- und Notfallmedizin, existiert in vielen Regionen der Bundesrepublik ein Mangel an Weiterbildungsermächtigungen, sodass auch hier äußerst fraglich ist, ob in allen Häusern ab dem 01.01.2026 zwei FA mit dieser Zusatzweiterbildung zur Verfügung stehen werden. Die DGK plädiert hier für eine Verlängerung der Übergangsfrist: z.B. zum 01.01.2027 ein FA mit Zusatzweiterbildung und ab 1.1.28 zwei FA mit Zusatzweiterbildung plus ein FA in Weiterbildung.</p>																									
<p><b>§ 18</b></p> <p><b>Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung</b></p>	<p>Zusätzlich zu den aufgeführten Fachabteilungen der Kategorie B sollte aus unserer Sicht neben der Geriatrie, die „Herz- und Gefäßchirurgie“, welche sich bedeutsam an der Notfallversorgung partizipiert, mit aufgenommen bzw. zur bereits aufgeführten Thoraxchirurgie ergänzt werden: „Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie“.</p>																									

<p><b>§ 19</b></p> <p><b>Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung</b></p>	<p><b>Gegenüberstellung der Vorschläge der Bänke:</b></p> <table border="1" data-bbox="564 309 1501 882"> <thead> <tr> <th></th> <th>ab dem</th> <th>DKG</th> <th>GKV-SV / PatV</th> <th>LV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÄD</td> <td>1.1.2026</td> <td></td> <td>5 FÄ zugeordnet, KlinANM – 3 davon 1 WB</td> <td>5 FÄ zugeordnet, 2 KlinANM</td> </tr> <tr> <td>ÄD</td> <td>1.1.2028</td> <td></td> <td>KlinANM – 5 FÄ, davon 2 WB</td> <td>5 FÄ zugeordnet, 5 KlinANM, davon 2 WB</td> </tr> <tr> <td>ÄD</td> <td>1.1.2032</td> <td>KlinANM – 3 FÄ, davon 1 WB</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD</td> <td>1.1.2026</td> <td></td> <td>Notfallpflege – 1 PK</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PD</td> <td>1.1.2028</td> <td>Notfallpfl. – 2 PK</td> <td>Notfallpflege – 5 PK</td> <td>Notfallpflege – 1/Schicht Oder WB, Ausnahmefälle Rufdienst</td> </tr> </tbody> </table>		ab dem	DKG	GKV-SV / PatV	LV	ÄD	1.1.2026		5 FÄ zugeordnet, KlinANM – 3 davon 1 WB	5 FÄ zugeordnet, 2 KlinANM	ÄD	1.1.2028		KlinANM – 5 FÄ, davon 2 WB	5 FÄ zugeordnet, 5 KlinANM, davon 2 WB	ÄD	1.1.2032	KlinANM – 3 FÄ, davon 1 WB			PD	1.1.2026		Notfallpflege – 1 PK		PD	1.1.2028	Notfallpfl. – 2 PK	Notfallpflege – 5 PK	Notfallpflege – 1/Schicht Oder WB, Ausnahmefälle Rufdienst
	ab dem	DKG	GKV-SV / PatV	LV																											
ÄD	1.1.2026		5 FÄ zugeordnet, KlinANM – 3 davon 1 WB	5 FÄ zugeordnet, 2 KlinANM																											
ÄD	1.1.2028		KlinANM – 5 FÄ, davon 2 WB	5 FÄ zugeordnet, 5 KlinANM, davon 2 WB																											
ÄD	1.1.2032	KlinANM – 3 FÄ, davon 1 WB																													
PD	1.1.2026		Notfallpflege – 1 PK																												
PD	1.1.2028	Notfallpfl. – 2 PK	Notfallpflege – 5 PK	Notfallpflege – 1/Schicht Oder WB, Ausnahmefälle Rufdienst																											
	<p>Da es in vielen Regionen der Bundesrepublik noch nicht ausreichend Weiterbildungsermächtigte für die Zusatzweiterbildung klinische Akut- und Notfallmedizin gibt, erscheint auch für die Stufe der umfassenden Notfallversorgung die Anforderung von fünf FA mit Zusatzweiterbildung zur klinischen Akut- und Notfallmedizin ab 01.01.2028 nicht umsetzbar, die DGK empfiehlt hier, dass bis auf weiteres 2 FA in der Zusatzweiterbildung der klinischen Akut- und Notfallmedizin angerechnet werden können (entsprechend der bisher nicht eingeführten LG65).</p>																														
<p><b>§ 21</b></p> <p><b>Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung</b></p>	<p>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV/SV) fordert auf dieser Stufe das Vorhandensein einer SPECT/ CT Kamera sowie eines Heißlabors mit Technetium Generator. Diese Forderung ist aus Sicht der DGK inhaltlich und fachlich nicht nachvollziehbar.</p>																														
<p><b>§ 28</b></p> <p><b>Modul Durchblutungsstörungen am Herzen</b></p>	<p>Die bisherige Regelung zu den „Durchblutungsstörungen am Herzen“ haben sich herausragend bewährt und unterliegen einer strengen Zertifizierung der DGK.</p> <p>Die Position der DKG zur Beibehaltung des bisherigen Wortlauts wird unterstützt.</p>																														

§ 28 , 5.b.	Wie oben erläutert sind hier BA als FA einzubeziehen.
-------------	---

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
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

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

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



---

Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstr. 13  
10587 Berlin

Ausschließlich per E-Mail an: [bedarfsplanung@g-ba.de](mailto:bedarfsplanung@g-ba.de)  
Nachrichtlich: [st-gba@awmf.org](mailto:st-gba@awmf.org)

Bonn, 31. Juli 2025

**Stellungnahme DGHNO-KHC und DGMKG zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Sehr geehrte Damen,  
sehr geehrte Herren,

die Präsidien der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC) und der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) bedanken sich für die Möglichkeit der Übersendung einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen).

Im Auftrag der beiden Präsidien erhalten Sie in der Anlage 2 zur E-Mail das ausgefüllte Formular zur Abgabe einer Stellungnahme mit der Bitte um besondere Beachtung.

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. med. Thomas K. Hoffmann  
Präsident der DGHNO-KHC

Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang  
Präsident der DGMKG



**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Bonn Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hofheim
31.07.2025

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die**

- **Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)**

- 1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
§5 (2) 2 Die Einbeziehung von entsprechend qualifizierten und betriebenen Belegabteilungen in die Funktion „Fachabteilung“ wird für den HNO-Bereich begrüßt	Die HNO-Heilkunde und die MKG-Chirurgie haben spezielle Notfall-Erkrankungen, die nicht von anderen Fachabteilungen beherrscht werden können. In der HNO-Versorgung drohen durch das KHVVG Schließungen von etlichen kleineren Fachabteilungen, so dass das flächendeckende Netz an Versorgung in Frage steht. Insofern sind Belegabteilungen willkommen, um das Fach flächendeckend vertreten zu können.
§5 (2) 2 Wie schnell muss der Arzt am Patienten sein? Gilt das nur für die ZNA oder auch für hinzuzuziehende Fachabteilungen wie MKG und HNO?	Der Vorschlag der DKG zur Erreichbarkeit ist sinnvoll und personell darstellbar. Die Bedingung „unverzüglich“ ist jedoch unseres Wissens nicht definiert und subjektiv. Die Schwelle von 30 Minuten ist sinnvoll. Es muss juristisch geklärt sein, ob diese Fristen für die Befassung auch im Sinne der Arzthaftung als zulässig gesehen werden.
§6 (2) Es soll „ganz überwiegend“ in einer räumlich abgegrenzten ZNA versorgt werden.	Da die HNO-Heilkunde und die MKG-Chirurgie für initiale Diagnostik und Therapie spezielle Instrumente benötigen, müssen diese in der ZNA verfügbar sein. Spektula, Spatel, Untersuchungsmikroskop, Endoskope etc. müssten investiert werden. Die ZNA muss kurzfristig erreichbar sein, da der Notfallarzt zwischen Station und ZNA vielfach pendeln muss. Hier ist zu bemerken, dass manche HNO- und MKG-Kliniken aufgrund von Campusstrukturen distant angesiedelt sind und teils Distanzen > 2 km zu einer ZNA bestehen. Hier müssen Lösungen gefunden werden, um nicht

	ansonsten große und leistungsstarke Kliniken aus dem System zu nehmen. Vorschlag: fernmündliche/telemedizinische Einbindung, Transport von Arzt oder Patient? Direkte Zuweisung in die distante HNO- oder MKG-Notfallambulanz ermöglichen. Eine personelle Doppelbesetzung in ZNA und stationärem Bereich wird kaum möglich sein
§6 (3) Die Kooperationsvereinbarung mit der zuständigen KV wird begrüßt.	Eine Einbeziehung von Vertragsärzten in Notfallversorgungen wird bei sinkenden Arztzahlen notwendig sein und wird begrüßt.
§9 1. Festlegung der Personalbesetzung der Notfalltätigkeit in der Basisversorgung	Es wird hier über in der Notfallversorgung gebundenes Personal gesprochen. Die Leistungsgruppendifinition des KHVVG bindet auch Personal und eine parallele Bindung in anderen Leistungsgruppen ist dort nicht umfassend erlaubt, sondern streng reglementiert. Darf die Notfallversorgung losgelöst vom Engagement in Leistungsgruppen des KHVVG parallel geplant werden? Dieses wäre plausibel, da Notfälle immer eine Facette von Leistungsgruppen sind. Wenn sich solche Engagements ausschließen, dürften Personal- und somit Versorgungsprobleme entstehen.
§24 (2) 5. Verfügbarkeit von HNO, MKG, Augen etc. in Schwerverletzten-Stufe	Die Fächer sind am Standort vorzuhalten. Unterliegt dieses dann der derzeit strikten 2.000 m Luftlinie-Regel? Diese Regel wird derzeit hinterfragt und flexibler gesehen. Dann würde eine solche neue Regel auch für diese Notfallstufung gelten? Es könnten sonst Versorgungsengpässe geben.
§ 24 (2) 5. Erscheinenszeit in der Schwerverletztenstufe	In den tragenden Gründen wird unter 2.14 (Seite 20 Mitte) ausgeführt, dass Fachärzte der dort genannten Disziplinen (u.a. HNO und MKG) innerhalb von 30 Minuten am Patienten sein müssen. Dieses ergibt sich im Vergleich zur Formulierung in § 24 (2) 5 nicht schlüssig, da es dort explizit geregelt bzw. diskutiert wird. Die 30 Minutenregel für einen Facharzt dieser Disziplinen halten wir für sinnvoll. Das ist dann jedoch eine weitere Fassung als die o.a. Standortregelung.
§25 Bedingungen der Kinderversorgung, Vorhaltung von MKG und HNO ist zu regeln.	Hier unser Text von August 2024, der leider nicht beachtet aber auch nicht kommentiert oder diskutiert wurde:  Im Modul Notfallversorgung Kinder vermischen wir die Zuordnung etlicher Fachgebiete, die z.B. operativ bei Kindern tätig werden. Ebenso wie die Allgemeinchirurgie nicht alle operativen Aspekte der Erwachsenenmedizin leisten kann, kann auch die Kinderchirurgie dieses nicht für Kinder. Fraglos kann die explizit zugeordnete Neurochirurgie für Kinder ein wichtiges und lebensrettendes Fachgebiet sein. Gleiches trifft jedoch auch für andere Fachgebiete und nicht zuletzt für die HNO-Heilkunde und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie zu (Rachenblutungen, Fremdkörperaspirationen, Orbitalphlegmonen bei Sinusitis, Mastoiditis mit Meningitis, odontogene, atemwegskompromittierende Abszesse etc.) Eine Fachzuordnung sollte wie in den Stufen 2 oder 3 der Erwachsenennotfallmedizin erfolgen.
§26 Spezialversorgung	Uns sind Spezialversorger in der HNO-Heilkunde, passend zu der Definition des § 26 nicht bekannt. Es geht wohl eher um sog. Fachkrankenhäuser z.B. in der Pneumologie. Insofern trifft § 26 für die HNO-Heilkunde und MKG-Chirurgie nicht zu. Siehe auch Tragende Gründe 2.16.

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
2.3 zu § 5 (2) 2	<p>In den Tragenden Gründen der DKG wird ausgeführt, dass es dem Direktionsrecht des Krankenhauses unterliegt, festzulegen welcher Arzt welcher Fachabteilung zugeordnet wird. Es sei denkbar, dass der Dienst von Ärzten einer anderen (Fach)Abteilung übernommen wird, solange sie über die geforderten Qualifikationen verfügen. Wie schon in unserem Kommentar von 8/2024 erklärt, widerspricht diese Regelung zum Beispiel für die Fächer MKG und HNO der Weiterbildungsordnung. Es gibt zwar in der WBO Überlappungen der Fächer, die jedoch typischerweise nicht im Notfallbereich liegen. Das Direktionsrecht des Krankenhauses wird in solchen Fällen mit dem Patientenrecht auf fachärztliche Versorgung kollidieren.</p> <p>Text aus unserer Stellungnahme von 8/24:</p> <p>In der Definition des ärztlichen Personals ist unklar, wie sich die Forderung des Facharztstandards in den Regelungen widerspiegelt. In der allgemeinen Definition im § 5 wird die Verfügbarkeit eines Facharztes der jeweiligen Fachabteilung entweder innerhalb von 30 Minuten (GKV) oder unverzüglich z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder Telefon/Telemedizin (DKG) postuliert. „unverzüglich“ bleibt in seiner Definition offen und muss geklärt werden, damit es nicht der Beliebigkeit überlassen wird.</p> <p>Ein Facharzt der jeweiligen Fachabteilung sollte in einer Synthese der Positionen prinzipiell innerhalb von max. 30 Minuten als Bereitschaftsdienst oder Rufdienst oder Telefonat, Telemedizin zur Verfügung stehen. Je nach Notfallstufe sind weitere Definitionen vorzunehmen, um den Patienten gerecht zu werden.</p> <p>Da die Regelungen der ärztlichen Präsenz eines Arztes mit ZWB Notfallmedizin in der ZNA strikter und mit sofortiger Präsenz im Dokument geregelt sind, erscheinen Facharztfristen von max. 30 Min sinnvoll, personell realistisch und verantwortbar</p> <p>Der G-BA sollte klären, ob solche Definitionen mit den Vorstellungen, Regelungen und Rechtsprechung im Arzt-Haftpflichtrecht konform sind.</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>
2.3 zu § 5 (2) 2	Den Ausführungen der KBV zur Einbindung von Belegärzten können wir folgen.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie  
und  
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Beide Fachgesellschaften erwägen noch, ob sie teilnehmen.
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	



**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie e.V. (DGKJCH)
31.07.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- **Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)**

- 1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.**

Kinder und Jugendliche werden sowohl im Rahmen der Notfallstufen als auch im Modul Notfallversorgung Kinder behandelt. Wir haben unsere Stellungnahmetabelle zur besseren Übersicht daher in zwei Teile aufgeteilt. Der erste Teil beinhaltet die allgemeinen Paragraphen, der zweite Teil § 25.

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
§ 5 Nr. 2 ... (KBV) 2. Angestellte <u>Ärztinnen und</u> Ärzte des Krankenhauses, <u>oder</u> <u>Belegärztinnen und Belegärzte</u> sind der Fachabteilung bzw. Belegabteilung zugeordnet und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer.	Wir unterstützen die Position der KBV, dass Belegärztinnen und Belegärzte in der stationären Notfallversorgung den angestellten Ärztinnen und Ärzten gleichzustellen sind.  Insbesondere in der Kinder- und Jugendchirurgie gibt es Modelle, bei denen Belegabteilungen die komplette organisatorische und fachliche Versorgung der kinder- und jugendchirurgischen Patientinnen und Patienten einer Region übernehmen. Durch Ausschluss dieser Abteilungen käme es zu einer Versorgungslücke im Kinder- und Jugendbereich.
§ 5 Nr. 2 ... (DKG) Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit an 24 Stunden am Tag an sieben Tagen pro Woche (24/7) unverzüglich für eine	Wir schließen uns der Position der DKG an, dass die bisherige starre Zeitvorgabe von 30 Minuten durch eine unverzügliche Verfügbarkeit für eine Situationseinschätzung und eine Beratung ersetzt wird und durch verschiedene Erreichbarkeitsformen z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch umgesetzt werden.  Die zunehmende Inanspruchnahme der Notaufnahmen zusammen mit der Arbeitsverdichtung im Krankenhaus und der zunehmenden Personalknappheit machen es für die beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte erforderlich, die Arbeit situationsbezogen und nicht nach starren Zeitvorgaben zu organisieren,

<p>Situationseinschätzung und eine Beratung verfügbar, z. B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch.</p>	<p>damit für die entsprechend schweren Notfälle ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen.</p>
<p>§7 Stufen der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung (DKG)</p> <p>Krankenhausstandorte, die nicht nach § 3 Absatz 1 oder § 4 an der Notfallversorgung teilnehmen, sind der Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zuzuordnen, wenn sie nicht sämtliche der folgenden Mindestvorgaben erfüllen oder es sich nicht um eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung gemäß § 115g SGB V handelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. eine Fachabteilung mit jederzeitiger (24/7) Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes und einer Pflegekraft für die unmittelbare Patientenversorgung auf dem Gebiet der Augenheilkunde, Chirurgie, Geriatrie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Inneren Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Radiologie, Geriatrie oder Urologie,</li> <li>2. jederzeitige (24/7) Aufnahmebereitschaft zur Erstdiagnostik und Akutversorgung von Notfällen im Rahmen des Versorgungsauftrages der Fachabteilung nach Nummer 1,</li> <li>3. jederzeit (24/7) verfügbare Bildgebung durch Sonographie und Röntgendiagnostik oder zumindest durch Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer verfügbare computertomografische Bildgebung, bei der die Befundung auch teleradiologisch erfolgen kann soweit dies für die Notfallversorgung der Fachabteilung nach Nummer 1 erforderlich ist und</li> </ol>	<p>Wir schließen uns der Definition der DKG an, die eine Notfallversorgung auch in Fächern außerhalb der Chirurgie und Inneren Medizin fachspezifisch definiert.</p>

<p>4. jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit der für die Notfallversorgung erforderlichen Labordiagnostik.</p>	
<p>III Basisnotfallversorgung</p> <p>§9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung</p> <p>(3) 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>Wir schließen uns der Definition der DKG an und möchten an dieser Stelle nochmals auf die Notwendigkeit hinweisen, keine konkreten Zeitvorgaben vorzugeben, sondern eine situationsbezogene Vorgabe zu ermöglichen. Nicht für jeden Notfall ist eine persönliche Anwesenheit einer Fachärztin oder eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten erforderlich.</p>
<p>§12 Strukturen und Prozesse der Notaufnahme in der Basisnotfallversorgung</p> <p>4. Werden am Krankenhaus Patienten unter 18 Jahre behandelt, verfügt es über ein dokumentiertes Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept für Kinder und Jugendliche.</p> <p>5. Gibt es am Standort keine Kinder- und Jugendmedizinische Fachabteilung, verfügt der Standort über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und für Kinder- und Jugendchirurgie, die eine telemedizinische Beratung und das Vorgehen für eine Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten regelt, die am Standort nicht behandelt werden können.</p>	<p>In der jetzigen Definition der gestuften Notfallversorgung ist die Behandlung von Kindern und Jugendlichen möglich, ohne dass eine entsprechende Fachabteilung vorliegt. Daher muss ein Passus ergänzt werden, wie mit kindlichen und jugendlichen Notfällen umgegangen werden soll.</p> <p>Wir schlagen diese Ergänzungen für § 12 vor, da dieser dann auch Voraussetzung für die erweiterte und umfassende Notfallversorgung ist.</p> <p>Der Absatz 4 orientiert sich am § 25 (2) 2.</p>
<p>§ 24 Modul Schwerverletztenversorgung</p> <p>(2) 2.</p> <p>g) eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin und Erfahrung in der Kinderintensivmedizin für täglich mindestens eine Visite sowie für eine entsprechende telemedizinische Konsultation 24/7 verfügbar.</p>	<p>Wenn Kinder und Jugendliche versorgt werden, sollte ein Zusatzpassus erscheinen. Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf eine fachgerechte intensivmedizinische Versorgung.</p>

<p>4. Ergänzend zum Basisteam sind je nach vorliegendem Verletzungsmuster <u>und Alter des Patienten oder der Patientin</u> als erweitertes Schockraumteam unverzüglich verfügbar:</p> <p>...</p> <p>g) eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinder- und Jugendchirurgie oder entsprechend eine Weiterbildungsassistentin oder ein Weiterbildungsassistent des entsprechenden Faches (Facharztstandard).</p>	<p>Es reicht für eine fachspezifische Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe nicht aus, diese kinder- und jugendmedizinischen Fachdisziplinen nur am Standort vorzuhalten, sie müssen obligat in die Versorgung der Kinder- und Jugendlichen eingebunden werden.</p>
<p>§ 25 (2),</p> <p>7. Krankenhäuser ohne Kinderchirurgie am Standort verfügen über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit mindestens einer Abteilung für Kinderchirurgie, die das Vorgehen bei operativ zu versorgenden Kindern und Jugendlichen regelt und für telemedizinische Konsultationen zur Verfügung steht.</p>	<p>Auch in der Basisnotfallversorgung kommt die operative Therapie von Kindern und Jugendlichen regelmäßig vor. Diese Kinder und Jugendlichen haben den Anspruch auf eine bestmögliche Versorgung. Daher muss eine entsprechende Kooperation mit einer Kinderchirurgie bestehen, genauso wie für die höheren Stufen der Versorgung vorgesehen.</p> <p>Dieser Absatz ist insbesondere für die Basisversorgung wichtig, da diese auch in Krankenhäusern mit geringerem Versorgungsauftrag und weniger Fachabteilungen zugeteilt werden wird als die höheren Versorgungsstufen. Hier ist im Sinne der bestmöglichen Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppe daher eine Kooperation mit einer Kinderchirurgie geboten.</p>
<p>§ 25 (3), Nr. 5:</p> <p>DKG: „Es besteht eine jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit der Magnetresonanztomographie <u>oder Computertomographie (CT)</u>.“</p>	<p>Wir unterstützen hier die Position der DKG, dass auch Standorte an der erweiterten Notfallversorgung für Kinder teilnehmen können, wenn kein MRT, sondern nur ein CT vorhanden ist, weil dieses sogar Vorteile bietet im Vergleich zum MRT. Vgl. dazu die Stellungnahme der DGKJ vom 08.02.2018: „Das CT ist schneller als ein MRT und daher bei fast allen Notfällen, z.B. bei akuter intrakranieller Blutung die 1. Wahl. Es erlaubt wegen der kurzen Untersuchungszeit auch eher bei kleinen Kindern eine Untersuchung ohne Narkose mit den mit der Narkose verbundenen Vorlaufzeiten und Risiken“.</p>
<p><del>§ 25 (4), Nr. 2:</del></p> <p><del>GKV-SV / PatV: „Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie und Neonatologie am Standort“</del></p>	<p>Da die Standortdefinition mit einer Entfernung von 2 km gilt, plädieren wir für den Passus der DKG, der die Neonatologie nicht zwingend fordert. – Wir sehen keinen Qualitätsgewinn am Hauptstandort, wenn es einen Satelliten des Krankenhauses gibt, der die Neonatologie vorhält.</p>
<p>§ 25 (4), Nr. 2: (DKG)</p> <p>Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Kinder- und</p>	<p>Aufgrund der 2 km-Grenze plädieren wir für den Vorschlag der DKG, da es Kliniken gibt, bei denen die Neonatologie am Standort der Geburtshilfe ist, der allerdings mehr als 2 km entfernt ist. (s. auch Kommentar unten zu § 25 (4), Nr. 7)</p>

Jugendmedizin, <del>Neonatologie</del> und Kinderchirurgie am Standort.	
§ 25 (4), Nr. 4: DKG: „Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie oder Kinderchirurgie <u>unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung, z.B. durch Bereitschaftsdienst oder Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch</u> “	Aus unserer Sicht sollte ein/e Neurochirurg/in bzw. ein/e Kinderchirurg/in verfügbar sein, da die Patienten unter Umständen eine sofortige operative Intervention benötigen.  Hierbei muss die Expertise der Kinderchirurgie für die Notfallversorgung der Kinder-Neurochirurgie beachtet werden, da an etwa 30 % der kinderchirurgischen Standorte in Deutschland die Kinderchirurgie die Versorgung von Hydrozephalus, das Legen von Hirndrucksonden etc. betreibt.
§ 25 (4), Nr. 5: GKV-SV / PatV: „Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen in 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten“.	Hierzu unterstützen wir die Position des GKV-Spitzenverbandes, da eine Kindernarkose, wenn sie notwendig wird, nicht telemedizinisch/telefonisch (wie es die DKG empfiehlt) durchgeführt werden kann.
§ 25 (4), Nr. 7: DKG/PatV: „Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens <u>6</u> Betten und eine neonatologische Intensivstation Level <u>1</u> <u>oder</u> <u>2</u> nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene am Standort.“	Die DGKJ hat bereits in ihren Stellungnahmen vom 08.02.2018 und 13.08.2024 darauf hingewiesen, dass die aktuelle Vorgabe der 10 Betten sich an der Erwachsenenversorgung orientiert. Im Bereich Kinder- und Jugendmedizin gibt es aber ein weitaus kleineres Patientenkollektiv, daher plädieren wir ganz eindringlich dafür hier der Position der DKG/PatV zu folgen.  Als Beleg, dass in 2/3 der Kindereinrichtungen, die für die umfassende Notfallversorgung in Frage kommen, pädiatrische (PICU) und neonatologische (NICU) Intensivstationen zusammen betrieben werden, hat die DGKJ 2018 auf die Daten aus der „PICU/NICU-Umfrage 2017“ und aus „Ausgezeichnet. FÜR KINDER 2018-2019“ hingewiesen.  Zusätzlich plädieren wir dafür, die letzten beiden Worte „am Standort“ zu streichen. Begründung: Die neonatologische Intensivstation Level 1 ist bei alleinstehenden Kinderkliniken aufgrund der Vorgaben der QFR-RL an der zugehörigen Geburtsklinik verortet. Dies sollte für die Zuweisung in die Stufe der umfassenden Notfallversorgung nicht als „unzureichend“ ausgelegt werden, wenn bei den alleinstehenden Kinderkliniken die anderen Kriterien erfüllt sind und eine weitere Kinder-Intensivstation am Haus vorgehalten wird.

## 2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie e.V. (DGKJCH)		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Wir nehmen teil</b>
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

**Formular zur Abgabe einer Stellungnahme zu der Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin mit Unterstützung durch die Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) und in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) und dem Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD).

31.07.2025

**Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die**

- **Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)**

- 1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
	<p>Durch das „Modul Notfallversorgung Kinder“ werden Kinder in der medizinischen Notfallversorgung Erwachsenen gleichgestellt. Nur in diesem Rahmen können Kinder und Jugendliche fachärztlich notfallversorgt werden.</p> <p>Wir begrenzen unsere nachfolgende Kommentierung auf „§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder“ und verweisen auch auf unsere Stellungnahme vom 13.08.2024 und die Ausführungen bei der zugehörigen Anhörung.</p>
<p>§ 25 (3), Nr. 5: DKG: „Es besteht eine jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit der Magnetresonanztomographie <u>oder</u> Computertomographie (CT).“</p>	<p>Wir unterstützen hier die Position der DKG, dass auch Standorte an der erweiterten Notfallversorgung für Kinder teilnehmen können, wenn kein MRT, sondern nur ein CT vorhanden ist, weil dieses sogar Vorteile bietet im Vergleich zum MRT. Vgl. dazu unsere Stellungnahme vom 08.02.2018: „Das CT ist schneller als ein MRT und daher bei fast allen Notfällen, z.B. bei akuter intrakranieller Blutung die 1. Wahl. Es erlaubt wegen der kurzen Untersuchungszeit auch eher bei kleinen Kindern eine Untersuchung ohne Narkose mit den mit der Narkose verbundenen Vorlaufzeiten und Risiken“.</p>
<p>§ 25 (4), Nr. 2: GKV-SV / PatV: „Krankenhäuser der umfassenden</p>	<p>Wir plädieren dafür, hier der bestehenden Vorgabe und damit der Position des GKV-Spitzenverbandes zu folgen. Fast alle Standorte, an denen eine</p>

<p>Notfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie und Neonatologie am Standort“</p>	<p>Kinderchirurgie vorhanden ist, verfügen auch über eine Neonatologie. Es gibt unseres Wissens nur einen Standort, bei dies derzeit nicht der Fall ist.</p>
<p>§ 25 (4), Nr. 4: DKG: „Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie <u>unverzüglich für eine Situationseinschätzung und eine Beratung, z.B. durch Bereitschaftsdienst, Rufdienst oder telemedizinisch/telefonisch</u>“</p>	<p>Aus unserer Sicht reicht es auch in der umfassenden Notfallversorgung für Kinder/Jugendliche aus, wenn eine neurochirurgische Situationseinschätzung telemedizinisch/telefonisch erfolgt. Daher unterstützen wir hier die Position der DKG.</p>
<p>§ 25 (4), Nr. 5: GKV-SV / PatV: „Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen in 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten“.</p>	<p>Hierzu unterstützen wir die Position des GKV-Spitzenverbandes, da eine Kindernarkose, wenn sie notwendig wird, nicht telemedizinisch/telefonisch (wie es die DKG empfiehlt) durchgeführt werden kann.</p>
<p>§ 25 (4), Nr. 7: DKG/PatV: „Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens <b>6</b> Betten und eine neonatologische Intensivstation Level <b>1_oder 2</b> nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene <b>am Standort.</b>“</p>	<p>Bereits in unseren Stellungnahmen vom 08.02.2018 und 13.08.2024 haben wir darauf hingewiesen, dass die aktuelle Vorgabe der 10 Betten sich an der Erwachsenenversorgung orientiert. Im Bereich Kinder- und Jugendmedizin gibt es aber ein weitaus kleineres Patientenpool, daher plädieren wir ganz eindringlich dafür hier der Position der DKG/PatV zu folgen.</p> <p>Als Beleg, dass in 2/3 der Kindereinrichtungen, die für die umfassende Notfallversorgung in Frage kommen, pädiatrische (PICU) und neonatologische (NICU) Intensivstationen zusammen betrieben werden, haben wir 2018 auf die Daten aus der „PICU/NICU-Umfrage 2017“ und aus „Ausgezeichnet. FÜR KINDER 2018-2019“ hingewiesen.</p> <p>Zusätzlich plädieren wir dafür, die letzten beiden Worte “am Standort” zu streichen. Begründung: Die neonatologische Intensivstation Level 1 ist bei alleinstehenden Kinderkliniken aufgrund der Vorgaben der QFR-RL an der zugehörigen Geburtsklinik verortet. Dies sollte für die Zuweisung in die Stufe der umfassenden Notfallversorgung nicht als „unzureichend“ ausgelegt werden, wenn bei den alleinstehenden Kinderkliniken die anderen Kriterien erfüllt sind und eine weitere Kinder-Intensivstation am Haus vorgehalten wird.“</p>

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	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 zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)
28.07.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)

1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§25 Abs. 2(5): „Die Notaufnahme verfügt über schriftliche Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen.“	<p>Der Begriff „<b>die meisten</b>“ ist zu wenig spezifisch, weil er nicht klar definiert, welche konkreten Notfallerkrankungen abgedeckt werden sollen. Er lässt Interpretationsspielraum und erschwert damit die Nachvollziehbarkeit und Vergleichbarkeit der Standards auch im Rahmen von MD-Prüfungen. Für eine verlässliche Beurteilung der Qualität und Vollständigkeit der Notfallversorgung ist eine präzisere Definition für SOPs der obligat vorzuhaltenden Erkrankungen notwendig. Die Empfehlungen könne digital verlinkt werden, sodass stets die aktuellen Versionen zur Verfügung stehen.</p> <p>Folgende Erkrankungen sollten als SOPs vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Harnwegsinfektion</li> <li>- Pneumonie</li> <li>- Viraler Krupp</li> <li>- Asthma-Anfall</li> <li>- Gastroenteritis</li> <li>- Epileptischer Anfall</li> <li>- Fieber in der Neugeborenenperiode</li> <li>- Akute Bauchschmerzen</li> <li>- Manifestation oder Entgleisung Diabetes mellitus Typ 1</li> <li>- Fremdkörperaspiration</li> <li>- Schädel-Hirn-Trauma</li> <li>- Stumpfes Bauchtrauma</li> <li>- Polytrauma</li> <li>- Thermische Verletzungen (Verbrennungen, Verbrühungen, Kältrauma)</li> </ul>

<p>§25 Abs. 3(2c):</p> <p>- oder eine Pflegefachfrau/ Pflegefachmann mit ausgewiesener Erfahrung über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung.</p>	<p>Der Begriff „Kindernotfallversorgung“ ist zu allgemein, da er nicht eindeutig beschreibt, welche konkreten Kompetenzen, Qualifikationen oder Tätigkeitsbereiche damit gemeint sind.</p> <p>Eine Pflegefachperson könnte in sehr unterschiedlichen Kontexten tätig gewesen sein – z. B. in einer pädiatrischen Notaufnahme, auf einer Kinderintensivstation, in einer Notfallpraxis oder auf einer allgemeinen Kinderstation mit Notfallsituationen. Diese Tätigkeiten unterscheiden sich jedoch erheblich in ihren Anforderungen und dem erforderlichen Fachwissen in Bezug auf die für die Notaufnahme notwendigen Kompetenzen.</p> <p>Für eine verlässliche Bewertung der Qualifikation sollte der Begriff daher weiter durch eine Angabe des konkreten Arbeitsbereichs präzisiert werden.</p> <p>Textvorschlag: ... über ein Vollzeitjahresäquivalent in der Kindernotfallversorgung (Kindernotaufnahme, Kinderintensivstation)“</p> <p>Nur so lässt sich sicherstellen, dass die genannte Erfahrung auch tatsächlich die relevanten Kompetenzen für die Kindernotfallversorgung im engeren Sinne abbildet.</p>
<p>§25 Abs. 3(5):</p> <p>Es besteht eine 24-stündige jederzeitige (24/7) Verfügbarkeit der Magnetresonanztomographie (MRT).</p>	<p>Befürwortung des Ergänzungsvorschlags der DKG. Es sollte allerdings jedoch statt „oder CT“ ein „<b>und</b> CT“ heißen, da es gerade bei akuter Vigilanzstörung oder Trauma essentiell ist, eine schnelle CT-Versorgung anzubieten.</p>
<p>§25 Abs. 4(1):</p> <p>Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Kinder- und Jugendmedizin, und Kinderchirurgie und Neonatologie am Standort.</p>	<p>Die Neonatologie ist auf die Versorgung von neu geborenen Kindern unmittelbar nach der Geburt, insbesondere von Früh- und Risikogeborenen, spezialisiert und arbeitet meist im Kontext der Geburtshilfe. Sie ist daher nicht zwingend erforderlich für die allgemeine Notfallversorgung von Kindern, insbesondere wenn es um Neugeborene geht, die bereits zu Hause waren und in der Notaufnahme vorstellig werden.</p> <p>Ein zentraler Grund dafür ist das Infektionsrisiko: In der Neonatologie liegen hochvulnerable Patienten, die durch den Kontakt mit Kindern, die aus dem häuslichen Umfeld kommen, einem hohen Risiko für Virusinfektionen (z. B. RSV, Influenza, Covid-19) ausgesetzt wären. Deshalb werden solche Neugeborene nicht in der Neonatologie versorgt, sondern über die Notaufnahme auf Säuglingsstationen oder Kinderintensivstationen aufgenommen.</p> <p>Aus diesem Grund ist die Neonatologie für die strukturelle Notfallversorgung im Sinne einer umfassenden Versorgung nicht zwingend notwendig, solange die entsprechenden pädiatrischen Versorgungsstrukturen (z. B. Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie) am Standort vorhanden sind.</p> <p>Es wird deshalb der Änderungsvorschlag der DKG unterstützt.</p>
<p>§25 Abs. 4(4):</p> <p>Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie</p>	<p>Unterstützung des Vorschlags der DKG:</p> <p>Ein Facharzt für Neurochirurgie muss nicht zwingend innerhalb von 30 Minuten physisch am Patienten tätig werden, da seine Hauptaufgabe in der spezialisierten Beurteilung neurochirurgischer Krankheitsbilder und OP-Indikationen liegt, die oft nicht sofortige operative Maßnahmen erfordern.</p> <p>Stattdessen kann der Neurochirurg in vielen Fällen telemedizinisch eine fundierte Mitbeurteilung auf Basis von Bildgebung (CT, MRT) sowie klinischer</p>

	<p>Angaben vornehmen und dadurch zeitnah die Dringlichkeit einschätzen, eine weiterführende Diagnostik oder Überwachung empfehlen sowie OP-Indikationen präzise steuern.</p> <p>Ein sofortiger operativer Eingriff ist in der Neurochirurgie nur in klar definierten Notfällen notwendig (z. B. akutes epidurales Hämatom mit drohender Einklemmung). In vielen anderen Fällen ist eine strukturierte Übernahme und Planung ausreichend.</p> <p>Daher ist es medizinisch und logistisch sinnvoll, wenn der Neurochirurg zunächst notfallmäßig telemedizinisch eingebunden wird und nur bei tatsächlichem Handlungsbedarf zeitgerecht operativ tätig wird.</p>
<p>§25 Abs. 4(5): ...erfahrener Kindernarkosearzt/in „in 30min an der Patientin oder Patienten</p>	<p>Hier wird der ursprüngliche Wortlaut und damit der Vorschlag der GKV unterstützt. Gerade im Rahmen der Notaufnahmeversorgung ist das Vorhandensein anästhesiologischer Versorgung mit pädiatrischer Expertise essenziell, um eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung von Kindern – insbesondere bei komplexen oder invasiven Maßnahmen – zu gewährleisten.</p>
<p>§25 Abs. 4(7): Vorhandensein intensivmedizinischer Ressourcen</p>	<p>Der Vorschlag der GKV-SV wird abgelehnt und dem Vorschlag der DKG zugestimmt:</p> <p>„Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens 10 6 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 oder 2 nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene G-BA Richtlinien am Standort.“.</p> <p>Durch den Personalmangel im pflegerischen Bereich verfügen die meisten Kinderintensivstationen über weniger als 10 Betten. Eine Anzahl von mindestens 6 Betten erscheint deshalb als völlig ausreichend. Bezüglich der nicht notwendigen Vorhaltung einer Neonatologie für die Notfallversorgung wurde bereits in §25 Abs. 4(1) Stellung bezogen. In der Realität hat aber jede Kinderklinik mit einer Kinderintensivstation mit mindestens 6 Betten auch ein Perinatalzentrum Level 1 oder 2, weshalb dieser Aspekt im Rahmen von Prüfungen nicht ins Gewicht fällt.</p>

**2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<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

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

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
<b>Wir nehmen teil.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	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 zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss**

Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
31.07.2025

Prüfgegenstand des Stellungnahmeverfahrens sind die

- **Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (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 (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss (Anlage 2)**

- 1. Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss.**

<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1. Ergänzung der Radiologie als verpflichtend vorzuhaltende Fachabteilung in § 13 (erweiterte Notfallversorgung) und § 18 (umfassende Notfallversorgung).	Radiologie ist integraler Bestandteil der modernen Notfallversorgung. Diagnostische und interventionell-therapeutische Leistungen spielen in der modernen Medizin in allen Bereichen der Akutversorgung eine zentrale Rolle.
2. Strukturierter Zugang zur radiologischen Diagnostik für Notdienstpraxen im INZ, differenziert nach Tag/Nacht und ambulant/stationär.	Um die Einhaltung der Strahlenschutzverordnung (§ 119 StrlSchV) und die Qualität der Indikationsstellung zu gewährleisten, muss der Zugang zur radiologischen Diagnostik und radiologisch-interventionellen Therapie durch fachlich qualifizierte ärztliche Kolleg*innen geregelt erfolgen.
3. Schaffung klarer Vergütungsregeln für radiologische Leistungen, die im Rahmen der INZ ambulant oder sektorenübergreifend erbracht werden.	Radiologische Leistungen werden häufig auch für ambulante INZ-Patient*innen erbracht. Die Abrechenbarkeit dieser Leistungen ist zwingend zu klären, um Fehlanreize und Finanzierungsdefizite zu vermeiden.
4. Ergänzung der Notwendigkeit zur Berücksichtigung bildgebender Leistungen bei Auswahl und Anwendung von	Der Emergency Severity Index (ESI) berücksichtigt Bildgebung als Kriterium für Ressourcenverbrauch. Bei Anwendung entsprechender Instrumente muss sichergestellt sein, dass radiologische Ressourcen korrekt eingeplant und verfügbar sind. Unter Ressourcen sind hierbei medizinisch-technischer

Ersteinschätzungsinstrumenten (§ 7 Abs. 7).	Dienst, Radiolog*innen sowie technische Ausstattung für Diagnostik und interventionelle Eingriffe zu verstehen.
---	---

## 2. Tragende Gründe: Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen): Anpassungsbeschluss

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
2.6 Zu § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung.	Klarstellung erforderlich, dass die radiologische Befundung nicht nur technisch (z. B. Teleradiologie), sondern auch personell qualitätsgesichert erfolgt. Der Begriff „teleradiologisch“ darf nicht implizieren, dass die Befundung ohne Radiolog*innen und medizinisch technischen Dienst vor Ort erfolgen kann. Eine rechtfertigende Indikation und qualifizierte Befundung sind gesetzlich vorgeschrieben (§ 119 StrlSchV).
2.5 Zu § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals	Ergänzung der Rolle der Radiologie als Teil des interdisziplinären Notfallteams im Abschnitt zur Qualifikation. Radiolog*innen tragen durch die Befundung von Notfalldiagnostik (Röntgen, CT und MRT) sowie durch das Angebot von Notfallinterventionen maßgeblich zur schnellen Entscheidungsfindung und auch zur Therapie bei. Eine Einbindung in Personal- und QS-Vorgaben ist notwendig.
2.4 Zu § 7 Stufe der Nichtteilnahme	Ergänzung, dass die 24/7-Verfügbarkeit von CT nicht allein durch Gerätestandorte, sondern durch real gesicherte Patientenversorgung durch den medizinisch-technischen Dienst als auch durch Befundungs- und Interventionskapazität (inkl. Fachpersonal) nachgewiesen werden muss. Die Mindestvorgaben für Bildgebung (§ 7, Ziffer 6) berücksichtigen nicht, dass ohne qualifizierte radiologische Befundung auch ein vorhandener CT-Scanner keinen Versorgungswert hat.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

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

**Von:** Info BPTK <Info@bptk.de>  
**Gesendet:** Freitag, 18. Juli 2025 12:09  
**An:** bedarfsplanung  
**Cc:** Info BPTK; [REDACTED]  
**Betreff:** AW: BPTK | Stellungnahmeverfahren | Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen

**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](mailto:it@g-ba.de).

[REDACTED]  
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Beteiligung am o. g. Stellungnahmeverfahren. Die BPTK wird dieses Mal auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichten.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]  
Sekretariat

**Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)**  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
Tel.: 030 278785-0  
E-Mail: [info@bptk.de](mailto:info@bptk.de)  
Website: [www.bptk.de](http://www.bptk.de)  
Eintrag gemäß LobbyRG: [R001250](#)

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss Bedarfsplanung

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

Ihr Kontakt:  
Herr Oster

Telefon: +49 228 997799 1310

E-Mail: Referat13@bfdi.bund.de

Aktenz.: 13-315/072#1540  
**(bitte immer angeben)**

Dok.: 67775/2025

Anlage: -

Bonn, 09.07.2025

## **Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen**

Sehr geehrter Herr Dr. van Treeck,  
sehr geehrter [REDACTED]  
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu o.g. Beschlussentwurf. Ich sehe in dieser Angelegenheit von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

[REDACTED]

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

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

**per E-Mail:** bedarfsplanung@g-ba.de

Ihr Schreiben vom  
03. Juli 2025

Durchwahl  
-142

Datum  
30. Juli 2025

### **Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V**

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

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**

## **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 (Notfallstufen-Regelungen)**

Vom 14. August 2025

<b>Vorsitz</b>	Herr Prof. Hecken
<b>Beginn:</b>	12:00 Uhr
<b>Ende:</b>	14:04 Uhr
<b>Ort:</b>	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

## **Teilnehmer der Anhörung**

Deutsche Gesellschaft für NeuroIntensiv- und Notfallmedizin (DGNI):

Herr Prof. Matthias Klein

Herr Prof. Julian Bösel

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP):

Herr Prof. Dr. Thomas Bahmer

Herr Prof. Dr. Winfried Randerath

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP):

Frau Dr. Scherg

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM):

Herr Prof. Dr. Christian Karagiannidis

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

Herr Prof. Dr. med. Jörg Christian Brokmann

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN):

Herr Prof. Dr. Martin Kuhlmann

Frau Stephi Ida Titza

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

Herr Prof. Dr. med. Ulrich Kneser

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

und

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU):

Herr Prof. Dr. Dietmar Pennig

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

Frau Prof. Dr. Sabine Blaschke

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH):

Herr PD Dr. Millrose

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

und

Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG):

Herr Prof. Dr. med. Helge Roland Topka

Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin e.V. (DGINA):

Herr Martin Pin

Frau Dr. med. Ranka Marohl

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz und Kreislaufforschung e.V. (DGK):

Herr Prof. Dr. med. Patrick Diemert

Bundesärztekammer (BÄK):

Herr Ulrich Langenberg

Frau Dr. Julia Searle, MPH

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)  
und  
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG):

Herr Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden  
Prof. Dr. Dr. Max Heiland

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie e.V. (DGKJCH):  
Herr Dr. med. Benjamin Schwab-Eckhardt

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)  
und  
Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI):  
Frau Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser



Beginn der Anhörung: 12:00

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** So, meine sehr verehrten Damen und Herren. Herzlich willkommen. Wir sind noch eine Minute vor der Zeit, aber mit den Präliminarien, glaube ich, kann man schon beginnen. Ich begrüße Sie ganz herzlich zur zweiten Anhörung am heutigen Tag.

Jetzt zu den Änderungen der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V. Wir haben hier ein Stellungnahmeverfahren eingeleitet und im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerechte Stellungnahmen erhalten von der Bundesärztekammer, vom Verband der Privaten Krankenversicherung, von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, von der Deutschen Gesellschaft für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf und Hals-Chirurgie, von der Deutschen Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V., von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie, von der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin, von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, von der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin, von der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, von der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie, von der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, von der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und von der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Verfristet ist da noch eingegangen eine Stellungnahme der Deutschen Röntgen-Gesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie.

Wir wollen uns heute in dieser mündlichen Anhörung mit diesen Stellungnahmen beschäftigen. Ich begrüße alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die jetzt an dieser Anhörung teilnehmen. Teilweise besteht ja Personenidentität mit denjenigen, die auch bei der vorherigen Anhörung zu den Sicherstellungskriterien schon anwesend waren.

Ich will zunächst geschäftsleitend sagen: Wir haben Ihre Stellungnahmen zur Kenntnis genommen. Wir haben sie auch schon in tabellenform aufbereitet, haben uns damit beschäftigt. Das heißt, Sie können davon ausgehen, dass wir alle wissen, was Sie in Ihren Stellungnahmen geschrieben haben. Deshalb dient die heutige Anhörung in erster Linie dazu, nach Lektüre Ihrer Stellungnahmen noch offene Fragen der Bänke, der Patientenvertreter und der Ländervertreter zu beantworten.

Vor diesem Hintergrund werden wir das so gestalten, dass wir in der ersten Runde dann eben Fragen an Sie stellen. Ich bitte Sie, wenn Sie antworten, dann jeweils Ihren Namen nochmal zu nennen, weil wir heute auch wieder Wortprotokoll führen. Das Protokoll wird dann am Ende mit der zusammenfassenden Dokumentation veröffentlicht. Und vor diesem Hintergrund wird das eben auch Bestandteil der öffentlich zugänglichen Beratungsunterlagen des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Stichwort Wortprotokoll. Weil wir Wortprotokoll führen, muss ich zunächst die Anwesenheit feststellen, auch wenn es einige Zeit in Anspruch nimmt, weil hier sehr viele Teilnehmer heute bei uns sind. Aber das muss der guten Ordnung halber geschehen. – Für die Deutsche

Gesellschaft für NeuroIntensiv- und Notfallmedizin müsste anwesend sein zum einen Herr Prof. Klein?

**Herr Prof. Klein (DGNI):** Ist anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo, Herr Prof. Klein. – Dann Herr Prof. Bösel?

**Herr Prof. Bösel (DGNI):** Auch anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo, Herr Prof. Bösel. – Dann für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin müsste anwesend sein Herr Prof. Dr. Bahmer?

**Herr Prof. Dr. Bahmer (DGP):** Anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo, Herr Prof. Dr. Bahmer. – Und Herr Prof. Dr. Randerath, der war ja eben auch schon da.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGP):** Auch jetzt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Alles klar, danke. – Dann für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Frau Dr. Scherg? – Fragezeichen. Sehe ich nicht. – Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten hatte sich bislang nicht gemeldet. Ich frage aber: Ist jemand da? – Nein. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Herr Prof. Dr. Karagiannidis.

**Herr Prof. Dr. Karagiannidis (DGIM):** Ja.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Jawoll, Hallo. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Herr Prof. Dr. med. Brokmann?

**Herr Prof. Dr. med. Brokmann (DGAI):** Ja, ist anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo, Herr Prof. Dr. med. Brokmann. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie, Herr Prof. Dr. Kuhlmann?

**Herr Prof. Dr. Kuhlmann (DGfN):** Ja, anwesend, Hallo.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo, Herr Prof. Dr. Kuhlmann. – Und Frau Dr. Titze?

**Frau Dr. Titze (DGfN):** Auch da, Hallo.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Herr Prof. Dr. med. Kneser.

**Herr Prof. Dr. med. Kneser (DGPRÄC):** Ja, anwesend. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Herr Prof. Dr. Pennig? Herr Prof. Dr. Pennig war eben auch schon da.

**Herr Prof. Dr. Pennig (DGOU/DGU):** Ja, jetzt anwesend, Herr Prof. Hecken.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wunderbar, Danke. – Dann die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Frau Prof. Dr. Blaschke?

**Frau Prof. Dr. Blaschke (DIVI):** Ja, ich bin anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo Frau Prof. Dr. Blaschke. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie, Herr PD Dr. Millrose?

**Herr PD Dr. Millrose (DGH):** Ja, Grüß Gott.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Neurologie und die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft, hier Herr Prof. Dr. med. Topka? Herr Prof. Dr. med. Topka?

**Herr Prof. Dr. med. Topka (DGN/DSG):** Ja, anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ah, wunderbar. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin, Herr Pin?

**Herr Pin (DGINA):** Anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Erneut willkommen. – Und jetzt noch zusätzlich Frau Dr. med. Marohn.

**Frau Dr. med. Marohn (DGINA):** Anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, Herr Prof. Dr. med. Diemert?

**Herr Prof. Dr. med. Diemert (DGK):** Wieder da.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo. – Dann die Bundesärztekammer, der Herr Langenberg? Ist auch noch da.

**Herr Langenberg (BÄK):** Anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo. – Und die Frau Dr. Searle auch noch da?

**Frau Dr. Searle, MPH (BÄK):** Ja, genau.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Jawoll, wunderbar. Dann die Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde und die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Herr Prof. Dr. Dr. Terheyden?

**Herr Prof. Dr. Dr. Terheyden (DGHNO-KHC/DGMKG):** Ja, anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo. – Und Prof. Dr. Dr. Heiland?

**Herr Prof. Dr. Dr. Heiland (DGHNO-KHC/DGMKG):** Auch anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo. Dann die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie, Herr Dr. med. Schwab-Eckhardt, immer noch da?

**Herr Dr. med. Schwab-Eckhardt (DGKJCH):** Immer noch da.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wunderbar. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und die Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser? Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser? – Fragezeichen.

– Dann frage ich noch der guten Ordnung halber noch Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin. Dafür keine Anmeldung. Ist da jemand? – Nein. – Deutsche Röntgengesellschaft? – Auch nein. – PKV-Verband? – Auch nein. – Dann frage ich: ist noch jemand zugeschaltet, der jetzt nicht aufgerufen worden ist? – Sehe ich nicht. – Ich frage nochmal nach Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser? – Ich sehe sie auch also auf dem Ding. Aber vielleicht- Ah, sie winkt. Sie winkt ganz heftig. Jo, dann gucken wir, ob wir es irgendwie hinkriegen. – Dann Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Frau Scherg hatte eben auch noch gefehlt. – Winkt die irgendwo im Hintergrund? Ich habe sie ja klein vor mir.

**Frau Dr. Scherg (DGP):** Ich bin anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Sie haben die Winker ja groß. – Frau Scherg ist auch da. Dann ist die Welt doch in Ordnung. Dann beginnen wir jetzt mit der Fragerunde. Wer möchte beginnen? – GKV-SV, bitte.

**GKV-SV: Vielen Dank.** Ich möchte meine Frage richten an Herrn Prof. Dr. Karagiannidis von der DGIM und Herrn Prof. Dr. med. Brokmann von der DGAI. Ich beziehe mich auf § 7. Hier wird eine neue Stufe der Nichtteilnahme eingeführt. Und zwar wird hier ja hinterlegt, welche Krankenhäuser nicht die Kriterien der Basis-Stufe erfüllen, aber dennoch an der Notfallversorgung teilnehmen sowie die Abgrenzung, wer eben als Nichtteilnehmer zu gelten hat.

Hier würde ich Sie gerne um eine Einschätzung der Kriterien des GKV-Spitzenverbandes bitten und auch nochmal um eine Begründung. Sie hatten zusätzlich die Ergänzung der Anästhesiologie vorgeschlagen – wie Sie das begründen an der Stelle. Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Dann fangen wir mit Herrn Prof. Dr. Karagiannidis an. Sie haben das Wort. – Und dann Herr Prof. Dr. med. Brokmann.

**Herr Prof. Dr. Karagiannidis (DGIM):** Ja, vielen Dank. Also vielleicht erstmal vorne weg: Das Notfallstufensystem ist ja ein wirklich sehr gut etabliertes System in Deutschland. Das gehört ja wirklich zu den Pfeilern unseres Gesundheitswesens. Man muss sich, glaube ich, gut überlegen, wenn man an so einem gut funktionierenden System eine Änderung vornimmt, ob die auch wirklich sinnvoll ist.

Was uns schon gestört hat, um das mal so zu formulieren, ist, dass Krankenhäuser, die nicht die Strukturkriterien erfüllen, trotzdem zur [Tonstörung] am Ende des Tages gehören sollen, was dem ganzen Grundprinzip, dass man gewisse Strukturkriterien und eine Strukturqualität hat, ja völlig widerspricht. Die Kriterien auf der Notfallstufe 1, die insgesamt, glaube ich, schon so niedrig im Vergleich zu der Stufe 2 und 3 [sind], dass eine Unterschreitung in unseren Augen nicht rechtfertigen würde, dass man da noch eine Notfallstufe vergeben kann, selbst wenn es in Deutschland strukturschwache Regionen gibt, wo es sicherlich nicht ganz einfach ist.

Deswegen würden wir davon absehen, dass Krankenhäuser, die die Kriterien nicht erfüllen, trotzdem eine Stufe bekommen. Die Anästhesie ist in unseren Augen für viele Bereiche absolut essentiell. Gerade wenn es um die chirurgische Versorgung geht. Die kann man nicht ohne Anästhesie machen. Und deswegen war uns das nochmal ein Anliegen. Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Jetzt Herr Prof. Dr. med. Brokmann.

**Herr Prof. Dr. med. Brokmann (DGAI):** Ja, vielen lieben Dank für das Wort. Der Ausführung vom Kollegen Karagiannidis kann ich mich natürlich nur anschließen. Ich sehe das genauso, dass die dreistufige Versorgung sich bisher sehr gut etabliert hat und dass durch eine zusätzliche Nichtteilnahme wir das jetzt im Moment sicherlich eher konterkarieren, als dass es dadurch besser wird.

Und ganz klar muss man sagen: Eine operative Versorgung von Patienten oder generell eine Versorgung von auch chirurgisch zu versorgenden Patienten ohne Anästhesie, ist sicherlich nach den heutigen Standards nicht mehr möglich, wenn sie eine entsprechende invasive Betreuung benötigen und auch invasive Eingriffe machen. Es ist nicht mehr alles in Lokalanästhesie möglich durch die Operateure.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, ganz herzlichen Dank, Herr Prof. Dr. med. Brokmann. Ich will an der Stelle nur der guten Ordnung halber und der Klarstellung halber sagen: Diese neue Diskussion über eine gesonderte Stufe der Nichtteilnahme, die sich dadurch auszeichnet, dass hier zwar keine Zuschläge gewährt werden, aber auch keine Abschläge dann eben generiert werden, resultiert aus einem Urteil des Bundessozialgerichtes, das eben hier entsprechende Vorgaben gemacht hat.

Also nur damit das eben einzuordnen ist. Ich will jetzt den Sinn oder den weniger Sinn von BSG-Rechtsprechungen in keinsten Weise kritisieren, da wir das alle zu akzeptieren haben, aber hier ist eben eine weitere Differenzierung gefordert worden. Und deshalb setzen wir uns damit auseinander. Früher hatten wir ja das System eins, zwei, drei und dann eben ansonsten Abschläge. Und das ist der Hintergrund. Damit das eben entsprechend auch dann auf die Reihe kommt. – Jetzt hat Deutsche Krankenhausgesellschaft, dann GKV wieder.

**DKG:** Ja, vielen Dank. Auf diese Thematik wollte ich auch referenzieren, deshalb kann ich das ein bisschen kurz halten mit der Rückfrage. Es ist ja nicht geplant, eine neue Notfallstufe zu etablieren, sondern in Reaktion auf der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das eben hier bemängelt wird, dass hier zu schnell sozusagen, wenn Häuser geringfügig die

Anforderungen der Stufe 1 nicht erfüllen, dann gleich automatisch in Abschlagsregelungen fallen.

Und deshalb ist hier eine Differenzierung gefordert und wird jetzt auch umgesetzt. Von daher eben die Rückfrage, die dann für uns relevant wäre: Sind Ihnen Häuser bekannt, die eben jetzt, sei es auch ein Stück weit, die diese Stufe 1 Anforderungen nicht erfüllen? Ist für diese Häuser, die dann aber auch für die Versorgung doch eine Rolle spielen und – vielleicht eben nicht rund um die Uhr aber teilweise – ist für diese Häuser der Abschlag, der mit 60 Euro pro Fall schon relativ hoch und spürbar ist, dann gerechtfertigt?

Also haben Sie hier Kenntnis darüber, dass alle diese Häuser, die momentan nicht die Stufe 1 erreichen gerechtfertigter Weise dann schon einen Abschlag hinnehmen müssen, den sie dann zurückzahlen müssen? Das wäre eine Frage, die für uns dann relevant wäre.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** An wen geht die?

**DKG:** An die beiden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Achso. Dann hoffe ich, dass die beiden Taschenrechner dabei haben. – Fangen wir mit Herrn Prof. Dr. Karagiannidis an und dann wieder Herr Prof. Dr. med. Brokmann. – Herr Prof. Dr. Brokmann, Sie können dann noch ein bisschen rechnen.

**Herr Prof Dr. Karagiannidis (DGIM):** Also wir haben die Daten natürlich nicht, würden uns aber freuen, wenn wir die mal bekommen würden. Dann könnten wir das nämlich ganz genau kalkulieren, da wir ja nicht wissen, welches Krankenhaus das nicht hat. Aber es spricht nochmal dafür, dass wir mehr Transparenz brauchen und als Wissenschaftler deutlich mehr Datenzugriff, um genau solche Fragen zu beantworten.

Das entbindet uns in meinen Augen auch, wenn ich es nachvollziehen kann durchaus-Entbindet uns das in meinen Augen nicht davon, dass wir eine gewisse Standardqualität in der Notfallversorgung brauchen. Und wir brauchen auch eine Versorgung der Bevölkerung. Und ich glaube, es ist schwierig zu sagen, dass wir Bereiche in Deutschland haben, wo wir zwar ein Krankenhaus haben, aber nicht in die Notfallmedizin investieren wollen. Vielleicht möchte ich es mal so rum formulieren.

Also wenn ich ein Krankenhaus bin, dann darf man auch erwarten, dass ich an der Notfallversorgung teilnehme und wenn ich das nicht tue, dann muss ich halt entsprechend auch mit den Konsequenzen rechnen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Herr Prof. Dr. med. Brokmann.

**Herr Prof. Dr. med. Brokmann (DGAI):** Die Frage ist aus dem Stehgreif nicht zu beantworten. Da würden wir bitten, dass wenn wir sonst sowas nochmal beantworten sollten, das natürlich recherchieren müssten. Ansonsten schließe ich mich vollumfänglich dem Kollegen Karagiannidis an. Dem ist nichts hinzuzufügen. Das trifft die Sache auf den Punkt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Herr Prof. Dr. Randerath hat die Hand noch gehoben.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGP):** Ja, ich würde gerne beispielhaft sagen, dass es ja eine nicht unerhebliche Zahl von Fachkliniken gibt, die mit erheblichen Maß an der Notfallversorgung teilnehmen, teilweise große Intensivstationen haben, aber aus strukturellen Gründen, zum Beispiel weil sie eben nur eine Abteilung haben, nicht die Kriterien erfüllen. Also nicht, weil sie keine Notfallversorgung haben, nicht weil sie keine Notaufnahme haben, nicht weil sie eine Intensivstation haben, sondern weil ihnen zum Beispiel eine Abteilung fehlt und die einen erheblichen Anteil haben.

Jetzt als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin möchte ich da nur auf die Pandemie verweisen, wo eben Fachkliniken in unserem Bereich, einen erheblichen Anteil an der Versorgung gehabt haben. Also insofern, es gibt diese Kliniken.

Und insofern ist die Vorhaltung oder der Einschluss hier unter natürlich klaren Regeln sehr sinnvoll.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Ich habe jetzt noch eine Meldung von Herrn Prof. Dr. Pennig und dann wäre der GKV-SV wieder dran. – Herr Prof. Dr. Pennig.

**Herr Prof. Dr. Pennig (DGOU/DGU):** Vielen Dank. Ich würde mich da an Herrn Prof. Dr. Randerath bezüglich der Fachklinik-Problematik anschließen wollen. In der Orthopädie gibt es das ebenfalls: Hochleistungsfähige Kliniken, die aber die Notfallversorgung einfach nicht bestreiten können. Ansonsten würde ich mich der Position der Anästhesie anschließen, dass man Mindeststandards nicht unterschreiten darf aus chirurgischer Sicht, weil dies ansonsten zu einer Gefährdung führen würde und die können wir nicht wollen.

Und das dreistufige System des G-BA hat sich über die Jahre gut entwickelt und bewährt. Und wenn das Bundessozialgericht eine andere Rechtsauffassung vertritt, dann müssen wir schauen, wie wir mit der Rechtsauffassung umgehen, aber nicht mit den Standards. Das würden wir also für die DGU und DGOU nicht wollen und nicht unterstützen. Dankeschön

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, herzlichen Dank. – Herr Prof. Dr. Randerath- Ne, Entschuldigung- Herr Prof. Dr. Pennig. – Herr Prof. Dr. Randerath hat sich noch gemeldet.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGP):** Nein, ich hatte mich ja schon geäußert. Das hat- [Tonstörung].

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dann GKV-SV, bitte.

**GKV-SV:** Darf ich Ihre Aussagen dann zusammenfassend so werten, dass man für diese Stufe der Nichtteilnahme beziehungsweise der Zwischenstufe, sich doch möglichst eng an dem Niveau der Basisstufe orientieren sollte und hier jetzt keine maßgeblichen Abweichungen möglich sind, um noch eine qualitätsgesicherte Notfallversorgung abzubilden?

Und das zweite: Wir haben ja auch weiterhin die Diagnostik per CT vorgesehen in diesen Bereichen. Ob Sie hier bestätigen können, dass für die Abklärung der notfallmedizinischen Tracer-Diagnosen auch bildgebende Diagnostik, insbesondere per CT, erforderlich ist.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. Geht die Frage an die, die sich eben geäußert haben?

**GKV-SV:** Genau.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dann würde ich mit Herr Prof. Dr. Karagiannidis beginnen, dann Herr Prof. Dr. med. Brokmann, dann Herr Prof. Dr. Pennig und Herr Prof. Dr. Randerath. Und wenn sich ein anderer äußern möchte, bitte im Chat dann einfach melden.

**Herr Prof. Dr. Karagiannidis (DGIM):** Ja, kurz zusammengefasst, vielen Dank. CT ist absolut unabdingbar, ja. Also evidenzbasiert, ja. Es gibt gute Vergleiche beim Röntgen-Thorax und CT-Thorax, wie viel mehr diagnostische Informationen im CT drinstecken. Das ist mittlerweile an so vielen Standorten verfügbar im ambulanten und stationären Bereich in Deutschland, dass es überhaupt gar keinen Grund geben darf, dass in der Notfallstufe 1 kein CT vorhanden ist. Ich sehe das sogar als eine absolut rote Linie an, ja. Das gehört zur absoluten Diagnostik heute in Deutschland dazu, wie die Sonographie auch.

Zusammengefasst: Genau. Notfallstufe 1 [sind] die Grundkriterien. Ich denke, wir werden ja im Laufe der Anhörung über ein, zwei Aspekte sprechen, wie zum Beispiel Erreichbarkeit im Hintergrunddienst. Da kann man sicherlich noch hier und da darüber sprechen. Aber im Großen und Ganzen stimme ich Ihnen da zu.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Dr. med. Brokmann.

**Herr Prof. Dr. med. Brokmann (DGAI):** Ja, Zustimmung zu den gerade geäußerten Dingen von Frau B. Absolute Zustimmung. Das darunter geht gar nicht. Und insofern- Natürlich muss man natürlich auch verstehen, dass wir nach wie vor der Auffassung sind, dass auch das Fachgebiet

der Anästhesie zu der chirurgischen, internistischen Versorgung auch in der Basis-Versorgung dazugehört.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Dann hatte sich noch Herr Prof. Dr. Pennig geäußert und Herr Prof. Dr. Randerath.

**Herr Prof. Dr. Pennig (DGOU/DGU):** Wir würden uns den vorgenannten Positionen vollumfänglich anschließen. Ein Unterschreiten dieser Standards, insbesondere was die Bildgebung angeht, ist einfach unter qualitätssichernden Aspekten nicht hinzunehmen. Dankeschön.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Dann nochmal Herr Prof. Dr. Randerath, wenn Sie möchten.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGP):** Ja, ich würde auch dem zustimmen, dass das CT notwendig ist. Hier sind ja auch Möglichkeiten der Teleradiologie durchaus gegeben. Zweitens: Ja, auch Zustimmung, dass sich die Kriterien nah an die Basiskriterien angepasst sein sollten, aber eben berücksichtigend besonderer Verhältnisse, besonderer Situationen, zum Beispiel strukturelle Merkmale, wie eben bei den Fachkliniken erwähnt. Das sollte die Entscheidung des Landes sein, in wie weit das dem Sonderbedarf eben entspricht.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Jetzt hat sich noch gemeldet Herr Prof. Dr. med. Kneser von der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. – Herr Prof. Dr. med. Kneser.

**Herr Prof. Dr. med. Kneser (DGPRÄC):** In Kürze: Ich wollte nochmal auf die Spezialisierung und auf Spezialkliniken und die Notfallversorgung hinweisen. Wir hatten in den letzten Jahren sehr intensive Diskussionen bezüglich einer Lösung des Problems der Schwerbrandverletzten-Versorgung. Und da ist es natürlich so, dass einige wirklich hochspezialisierte Unfallkliniken mehr als die Hälfte der Verbrennungsbetten stellen. Also sprich, die BG-Kliniken, die nicht alle Zusatzfachabteilungen anbieten, stellen die Hälfte der Verbrennungsbetten für die Schwerbrandverletzten-Versorgung.

Und das ist so eines der Beispiele wie eben doch Kliniken mit einem spezifischen Fokus an der Notfallversorgung zwingend teilzunehmen haben. Gleichzeitig die Ausführung bezüglich CT und sonstiger Standards – dem stimme ich voll zu.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, herzlichen Dank, Herr Prof. Dr. med. Kneser. – Jetzt GKV-SV.

**GKV-SV:** Ja. Da jetzt so umfangreich ja auch die Diskussion in Richtung der Fachkliniken geht: Wir haben ja für die Fachkliniken nach wie vor eigene Module vorgesehen, die ja außerhalb der normalen Notfallstufen liegen. Und wir würden hier gern nochmal anknüpfen. Und zwar haben wir uns eben auch Gedanken gemacht, wie man insbesondere mit dem Bereich der Pneumologie, der Kardiologie und der Schlaganfallversorgung hier umgehen kann. Und wenn Sie erlauben, würde ich das jetzt gerne mit Herrn B. einmal zusammen unsere Fragen dazu gestalten.

– Klar, vielleicht magst du einmal im Bereich der Pneumologie anfangen. – Da hätten wir mal einen Vorschlag und wären insbesondere mit Herrn Prof. Dr. Randerath jetzt zunächst interessiert, ob das eine geeignete Abbildung der Fachkliniken wäre im Bereich der Pneumologie.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Dr. B. Wir dürfen ja keine Namen nennen. Dann einigen wir uns jetzt auf Buchstaben mit Punkt. – Herr Dr. B.

**GKV-SV:** Herr Prof. Dr. Randerath, die Frage geht an Sie. Und das ist eben die Frage: Was sind relevante Notfalldiagnosen im Bereich der Pneumologie? Und wäre zum Beispiel die akute respiratorische Insuffizienz, die das ja im Grunde alles zusammenfasst, evtl. eine geeignete

Zusammenfassungsdiagnose? Und dann eben in welchem Umfang da eine Klinik diese Erkrankung, die letztendlich die Endstrecke darstellt, behandeln müsste. Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Dr. Randerath.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGP):** Ja, Prof. Dr. Randerath, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. In Bezug auf die Notfallversorgung stellt die akute hypoxische und die hyperkapnische Atmungsinsuffizienz durchaus ein verwertbares Kriterium dar. Nicht für die Definition von Fachkliniken alleine, das würde unzureichend sein. Aber für die Notfallversorgung kann man das als Kriterium anlegen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Dann nochmal GKV-SV.

**GKV-SV:** Genau. Und wie würde das aussehen, wenn wir jetzt sagen, wir möchten gerne eine besondere Versorgungsrelevanz für die Notfallversorgung abbilden? Wäre hier ein Behandlungsumfang von 600 Patientinnen und Patienten pro Jahr ein geeignetes Maß, um hier eine Versorgungsrelevanz abzubilden?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Prof. Dr. Randerath.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGP):** Ja. Bezüglich der Zahl, da habe ich natürlich jetzt keine Vergleichszahl, die ich da anwenden könnte, aber die Zahl von- Entscheidend ist für mich nicht nur die Zahl alleine, sondern eben auch die Weiterversorgung, sprich die Intensivstation, die vorhanden sein muss, das Instrumentarium, also die Versorgungsmöglichkeit mit nicht invasiver und invasiver Beatmung schon im Notfallbereich, technische Voraussetzung und Qualifikation. Ich würde es also nicht allein an einer Zahl festmachen. Die müssten wir nochmal überprüfen.

Grundsätzlich ist aber die Zahl von 600 Patienten mit hypoxischer und hyperkapnischer Insuffizienz insgesamt – akut und chronisch – durchaus eine relevante Größe.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Ich habe jetzt noch eine Wortmeldung dazu von Herrn Prof. Dr. Karagiannidis und ich glaube auch von Herr Prof. Dr. med. Topka, wobei ich nicht genau weiß, ob er dazu sprechen will. Aber ich würde die beiden jetzt dann dazwischenschieben und dann können Sie nachfragen und danach wäre dann die DKG dran. – Bitteschön, Herr Prof. Dr. Karagiannidis.

**Herr Prof. Dr. Karagiannidis (DGIM):** Ich will vielleicht nochmal ergänzen: Die Patienten, die kommen ja nicht mit einer primären Diagnose in die Notaufnahme, sondern mit einem Symptom. Und das Symptom ist Luftnot. Also das kann durchaus auch darin enden, dass der Fall eben keine respiratorische Insuffizienz hat. Der Patient empfindet erstmal die Luftnot. Deswegen würde ich das grundsätzlich etwas weiter fassen wollen als nur begrenzt auf die respiratorische Insuffizienz.

Ich tu mich immer ein bisschen schwer mit den Fallzahlen. Da hängt es dann, glaube ich, auch immer sehr stark davon ab, wie gut ich das kodiere. Wir wissen alle, dass die Aufnahmediagnose ganz häufig nicht mit der endgültigen Diagnose der Patienten übereinstimmt. Deswegen glaube ich, dass der Weg über die Strukturqualität deutlich wichtiger ist. Und was wir in den letzten Jahren erlebt haben ist, dass ein ganz wesentliches Kriterium, was Herr Prof. Dr. Randerath eben schon gesagt hat, natürlich die Verfügbarkeit der Intensivbetten ist, weil die Patienten die haben eine relativ hohe Mortalität.

Und das zweite, was aus dem Klinikalltag heraus, denke ich, in den letzten Jahren schon besser geworden ist oder was ein ganz wesentlicher Faktor ist, ist die frühzeitige Etablierung der Highflow-Therapie und der nicht invasiven Beatmung. Das sind zwei Methoden, mit denen man relativ frühzeitig – gerade bei den COPD-Patienten – einen schwereren Verlauf abfangen kann.

Und deswegen würde ich weniger auf die Fallzahlen setzen und viel mehr auf eine gute Strukturqualität. Und dazu gehört einfach heutzutage auch, dass im Rettungswagen und aller spätestens in der Notaufnahme, die Möglichkeit zu einer nicht invasiven Beatmung gehört.

Was auch genauso wichtig ist, ist dass wir dann in den Notaufnahmen für die Patienten mit der respiratorischen Insuffizienz eine BGA-Möglichkeit vor Ort haben. Das bedeutet Point-of-Care-Diagnostik, die auch jederzeit verfügbar sein muss. Das ist eine der ganz wenigen Point-of-Care-Diagnostiken, die wirklich notwendig sind. Und ich glaube, wenn wir die Strukturqualität für so ein Modul gut definieren, dann kommen wir um die Fallzahlen insgesamt auch herum.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Dr. Karagiannidis. – Jetzt Herr Prof. Dr. med. Topka von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und für die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft. – Herr Prof. Dr. med. Topka, bitte.

**Herr Prof. Dr. med. Topka (DGN/DSG):** Ja, vielen Dank, Herr Prof. Hecken. Ich hatte mich ehrlich gesagt zu dem vorausgehenden Themenkomplex gemeldet.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Egal.

**Herr Prof. Dr. med. Topka (DGN/DSG):** Das macht nichts? – Ich wollte einfach nur sagen, für die Schlaganfall-Versorgung ist es ganz klar: Ein Haus ohne CT ist nicht akzeptabel. Also grundsätzlich da sind schon sehr viele Gründe genannt worden, warum die Computertomographie zwingend ist. Und da ist es aus der Sicht der Schlaganfall-Versorgung ebenfalls so, das ist unabdingbar.

Über die Schlaganfall-Versorgung generell werden wir wahrscheinlich gleich noch sprechen. So wie ich es verstanden habe, werden da noch Fragen gestellt werden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, herzlichen Dank, Herr Prof. Dr. med. Topka. – Jetzt weiter GKV-SV, dann danach DKG.

**GKV-SV:** Ja. Wir sehen natürlich Strukturanforderungen auch als sehr wichtiges Kriterium an. Nun sind wir ja im Bereich dieser Fachkliniken in einem Bereich, wo es, sage ich mal, um eine sehr geringe Zuschlagshöhe geht und wir ja teilweise, sage ich mal, momentan sehr, sehr umfassende Anforderungen hier gewählt haben, die ja auch durch den MD zu prüfen sind.

Deshalb haben wir uns eben auch Gedanken gemacht, wie man hier auch möglichst, sage ich mal, unbürokratisch abprüfen kann, ob Häuser eine Versorgungsrelevanz in der Notfallversorgung haben. Wir haben ja bereits im Bereich der Herzmedizin die CPU. Da haben wir sehr ausführliche Kriterien. Und auch an der Stelle haben wir uns Gedanken gemacht, ob man hier im Sinne einer Verschlinkung der Richtlinie die Versorgungsrelevanz durch die jährliche Behandlung von 250 Herzinfarkten nachweisen könnte.

Und das würde ich jetzt gerne als Frage an die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie richten, ob das ein Weg wäre, ob man mit diesen Mindestfallzahlen oder gegebenenfalls, sage ich mal, sehr schlanken Kriterien noch dazu, aber deutlich im Umfang reduziert, zu den jetzigen CPU-Kriterien das sachgerecht auch abbilden könnte.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Herr Prof. Dr. med. Diemert, Sie sind angesprochen.

**Herr Prof. Dr. med. Diemert (DGK):** Ja, Patrick Diemert, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. Ja, Frau B., vielen Dank für die Frage. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie hat ja deutschlandweit mehr oder weniger flächendeckend ein Netz von sogenannten Brustschmerz-Ambulanzen, also Chest-Pain-Units aufgebaut mit Strukturkriterien, Qualitätssicherung. Auf dieses System sind wir sehr stolz.

Wir glauben, dass das einen sehr wichtigen Beitrag für die Notfallversorgung in Deutschland leistet. Das vorweg. Das ist auch genau der Stichpunkt, der von den Kollegen der Pneumologie aufgebracht ist: Qualitätskriterien der Versorgung sind da für uns maßgeblich.

Es gibt ja dieses Spezialmodul für Durchblutungsstörung am Herzen. Wenn man sich das einmal anguckt, dann trifft dieses Spezialmodul eigentlich ganz überwiegend- Also weit über 90% der Kliniken, die das betrifft sind Herz-Zentren. Also Fachkliniken, beispielsweise NRW Herz-Zentrum Bad Höhenhausen – große Fachklinik – die ja natürlich sehr viel Notfallversorgung dort abbilden.

Und fast nur solche Kliniken sind also in diesem Spezialmodul betroffen. Der ganz überwiegende Teil der Kliniken der Chest-Pain-Units nimmt in Deutschland ganz regulär an der Notfallversorgung teil und ist auch in den Notfallstufen abgebildet. Aus diesem Grunde können wir uns auch vorstellen, dass man anstelle des Spezialmoduls für Durchblutungsstörungen am Herzen, dies, wie Sie das vorschlagen, Frau B. über Fallzahlen abbilden.

Anders als von Ihnen vorgeschlagen, würde ich da nicht eine Mindestfallzahl von 250 Herzinfarkten sehen, sondern ich würde das ein bisschen breiter fassen. Wir sprechen ja von akutem Koronarsyndrom. Dazu zählt auch die instabile Angina Pectoris. Das kann auch ein akutes Summen-Ödem sein. Das kann auch eine Aorten-Dissektion sein. Also da müssen wir einige Diagnosen mehr mit reinnehmen. Und dann kann man das aber in einer Fallzahl in einer ähnlichen Höhe, wie Sie die angesprochen haben, könnte man das wahrscheinlich abbilden. Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, ganz herzlichen Dank. – Herr Prof. Dr. Randerath hat die Hand gehoben. Ich will ihn nur drannehmen, dann wäre wieder GKV-SV dran. – Herr Prof. Dr. Randerath. – Mikro ist aus.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGP):** Sorry. Nicht im Hinblick auf die Kardiologie, sondern auf die vorherige Frage: Sie hatten darauf hingewiesen, dass es sich tatsächlich nicht um eine kleine Zuschlagshöhe, sondern eher darum handelt, keinen Abschlag zu bekommen. Das ist relevant. Und natürlich ist dem Wunsch, es möglichst einfach zu gestalten – der ist natürlich sehr sinnvoll. Aber über Zahlen alleine wird es nicht gehen. Wir brauchen die Strukturmerkmale. Und wir haben gerade jüngst diese Woche ein Papier zu [Tonstörung], die sehr viele der Kriterien enthalten und die benutzt werden könnten, vorgelegt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Ich frage jetzt mal die DKG: Haben Sie dazu eine konkrete Nachfrage? Herr V., weil Sie sich gemeldet hatten, weil die DKG war ja nach der GKV dran. Aber wenn es dazu ist, dann- Ok. – Dann weiter mit GKV-SV.

**GKV-SV:** Ja, im Sinne dieser Endbürokratisierung und der vielleicht Verzichtbarkeit der Zweitprüfung von Strukturkriterien durch den MD dann nochmal eine Frage an Herr Prof. Dr. med. Topka: Könnten Sie sich so etwas auch eventuell für die Fachkliniken, also für die Stroke-Fachkliniken vorstellen, dass man eine gewisse Zahl von Schlaganfällen – sagen wir mal drei pro Woche – behandeln muss? Und dann wird man auch die entsprechenden Strukturkriterien vorhalten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Dr. med. Topka.

**Herr Prof. Dr. med. Topka (DGN/DSG):** Das ist ein Themenkomplex, bei dem wir tatsächlich ein bisschen Bauchschmerzen haben. Im Prinzip ist es so: Wir können sehr gut verstehen, dass die Frage Mindestzahlen eine große Rolle spielt bei dem Überlegen. Und auch wissenschaftlich steht außer Zweifel, dass es einen gutbelegten Zusammenhang gibt zwischen der Anzahl der behandelten Fälle und der Qualität.

Nur ist es auf der anderen Seite so, dass speziell die Schlaganfallversorgung ja eine Besonderheit hat, weil es elementar davon abhängt, dass wir in sehr kurzer Geschwindigkeit arbeiten können. Und das kollidiert ein bisschen mit dem Ziel mit möglichst vielen zentralen Einheiten, die Qualität zu verbessern. Und wenn wir uns die Versorgungslandschaft heute anschauen in Deutschland, glauben wir, dass es ein bisschen schwierig wäre, heute mit solchen Mindestzahlen zu agieren, sofern wir nicht Strukturen anbieten können, die dann

sicherstellen, dass die Patienten auch in den Regionen, die eben nicht so schnell der besten Versorgung zugeführt werden können, versorgt werden.

Und deswegen denken wir, dass es mittelfristig zwar angestrebt werden kann, im Moment aber nicht umsetzbar ist. Wir versuchen ja mit Telemedizin und der Struktur das alles aufzufangen. Aber es ist natürlich ein Prozess, der einige Zeit noch benötigt. Und wir glauben nicht, dass wir da so weit sind.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Dr. med. Topka. – GKV-SV Nachfrage.

**GKV-SV:** Ja. Also ich möchte nochmal klarstellend einfügen: Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten halten wir all das, was Sie als Fachgesellschaften machen auch für unglaublich wertvoll und da sind auch genau die richtigen Kriterien. Es geht hier an dieser Stelle jetzt tatsächlich [darum], wie eben auch gesagt wurde, wie stellen wir schnell unbürokratisch fest, dass hier einzelne Kliniken, die eben nicht die Basis-Notfallversorgung erfüllen – die Kriterien –, dass die auch eine Versorgungsrelevanz haben als Spezialkliniken und hier auch sozusagen mindestens Abschlag beigestellt werden sollen.

Also von daher war jetzt tatsächlich unsere Überlegung, ob man das nicht anhand weniger einer Hand voll von Strukturkriterien, die eben deutlich unterhalb dieser sehr ausführlichen Module liegen, plus einer Mindestfallzahl feststellen kann. Damit wollen wir keinen Ausschluss oder Einschluss in die generelle Versorgung irgendwie definieren, sondern es geht tatsächlich allein um die Abbildung der Versorgungsrelevanz.

Und von daher vielleicht, Herr Prof. Dr. med. Topka, könnten Sie nochmal sagen: Was sind denn in den Einheiten, die Sie ja vielleicht auch zertifizieren, denn so üblicherweise Fallzahlen, die Sie dort zugrunde legen für die reguläre Schlaganfallversorgung?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Prof. Dr. med. Topka?

**Herr Prof. Dr. med. Topka (DGN/DSG):** Ja, also was die Fallzahlen angeht, nur vielleicht grundsätzlich die Bemerkung, da würde ich auch Herrn Prof. Dr. Karagiannidis zustimmen, dass die Fallzahlen alleine für uns ja nicht das Kriterium sein kann. Es hängt, wie gesagt, von verschiedenen Faktoren der Dokumentation, Kodierung etc. [ab]. Also ich glaube, das wird sicherlich schwierig sein.

Insofern ist die Prozess- oder Strukturqualität sicherlich das Ziel, das wir eigentlich im Auge halten müssen. Mit den Zertifizierungen versuchen wir das ja zu tun. Und da haben wir im Grunde genommen entsprechende Kriterien festgelegt. Ich müsste die Zahlen noch nachliefern, die habe ich nicht genau im Kopf. Aber im Grunde genommen müssten wir halt – wenn wir uns an solchen Dingen orientieren wollen – müssten wir wahrscheinlich wirklich konkrete Modelle haben und modulieren können, wie sich das in welcher Region Deutschlands auswirkt. Und das sehen wir im Moment nicht als gegeben an.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Dr. med. Topka. – Dazu jetzt Nachfrage? – DKG, bitteschön.

**DKG:** Ja, Danke. Ja, eigentlich ist die Frage schon fast beantwortet, aber damit die DKG an der Stelle auch zu Wort kommt und auch Ausführungen gemacht werden: Hier nochmal die Einschätzung der DKG, die ja konkrete Fallzahlen an der Stelle- Bei der es ja darum geht, Mindeststrukturen festzulegen, die dann entsprechende Forderungen umfassen.

Äußerst kritisch sehen wir – das hat ja mit den entsprechenden Zahlen- Gibt es immer wieder grundsätzliche Probleme. Das fängt schon an – das hatten wir ein bisschen mitbekommen – dass das erst definiert werden muss. Das ist nicht trivial festzulegen, welche Diagnosen, die dann eben später auch nochmal sich verändern können, sind jetzt tatsächlich relevant für diese Fragestellung. Weil es ist auch immer kritisch genau da eine exakte Höhe festzulegen, die dann meistens ein ganz exaktes Ziel ist, die dann auch genau abbilden soll, ob die Kliniken dann relevant dann noch reinfallen oder nicht.

Von daher auch nochmal die ergänzende Frage an Herrn Prof. Dr. med. Topka. Aber ich habe es eigentlich in der vorherigen Ausführung so verstanden. Nochmal die Bestätigung, dass eben das zurzeit höchstproblematisch doch eingeschätzt wird und man mit solchen exakten Zahlenvorgaben bei diesen Regelungen hier sehr vorsichtig umgehen müsste.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Prof. Dr. med. Topka.

**Herr Prof. Dr. med. Topka (DGN/DSG):** Ja, das ist jetzt hier nochmal zusammenfassend so dargestellt worden. Genau das ist unser Problem. Ich glaube, dass wir sehr genau prüfen müssten, in welchen Regionen ist es. Weil wir in Deutschland eine sehr heterogene Versorgungslandschaft haben.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Dr. med. Topka. – Dann wieder GKV-SV. – Sie kriegen dann gleich Ihr Frei- Ne, wir machen ja Blöcke. – Also die machen und dann sind Sie dran, Herr V. Nicht nervös werden. Es steht alles im Protokoll. Sie können auch mal einen Cut machen, wenn Sie wollen dazwischen. – Ja, ok Herr V., weil Sie so nervös sind. – Also Herr V., bitteschön.

**DKG:** Vielen Dank. Meine Nachfrage geht auch nochmal in genau dieses Thema, was wir eben hatten. Und zwar auch an die Deutsche Gesellschaft für Neurologie und Schlaganfall-Gesellschaft und auch an die Bundesärztekammer und an die Gesellschaft für Kardiologie und Kreislaufforschung. Der Vorschlag des GKV-SV, unabhängig jetzt von den entsprechenden Mindestfallzahlen, die dort drinstehen, setzen ja voraus, dass sowohl das Modul Schlaganfall-Versorgung, wie auch das Modul Chest-Pain-Unit zukünftig wegfallen soll und dann in die Spezialversorgung integriert werden.

Da ist die Frage und damit natürlich auch kein Zuschlag mehr damit verbunden wäre, sondern nur eine Abschlagsfreiheit. Hier ist die grundsätzliche Frage: Sind Sie eher für eine Beibehaltung der jetzigen Struktur der Module? Bei der Chest-Pain ist es auch sehr ausführlich mittlerweile beschrieben. Die DKG hat hier zu der Schlaganfall-Versorgung auch einen entsprechenden Vorschlag gemacht, wie es weiterhin definiert werden könnte.

Und sind Sie eher dafür, dass das in den jetzigen Modulen in der Form bestehen bleibt oder sehen Sie die Notwendigkeit ein, das in die Spezialversorger mit zu integrieren und damit auch die Zuschlagsfähigkeit damit nicht mehr gegeben sein sollen?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Ich habe jetzt Herrn Prof. Dr. med. Topka gerade auf dem Bildschirm. – Herr Prof. Dr. med. Topka, dann würde ich mit Ihnen beginnen, dann würden wir zu den Kardiologen übergehen und dann weiß ich nicht, wen Sie sonst noch adressiert haben.

**DKG:** Die Bundesärztekammer.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Oh und die BÄK, ja ok. – Herr Prof. Dr. med. Topka, bitte.

**Herr Prof. Dr. med. Topka (DGN/DSG):** Ja, wir gehen davon aus, dass in unserer aktuellen Situation, die Beibehaltung der jetzigen Regelung sinnvoller ist.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herr Diemert.

**Herr Prof. Dr. med. Diemert (DKG):** Genau. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. Also wir haben den Vorschlag des GKV-SV als ein Bestreben der Endbürokratisierung, der Vereinfachung von Prüfungen erstmal wahrgenommen. Wir haben natürlich keinerlei Interesse, dass die Herz-Zentren jetzt die Zuschläge verlieren. Das ist ja nicht die Absicht und das Interesse der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie.

Uns ist wichtig, dass diese Strukturqualität der Chest-Pain-Units weiter flächendeckend vorgehalten wird. Und ich habe das schon formuliert: Überwiegend sind diese Chest-Pain-Units, die in Fachkliniken angesiedelt sind, [in] sehr großen Zentren mit hohen Fallzahlen angesiedelt. Von daher hätten wir mit einer solchen fallzahlbasierten Mindestregelung nicht

a priori ein Problem, aber uns ist es natürlich ein wichtiges Anliegen, dass auch die Notfallzuschläge auch an die Herz-Zentren weitergezahlt werden. Dankeschön.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – BÄK?

**Frau Dr. Searle, MPH (BÄK):** Ja, Julia Searle, Bundesärztekammer. Wir hatten ja in dieser und auch in der letzten Stellungnahme schon gesagt, dass wir denken, dass man vielleicht die Krankenhaus-Reform jetzt erstmal abwarten sollte, was sich mit den Leistungsgruppen überhaupt auch in diesen Bereichen ergibt. Wenn jetzt darauf bestanden wird, sich für das eine oder für das andere auszusprechen, dann würden wir auch eher dabeibleiben, das erstmal so zu belassen, wie es jetzt gerade geregelt ist.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Weitere Fragen, DKG, an der Stelle oder möchten Sie Ihren Block abarbeiten? Sonst würde ich wieder zurück an GKV geben. – Dann wieder GKV.

**GKV-SV:** Ich würde jetzt in die allgemeinen Notfallstufen zurückgehen wollen. Und zwar ist dort ja ab der Stufe 2 vorgesehen, dass noch eine Auswahl an weiteren Fachabteilungen zu der Inneren Medizin und der allgemeinen Chirurgie vorzuhalten ist. Und dort ist es ja so, dass wir immer wieder großes Interesse bekommen, hier weitere Fachabteilungen zu ergänzen.

Und ich würde gern Prof. Dr. Karagiannidis einmal dazu befragen: ob Sie es für sinnvoll erachten, dass wir hier, sage ich mal, regelmäßig in einem deutlichen Ausmaß jetzt weitere Fachabteilungen ergänzen oder ob das eher die Gefahr birgt, dass dann besonders notfallrelevante Fachabteilungen vielleicht an dem Standort nicht mehr vorgehalten werden, weil man eben andere Fachabteilungen auswählen kann? Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Dr. Karagiannidis.

**Herr Prof. Dr. Karagiannidis (DGIM):** Ja, ich glaube, man muss das mal aus systemtheoretischer Sicht beantworten. Sie haben ja in der Etablierung der Notfallstufen ein System gewählt, wo Sie nicht gesagt haben, ich möchte an dem Standort in der Notfallstufe 2 und 3 zwingend diese und diese Fachabteilung haben. Das hätte man damals ja machen können. Man hätte ja sagen können, ich kann das nicht auswählen, sondern ich muss unbedingt eine Kardiologie haben, eine Gastroenterologie, Pneumologie und so weiter.

Das heißt, Sie haben sich ja grundsätzlich systemtheoretisch erstmal für ein anderes System entschieden, wo es eine gewisse Auswahl gibt. Wenn Sie solche Systeme verwenden, dann hängen Sie aber sehr daran, wenn Sie eine gute Notfallversorgung haben wollen, dass die Auswahl klein ist. Weil in dem Moment, wo Sie die Auswahl sehr groß machen, können Konstellationen entstehen, wo wichtige Fachabteilungen fehlen.

Und deswegen hat sich das System so, wie Sie es damals etabliert haben – das hatte ich vorhin ja schon mal gesagt – wirklich sehr gut etabliert. Und deswegen würde ich davon Abstand nehmen, weitere Fachabteilungen mithinzuzunehmen. Denn dann müsste man eine konkrete Systemumstellung machen und definieren, welche Fachabteilungen unbedingt auf der Notfallstufe 2 und auf der Notfallstufe 3 vorhanden sein müssen. Wenn wir von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin durchaus auch vorgeschlagen, dass von den vier großen internistischen Fachdisziplinen Kardiologie, Gastro-, Pneumo-, Nephrologie auf der Notfallstufe 2 mindestens drei vorhanden sein müssen, mit Notfallstufe 3 sogar alle 4.

Das wäre eine andere Herangehensweise. Aber ich würde, um das kurz zusammenzufassen, dringend davon abraten, in Ihrem jetzigen System eine Erweiterung vorzunehmen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Frau Dr. Titze hat sich noch gemeldet.

**Frau Dr. Titze (DGfN):** Ja, vielen Dank, Herr Prof. Dr. Karagiannidis. Sie hatten netterweise gerade schon die DGfN beziehungsweise die Nephrologie als großes internistisches Fach genannt und das möchte ich gerne nochmal unterstreichen. Das sind ja alles Internisten wie Kardiologen, Onkologen, Pneumologen auch. Und wir denken schon, dass die hier – ebenso

wie Kardiologen oder die anderen internistischen Fachdisziplinen – genauso vertreten sein müssten.

Und ich glaube, dass verbessert es auch nicht. Und die sind ja wie gesagt internistische Fachärzte. Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Frau Dr. Titze. – Dann weiter. – Wer möchte weiter fragen? – DKG jetzt mal oder? – Ne, dann GKV? – Gut, wer schneller ist. – Gut, dann DKG.

**DKG:** Ich würde ganz gerne zu dem großen Block der personellen Vorhaltung an der Stelle kommen. Und als erstes dazu: Es gibt ja umfangreiche Anforderungen jetzt zusätzlich, was die entsprechenden Qualifikationen der ärztlichen mit klinischer Akut- und Notfallmedizin oder der pflegerischen Qualifikationen betrifft. Und da wäre meine erste Frage dazu an die Bundesärztekammer erstmal sehr allgemein: was sie damit meint, wenn sie dafür plädiert, die Anforderungen in Bezug auf die Zusatzweiterbildung klinischer Akut- und Notfallmedizin an dem zu orientieren, was aus fachlicher Sicht sinnvoll und notwendig ist.

Und wie – als weitergehende Frage noch – wie bewerten Sie die aktuelle Entwicklung der Zusatzweiterbildung klinische Akut- und Notfallmedizin im Hinblick auf Zahl und Vorvertretung der Weiterbildungsbefugnisse, den tatsächlichen Einsatz in der Notaufnahme sowie mögliche Unterschiede zwischen größeren Zentren und kleineren ländlichen Krankenhäusern?

Ich weiß, es ist ein bisschen viel. Ich kann es auch nochmal sagen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Dann nochmal die BÄK dazu. Da haben wir auch schon eben rekurriert.

**Frau Dr. Searle (BÄK):** Ja, Julia Searle, Bundesärztekammer. Also vielleicht- Ich fang mal mit den Zahlen an. Wir haben ja in unserer Stellungnahme auch nochmal Auswertungen beigefügt, wie jetzt der Anstieg der Zusatzweiterbildung voranschreitet und das sind ja ganz erfreuliche Zahlen. Also es werden natürlich immer mehr Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung Akut- und Notfallmedizin ausgebildet.

Was wir allerdings nicht wissen – und das ist das, was die Zahlen so schwierig und auch die Prognose im Hinblick darauf, was geleistet werden kann – ist, dass wir erstens nicht wissen, ob diese Ärztinnen und Ärzte in der stationären Versorgung ankommen, ob sie Vollzeit arbeiten, ob sie in den Notfallaufnahmen ankommen und wie sie sich über Deutschland überhaupt verteilen.

Und das gleiche gilt auch für die Weiterbildungsbefugten. Man hat ja nicht immer gleich eine volle Weiterbildungsbefugnis, sondern es gibt auch gibt auch Teilbefugnisse von sechs Monaten, 12 Monaten, 18 Monaten. 24 Monate ist das, was man braucht, um die volle Befugnis zu haben. Und auch da fehlen uns letztendlich die Zahlen, wie die auf Deutschland verteilt sind, sodass wir immer wieder nachfragen müssen: Wie sieht es denn aus in ländlichen, in strukturschwachen Gebieten?

Wir haben auch keine Obergrenze in den Krankenhäusern. Ich könnte mir vorstellen, dass Fachärzte, die jetzt so eine Zusatzweiterbildung gemacht haben, vielleicht nicht unbedingt dann in ein strukturschwaches Gebiet gehen, sondern gerne dann auch in den Unikliniken, in den großen Krankenhäusern tätig sind und dass dann Notaufnahmen, die in diesen Krankenhäusern sehr viele Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzweiterbildung haben und die in den kleineren Häusern, in den strukturschwachen, ländlichen Gebieten gar nicht ankommen.

Und uns fehlen einfach die Zahlen, um das genau vorhersagen zu können. Das ist das eine. Dann insgesamt wissen Sie ja, dass die Bundesärztekammer davon ausgeht, dass Ärztinnen und Ärzte mit einer Approbation und insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte in einem bestimmten Gebiet natürlich gelernt haben, Notfälle in ihrem Gebiet zu behandeln. Das heißt,

wenn jemand Facharzt ist, dann kann der Notfälle behandeln. Und letztendlich brauchen Sie, um eine abschließende Versorgung zu machen, brauchen sie sowieso den Facharzt für das Gebiet, in dem der Notfall stattgefunden hat. Sie können natürlich eine erste Einschätzung machen, sie können eine Therapie einleiten, sie wissen, an wen die Patienten dann weitergeleitet werden. Dafür ist die Zusatzweiterbildung hervorragend. Das heißt, für Koordinationsaufgaben, für Leitungsaufgaben ist es schon sehr, sehr sinnvoll. Wir würden jetzt aber nicht sagen, dass es notwendig ist, dass jeder Facharzt, der in der Notaufnahme tätig ist, auch die Zusatzweiterbildung haben muss.

Habe ich jetzt noch eine Frage vergessen?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Doch, das war die Beantwortung. Ich verweise da wieder, wie eben, auf die Presseerklärung der Bundesärztekammer, die den erfreulichen Anstieg und das Interesse und auch das Engagement der Träger an dieser Zusatzweiterbildung in der vergangenen Woche zum Ausdruck gebracht hat.

– Es hat sich jetzt noch gemeldet dazu Frau Dr. med. Marohl und Herr Pin. Ich weiß nicht in welcher Reihenfolge. – Frau Dr. med. Marohl.

**Frau Dr. med. Marohl (DGINA):** Guten Tag zusammen. Frau Marohl hatte sich eigentlich zur Ausführung noch gemeldet [Tonstörung] zu den Fachabteilungen, wo gefragt wurde, wo man noch mehr Abteilungen reinnehmen sollte, die nicht so Notfallmedizin-relevant sind und dadurch eben mehr Auswahl hat aus der Gruppe A und B. Ich wollte dazu sagen, dass es auch jetzt bei den MD-Prüfungen Situationen gibt, wo die Krankenhäuser vielleicht die Fachabteilungen aus der Gruppe A und B vorhalten, jedoch diese Prozeduren, die 24/7 nämlich Endoskopie 24/7 oder Links-Herz-Katheter 24/7. Diese Abteilungen fehlen und kommen dann sowieso nicht in die erweiterte Stufe.

Ich wollte nur damit sagen, dass nämlich die Prozeduren, die die erweiterten Versorger vorhalten müssen – 24/7 – nicht unbedingt mit der [Tonstörung] Fachabteilung zu tun haben, die man auswählen kann. Also da ist der G-BA-Beschluss an sich auch so ein bisschen- Also da muss man aufpassen. Also wenn man die zusätzlichen zwei aus der Gruppe A und vier aus der Gruppe B hat, heißt es nicht automatisch, dass man der erweiterte Versorger sein kann, wenn man zum Beispiel keine akute Kardiologie hat. Also da fällt man trotzdem raus.

Ich wollte erstmal was dazu sagen. Jetzt lasse ich den Herrn Pin das Wort zu der letzten Meldung.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Pin.

**Herr Pin (DGINA):** Ja, vielen Dank. Martin Pin von der DGINA. Ich wollte einmal natürlich die positiven Ausführungen von Frau Dr. Searle von der Bundesärztekammer unterstreichen: Auch wir sehen bei uns in den Fachgesellschaften zunehmendes und wirklich sehr starkes Interesse, dass Kolleginnen und Kollegen diese Zusatzweiterbildung erlangen wollen. Auch insbesondere vor dem Hintergrund der Interdisziplinarität und der fachübergreifenden Versorgung, die sie damit erlangen können.

Und wir sehen aber auch – und das ist eigentlich auch Ziel der Personalanforderungen, die wir im weiteren Verlauf vielleicht natürlich noch diskutieren werden – ist, dass wir so etwas wie eine Qualifizierungsoffensive auch in diesem Bereich starten müssen, indem wir festlegen, dass die Menschen, die der Notaufnahme zugeordnet sind auch alle sich in Zusatzweiterbildung befinden und dass sie auch tatsächlich in der Notaufnahme dann verortet sind und auch da arbeiten.

Was ich nicht so sehe und dem nicht so zustimmen kann ist natürlich die Tatsache, dass so der Eindruck erweckt wird, dass irgendwie diejenigen mit der Zusatzweiterbildung dafür verantwortlich sind, irgendwie die Notaufnahme zu organisieren. Das sind sie außerdem. Aber letztendlich sind sie auch vor allen Dingen auch damit dafür verantwortlich, inhaltlich die Diagnostik zu machen, den Notfall zu therapieren und dann zum richtigen Zeitpunkt, nachdem

sie ihn auch schon behandelt haben, der entsprechenden Spezialabteilung oder in die ambulante Versorgung zu entlassen.

Deswegen bin ich nicht der Meinung, dass Menschen mit dieser Zusatzweiterbildung wirklich für die Organisation verantwortlich sind. Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Pin. – Herr V. von der DKG, das war Ihre Frage/Nachfrage oder ist [sie] beantwortet?

**DKG:** Ist ok.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ok, danke. – Dann wieder GKV.

**GKV-SV:** Ja, wir wollen auch noch gerne zwei Fragen zum Thema der Personalanforderung stellen an Herrn Pin. Zunächst einmal der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes sieht ja in der Basisstufe vor, dass es ab 2026 die Leitungsfunktion die Zusatzweiterbildung klinischer Akut- und Notfallmedizin haben muss und zwei Jahre später dann noch eine Stellvertretung. Wir haben bislang aber keine zusätzlichen Personen in Ausbildung vorgesehen. Das haben wir erst aber der weiteren Stufe.

Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, hier noch eine weitere Person in Ausbildung zu ergänzen? Vielleicht das zunächst und dann hätten wir gleich noch eine Frage zum Thema des Pflegepersonals.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Pin.

**Herr Pin (DGINA):** Ja, vielen Dank für die Frage. Martin Pin. Ja, wir haben ja in unserer Stellungnahme auch geschrieben, dass die Leitung in der Basisversorgung die Zusatzweiterbildung haben sollte. Bei den dreifach Ärzten, die wir da beschrieben haben und dass wir da präferieren, dass es zwei in Weiterbildung Befindliche sein sollten. Ab 2028 sollten auf jeden Fall zwei Menschen mit der Zusatzweiterbildung auch in der Basisstufe vorhanden sein und dann der dritte in Zusatzweiterbildung.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Pin. – Die weitere Frage, die angekündigt war? – Herr R. vom GKV-SV.

**GKV-SV:** Ja, Danke. Auch an Herrn Pin gerichtet: Sie fordern, dass ab der Basis-Notfallstufe in jeder Schicht eine Pflegefachperson/Pflegefachkraft in der ZNA sein soll, ob jetzt abgeschlossene Ausbildung oder nicht. Ist es bereits mit der Basis-Notfallstufe ab 2028 realistisch, dies umzusetzen? Gerne begründen, Dankeschön.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Pin?

**Herr Pin (DGINA):** Ja, vielen Dank – Martin Pin – für die Frage. Wir glauben schon, dass das realistisch ist und das auch umsetzbar ist. Die Anzahl der Pflegekräfte hat eine entscheidende Auswirkung auf die Qualität der Patientenversorgung, aber auch vor allen [Dingen] in die Qualifikation dieser Pflegekräfte. Wir haben in einer aktuellen Recherche abgefragt, wie viel Weiterbildungsstätten es gibt. Und wir haben festgestellt, dass im Moment bundesweit circa 6.200 Pflegekräfte die Qualifikation Notfallpflege bisher erlangt haben und dass circa 2040 Weiterbildungsplätze für die Fachweiterbildung Notfallpflege zur Verfügung stehen.

Die werden jedoch nur – so wie wir es abgefragt haben in unserer Recherche – zu 79% ausgenutzt. Das heißt, man hätte durchaus das Potenzial, mehr Menschen in die Weiterbildung zu schicken und dann auch in dem entsprechenden Zeitraum so zu qualifizieren, dass diese sechs Pflegekräfte zu erreichen sind. Also sprich, eine Pflegekraft pro Schicht, auch in der Basisstufe.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Pin. – Jetzt Frau B. vom GKV-SV.

**GKV-SV:** Vielen Dank. Ich würde Herrn Prof. Dr. med. Brokmann gerne auch nochmal befragen von der DGAI. Sieht das bei Ihnen auch so aus von der Einschätzung her? Können Sie das bestätigen, dass das ab 2028 schon ein realistisches Szenario ab der Basisstufe wäre, hier in

jeder Schicht eine Pflegekraft, die mindestens die Zusatzweiterbildung begonnen hat/sich darin befindet, vorzuhalten?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Prof. Dr. med. Brokmann?

**Herr Prof. Dr. med. Brokmann (DGAI):** Ja, gerne. Es ist definitiv so, dass wir den Ausführungen von Herrn Pin hier zustimmen würden aus dem Grunde auch, wenn wir den Vergleich ziehen, zum Beispiel dazu den Anästhesie-Fachpflegekräften mit denen wir unsere Erfahrungen in den letzten Jahrzehnten gemacht haben, ist es so, dass zum einen der Anreiz als auch der Anreiz zum eigenständigen Arbeiten und der Übernahme auch von entsprechenden Tätigkeiten, das für das Pflegepersonal extrem wertschätzend und gut entnommen wird. Und insofern sollte man das auf jeden Fall weiter fördern.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Dr. med. Brokmann. – DKG, Herr V.

**DKG:** Ja, ich hätte nochmal eine Frage zu den vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärztin in der Basisstufe. Es gibt ja verschiedene Vorschläge dazu. Da würde mich interessieren, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, [Tonstörung] Herr Prof. Dr. Karagiannidis und weil er auch gesagt hat, dass er flächendeckend offensichtlich eigentlich für umsetzbar hält in der Anzahl.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Dr. Karagiannidis.

**Herr Prof. Dr. Karagiannidis (DGIM):** Ich glaube, die Frage müssen wir ein bisschen konkretisieren. Wir müssen schon auseinanderziehen: Notfallstufe 1, 2, 3. Da müssen wir auseinanderziehen die Fachärzte, die wirklich vor Ort da sein müssen und die Fachärzte, die über die Fachabteilungen hinzukommen. Ich glaube, das muss man wirklich ganz konkret machen.

Ganz grundsätzlich, sage ich mal so aus Personalplanungssicht, tun wir uns natürlich immer extrem schwer, wenn wir weniger als fünf VK haben. Mit Urlaub, mit Krankheitsausfällen und, und, und rechnen wir in Regel immer mit fünf VK. Die Versorgungsrealität in Deutschland ist natürlich so, dass wir kleine Krankenhäuser haben, die Schwierigkeiten haben werden, fünffache Ärzte zur Verfügung zu stellen. Wir hatten ja die Diskussion ja auch schon bei der Krankenhausreform.

Was aber ganz sicherlich eine absolute untere Schmerzgrenze ist, sind drei Vollzeitkräfte. Das muss man klar sagen. Da kann man, glaube ich, wenn man eine Region hat, wo man die Versorgung nicht anderweitig nicht gut sicherstellen kann, dann muss man diesen Weg, der vielleicht nicht ganz optimal ist gehen.

Zur Objektivierung des Ganzen würde ich dringend empfehlen, dass wir die neuen Zahlen zugrunde legen. Und es wäre gut, wenn die dem G-BA zur Verfügung gestellt werden würden. Wir haben ja im Rahmen des KAVVG eine Meldung der Arztzahlen bekommen. Und ich glaube, es macht wirklich Sinn einmal zu schauen, wo und wie auch regional verteilt [sie] sind insbesondere die Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie, die wir so für die Basis-Notfallversorgung brauchen.

Und ich glaube, es wäre wirklich extrem wertvoll, wenn der G-BA die Zahlen hätte und wenn wir die einmal gemeinsam anschauen könnten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Nachfrage? – Ja, Bitteschön, DKG.

**DKG:** Ja, ich hätte nochmal eine Nachfrage. Weil es geht ja jetzt hier konkret darum, nicht entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte vorzuhalten, sondern die sollen ja dann ganz klar organisatorisch und fachlich der Notfallaufnahme zugeordnet sein. Das heißt, ich habe ja jetzt gerade in kleineren in der Basis-Notfallversorgungsstufe. Und darum ging es mir- War die Frage, wenn ich jetzt meinetwegen eine Basis-Notfallversorgungsstufe habe, wo ich eine Anästhesie, eine Chirurgie und eine Innere Medizin zum Beispiel habe, dann wird es sicherlich sehr, sehr schwierig werden, auch in vielen Bereichen da auch dann tatsächlich räumlich und

fachlich dieser Notaufnahme dieser entsprechenden Ärztinnen und Ärzte zuzuordnen, die dann nicht anderweitig dann irgendwie entsprechend tätig sein könnten. Daraufhin bezog sich die Frage.

**XXX (XXX):** Ja, wenn ich da vielleicht nochmal direkt daran anschließen darf, Herr Vorsitzender. Wir müssen, glaube ich, uns dann schon auch ein Stück ehrlich machen. Also wenn wir sagen, wir haben ein gestuftes Notfallsystem, wir wollen die Notaufnahmen in Deutschland stärken, dann brauchen wir auch Fachärzte, die Notaufnahmen zugeordnet sind. Das ist ganz klar.

Und dass man drei Vollzeitkräfte als absolutes unteres Minimum zur Verfügung stellt, ist, glaube ich, das, was ein Stück weit auch der Patientensicherheit und der Grundidee der gestuften Notfallversorgung entsprechend entspricht. Also insofern, wenn ich das nicht kann, dann kriege ich die normale Notfallversorgung in der Regel auch nicht auf ein Niveau hin, wie wir uns das qualitativ in Deutschland vorstellen sollten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Nachfrage? – Nein. – Dann GKV-SV.

**GKV-SV:** Ja. Wir würden gern noch einmal das Thema wechseln und-

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Achso. Dann Frau B., dann würde ich Herrn Prof. Dr. med. Diemert und Herrn Prof. Dr. med. Brokmann noch drannehmen, weil die die Hand gehoben hatten und ich nehme an, es geht zu diesem Komplex. Sonst müssen wir nachher wieder hin und her springen. – Herr Prof. Dr. med. Diemert und dann Herr Prof. Dr. med. Brokmann.

**Herr Prof. Dr. med. Diemert (DGK):** Ja, Diemert nochmal, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. Wir haben ja in unserer Stellungnahme in fast allen Stufen die Forderung des GKV-SV, aber auch zum Teil der Ländervertretung für die Facharztvorhaltung, als zu hoch angesehen. Und ich darf das vielleicht auch nochmal aus ganz persönlicher Sicht- Ich bin Chefarzt eines Krankenhauses im ländlichen Gebiet als Internist und Kardiologe – auch ein Sicherstellungshaus, übrigens – und wir haben tatsächlich die Erfahrung, wir bilden hier viele Fachärzte aus: Internisten und die kriegen alle eine Notfallkompetenz, die arbeiten auf der Intensivstation, die machen natürlich ihre Rotation in den Notaufnahmen, aber nur wenige dieser Kollegen wollen sich tatsächlich endgültig und in Vollzeit für die Notfallmedizin entscheiden und sehen da ihre sozusagen Lebensperspektive.

Die meisten Internisten haben Interesse auch noch einen weiteren Schwerpunkt zu erlangen – ob es jetzt Kardiologie ist oder Pneumologie oder Nephrologie – und wollen sich auch da weiterbilden. Und wir haben tatsächlich ganz große Probleme und ich glaube, das geht vielen Häusern so – vielleicht abgesehen von einigen Universitätskliniken – dass man wirklich Personal ganz exklusiv einer Notaufnahme zuordnet und das dann ausschließlich der Facharzt für klinische Akut- und Notfallmedizin erlangt werden.

Deshalb an der Stelle nochmal das Plädoyer, diese Anforderung nicht zu hoch zu schrauben und wir brauchen unbedingt für solche Menschen, die Weiterbildungsmöglichkeit auch noch in anderen internistischen Schwerpunkten. Weil das ist einfach im Moment die Realität auf dem Arbeitsmarkt für die Fachärzte. Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Jetzt habe ich noch Herrn Prof. Dr. med. Brokmann und Frau Dr. med. Marohl. – Dann hat sich Dr. L. von der DKG zu diesem Komplex gemeldet. – Und dann gehen wir wieder zurück. – Herr Prof. Dr. med. Brokmann, dann Frau Dr. med. Marohl.

**Prof. Dr. med. Brokmann (DGAI):** Ja, vielen Dank. Ich möchte nochmal zu den Kriterien für die Fachärzte als auch für die Zusatzweiterbildung nochmal was abgeben. Also genauso wie Kollege Karagiannidis es genannt hat: Wir würden Gefahr laufen, die Struktur der Notfallversorgung in diesem dreistufigen System zu unterwandern und es nicht weiter fortzuführen in der gewonnen in der bisherigen Qualität, wenn wir die entsprechende

Abordnung von Fachärzten in die Notaufnahme auch zur Erlangung der klinischen Akut- und Notfallmedizin und Ähnliches nicht sicherstellen.

Das darf nicht abhängig sein, ob wir die gerade auf dem Markt haben oder nicht. Wenn wir eine adäquate notfallmedizinische Versorgung sicherstellen wollen, dann müssen wir das. Da muss ich leider den Ausführungen von Kollegen Diemert klar widersprechen. Wenn die Fachärzte nicht der entsprechenden Notfallversorgung und der Notfallmedizin klar zugeordnet werden und auch vor den Vorhergaben der Bundesärztekammer und als auch der Landesärztekammer, dann auch den überwiegenden Anteil ihrer Tätigkeit in diesem Bereich ableisten müssen und auch dort zur Versorgung beitragen, dann kommen wir nicht vorwärts.

Also es bringt nichts, diese Leute auf dem Papier zuzuweisen und die dann aber in den eigentlichen Fachabteilungen und nicht der Notaufnahme zu verordnen. Das würde unsinnig sein. Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Dr. med. Brokmann. – Frau Dr. med. Marohl, dann Herr L.

**Frau Dr. med. Marohl (DGINA):** Ja, vielen Dank. Marohl von der DGINA. Also hat der Prof. Dr. med. Brokmann im Grunde vorgegriffen mit dem, was ich sagen wollte. Ich will nur noch dazufügen, dass wir, wenn der Basis-Notfallversorger nur einen Kollegen oder Kollegin mit der Zusatzweiterbildung hätte und keinen, der der Abteilung zugehörig ist, könnte dieses Haus auch gar nicht die klinischen Notfallmediziner weiterbilden. Weil das ist die Voraussetzung auch zur Weiterbildung, dass man eine Weiterbildungsstelle hat, die der Abteilung zugehörig ist.

Und das zweite ist, dass ich hier auch- mir geht es auch sehr um die Qualität und wenn wir diese Kollegen dort nicht haben, werden wir die Qualität nicht halten können. Und ich bin selbst Leitung in einem mittelgroßen Haus und wir kennen das ja alle: Wenn wir uns auch von Fachärzten aus anderen Abteilungen bedienen, zu einem großen Teil sind uns ja komplett die Hände gebunden. Also wenn sich drei Leute krankmelden, dann sagt der Chefarzt, es ist egal jetzt. Kardiologie oder Unfallchirurgie, da ist die Intensivstation wichtiger, was sie in dem Moment ja auch ist. Ich will das auch denen nicht absprechen. Aber uns sind dann die Hände gebunden und dann ist doch der jüngste Assistent in der Notaufnahme.

Also ich muss ganz klar Plädoyer- Auch wenn es schwierig sein wird, die Kollegen zu binden, möglicherweise mindestens bei der Basis-Notfallversorger mich auch aussprechen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Dr. L. von der DKG dazu.

**DKG:** Ja, nochmal eine Nachfrage an die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. Es wurde ja in vielen Stellungnahmen deutlich, dass die gewünschten Qualifikationsanforderungen natürlich in der Datenlage sind, einzuschätzen, bis zu welchen Zeitpunkten man welche Qualifikationsanforderungen flächendeckend zur Verfügung stellen kann. Es geht aber auch um die Umsetzungszeitpunkte. Das heißt, wir werden jetzt dann gegen Herbst dieses Jahrs die entsprechende Richtlinie beschließen und dann würde nach den Vorschlägen des Spitzenverbandes Krankenkassen dann auch dann schon zum 1. Januar die Umsetzung erfolgen müssen.

Wäre es hilfreich, wenn man da aufgrund der doch weitgehenden Neuregelung vielleicht nochmal ein Jahr später erst sozusagen verpflichtend beginnt? Und sehen Sie hier ein Risiko, dass dadurch, dass ein Jahr später ja dann die entsprechenden Vorgaben gelten, dass man dann nachlässt in seinen Bemühungen, die entsprechenden Qualifikationen bei den klinischen in der Notfallmedizin Weitergebildeten dann nur mit verminderten Einsatz durchzuführen?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Dr. med. Diemert, Sie waren direkt angesprochen.

**Herr Prof. Dr. med. Diemert (DGK):** Ja, Diemert nochmal, DGK. Vielen Dank für den Hinweis. Also in der Tat wäre das etwas, was wir unterstützen würden. Wir brauchen da, glaube ich,

noch eine Fristverlängerung. Und ganz grundsätzlich: Wir brauchen tatsächlich, wenn- Viele meiner Kollegen haben ja gesagt, wir brauchen diesen Facharzt, wir brauchen diese Eigenständigkeit und auch die klare Zuordnung, aber vielleicht brauchen wir einfach noch mehr Anreize für die Notfallmedizin. Ja, tatsächlich für die Ausbildung dort. Wie auch immer man das gestalten kann durch- Ja, müsste man sich ein System überlegen.

Aber ich kann nur sagen, im Moment aus der tatsächlich- Von der Basis her hier aus ländlicher Sicht vom Versorgungs Krankenhaus- Ich glaube, dass die Vorschläge im Moment zu hoch gegriffen sind. Und wenn wir dieses Ziel verfolgen, brauchen wir dafür mehr Zeit. Und das hat auch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie so formuliert. Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Dr. Karagiannidis hat dazu auch die Hand gehoben.

**Herr Prof. Dr. Karagiannidis (DGIM):** Ja, vielleicht darf ich nochmal einen Alternativvorschlag unterbreiten: Die einmalige Verschiebung zu Beginn des nächsten Jahres löst ja keine Grundprobleme. Das ist ja ein Einmaleffekt. Ich glaube, wir haben auch Kliniken, wenn sie wirklich nur drei Vollzeitkräfte haben, dann wird mal einer Langzeit krank oder sie finden dann für einen gewissen Zeitraum keinen Ersatz. Das ist ja schon Alltag, den wir haben.

Deswegen würde ich nicht dafür plädieren, eine Verschiebung zum 01.01. des nächsten Jahres zu machen, sondern sich grundsätzlich darüber Gedanken zu machen: Wie gehe ich damit um, wenn ich mal Phasen habe, wo ich vielleicht für irgendwie drei, vier, fünf Monate nicht die Möglichkeit habe, das zu besetzen und die Struktur[Tonstörung]? Deswegen wäre es, glaube ich, ganz grundsätzlich gut, wenn wir irgendwo eine Lösung finden würden, dass man sagt, wenn bei der Prüfung auffällt, da fehlt jetzt eine halbe VK, dann bekomme ich eine Frist von X-Monaten, um das Problem zu lösen. Und wenn ich das erfülle, ist es gut und wenn ich es nicht erfülle, ist es halt nicht gut.

Damit bin ich weg von diesem Problem, dass wir das als Einmaleffekt am Anfang des nächsten Jahres haben. Und damit habe ich, glaube ich, auch eine faire Regelung, wo die Krankenhäuser sich darauf einstellen können.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Jetzt habe ich GKV, dann wieder DKG.

**GKV-SV:** Die Frage wurde jetzt beantwortet. Wenn es jetzt zu dem Themenkomplex was gibt, stellen wir noch zurück. Wir würden dann zum Modul Schwerverletzten-Versorgung noch zwei Fragen stellen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Haben Sie- Ja, Bitteschön. – Dann DKG noch.

**DKG:** Ja, ich hätte noch gern eine Frage noch auch zu dem Komplex. Und zwar an die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie. Sie schreiben ja auch oder sie plädieren auch unter bestimmten Aspekten dafür, dass es eine Verschiebung geben sollte. Und das wäre die erste Frage, wie lange Sie sich das ungefähr vorstellen können?

Und die zweite Frage wäre auch nochmal an Sie, wie die Anzahl der vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte, weil Sie auch explizit schreiben, dass es keine belastbare Begründung für genau die Anzahl von drei oder fünf Fachärztinnen und Fachärzte an der Stelle geben würde.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Dr. Bahmer oder Herr Prof. Dr. Randerath. Ich weiß nicht, wer möchte.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGP):** Ja, Randerath, DGP. Ja, ich würde da anknüpfen an die Ausführung von Herrn Prof. Dr. med. Diemert. Wir sehen eben tatsächlich die Problematik, dass die Vorhaltung in dem Maße an vielen Orten einfach nicht möglich ist, auch mittelfristig nicht möglich sein wird und auch wahrscheinlich nicht notwendig ist. Ich glaube, das Problem in dieser Sitzung ist, dass wir im Kopf die verschiedenen Stufen haben, dass einige Sprechende die Maximal-Stufe im Blick haben, andere die Basis-Versorgung im Blick haben.

Ich glaube, da müssten wir eben sehr genau schauen, wenn wir eine Klinik haben, die eben der Basisversorgung unterliegt, dass sie zusätzlich Vollzeitstellen in einem Maß von fünf Stellen nur für die Notfallversorgung zur Verfügung stellen soll – dann ist das meines Erachtens nicht realistisch. Die Zahl von drei ist da schon realistischer, aber auch da, dass sie vollumfänglich nur in dem Bereich arbeiten, ist in Häusern der Basisversorgung entspricht wahrscheinlich nicht den Bedarfen, auch nicht dem Angebot und der Möglichkeit.

Also insofern ist drei sicherlich das, was man sich am höchsten vorstellen kann, aber die Situation, dass eben Kolleginnen und Kollegen nicht ausschließlich in dem Bereich arbeiten, sondern eben auch andere Aufgaben haben, entspricht natürlich viel mehr der Realität und auch der Umsetzbarkeit in der Zukunft.

Wenn wir über Verschiebung reden, dann ist das Jahr sicherlich das Minimum, was wir brauchen. Und die Idee von Christian Karagiannidis, eine Flexibilität zu haben in der Situation von Nichterfüllung, die ist natürlich sehr erwägenswert, weil es ja wenn wir MD-Prüfungen haben, wirklich ganz ausschließlich nach der Zahl und den Buchstaben geht. Und wenn wir die Diskussion über Fahrtstrecken und Entfernungen hatten, dann ist es absurd, wie dann auf 30, 31 oder 32 mm nach Google-Street-Map oder so geschaut wird.

Also insofern ist ein Vorschlag dieser Art, der eine Flexibilität für Kündigungen, Krankheit, Langzeit-Krankheit, ermöglicht schon einen gangbarer Weg, einen Kompromiss.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Prof. Dr. Randerath. – Jetzt hat Herr Pin noch die Hand gehoben.

**Herr Pin (DGINA):** Ja, vielen Dank. Martin Pin. Ich wollte noch kurz erwähnen: Der Bedarf ist zweifelsohne da. Weil wir wissen aus unseren Daten, dass die Basis-Versorger im Schnitt 20 bis 25 Tausend Patienten pro Jahr versorgen. Und das ist nicht zu stemmen mit ausschließlich Rotationsassistenten. Und das drückt eigentlich auch aus, wie wichtig es ist, dass gerade auch durch die Kontinuität und die Qualifikation mit der Zusatzweiterbildung diese Patienten versorgt werden können.

Und wir müssen es auch unter dem Aspekt sehen, dass zukünftig noch ganz andere Aufgaben auf die Notfallversorgung zukommen werden. Und da gehört die demographische Entwicklung dazu. Und dazu gehört auch einfach die Tatsache, dass es Kolleginnen und Kollegen gibt, die diese Fachrichtung wählen und da auch bleiben wollen und damit auch die Qualifikation erwerben wollen. Wenn die dann noch irgendwo anders tätig sind, dann sind es häufig auch nicht diejenigen, die irgendwie noch sagen, ich möchte tatsächlich Notfallmedizin machen. Sondern dann werden die ganz häufig – und das erkennen wir aus vielen Befragungen – werden die geschickt, damit man noch jemanden hat, der diese Zusatzweiterbildung hat. Aber das kann nicht das Ziel sein. Sondern es müssen die sein, die es auch wirklich machen wollen. Und der Bedarf dafür ist da. Danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Pin. – Nachfrage jetzt nochmal von der DKG? – Ok, dann Themenwechsel. – GKV-SV. Ja, Herr H.

**GKV-SV:** Dankeschön. Frage an Prof. Dr. Pennig von der DGOU: Nach dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung müssen überregionale Trauma-Zentren mindestens zwei Schwerverletzte parallel versorgen können. Bedeutet das, dass die dort aufgeführten räumlichen personellen und medizinisch-technischen Ausstattungen im Schockraum und im OP jeweils doppelt vorgehalten werden müssen?

Und eine ergänzende Frage noch, ebenfalls an Herrn Prof. Dr. Pennig: Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurde der Vorschlag gemacht, dass die Modul Schwerverletzten-Versorgung vorzuhaltenden Fachärzte das Basis-Team Schockraum über die Zusatzweiterbildung, über die wir heute schon ein bisschen gesprochen haben, klinische Akut- und Notfallmedizin verfügen sollen? Da hätten wir gerne eine Einschätzung zu. – Eine Person.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, klar. Danke. – Herr Prof. Dr. Pennig.

**Herr Prof. Dr. Pennig (DGOU/DGU):** Ja, vielen Dank. Zur letzten Frage: Wenn der Patient im Schockraum ist, ist eigentlich für denjenigen mit der Zusatzweiterbildung klinischer Akut- und Notfallmedizin der Fall abgefrühstückt, weil er ja in der Verantwortlichkeit der Fachabteilung oder der Hauptfachabteilung ist. Da muss man das nicht fordern.

Bezüglich der überregionalen Notfall-Zentren muss in der Tat bei Vorhalten von zwei Schockräumen die Möglichkeit bestehen, zwei Teams zusammenzustellen und den Patienten dann auch weiter zu versorgen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Weitere Fragen? – DKG.

**DKG:** Genau dazu nochmal eine Nachfrage. Wir hatten ja diesen Punkt aus dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung intensiv um die Formulierung betrachtet. Und da wurde ja – wie schon gerade ausgeführt – differenziert zwischen Schockraum und dem OP. Und für uns war durchaus nachvollziehbar, dass im Schockraum zwei Patienten – und so steht es da eigentlich – parallel behandelt werden können.

Aber expressis verbis: Beziehen sich die personellen Ausstattungen, an der Stelle deutlich aus unserer Sicht, da auf den OP? Und das würde auch den Erfahrungen unserer Mediziner entsprechen, dass im Schockraum eben nicht ständig zwei parallele personelle Besetzungen vorliegen, sondern dass man da eben dann entsprechend der Möglichkeiten immer parallel behandeln kann. Und das kann man ja auch – Ein Notfallmediziner vor Ort kann ja die Teams anleiten, die an zwei verschiedenen Stellen dann tätig sind.

Von daher nochmal die explizite Nachfrage, weil es wirklich entscheidend ist für die Ausgestaltung, die wir bisher eigentlich so gelesen hatten, weil es auch differenziert dargestellt wird in dem Text: OP klar, da ist eine doppelte personelle Vorhaltung selbstverständlich, aber für den Schockraum – Weil das würde gerade die kleinen Häuser, die hier dann noch die Notfallversorgung mittelflächendeckend übernehmen, könnte das problematisch werden, hier zwei im Schockraum komplette parallele Teams vorzuhalten. Sehen Sie das so?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Dr. Pennig, Sie sind angesprochen, dann kommt Herr Prof. Dr. med. Brokmann, der hat sich gemeldet. – Herr Prof. Dr. Pennig, bitte.

**Herr Prof. Dr. Pennig (DGOU/DGU):** Ja, Dankeschön. Die sogenannten kleinen Häuser sind ja lokale Trauma-Zentren. Für die greift das nicht. Die Frage richtete sich ja nach den überregionalen Trauma-Zentren. Und da muss in der Tat diese Doppelstruktur fahrbar sein, wenn ich zwei Schockräume mit zwei Patienten habe. Der Notfallmediziner, der angesprochen worden ist: Diese Begrifflichkeit gibt es ja gar nicht. Sondern das sind ja fachärztlich tätige Kollegen, entweder Unfallchirurgen oder Orthopäden und Unfallchirurgen oder Anästhesisten. Je nach dem wer das Schockraum-Team in dem Moment leitet.

Aber für die sogenannten kleineren Häuser ist das keine Forderung, die bei uns in der entsprechenden S3-Leitlinie hinterlegt ist.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Jetzt noch die Wortmeldung von Herrn Prof. Dr. med. Brokmann. – Herr Prof. Dr. med. Brokmann?

**Herr Prof. Dr. med. Brokmann (DGAI):** Entschuldigung. Ich möchte das von Herrn Prof. Dr. Pennig gerade nochmal klar unterstützen in Bezug auf die SAV beziehungsweise die Schwerverletzten-Atemversorgungsverfahren. Dass gerade ja auch in den überregionalen Trauma-Zentren, wo sie zwei parallel versorgen müssen – Da können Sie nicht den einen zum anderen schicken. Das geht nicht. Da müssen Sie zwei parallele Strukturen im Schockraum vorhalten, anästhesiologisch, unfallchirurgisch, entsprechend den Radiologie-Teams und ähnliches. Da können Sie nicht den einen zum anderen schicken. Das ist undenkbar, wenn Sie zwei Polytraumen parallel versorgen müssen und das ist die klare Vorgabe von der DIU beziehungsweise von den entsprechenden Zertifizierungsverfahren.

Und dann müssen die nachher dann auch gegebenenfalls parallel im OP versorgt werden. Und das können Sie nicht auf irgendeine andere delegieren.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Nachfrage dazu? – DKG? – GKV? – Dann weitere Fragen? – DKG.

**DKG:** Wenn jetzt nicht noch zu dem Komplex ist, dann würde ich auch nochmal ein Komplex wechseln.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, Bitte.

**DKG:** Und dann würde ich ganz gerne auch nochmal zu dem Modul Kindernotfallversorgung gehen zu dem Punkt in § 25. Und da hätte ich eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie und eine Frage auch an die GNPI. Die Fragestellung ist die: in wie weit notwendig ist, dass jederzeit auch immer in der erweiterten Notfallversorgungsstufe ein MRT vorzuhalten ist oder ob nicht auch ein CT reichen würde beziehungsweise, dass- In der einen Stellungnahme steht ja drin, dass es mindestens ein CT und ein MRT sein soll, was ja natürlich die Auswahl noch ein bisschen geringer machen würde. Da würde mich gerne mal interessieren, wie Sie das sehen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Wer möchte beginnen? Ich sehe jetzt gerade Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser auf dem Bildschirm. Dann würde ich Ihnen als erstes das Wort geben.

**Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (DGKJ/GNPI):** Ich hoffe, Sie können mich alle hören. Klappt das?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Da scheint noch irgendjemand zugeschaltet zu sein. – Probieren Sie es nochmal.

**Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (DGKJ/GNPI):** Ja. Klappt das?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Nein, Nein.

**Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (DGKJ/GNPI):** Dann muss ich-

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wie kriegen wir denn Hall raus? – Achso, Sie sind zweimal eingewählt. Dann müssen Sie einmal rausgehen. – Jetzt hört man Sie gar nicht mehr. – Jetzt ist sie eingefroren. – Dann können wir mit den Chirurgen? – Sie hatten doch beide gefragt, nicht? – Ja. – Wer macht das für die Chirurgen?

**Herr Dr. med. Schwab-Eckhardt (DGKJCH):** Benjamin Schwab-Eckhardt, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie. Wir hatten uns der Position der DKG angeschlossen, dass unserer Auffassung nach eine CT-Vorhaltung ausreichend ist und dementsprechend positiv zu sehen ist und wir keine 24/7 MRT-Vorhaltung fordern.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Dr. med. Schwab-Eckhardt. – Ich schau nochmal Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser ist jetzt wieder da. – Bitteschön, zweiter Versuch.

**Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (DGKJ/GNPI):** Ja, ich hoffe, dass- Klappt es jetzt besser?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Super.

**Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (DGKJ/GNPI):** Ja, perfekt. Ja, also CT auf jeden Fall. Das haben wir auch in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin geschrieben. MRT – natürlich für uns alle wünschenswert, aber die Praxis hat gezeigt, dass auch aufgrund von Arbeitszeitgesetzen und so weiter, der Betrieb eines MRTs 24/7, 365 Tage im Jahr – gerade in Nordrhein-Westfalen haben wir da größte Schwierigkeiten, selbst bei Maximal-Versorgern, das tatsächlich möglich zu machen.

Für die allermeisten Notfälle im Kindesalter ist tatsächlich ein CT auf jeden Fall für die Versorgung wichtig. Wenn es ein MRT gibt – das braucht man aber tatsächlich bei aller seltensten Erkrankungsbildern. Das ist anders als vielleicht in der Erwachsenenmedizin.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Jetzt Nachfrage GKV.

**GKV-SV:** Ja, da habe ich eine Nachfrage, B. GKV, an Herrn Dr. med. Schwab-Eckhardt: wie Sie dann akute spinale Notfälle bei Kindern diagnostizieren insbesondere im HBS-Bereich? Die haben ja oft keine CT-Merkmale. Also das nennt sich XXX im Englischen. Sie wissen das sicherlich. Danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön.

**Herr Dr. med. Schwab-Eckhardt (DGKJCH):** Aus unserer Sicht nach sind nach wie vor hierfür die nicht gerecht- Also es ist nach wie vor nicht gerechtfertigt, hierfür eine 24/7 MRT-Vorhaltung zu fordern. Und wie Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser gerade schon ausgeführt hat, ist es auch an der Realität vorbeigehend tatsächlich. Und wir können nicht davon ausgehen, dass wir das vorhalten können.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Dr. B.

**GKV-SV:** Also noch eine kurze Nachfrage. Also ich bin jetzt verwirrt. Das ist ja ein akutes Querschnittssyndrom und Sie sagen uns gerade, aufgrund der Arbeitszeitbelastung können Sie akute Querschnitte bei Kindern im Notfall nicht mehr diagnostizieren. Das verwirrt mich jetzt. Und dann möchte ich nochmal die Nachfrage stellen: Die Strahlenbelastung im CT insbesondere bei Kindern ist ja deutlich höher. Insofern stellt sich schon die Frage, ob nicht in diesen beiden sehr hohen Stufen der Notfallversorgung, diese MRT vielleicht doch aus Gründen des Patientenschutzes vorgehalten werden sollte. Danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Dr. med. Schwab-Eckhardt und dann Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser.

**Herr Dr. med. Schwab-Eckhardt (DGKJCH):** Entschuldigung, da habe ich mich falsch ausgedrückt oder bin ich falsch verstanden worden. Ich wollte nicht sagen, dass aufgrund von Arbeitszeit-Problemen keine MRT-Versorgung stattfinden sollte. Ich wollte damit nur sagen, dass aus unserer Sicht für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie die MRT-Vorhaltung nicht zwingend erforderlich ist. Vielleicht möchten die Neurochirurgen diesbezüglich noch etwas sagen.

Zum zweiten Teil der Frage, könnten Sie die nochmal wiederholen, bitte?

**GKV-SV:** Das bezog sich auf die deutlich höhere Strahlenbelastung. Also wir haben ja bis zu 20 mSv- Das ist schon doch erheblich. Danke.

**Herr Dr. med. Schwab-Eckhardt (DGKJCH):** Da haben Sie völlig Recht. Es gibt inzwischen etablierte Protokolle mit niedrig dosierten CT-Untersuchungen, die eine massive Reduktion der Strahlenbelastung geschaffen haben. Nichtsdestotrotz ist dies natürlich zu beachten, aber was nicht vergessen werden darf, ist, dass bei MRT-Untersuchungen gerade im Kleinkindalter unter Umständen eine Sedierung erforderlich ist oder ein XXX, was im Rahmen von einer Notfallversorgung nicht zu gewährleisten ist.

Und daher ist einfach eine MRT-Untersuchung keine Notfalldiagnostik für bestimmte Krankheitsbilder und für bestimmte Patienten gerade im Kindesalter.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Jetzt hatte sich Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser gemeldet, jawoll.

**Frau Prof. Dr. Felderhoff-Müser (DGKJ/GNPI):** Ja, also ich würde Herrn Dr. med. Schwab-Eckhardt auf jeden Fall zustimmen. In den ganz, ganz seltenen Fällen, wo eine MRT gebraucht wird, ist sicher auch möglich, dann auf dem sogenannten kleinen Dienstweg so etwas zu bekommen. Aber für die wirklichen häufigen Notfälle im Kindesalter wie akute Blutungen ist eine CT-Untersuchung völlig ausreichend.

Darüber hinaus ist zum Beispiel bei jungen Säuglingen auch die Möglichkeit der Ultraschalluntersuchung jederzeit gegeben. Da kann man auch sehr, sehr viel durch die

Schädelkalotte und auch die offene Fontanelle sehen, also sodass wir auch tatsächlich ein CT im Notfall eher seltener brauchen. Beim Polytrauma auf jeden Fall, aber tatsächlich geht es in den allermeisten Fällen um den Ausschluss einer akuten Blutung und das geht mit dem CT gut.

Und wie gesagt, also Narkose bei Kindern ist auch immer ein großes Thema, die man für das MRT braucht.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Nachfrage GKV?

**GKV-SV:** Ja, ich würde gerne nochmal von den Fachgesellschaften, die sich zwar eher auf die Erwachsenenversorgung konzentrieren, bei denen aber sicherlich auch in den Notaufnahmen Kinder durchaus auch versorgt werden. Deshalb würde ich nochmal an Martin Pin eine Frage stellen wollen: Wie sieht das denn in Ihrer Notaufnahme üblicherweise aus, wenn dort eine Kinderversorgung stattfindet? Wird dort eine Abwägung auch unter dem Aspekt der Strahlenbelastung vorgenommen und kommt da auch ein MRT zum Einsatz bei Kindern?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Pin.

**Herr Pin (DGINA):** Ja, wenn Sie jetzt speziell auf meine Notaufnahme abzielen, dann ist es tatsächlich so: Die Kinder werden bei uns in der Notaufnahme mitversorgt und da findet diese Abwägung statt. Und wir würden auch tatsächlich außerhalb der Regeldienstzeiten ein MRT zur Verfügung stellen können. Es liegt natürlich sicher auch mit daran, dass es eine relativ große Wirbelsäulen-Chirurgie gibt, die auch ganz häufig im Rahmen der Traumata außerhalb der Regeldienstzeiten MRT-Untersuchungen brauchen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Pin. – Weitere Fragen? – Zu anderen Komplexen? – Länder, PatV? – KBV ist- DKG, bitte.

**DKG:** Auch, wenn es schon Thema war in der ersten Anhörung, darf es auch in dieser Anhörung nicht fehlen: Das Thema Verfügbarkeit der Fachärzte in der Fachabteilungsdefinition hat einen besonderen Aspekt natürlich bei den Notfallstufen, weil wir hier bei den höheren Kategorien natürlich insbesondere Fachabteilungen haben, wie HNO, Augenheilkunde, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, bei denen dann auch diese Regelung 30 Minuten bis zur Verfügbarkeit am Bett nochmal schwieriger oder auch vielleicht nicht so sinnvoll einzuhalten ist.

Deshalb nochmal die Frage insbesondere vor dem Hintergrund, da jetzt nochmal höchststrichterlich festgestellt wurde, dass Rufbereitschaftsdienst nicht vereinbar ist mit einer Festlegung von 30 Minuten Verfügbarkeit, wie die Gesellschaft für Kardiologie und für Neurologie diese 30 Minuten Verfügbarkeit der Fachärzte als Fachabteilungsdefinition für diese vorzuhaltenden Fachabteilungen einschätzen und in der praktischen Umsetzbarkeit.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Da sind wir wieder bei Herrn Prof. Dr. med. Topka. – Bitteschön Herr Prof. Dr. med. Topka.

**Herr Prof. Dr. med. Topka (DGN/DSG):** Ja. Und das ist ein schwieriges Thema. Natürlich gibt es diesen Konflikt mit dem Tarifrecht und jetzt eben höchststrichterlich ja bestätigt. Wir haben jetzt hier in den meisten größeren Kliniken das Problem insofern nicht in dieser Form, weil wir im Regelfall in den höheren Versorgungsstufen die neurologischen Abteilungen haben. Da ist die Versorgung in dieser Form ein bisschen leichter sicherzustellen.

Und für viele wichtige Indikationen, wie beispielsweise den Schlaganfall, der ja besonders Zeitkritisch ist, können wir auch auf technische Instrumente zurückgreifen, die das sicherstellen. Und da ist die 30 Minuten eine Zahl, die man so in den Raum werfen kann. Für uns ist es ganz klar – und das zeigen auch die ganzen Daten – je schneller wir sind, desto besser. Deswegen ist auch so eine Zeitgrenze für uns eigentlich nicht so kritisch. Die Behandlung ist umso besser- Behandlung erfolgt umso besser je schneller wir sind.

Und wenn wir die wichtigen Entscheidungen auch telemedizinisch treffen können oder unter Zuhilfenahme anderer zum Beispiel bildgebender teleradiologischer Verfahren, dann ist es für

uns gut zu schaffen. Es sollte auch angestrebt werden. Aber diese Kollision mit dem Tarifrecht die ist natürlich unbenommen. Die ist jeden Tag erkennbar.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Dr. med. Topka. – Herr Prof. Dr. Dr. Terheyden hat sich noch gemeldet.

**Herr Prof. Dr. Dr. Terheyden (DGHNO/DGMKG):** Ja, wir hatten ja in der ersten Anhörung bereits von der DGMKG und DGHNO gesagt, dass wir es nicht so gut finden, wenn Notfallkliniken komplett selbständig – hier Institute fernab – des restlichen Krankenhauses werden. Und wir würden dafür plädieren, dass diese Notfallversorgung im Krankenhaus etabliert wird natürlich unter Führung dieser Ärzte für Notfallmedizin.

Und dann halten wir die 30 Minuten für realistisch. Und wir sollten darauf achten, dass der Campus nicht größer als 2000 m ist. So ist es in unserer Stellungnahme.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Dann Herr Prof. Dr. med. Diemert hat auch die Hand gehoben.

**Herr Prof. Dr. med. Diemert (DGK):** Ja, ich wurde zu der 30 Minuten-Regel eben noch angesprochen. Wir haben uns ja ganz klar gegen eine 30 Minuten-Regel für die Anwesenheit eines Facharztes ausgesprochen. Eben vor dem Hintergrund, dieser tarifrechtlichen Problematik. Das bedeutet halt ganz klar, dass es dann einen Bereitschaftsdienst im Krankenhaus- Der Facharzt wird dann im Krankenhaus übernachten müssen und das bedeutet dann für die entsprechenden Fachabteilungen, ob das jetzt eine neurologische, eine kardiologische Fachabteilung ist oder auch die Radiologie wirklich einen Schichtdienst entsprechen.

Und das sind dann in vielen auch in Schwerpunktkliniken und sogar bei manchen Maximalversorgern bedeutet das, dass dann diese Fachärzte tatsächlich für das Tagesgeschäft nachher fehlen. Und deshalb raten wir dringend von dieser 30 Minuten-Regel abzusehen und sie zu ersetzen durch Formulierungen wie „unverzüglich“ und unter Zuhilfenahme von teleradiologischen Methoden oder telemedizinischen Methoden. Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Dr. med. Diemert. – Jetzt hat sich gemeldet Herr Prof. Klein von der DGNI. – Herr Prof. Klein.

**Herr Prof. Klein (DGNI):** Hallo, Matthias Klein von der DGNI. Ich wollte hier Herrn Prof. Dr. med. Topka nochmal unterstützen und das auch nochmal vielleicht expliziter klarstellen: Es ist notwendig, dass die Versorgung unverzüglich und so schnell wie möglich eingeleitet wird, was nicht gleichzusetzen ist, dass vor allem in der Neurologie, der Facharzt in 30 Minuten am Patientenbett steht. Gerade in den Zeiten der Telemedizin sollten wir das ausreizen und auch möglich machen.

Und diese 30 Minuten haben in den letzten Jahren so viele Probleme erzeugt, dass es, glaube ich, gut wäre, hier andere Formulierungen und Lösungen zu finden. Es geht immer darum, dass der Patient gut versorgt wird. Und das mag damit verbunden sein, dass man vor Ort sein muss. Aber in vielen Fällen geht es auch telemedizinisch und das ist, glaube ich, wichtig.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Klein. – Jetzt habe ich Frau Prof. Dr. Blaschke.

**Frau Prof. Dr. Blaschke (DIVI):** Ja, Blaschke von der DIVI. Ich will das unterstützen, was Herr Prof. Klein gerade vorgetragen hat. Ich denke auch, dass hier aus Gründen der Patientensicherheit und der Qualität der Notfallversorgung unbedingt eine unverzügliche Verfügbarkeit des Facharztes definiert werden muss. Ich würde auch dringend empfehlen, die Formulierung zu ändern und hier zu überlegen, ob man den Begriff unverzüglich hier nicht entsprechend einführen sollte, um diesem tarifrechtlichen Thema Rechnung zu tragen.

Im Vordergrund sollte hier definitiv die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit stehen, was die Verfügbarkeit des Facharztes anbetrifft.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Frau Prof. Dr. Blaschke. – Herr Prof. Dr. Randerath.

**Herr Prof. Dr. Randerath (DGP):** Ja, ich würde den drei Vorrednern unbedingt zustimmen wollen und auch zu bedenken geben, dass wenn wir die 30 Minuten-Frist ganz festhalten, dann bedeutet das zum Beispiel, dass der Facharzt Zuhause sich nicht ausführlich telemedizinisch mit den Kollegen schon abstimmen kann, die Therapie in die Wege leiten kann, sondern dass er sich so schnell wie möglich in das Auto setzen muss, um zum Krankenhaus zu fahren.

Das heißt, wir schaden unter Umständen der Patientenversorgung, wenn wir an dieser festen Regel festhalten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Dr. Randerath. – Gibt es sonstige Wortmeldungen? – Herr Prof. Dr. med. Brokmann, bitte.

**Herr Prof. Dr. med. Brokmann (DGAI):** Ja, vielen lieben Dank. Ich möchte vielleicht im Rahmen dessen nochmal auf einen Aspekt, den wir vorhin hatten, zurückführen: Wenn wir, so wie jetzt von mehreren Kollegen gesagt wurde, dass diese 30 Minuten vielleicht nicht förderlich sind, vor dem Hintergrund der Verfügbarkeit von Telemedizin und telemedizinischen Untersuchungs- und auch Verschickungsmöglichkeiten von Bildern und ähnliches, die Versorgung für durchaus adäquat, wenn jemand von Zuhause im entsprechenden Dienst dann entsprechende Kollegen vor Ort anweist, dann muss aber vor Ort auch jemand sein, der das durchführen kann und umsetzen kann.

Und das wird kein Roboter sein, sondern, wenn wir dann auch nochmal auf die Diskussion vorhin kommen: Wie viele Leute brauchen wir bei den Basis-Notfallversorgern, auch zum Beispiel an Fachärzten, die in Ausbildung sind zur klinischen und Notfallmedizin, nochmal ganz klar unterstreicht, dass wir diese Personen vor Ort benötigen und dass die dann nicht für irgendwelche anderen Aufgaben im Krankenhaus gerade sind. Und dann brauchen wir auch jemanden, der gerade da ist und vom Facharzt für Neurologie die entsprechenden Anweisungen am Patienten umsetzt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Prof. Dr. med. Brokmann. Ich darf das hier nicht bewerten, was hier gesagt wird, aber es hat eine gewisse Logik, was Sie hier gerade ausgeführt haben. Danke. – Weitere- Herr Pin noch. – Herr Pin?

**Herr Pin (DGINA):** Entschuldigung. Martin Pin. Ich wollte nur noch einmal kurz auf die 60 Minuten, die wir ja auch mit unterstützt haben als Fachgesellschaft. Die 60 Minuten stellen zumindest sicher, dass derjenige, der da im Dienst ist, nicht irgendwo sein kann. Also 60 Minuten ist eine gute Zeit in der man das Krankenhaus dann auch erreichen kann, aber der kann halt nicht 150 km weit weg sein.

Das heißt, unverzüglich ist, glaube ich, ein wichtiger Begriff. 30 Minuten – haben wir ja jetzt oft genug durchdiskutiert – glaube ich, sind im Moment problematisch. Aber 60 Minuten stellt zumindest sicher, dass er in einer Nähe sein muss und er vorher sich unter Umständen auch telemedizinisch kundig machen kann.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Pin. – GKV-SV nochmal.

**GKV-SV:** Nun muss man ja nochmal schauen. Es geht ja sozusagen jetzt nicht um jede Einzelfallentscheidung, sondern es geht ja darum, ob es grundsätzlich die Möglichkeit gibt, dass dann innerhalb dieser Zeit bei Bedarf auch jemand sich auf den Weg machen kann. Deshalb nochmal meine Frage: Mit den 60 Minuten mit Telemedizin, wäre das denn etwas, was sozusagen in jedem Notfall hinreichend ist oder würden Sie sagen, es gibt eben durchaus schon Fälle in denen dann tatsächlich in maximal 30 Minuten vor Ort sein muss?

Greift jetzt nochmal ein bisschen die Diskussion von heute Morgen auf, aber da ja noch nicht alle anwesend waren, würde ich die Frage gerne nochmal stellen. Auch gern Herr Prof. Dr. med. Brokmann und Herrn Pin.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja. – Bitteschön, Herr Prof. Dr. med. Brokmann und Herr Pin. – Zunächst Herr Prof. Dr. med. Brokmann.

**Herr Prof. Dr. med. Brokmann (DGAI):** Da würde ich jetzt ungern, sage ich mal, übergreifend sein und würde gerne auch nochmal an Herrn Prof. Dr. med. Topka verweisen oder an die anderen Fachabteilungen, wie zum Beispiel auch die HNO. Die müssen ihre fachspezifische Versorgung- Können die wesentlich besser beurteilen als ich.

Dennoch denke ich, dass das was Kollege Pin gerade eben nochmal ausgeführt hat, wenn wir jetzt nicht bei 30 Minuten uns festhalten und wir gehen auf die 60 Minuten. Wir müssen auf jeden Fall es haben, dass wenn wir eine fachspezifische Versorgung für die Patienten in den Notaufnahmen vorhalten wollen, dann muss es sichergestellt sein, dass eine telemedizinische Anbindung desjenigen Facharztes dieser entsprechenden Fachabteilung oder Fachversorgung auf jeden Fall direkt gegeben ist und dass der entsprechende Anweisungen machen kann.

Und der kann es auch nur machen, wenn halt vor Ort jemand ist, der in Weiterbildung befindlich oder diese Zusatzweiterbildung klinische Akut- und Notfallmedizin hat und über die entsprechend dort Kompetenzen und entsprechende Handlungskompetenz verfügt. Und die stehen da ja eigentlich gut drin, sind durch die Ärztekammer verifiziert und in die Landesärztekammern abgegeben. Und da wird ja auch klar Bezug genommen auf HNO, auf Neuro und auf andere Sachen. Also auf entsprechende fachspezifische Versorgung.

Insofern würde ich den Ausführungen von Herrn Pin dort eben wieder zustimmen, aber dennoch dieses entsprechende Zeitnahe muss schon sichergestellt werden und vor Ort muss auch jemand sein, der es dann auch durchführt, dass XXXX.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Pin.

**Herr Pin (DGINA):** Ja. Wir hatten es heute Morgen ja auch schon gesagt: Es gibt zweifelsohne ganz sicher Notfälle und Notsituationen, wo bestimmte Maßnahmen und auch bestimmte Behandlungen erforderlich sind, die innerhalb von 30 Minuten- Oder man müsste ja eigentlich sagen, so schnell wie möglich, durchgeführt werden müssen.

Von daher sind gerade auch bei den Tracer-Diagnosen und da haben wir ja viele Fachleute hier sitzen, ob es jetzt der Herzinfarkt ist, der Schlaganfall oder auch das schwere Trauma, ist allein durch die Leitlinien vorgegeben, wie schnell – und durch die Zertifizierung – wie schnell jemand da sein muss. Da gibt es also Qualitätskriterien.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Pin. – Jetzt habe ich Herrn Prof. med. Topka und Herr Prof. Dr. med. Kneser und Prof. Klein. – Herr Prof. Dr. med. Topka.

**Herr Prof. Dr. med. Topka (DGN/DSG):** Ja. Ich kann da nur nochmal unterstützen, was auch Herr Prof. Dr. med. Brokmann gesagt hat. Natürlich ist es so, dass vor Ort ein entsprechender Adressat da sein muss, der die fachärztlichen Anweisungen umsetzen kann. Das muss gesichert sein. Das ist keine Frage.

Und speziell für die Neurologie als konservatives Fach ist es so, dass wir im Regelfall mit der Erfassung des klinischen Befundes von Laborwerten und bildgebenden Daten sehr weitreichende Entscheidungen vorbereiten können. Und selbst wenn dann noch die Entscheidung getroffen wird, dass der Facharzt den in Weiterbildung befindlichen Arzt in der Notaufnahme unterstützt und in die Klinik fährt, sind die strikten zeitlichen Vorgaben für uns weiterhin nicht sehr hilfreich.

Zum einen ist es so, dass wir die Entscheidungen in vielen Fällen gerne vorher getroffen hätten. Da wären auch 60 Minuten zu lang. Für eine bakterielle Meningitis ist das im Grunde zu lang. Das muss schneller gehen. Und für den Schlaganfall gibt es sehr gute Daten, die zeigen, dass jede Minute dort zählt. Da wäre auch eine Zeitfrist, die suggeriert ist, reichen 60 Minuten, um da den Patienten zu sehen, wäre eigentlich eher kontraproduktiv.

Also wir können das schon machen, das ist vermutlich. Aber das müssten die Chirurgen beantworten. Natürlich eine andere Situation, wenn ein neurochirurgischer Eingriff stattfinden muss und der Facharzt da vor Ort sein muss, dann gibt es natürlich eine ganz andere Zeitschiene. Aber für die Neurologie, denke ich, können wir das sehr gut so leisten. Unter Voraussetzung a) der technischen Möglichkeiten und b) des Adressaten in der Klinik. Der muss schon gewährleistet sein, sonst ist es natürlich nicht möglich.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Dr. med. Topka. – Herr Prof. Dr. med. Kneser.

**Herr Prof. Dr. med. Kneser (DGPRÄC):** Ich wollte noch einmal kurz darauf hinweisen, dass wir von der DGPRÄC ja in unserer Stellungnahme ausgeführt haben, dass die Aufnahme der plastisch rekonstruktiven Chirurgie in die Kategorie B aus unserer Sicht unverzichtbar ist. Es gibt einige Eingriffe, die eben vor allem von plastischen Chirurgen durchgeführt werden, zum Beispiel auch Makro-Replantationen.

Und viele der Replantationen sind jetzt hier in den neuen Gruppen auch primär in der plastisch chirurgischen Fachabteilung drin. Nebenbei natürlich auch Verbrennungen, Schwerbrandverletztenversorgung. Also das heißt: Plastische Chirurgie in einem Notfallzentrum sollte durchaus vorhanden sein. Und ob das 30 oder 60 Minuten sind, die Diskussion wurde jetzt ausführlich geführt, das ist nicht so erheblich. Aber ganz ohne plastische Chirurgie, die natürlich oft auch nur als Schönheitschirurgie verkannt wird, wird es nicht gehen in der Notfallmedizin.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Klein, dann GKV-SV.

**Herr Prof. Klein (DGNI):** Ja. Ich wollte aus neurologischer Sicht nochmal so ein bisschen kritisch anmerken, ob wirklich der Facharzt für Neurologie einen anderen Facharzt für die Lyse anleiten muss. Das ist, glaube ich, in den letzten vielen Jahren in allen Studien der Neurologie zum Thema Schlaganfall nicht ganz so gewesen. Herr Prof. Dr. med. Topka wird mir da sicher zustimmen.

Es ist natürlich wichtig, dass ein ausreichender erfahrener Assistent da ist, aber ob der Facharzt wirklich gefordert ist, da würde ich doch ein kleines Fragezeichen dahinter stellen. Also auf einer Intensivstation ist es, glaube ich, auch nicht so, dass der zusatzbezeichnete Intensivmediziner einen Facharzt auf der Intensivstation dann anleitet bis er dann kommt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Klein. – GKV-SV.

**GKV-SV:** Ja, ich würde gerne noch auf einen Vorschlag eingehen, der jetzt im Stellungnahmeverfahren war. Und zwar hat eine Bank hier vorgeschlagen, dass ab der erweiterten Notfallstufe dort die Fachabteilung allgemeine Chirurgie und Orthopädie und Unfallchirurgie, ich sage jetzt mal, austauschbar wären. Also dass sozusagen es reicht, wenn eine da ist und dann im Grunde beide Fachgebiete hinreichend abgedeckt sind.

Von daher würde ich Herrn Prof. Dr. Pennig gerne nochmal fragen, wie Sie und Ihre Fachgesellschaft dazu stehen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Dr. Pennig. – Der Ton ist noch nicht an, Herr Prof. Dr. Pennig. – Immer noch rot. Eben ging es doch. – Wahrscheinlich hat der Computer jetzt nach dem BAG-Judikat Mittagspause. – Herr Prof. Dr. Pennig? – Tut sich gar nichts. – Frau B. haben Sie noch einen anderen?

**GKV-SV:** Dann frage ich mal, ob sich jemand dazu äußern möchte zu der Frage, inwieweit ab der erweiterten Stufe die Orthopädie und Unfallchirurgie sowie die allgemeine Chirurgie sinnvoll sind, beide vorzuhalten oder ob diese Fachabteilungen sich sozusagen gegenseitig ersetzen können. Möchte da jemand sich zu äußern?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Kann da jemand was sagen bis Herr Prof. Dr. Pennig vielleicht da ist?

**Herr Prof. Dr. Pennig (DGOU/DGU):** So, jetzt bin ich da. Ich bitte sehr um Entschuldigung. Das Problem habe ich aufgehebelt. Also die Frage bezieht sich da auf was wir ausgeführt haben zum Thema Austauschbarkeit von Fachabteilungen. Also für eine Notfallversorgung von Trauma-Patienten ist eine Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie und einer Abteilung für Chirurgie/Viszeralchirurgie zwingend notwendig.

Da diese Verletzungsentitäten auch Höhlentraumata beinhalten, die von dieser Fachabteilung mit zu versorgen ist. Von daher ist eine Austauschbarkeit oder ein Ersatz der jeweiligen Abteilung nicht möglich, sondern beide müssen vorgehalten werden. Frau B., beantwortet das Ihre Frage?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Dann hat sich noch Frau Dr. med. Marohl gemeldet.

**Frau Dr. med. Marohl (DGINA):** Vielen Dank. Ich habe als sich Herr Prof. XXXX gemeldet hat auch schon meine Hand gesenkt. Aber ich würde das nur so unterstreichen, wie er es ausgeführt hat.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Alles klar, Dankeschön. – Weitere Fragen? – Ja, Bitteschön, DKG.

**DKG:** Ich möchte noch einmal ganz kurz auf das Thema Schlaganfall-Versorgung Modul § 26 zurückkommen und die Frage stellen: Es gibt ja da jetzt verschiedene Vorschläge, welche Leistungen da zu erfüllen sind, welche OPS da hinterlegt sein müssen. Und es gibt zwei verschiedene, die von der DKG, die auch dann die telekonsiliarischen Möglichkeiten miteinschließt, weil es natürlich auch vielfach bei dem Modul um Häuser im ländlichen Raum geht, die dann über Tele-Stroke etc. die entsprechenden Untersuchungen dann auch machen können.

Und es gibt einen weitergehenden Vorschlag, der auf alle Fälle vorsieht, dass eine entsprechende OPS vorgehalten werden muss, die – muss ich einmal kurz nochmal nachschlagen, da genau – dass die OPS 8-981.3, die entsprechend auch mit Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen verbunden ist, an diesen Häusern, die das Modul vorhalten, zwingend gegeben sein muss als ausschließliche Vorgabe. Und da würde mich die Meinung der DGN interessieren, der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Herr Prof. Dr. med. Topka, wie er da dazu steht.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Dr. med. Topka, Sie sind direkt angesprochen.

**Herr Prof. Dr. med. Topka (DGN/DSG):** Ja, was die Thrombektomien angeht, da gibt es ja durchaus auch schon relativ klare strukturelle Vorgaben, die sich auch in den Zertifizierungskriterien darstellen. Und da werden ja Mindestanzahlen genannt. Die sind für die regionalen Stroke-Units nicht vorgesehen, weil wir davon ausgehen, dass Thrombektomien es verdienen, vor allem unter Qualitätsgesichtspunkten, tatsächlich in den Zentren durchgeführt zu werden. Also sprich, die in den überregionalen Stroke-Units lokalisiert sind.

Und insofern denke ich, ist es im Prinzip so, dass wir das jetzt in dieser Form da eigentlich abgebildet haben. Die Vorschläge, die Telemedizin dort verstärkt zu nutzen hat vor allem was damit zu tun, um möglichst schneller eine erste Erfassung zu liefern. Und dann muss man ja entscheiden, ob Patienten unter Umständen weiterverlegt werden. Und dieser Zeitraum sollte so kurz wie möglich sein. Und deswegen ist Telemedizin für diesen Zweck wichtig.

Aber eine unmittelbare Verbindung mit der Thrombektomie ist da über diese Verlegungsschiene und diesen schnellen Kontakt hinaus aus unserer Sicht nicht erforderlich.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Frage beantwortet? – Nachfrage? Keine? – Jetzt schaue ich GKV-SV, Herr Dr. B.?

**GKV-SV:** Noch eine kurze Frage an Herrn Prof. Dr. med. Topka noch einmal. Es stellt sich uns die Frage: Sollte eine rein internistische Abteilung ohne Einbindung eines Neurologen [eine] Schlaganfallbehandlung aus Ihrer Sicht durchführen? Eine Stroke-Unit im Rahmen der Notfallversorgung vor allem.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Dr. med. Topka.

**Herr Prof. Dr. med. Topka (DGN/DSG):** Na gut, im Grunde genommen gibt es ja solche Einheiten bereits: internistisch geführte Stroke-Units, die telemedizinisch entsprechend angebunden sind in den entsprechenden Netzwerken. Also das ist ja eigentlich Versorgungsrealität. Alle Daten, die wir haben, zeigen, dass die Versorgungsqualität am Ende besser ist, wenn die Neurologie diese entsprechende Strukturvorgaben formuliert.

Aber es gibt ja im Grunde genommen diese telemedizinischen Einheiten und die werden zum Teil internistisch geführt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Nachfrage?

**GKV-SV:** Es gibt aber noch einen OPS-Code, wo die ohne telemedizinische Einbindung- Sollten diese auch im Rahmen der Notfallversorgung, wenn also ein Neurologe – deswegen frage ich nach – dezidiert telemedizinisch nicht eingebunden ist. Sollten diese Einheiten da auch teilnehmen?

**Herr Prof. Dr. med. Topka (DGN/DSG):** Das würden wir nicht für sinnvoll halten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Jetzt hat sich- Achso. – Herr Prof. hat die Hand runtergenommen, also keine Wortmeldung mehr. Ok.

**Herr Prof. Bösel (DGNI):** Ich wollte nochmal kurz ergänzen, weil wir uns von der DGNI auch ausgesprochen haben gegen so eine Vorhaltung von einer bestimmten Zahl von den genannten OPS. Dahingehend vielleicht die vorletzte Frage auch, dass keinesfalls diese Auflagen dazu führen sollten, dass kleinere Kliniken von der Schlaganfall-Versorgung ausgeschlossen werden. Sondern solche Auflagen führen im Gegenteil unter Umständen eher dazu, dass man in kleineren Kliniken ein paar wenige Thrombektomien im Jahr zu realisieren versucht, was so eine Art Wildwuchs vorantreibt, was aus unserer Sicht sehr ungünstig ist.

Also auch die kleineren Kliniken können über die Organisation, die Herr Prof. Dr. med. Topka auch schon angesprochen hatte, sehr, sehr gut und sehr wichtig zur Schlaganfall-Versorgung beitragen, ohne dass sie unbedingt eine bestimmte Zahl dieser höhergradigen OPSen vorhalten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön, Herr Prof. Bösel. – Dann schaue ich nochmal in die Runde. – Herr Dr. B. vom GKV-SV. – Die Fragebereitschaft erlahmt jetzt ein bisschen, weil es wird immer kälter hier. – Nur für die Externen: Wir sitzen hier bei mittlerweile arktischer Kälte. Ich habe jetzt heute Morgen meinen Pelzmantel vergessen, weil drum herum sind es 38 Grad. Ich glaube, ich unterbreche gleich, um den mütterlicherseits ererbten Pelzmantel dann zu holen, um die Anhörung fortzusetzen. Nur damit Sie sehen in welchem Setting wir hier aufgestellt sind. – So. GKV-SV, bitte.

**GKV-SV:** Dann noch eine kurze Nachfrage an Herrn Prof. Bösel. Und zwar: Liegen Ihnen Erkenntnisse zur Entfernung von großen Zentren und dem Outcome bei Schlaganfällen vor? Und das zweite: Gibt es Volume Outcome-Effekte in der Schlaganfall-Versorgung? Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Herr Prof. Bösel.

**Herr Prof. Bösel (DGNI):** Also es gibt natürlich Volume Effekte bei der Schlaganfall-Versorgung. Und bei der Schlaganfall-Versorgung darf man jetzt auch nicht nur an den Hirngefäßverschluss denken, der ja natürlich die größte Gruppe ist und über die Thrombektomie auch meistens im Gespräch ist. Aber auch interzerebrale Blutung [Tonstörung] sind Schlaganfalltypen. Und für

alle diese sind Volume Effekte nachgewiesen. Und für alle gilt im Prinzip, dass es besser ist, je schneller man sie versorgt.

Es gibt auch Modulationen zu Wegezeiten. Es gibt Studien zu Primärtransporten, Sekundärtransporten, Indoor, Outside. Es gibt Studienerkenntnisse zu verschiedenen Zuweiserkonzepten innerhalb von Netzwerken mit Hilfe von Telemedizin und so weiter, und so weiter.

Das ist aber nichts, was man jetzt irgendwie aus meiner Sicht runterbrennen könnte auf ganz bestimmte starre Zeiten. Weil diese Erkenntnisse sich oft unterschiedlich auf bestimmte Regionen, ob es jetzt Metropol-Region ist, ob es ländliche Region ist und so weiter, sich unterschiedlich darauf auswirken. Also deswegen lässt sich das nicht einfach so pauschal beantworten und jetzt auf zum Beispiel eine bestimmte Wegzeit runterbrechen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dankeschön. – Weitere Fragen? – Sehe ich nicht. – Dann stelle ich jetzt ohne erneuten Hinweis nochmal die Frage, die ich eben bei der vorherigen Anhörung auch gestellt habe, an die Stellungnehmer: Gibt es noch irgendwelche neuen Erkenntnisse, die zwischen der schriftlichen Abgabe Ihrer Stellungnahme und dem heutigen Tage eingetreten sind und die deshalb noch nicht Gegenstand Ihrer Stellungnahmen werden konnten, die hier noch in irgendeiner Form Gehör finden sollten? – Das sehe ich nicht.

Dann kann ich diese Anhörung beenden. Ich bedanke mich ganz, ganz herzlich wirklich a) für die schriftlichen Stellungnahmen und jetzt auch für die Zeit, die Sie geopfert haben, denn sie müssen ja auch Patienten versorgen. Und die mussten jetzt warten. Hoffentlich nicht übergebürrlich. Das war sehr wertvoll – das gilt auch für die erste Anhörung – was wir jetzt hier in den letzten gut zwei Stunden diskutiert haben. Vor diesem Hintergrund glaube ich, dass wir alle gemeinsam daraus eine Erkenntnis gewinnen/ziehen können.

Also ganz, ganz herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben und uns dann eben Rede und Antwort gestanden haben. Ich schließe damit diese Anhörung, wünsche Ihnen noch einen schönen Tag bei hoffentlich wärmeren Temperaturen. Wir machen noch ein bisschen weiter hier im Eiskeller und wir kriegen noch den einen oder anderen heute zum Notfallpatienten gemacht. Der wird dann mit Unterkühlung irgendwo eingeliefert und das wird dann an der Charité große Freude auslösen, wenn bei 38 Grad einer mit Unterkühlung kommt.

Also herzlichen Dank, dass sie da waren. Und dann, ich sage mal, bis zum nächsten Mal. Wir werden uns da sicherlich noch öfter mit beschäftigen. Dankeschön.

Schluss der Anhörung: 14:04 Uhr