

# Beschlussentwurf



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Kran- kenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ folgende Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V beschlossen:

I. Die Regelungen werden wie folgt gefasst:

”

## I. Allgemeine Vorschrift

### § 1 Ziel der Regelung

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

### § 2 Gegenstand der Regelung

- (1) Die Regelung legt die Grundsätze des gestuften Systems der stationären Notfallversorgung fest. Sie definiert darüber hinaus die konkreten Anforderungen zum Erreichen der jeweiligen Stufen.

<b>GKV-SV/PatV/KBV</b>	<b>DKG</b>
(2) Mit Blick auf die aus Anlass dieser Regelungen erforderlich werdenden Anpassungen in der Umstrukturierung der Notfallversorgung werden darüber hinaus Übergangsbestimmungen hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die strukturierte Notfallversorgung getroffen.	(2) Die Notfallversorgung durch psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische Kliniken sowie besondere Einrichtungen gemäß § 17b Abs. 1 S. 10 KHG sind nicht Gegenstand dieser Regelung. Ebenso ist die ambulante Behandlung von Notfallpatienten nicht Gegenstand dieser Regelung.

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
<b>II. Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen</b>	<b>II. Grundlagen des gestuften Systems der stationären Notfallversorgung</b>
<b>§ 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen</b>	
<p>(1) Die Notfallversorgung unterscheidet sich hinsichtlich der Art und des Umfangs der verschiedenen Notfallvorhaltungen und wird in drei Stufen gegliedert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Basisnotfallversorgung – Stufe 1: Das Nähere zu den Anforderungen an diese Stufe wird in Abschnitt III geregelt.</li> <li>2. Die erweiterte Notfallversorgung – Stufe 2: Das Nähere zu den Anforderungen an diese Stufe wird in Abschnitt IV geregelt.</li> <li>3. Die umfassende Notfallversorgung – Stufe 3: Das Nähere zu den Anforderungen an diese Stufe wird in Abschnitt V geregelt.</li> </ol>	
<p>(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 der strukturierten Notfallversorgung, im entgeltrechtlichen Sinne, teil. Unbeschadet der Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen bleiben die allgemeinen Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall unberührt.</p>	<p>(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 der Notfallversorgung im entgeltrechtlichen Sinne teil. Krankenhäuser, die keine Zuschläge erhalten, aber an der Notfallversorgung teilnehmen, erhalten weder einen Zuschlag noch einen Abschlag.</p>

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
<p><b>§ 4 Spezielle Notfallversorgung</b></p>	
<p>Abweichend von § 3 Absatz 2 Satz 1 kann die Versorgung besonderer stationärer Notfälle auch strukturiert durch Krankenhäuser erfolgen, die nicht die Anforderungen eines der Kapitel III - V erfüllen, sofern sie die besonderen Vorgaben eines der Module in Kapitel IV erfüllen.</p>	<p>Abweichend von § 3 können Krankenhäuser, die nicht die Anforderungen eines der Kapitel III - V einhalten, die entgeltrechtliche Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Stufe des gestuften Systems von Notfallstrukturen auch dadurch erfüllen, dass sie die besonderen Vorgaben eines der Module in Kapitel VI erfüllen.</p>

GKV-SV/KBV/PatV	LV	DKG
<p><b>§ 5 Grundlagen des Stufenmodells</b></p>		
<p>(1) Das Stufenmodell zum gestuften System von Notfallstrukturen legt gemäß den Anforderungen nach § 136c Abs. 4 SGB V für jede Stufe spezifische Vorgaben zu den folgenden Kategorien fest:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Art und Anzahl von Fachabteilungen,</li> <li>2. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals,</li> <li>3. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten,</li> <li>4. Medizinisch-technische Ausstattung und</li> </ol>		<p>Das Stufenmodell zur stationären Versorgung von Notfällen legt gemäß den Anforderungen nach § 136c Abs. 4 SGB V für jede Stufe spezifische Vorgaben zu den folgenden Kategorien fest:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Art und Anzahl von Fachabteilungen,</li> <li>2. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals,</li> <li>3. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten,</li> <li>4. Medizinisch-technische Ausstattung,</li> </ol>
<p>5. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme.</p>		
<p>(2) Eine Fachabteilung liegt vor, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:</p>	<p>(2) Eine Fachabteilung liegt vor, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:</p>	

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. es handelt sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses,</li> <li>2. angestellte Ärzte des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet, und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar,</li> <li>3. das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V dies vorsieht und</li> <li>4. die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG haben in der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V vereinbart.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. es handelt sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses,</li> <li>2. angestellte Ärzte des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet, und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar. Belegärzte stehen angestellten Ärzten im Sinne des Satz 1 und 2 gleich.</li> <li>3. Das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V dies vorsieht und</li> <li>4. die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG haben in der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V vereinbart.</li> </ol>	
--	--	--

GKV-SV/PatV	KBV	DKG
<p><b>§ 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen</b></p>		
<p>(1) Die Vorgaben zu den Kategorien nach § 5 Absatz 1 sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen die Woche) am Standort zu erfüllen, um der jeweiligen Stufe der Notfallversorgung zugeordnet zu werden. Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 KHG zugrunde gelegt.</p>		<p>(1) Die Vorgaben zu den Kategorien nach § 5 sind von den Krankenhäusern grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen die Woche) am Standort zu erfüllen, um der jeweiligen Stufe der Notfallversorgung zugeordnet zu werden.</p>
<p>(2) Die Notfallversorgung der Notfallpatienten findet in Krankenhäusern, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach den §§ 3 und 4 teilnehmen, in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) am Standort statt. Die ZNA ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung. Der Zugang zur ZNA ist barrierefrei.</p>		<p>(2) Der Zugang zur Notaufnahme ist rollstuhlgerecht, möglichst barrierefrei.</p>
<p>(3) Krankenhäuser, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach § 3 teilnehmen, sollen zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen.</p>	<p>(3) Krankenhäuser, die an einer Stufe der stationären Notfallversorgung nach § 3 teilnehmen, verfügen am Standort gemäß § 75 Abs. 1b SGB V über eine Notdienstpraxis oder sind mit ihrer Notfallambulanz in den vertragsärztlichen Notdienst entsprechend der Kooperationsvereinbarungen mit den KVen eingebunden.</p>	

## § 7 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

GKV-SV/PatV/KBV	DKG/LV
<p>Krankenhäuser, die bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 SGB V in Bezug auf die Anforderungen nach den §§ 8 bis 22 unzureichende Qualität aufweisen, können Zuschläge für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung erhalten, sofern die zuständigen Landesbehörden im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Fristen zu deren Umsetzung erlassen, die von den Krankenhäusern zu erfüllen sind.</p>	<p>Der G-BA prüft jährlich die Relevanz planungsrelevanter Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V für das gestufte System der stationären Notfallversorgung.</p>

### III. Anforderungen an die Basisnotfallversorgung

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Dieser Abschnitt konkretisiert die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 für Krankenhäuser, die an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnehmen.	Dieser Abschnitt konkretisiert die Anforderungen nach § 5 für Krankenhäuser, die an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnehmen.

#### § 8 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung

GKV-SV/PatV	DKG/KBV/LV
Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesiologie am Standort.	Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin am Standort.

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

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung stellen die folgenden Qualifikationen des Fachpersonals sicher:

GKV-SV/LV/KBV	PatV	DKG
1. es sind ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und den überwiegenden Teil ihrer ärztlichen bzw. pflegerischen Tätigkeit in der Notaufnahme ausüben,	1. es sind ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und den überwiegenden Teil ihrer ärztlichen bzw. pflegerischen Tätigkeit in der Notaufnahme ausüben,	

<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,</p>	<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,</p> <p>3. Die pflegerische Personalausstattung muss mindestens 1 Vollkraft pro 1400 Patientenkontakte/Jahr (ohne Administration) betragen. Die minimale Personalstärke darf 2 Pflegekräfte pro Schicht, entsprechend ca. 11 Vollkraftäquivalenten, nicht unterschreiten. Bei Vorhandensein eines kurzstationären Bereichs müssen zusätzlich 1 Pflegekraft pro 5 Betten / Schicht zur Verfügung stehen.</p> <p>4. Das Krankenhaus hält das Funktionspersonal sowie die Fachkunde zum Betrieb der apparativ-technischen Ausstattung nach §§ 11, 16 und 21 vor.</p> <p>5. Das Krankenhaus ist in telemedizinischen Netzwerken für zeitkritische Erkrankungen und Verletzungen zur Gewährleistung der Primärversorgung aller Notfälle eingebunden</p>	
<p>3. es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar;</p>	<p>6. es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar;</p>	<p>1. Der Facharztstandard ist jederzeit gewährleistet. In den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie ist jeweils ein Facharzt im Präsenzdienst oder im Bereitschaftsdienst oder im Rufbereitschaftsdienst dienstbereit.</p>

4. das unter den Nummern 1 bis 3 (GKV-SV) / 1 bis 4 und 6 (PatV) genannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.	7. das unter den Nummern 1 bis 3 (GKV-SV) / 1 bis 4 und 6 (PatV) genannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.	2. Das in der Notaufnahme tätige medizinische Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen teil.
--	--	---

GKV-SV/PatV/KBV	LV	DKG
<b>§ 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung</b>		
Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung halten eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind.	Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung halten eine Intensivstation, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet ist.	

GKV-SV/PatV/KBV/LV	DKG
<p><b>§ 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung</b></p> <p>(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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ein Schockraum und</li> <li>• 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung.</li> </ul>	<p><b>§ 10 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung</b></p> <p>(1) Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung verfügen über die für die Durchführung von Diagnostik und Therapie nach aktuellem medizinischem Standard erforderliche medizinisch-technische Ausstattung.</p>

(2) Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung eines Notfallpatienten von dem Krankenhaus der Basisnotfallversorgung in ein Krankenhaus einer höheren Notfallstufe auch auf dem Luftwege, ggf. unter Nutzung eines bodengebundenen Zwischentransports.

GKV-SV/PatV/LV/KBV	DKG
<p data-bbox="163 293 1088 357"><b>§ 12 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung</b></p> <p data-bbox="163 408 1088 504">Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung erfüllen alle der folgenden strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen:</p> <ol data-bbox="163 576 1088 1043" style="list-style-type: none"><li data-bbox="163 576 1088 671">1. Die Aufnahme von Notfällen ggf. außer in der Versorgung von Kindern und im Bereich der Geburtshilfe erfolgt in einer Zentralen Notaufnahme.</li><li data-bbox="163 695 1088 855">2. Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. Alle Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.</li><li data-bbox="163 879 1088 1043">3. Die Patientenversorgung wird aussagekräftig dokumentiert und orientiert sich an Minimalstandards (z.B. denen des Kerndatensatzes Notaufnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)). Diese Dokumentation liegt spätestens bei der Entlassung oder Verlegung des Patienten vor.</li></ol>	

#### IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
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.	Dieser Abschnitt konkretisiert die Anforderungen nach § 5 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.

GKV-SV/KBV/PatV	LV	DKG
§ 13	§ 13	§ 11
<b>Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung</b>		
(1) Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 8 über insgesamt vier der unter Absatz 2 (Kategorie A) und Absatz 3 (Kategorie B) benannten Fachabteilungen; mindestens zwei davon sind aus der Kategorie A.	Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben von § 8 über vier der unter Absatz 2 (Kategorie A) und Absatz 3 (Kategorie B) benannten Fachabteilungen der Weiterbildungsordnung oder über die apparative und personelle Ausstattung zur Behandlung der in Absatz 2 und 3 genannten Subdisziplinen (Kategorie A und B); mindestens zwei davon sind in Kategorie A.	(1) Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben von § 8 über drei der unter Absatz 2 (Kategorie A) und Absatz 3 (Kategorie B) aufgelisteten Fachabteilungen oder fachärztlich geleiteten Untergliederungen, die die apparative und personelle Ausstattung zur Behandlung in den in Absatz 2 und 3 genannten Fachabteilungen in diesem Sinne vorhalten; mindestens zwei davon stammen aus der Kategorie A.
<p>(2) Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen an:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Neurochirurgie,</li> <li>2. Unfallchirurgie,</li> <li>3. Neurologie,</li> </ol>		

4. Kardiologie,	
5. Gastroenterologie,	
6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe.	6. Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe.
(3) Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an:	
1. Pneumologie,	
2. Pädiatrie,	
3. Kinderkardiologie,	
4. Neonatologie,	
5. Kinderchirurgie,	
6. Gefäßchirurgie,	
7. Thoraxchirurgie,	
8. Urologie,	
9. HNO,	
10. Augenheilkunde,	
11. Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie.	
12. Hämatologie und internistische Onkologie.	

GKV-SV/KBV/LV/PatV	DKG
§ 14	§ 12
<b>Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung</b>	
Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen die unter § 9 genannten Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals.	

GKV-SV/KBV/LV/PatV	DKG
§ 15	§ 13
<b>Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung</b>	
<p>Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung halten abweichend von § 10 eine Intensivstation mit mindestens 10 Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind. Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.</p>	<p>Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung halten mindestens 4 Intensivbetten vor. Es besteht grundsätzlich eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.</p>

GKV-SV/KBV/PatV	DKG	LV
§ 16	§ 14	§ 16
<b>Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung</b>		
<p>(1) Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) 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. kontinuierliche Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls.</li> </ol>	<p>Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 10 grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Schockraum für traumatologische und nichttraumatologische Notfälle,</li> <li>2. Computertomographie (CT) und</li> <li>3. Endoskopie.</li> <li>4. Möglichkeit der PCI innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme, ggf. in Kooperation, oder</li> </ol> <p>Perinatalzentrum Level I nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des G-BA</p> <p>oder</p> <p>Erfüllung der Vorgaben nach § 20 Abs. 2 (Erweiterte Notfallversorgung Trauma).</p>	<p>Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. notfallendoskopische Interventionsmöglichkeiten am oberen Gastrointestinaltrakt mit der Möglichkeit der Intervention oder</li> <li>2. Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI) oder</li> <li>3. kontinuierliche Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls.</li> </ol>

<p>(2) Es ist eine Hubschrauberlandestelle in unmittelbarer Nähe des Schockraums vorzuhalten. Patientenverlegungen 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.</p>		
---	--	--

GKV-SV/PatV		DKG
<p><b>§ 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung</b></p> <p>1. Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 12 folgende strukturelle und prozedurale Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen:</p>		
<p><b>GKV-SV/PatV</b></p>	<p><b>KBV/LV</b></p>	
<p>2. Die zentrale Notfallaufnahme hat eine Aufnahmes-tation von mindestens 6 Betten; dort sollen Notfall-patienten in der Regel unter 24 Stunden verblei-ben, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist.</p>	<p>2. Die zentrale Notfallaufnahme hat die Möglich-keit Notfallpatienten aufzunehmen (mindestens 6 Betten), die in der Regel unter 24 Stun-den verbleiben sollen, bis der weitere Behand-lungsweg medizinisch und organisatorisch ge-klärt ist.</p>	

## V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
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 Abschnitt III und IV erfüllt werden.	Dieser Abschnitt konkretisiert die Anforderungen nach § 5 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 Abschnitt III und IV erfüllt werden.

GKV-SV/KBV/PatV	DKG	LV
§ 18	§ 15	§ 18
<b>Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung</b>		
(1) Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 8 über insgesamt sieben der unter Absatz 2 (Kategorie A) und Absatz 3 (Kategorie B) benannten Fachabteilungen; mindestens fünf davon sind aus der Kategorie A:	(1) Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben von § 8 über sechs der unter Absatz 2 (Kategorie A) und Absatz 3 (Kategorie B) aufgelisteten Fachabteilungen oder fachärztlich geleiteten Untergliederungen, die die apparative und personelle Ausstattung zur Behandlung in den in Absatz 2 und 3 genannten Fachabteilungen in diesem Sinne vorhalten; mindestens zwei davon stammen aus der Kategorie A.:	(1) Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben von § 8 über sechs der unter Absatz 2 (Kategorie A) und Absatz 3 (Kategorie B) benannten Fachabteilungen der Weiterbildungsordnung oder über die apparative und personelle Ausstattung zur Behandlung der in Absatz 2 und 3 genannten Subdisziplinen (Kategorie A und B); mindestens vier davon sind in Kategorie A.

(2) Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen an:

1. Neurochirurgie,
2. Unfallchirurgie,
3. Neurologie,
4. Kardiologie,
5. Gastroenterologie,

6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

6. Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe.

6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

(3) Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an:

1. Pneumologie,
2. Pädiatrie,
3. Kinderkardiologie,
4. Neonatologie,
5. Kinderchirurgie,
6. Gefäßchirurgie,
7. Thoraxchirurgie,
8. Urologie,
9. HNO,
10. Augenheilkunde,
11. Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

12. Hämatologie und internistische Onkologie.

GKV-SV/LV/PatV	DKG	KBV
§ 19	§ 16	§ 19
<b>Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung</b>		
<p>Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung erfüllen die Vorgaben nach § 9.</p>	<p>Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung stellen zusätzlich zu den Vorgaben nach den §§ 9 und 14 die folgenden Qualifikationen des Fachpersonals sicher:</p> <p>Das Krankenhaus stellt die Anwesenheit von jeweils mindestens einem Facharzt für Innere Medizin, für Orthopädie und Unfallchirurgie und für Anästhesie sicher. Für die nach § 13 Absatz 1 und § 18 Absatz 1 gezählten Fachabteilungen stellt das Krankenhaus ebenfalls die Anwesenheit von jeweils mindestens einem verantwortlichen Facharzt sicher. Abweichend von Satz 1 können die Fachgebiete der Inneren Medizin (Gastroenterologie, Kardiologie) von 17:00 – 9:00 Uhr durch einen Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt vertreten werden.</p>	

GKV-SV/KBV/LV/PatV	DKG
§ 20	§ 17

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

GKV-SV/KBV/LV/PatV/	DKG
Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung halten abweichend von § 10 eine Intensivstation mit mindestens 20 Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind. Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.	Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung halten mindestens 20 Intensivbetten vor. Es besteht grundsätzlich eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
§ 21	§ 18

### Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung

Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort: <ol style="list-style-type: none"> <li>Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt</li> <li>Kontinuierliche Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI)</li> </ol>	(1) Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach §§ 10 und 14 grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Magnetresonanztomographie (MRT) in möglichst unmittelbarer Nähe zum Aufnahmebereich,</li> <li>Radiologische Interventionsmöglichkeit und</li> </ul>
---	--

<p>3. Magnetresonanztomographie (MRT) und</p> <p>4. kontinuierliche Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kontinuierliche Möglichkeit zur Reperfusionstherapie des Schlaganfalls, z. B. Lyse.</li> </ul> <p>(2) Das Krankenhaus verfügt über einen genehmigten Hubschrauber-Landeplatz oder eine Hubschrauber-Landestelle (PIS). Kann das Krankenhaus aufgrund eines Fachgutachtens nachweisen, dass der Bau einer Hubschrauber-Landestelle aufgrund der Hinderniskulisse nicht möglich ist, gilt dieses Kriterium als erfüllt.</p>
--	--

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
<p><b>§ 22 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung</b></p> <p>Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung erfüllen die Vorgaben nach den §§ 12 und 17 zu den strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen.</p>	

## VI. Spezielle Notfallversorgung

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
§ 23	§ 19

### Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung

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 26 (GKV-SV) / §§ 20 bis 23 (DKG)** für die einzelnen Module der speziellen Notfallversorgung festgelegt.

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
§ 24	§ 20
<b>Modul Schwerverletztenversorgung</b>	
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 <sup>1</sup> erfüllt und zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt.	(1) Ein Krankenhaus wird der Stufe der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 zugeordnet, sofern es ein Krankenhaus ist, das die Anforderungen an ein lokales Traumazentrum entsprechend dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 <sup>1</sup> erfüllt und grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt.
	(2) Ein Krankenhaus wird der Stufe der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 zugeordnet, sofern es ein Krankenhaus ist, das die Anforderungen an ein regionales Traumazentrum entsprechend dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 <sup>1</sup> erfüllt und grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt.
	(3) Ein Krankenhaus wird der Stufe der umfassenden Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 zugeordnet, sofern es ein Krankenhaus ist, das die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum entsprechend dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 <sup>1</sup> erfüllt und grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt.

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

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
§ 25	§ 21
<b>Modul Notfallversorgung Kinder</b>	
<p>(1) Dieses Modul ist nur für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren anzuwenden. Demgemäß erhalten Krankenhäuser, welche die Anforderung der Absätze 2, 3 oder 4 erfüllen, Zuschläge für Patienten unter 18 Jahren.</p> <p>(2) Ein Krankenhaus wird der Stufe der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 zugeordnet, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Krankenhaus verfügt über eine Fachabteilung für Kinder und Jugendmedizin am Standort.</li> <li>• Das Krankenhaus verfügt über ein dokumentiertes Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept für Kinder und Jugendliche.</li> <li>• Das Krankenhaus verfügt über ein strukturiertes System zur Behandlungspriorisierung von Notfallpatienten (Triage).</li> <li>• Jedes Kind und jeder Jugendliche erhält eine Ersteinschätzung und Behandlungspriorisierung innerhalb von 10 Minuten nach Aufnahme.</li> <li>• Die Notaufnahme verfügt über schriftliche Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen.</li> <li>• Krankenhäuser, die an einer Stufe des Moduls Notfallversorgung Kinder teilnehmen, sollen zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen.</li> </ul>	<p>(1) Die Versorgung von Notfällen bei Kindern erfolgt in Allgemeinkrankenhäusern und in Fachkliniken für Pädiatrie. Für die Versorgung von Kindern in Allgemeinkrankenhäusern gelten die Abschnitte III bis V. Für pädiatrische Fachkliniken gilt abweichend davon folgende Einstufungsregelung:</p> <p>(2) Ein Krankenhaus wird der Stufe der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 zugeordnet, sofern es ein spezialisiertes Krankenhaus ist, das ausschließlich Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin anbietet und grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt.</p>

(3) Ein Krankenhaus wird der Stufe der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 zugeordnet, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Die Kriterien des § 25 Absatz 2 sind einzuhalten.
- Eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft im Präsenzdienst (24/7) steht jederzeit für die Versorgung von Notfällen zur Verfügung.
- Krankenhäuser ohne Kinderchirurgie am Standort verfügen über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit mind. einer Abteilung für Kinderchirurgie, die das Vorgehen bei operativ zu versorgenden Kindern und Jugendlichen regelt.
- Das Krankenhaus bietet die Möglichkeit der gleichzeitigen intensivmedizinischen Versorgung von zwei lebensbedrohlich kranken Kindern am Standort
- 24-stündige Verfügbarkeit der Magnetresonanztomographie (MRT).
- Es ist eine Hubschrauberlandestelle in unmittelbarer Nähe des Schockraums vorzuhalten. Patientenverlegungen 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:

- Die Kriterien des § 25 Absätze 2 und 3 sind einzuhalten
- Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen, Kinder und Jugendmedizin, Kinderchirurgie und Neonatologie am Standort.
- Ärztlicher Präsenzdienst für Kinder- und Jugendmedizin.

- Verfügbarkeit eines Facharztes für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie in 30 Minuten am Patienten.
- Verfügbarkeit eines Facharztes mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen in 30 Minuten am Patienten.
- Ständige OP-Bereitschaft: komplettes OP-Team inkl. Anästhesie mit einer an die Altersgruppe angepassten Ausstattung und Erfahrung.
- Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens 10 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach G-BA Richtlinien am Standort.
- Pädiatrisch ausgerichtete Labormedizin bzw. klinisch-chemisches Labor (z.B. Umgang mit kleinen Mengen)
- 24-stündige Verfügbarkeit von Magnetresonanztomographie (MRT), Sonographie, Röntgendiagnostik und Computertomographie (CT) die auf die besonderen Bedürfnisse pädiatrischer Patienten angepasst sind
- Das Krankenhaus verfügt über einen genehmigten Hubschrauber-Landeplatz oder eine Hubschrauber-Landestelle (PIS). Kann das Krankenhaus aufgrund eines Fachgutachtens nachweisen, dass der Bau einer Hubschrauber-Landestelle aufgrund der Hinderniskulisse nicht möglich ist, gilt dieses Kriterium als erfüllt.

GKV-SV/KBV/PatV	LV	DKG
<p><b>§ 26 Modul Spezialversorgung</b></p> <p>(1) Krankenhäuser oder Einrichtungen, welche die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen, nehmen an der strukturierten Notfallversorgung teil; es werden daher keine Abschläge erhoben. Die Vorhaltekosten für die Notfallversorgung werden für diese Krankenhäuser bereits zielgerichtet über andere Finanzierungsregelungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der Bundespflege-satzverordnung (BPfIV) oder anderer Gesetze vergütet. Diese Krankenhäuser erwerben daher keinen Anspruch auf Zuschläge für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.</p>	<p><b>§ 26 Modul Spezialversorgung</b></p>	
<p>(2) Die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen folgende Krankenhäuser oder Einrichtungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>2. Besondere Einrichtungen gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG, sofern sie im Landeskrankenhausplan als besondere Einrichtungen in der Notfallversorgung ausgewiesen sind und zu jeder Zeit an der Notfallversorgung teilnehmen,</li> </ol>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>3. in eng begrenzten Ausnahmefällen spezialisierte Krankenhäuser, sofern sie im Landeskrankenhausgesetz als Spezialversorger in der Notfallversorgung ausgewiesen sind und jederzeit (24 Stunden</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser, sofern sie nach entsprechendem Landesgesetz an der Notfallversorgung (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) teilnehmen müssen.</li> </ol>	

<p>an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnehmen müssen.</p>		
		<p><b>§ 22 Modul Schlaganfallversorgung</b></p> <p>(1) Ein Krankenhaus, das die Anforderungen der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) dieser Regelung nicht erfüllt, jedoch über eine Stroke Unit verfügt, wird in die Stufe 1 Basisnotfallversorgung eingruppiert.</p> <p>(2) Ein Krankenhaus mit Stroke Unit, das die Anforderungen der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) erfüllt, nicht aber die Anforderungen der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2), wird in Stufe 2 erweiterte Notfallversorgung eingestuft.</p>
		<p><b>§ 23 Modul Sonstige fachspezifische Notfallversorgung</b></p> <p>Sonstige Fachkrankenhäuser, die an der fachspezifischen Notfallversorgung teilnehmen, werden unabhängig davon, ob sie die Anforderungen des Abschnittes III. vollumfänglich erfüllen, der Stufe 1 der Basisnotfallversorgung zugeordnet, wenn sie die Verfügbarkeit eines Facharztes beim Patienten jederzeit im Anwesenheitsdienst oder Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaftsdienst gewährleisten, die apparative und personelle Ausstattung ihres Fachgebietes grundsätzlich täglich 24 Stunden vorhalten sowie eine Erklärung über die Bereitschaft, an der Notfallversorgung teilzunehmen, vorlegen.</p>

## VII. Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

<b>GKV-SV/KBV/PatV</b>	<b>DKG</b>
<b>§ 27</b>	<b>§ 24</b>

### Inkrafttreten

Diese Regelung tritt am XX.XX.2018 in Kraft.

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV/PatV</b>	<b>LV</b>
<b>§ 28 Übergangsbestimmungen</b>		
<p>(1) Gemäß § 27 sind die Vorgaben dieses Beschlusses ab dem 1. Januar 2018 zu erfüllen. Abweichend davon sind die Anforderungen an eine ZNA nach § 6 Abs. 2 und § 12 Nr. 1 spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des Beschlusses zu erfüllen. Davon unberührt bleiben die übrigen Vorgaben der in § 5 Abs. 1 genannten Kategorien, die ab Inkrafttreten des Beschlusses auch dann zu erfüllen sind, wenn die Anforderungen an eine ZNA nach § 6 Abs. 2 noch nicht umgesetzt wurden. Dies gilt insbesondere auch für Standorte mit dezentralen Notaufnahmen. Wenn mit der Erfüllung der Anforderungen nach barrierefreier Zugänglichkeit der ZNA gemäß § 6 Absatz 2 im Einzelfall unvertretbare Mehrkosten verbunden sind, kann die Übergangsfrist verlängert werden. § 9 Nummer 2 ist spätestens drei Jahre nach Verfügbarkeit der entsprechenden Weiterbildungen im Land zu erfüllen.</p>	<p>Die Abfrage der Kriterien dieser Regelung erfolgt auf Ebene der Krankenhausstandorte. Grundlage ist die in § 293 Absatz 6 und 7 SGB V geforderte Definition von Standorten, welche spätestens bis zum 1. Januar 2019 Anwendung findet. § 6 Absatz 2 und 3 und § 12 Nummer 1 sind spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelung umzusetzen. Wenn mit der Erfüllung der Anforderungen nach barrierefreier Zugänglichkeit der ZNA gemäß § 6 Absatz 2 im Einzelfall unvertretbare Mehrkosten verbunden sind, kann die Übergangsfrist verlängert werden.</p>	<p>§ 6 Absatz 2 und § 12 Nummer 1 ist spätestens 5 Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelung umzusetzen.</p>

<p>(2) Die Abfrage der Kriterien dieser Regelung erfolgt auf Ebene des Krankenhausstandortes. Ab dem 01. Januar 2020 ist hierfür das Standortkennzeichen gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zu verwenden.</p>		
---	--	--

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
<p><b>§ 29 Evaluation</b></p> <p>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.</p>	<p><b>§ 25 Evaluation</b></p> <p>Fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelung führt der G-BA eine Evaluation durch, die die Auswirkungen dieser Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern überprüft.</p>

”

II. Die Erstfassung der Regelungen tritt am XX.XX.2018 in Kraft.

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

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

# Tragende Gründe



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

Vom T. Monat JJJJ

### Inhalt

<b>1. Rechtsgrundlage.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 § 1 Zweck der Regelung .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 § 2 Gegenstand der Regelung.....</b>	<b>3</b>
<b>2.3 § 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen .....</b>	<b>5</b>
<b>2.4 § 4 Spezielle Notfallversorgung .....</b>	<b>6</b>
<b>2.5 § 5 Grundlagen des Stufenmodells.....</b>	<b>7</b>
<b>2.6 § 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen.....</b>	<b>9</b>
<b>2.7 § 7 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren .....</b>	<b>13</b>
<b>2.8 § 8 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung .....</b>	<b>14</b>
<b>2.9 § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung.....</b>	<b>14</b>
<b>2.10 GKV-SV/KBV/PatV § 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung.....</b>	<b>18</b>
<b>2.11 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 11 /DKG § 10 Medizinisch- technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung.....</b>	<b>18</b>
<b>2.12 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 12 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung .....</b>	<b>19</b>
<b>2.13 GKV-SV/KBV/PatV § 13 /DKG § 11 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung.....</b>	<b>20</b>
<b>2.14 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 14 /DKG § 12 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung .....</b>	<b>21</b>

2.15 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 15 /DKG § 13 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung .....	21
2.16 GKV-SV/KBV/PatV § 16/DKG § 14 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung .....	22
2.17 GKV-SV/KBV/PatV § 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung .....	23
2.18 GKV-SV/KBV/PatV § 18 /DKG § 15 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung .....	23
2.19 GKV-SV/LV/PatV § 19 /DKG § 16 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung .....	25
2.20 GKV-SV/KBV/LV/PatV § 20 /DKG § 17 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung .....	26
2.21 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 21 /DKG § 18 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung .....	27
2.22 GKV-SV/KBV/PatV § 22 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung .....	27
2.23 GKV-SV/KBV/PatV § 23 /DKG § 19 Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung“ .....	28
2.24 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 24 /DKG § 20 Modul Schwerverletztenversorgung .....	28
2.25 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 25 /DKG § 21 Modul Notfallversorgung Kinder .....	29
2.26 GKV-SV/KBV/PatV § 26 Modul Spezialversorgung .....	30
2.27 DKG § 22 Modul Schlaganfallversorgung .....	31
2.28 DKG § 23 Modul Sonstige fachspezifische Notfallversorgung .....	31
2.29 GKV-SV/KBV/PatV § 27 /DKG § 24 Inkrafttreten.....	32
2.30 GKV-SV § 28 Übergangsbestimmungen.....	32
2.31 GKV-SV/KBV/PatV § 29/DKG § 25 Evaluation .....	33
3. Würdigung der Stellungnahmen .....	34
4. Bürokratiekostenermittlung .....	34
5. Verfahrensablauf.....	34
6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	35

## 1. Rechtsgrundlage

allgemeine Ausführungen zu § 136c Absatz 4 SGB V

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Regelungen im Einzelnen begründen sich wie folgt:

### I. Allgemeine Vorschrift

#### 2.1 § 1 Zweck der Regelung

GKV-SV	DKG
§ 1 Absatz 1 gibt den gesetzlichen Auftrag wieder, dass der G-BA sowohl ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern und Voraussetzungen für die Zuordnung zu den Stufen, als auch Kriterien für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung festlegt. Zudem wird die Verbindung des Notfallstufensystems zu den Zu- und Abschlägen dargelegt.	
In § 1 Absatz 2 wird klargestellt, dass das gestufte System der Notfallstrukturen die Grundlage für die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen auf der Ortsebene bildet.	In Absatz 2 wird klargestellt, dass das gestufte System der Notfallstrukturen als Grundlage für die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Höhe und näheren Ausgestaltung sowie für die Vereinbarungen von Zu- und Abschlägen auf der Ortsebene von Zu- und Abschlägen dient.

#### 2.2 § 2 Gegenstand der Regelung

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
Zu Absatz 1 In § 2 Absatz 1 wird erläutert, dass der G-BA für jede Stufe der stationären Notfallversorgung konkrete Anforderungen festlegt, die vom Krankenhaus zu erfüllen sind, um den jeweiligen Stufen zugeordnet zu werden.	In § 2 Absatz 1 wird erläutert, dass der G-BA in der Regelung die Grundsätze, sowie konkrete Anforderungen für jede Stufe der stationären Notfallversorgung festlegt, die vom Krankenhaus zu erfüllen sind, um den jeweiligen Stufen zugeordnet zu werden.

## Zu Absatz 2

Die Regelung stellt Anforderungen an Strukturen und Prozesse in den einzelnen Stufen, die bereits heute von vielen Krankenhäusern erfüllt werden. Ziel der Regelung soll es sein, positive Anreize für eine Weiterentwicklung in diese Richtung zu setzen. Daher werden Übergangsregelungen festgelegt, die es Krankenhäusern ermöglichen, innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens die geforderten Strukturen zu schaffen. Im Speziellen geht es hier um die Zentrale Notaufnahme (ZNA), die bereits in der überwiegenden Zahl der Krankenhäuser, aber nicht in allen Krankenhäusern vorhanden ist. Die medizinische und organisatorische Notwendigkeit der ZNA steht außer Frage. Sowohl die Fachgesellschaften empfehlen die ZNA (u.a. DGINA 2016<sup>1</sup>) als auch einige Länder formulieren in den Landeskrankenhausplänen das Ziel, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Notaufnahme gestärkt werden sollte und Patienten eine zentrale Anlaufstelle haben sollen (vgl. Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin). Die Übergangsregeln sorgen dafür, dass die Einführung des Notfallstufenkonzeptes nicht zu kurzfristigen Nachteilen für Leistungserbringer führt, die die baulichen Voraussetzungen der ZNA derzeit noch nicht erfüllen.

Zudem werden Übergangsregelungen getroffen, damit neue fachspezifische Qualifikationen des Personals in einem angemessenen Übergangszeitraum erworben werden können.

In Absatz 2 wird klargestellt, dass der Gegenstand dieser Regelungen ausschließlich die Versorgung notfallmäßig stationär aufzunehmender Patientinnen und Patienten in somatischen Krankenhäusern ist. Die Notfallversorgung in psychiatrischen Kliniken sowie in besonderen Einrichtungen ist nicht Gegenstand dieser Regelung. Hintergrund ist, dass die psychiatrischen Kliniken sowie die besonderen Einrichtungen einem anderen Vergütungssystem unterliegen, bei dem krankenspezifische Budgets mit den Krankenkassen vereinbart werden. Auf diese Weise ist es möglich, Besonderheiten der Versorgung krankenspezifisch zu regeln.

Insbesondere bei den psychiatrischen Kliniken konnte darüber hinaus bei der Kalkulation von Pauschalentgelten für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) die Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung, die inhaltlich sehr unterschiedlich ausgestaltet ist, nicht als Kostentrenner identifiziert werden.

Nicht Gegenstand der Regelung ist nach der gesetzlichen Grundlage in § 136c Absatz 4 SGB V auch die ambulante Behandlung von Notfällen im Krankenhaus.

<sup>1</sup> DGINA 2016: Organisation und Stufung der Notfallversorgung, Positionspapier vom 20.07.2016

## II. GKV-SV Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen / DKG Grundlagen des gestuften Systems der stationären Notfallversorgung in Krankenhäusern

### 2.3 § 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
<p>Zu Absatz 1</p> <p>Das Notfallstufenkonzept soll als Grundlage für eine differenzierte Vergütung von Vorhaltungen in den jeweiligen Notfallstufen dienen. Je nach Breite des Spektrums der verschiedenen Notfallarten, die in einem Krankenhaus versorgt werden können, ist auch der Aufwand für die Vorhaltungen unterschiedlich hoch. Die Teilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen wird daher in drei Stufen gegliedert: eine Stufe der Basisnotfallversorgung (Stufe 1), eine Stufe der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) und eine Stufe der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3). Die verschiedenen Arten und die Komplexität an Notfällen, die versorgt werden können, sind von der Basisnotfallstufe bis hin zur umfassenden Notfallstufe aufsteigend. Die einzelnen strukturellen und personellen Vorhaltungen der jeweiligen Stufen werden in den Abschnitten III bis V definiert.</p>	<p>Zu Absatz 1</p> <p>Das Notfallstufenkonzept soll als Grundlage für eine differenzierte Vergütung der Vorhaltungen in den jeweiligen Notfallstufen dienen. Grund hierfür ist, dass das DRG-System keine differenzierte Vergütung von Vorhaltungen abbilden kann. Die Teilnahme an der Notfallversorgung wird daher zur Kalkulation von Zuschlägen in drei Stufen gegliedert: eine Stufe der Basisnotfallversorgung, eine Stufe der erweiterten Notfallversorgung und eine Stufe der umfassenden Notfallversorgung. Die Vorhaltungen der Krankenhäuser für die Notfallversorgung sind von der Basisnotfallstufe bis hin zur umfassenden Notfallstufe aufsteigend. Die einzelnen Vorhaltungen in den jeweiligen Stufen bezüglich der Kategorien nach § 5 werden in den Abschnitten III bis V definiert.</p>
<p>Zu Absatz 2</p> <p>Alle Krankenhäuser, unabhängig von ihrer Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung und ihrer Stufenzuordnung, sind verpflichtet, eine Erstversorgung akuter Notfälle zu gewährleisten. Eine Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung entbindet diese Krankenhäuser nicht von der Verpflichtung im Notfall erste Hilfe zu leisten.</p>	<p>Zu Absatz 2</p> <p>Wie schon bisher, so sieht der Gesetzgeber weiterhin einen Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vor. Die Gruppe der an der Notfallversorgung im entgeltrechtlichen Sinne nicht teilnehmenden Krankenhäuser wird hier invers definiert dadurch, dass die nicht teilnehmenden Kliniken die Voraussetzungen zur Teilnahme nach dieser Richtlinie nicht erfüllen. Es wird klargestellt, dass ein Krankenhaus, welches weder die Vorgaben einer der Stufen 1 bis 3 noch eines der Module nach § 4 Spezielle Notfallversorgung erfüllt, dennoch weiterhin uneingeschränkt an der Notfallversorgung teilnehmen kann. Krankenhäuser, die wegen der Nichterfüllung</p>

	bestimmter Vorgaben dieser Regelungen im entgeltrechtlichen Sinne nicht an der Notfallversorgung teilnehmen können, die aber realiter (z. B. aufgrund landesrechtlicher Vorgaben) weiterhin stationäre Notfallpatienten versorgen und dadurch entsprechende Vorhaltekosten haben, werden vom Abschlag für die Nichtteilnahme befreit, ohne einen Zuschlag zu erhalten.
--	--

## 2.4 § 4 Spezielle Notfallversorgung

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
<p>Die Module wurden geschaffen, um einerseits die Teilnahme von notfallrelevanten Spezialversorgern (Überregionale Traumazentren, selbständige Kinderkliniken) an dem gestuften System von Notfallstrukturen anzuerkennen, die die allgemeinen Notfallstufen nicht erfüllen, weil sie nicht alle der dort geforderten Fachabteilungen vorhalten und andererseits Einrichtungen, die an dem gestuften System von Notfallstrukturen teilnehmen, deren Vorhaltungen aber bereits über andere Finanzierungsinstrumente finanziert werden (psychiatrische Krankenhäuser, besondere Einrichtungen) von einem Abschlag zu befreien.</p>	<p>Die Module wurden geschaffen, um die spezielle Notfallversorgung im Notfallstufenkonzept zu berücksichtigen. Das Grundmodell der Notfallstufen orientiert sich insbesondere an der Art und Anzahl an vorgehaltenen Fachgebieten und Facharztkompetenzen, die bei höherer Stufe immer breiter ausgestaltet werden. Da Fachkliniken und andere Spezialversorger in der Regel nicht diese Breite an Fachgebieten oder Facharztkompetenzen vorhalten, müssen für diese Sonderregelungen geschaffen werden, die eine Zuordnung zu den Notfallstufen ermöglichen.</p> <p>So werden in den Krankenhausplänen z.B. von Hessen und vom Saarland die Fachkliniken explizit bei der Notfallversorgung berücksichtigt. Im Hessischen Krankenhausplan fallen Fachkrankenhäuser oder Krankenhäuser mit speziellen Leistungen in die Kategorie „fachspezifische (spezielle) Notfallversorgung“<sup>2</sup>. Der Saarländische Krankenhausplan weist zwei Stufen für die fachspezifische Notfallversorgung aus: die erweiterte fachspezifische Notfallversorgung und die eingeschränkte fachspezifische Notfallversorgung. Bei der eingeschränkten fachspezifischen Notfallversorgung wird ausgeführt, dass diese Krankenhäuser „ohne Erfüllung der für die Basisnotfallversorgung notwendigen Voraussetzungen lediglich eine eingeschränkte fachspezifische</p>

<sup>2</sup> Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009, S. 37.

	Notfallversorgung in einem eng umgrenzten Versorgungsumfang gewährleisten können“ <sup>3</sup> .
--	--

## 2.5 § 5 Grundlagen des Stufenmodells

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
<p>Zu Absatz 1</p> <p>Die in Absatz 1 Nummer 1 bis 4 genannten Kategorien ergeben sich aus dem gesetzlichen Auftrag. In Absatz 1 Nummer 5 legt der G-BA Anforderungen an das Zusammenwirken der unter den Nummern 1 bis 4 definierten Kriterien sowie an den Zugang zu den Notfallstrukturen fest.</p>	<p>Die in Nummer 1 bis 4 genannten Kategorien ergeben sich aus dem gesetzlichen Auftrag. Diese Kategorien werden insbesondere in der Begründung zum KHSG beschrieben.</p>
<p>Zu Absatz 2</p> <p>Diese Regelung stellt an verschiedenen Stellen auf Fachabteilungen ab und referenziert dabei auf den Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V. Die Verwendung des Fachabteilungsschlüssels eignet sich besonders, da er zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene geeint ist. Um ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wird in der Regelung die Definition einer Fachabteilung vorgenommen, da bislang keine allgemeingültige Definition existiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hier wird die eigenständige Struktur und Organisation als Voraussetzung für die Anerkennung als Fachabteilung beschrieben. Eine Fachabteilung kann nicht eine Unterabteilung einer gänzlich anderen Abteilung sein (Beispiel: Neurochirurgie als Unterabteilung der Unfallchirurgie)</li> <li>2. Die Fachkompetenz der Fachabteilung ergibt sich aus den Fachärzten. Die Anforderung, dass innerhalb von maximal 30</li> </ol>	

<sup>3</sup> Krankenhausplan für das Saarland 2011 - 2015, S. 26 f..

Minuten ein Facharzt den Notfallpatienten behandeln kann, setzt das Vorhandensein mehrerer Fachärzte in der Fachabteilung voraus. Aus diesem Grund wird hier die Pluralform gewählt. Gleichzeitig muss der Facharztstandard auch bei Urlaub, Krankheit, an Wochenenden und des Nachts innerhalb kurzer Zeit gewährleistet sein. Fachabteilungen können sich nicht aus einem einzelnen Facharzt ergeben. Der Facharztstandard gilt nur mit entsprechenden Qualifikationsnachweisen gemäß Weiterbildungsordnung der Ärztekammer als erfüllt. Das bedeutet, dass nur Chirurgen in der Chirurgie den Facharztstandard herstellen können und nicht Internisten.

3. Sofern der Landeskrankenhausplan oder der Versorgungsvertrag eine Ausweisung auf Fachabteilungsebene vorsieht, muss ein entsprechender Versorgungsauftrag vorliegen.
4. Die Vertragsparteien vor Ort dokumentieren die Fachabteilungsstruktur anhand der Fachabteilungsschlüssel (Zweistellerebene) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V. Wie bereits zuvor ausgeführt, eignet sich die Verwendung des Fachabteilungsschlüssels, da er zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene geeint ist. Durch die Verwendung der Fachabteilungsschlüssel wird nachvollziehbar, welches Krankenhaus welche Fachabteilungen vorhält und die Zuordnung der Krankenhäuser zu den jeweiligen Stufen wird erleichtert, da die Fachabteilungsstruktur ein wesentliches Kriterium für die Stufenzuordnung darstellt.

## 2.6 § 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen

GKV-SV/PatV	DKG	KBV
<p>Zu Absatz 1</p> <p>Hier wird klargestellt, dass das Krankenhaus rund um die Uhr an der Notfallversorgung teilnehmen muss. Krankenhäuser, die z. B. nachts oder am Wochenende nicht aufnahmebereit sind, nehmen nicht an der strukturierten Notfallversorgung im Sinne dieser Regelung teil.</p> <p>Alle Anforderungen dieser Regelung sind am Standort zu erfüllen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene hatten mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) den Auftrag erhalten, eine bundeseinheitliche Definition, die die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und dessen Ambulanzen festlegt zu vereinbaren. Die Vereinbarung wurde am 29.08.2017 geschlossen und die Definition ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich. Entsprechend liegt dem Standortbegriff in dieser Regelung die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 KHG zugrunde.</p>	<p>Zu Absatz 1</p> <p>An dieser Stelle werden die allgemeinen Voraussetzungen für die Teilnahme eines Krankenhauses an der Notfallversorgung vorgegeben, die in allen Stufen erfüllt sein müssen. Dies ist die tägliche Aufnahmebereitschaft der Notaufnahme des Krankenhauses grundsätzlich über 24 Stunden. Kliniken, die z. B. nachts oder am Wochenende nicht aufnahmebereit sind, können an der Notfallversorgung nicht teilnehmen. Der Begriff „grundsätzlich“ zu jeder Zeit weist darauf hin, dass Abmeldungen der Aufnahmebereitschaft nur in Ausnahmefällen für kurze Zeit möglich sind.</p>	

Zu Absatz 2

Die ZNA ist eine unverzichtbare Komponente der modernen Notfallmedizin. Dem kritisch kranken Patient kann nicht zugemutet werden, eigenständig seine Zuordnung in eine fachgebietsspezifische Notaufnahme vorzunehmen. Es muss eine zentrale Anlaufstelle für alle Notfallpatienten geben. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Notfallversorgung ausschließlich in der zentralen Notaufnahme stattfindet.

Die ZNA muss am Standort des Krankenhauses verortet sein, um auch bei Klinikverbänden sicherzustellen, dass Patienten am jeweiligen Standort eine Anlaufstelle haben.

Die Leitung dieser ZNA untersteht einem organisatorisch und fachlich unabhängigen Arzt, wie es in vielen anderen Ländern schon seit Jahrzehnten üblich ist (z.B. USA, Australien), um eine Patientenzuordnung zu den Fachabteilungen allein nach medizinischen Kriterien zu gewährleisten.

Der Zugang zur ZNA ist barrierefrei. Dieses Kriterium ist nach einer Übergangsfrist von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Regelung zu erfüllen. Wenn mit der Erfüllung der Anforderungen nach barrierefreier Zugänglichkeit im Einzelfall unvermeidbare Mehrkosten verbunden sind, besteht die Möglichkeit die Übergangsfrist zu verlängern.

Zu Absatz 2

Ferner ist ein rollstuhlgerechter Zugang zur Notaufnahme zu gewährleisten. Ein barrierefreier Zugang zur Notaufnahme ist wünschenswert, aber nicht an jedem Ort umsetzbar, da zum Teil erhebliche Investitionen für eine Barrierefreiheit notwendig wären, für die die für die Investitionsfinanzierung zuständigen Länder keine ausreichenden Mittel zur Verfügung stellen.

Zu Absatz 3

Viele Patienten, die eine Notaufnahme selbstständig aufsuchen, benötigen keine vollstationäre Behandlung. Ein Teil der Patienten hat jedoch eine lebensbedrohliche Erkrankung. Um eine Ressourcenbindung in der Notaufnahme durch Patienten mit minder schweren Erkrankungen zu vermeiden und dadurch eine schnelle Bereitstellung von Behandlungskapazitäten für Patienten mit kritischen Symptomen zu gewährleisten, ist eine Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geboten.

Zu Absatz 3

Krankenhäuser, die einer Stufe der stationären Notfallversorgung nach § 3 zugeordnet werden, müssen am Standort über eine Notdienstpraxis verfügen oder die Notfallambulanz des Krankenhauses muss in den vertragsärztlichen Notdienst im Zuge einer Kooperationsvereinbarung mit den KVen eingebunden sein.

Die Versorgung von Notfällen an Krankenhäusern erfolgt in erster Linie nicht entlang der etablierten ambulanten und stationären Sektorengrenzen. Viele Patienten, die selbstständig und direkt die Notaufnahme von Krankenhäusern aufsuchen, bedürfen keiner Behandlung in einer stationären Notaufnahme und können zu einer Überlastung von Krankenhauseinrichtungen führen.

Die Verzahnung der stationären Notfallversorgung mit ambulanten Strukturen ist deshalb essenziell. Ursache hierfür sind unter anderem begründete Informationsasymmetrien, da Patienten sich häufig nicht selbst als ambulanten oder stationären Fall einstufen können. Es bedarf deshalb einer umfassenden Triagierung durch qualifiziertes Personal, um festzustellen, ob eine (kostenaufwändigere) stationäre Behandlung in einer Notaufnahme eines Krankenhauses erforderlich ist, oder ob der Patient ohne Einbußen der Versorgungsqualität ambulant versorgt werden kann. Nur so können die knappen ärztlichen und pflegerischen Ressourcen der

Krankenhäuser auf die Versorgung der relevanten stationären Notfälle konzentriert werden.

Die Vorschaltung ambulanter Strukturen zur Triagierung von Notfällen stellt somit eine wesentliche Strukturvoraussetzung für die qualitativ und quantitativ angemessene Versorgung von stationären Notfällen an Krankenhäusern dar. Sie wird deshalb über alle Stufen des gestuften Systems der Notfallversorgung als allgemeine Grundvoraussetzung etabliert.

Krankenhäuser ohne entsprechende ambulante Strukturen zur Triagierung der Notfälle haben nicht zuletzt durch ein höheres Patientenaufkommen erwartungsgemäß höhere Aufwände in der Gesamtversorgung von Notfällen, sodass dort auch mit höheren Vorhaltekosten zu rechnen wäre. Bei der Ermittlung der erforderlichen Zu- und Abschläge nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG würde der Verzicht auf die Einbindung in den ambulanten Notdienst somit dazu führen, dass Aufwände, die mit einer unzureichenden Triagierung (und ggf. ambulanten Versorgung von Notfällen) verbunden sind, fälschlich den jeweiligen Stufen der stationären Notfallversorgung zugeordnet werden und somit eine direkte Wirkung auf das Entgelt entfalten.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) werden die KVen als Partner der Krankenhäuser in § 75 Abs. 1b SGB V aufgefordert, Notdienstpraxen in oder an

		<p>Krankenhäusern einzurichten oder Notaufnahmen der Krankenhäuser über Kooperationen stärker in den Notdienst einzubinden. Deutschland verfügt im europaweiten Vergleich über eine außerordentlich hohe Krankenhausdichte. Ende 2017 waren bundesweit ca. 620 Notdienstpraxen an Krankenhäusern eingerichtet. Damit ist bereits heute für 75 % Versicherten eine Notdienstpraxis am Krankenhaus innerhalb von weniger als 30 Minuten erreichbar. Die durchschnittliche Erreichbarkeit liegt bereits heute bei 23,6 Minuten. Da die genaue Anzahl der an der Notfallversorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Krankenhäuser aufgrund der fehlenden Transparenz über die bisherigen Notfallversorgungsstrukturen nicht bekannt ist, verbindet der G-BA die Regelung der obligaten Verbindung der stationären Notfallstrukturen mit dem ambulanten Bereich mit einer Übergangsfrist (vgl. § 28), nach der dieses Kriterium erst fünf Jahre nach Beschlussfassung anzuwenden ist.</p>
--	--	--

## 2.7 § 7 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

GKV-SV/KBV/PatV	DKG/LV
In § 7 wird dem Auftrag des Gesetzgebers Rechnung getragen, planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen.	

### III. Anforderungen an die Basisnotfallversorgung“

#### 2.8 § 8 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung

GKV-SV/PatV	DKG/KBV/LV
Die Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesiologie stellen den Minimalstandard für die Basisversorgung von kritisch kranken Patienten dar.	Für die Stufe der Basisnotfallversorgung werden mindestens die Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin am Standort des Krankenhauses vorgehalten.

#### 2.9 § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung

GKV-SV/KBV/LV	PatV	DKG
Der Gesetzgeber hat Festlegungen zu Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals vorgesehen:		
<ol style="list-style-type: none"> <li>In diesem Absatz wird festgelegt, dass es klare Zuständigkeiten und verantwortliche Mitarbeiter für die Notaufnahme geben muss. Jeweils ein Arzt und eine Pflegekraft müssen als verantwortliche Mitarbeiter benannt und organisatorisch der Notaufnahme zugeordnet sein.</li> <li>Die Etablierung zentraler, interdisziplinärer Notaufnahmen erfordert eine spezielle Fachkompetenz des ärztlichen und pflegerischen Personals, das leitend oder überwiegend in einer zentralen Notaufnahme tätig ist. Die Verantwortlichen müssen über das erforderliche Fachwissen und die entsprechenden Qualifikationen verfügen, die sich derzeit im Aufbau befinden und in einzelnen Ländern (z.B. in Berlin) schon etabliert sind. Von den zuständigen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Siehe GKV-SV Nr.1</li> <li>Siehe GKV-SV Nr.2</li> </ol>	

<p>Fachgesellschaften wurde bereits die Aufnahme der Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ in die Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer beantragt. Die Qualifikationen werden nach einer Übergangsfrist verbindlich gefordert, sobald der Erwerb dieser Qualifikationen in dem jeweiligen Land möglich ist.</p>		
	<p>3. Die PatV hält die Bezifferung eines Mindest-Personalschlüssels für die Pflegekräfte einer Notfallstation eines Krankenhauses für zwingend erforderlich, um die Qualität der Patientenversorgung dauerhaft zu sichern und unverhältnismäßige Risiken in der stationären Notfallversorgung zu minimieren. Sie hält die Bezifferung auch erforderlich für die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags. Gemäß § 136c Ab. 4 Satz 2 sind bei dem Beschluss des G-BA über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern neben Art und Anzahl von Fachabteilungen auch Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals festzulegen. Den Versuch einer Quantifizierung des notwendigen Bedarfs an pflegerischem Personal in stationären Notaufnahmen unternimmt die DGINA <a href="https://www.dgina.de/news/dgina-">https://www.dgina.de/news/dgina-</a></p>	

	<p>2016-organisation-und-stufung-der-notfallversorgung_54, deren Feststellungen sich die PatV mit ihren Formulierungen zu eigen gemacht hat. Ob sich der dort festgestellte Bedarf bestätigen wird, muss sicher evaluiert werden. Die PatV sieht aber auch die Möglichkeit einer sachgerechten Festlegung im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V. Eine dort getroffene Vereinbarung könnte dann den Vorschlag der PatV für diesen Beschlusstext ersetzen. An der Notwendigkeit einer Festlegung besteht aus Sicht der PatV allerdings kein Zweifel.</p> <p>4. Mit ihrem Formulierungsvorschlag in § 9 Abs. 4 verfolgt die PatV das Ziel, nicht nur die apparative Ausstattung gemäß §§ 11, 16 und 21 festzulegen, sondern auch das dafür erforderliche Funktionspersonal und die Fachkunde zum Betrieb der Geräte. Das ist ein Aspekt der Patientensicherheit.</p> <p>5. Mit diesem Formulierungsvorschlag verweist die PatV auf die zunehmenden Erkenntnisse und Erfahrungen in Vernetzungsprojekten mit Kamera- und Bildschirmtechnik für eine schnelle und kompetente Diagnose, einen sofortigen Austausch zu</p>	
--	---	--

	<p>ersten Untersuchungsergebnissen und dem gemeinsamen Festlegen einer Therapie. Dazu sind bereits Modellprojekte durchgeführt und tragfähige Ergebnisse dokumentiert worden. Telemedizinische Netzwerke können gerade im ländlichen Raum und insbesondere bei zeitkritischen Erkrankungen unterstützend eingesetzt werden.</p>	
<p>3. Jeweils ein Facharzt der notfallrelevanten Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie muss innerhalb von maximal 30 Minuten am Bett des kritisch kranken Patienten verfügbar sein. Aus fachlicher Sicht ist es unerheblich, ob die Facharztverfügbarkeit zu jeder Zeit in der Fachabteilung durch einen Bereitschaftsdienst oder einen Rufbereitschaftsdienst gewährleistet wird, sofern sichergestellt ist, dass der Rufbereitschaftsdienst innerhalb eines Zeitraums von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten tätig werden kann.</p>	<p>6. siehe GKV-SV Nr.3</p>	<p>1. Jeweils ein Facharzt der Fachgebiete Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie muss sich im Präsenzdienst oder im Bereitschaftsdienst oder im Rufbereitschaftsdienst bereithalten, und sich - ggf. bei Hinzuziehung durch den am Patienten anwesenden Arzt - unverzüglich dorthin begeben. Die Sicherstellung des Facharztstandards obliegt dem Krankenhaus.</p> <p>Diese Formulierung wurde so gewählt, weil die Angabe einer konkreten Zeitspanne bis zum Eintreffen des Facharztes im Krankenhaus oder beim Patienten aus arbeits- und tarifrechtlichen Gründen dazu führen würde, dass der Dienst kein Rufbereitschaftsdienst, sondern ein Bereitschaftsdienst wäre. Dies hätte zur Folge, dass der Dienst als Arbeitszeit einzustufen wäre mit voller Anrechnung auf die wöchentlich maximale Arbeitszeit. In der Folge wären zahlreiche neue Facharztstellen in den Krankenhäusern einzurichten, die aufgrund der Situation am Arbeitsmarkt aber nicht zu realisieren wären. Auch würde dies zu einem massiven Kostenschub führen.</p>

4. Regelmäßige Fortbildung klinisch tätiger Ärzte (CME) und des Pflegepersonals sind unverzichtbarer Bestandteil moderner Notfallmedizin.	7. siehe GKV-SV Nr.4	2. Regelmäßige Fortbildungen des in der Notaufnahme tätigen medizinischen Personals sind unverzichtbarer Bestandteil moderner Notfallmedizin.
---	----------------------	---

## 2.10 GKV-SV/KBV/PatV § 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung

GKV-SV/KBV/PatV
Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung müssen die Voraussetzungen erfüllen, kritisch erkrankte Patienten für einen längeren Zeitraum, zumindest bis zur Weiterverlegung in eine höhere Stufe, adäquat zu versorgen. Hierfür ist eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten erforderlich.

## 2.11 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 11 /DKG § 10 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
<p>Zu Absatz 1 Neben der leitliniengerechten Ausstattung stellt diese Regelung zwei zentrale Anforderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist ein Schockraum vorzuhalten, da die Versorgung der Patienten in einem separaten, speziell für die Versorgung kritisch kranker Patienten ausgestatteten Raum möglich sein muss, in dem die erforderlichen Gerätschaften (z.B. Beatmungsgerät, Röntgen, Sonographie) zur Verfügung stehen.</li> <li>• Die Computertomographie ist für die Notfalldiagnostik unverzichtbar. Beispiele hierfür sind die Diagnostik von Schlaganfällen und die schnelle Diagnostik von Mehrfachverletzten (Trauma CT).</li> </ul>	<p>Zu Absatz 1 Das Krankenhaus der Basisnotfallversorgung verfügt über eine dem aktuellen medizinischen Standard entsprechende Ausstattung.</p>

<p>Zu Absatz 2</p> <p>Eine Zuverlegung in die Basisnotfallversorgung ist nicht vorgesehen. Neben anderen Transportwegen ist die Möglichkeit der Aufwärtsverlegung auf dem Luftwege, ggf. in dieser Stufe auch mit bodengebundenem Zwischentransport, auch in der Basisnotfallversorgung erforderlich.</p>	<p>Zu Absatz 2</p> <p>Eine Zuverlegung in die Basisnotfallversorgung ist nicht vorgesehen. Neben anderen Transportwegen ist die Möglichkeit der Aufwärtsverlegung auf dem Luftwege, ggf. in dieser Stufe mit bodengebundenem Zwischentransport, auch in der Basisnotfallversorgung erforderlich.</p>
---	--

## 2.12 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 12 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung

<b>GKV-SV/KBV/PatV/LV</b>
<p>Dieser Abschnitt regelt die Abläufe in der Notaufnahme:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle Patienten erhalten eine Ersteinschätzung in der zentralen Notaufnahme. Diese Regelung sichert eine nach Behandlungspriorität geordnete Reihenfolge der Patientenbehandlung, sowie bei Bedarf eine schnelle und zielgerichtete Zuweisung in die zuständige Fachabteilung. Ausnahmen sind bei offensichtlich klarer Zuständigkeit im Krankenhaus möglich. Dies gilt insbesondere für Schwangere und Kinder aber auch für Patienten bei denen selbst eine kurze Verzögerung der fachspezifischen Behandlung den Patienten gefährden könnte (zum Beispiel ein rupturiertes Bauchaortenaneurysma).</li> <li>2. Eine standardisierte Behandlungspriorisierung wird von den relevanten Fachgesellschaften gefordert. Denn ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten, die eine Notaufnahme selbständig aufsuchen, ist kritisch krank. Eine standardisierte Ersteinschätzung ist daher zwingend erforderlich, um diese Patienten schnell zu identifizieren und zeitnah erforderliche Behandlungsmaßnahmen einleiten zu können.</li> <li>3. Die standardisierte Dokumentation der Diagnostik und Therapie in der Notaufnahme ist erforderlich, um Informationsverluste und Doppeldiagnostik zu vermeiden.</li> </ol>

## Zu IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung

<b>GKV-SV/KBV/PatV</b>	<b>DKG</b>
<p>Die erweiterte Notfallversorgung stellt die mittlere Stufe der Notfallversorgung dar. In dieser Stufe können die meisten Arten von Notfällen versorgt werden. Entsprechend wird in dieser Stufe ein breiteres Spektrum notfallrelevanter Fachabteilungen und Diagnostik vorgehalten als in der Basisstufe.</p>	

## 2.13 GKV-SV/KBV/PatV § 13 /DKG § 11 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
<p>Zu Absatz 1</p> <p>Die strukturierte, erweiterte Notfallversorgung stellt auf die Anzahl der notfallrelevanten Fachabteilungen als Parameter für das Ausmaß der notfallrelevanten Vorhaltung ab. Neben den obligatorischen Fachabteilungen für die Kernnotfallkompetenz (Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie) werden in § 13 optionale Fachabteilungen aufgeführt, von denen insgesamt mindestens vier vorgehalten werden müssen. Es wird eine Zweiteilung der Fachabteilungen in Fachabteilungen der primären Notfallversorgung (Kategorie A) und der sekundären Notfallversorgung (Kategorie B) vorgenommen.</p>	<p>Zu Absatz 1</p> <p>Bei Fachabteilungen kann es sich sowohl um unabhängig geleitete Fachabteilungen als auch um fachärztlich geleitete Untergliederungen wie z. B. Sektionen, Bereiche oder Unterabteilungen handeln. Die Vorhaltung einer der in Absatz 2 oder Absatz 3 benannten Fachabteilungen in diesem Sinne wird als gegeben angesehen, wenn das Krankenhaus eine entsprechend fachärztlich geleitete Untergliederung vorhält sowie über die apparative und personelle Ausstattung zur Behandlung in den genannten Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunkten verfügt. Bei der apparativen Ausstattung kann es sich beispielsweise um die Vorhaltung eines Herzkatheter-Messplatzes handeln (Fachabteilung Kardiologie), oder um die Vorhaltung einer Endoskopieeinheit (Fachabteilung Gastroenterologie).</p>
<p>Zu Absatz 2</p> <p>Die in Kategorie A aufgeführten Fachabteilungen sind für die Behandlung der meisten Notfallkonstellationen und der Tracer-Diagnosen in der Notfallmedizin erforderlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Neurochirurgie: Schädel-Hirn-Trauma, Hirnblutungen</li> <li>2. Unfallchirurgie: Traumaversorgung</li> <li>3. Neurologie: Behandlung des akuten Schlaganfalles</li> <li>4. Geburtshilfe: Notfallkaiserschnitt</li> <li>5. Kardiologie: akuter Herzinfarkt</li> <li>6. Gastroenterologie: Blutungen aus dem oberen Magen-Darm-Trakt</li> </ol> <p>Ein Krankenhaus der erweiterten Notfallversorgung muss mindestens zwei Fachabteilungen aus der Kategorie A vorhalten.</p>	<p>Zu Absatz 2</p> <p>Es wird nach zwei Kategorien A und B unterschieden. Unter Kategorie A werden besonders notfallrelevante Fachabteilungen im oben erläuterten Sinne aufgelistet, die für die Behandlung der meisten Notfallindikationen erforderlich sind. Beispielhaft können das die Folgenden sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Neurochirurgie: Schädel-Hirn-Trauma, intrakranielle Blutungen</li> <li>2. Unfallchirurgie: Traumaversorgung</li> <li>3. Neurologie: Behandlung des akuten Schlaganfalles</li> <li>4. Geburtshilfe: Not-Sectio</li> <li>5. Kardiologie: akuter Herzinfarkt</li> </ol>

	<p>6. Gastroenterologie: Blutungen des oberen Gastrointestinaltraktes</p> <p>In der Stufe der erweiterten Notfallversorgung sind 3 Fachabteilungen oder Untergliederungen, davon 2 aus der Kategorie A, vorzuhalten.</p>
<p>Zu Absatz 3</p> <p>In Kategorie B werden Fachabteilungen der sekundären Notfallversorgung aufgeführt. Ein Krankenhaus der erweiterten Notfallversorgung muss zusätzlich zu den zwei obligatorischen Fachabteilungen aus Kategorie A zusätzlich zwei weitere Fachabteilungen aus Kategorie A oder B vorhalten.</p>	<p>Zu Absatz 3</p> <p>In Kategorie B werden weitere notfallrelevante Fachgebiete, Facharztkompetenzen und Schwerpunkte aufgelistet.</p>

**2.14 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 14 /DKG § 12 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung**

Begründung siehe § 9.

**2.15 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 15 /DKG § 13 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung**

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
<p>Für die Stufe der erweiterten Notfallversorgung wird davon ausgegangen, dass in den meisten Fällen eine fallabschließende Behandlung im gleichen Krankenhaus erfolgt. Daher sind entsprechende Kapazitäten für die intensivstationäre Behandlung erforderlich. Um eine ausreichende Behandlungsroutine und eine wirtschaftliche Betriebsführung zu gewährleisten, ist eine Festlegung auf mindestens 10 Intensivbetten erforderlich. Diese Intensivbehandlungskapazitäten müssen innerhalb von 60 Minuten zur Verfügung stehen.</p>	<p>Die Krankenhäuser, die der Stufe der erweiterten Notfallversorgung zugeordnet werden, halten mindestens vier Intensivbetten vor und gewährleisten eine Aufnahmebereitschaft für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von grundsätzlich 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme. Bis zur Aufnahme auf die Intensivstation kann der Patient im Schockraum der Aufnahme versorgt werden.</p>

## 2.16 GKV-SV/KBV/PatV § 16/DKG § 14 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
<p>Zu Absatz 1</p> <p>Für zeitkritische Bereiche (Blutung oberer Gastrointestinaltrakt, Herzinfarkt, Schlaganfall) werden für die erweiterte Notfallversorgung Mindestanforderungen an die vorzuhaltende Diagnostik definiert.</p> <p>Die Magnetresonanztomographie ist erforderlich, für eine genaue Diagnostik von Erkrankungen des Herzens, des Gehirns und insbesondere des Rückenmarks.</p>	<p>Zur vorhandenen medizinisch-technischen Ausstattung gehören neben einem Schockraum für traumatologische und nicht-traumatologische Notfälle ein CT sowie eine Endoskopie. Darüber hinaus hält ein Krankenhaus der Stufe der erweiterten Notfallversorgung entweder rund um die Uhr jeden Tag innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme<sup>4</sup> die Möglichkeit vor, in einem Herzkatheterlabor eine perkutane Koronarintervention (PCI) vorzunehmen, um akute Verschlüsse der Herzkranzgefäße wieder zu öffnen und myokardiale Dauerschäden so zu minimieren, oder es hält ein Perinatalzentrum Level I nach Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des G-BA vor oder es erfüllt die Vorgaben nach § 20 Abs. 2 (Erweiterte Notfallversorgung Trauma).</p>
<p>Zu Absatz 2</p> <p>In der Stufe der erweiterten und der umfassende Notfallversorgung sind sowohl Aufwärts- als auch Abwärtsverlegungen auf dem Luftwege vorgesehen. Daher ist eine entsprechende Landestelle erforderlich. Ein Zwischentransport mit einem bodengebundenen Fahrzeug (z.B. mit einem RTW) ist nicht mehr zeitgemäß, weil die mehrfache Umlagerung den Patienten unnötig gefährdet.</p> <p>Allerdings entscheiden nicht allein medizinische Erfordernisse über die Genehmigung des Betriebes einer Hubschrauberlandestellen an einem Krankenhaus. Der letzte Satz in Absatz 2 formuliert eine Ausnahme für Krankenhäuser, insbesondere in Ballungsräumen, denen der Betrieb einer Hubschrauberlandestelle, z.B. aufgrund von städtebaulichen Vorschriften, nicht genehmigt wird.</p>	

**2.17 GKV-SV/KBV/PatV § 17****Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung****GKV-SV/KBV/PatV**

In der Stufe der erweiterten Notfallversorgung werden der Notaufnahme weitreichende Aufgaben übertragen. Zu diesen Aufgaben gehört die zeitlich begrenzte Weiterversorgung von Notfallpatienten in der Regel unter 24 Stunden. Dies ist zum Beispiel erforderlich, um bei Flüssigkeitsmangel eine kurzfristige Therapie vorzunehmen, ohne eine langfristige Integration in den restlichen Krankenhausbetrieb auszulösen.

Beachtenswert ist die zeitliche Begrenzung auf unter 24 Stunden. Das bedeutet, dass diese Betten sich aus dem vorhandenen Planbetten des Krankenhauses rekrutieren und keine zusätzlich Planbetten darstellen.

**Zu V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung****2.18 GKV-SV/KBV/PatV § 18 /DKG § 15 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung**

<b>GKV-SV/KBV/PatV</b>	<b>DKG</b>
<p>Zu Absatz 1</p> <p>Die strukturierte, erweiterte Notfallversorgung stellt auf die Anzahl der notfallrelevanten Fachabteilungen als Parameter für das Ausmaß der notfallrelevanten Vorhaltung ab. Neben den obligatorischen Fachabteilungen für die Kernnotfallkompetenz (Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie) werden in § 18 optionale Fachabteilungen aufgeführt, von denen insgesamt mindestens sieben vorgehalten werden müssen. Es wird eine Zweiteilung der Fachabteilungen in Fachabteilungen der primären Notfallversorgung (Kategorie A) und der sekundären Notfallversorgung (Kategorie B) vorgenommen.</p>	<p>Begründung siehe § 11 Absatz 1. In der Stufe der umfassenden Notfallversorgung sind 6 Fachabteilungen oder Untergliederungen, davon 3 aus der Kategorie A, vorzuhalten.</p>

Zu Absatz 2

Die in Kategorie A aufgeführten Fachabteilungen sind für die Behandlung der meisten Notfallkonstellationen und der Tracer-Diagnosen in der Notfallmedizin erforderlich:

1. Neurochirurgie: Schädel-Hirn-Trauma, intrakranielle Blutungen
2. Unfallchirurgie: Traumaversorgung
3. Neurologie: Behandlung des akuten Schlaganfalles
4. Geburtshilfe: Not-Sectio
5. Kardiologie: akuter Herzinfarkt
6. Gastroenterologie: Blutungen des oberen Gastrointestinaltraktes

Ein Krankenhaus der erweiterten Notfallversorgung muss mindestens fünf Fachabteilungen aus der Kategorie A vorhalten.

Zu Absatz 3

In Kategorie B werden Fachabteilungen der sekundären Notfallversorgung aufgeführt. Ein Krankenhaus der erweiterten Notfallversorgung muss zusätzlich zu den fünf obligatorischen Fachabteilungen aus Kategorie A zusätzlich zwei weitere Fachabteilungen aus Kategorie A oder B vorhalten.

**2.19 GKV-SV/LV/PatV § 19 /DKG § 16  
Notfallversorgung**

**Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden**

<b>GKV-SV/LV/PatV</b>	<b>KBV</b>
<p>Siehe Begründung zu §§ 9 und 14.</p>	<p>Siehe Begründung zu §§ 9 und 14.</p> <p>Die umfassende Notfallversorgung stellt die höchste Stufe des gestuften Systems der Notfallversorgung an Krankenhäusern dar. Damit gehen hohe Anforderungen an die Art und Anzahl der Fachabteilungen (breites Fachspektrum) aber auch an die personelle Ausstattung des Krankenhauses einher, die sich letztlich auch in den Vorhaltekosten niederschlagen. Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung müssen zu jeder Zeit in der Lage sein schwerwiegende stationäre Notfälle kompetent behandeln zu können. Aus Sicht des G-BA ist dafür der in den niedrigeren Stufen akzeptable Facharztstandard nicht ausreichend. Stattdessen sieht der G-BA hier die ständige Anwesenheit mindestens eines Facharztes in den grundlegenden Gebieten Innere Medizin, Orthopädie und Unfallchirurgie und Anästhesie erforderlich (Facharztstatus). Zudem ist für jene Fachabteilungen, die Grundlage für die Einstufung in die umfassende Notfallversorgung sind (vgl. § 18), ebenfalls ein fachlich kompetenter und zuständiger Facharzt vorzuhalten (z.B. bei einer Abteilung für Augenheilkunde ein Facharzt für Augenheilkunde, bei einer Abteilung für Urologie ein Facharzt für Urologie etc.).</p> <p>Durch diese Vorgaben kann sichergestellt werden, dass die Versorgung in den Fachabteilungen der umfassenden Notfallversorgung auf einem der Schwere der Notfälle angemessenen Niveau stattfindet.</p>

GKV-SV/KBV/LV/PatV	DKG
<p>In der Stufe der umfassenden Notfallversorger können fast alle Arten von Notfällen versorgt werden. Dies umfasst insbesondere schwere Notfälle. Es wird daher die Vorhaltung von 20 Intensivbetten gefordert, um eine Aufnahmebereitschaft für mehrere schwerstkranke Patienten neben dem regulären Klinikbetrieb sicherzustellen.</p>	<p>Ein Krankenhaus der umfassenden Notfallversorgungsstufe verfügt über mindestens 20 Intensivbetten. Ein beatmungspflichtiger Intensivpatient muss grundsätzlich jederzeit innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme auf eine Intensivstation übernommen werden können.</p>

**2.21 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 21 /DKG § 18****Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung**

<b>GKV-SV/KBV/PatV/LV</b>	<b>DKG</b>
Siehe Begründung zu §§ 11 und 16.	<p>Zu Absatz 1</p> <p>Die Klinik verfügt über ein MRT möglichst in unmittelbarer Nähe zum Aufnahmebereich sowie radiologische Interventionsmöglichkeiten, z. B. zur Wiedereröffnung embolisch verschlossener Gefäße. Darüber hinaus hat das Krankenhaus die kontinuierliche Möglichkeit zur Reperfusionstherapie, um Patienten mit einem akuten Schlaganfall optimal versorgen zu können.</p> <p>Zu Absatz 2</p> <p>Ein Krankenhaus der umfassenden Notfallversorgungsstufe hält einen genehmigten Hubschrauberlandeplatz oder eine Hubschrauberlandestelle (Public Interest Sites - PIS) vor. Dies ist aber im innerstädtischen Bereich aufgrund enger Bebauung in einigen Fällen nicht möglich. Dennoch kann dieses Krankenhaus für die Versorgung von schwerstverletzten Patienten, die auf dem Landwege eintreffen, notwendig sein. Daher wird geregelt, dass dieses Kriterium auch ohne eine Hubschrauberlandemöglichkeit als erfüllt gilt, wenn das Krankenhaus aufgrund eines Fachgutachtens nachweisen kann, dass der Bau einer Hubschrauberlandestelle (PIS) aufgrund der Hinderniskulisse nicht möglich ist.</p>

**2.22 GKV-SV/KBV/PatV § 22****Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung**

<b>GKV-SV/KBV/PatV</b>
Siehe Begründung zu §§ 12 und 17.

## Zu VI. Spezielle Notfallversorgung

### 2.23 GKV-SV/KBV/PatV § 23 /DKG § 19 Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung“

GKV-SV/KBV/PatV	DKG
<p>Zu Absatz 1 und 2</p> <p>Die Module ermöglichen hochspezialisierten Notfallversorgern mit eingeschränktem Patientenspektrum (z.B. Schwerbrandverletzte) oder Spezialversorgern mit klar definiertem Versorgungsauftrag für die Notfallversorgung die Teilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen oder eine Freistellung vom Abschlag. Die Voraussetzungen für eine Zuordnung von Krankenhäusern und Einrichtungen zu den Modulen werden in den §§ 24 - 26 festgelegt.</p>	<p>Die Module ordnen Fachkrankenhäuser und Spezialversorger, die an der Notfallversorgung teilnehmen, einer der Stufen der Notfallversorgung zu. Die Voraussetzungen hierfür werden in den §§ 20 - 23 festgelegt.</p>

### 2.24 GKV-SV/KBV/PatV/LV § 24 /DKG § 20 Modul Schwerverletztenversorgung

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
<p>Zu Absatz 1 bis 3</p> <p>Spezialisierte Krankenhäuser, die zu einem ganz überwiegenden Anteil Schwerverletzte versorgen, wie beispielsweise die Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken, übernehmen einen beachtlichen Teil der Traumaversorgung in Deutschland. Allerdings beschränkt sich ihr Patientenspektrum vorwiegend auf die Traumaversorgung, und sie halten in der Regel nicht die im Notfallstufenkonzept geforderte Breite an Fachabteilungen vor. Das Modul Schwerverletztenversorgung erlaubt Kliniken, die Kapazitäten nahezu ausschließlich im Bereich der Traumaversorgung vorhalten, in die Stufe der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 zu gelangen.</p>	<p>Die Traumazentren nach Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie übernehmen einen beachtlichen Teil der Traumaversorgung in Deutschland. Deshalb werden die Traumazentren je nach Umfang ihrer Vorhaltungen entweder der Stufe der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der umfassenden Notfallversorgung zugeordnet. Der Bezug auf das Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 ist statisch.</p>

GKV-SV/KBV/PatV/LV	DKG
<p>Absatz 1 stellt klar, dass Zuschläge für die Kindernotfallversorgung nur bei Patienten abgerechnet werden dürfen, die unter 18 Jahre alt sind. Es ist also beispielsweise möglich, dass ein Krankenhaus für die Notfallversorgung von Patienten über 18 Jahre einer anderen Notfallstufe zugeordnet wird als für Patienten unter 18 Jahren und entsprechend unterschiedliche Zuschläge erhält.</p> <p>Absatz 2 regelt die Anforderungen an die Stufe der Basisnotfallversorgung für Kinder. Die Anforderungen stellen sicher, dass die Versorgung von Kindern der Versorgung von Erwachsenen, zum Beispiel in Bezug auf die Ersteinschätzung nicht nachsteht. Da eine klare Fachabteilungszuordnung von Kindern- und Jugendlichen aufgrund des Alters möglich ist, ist in diesem Falle die Aufnahme über eine zentrale Notaufnahme nicht vorgeschrieben.</p> <p>Absatz 3 regelt die Anforderungen an die Stufe der erweiterten Notfallversorgung für Kinder. In dieser Stufe sollten die meisten Kindernotfälle, auch kritisch kranke Kinder, versorgt werden können. Eine entsprechende Fachpflege muss daher jederzeit zur Verfügung stehen. Eine Kooperation mit einer Kinderchirurgie und die Möglichkeit einer gleichzeitigen Behandlung von zwei kritischen kranken Kindern, zur Not auch in einem abgetrennten Bereich einer allgemeinen Intensivstation, sind daher erforderlich.</p> <p>Absatz 4 regelt die Anforderungen an die Stufe der umfassenden Notfallversorgung für Kinder. In dieser Stufe sollten alle Kindernotfälle fallabschließend behandelt werden können. Es handelt sich um Unikliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung. Daher werden auch Subspezialisierungen der Kindern- und Jugendmedizin als Fachabteilungen vorgehalten.</p>	<p>Das Modul Notfallversorgung Kinder stellt klar, dass für die stationäre Versorgung von Kindernotfällen in Allgemeinkrankenhäusern die Bedingungen der Abschnitte III bis V gelten. Abweichend davon wird spezialisierten, selbstständigen Kinderkliniken, die ausschließlich Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin anbieten, die Stufe der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 zugeschrieben, um eine Teilnahme von Kinder-Fachkliniken an der stationären Notfallversorgung zu ermöglichen und deren besondere Vorhaltungen über einen entsprechenden Zuschlag zu gewährleisten.</p>

Die Fachdisziplinen der Neurochirurgie und der Anästhesiologie müssen über ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Kindern verfügen.

Die intensivstationären Kapazitäten bilden die Leistungsfähigkeit der hier avisierten Kliniken ab. Die Labor und Röntgendiagnostik ist speziell auf die Bedürfnisse von Kindern abgestellt.

## **2.26 GKV-SV/KBV/PatV § 26 Modul Spezialversorgung**

### **GKV-SV/KBV/PatV**

In diesem Absatz wird klargestellt, dass bestimmte Krankenhäuser und besondere Einrichtungen von einer Abschlagszahlung ausgenommen werden, weil sie notfallrelevante Aufgaben übernehmen können.

Gleichzeitig sind diese Einrichtungen jedoch nicht zuschlagfähig, weil ihre besondere Vorhaltekosten schon über andere Finanzierungsregelungen vergütet werden.

Psychiatrische Krankenhäuser, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind, werden von einer Abschlagszahlung ausgenommen, erhalten allerdings auch keine Zuschläge. Ihre Vorhaltekosten werden bereits im vereinbarten Budget berücksichtigt.

Besondere Einrichtungen können beispielsweise in der Versorgung von Schwerstbrandverletzten notfallrelevante Aufgaben übernehmen. Sie werden daher von einer Abschlagszahlung ausgenommen, erhalten allerdings auch keine Zuschläge. Die Vorhaltekosten von besonderen Einrichtungen werden bereits im vereinbarten Budget berücksichtigt.

Die Regelung in Absatz 2 Buchstabe 3 schafft die Möglichkeit, in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser von einer Abschlagszahlung zu befreien, sofern sie im Landeskrankenhausplan als Spezialversorger in der Notfallversorgung ausgewiesen sind und rund um die Uhr (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnehmen.

## 2.27 DKG § 22

### Modul Schlaganfallversorgung

#### DKG

Der Schlaganfall ist ein besonders zeitkritisches notfallrelevantes Krankheitsbild. Die personellen und sächlichen Vorhaltungen für Stroke Units sind erheblich.

Deshalb sollen Krankenhäuser, die eine Stroke Unit vorhalten, um Patienten mit einem akuten Schlaganfall optimal versorgen zu können, die jedoch nicht die Vorgaben der Basisversorgung erfüllen, weil sie z.B. nicht über beide Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie verfügen, auf Grund der besonderen Vorhaltungen für die Notfallversorgung trotzdem in die Stufe der Basisnotfallversorgung eingruppiert werden.

Die Höherstufung gilt auch für Krankenhäuser, die lediglich die Voraussetzungen der Stufe der Basisnotfallversorgung erfüllen und zusätzlich über eine Stroke Unit verfügen. Sie werden der Notfallversorgungsstufe 2 (erweiterte Notfallversorgung) zugeordnet.

## 2.28 DKG § 23

### Modul Sonstige fachspezifische Notfallversorgung

#### DKG

Fachkrankenhäuser, die an der fachspezifischen Notfallversorgung teilnehmen, werden auf Grund ihrer Vorhaltungen der Stufe der Basisnotfallversorgung zugeordnet. Es kann sich hierbei zum Beispiel um Fachkrankenhäuser für Orthopädie, Augenheilkunde oder Neurologie handeln.

Voraussetzung zur Einstufung in die Basisnotfallversorgung ist das Vorhalten der je nach Fachgebiet erforderlichen apparativen und personellen Ausstattung sowie die Gewährleistung, dass ein fachspezifisch weitergebildeter Facharzt sich im Präsenzdienst oder im Bereitschaftsdienst oder im Rufbereitschaftsdienst bereit hält, um sich bei Hinzuziehung durch den am Patienten anwesenden Arzt unverzüglich dorthin zu begeben.

Diese Formulierung wurde so gewählt, weil die Angabe einer konkreten Zeitspanne bis zum Eintreffen des Facharztes im Krankenhaus oder beim Patienten aus arbeits- und tarifrechtlichen Gründen dazu führen würde, dass der Dienst nicht ein Rufdienst, sondern ein Bereitschaftsdienst wäre. Dies hätte zur Folge, dass der Dienst als Arbeitszeit einzustufen wäre mit voller Anrechnung auf die wöchentlich maximale Arbeitszeit. In der Folge wären zahlreiche neue Facharztstellen in den Krankenhäusern einzurichten, die aufgrund der Situation am Arbeitsmarkt aber nicht zu realisieren wären. Auch würde dies zu einem massiven Kostenschub führen.

## Zu VII. Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

## 2.29 GKV-SV/KBV/PatV § 27 /DKG § 24 Inkrafttreten

### GKV-SV/KBV/PatV

Diese Regelung tritt am 1. Januar 2018 in Kraft, um eine verbindliche Rechtsgrundlage für die Vereinbarung der Zu- und Abschläge gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG zu schaffen.

## 2.30 GKV-SV § 28 Übergangsbestimmungen

### GKV-SV

Zu Absatz 1

Siehe Begründung zu § 2 Abs. 2.

Die Übergangsregelung für die ZNA bezieht sich ausschließlich auf die baulichen Anforderungen und die damit in engem Zusammenhang stehenden Kriterien wie die fachübergreifende Leitung der ZNA und die Aufnahme der Patienten über die ZNA. Davon unberührt bleiben jedoch Anforderungen an die Prozesse der Notfallaufnahme. So muss beispielsweise auch ein Krankenhaus mit mehreren fachspezifischen dezentralen Notaufnahmen im Übergangszeitraum ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung der Patienten einsetzen und die Patientenversorgung aussagekräftig dokumentieren, um an der strukturierten Notfallversorgung teilzunehmen.

Zu Absatz 2

Siehe Begründung zu § 6 Abs. 1.

Für Datenerfassungen und -übermittlungen zur Überprüfung der Kriterien dieser Regelung ist ab dem 01. Januar 2020 das Standortkennzeichen gemäß § 293 Abs. 6 SGB V zu verwenden.

## 2.31 GKV-SV/KBV/PatV § 29/DKG § 25 Evaluation

<b>GKV-SV/KBV/PatV</b>	<b>DKG</b>
<p>Der G-BA überprüft anhand einer Evaluation die Folgewirkung dieser Regelung. Dies ist notwendig, da nicht für alle Kriterien valide Daten auf Bundesebene vorliegen und daher zum Zeitpunkt der Beschlussfassung keine vollumfängliche Wirkungsanalyse möglich ist. Zudem ist zu erwarten, dass diese Regelung zu Strukturveränderungen in den Krankenhäusern führen wird, die analysiert werden sollen.</p>	<p>Der G-BA evaluiert die Auswirkungen der Regelung auf die Versorgungsrealität.</p>

### 3. Würdigung der Stellungnahmen

[Ergänzung nach Auswertung der Stellungnahmen]

### 4. Bürokratiekostenermittlung

Durch die im Beschluss enthaltenen Regelungen entstehen keine Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne Anlage II zum 1. Kapitel der VerfO. Daher entstehen auch keine Bürokratiekosten.

### 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
14.10.2016	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
14.10.2016	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten
TT.MM.JJJJ	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA BPL	<i>Anhörung</i>
TT.MM.JJJJ	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abschluss der vorbereitenden Beratungen</li><li>• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe)</li></ul>
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über die Erfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## **6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens**

[Ergänzung nach Auswertung der Stellungnahmen]

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

<b>Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)</b>	
<b>Stand 14.02.2018</b>	
<b>Abschnitt</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>
	Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) befasst sich umfassend mit notfallmedizinischen Fragestellungen im prähospitalen sowie klinischen Bereich. Die Neustrukturierung der stationären Notfallversorgung ist notwendig, der Auftrag an den GBA berücksichtigt jedoch nicht ausreichend den intersektoralen Kontext. Die DGAI unterstreicht die zentrale Bedeutung der intersektoralen Neuausrichtung einer patientenorientierten Notfallversorgung in Deutschland.
§5 Punkt 5. (2)	Die Neustrukturierung erfordert auch die Festlegung von Strukturen und Prozessen. Auf Basis dieser Strukturen soll die Weiterversorgung der im Eckpunktepapier festgelegten Abläufe erfolgen.
§5 Punkt 5. (4) LV, GKV-SV/PatV/KBV	Zu den für eine strukturierte Notfallversorgung notwendigen Fachabteilungen müssen bei allen Stufen die Fachabteilungen für Anästhesiologie zählen. Daher darf der Verweis auf den Fachabteilungsschlüssel gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V nicht zum Ausschluss der Anästhesiologie aus formalen Gründen führen.
§6 (3) GKV-SV/PatV/KBV	Der initial zu versorgende Notfallpatient kann nicht primär in die ambulante oder stationäre Notfallversorgung eingestuft werden. Dies ist erst im Verlauf der Versorgung und Abklärung in der Notaufnahme möglich. Daher sollen Krankenhäuser, welche an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach §3 teilnehmen, eine Kooperationsvereinbarung, gemäß §75 Abs. 1b SGBV mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erhalten.
§7	Qualitätsindikatoren sind aus Sicht der DGAI sinnvoll und zu etablieren. Jedoch bestehen diese für die Notfallversorgung noch nicht umfassend und sind daher fachübergreifend zu definieren und festzulegen. Sinnvoll erscheint eine einheitliche Erfassung und Dokumentation. Eine Grundlage hierfür kann das AKTIN Projekt bieten. AKTIN dient der Verbesserung der Versorgungsforschung in der klinischen Akut- und Notfallmedizin in Deutschland durch den Aufbau eines nationalen Notaufnahmeregisters ( <a href="http://www.aktin.org">www.aktin.org</a> ). Eine Weiterentwicklung erscheint aus Sicht der DGAI notwendig und sinnvoll.

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

**Stand 14.02.2018**

§8 DKG/KBV/LV	<p>Die Anästhesiologie muss als notwendig vorzuhaltende Fachabteilung bereits für die Basisnotfallversorgung aufgeführt werden.</p> <p>Die zu einer strukturierten Notfallversorgung notwendigen Fachabteilungen müssen in der Basisversorgung aus internistischen, chirurgischen und anästhesiologischen Abteilungen bestehen, wie es der Vorschlag GKV-SV/PatV vorsieht. Das Vorhandensein einer hauptamtlichen Fachabteilung für Anästhesiologie ist unabdingbar für die Durchführung von Notfalloperationen sowie die Sicherstellung von interventionellen Eingriffen in der konservativen Medizin und bildgebenden Verfahren. Ein Beleg- oder Konsiliararzt kann die Sicherstellung inkl. entsprechender Ausfallkompensation nicht hinreichend übernehmen.</p> <p>Die Notwendigkeit einer Anästhesieabteilung ist für die Behandlung von Notfällen seitens sämtlicher relevanter Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften anerkannt. (<i>Dt.Ärztebl. 2010;107(7):A-268,B-236/C-232</i>)</p> <p>Ferner ist die Anästhesiologie gemäß des „Weißbuches Schwerverletztenversorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie bereits bei lokalen Traumazentren unmittelbar im Basisteam enthalten.</p>
§9 GKV-SV/LV/KBV/PatV (1.-2.)	<p>Die unmittelbare Versorgung vital instabiler Patienten ist eine Hauptaufgabe von Notaufnahmen. Das in der Notaufnahme eingesetzte Personal ist entsprechend zu qualifizieren. Die DGAI setzt sich für die Einführung der Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ ein. Ebenfalls wird die Einführung der „Notfallpflege“ unterstützt.</p> <p>Zur Personalsituation in den Notaufnahmen siehe auch: <a href="https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/notfallpflege-in-den-koalitionsverhandlungen-fachgesellschaften-fordern-ausreichend-pflegepersonal-in-notaufnahmen">https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/notfallpflege-in-den-koalitionsverhandlungen-fachgesellschaften-fordern-ausreichend-pflegepersonal-in-notaufnahmen</a></p>
§9 PatV	<p>Die DGAI unterstützt proaktiv die Digitalisierung der Medizin. Der Ausbau telemedizinischer Netzwerke ist absolut sinnvoll und sollte vorangetrieben werden.</p>
§9 GKV-SV/LV/KBV(4)	<p>Fachspezifische Fortbildungen sind zur Sicherung der zu entwickelnden Qualitätsindikatoren (§7) unerlässlich und dokumentiert durchzuführen</p>
§10 GKV-SV/PatV/KBV	<p>Notfallversorgung findet nicht ausschließlich in Notaufnahmen statt. In der Initialphase ist die Notaufnahme essentiell, jedoch muss eine intensivmedizinische Weiterversorgung von Notfallpatienten 24/7/365 auch in der Basisversorgung</p>

<b>Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)</b>	
<b>Stand 14.02.2018</b>	
	<p>durchgeführt werden können. Daher sollte auch hier, wie in §15, stehen „ Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.“ Ansonsten ist nicht verständlich, warum diese Regelung für die erweiterte Notfallversorgung gilt, nicht aber für die Basisversorgung.</p> <p><i>Anästh. Intensivmed (2007) 48:431-432)</i></p>
§11 DKG	<p>Die seitens der DKG aufgeführten Inhalte für eine medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung sind nicht ausreichend detailliert dargestellt. Ein Schockraum und ein CT welcher 24/7/365 betrieben werden sollte, werden nicht aufgeführt.</p> <p><i>Schockraummanagement kritisch erkrankter Menschen, (Anaesthesist (2014) 63:144-153)</i></p>
§12 GKV-SV/PatV/LV/KBV	<p>Die DGAI unterstützt ausdrücklich die seitens GKV-SV/PatV/LV/KBV vorgeschlagenen Strukturen und Prozesse von Notaufnahmen. Krankenhäuser welche an der Basisnotfallversorgung teilnehmen, müssen über die aufgeführten Inhalte als Mindestmaß verfügen, da ansonsten eine qualifizierte Versorgung nicht möglich ist.</p> <p><i>(Dtsch Arztebl 2010; 107(7): A-268 / B-236 / C-232)</i></p> <p>Der Kerndatensatz Notaufnahme der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) ist als Mindeststandard zu werten. Der weitere Ausbau ist dringend erforderlich, da bisher lediglich Prozessindikatoren und noch keine Struktur- und Ergebnisqualität daraus ableitbar ist.</p> <p><i>Med Klin Intensivmed Notfmed (2016) doi:10.1007/s00063-016-0180-x.</i></p>
§13 GKV-SV/KBV/PatV/LV	<p>Die DGAI hält die vorgeschlagene Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung von GKV-SV/KBV/PatV/LV für korrekt. Wir verweisen nochmals ausdrücklich darauf, dass die Anästhesiologie für die Notfallversorgung der Bevölkerung bereits in der Basisversorgung (§ 8) von essentieller Bedeutung ist und daher neben der Chirurgie und Inneren Medizin verpflichtend vorzuhalten ist.</p>
§13 DKG	<p>Der Vorschlag der DKG von 4 Intensivbetten bei Krankenhäusern der erweiterten Notfallversorgung ist aus qualitativen und ökonomischen Gründen weder sinnvoll noch für eine Notfallversorgung ausreichend.</p>
§17 GKV-SV/PatV	<p>Die Vorhaltung einer Notaufnahmestation, welche an eine zentrale Notaufnahme angegliedert sein muss, ist medizinorganisatorisch sinnvoll und optimiert die Versorgungsmöglichkeiten der Patienten.</p>

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	
Stand 14.02.2018	
	(Dtsch Arztebl 2010; 107(7): A-268 / B-236 / C-232)
§18 GKV-SV/KBV/PatV	Der Vorschlag der GKV-SV/KBV/PatV wird durch die DGAI unterstützt.
§21 GKV-SV/KBV/PatV/LV	Der Vorschlag berücksichtigt nicht ausreichend die aktuelle Versorgung neurovaskulärer Notfälle. Er sollte unbedingt durch die Möglichkeit zur 24/7/365 neuroradiologischen Interventionsmöglichkeit ergänzt werden.
§25 GKVSV/KBV/PatV/LV	Das Modul Notfallversorgung für Kinder wird seitens der DGAI vollumfänglich unterstützt.
	<p>Literatur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen (NotfallRettungsmed (2015) 18: 174-185)</i></li> <li>- <i>Konsens der DIVI mit der DGINA zur Zusatzweiterbildung „klinische Notfall- und Akutmedizin“ (Presseerklärung DIVI, 07. März 2016)</i></li> <li>- <i>Notfallbehandlung: Zentrale und interdisziplinär, Dt. Arztebl (2010); 107(7): A-268 B-236/C-232)</i></li> <li>- <i>Interdisziplinäre Notaufnahme und Anästhesiologie – Zukunft und Chancen, 10 Thesen zur Zentralen Notaufnahme, (Anaest Intensivmed (2016) 57:706-707)</i></li> <li>- <i>Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und Klinik, (NotfallRettungsmed (2016) 19:387-395)</i></li> <li>- <i>www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/notfallpflege-in-den-koalitionsverhandlungen-fachgesellschaften-fordern-ausreichend-pflegepersonal-in-notaufnahmen</i></li> <li>- <i>Schockraummanagement kritisch erkrankter Menschen, (Anaesthesist (2014) 63:144-153)</i></li> <li>- <i>Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung (2012), 2. Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart</i></li> <li>- <i>Gemeinsame Empfehlung der zur Organisation der Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für internistische Intensiv- und Notfallmedizin. (Anästh. Intensivmed (2007) 48:431-432)</i></li> <li>- <i>Bewertung von Qualitätsindikatoren für die Notaufnahme (Med Klin Intensivmed Notfmed (2016) doi:10.1007/s00063-016-0180-x)</i></li> </ul>

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

<p><b>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), nach Abstimmung mit Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) und in Zusammenarbeit mit Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKiND) und Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)</b></p>	
<p><b>08.02.2018</b></p>	
<p><b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b></p>	<p><b>Begründung</b></p>
<p>VI. Spezielle Notfallversorgung §25 Modul Notfallversorgung Kinder (GKV-SV / KBV / PatV / LV)</p>	<p>Wir unterstützen ausdrücklich das Konzept von GKV-SV / KBV / PatV / LV. Die folgenden 2 Verbesserungsvorschläge sollten noch aufgenommen werden. Das Konzept der DKG lässt selbst eine umfassende Notfallversorgung für Kinder- und Jugendliche auch in Allgemeinkrankenhäusern ohne Kinder und Jugendmedizinische Klinik/Abteilung zu. Dies kann einer notwendigen speziellen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht gerecht werden.</p>
<p>§25 Abs.3 Punkt 5 (Erweiterte Notfallversorgung Kinder): 24-stündige Verfügbarkeit der <u>Radiologie und Sonographie sowie Computertomographie (CT) oder</u> Magnetresonanztomographie (MRT)</p>	<p>Das CT ist schneller als ein MRT und daher bei fast allen Kindernotfällen, 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. Es sollte hier mit einer „oder“- bzw. einer „und/oder“-Verknüpfung aufgeführt werden. Ergänzt werden sollte hier auch die Sonographie und konventionelle Radiologie.</p>
<p>§25 Abs. 4 Punkt 7 (Umfassende Notfallversorgung Kinder): Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach G-BA Richtlinien <u>mit zusammen mindestens 12 Betten</u> am Standort.</p>	<p>Die Umstellung des Textes auf „<i>zusammen mindestens 12 Betten</i>“ (z.B. 6 PICU und 6 NICU) trägt der Tatsache Rechnung, dass in 2/3 der Kindereinrichtungen, die für die umfassende Notfallversorgung in Frage kommen, pädiatrische (PICU) und neonatologische (NICU) Intensivstationen zusammen betrieben werden (Quelle: Daten aus der „PICU/NICU-Umfrage 2017“ und aus „Ausgezeichnet. FÜR KINDER 2018-2019“). Es könnte sonst sein, dass in einzelnen Regionen evtl. keine einzige Klinik die Kriterien der umfassenden Versorgung erfüllt. Offensichtlich orientiert sich die Vorgabe von 10 päd. Intensivbetten an der Vorgabe von 10 Intensivbetten für Erwachsene. Der Bereich Kinder und Jugendmedizin stellt aber einen weitaus kleineren Patientenpool dar, als die gesamte Erwachsenenmedizin. Eine Betriebsgröße von zusammen 12 Betten sehen wir als angemessen an.</p>

**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ),  
nach Abstimmung mit Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH),  
Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) und in  
Zusammenarbeit mit Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in  
Deutschland (GKiND) und Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und  
Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)**

**08.02.2018**

Kliniken ohne Kinderabteilung müssen Kinder natürlich im Rahmen der allgemeinen Hilfespflicht erstversorgen, bekommen aber keine Zuschläge.

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist noch zu regeln, dass auch in diesen Kliniken ein Weiterverlegungskonzept von Kindern und Jugendlichen vorliegt und zur Anwendung kommt.


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

<b>Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)</b>	
<b>23. Januar 2018</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Unter § 6 Satz 2 sollte in dem vorletzten Satz „fachlich unabhängig“ gestrichen werden.</p>	<p>Eine zentrale Notaufnahme, so ist es in dem Satz geschrieben, ist eine fachübergreifende Einheit. Somit wird dort interdisziplinär mit allen Fachabteilungen zusammen gearbeitet. Eine „fachlich unabhängige“ Leitung widerspricht dem. Zumal die Leitung selbst nicht in allen Fachgebieten Facharztwissen vorweisen kann. Der Facharztstandard muss in allen in der Notaufnahme vertretenen Fachabteilungen gewährleistet sein. Die Leitung kann organisatorisch unabhängig sein, aber nicht fachlich.</p>
<p>Unter § 9 Satz 3 sollte ausgeführt werden, dass die jeweiligen Fachärzte der Chirurgie, Inneren Medizin und Anästhesie im Bereitschaftsdienst oder Schichtdienst präsent sein müssen.</p>	<p>Die Verfügbarkeit eines Facharztes beim Pat. innerhalb von 30 Minuten ist tarifrechtlich in den Arbeitsverträgen mit den ärztlichen Mitarbeitern nicht festzulegen. Beim Rufdienst entscheidet der Arbeitnehmer über seinen Aufenthaltsort, der demnach auch deutlich weiter weg als 30 Minuten von der Klinik gelegen sein kann. Es muss daher ein Präsenzdienst für diese Fachbereiche festgelegt werden. Dieses gilt entsprechend für weitere Fachdisziplinen, je nach deren Erfordernissen in der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung.</p>
<p>Unter §§ 13 und 18 (Art und Anzahl der Fachabteilungen) sollte in Kategorie <b>A</b> die Viszeralchirurgie mit aufgeführt werden,</p> <p>sowie in Kategorie <b>B</b> die Orthopädie, sowie die Handchirurgie</p>	<p>Die <u>Viszeralchirurgie</u> stellt eine eigenständige Facharztqualifikation dar und ist die entscheidende Kompetenz bei chirurgischen Eingriffen des Abdomens. Diese Art von Eingriffen hat einen hohen Anteil in der Notfallbehandlung.</p> <p>Die <u>Handchirurgie</u> ist ebenfalls eine wichtige Disziplin in der Notfallversorgung und beinhaltet eine eigenständige Qualifikation als Zusatzbezeichnung und auch als Facharzt.</p> <p>Die <u>Orthopädie</u> beinhaltet aufbauend auf den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie weiterhin die Zusatzbezeichnung spezielle Orthopädie. Diese Kompetenz ist in der Notfallversorgung gefragt bei immobilisierenden Schmerzereignissen des Bewegungsapparates, bei der akuten Ephysiolysis Capitis femoris des Kindes und bei akuten septischen oder anderen hoch entzündlichen Krankheitsbildern der Gelenke.</p>
<p>Unter § 25 Satz 4 sollte nicht eine Fachabteilung für Kinderchirurgie gefordert werden, sondern statt</p>	<p>Die chirurgische Notfallversorgung von Kindern ist vielerorts in chirurgische Fachabteilungen kompetent eingebunden. Eigenständige Fachabteilungen für die Kinderchirurgie sind daher vielerorts nicht etabliert. Ob dieses zukünftig erforderlich</p>



<b>Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)</b>	
<b>23. Januar 2018</b>	
dessen eine Verfügbarkeit eines Facharztes für Kinderchirurgie innerhalb von 30 Minuten am Patienten, analog der Neurochirurgie.	ist, sollte in Abhängigkeit der lokalen Gegebenheiten von denen vor Ort handelnden Personen entschieden werden. In den bestehenden Versorgungsstrukturen der kinderchirurgischen Notfälle waren bisher keine entscheidenden Mängel zu beklagen. Ein stets verfügbarer Facharztstandard für Eingriffe bei Kindern und Adoleszenten sollte daher die Erfordernisse abdecken können.

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung &  
veranlasste Leistungen  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

**Prof. Dr. med. Klaus F. Rabe**  
Präsident der DGP

info@pneumologie.de  
030-29 36 27 01  
030-29 36 27 02  
www.pneumologie.de  
19. Februar 2018

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) bedankt sich herzlich für die Einladung, Stellung zum o.g. Verfahren nehmen zu können.

Für das Stellungsverfahren haben wir uns eng mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und insbesondere mit der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) abgestimmt. Wir möchten Ihnen mitteilen, dass die DGP sich hiermit der von den DGIIN / DGIM vorgelegten Stellungnahme anschließt. Für die mündliche Anhörung am 26. Februar 2018 nominiert die DGP Herrn Professor Pankow (Berlin).

Zu unserem großen Bedauern war es uns nicht möglich, Ihnen bis zur angegebenen Frist Rückmeldung zu geben. Wir bitten dies zu entschuldigen und möchten Sie bitten, die Nominierung von Herrn Professor Pankow zur mündlichen Anhörung zu berücksichtigen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit Dank und freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Klaus F. Rabe  
Präsident der DGP

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

<p><b>Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e.V.) Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)</b></p>	
<p><b>0523. Januar-Februar 2018</b></p>	
<p><b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b></p>	<p><b>Begründung</b></p>
<p>Unter § 6 Satz 2 sollte in dem vorletzten Satz „fachlich unabhängig“ gestrichen werden.</p>	<p>Eine zentrale Notaufnahme, so ist es in dem Satz geschrieben, ist eine fachübergreifende Einheit. Somit wird dort interdisziplinär mit allen Fachabteilungen zusammen gearbeitet. Eine „fachlich unabhängige“ Leitung widerspricht dem. Zumal die Leitung selbst nicht in allen Fachgebieten Facharztwissen (Facharztstandard) vorweisen kann. Die Leitung kann organisatorisch unabhängig sein, aber nicht fachlich.</p>
<p>Unter § 9 Satz 3 sollte ausgeführt werden, dass die jeweiligen Fachärzte der Chirurgie, Inneren Medizin und Anästhesie im Bereitschaftsdienst oder Schichtdienst präsent sein müssen.</p>	<p>Die Verfügbarkeit eines Facharztes beim Pat. innerhalb von 30 Minuten ist tarifrechtlich in den Arbeitsverträgen mit den ärztlichen Mitarbeitern nicht festzulegen. Beim Rufdienst entscheidet der Arbeitnehmer über seinen Aufenthaltsort, der demnach auch deutlich weiter weg als 30 Minuten von der Klinik gelegen sein kann. Es muss daher ein Präsenzdienst für diese Fachbereiche festgelegt werden. <u>Für die einfache und erweiterte Notfallversorgung genügt der Facharztstandard.</u> Dieses gilt entsprechend für weitere Fachdisziplinen, je nach den <u>lokalen</u> <del>ren</del>-Erfordernissen <u>-in der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung-</u></p>
<p>Unter §§ 13 und 18 (Art und Anzahl der Fachabteilungen) sollte in Kategorie <b>A</b> die Viszeralchirurgie mit aufgeführt werden, sowie in Kategorie <b>B</b> die Orthopädie, sowie die Handchirurgie</p>	<p>Die <u>Viszeralchirurgie</u> stellt eine eigenständige Facharztqualifikation dar und ist die entscheidende Kompetenz bei chirurgischen Eingriffen des Abdomens. Diese Art von Eingriffen hat einen hohen Anteil in der Notfallbehandlung.</p> <p>Die <u>Handchirurgie</u> ist ebenfalls eine wichtige Disziplin in der Notfallversorgung und beinhaltet eine eigenständige Qualifikation als Zusatzbezeichnung und auch als Facharzt.</p> <p>Die <u>Orthopädie</u> beinhaltet aufbauend auf den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie weiterhin die Zusatzbezeichnung spezielle Orthopädische Chirurgiee und Kinderorthopädie. Diese Kompetenz ist in der Notfallversorgung <u>dann gefragt, wenn ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Spezielle Unfallchirurgie nicht verfügbar ist. bei immobilisierenden Schmerzereignissen des Bewegungsapparates, bei der akuten Epiphysiolysis eCapitis femoris des Kindes und bei akuten septischen oder anderen hoch-entzündlichen Krankheitsbildern der Gelenke und der Wirbelsäule-</u></p>

Formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

Formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

Formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

**Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e.V.)  
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und Deutsche  
Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)**

**0523. Januar-Februar 2018**

§12 – Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung  
Zu Absatz 2  
Es wird nach zwei Kategorien A und B unterschieden. Unter Kategorie A werden ...  
Notfallindikationen erforderlich sind. Beispielhaft können das die Folgenden sein:  
1. Neurochirurgie: Schädel-Hirn-Trauma, intrakranielle Blutungen  
2. Unfallchirurgie: Traumaversorgung  
3. Neurologie: Behandlung des akuten Schlaganfalles  
4. Geburtshilfe: Not-Sectio  
5. Kardiologie: akuter Herzinfarkt

Es sollte zu Punkt 2 „Orthopädie und Unfallchirurgie mit spezieller unfallchirurgischer Kompetenz“ heißen.  
Es gibt in Zukunft mit dem neuen Facharzt keine singulären Unfallchirurgie-Abteilungen mehr.

Formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

Formatiert: Unterstrichen

Unter § 25 Satz 4  
Das Modul Notfallversorgung  
Kinder stellt klar, dass für die stationäre Versorgung von Kindernotfällen in Allgemeinkrankenhäusern die Bedingungen der Abschnitte III bis V gelten. Abweichend davon wird spezialisierten, selbstständigen Kinderkliniken, die ausschließlich Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin anbieten, die Stufe der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 zugeschrieben, um eine Teilnahme von Kinder-Fachkliniken an der stationären Notfallversorgung zu ermöglichen und deren besondere Vorhaltungen über einen entspre-

Die chirurgische Notfallversorgung von Kindern ist vielerorts in bereits bestehende chirurgische Fachabteilungen kompetent eingebunden. Eigenständige Fachabteilungen für die Kinderchirurgie sind daher vielerorts nicht etabliert. Dieser Zustand wird sich auch auf absehbare Zeit nicht richtungsweisend ändern, da in den bisherigen Versorgungsstrukturen der kinderchirurgischen Notfälle keine entscheidenden Mängel zu beklagen waren. Ein stets verfügbarer Facharztstandard in der Kinderchirurgie für Eingriffe bei Kindern und Adoleszenten sollte daher die Erfordernisse abdecken können.

Formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

Formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

Formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

**Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e.V.)  
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und Deutsche  
Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)**

**0523. Januar-Februar 2018**

chenden Zuschlag zu  
gewährleisten.  
sollte nicht eine  
Fachabteilung für  
Kinderchirurgie gefordert  
werden, sondern statt  
dessen eine Verfügbarkeit  
eines Facharztes für  
Kinderchirurgie innerhalb von  
30 Minuten am Patienten,  
analog der Neurochirurgie.

**§ 23 Modul „Sonstige  
fachspezifische Notfall-  
versorgung“**

Die Verfügbarkeit eines Facharztes im Bereitschaftsdienst ist in  
den meisten Fachkrankenhäusern, die an der „Sonstigen  
fachspezifischen Notfallversorgung“ teilnehmen, nicht zu  
realisieren.  
Sonstige Fachkrankenhäuser, die an der fachspezifischen  
Notfallversorgung teilnehmen, werden unabhängig davon, ob sie  
die Anforderungen des Abschnittes III. vollumfänglich erfüllen,  
der Stufe 1 der Basisnotfallversorgung zugeordnet, wenn sie die  
Verfügbarkeit eines Arztes mit Facharztstandard beim Patienten  
jederzeit im Anwesenheitsdienst oder im Bereitschaftsdienst  
oder im Rufbereitschaftsdienst gewährleisten, die apparative  
und personelle Ausstattung ihres Fachgebietes grundsätzlich  
täglich 24 Stunden vorhalten sowie eine Erklärung über die  
Bereitschaft, an der Notfallversorgung teilzunehmen, vorlegen.

Formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

**§2  
...sowie konkrete  
Anforderungen für jede Stufe  
der stationären  
Notfallversorgung festlegt,  
die vom Krankenhaus zu  
erfüllen sind, um den  
jeweiligen Stufen zugeordnet  
zu werden.**

Die Ausstattung der Notfalleaufnahme, der Intensivstation,  
Diagnostik-Optionen und Vorhaltung mehrerer Fachabteilungen  
entscheidet im Wesentlichen über Zu- oder Abschlüsse in Bezug  
auf eine DRG im Rahmen der stationären Notfallbehandlung.  
Der von der jeweiligen Klinik betriebene Therapie-Aufwand und  
Diagnostikaufwand wird so in keiner Weise berücksichtigt.  
Belohnt werden Kliniken, die eine umfangreiche Ausstattung zur  
Behandlung von Notfallpatienten vorhalten und den  
kleinstmöglichen Kostenaufwand bzw. auch Therapieaufwand  
während der stationären Notfalltherapie betreiben.  
Kleinstmöglich ist zwar rationell, jedoch nicht unbedingt  
nachhaltig.

Formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

Formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

Formatiert: Schriftfarbe: Automatisch

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Herrn Prof. Dr. Hecken, Unparteiischer Vorsitzender  
PF 12 06 06  
10596 Berlin

Per Mail an: [notfallversorgung@g-ba.de](mailto:notfallversorgung@g-ba.de)

1. Vorsitzender  
Dr. Martin Claßen  
2. Vorsitzender  
PD Dr. Carsten Posovszky  
Schatzmeister  
Dr. Söhnke Dammann

Geschäftsstelle  
Chausseestraße 128  
10115 Berlin  
Tel: +49 30 27582345  
Fax: +49 3222 2455839  
E-Mail: [info@gpge.de](mailto:info@gpge.de)  
Homepage: [www.gpge.de](http://www.gpge.de)

Stellungnahme der GPGE zur Erstfassung der Regelungen zu  
einem gestuften System von Notfallstrukturen in Kranken-  
häusern gemäß  
§ 136c Absatz 4 SGB V

Berlin, den 13.02.2018

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,  
sehr geehrter Herr Hollstein,  
sehr geehrte Damen und Herren,

als Vertreter einer betroffenen Fachgesellschaft möchten wir Ihnen herzlich dafür danken, zum Beschlussentwurf für die Erstfassung der Regelungen für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern Stellung nehmen zu dürfen. Diese betreffen die Kinder- und Jugendmedizin und speziell die Kindergastroenterologie in besonderer Weise.

Als subdisziplinäre Fachvertretung unterstützt die GPGE die mit GKiND und dem VLKKD abgestimmte Stellungnahme der DGKJ. Wir begrüßen die Beschlussvorschläge des GKV-Spitzenverbandes und plädieren nachdrücklich dafür, diese zu realisieren. Durch das „Modul Notfallversorgung Kinder“ (§ 25 GKV-SV / KBV / ParV / LV) werden Kinder in der medizinischen Notfallversorgung Erwachsenen gleichgestellt.

Im Konzept der Deutschen Krankenhausgesellschaft dagegen sollen Kinder im Notfall im Rahmen der Strukturen für Erwachsene behandelt werden, also in der Zentralen Notaufnahme, ohne Zusage einer fachärztlichen Versorgung. Für uns als Fachärztinnen und Fachärzte, die täglich Kinder stationär versorgen und die besonderen Erfordernisse und Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten und ihrer Familien sehr gut kennen, ist dieser Vorschlag inakzeptabel. Das Spektrum an akuten Erkrankungen ist völlig anders, das Management oft erheblich different und der Umgang mit den Patienten völlig anders. Wir teilen den entschiedenen Protest der DGKJ gegen eine Versorgung in den Strukturen der Erwachsenenmedizin.

Eine fachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist nur innerhalb der Kinder- und Jugendmedizin möglich. Deshalb sieht die derzeit gültige Musterweiterbildungsordnung ein Fachgebiet „Kinder- und Jugendmedizin“ vor. Somit sind nicht nur Kinderkliniken,

sondern auch Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin die richtigen stationären Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche im Notfall.

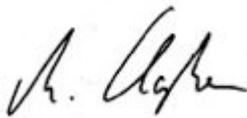
Gerade Kinder mit gastroenterologischen oder hepatologischen akuten Erkrankungen brauchen ein pädiatrisches intensivmedizinisches Setting, die entsprechende Geräteversorgung sowie kinderärztliche Expertise, die bestenfalls an Kinderkliniken oder Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin mit entsprechender Kindergastroenterologisch/hepatologischer Expertise in enger Kooperation mit anderen Fachabteilungen (z.B. Kinderchirurgie, Endoskopie) vorgehalten wird.

Es ist zwingend erforderlich, dass die Notfallversorgung von Kindern separat in einem „Modul Notfallversorgung Kinder“ geregelt wird, mit Vorhaltung eigener Strukturen.

Dass im lebensbedrohlichen Notfall jederzeit und an jedem Ort eine Erstversorgung erfolgen muss, versteht sich von selbst.

Gerne stehen wir Ihnen für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,



1. Vorsitzender



2. Vorsitzender



Schatzmeister

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

<b>Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin</b>	
<b>13.02.2018</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
VI. Spezielle Notfallversorgung §25 Modul Notfallversorgung Kinder (GKV-SV / KBV / PatV / LV)	Wir unterstützen ausdrücklich das Konzept von GKV-SV / KBV / PatV / LV. Die folgenden 2 Verbesserungsvorschläge sollten noch aufgenommen werden. Das Konzept der DKG lässt selbst eine umfassende Notfallversorgung für Kinder- und Jugendliche auch in Allgemeinkrankenhäusern ohne Kinder und Jugendmedizinische Klinik/Abteilung zu. Dies kann einer notwendigen speziellen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht gerecht werden.
§25 Abs.3 Punkt 5 (Erweiterte Notfallversorgung Kinder): 24-stündige Verfügbarkeit der <u>Radiologie und Sonographie sowie Computertomographie (CT) oder</u> Magnetresonanztomographie (MRT)	Das CT ist schneller als ein MRT und daher bei fast allen Kindernotfällen, 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. Es sollte hier mit einer „oder“ - bzw. einer „und/oder“ –Verknüpfung aufgeführt werden. Ergänzt werden sollte hier auch die Sonographie und konventionelle Radiologie.
§25 Abs. 4 Punkt 7 (Umfassende Notfallversorgung Kinder): Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach G-BA Richtlinien <u>mit zusammen mindestens 12 Betten</u> (6 x PICU, 6 x NICU) am Standort.	Die Umstellung des Textes auf „ <i>zusammen mindestens 12 Betten</i> “ (6 PICU und 6 NICU) trägt der Tatsache Rechnung, dass in 2/3 der Kindereinrichtungen, die für die umfassende Notfallversorgung in Frage kommen, pädiatrische (PICU) und neonatologische (NICU) Intensivstationen zusammen betrieben werden (Quelle: Daten aus der „PICU/NICU-Umfrage 2017“ und aus „Ausgezeichnet FÜR KINDER 2018-2019“). Es könnte sonst sein, dass in einzelnen Regionen evtl. keine einzige Klinik die Kriterien der umfassenden Versorgung erfüllt. Offensichtlich orientiert sich die Vorgabe von 10 päd. Intensivbetten an der Vorgabe von 10 Intensivbetten für Erwachsene. Der Bereich Kinder und Jugendmedizin stellt aber einen weitaus kleineren Patientenpool dar, als die gesamte Erwachsenenmedizin. Eine Betriebsgröße von zusammen 12 Betten sehen wir als angemessen an.
	Kliniken ohne Kinderabteilung müssen Kinder natürlich im Rahmen der allgemeinen Hilfespflicht erstversorgen, bekommen aber keine Zuschläge.

**Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin**

**13.02.2018**

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist noch zu regeln, dass auch in diesen Kliniken ein Weiterverlegungskonzept von Kindern und Jugendlichen vorliegt und zur Anwendung kommt.

**Stellungnahme zur Erstfassung der Regelungen für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

**Beschlußentwurf Stand 15.1.2018**

<b>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)</b>	
<b>1.2.2018</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
	<p>Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe begrüßt eine Strukturierung der Notfallversorgung durch den GBA. Während eine Integration gynäkologischer Notfälle, in die durch die Richtlinie beschriebenen Strukturen unkritisch erscheint, so sind die in unserer Stellungnahme von 26.10.2016 angesprochenen Inkonsistenzen im Bezug auf die Versorgung von Schwangeren (insbesondere an der Grenze der Lebensfähigkeit und in der Frühgeburtlichkeit) in der aktuellen Beschlußfassung unseres Erachtens weiterhin nicht ausreichend berücksichtigt.</p> <p>Begrüßenswert ist die Trennung der geburtshilflichen und pädiatrischen Fälle in der Formulierung: „§12 Die Aufnahme von Notfällen ggf. außer in der Versorgung von Kindern und im Bereich der Geburtshilfe erfolgt in einer zentralen Notaufnahme“. Die vorzuhaltenden Strukturen und Personal für die Geburtshilfe sind in der Qualitätssicherungsrichtlinie für Früh- und Reifgeborene des GBA geregelt. Hier wird eine „permanente Arztpräsenz“ für alle Versorgungs-Level gefordert.</p> <p>Dies steht im Gegensatz zur Verfügbarkeit eines Facharztes für Gynäkologie und Geburtshilfe innerhalb von 30 min in einer ZNA, so kein klar gekennzeichnete Facharzt im Bereitschaftsdienst für die ZNA vorgehalten werden soll. Wohl auf Grund dieser Unklarheit wird in §13 der aktuellen Beschlußfassung unter den in der Kategorie A genannten Fachdisziplinen die „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ durch eine Linie von den anderen Fachdisziplinen der Kategorie A abgetrennt. Der Textvorschlag der DKG nennt „Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe“. Diese Abgrenzungen sind jedoch für eine rechtssichere Klarheit nicht ausreichend.</p> <p>In den tragenden Gründen 2.13 GKV-SV/KBV/PatV §13/DKG §11 ist jedoch weiterhin als eine mögliche Notfallindikation in der zentralen Notaufnahme eine „Not-Sectio“ erwähnt. Nach §12 sollte eine geburtshilfliche Aufnahme jedoch gerade <u>nicht</u> in einer ZNA erfolgen, sondern in einem nach der Qualitätssicherungsrichtlinie für Früh- und Reifgeborene des GBA gestalteten Perinatalzentrum.</p> <p>Eine strukturell in einer ZNA geplante Möglichkeit einer Not-Sectio ohne die notwendigen pädiatrischen und maternalen Versorgungsstrukturen stellt einen geplanten Behandlungsfehler dar. Insbesondere im Bezug auf die enormen haftungsrelevanten Konsequenzen geburtshilflicher Entscheidungen, ist hier eine Präzisierung als gesondertes Modul z.B. analog „Notfallversorgung Kinder“ dringend erforderlich.</p>
	<p>Mit freundlichen Grüßen,</p> <p>Prof. Dr. med. C. Scholz</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leitender Oberarzt/ Stellv. Klinikdirektor Universitätsfrauenklinik Ulm</li><li>• Kommission „Sicherheit im Kreißaal“ der DGGG</li><li>• Vorstand Aktionsbündnis Patientensicherheit</li></ul>



Gesellschaft für Neuropädiatrie · Chausseestraße 128 – 129 · 10115 Berlin

**An den**

**Gemeinsamen Bundesausschuss**

**Herrn Prof. Dr. Hecken**

**Herr Hollstein**

**PF 12 06 06, 10596 Berlin**

**Per Mail an: [notfallversorgung@g-ba.de](mailto:notfallversorgung@g-ba.de)**

**N/ [g.olbrisch@dgkj.de](mailto:g.olbrisch@dgkj.de)**

Der Vizepräsident  
Prof. Dr. med. Matthias Kieslich  
Pädiatrische Neurologie  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Klinikum der J. W. Goethe Universität  
Theodor-Stern-Kai 7  
D – 60590 Frankfurt am Main  
Tel. +49 (0) 069 / 6301-5560  
Fax +49 (0) 069 / 6301-5765  
[matthias.kieslich@kgu.de](mailto:matthias.kieslich@kgu.de)

Presse- und Geschäftsstelle Berlin  
Chausseestraße 128-129  
D – 10115 Berlin  
[info@neuropaediatrie.com](mailto:info@neuropaediatrie.com)  
[www.neuropaediatrie.com](http://www.neuropaediatrie.com)

13.02.2018

**Stellungnahmeverfahren:**

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

als zur Stellungnahme berechtigte Fachgesellschaft möchten wir uns inhaltlich voll und ganz der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin vom 08.02.2018 (siehe Anhang) anschließen.

Insbesondere mit neuropädiatrischen Notfällen sind Erwachsenenmediziner regelhaft überfordert, so dass eine separate, flächendeckende, fachpädiatrische Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen notwendig ist. Neurologische Erkrankungen stellen einen nennenswerten Teil pädiatrischer Notfälle, insbesondere in Form von zerebralen Krampfanfällen, Schädel-Hirnverletzungen, Meningo-/Enzephalitiden aber auch Schlaganfällen dar und können nur in Einrichtungen mit entsprechender Expertise erst-/versorgt werden. Die Notfallversorgung von Kindern muss unbedingt in einem separaten Modul geregelt werden.

Mit freundlichen Grüßen

  
Prof. Dr. med. Matthias Kieslich, Vizepräsident

**Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.**

Vizepräsident: Prof. Dr. Matthias Kieslich

Schriftführer: Dr. Andreas Sprinz

Vertreter Österreich: Dr. Manuela Baumgartner

Präsidentin: Prof. Dr. Ulrike Schara

Schatzmeister: Prof. Dr. Thomas Lücke

Vertreterin Schweiz: PD Dr. Andrea Klein

Vertreter der Vertragsärzte: Dr. Folkert Fehr


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

<b>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), nach Abstimmung mit Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) und in Zusammenarbeit mit Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKind) und Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)</b>	
<b>08.02.2018</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
VI. Spezielle Notfallversorgung §25 Modul Notfallversorgung Kinder (GKV-SV / KBV / PatV / LV)	Wir unterstützen ausdrücklich das Konzept von GKV-SV / KBV / PatV / LV. Die folgenden 2 Verbesserungsvorschläge sollten noch aufgenommen werden. Das Konzept der DKG lässt selbst eine umfassende Notfallversorgung für Kinder- und Jugendliche auch in Allgemeinkrankenhäusern ohne Kinder und Jugendmedizinische Klinik/Abteilung zu. Dies kann einer notwendigen speziellen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht gerecht werden.
§25 Abs.3 Punkt 5 (Erweiterte Notfallversorgung Kinder): 24-stündige Verfügbarkeit der <u>Radiologie und Sonographie sowie Computertomographie (CT) oder</u> Magnetresonanztomographie (MRT)	Das CT ist schneller als ein MRT und daher bei fast allen Kindernotfällen, 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. Es sollte hier mit einer „oder“- bzw. einer „und/oder“-Verknüpfung aufgeführt werden. Ergänzt werden sollte hier auch die Sonographie und konventionelle Radiologie.
§25 Abs. 4 Punkt 7 (Umfassende Notfallversorgung Kinder): Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach G-BA Richtlinien <u>mit zusammen mindestens 12 Betten</u> am Standort.	Die Umstellung des Textes auf „ <i>zusammen mindestens 12 Betten</i> “ (z.B. 6 PICU und 6 NICU) trägt der Tatsache Rechnung, dass in 2/3 der Kindereinrichtungen, die für die umfassende Notfallversorgung in Frage kommen, pädiatrische (PICU) und neonatologische (NICU) Intensivstationen zusammen betrieben werden (Quelle: Daten aus der „PICU/NICU-Umfrage 2017“ und aus „Ausgezeichnet. FÜR KINDER 2018-2019“). Es könnte sonst sein, dass in einzelnen Regionen evtl. keine einzige Klinik die Kriterien der umfassenden Versorgung erfüllt. Offensichtlich orientiert sich die Vorgabe von 10 päd. Intensivbetten an der Vorgabe von 10 Intensivbetten für Erwachsene. Der Bereich Kinder und Jugendmedizin stellt aber einen weitaus kleineren Patientenpool dar, als die gesamte Erwachsenenmedizin. Eine Betriebsgröße von zusammen 12 Betten sehen wir als angemessen an.



<b>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), nach Abstimmung mit Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) und in Zusammenarbeit mit Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) und Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD)</b>	
<b>08.02.2018</b>	
	<p>Kliniken ohne Kinderabteilung müssen Kinder natürlich im Rahmen der allgemeinen Hilfespflicht erstversorgen, bekommen aber keine Zuschläge.</p> <p>Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist noch zu regeln, dass auch in diesen Kliniken ein Weiterverlegungskonzept von Kindern und Jugendlichen vorliegt und zur Anwendung kommt.</p>

## Stellungnahme

12.02.2018

### **Stellungnahme der DGPPN zur Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

Die DGPPN hat den Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V zur Kenntnis genommen. Die Fachgesellschaft unterstützt dabei den Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie von der Regelung auszunehmen.

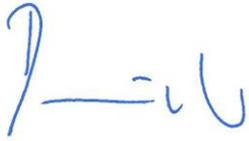
Die DGPPN unterstützt die Position der DKG, Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie von der vorliegenden Regelung auszunehmen, da sich die Notfallstrukturen im psychiatrischen Bereich erheblich von denen in der Somatik unterscheiden. Dies hängt vor allem mit dem im psychiatrischen Bereich geltenden Budgetmechanismus aber auch dem besonderen Konstrukt der Pflichtversorgung zusammen. Notfallstrukturen in diesem speziellen medizinischen Fachgebiet müssen somit auf regionale Besonderheiten Rücksicht nehmen und darauf basierend geregelt sein.

Entsprechend sollte dieser Bereich grundsätzlich von der vorliegenden Regelung ausgenommen werden, wofür § 2 „Gegenstand der Regelung“ der adäquate Ort ist.

Wir möchten an dieser Stelle aber darauf hinweisen, dass die gestufte Notfallversorgung nichtsdestotrotz gerade auch im psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsgalltag von ausgesprochen hoher Bedeutung ist. Insbesondere Kliniken der Pflichtversorgung haben einen hohen Anteil an Notfallaufnahmen. Vor diesem Hintergrund möchten wir ebenfalls erwähnen, dass die S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ kurz vor der Veröffentlichung steht und den Diskurs zur Thema „Psychiatrische Notfälle“ bereichern wird.

Des Weiteren möchten wir darauf aufmerksam machen, dass sich ein hoher Anteil von Menschen mit psychischen Erkrankungen im kassenärztlichen Notdienst vorstellt bzw. in der Notaufnahme der Krankenhäuser. Daher sollte in der Weiterbildung der Notfallmediziner das psychiatrische Krisenmanagement verpflichtend sein.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'D' followed by a horizontal line and a 'U'.

Prof. Dr. med. Arno Deister

Präsident DGPPN

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

<b>Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP)</b>	
<b>14.02.2018</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
VI. Spezielle Notfallversorgung §25 Modul Notfallversorgung Kinder (GKV-SV / KBV / PatV / LV)	Wir unterstützen ausdrücklich das Konzept von GKV-SV / KBV / PatV / LV. Die folgenden 2 Verbesserungsvorschläge sollten noch aufgenommen werden. Das Konzept der DKG lässt selbst eine umfassende Notfallversorgung für Kinder- und Jugendliche auch in Allgemeinkrankenhäusern ohne Kinder und Jugendmedizinische Klinik/Abteilung zu. Dies kann einer notwendigen speziellen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht gerecht werden.
§25 Abs.3 Punkt 5 (Erweiterte Notfallversorgung Kinder): 24-stündige Verfügbarkeit der <u>Radiologie und Sonographie sowie Computertomographie (CT) oder</u> Magnetresonanztomographie (MRT)	Das CT ist schneller als ein MRT und daher bei fast allen Kindernotfällen, 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. Es sollte hier mit einer „oder“- bzw. einer „und/oder“ –Verknüpfung aufgeführt werden. Ergänzt werden sollte hier auch die Sonographie und konventionelle Radiologie.
§25 Abs. 4 Punkt 7 (Umfassende Notfallversorgung Kinder): Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach G-BA Richtlinien <u>mit zusammen mindestens 12 Betten</u> am Standort.	Die Umstellung des Textes auf „ <i>zusammen mindestens 12 Betten</i> “ (z.B. 6 PICU und 6 NICU) trägt der Tatsache Rechnung, dass in 2/3 der Kindereinrichtungen, die für die umfassende Notfallversorgung in Frage kommen, pädiatrische (PICU) und neonatologische (NICU) Intensivstationen zusammen betrieben werden (Quelle: Daten aus der „PICU/NICU-Umfrage 2017“ und aus „Ausgezeichnet. FÜR KINDER 2018-2019“). Es könnte sonst sein, dass in einzelnen Regionen evtl. keine einzige Klinik die Kriterien der umfassenden Versorgung erfüllt. Offensichtlich orientiert sich die Vorgabe von 10 päd. Intensivbetten an der Vorgabe von 10 Intensivbetten für Erwachsene. Der Bereich Kinder und Jugendmedizin stellt aber einen weitaus kleineren Patientenpool dar, als die gesamte Erwachsenenmedizin. Eine Betriebsgröße von zusammen 12 Betten sehen wir als angemessen an.
	Kliniken ohne Kinderabteilung müssen Kinder natürlich im Rahmen der allgemeinen Hilfspflicht erstversorgen, bekommen aber keine Zuschläge.

**Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP)**

**14.02.2018**

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist noch zu regeln, dass auch in diesen Kliniken ein Weiterverlegungskonzept von Kindern und Jugendlichen vorliegt und zur Anwendung kommt.



**DGK.**

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

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

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abt. M-VL  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

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

Nachrichtlich : [josef.hecken@g-ba.de](mailto:josef.hecken@g-ba.de); [stefanie.jonuscheit@g-ba.de](mailto:stefanie.jonuscheit@g-ba.de)

Düsseldorf, den 05. Februar 2018

DGK\_ V2018\_005 System von Notfallstrukturen in KH

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

beiliegend erhalten Sie unsere Stellungnahme aufgeschlüsselt in Ihre Dokumentenvorlage 2016 /Anlage 5. Unsere aktuelle Kommentierung haben wir mittels roter Schrift in unsere Stellungnahme aus 2016 eingearbeitet.

Der nun vorgelegte Beschlussentwurf des G-BA vom 15.01.2018 enthält nach unserer Einschätzung im Vergleich zu dem Beschlussentwurf vom Herbst 2016 keine wesentlichen Änderungen im Sinne der von uns in der ersten Stellungnahme vorgetragenen Kritikpunkte. Wir haben unsere Anregungen jetzt ergänzt und hoffen, dass sie in den anstehenden Beratungen zur Kompromissfindung zwischen DKG und GKV-SV berücksichtigt werden. Die Aufnahme von Krankenhäusern mit zertifizierter Chest Pain Unit (CPU) in das Modul Spezialversorgung §26 ist uns aus kardiologischer Sicht besonders wichtig.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Hugo A. Katus  
Präsident  
Deutscher Gesellschaft für Kardiologie  
Herz- und Kreislaufforschung e.V.



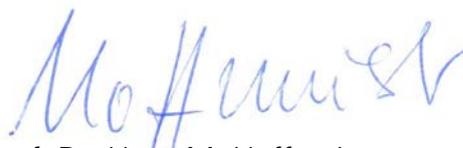
Prof. Dr. Steffen Massberg  
Vorsitzender  
Kommission für Klinische Kardiovaskuläre Medizin



PD Dr. Michael A. Weber  
federführender Autor und Mitglied  
Ständiger Ausschuss *Kardiologische Versorgung*



Prof. Dr. Bernd Nowak  
Vorsitzender  
*Ausschuss Bewertungsverfahren*  
Ständiger Ausschuss  
Qualität- / Leistungsbewertung in der  
Kardiologie



Prof. Dr. Hans M. Hoffmeister  
Vorsitzender  
Ständiger Ausschuss *Kardiologische Versorgung*

**Stellungnahme zur Erstfassung der Regelungen für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß §136c Absatz 4 SGB V**

**Deutsche Gesellschaft für Kardiologie- Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)**

**Stand 16.11.2016 Neue Kommentierung - Stand 05.02.2018**

Anlässlich des Verfahrens „Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß §136c Absatz 4 SGB V“ vom 15.01.2018

Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>§5 5. (2) 1 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme</b></p> <p>Aufnahme von Chest Pain Units (CPU) in das Versorgungskonzept  <b>Eine Aufnahme von CPUs in das Versorgungskonzept ist bisher nicht erfolgt s.u. § 26</b></p>	<p>In der Behandlung internistischer Notfälle kommt der Behandlung des akuten Koronarsyndroms eine besondere Bedeutung zu. Es ist die häufigste Todesursache, 2010 starben 60.000 Menschen am akuten Herzinfarkt. Die Krankenhaussterblichkeit konnte in spezialisierten Zentren mit Herzkatheter-Bereitschaft deutlich gesenkt werden. Der Behandlungserfolg ist entscheidend von einem möglichst kurzen Zeitintervall von Symptombeginn bis zur Wiedereröffnung des verschlossenen Herzinfarktgefäßes abhängig. Durch die Einrichtung von „Chest Pain Units“ (CPU) hat die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie- Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) hier wesentliche Strukturen zur Qualitätsverbesserung der Behandlung geschaffen. Daher müssen CPUs analog zu einem Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit) als eigenständige Versorgungsform in das Konzept integriert werden.</p> <p>„Chest Pain Units“ (CPU) sind etablierte Notfallstrukturen zur 24h/7d Versorgung von Herzinfarktpatienten mit ausgereifter, weitreichender, personeller und medizinisch-technischer Ausstattung, analog den „Stroke Units“. Sie haben zu einer Senkung der Sterblichkeit beim Myokardinfarkt beigetragen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum zwar Stroke Units, nicht aber Chest Pain Units in Kapitel VI. „Spezielle Notfallversorgung“ aufgenommen wurden. Dies ist für eine optimale Versorgung von Herzinfarktpatienten zu fordern.</p>
<p><b>§ 5 5. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (2) 2.</b></p> <p>(...) Ein angestellter Facharzt (der ZNA) des Krankenhauses (...) ist 24h/7d (...) innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar (...).</p> <p>Entscheidend sind die unverzügliche Versorgung des Patienten abhängig vom Schweregrad der Erkrankung nach Facharztstandard und die rasche Übergabe an den definitiv versorgenden Facharzt, gegebenenfalls mit Schwerpunkt (z.B. Kardiologie). Der Facharzt kann auch Belegarzt sein. Das Behandlungsergebnis wird z.B. bei der Herzinfarktversorgung entscheidend davon beeinflusst, dass der Patient unmittelbar in eine Klinik, ein Zentrum mit 24h/7d Herzkatheter-Bereitschaft eingeliefert oder verlegt wird.</p>	<p>Die Leitlinien der DGK (2012) sehen ein Zeitintervall von Krankenhausaufnahme bis zur primären Koronardilatation (PCI) von ≤60 Minuten vor. In einem gestuften System mit ärztlicher Versorgung durch einen Arzt der jeweiligen Fachabteilung auf Facharztstandard, gefolgt von der Versorgung durch den Facharzt (gegebenenfalls mit Zusatzbezeichnung) sollte die Versorgung unverzüglich in Abhängigkeit vom Schweregrad und der vitalen Bedrohung des Patienten bzw. dem Fachgebiet erfolgen. Außerhalb der regulären Arbeitszeiten geschieht dies bei Fachärzten der zuständigen Fachabteilungen in der Regel im Bereitschafts- bzw. Rufbereitschaftsdienst. Der Erhalt der Rufbereitschaft ist zwingende</p>

<b>Deutsche Gesellschaft für Kardiologie- Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)</b> <b>Stand 16.11.2016 Neue Kommentierung - Stand 05.02.2018</b> <b>Anlässlich des Verfahrens „Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß §136c Absatz 4 SGB V“ vom 15.01.2018</b>	
<p>Die Frist von 30 Minuten ist weiterhin nicht sachgerecht und gefährdet aus tarif- und arbeitszeitrechtlichen Gründen das bewährte System der Rufbereitschaft von Fachärzten, insbesondere mit Zusatzbezeichnung.</p> <p><b>§ 5 (2) 2.</b></p> <p>Der Vorschlag der LV, dass Belegärzte angestellten Ärzten gleichzustellen sind, ist unbedingt zu unterstützen.</p>	<p>Voraussetzung einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung. Entscheidend ist hierbei die fachliche Qualifikation und nicht das Vertragsverhältnis zur Klinik, wie angestellter Arzt oder Honorararzt.</p> <p>Belegarzt oder Belegärzte sind erfahrene und qualifizierte Fachärzte, welche vertraglich an das Krankenhaus gebunden sind. Es ist in keiner Weise sinnvoll diese aus der Notfallversorgung herauszunehmen.</p>
<p><b>§ 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen (2)</b></p> <p>Die Einrichtung einer festen, zentralen Notaufnahme (ZNA) mit eigenverantwortlichen Ärzten und Leitung ist keine zwingende Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Notfallversorgung.</p> <p>Die weiterbestehende Forderung der zwingenden Einrichtung einer ZNA geht auf eine Initiative der DEGINA zurück, die aber nicht die Unterstützung der übrigen Fachgesellschaften findet. Dies sollte den einzelnen Trägern vor Ort überlassen werden.</p>	<p>Die Einrichtung einer festen, zentralen Notaufnahme (ZNA) mit eigenverantwortlichen Ärzten und Leitung kann je nach Struktur des Krankenhauses hilfreich sein, ist aber keine zwingende Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Notfallversorgung.</p> <p>In der Kardiologie, die für einen wesentlichen Anteil der Versorgung internistischer Notfälle verantwortlich ist, widerspricht sie dem erfolgreich gelebten Konzept der „Chest Pain Units“ (CPU), in denen Patienten mit akuten Thoraxschmerzen und anderen akuten kardialen Problemen rasch kardiologisch abgeklärt werden können (1). Gerade dieses Ziel ist in einer allgemeinen ZNA mit einer Vielzahl internistischer und chirurgischer Krankheitsbilder nicht umsetzbar. Daten zur CPU aus Deutschland, den USA und England (2-5) deuten auf einen prognostischen Benefit hin, neben einer Verkürzung der Zeiten für Diagnostik und Therapie und einer Kostenreduktion (6-8). Auch von Patienten werden CPUs positiv bewertet (9). Zertifizierte (DGK) CPUs haben den Versorgungsstandard kardiologischer Notfälle in Deutschland verbessert (10, 11).</p>
<p><b>§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung</b></p> <p>1. (...) es ist ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt (...) benannt, der fachlich, räumlich und organisatorisch der Versorgung von Notfällen zugeordnet ist (...).</p> <p>Dies ist nicht auf eine Person oder Fachrichtung der ZNA zu reduzieren.</p> <p>In ZNAs werden häufig MitarbeiterInnen mit der Qualifikation „Notfallsanitäter“ eingesetzt. Auch diese Qualifikation ist unter <b>§ 9 1.</b> anzuerkennen.</p> <p>2. der unter 1. genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ (...) sobald (...) sie verfügbar sind.</p>	<p>In einem gestuften System mit ärztlicher Versorgung durch einen Arzt der jeweiligen Fachabteilung auf Facharztstandard, gefolgt von der Versorgung durch den Facharzt (gegebenenfalls mit Zusatzbezeichnung) zur definitiven Versorgung, muss sichergestellt sein, dass dem Arzt ausreichend Zeit für die Versorgung von Notfallpatienten zur Verfügung steht. Dann sind die Ergebnisse der Notfallversorgung vergleichbar denen einer ZNA oder sogar besser (Beispiele CPU, Stroke Unit).</p> <p>Die Aufnahme der von der DEGINA für die neue Weiterbildungsordnung beantragten Zusatzweiterbildung ist umstritten und weder</p>

<b>Deutsche Gesellschaft für Kardiologie- Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)</b> <b>Stand 16.11.2016 Neue Kommentierung - Stand 05.02.2018</b> <b>Anlässlich des Verfahrens „Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß §136c Absatz 4 SGB V“ vom 15.01.2018</b>	
<p>Keine zwingende Voraussetzung - derzeit nicht umsetzbar.</p> <p>Inzwischen ist die Aufnahme in die neue MWBO vorgesehen, aber noch nicht beschlossen. Es bedarf daher einer Übergangsfrist von mindestens 5 Jahren, bis eine entsprechende Anzahl an Ärzten die Zusatzweiterbildung mit der Dauer von 2 Jahren abgeschlossen haben kann.</p> <p>3. es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar; die Fachabteilung Chirurgie verfügt über unfallchirurgische und visceralchirurgische Kompetenz. Bei Herzinfarktverdacht primärer Transport oder zwingende Verlegung in ein kardiologisches Zentrum mit Herzkatheter-Bereitschaft.</p> <p>4. Ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ ist zu jeder Zeit am Standort verfügbar und (...) Keine zwingende Voraussetzung. <b>Wurde gestrichen und entfällt somit.</b></p>	<p>endgültig abgeschlossen, noch stehen in absehbarer Zeit entsprechende Fachärzte zur Verfügung.</p> <p>Für die sachgerechte Versorgung von Patienten mit Thoraxschmerzen ist bei begründetem Verdacht auf akute Koronarschämie oder Myokardinfarkt die unmittelbare Versorgung oder Verlegung in ein Zentrum mit der Kompetenz einer 24h/7d Herzkatheter-Bereitschaft zwingende Notwendigkeit.</p> <p>Die Weiterbildungsinhalte dieser Zusatzbezeichnung beziehen sich mehr auf die notärztliche Versorgung und stellen somit keine zwingende Voraussetzung für die Tätigkeit in einer Notaufnahme dar. <b>Ergänzung zu WB: Es ist derzeit überhaupt nicht absehbar, ob und ab wann ausreichend Ärzte mit dieser Weiterbildung zur Verfügung stehen. Es ist zu überlegen, diesen Passus zu streichen und nach fünf Jahren ggf. zu ergänzen.</b></p>
<p><b>§ 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung</b></p>	<p>Entscheidend ist die Aufnahmebereitschaft der Intensiveinheit und nicht die Anzahl der Betten; die vorgehaltenen Betten müssen diesem Anspruch genügen und dürfen nicht gesperrt sein. vier Intensivbetten sind ausreichend.</p>
<p><b>§ 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung</b></p> <p><b>4. Kontinuierliche Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls</b></p> <p><b>3. Magnetresonanztomographie (MRT)</b></p>	<p>Diese Definition ist unscharf. Fibrinolyse selbst ist die i.v. Verabreichung eines Thrombolytikums, welche auch präklinisch möglich ist. Fachlich ist die Fibrinolyse des Schlaganfalls jedoch an Stroke Units gebunden.</p> <p>Eine 24h/7d MRT Bereitschaft ist nur für Kliniken mit Neurologie und Neurochirurgie, aber nicht generell notwendig (Lit. P. Hoffstetter et al (2012) Notfall Rettungsmed).</p>
<p><b>§ 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung</b></p>	<p>Die Versorgung geschieht in der Regel durch das bewährte System aus Assistenzarzt mit Facharztstandard, Facharzt, Oberarzt und Chefarzt. Außerhalb der regulären Arbeitszeiten geschieht</p>

<b>Deutsche Gesellschaft für Kardiologie- Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK)</b> <b>Stand 16.11.2016 Neue Kommentierung - Stand 05.02.2018</b> Anlässlich des Verfahrens „Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß §136c Absatz 4 SGB V“ vom 15.01.2018	
<b>KBV</b> Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung stellen zusätzlich zu den Vorgaben nach §§ 9 und 14 (...) die Anwesenheit eines Facharztes der genannten Fachgebiete sicher.	dies bei Fachärzten der zuständigen Fachabteilungen in der Regel im Bereitschafts- bzw. Rufbereitschaftsdienst. Der Erhalt der Rufbereitschaft ist zwingende Voraussetzung einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung. Eine ständige Anwesenheit ist nicht grundsätzlich nötig.  Entscheidend ist hierbei die fachliche Qualifikation und nicht das Vertragsverhältnis zur Klinik wie angestellter Arzt oder Belegarzt. Belegarzt oder Belegärzte sind erfahrene und qualifizierte Fachärzte, welche vertraglich an das Krankenhaus gebunden sind. Es ist in keiner Weise sinnvoll, diese aus der Notfallversorgung herauszunehmen.
<b>VI. Spezielle Notfallversorgung</b>	
<b>§ 26 Modul Spezialversorgung</b>	
Aufnahme von Krankenhäusern mit zertifizierten Chest Pain Units (CPU)	Sollten Krankenhäuser andere Voraussetzungen für eine erweiterte oder umfassende Notfallversorgung nicht erfüllen, aber über eine zertifizierte CPU verfügen, sollte diese über das Modul Spezialversorgung aufgenommen werden.
<b>§ 28 Übergangsbestimmungen, GKV-SV (1), letzter Satz</b>	Ergänzend zu den o.a. Punkten erscheint es nicht sinnvoll, für eine zweijährige Ausbildung, die aktuell noch überhaupt nicht etabliert ist, eine Erfüllung bereits drei Jahre nach deren Verfügbarkeit zu fordern.
<b>Neue Kommentierung zu „Tragende Gründe“ Stand 31.01.2018</b>	
<b>2.6 § 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen Zu Abs. 3</b>  <b>KBV</b> Eine Vorschaltung ambulanter Strukturen zur Triagierung von Notfällen stellt somit eine wesentliche Strukturvoraussetzung für die qualitativ und quantitativ angemessene Versorgung von stationären Notfällen an Krankenhäusern dar. Sie wird (...)	Wie auch vom SVR gefordert, kann eine Triagierung nur über einen gemeinsamen Tresen erfolgen. Diese Struktur muss zwingend unter gemeinsamer Leitung stehen. Sie betrifft im Wesentlichen Patienten, die selbst das Notfallzentrum aufsuchen. Patienten mit Krankheitsbildern, die auf Grund der Anamnese klar einer stationären Behandlung oder Überwachung bedürfen, sind hiervon ausgenommen. Das betrifft z.B. Patienten für Trauma Zentren, Stroke Units und Chest Pain Units (CPU).

## Literatur

1. Post F, Giannitsis E, Darius H, et al. Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung für „Chest Pain Units“, Update 2015. *Kardiologie* 2015;9:171-181
2. Keller T, Post F, Tzikas S et al. Improved outcome in acute coronary syndrome by establishing a chest pain unit. *Clin Res Cardiol* 2010;99(3):149–155
3. Kugelmass A, Anderson A, Brown P. Does having a chest pain center impact the treatment and survival of acute myocardial infarction patients? *Circulation* 2004;110:111 (Abstract)
4. Post F, Genth-Zotz S, Münzel T. Aktueller Stellenwert einer Chest Pain Unit in Deutschland. *Herz* 2007;32(5):435–437
5. Post F, Genth-Zotz S, Münzel T. Versorgung des akuten Koronarsyndroms in einer Chest Pain Unit – Eine sinnvolle Neuerung in Deutschland. *Kliniker* 2007;36:375–380
6. Dougan JP, Mathew TP, Riddell JW et al. Suspected angina pectoris: a rapid-access chest pain clinic. *QJM* 2001;94(12):679–686
7. Goodacre S, Dixon S. Is a chest pain observation unit likely to be cost effective at my hospital? Extrapolation of data from a randomised controlled trial. *Emerg Med J* 2005;22(6):418–422
8. Goodacre S, Nicholl J, Dixon S et al. Randomised controlled trial and economic evaluation of a chest pain observation unit compared with routine care. *BMJ* 2004;328(7434):254
9. Tzikas S, Keller T, Post F et al. Patient satisfaction in acute coronary syndrome. Improvement through the establishment of a chest pain unit. *Herz* 2010;35(6):403–409
10. Post F, Giannitsis E, Riemer T et al. Pre- and early in-hospital procedures in patients with acute coronary syndromes: first results of the „German chest pain unit registry“. *Clin Res Cardiol* 2012;101(12):983–991
11. Maier LS, Darius H, Giannitsis E et al. The German CPU registry: comparison of troponin positive to troponin negative patients. *Int J Cardiol* 2013;168(2):1651–1653

## Autoren

M.A. Weber, B. Nowak, H.M. Hoffmeister, H. Katus


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

<b>Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)</b>	
<b>14.02.2018</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Allgemeine Vorbemerkung	Die DIVI begrüßt, dass die Notfallstrukturen neu geregelt werden sollen. Da eine Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung allerdings erst ex post erfolgen kann und damit auch in Zukunft ambulante Patienten in Notfallstrukturen der Kliniken behandelt werden, legt die DIVI Wert auf die Feststellung, dass sektorübergreifende Regelungen zeitnah beschlossen werden sollten.
§ 4 (redaktionell) (GKV-SV/KBV/PatV)	Im Vorschlag der GKV-SV/KBV/PatV ist von Modul IV die Rede, gemeint ist aber Modul VI
§ 5 Abs.1 Nummer 5 bzw. Abs. 2 (GKV-SV/KBV/PatV/LV)	Die DIVI unterstützt insgesamt die Vorschläge von GKV-SV/KBV/PatV/LV zu den Strukturen und Prozessen der Notfallaufnahme, weil aus fachlicher Sicht in einem gestuften System von Notfallstrukturen Strukturen und Prozesse definiert werden müssen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Insofern verwundert der Verzicht auf diese Definitionen durch die DKG.
§ 5 Abs. 2 Nummer 1 (GKV-SV/KBV/PatV)	Im Vorschlag der GKV-SV/KBV/PatV wird eine Fachabteilung definiert. Diese Definition könnte durch den Zusatz "die von Ärztinnen/Ärzten ständig verantwortlich geleitet wird" an Präzision gewinnen. Die Zuordnung von Betten ist für die Definition von Fachabteilungen in diesem Kontext nicht zielführend.
§ 5 Abs.2 Nummer 2 (GKV-SV/KBV/PatV)	Die Forderung von GKV-SV/KBV/PatV nach der jederzeitigen Verfügbarkeit eines angestellten Facharztes des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen innerhalb von 30 Minuten am Patienten wird von der DIVI unterstützt, da jeder Notfallpatient Anspruch auf eine fachlich angemessene Notfallversorgung (Facharztstandard) innerhalb einer zumutbaren Zeitspanne hat.
§ 5 Abs. 2 Nummer 2, letzter Satz (LV)	Die von der LV formulierte Rolle der Belegärzte als den angestellten Ärzten i.S. des Satzes 1 und 2 gleichgestellt ist aus Sicht der DIVI nicht zutreffend und vermutlich juristisch angreifbar, und sollte daher im endgültigen Text nicht berücksichtigt werden.
§ 6 Abs. 2 (GKV-SV/PatV/KBV)	Die DIVI unterstützt mit zahlreichen anderen Deutschen Fachgesellschaften die Forderung, dass die Notfallversorgung in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) stattfindet, da eine zeitgemäße und fachgerechte Notfallversorgung infrastrukturelle Voraussetzungen hat (s. hierzu auch Dtsch



<b>Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)</b>	
<b>14.02.2018</b>	
	Ärztebl 2010;107; A268-A269)
§ 6 Abs. 3 (GKV-SV/PatV vs. KBV)	<p>Die DIVI unterstützt grundsätzlich die Forderung von GKV-SV/PatV, dass eine Kooperationsvereinbarung mit der zuständigen KV vorhanden sein sollte, weil dies je nach den lokalen Gegebenheiten zur Optimierung der Ablauforganisation beitragen kann.</p> <p>Im Gegensatz dazu wird die Forderung nach dem Vorhandensein einer Notdienstpraxis bzw. einer Einbindung in den vertragsärztlichen Notdienst nicht unterstützt. Beides ist abhängig vom Patientenaufkommen aber auch den Kapazitäten im ambulanten Sektor, die nicht überall ausreichen, um daraus eine Muss-Forderung ableiten bzw. darstellen zu können.</p>
§ 7 (GKV-SV/PatV/KBV vs. DKG/LV)	Grundsätzlich ist die Einführung von Qualitätsindikatoren in der Notfallmedizin zu begrüßen. Das System der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist allerdings noch nicht eingeführt, ein Belastungstest in der Praxis steht daher noch aus, so dass die DIVI die Empfehlung von DKG/LV unterstützt.
§ 8 (GKV-SV/PatV)	Die DIVI schließt sich der Forderung nach dem Vorhandensein einer Fachabteilung für Anästhesiologie an, da Anästhesisten in der Notfallversorgung von Patienten aller Altersgruppen erfahren sind und bereits heute an zahlreichen Kliniken für den Reanimationsdienst und die Versorgung von stationären Patienten eingebunden sind. Darüber hinaus werden Patienten in zahlenmäßig relevantem Ausmaß versorgt, die zeitnah einer narkosepflichtigen Intervention im Rahmen der Notfallversorgung unterzogen werden müssen.
§ 9 (GKV-SV/LV/KBV)	<p>Die DIVI trägt die Forderungen der GKV-SV/LV/KBV hinsichtlich der Qualifikationen des Fachpersonals für die Basisnotfallversorgung mit.</p> <p>Die von Seiten der DKG vorgebrachten Einwände, dass die Verfügbarkeit eines Facharzt aus der Inneren Medizin/Chirurgie/Anästhesie innerhalb von 30 Minuten am Patienten nicht finanzierbar sei, werden nicht mitgetragen, weil beim Vorhandensein einer Fachabteilung für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie ohnehin der Facharztstandard jederzeit sicher gestellt sein muss.</p>
§ 9 Abs. 3 (PatV)	<p>Die von den PatV vorgeschlagenen Personaluntergrenzen entsprechen den Vorschlägen der DGINA aus dem 2016 publizierten Positionspapier zum Thema Organisation und Stufung.</p> <p>Die DIVI schlägt vor, zunächst die Ergebnisse der Evaluation dieser Personaluntergrenzen abzuwarten, bevor diese Vorschläge bindend werden.</p>
§ 10 (GKV-SV/PatV/KBV vs. LV)	Die DIVI unterstützt die Forderung nach der Vorhaltung einer Mindestzahl von 6 Intensivbetten in der Basisversorgung, weil



<b>Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)</b>	
<b>14.02.2018</b>	
vs. DKG)	aus fachlicher Sicht erst ab einer gewissen Mindestbettenzahl eine adäquate Intensivtherapie gewährleistet ist.
§ 11 (GKV-SV/PatV/KBV/LV) vs. §10 (DKG)	Die DIVI unterstützt die strukturellen Forderungen der GKV-SV/PatV/KBV/LV für die medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung und schließt sich der in den tragenden Gründen angegebenen Argumentation an.
§ 12 (GKV-SV/PatV/KBV/LV)	Die DIVI unterstützt die Forderungen der GKV-SV/PatV/KBV/LV für Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung und schließt sich der in den tragenden Gründen angegebenen Argumentation an. Die DIVI begrüßt insbesondere die Aufnahme des Kerndatensatz Notaufnahme der DIVI als einheitlichen Dokumentationsstandard in Nummer 3.
§ 13 (GKV-SV/PatV/KBV) vs. § 13 (LV) vs. § 11(DKG)	Die DIVI unterstützt die Forderungen der GKV-SV/PatV/KB. für Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung, da ansonsten die Voraussetzungen für das Attribut "erweitert" nicht gegeben sind.
§ 15 (GKV-SV/PatV/KBV/LV) vs. §13 (DKG)	Die DIVI unterstützt die Forderung nach der Vorhaltung einer Mindestzahl von 10 Intensivbetten in der erweiterten Notfallversorgung. Die von der DKG vorgeschlagene Zahl von mindestens 4 Intensivbetten ist aus Sicht der DIVI für ein Krankenhaus, das an der erweiterten Notfallversorgung teilnehmen will, nicht ausreichend.
§ 16 Abs. 1 Nummer 3 (GKV-SV/PatV/KBV)	Die Notwendigkeit des Vorhandenseins eines MRT bei gleichzeitig vorhandenem CT ist aus Sicht der DIVI zum jetzigen Zeitpunkt nicht erforderlich, weil der Vorteil des Zugewinns an diagnostischer Genauigkeit in der Notfallsituation nur bedingt ersichtlich ist und die entsprechenden Untersuchungsergebnisse nur dann therapeutische Konsequenzen haben, wenn neuromedizinische Kompetenz vorhanden ist. Die DIVI würde es darüber hinaus begrüßen, wenn die Punkte 1., 2. und 4. so formuliert werden könnten, dass ersichtlich ist, dass es Möglichkeiten zur Notfallbehandlung von bestimmten klinisch und zahlenmäßig relevanten Patientengruppen gibt, z.B. von Patienten mit 1. einer gastro-intestinalen Blutung, z.b. durch eine notfallendoskopische Intervention 2. einem akuten Koronarsyndrom z.B. durch eine PCI, 4. einem Schlaganfall z.B. durch eine Fibrinolysetherapie, gibt, weil aus Sicht der DIVI der Patient mit seinen Beschwerden im Vordergrund stehen sollte und nicht eine bestimmte Prozedur.



<b>Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)</b>	
<b>14.02.2018</b>	
§ 14 (DKG) bzw. § 16 (LV)	Die Verwendung des Wortes "oder" bei der Beschreibung der medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung ist für diese Versorgungsstufe aus fachlicher Sicht unangemessen.
§ 17 Abs. 2 (GKV-SV/PatV)	Die DIVI unterstützt die Forderung nach einer Aufnahmestation in der Nähe der ZNA für Krankenhäuser, die an der erweiterten Notfallversorgung teilnehmen, da eine solche Station für die Optimierung der Ablauforganisation bei der erweiterten Notfallversorgung und der Qualität der Patientenversorgung erforderlich ist (vgl. auch Dtsch Ärztebl 2010;107; A268-A269).
§ 18 (GKV-SV/PatV/KBV) vs. § 18 (LV) vs. § 15 (DKG)	Die DIVI unterstützt die Forderungen von GKV-SV/PatV/KBV für die Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung, da sie aus fachlicher Sicht für eine umfassende Notfallversorgung notwendig sind. Die DIVI könnte aber auch die Vorschläge der LV als gerade eben ausreichend im Sinne eines Kompromisses mittragen. Die Vorschläge der DKG sind aus Sicht der DIVI zur Charakterisierung eines Krankenhauses, das an einer umfassenden Notfallversorgung teilnehmen will, unzureichend.
§ 19 (GKV-SV/LV/PatV) vs. § 16 (DKG) vs. § 19 (KBV)	Die DIVI unterstützt die Ausführungen von GKV-SV/LV/PatV bzw. DKG hinsichtlich der Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung, da sie aus fachlicher Sicht ausreichen. Die Vorschläge der KBV werden von der DIVI nicht mitgetragen, da der Vorteil für die umfassende Notfallversorgung nicht ersichtlich ist.
§ 20 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) und § 17 (DKG)	Die Forderung nach der Vorhaltung von 20 Intensivbetten für die umfassende Notfallversorgung kann aus fachlicher Sicht mitgetragen werden.
§ 21 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) und § 18 (DKG)	Die DIVI unterstützt die Forderungen von GKV-SV/KBV/LV/PatV hinsichtlich der medizinisch-technischen Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung, da sie aus fachlicher Sicht für eine umfassende Notfallversorgung notwendig sind. Die von der DKG vorgestellten Vorschläge reichen demgegenüber aus fachlicher Sicht für eine umfassende Notfallversorgung nicht aus. Die bereits zu § 16, Abs. 1, Punkt 3. (GKV-SV/PatV/KBV) gemachten Vorschläge zur Änderung der Formulierungen gelten sinngemäß auch hier.
VI. Spezielle Notfallversorgung	Die DIVI unterstützt grundsätzlich die Forderung nach der Möglichkeit einer Zuordnung von Krankenhäusern mit Behandlungsschwerpunkten in eine der in § 3 Abs.1 benannten Stufen innerhalb des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, auch wenn sie die in Kapitel III - V genannten



<b>Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)</b>	
<b>14.02.2018</b>	
	Voraussetzungen nicht vollumfänglich erfüllen, da in den genannten Krankenhäusern eine hohe fachliche Expertise in Verbindung mit infrastrukturellen und prozeduralen Voraussetzungen zur Behandlung von bestimmten Gruppen von Notfallpatienten vorgehalten wird.
§ 22 (DKG)	Es ist auch fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar, wie ein Krankenhaus, das die Voraussetzungen für eine Basisnotfallversorgung nicht erfüllt, die Voraussetzungen für ein Notfallversorgung von Patienten mit Schlaganfall erfüllen kann. Diese Forderung wird daher von der DIVI nicht mitgetragen.
§ 23 (DKG)	Es ist auch fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar, wie ein Krankenhaus, das die Voraussetzungen für eine Basisnotfallversorgung nicht erfüllt, durch die jederzeitige Verfügbarkeit eines Facharztes mit entsprechender apparativer Ausstattung sowie das Vorlegen einer Absichtserklärung die Voraussetzungen für die Basisnotfallversorgung im Sinne dieses Beschlusse erfüllen kann. Diese Forderung wird daher von der DIVI nicht mitgetragen.
§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV bzw. § 21 (DKG)	Die DIVI-Sektion Pädiatrische Intensiv- und Notfallmedizin weist darauf hin, dass in diesem Paragraphen die medizinisch-technische Ausstattung in den jeweiligen Stufen nur unzureichend definiert ist und auch kein Verweis auf die §§ 11,16 und 21 (GKV-SV) erfolgt. Aus fachlicher Sicht muss zumindest ab der Stufe der erweiterten Notfallversorgung ein CT vorhanden sein, wohingegen das Vorhandensein eines MRT erst ab der Stufe der umfassenden Notfallversorgung als notwendig erachtet wird.
§ 28 (KBV/PatV) bzw. § 24 (LV)	Der Vorschlag von KBV/PatV/LV), § 6 Abs. 2 und 3 und § 12 Nummer 1 mit einer Übergangsfrist von maximal 5 Jahren umzusetzen, wird von der DIVI unterstützt.

### Literatur

1. Bernhard M, Pietsch C, Gries A (2009) Die interdisziplinäre Notfallaufnahme – Organisation, Struktur und Prozessoptimierung. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 44: 454-459
2. Bernhard M, Raatz C, Zahn P, Merker A, Gries A (2013) Validität von Einweisungsdiagnosen als Prozesssteuerungskriterium. *Anaesthesist* 62: 617-23
3. Bernhard M, Trautwein S, Stepan S, Zahn P, Greim CA, Gries A (2014) Notärztliche Einschätzung der klinischen Weiterversorgung von Notfallpatienten. *Anaesthesist* 63: 394-400
4. Fischer M, Kehrberger M, Marung H et al (2016) Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. *Notfall Rettungsmed DOI 10.1007/s10049-016-0187-0* (und Anlagen)



5. Gries A, Kumle B, Zimmermann M, Wilke P (2013) Zentrale Notaufnahme – Wo stehen wir heute? Notfallmedup2date 8: 97-108
6. Gries A, Seekamp A, Welte T et al für die deutschen Fachgesellschaften mit hohem Anteil an Notfallpatienten (2010) Notfallbehandlung: Zentral und interdisziplinär. Dtsch Ärztebl 7; A268-A269
7. Hessisches Sozialministerium. Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. [https://www.hessen-agentur.de/img/downloads/727\\_Krankenhausrahmenplan\\_2009.pdf](https://www.hessen-agentur.de/img/downloads/727_Krankenhausrahmenplan_2009.pdf)
8. Hogan B, Brachmann M (2009) SWOT-Analyse einer zentralen Notaufnahme mit Analyse der Erfolgspotentiale. Notfall Rettungsmed 12: 256–260
9. Möckel M, Searle J, Müller R et al (2013) Chief complaints in medical emergencies: do they relate to underlying disease and outcome? The Charité Emergency Medicine Study (CHARITEM). Eur J Emerg Med 20: 103-108
10. Riessen R, Gries A, Seekamp A, Dodt C, Kumle B, Busch H-J (2015) Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen Notfall Rettungsmed DOI 10.1007/s10049-015-0013-0
11. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland. [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/2017\\_09\\_07\\_Pressemitteilung\\_SVR\\_Werkstatt\\_gespraech.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/2017_09_07_Pressemitteilung_SVR_Werkstatt_gespraech.pdf)
12. Weißbuch Reanimationsversorgung (GRC, Deutsche Ärzte-Verlag, Köln, 2015)

i.A.

Prof. Dr. A. Markewitz  
medizinischer Geschäftsführer der DIVI  
Luisenstr. 45  
10117 Berlin  
E-mail: med.gf@divi.de

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

<b>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin</b>	
<b>14. Februar 2018</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Allgemeine Anmerkungen</b>	<p>(1) Wir halten es für äußerst schwierig, dass faktisch zwei Dokumente in einem Papier vorgelegt werden, die zum Ende hin auch noch zu unterschiedlicher Paragraphierung führen. Der GBA hätte unseres Erachtens nach in weitaus mehr Punkten Kompromisse erarbeiten sollen!</p> <p>(2) Die Folgenabschätzung fehlt. Dies ist ein kritischer Punkt, da einige Aspekte ohne diese nicht sicher entschieden werden können. Unserer Kenntnis nach war der GBA beauftragt, eine Folgenabschätzung der vorgeschlagenen Maßnahmen durchzuführen.</p> <p>(3) Die Stufenregelung ist nur ein erster Schritt einer Reform der Notfallversorgung, die auch eine Reform der ambulanten Notfallversorgung beinhalten sollte. Entsprechende Konzepte sind in Arbeit (siehe Sachverständigenrat). Klares Ziel einer solchen Reform sollte eine Behebung der bestehenden Defizite in der Notfallversorgung in den Krankenhäusern und an der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung stehen. Dazu sollte ein zukunftsweisendes Konzept entwickelt werden, dass in der Notfallversorgung aktive Kliniken stärker fördert und keine neuen Versorgungsengpässe z.B. in der notwendigen stationären Weiterversorgung generiert.</p> <p>(4) Es fehlt ein Katalog an notfallmedizinischen Situationen und Krankheitsbildern, der es leichter erlauben würde, die Stufen von einer medizinisch-fachlichen Seite her zu definieren oder zumindest mit technisch-apparativen und strukturellen Merkmalen in Deckung zu bringen. Dies wird besonders deutlich bei der Kategorisierung von Krankenhäusern anhand von Fachabteilungen aus 2 verschiedenen Kategorien</p>
§2 (1) Änderungsvorschlag: Die Regelung legt die Grundsätze des gestuften Systems der <del>stationären</del> Notfallversorgung <u>in der ZNA eines Krankenhauses</u> fest.	Unserer Ansicht nach ist der Begriff "stationäre Notfallversorgung" unklar und sollte hier wie vorgeschlagen durch „Notfallversorgung in der ZNA“ ersetzt werden, weil zum einen bei der initialen Vorstellung von Notfallpatienten in der Notaufnahme nicht immer sicher zwischen ambulanter und stationärer Behandlung entschieden werden kann, zum anderen zahlreiche Patienten, die sachgerecht im

<b>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin</b>	
<b>14. Februar 2018</b>	
	Krankenhaus notfallmäßig versorgt werden müssen, (zum Beispiel bei notwendiger Röntgendiagnostik bei Traumata) am Ende nicht stationär aufgenommen werden. Hiervon unberührt sind Maßnahmen zur stärkeren Nutzung von Notfalleinrichtungen außerhalb des Krankenhauses!
§2 (2) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die beiden Positionen betreffen u. A. nach nicht dasselbe Thema.</li> <li>- Darüber hinaus lässt sich aus unserer Sicht die „ambulante Notfallversorgung“ nicht ausgliedern.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GKV-SV/PatV/KBV schreiben von „Übergangsbestimmungen“; DKG schreibt von „Notfallversorgung durch psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische Kliniken sowie „ambulante Versorgung“.</li> <li>- Die Ausnahme der ambulanten Versorgung ist problematisch, weil diese ja auch in den Notaufnahmen stattfindet. Es ist wichtig zu verstehen, dass die Zuordnung „ambulant“ oder „stationär“ oftmals erst am Ende des Notaufnahmeprozesses möglich ist (s.Begründung §2(1).</li> </ul>
II §3 Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen (GKV-SV/KBV/PatV) wird befürwortet	Der niederschwellige Zugang zu Notaufnahmen ist die Voraussetzung für eine adäquate Notfallversorgung der Bevölkerung; Maßnahmen, die den Zugang beschränkten würden automatisch vulnerable Patientengruppen zuerst treffen wie ältere, pflegebedürftige, sozial schlechter gestellte, Kinder und Migranten. Sobald sich ein Patient in der Notaufnahme vorstellt ist eine zielführende ärztliche Versorgung (je nach Ersteinschätzung in der ZNA oder in einer Portalpraxis) notwendig, die auch eine erweiterte Diagnostik einschließen kann. Erst im Verlauf und mitunter erst am Ende dieses Prozesses steht fest, ob der Patient „ambulant“ oder „stationär“ versorgt werden muss.
§3 (2) pro GKV-SV/KBV/PatV	Die Position der DKG ist für uns nicht nachvollziehbar. Unserer Auffassung nach ist das vorgelegte Papier die Grundlage zur späteren Verhandlung von Zu- und Abschlägen, ohne dass diese hier bereits festgelegt oder ausgeschlossen werden können.
§5 (1) 1. Wir halten es für unbedingt erforderlich, dass ZNAs in die Strukturen von Kliniken eingebunden sind.	Die Notfallmedizin in Deutschland kann ohne Klinikstrukturen nicht professionalisiert werden. Die Entwicklung geht faktisch bereits in diese Richtung und die Strukturen müssen jetzt der Alltagsrealität angepasst werden. In ländlichen Regionen könnte als Ausnahme bei Nichtvorhandensein eines Krankenhauses und langen Fahrzeiten die Einrichtung eines ambulanten Notfallzentrum sinnvoll ein.
§5 (2) 2. Wir befürworten hier klar den Vorschlag der LV	GKV-SV/PatV/KBV formulieren hier notwendige strukturelle Voraussetzungen einer Notfallversorgung am Krankenhaus, die dem primären Auftrag der Versorgung schwerkranker Patienten gerecht werden. LV ergänzen Belegärzte, die für Versorgung notwendig sein können.
§6 (1)/(2) GKV; (3) streichen	Wir halten die Forderung nach einer ZNA für unverzichtbar.

**Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin**

**14. Februar 2018**

	<p>Diese Position wurde bereits 2010(!) zwischen den Fachgesellschaften in der DIVI konsentiert!</p> <p>Im Hinblick auf (3): Die GKV-SV/PatV/KBV -Position ist u.E. hier zu vage, weil unklar ist, ob solche Verträge zustande kommen und was wäre, wenn nicht. Patienten werden ja immer ungehindert in die ZNA kommen und nicht alle stationär werden (siehe oben). Das heißt, in extremis könnte die Landes-KV sich weigern, überhaupt für ambulant behandelte Patienten am Krankenhaus zu bezahlen, keine Verträge schließen und so in die Krankenhausplanung eingreifen. Dies korrespondiert mit dem Punkt oben, dass geklärt werden muss, in welchem Verhältnis die "Stufung" zu der Frage "ambulante" versus "stationäre" Notfallversorgung steht. U. e. sollte die Trennung ambulant versus stationär für die ZNA aufgehoben werden. Es handelt sich um einen dritten Sektor. Grundsätzlich halten wir die engere Kooperation mit KV-Strukturen aber für sinnvoll.</p>
§7 pro GKV	Notfallversorgung = Daseinsvorsorge und bedarf ggf. Unterstützung zur Qualitätsentwicklung
§8 Wir befürworten die Position der DKG/KBV/LV	Wir sehen keinen Bedarf an einer Fachabteilung für Anästhesiologie in der Basisversorgung, wohl aber an der Verfügbarkeit von Anästhesisten für Notfalloperationen. Dies könnte auch unabhängig von Fachabteilungen realisiert werden.
§9 1./2. Wir befürworten die Position der GKV-SV/LV/KBV	Die Professionalisierung der Notfallmedizin in Deutschland ist überfällig und notwendig. Entsprechende Qualifikationen sind selbstverständlich.
§9 3. (PatV) Streichen und durch allgemeine Empfehlung „adäquater Personalausstattung“ ersetzen	Diese Forderungen sind zu weitgehend und erscheinen unerfüllbar. Eine belastbare Kalkulationsgrundlage für Pflegekräfte gibt es bisher nicht. Zudem muss der Schweregrad und Aufwand der Patienten berücksichtigt werden. Hier sollte aber die Empfehlung gegeben werden, eine Kalkulationsgrundlage für die Personalausstattung zu erarbeiten.
§9 1. (DKG) wird unterstützt	In der Basisversorgung erscheint uns der Facharztstandard als einzig umsetzbare Alternative. Alles andere ist nicht realistisch und könnte bei fehlender Folgeabschätzung (Verfügbarkeit von FÄ) verheerende Folgen haben.
§10 Die Forderung nach „Intensivbetten“ sollte in der Basisversorgung durch „Intensivkompetenz“ ersetzt werden	Die ZNA der Basisversorgung benötigt "Intensivkompetenz" aber nicht zwangsläufig "Intensivkapazität". Insofern ist eine spezifische Anzahl von Intensivbetten keine sinnvolle Forderung. Ziel muss es sein, kritisch kranke Patienten zu erkennen, mit Intensivkompetenz adäquat zu behandeln und eine Verlegung in ein Haus mit höherer Versorgungsstufe umzusetzen.

**Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin**

**14. Februar 2018**

§11 (1) Punkt  
Computertomographie  
streichen

Grundsätzlich erscheint ein CT auch in der Basisnotfallversorgung wünschenswert, möglicherweise ist diese Forderung aber in der ländlichen Region nicht erfüllbar. Hier sollte eine Folgeabschätzung erfolgen. Strukturierte Verlegungsalgorithmen sind notwendig (2).

§12 (2)  
Änderungsvorschlag:  
Alle Notfallpatienten des Krankenhauses **erhalten so schnell wie möglich (Ziel: spätestens nach zehn Minuten)** nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.

Bei hohem Patientenaufkommen sind spezielle Zeiten nicht einzuhalten. Vorhaltungen zur Einhaltung von Zeiten in Extremfällen sind unwirtschaftlich und unangemessen. Es sollten zukünftig vielmehr Qualitätsindikatoren entwickelt und regelmäßig überprüft werden, um national einen optimalen Standard zu entwickeln.

(3) Wir unterstützen hier die Position der GKV-SV/PatV/LV/KBV, empfehlen jedoch im Absatz 3 folgende Änderungen:  
Die Patientenversorgung wird aussagekräftig dokumentiert und orientiert sich an Minimalstandards (~~z.B. denen des Kerndatensatzes Notaufnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)~~). Diese Dokumentation liegt spätestens bei der Entlassung oder Verlegung des Patienten vor.

Der DIVI-Standard ist ein Maximalstandard, der umfangreichen IT-Support und genug Personal erfordert, das vielfach nicht vorhanden ist. Wir befürworten jedoch die Etablierung eines Minimalstandards.

§13/11  
Ergänzen: Herzchirurgie, Nephrologie; Geburtshilfe und/oder Gyn., Onkologie und Neurochirurgie und Anästhesiologie zu B.; Gyn. und Geburtshilfe zu A.

In A stehen die quantitativ bedeutendsten Fachabteilungen für die typischen Notfälle; in B werden die Spezialisierungen einzelner KH abgebildet.

4 Fachabteilungen;  
mindestens 2 aus Kategorie A oder  
5 Fachabteilungen;  
mindestens 2 aus Kategorie A (falls Anästhesiologie oben

Der DGIIN erscheint die Einteilung durch Auswahl einer bestimmten Anzahl an Fachabteilungen pro Gruppe willkürlich; objektive Kriterien fehlen, weil nicht definiert ist, welche medizinischen Aufgaben in der jeweiligen Stufe zu bewältigen sind (siehe Eingangsbemerkungen).

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin

14. Februar 2018

gestrichen wird)

§15 GKV/§13 DKG Streichen:  
„innerhalb von 60min“; 10  
Betten ITS werden befürwortet

In dieser Stufe ist es sinnvoll eine Intensivstation zu fordern. Die DGIIN bezweifelt, dass eine qualitativ hochwertige Intensivmedizin bei Intensiveinheiten mit 4 Intensivbetten betrieben werden kann und befürwortet daher mindestens 10. Die Vermeidung von Wartezeiten auf ein Intensivbett ist ein wichtiger Punkt. Die Zeitvorgabe ist jedoch nicht hilfreich und schlecht überprüfbar. Zeitkritisch kranke bzw. verletzte Patienten werden oft über Funktionsabteilungen wie den OP auf Intensivstationen verlegt und kommen auf der Intensivstation erst Stunden nach ihrer Aufnahme an. Es geht also bei dem beschriebenen Zeitintervall um das Zeitfenster zwischen Intensivbetтанforderung und Intensivbettfreigabe. Dieses Zeitintervall halten wir als geeignet, um als Qualitätsindikator zu dienen. -Die zeitnahe Übernahme sollte kapazitiär gewährleistet werden und erfordert daher ggf. Anpassungen an das Patientenaufkommen.

§14 DKV/16 GKV, LV (1);  
Position des LV wird  
befürwortet (§16)

MRT ist in dieser Stufe zu speziell, da nur für spezielle, z.B. spinale Verletzungen/Erkrankungen erforderlich; ein CT ist in dieser Stufe notwendig, weil anders zahlreiche relevante medizinische Notfälle nicht definitiv abgeklärt werden können. In der erweiterten Notfallversorgung wird mindestens eine spezifische Therapie der großen und typischen Notfälle vorgehalten (Notfallendoskopie **oder** PCI **oder** Fibrinolyse); insbesondere die Schlaganfall- und Herzinfarktbehandlung unterliegt zudem noch anderen Zertifizierungen (Stroke-Unit, Chest Pain Unit). Der Begriff med.-tech. Ausstattung ist hier irreführend, da es sich hierbei um die Verfügbarkeit von Notfalldiagnostik- und therapie handelt, die neben der medizinisch-technischen Ausstattung auch das zeitnahe Erscheinen von qualifiziertem Personal beinhaltet. Insofern ist die technische Ausstattung (welche „technische“ Ausstattung benötigt man für die Fibrinolyse? Eine Spritze, besser einen Perfusor...) isoliert irreführend. Darüber hinaus müsste mindestens für die MRT festgelegt werden, welche Körperregionen untersucht werden können und zu welchen Zeiten dies angeboten wird. Es sind spezielle personelle Qualifikationen z.B. für ein MRT des Herzens erforderlich, die vielfach nicht einmal werktätlich in Kliniken mit MRT vorgehalten werden. Im Übrigen muss die fachkundliche ärztliche Befundung sichergestellt werden.

§16 (2) Streichen

U.E. ist der Hubschrauberlandeplatz hier überzogen; theoretisch könnte er genehmigungsfähig aber unbezahlbar sein, da die Auflagen sehr hoch sind. Streichen oder an unbegrenzte Finanzierungszusagen der Länder knüpfen.

§17 Befürwortung der  
Aufnahmestation

Eine Aufnahmestation im Sinne einer „Decision Unit“ und Kurzliegerstation ist für eine professionelle Notfallversorgung

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin	
14. Februar 2018	
	unverzichtbar. Nur so können überflüssige Aufnahmen verhindert und die gezielte Zuweisung auf die richtige stationäre Abteilung und Versorgungsstufe (Normalstation, Intermediate Care, Intensivstation) sichergestellt werden. Die „Aufnahmestation“ muss Planbetten haben, damit dort eine ausreichende Personalausstattung kalkuliert und abgebildet werden kann.
§18 Pro Position LV (1)  (2)/(3) Kategorien wie o.a. verändern. 6 Fachabteilungen, 2 aus Kat. B	Mit der GKV-Regelung würde es aus Sicht der DGIIN fast keine umfassende Notfallversorgung mehr geben. Wie oben beschrieben erscheint die Einteilung willkürlich. Es fehlt eine Beschreibung, was umfassende Notfallversorgung medizinisch inhaltlich leisten soll.  Begründung siehe oben
§19 §9 in der Version GKV  Es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.	Entscheidend ist nicht die „fachärztliche“ Präsenz vor Ort sondern die zeitgerechte medizinische Versorgung, die bestimmte Kompetenzen erfordert, die z.B. bei interventionellen oder operativen Maßnahmen von Subspezialisten vorgenommen werden muss. Hier wird wie auch an anderen Stellen deutlich, dass „Facharzt“ und „Fachabteilung“ nicht mit bestimmten Kompetenzen identisch ist. Daher wäre es umso wichtiger zu definieren, welche Kompetenzen für bestimmte Krankheitsbilder und Notfallsituationen erforderlich sind. Perspektivisch werden diese dann fächerübergreifend von einem Facharzt mit ZWB Klinischer Akut- und Notfallmedizin abgedeckt.
§20/17 Wir befürworten die Position der DKG: „Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung halten mindestens 20 Intensivbetten vor. <del>Es besteht grundsätzlich eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.</del> “	Die Positionen sind hier sehr ähnlich; Viele Krankenhäuser verfügen über mehrerer Intensivstationen (z.B. konservativ-internistisch und operativ-anästhesiologisch). Die Organisation der Intensivkapazitäten ist nicht Gegenstand dieses Papiers Hier geht es um eine ausreichende gesamte Intensivkapazität von mindestens 20 Betten. Wie oben „60min“ streichen.
§21 Med.-tech.zusätzlich §18 DKG PCI + Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen	Siehe oben zur medizinisch-technischen Ausstattung

**Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin**

**14. Februar 2018**

Gastrointestinaltrakt

§24/20

Uns erscheint die differenziertere Position der DKG zielführend

Die Position der GKV-SV/KBV/PatV/LV gefährdet die ländliche Unfallversorgung in kleinen Krankenhäusern

§25/21

Uns erscheint hier die differenzierte Position der GKV-SV/KBV/PatV/LV zielführend

Die Kinderversorgung sollte u.E. nach differenziert geregelt werden. Eine zu allgemeine Definition erzeugt das Risiko, dass Kinder an falscher Stelle aufgenommen werden und die definitive Versorgung am Ende verzögert wird. Die meisten kranken Kinder können in ambulanten Strukturen versorgt werden.

§26

GKV-SV/KBV/PatV  
Modul Spezialversorgung  
löschen

Diese Regelung widerspricht dem §1, dass es sich nur um die Grundlagen für die Verhandlungen zur Finanzierung handelt, die hier zu konkret festgelegt werden.

§22/23 DKG: Streichen

Diese Regelung ist sinnlos und hat unspezifischen Belohnungscharakter, weil die Stroke Unit sowieso bereits eine höhere Vergütung beinhaltet.  
§23 ist nicht nachvollziehbar und widerspricht dem Grundgedanken der Dreistufung: Wird diese an allen möglichen Stellen umgangen ist sie nur noch von fraglichem Nutzen. Der GBA sollte intern zunächst Konsens herstellen, dass das Konzept der Dreistufung sinnvoll und zielführend ist.

§26 (2)

GKV-SV/KBV/PatV besser als  
§23 DKG

Wir halten hier den Vorschlag der GKV-SV/KBV/PatV für besser, weil die Formulierung eindeutiger und differenzierter ist.

§28 Die Übergangsregelung muss mindestens 5 Jahre betragen!

Öffentliche Baumaßnahmen (z.B. ZNA) und Qualifikationen (Zusatzweiterbildung) erfordern selbst bei engagiertem Vorgehen mindestens 3-5 Jahre. Hier sollten ggf. tatsächliche Bauzeiten im öffentlichen Bereich ermittelt werden. Die ZW „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ wurde mit Veröffentlichung im Amtsblatt vom 10. Oktober 2014 in Berlin eingeführt und erst 2016 wurden die ersten Befugnisse vergeben. Die Übergangsregelung läuft in Berlin immer noch. Diese langen Fristen sind eine Folge der dezentralen Weiterbildungsregelungen in Hoheit der LÄK in Deutschland und lassen sich nicht ändern. Für Kliniken, die aus baulichen Gründen noch keine ZNA haben, aber ansonsten unverzichtbarer Teil der Notfallversorgung sind (z.B. auch mehrere Universitätskliniken), sollten entsprechende Investitionsprogramme zur ZNAs eingerichtet werden, um die Umsetzung der Vorgaben zu ermöglichen. Ggf. muss hier bei nachvollziehbaren Gründen auch eine Fristverlängerung möglich sein.

<b>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin</b>	
<b>14. Februar 2018</b>	
§ 29/25 Evaluation	Unserer Ansicht nach sollte die Evaluation von unabhängiger Seite erfolgen und nicht nur die Umsetzung der Regelungen sondern auch die Entwicklung von Qualifikationen und Qualität umfassen.

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

<b>Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin eV. (DGINA)</b>	
<b>11. Februar 2018</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Vorbemerkung:</p> <p>Die DGINA unterstützt mehrheitlich die Vorschläge des GKV-SV zur Stufung der Notfallversorgung, da dies zu einer Gewährleistung der notwendigen Strukturqualität in der Notfallversorgung führt. Gleichzeitig ist jedoch zu sicherzustellen, dass die Notfallversorgung an den jeweiligen Standorten kostendeckend finanziert ist und eine Erreichbarkeit der Notfallversorgung, z.B. auch durch Ausbau der Notfallrettung, gewährleistet bleibt.</p>	
<p><b>§2 Gegenstand der Regelung</b></p> <p>(1) Die Regelung legt die Grundsätze des gestuften Systems der <del>stationären</del> Notfallversorgung <i>an Krankenhäusern</i> fest.</p>	<p>Die Unterscheidung von ambulanter und stationärer Notfallversorgung ist ex ante nicht möglich, die Notfallversorgung an Krankenhäusern wird daher immer einen ambulanten Anteil umfassen.</p>
<p><b>§ 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen</b></p> <p><b>GKV-SV/PatV/KBV</b></p> <p>(2) Die Notfallversorgung der Notfallpatienten findet in Krankenhäusern, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach den §§ 3 und 4 teilnehmen, in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) am Standort statt. Die ZNA ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung. Der Zugang zur ZNA ist barrierefrei.</p> <p><b>GKV-SV/PatV</b></p> <p>(3) Krankenhäuser, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach § 3 teilnehmen, sollen zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen</p>	<p>Die DGINA unterstützt und begrüßt ausdrücklich, dass die ZNA als räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit unabhängiger Leitung definiert wird.</p> <p>Die DGINA bewertet die sektorenübergreifende Versorgung grundsätzlich positiv. In Anbetracht einer möglichen geteilten Sicherstellung sollte aber die Grundlage der Zusammenarbeit außerhalb dieses Stufenkonzepts neu bewertet und der Satz (3) gestrichen werden.</p>

Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin eV. (DGINA)

11. Februar 2018

**§ 7 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren**

Die DGINA unterstützt den DKG/LV Vorschlag.

Änderungsvorschlag/Ergänzung:

„Der G-BA prüft jährlich die Relevanz planungs- und *notfallrelevanter* Qualitätsindikatoren.....“

Es ist nicht nachzuvollziehen, warum die Nichterfüllung von Qualitätsindikatoren für elektive Maßnahmen zu einer Einschränkung von Zuschlägen für die Notfallversorgung führen soll. Daher sollte nur die Nichterfüllung von **notfallrelevanten** Qualitätsindikatoren Auswirkungen auf die Zuschläge für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung haben.

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

Die DGINA unterstützt den PatV Vorschlag und empfiehlt die nachfolgenden Änderungen:

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung stellen die folgenden Qualifikationen des Fachpersonals sicher:

1. es sind ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und den überwiegenden Teil ihrer ärztlichen bzw. pflegerischen Tätigkeit in der Notaufnahme ausüben,
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. **Die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ erfüllt fachübergreifend den Facharztstandard.**

Ad1:  
Die DGINA unterstützt ausdrücklich die Festlegung der zentralen Notaufnahme als eigenständigen Bereich mit eigenem Chefarzt bzw. leitendem Arzt, eigener pflegerischer Leitung und eigenem Personalstamm.

Ad2.  
Notfallpatienten stellen sich mit Symptomen vor und sind initial nur schwer einer Fachdisziplin zuzuordnen. Die Zusatzqualifikationen tragen dem Rechnung, ermöglichen einen fächerübergreifenden Facharztstandard in der Initialversorgung und sind

**Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin eV. (DGINA)**

**11. Februar 2018**

3. Die pflegerische Personalausstattung muss mindestens 1 Vollkraft pro 1400 Patientenkontakte/Jahr (ohne Administration) betragen. Die minimale Personalstärke darf 2 Pflegekräfte pro Schicht, entsprechend ca. 11 Vollkraftäquivalenten, nicht unterschreiten. Bei Vorhandensein eines kurzstationären Bereichs müssen zusätzlich 1 Pflegekraft pro 5 Betten / Schicht zur Verfügung stehen.

5. Das Krankenhaus ist in telemedizinischen Netzwerken für zeitkritische Erkrankungen und Verletzungen zur Gewährleistung der Primärversorgung aller Notfälle eingebunden

damit Voraussetzung für eine gute medizinische Versorgungsqualität.

Ad3.  
Die DGINA unterstützt ausdrücklich den Vorschlag der PV.  
Die DGINA und DIVI betrachten die Notaufnahme als pflegesensitiven Bereich, für die wie für die Intensivstationen Personaluntergrenzen für die Pflegenden festgelegt werden müssen. Auch ärztliches Personal muss ausreichend vorhanden sein.

Ad5.  
Die DGINA unterstützt die Schaffung telemedizinischer Netzwerke, damit zeitkritische Notfälle adäquat primär versorgt werden können. Wenn diese Netzwerke in der Basisversorgung nicht vorhanden sind, müssen Zeitvorgaben für die Etablierung von telemedizinischen Netzwerken gemacht werden.

**§10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung**

Änderung/Vorschlag

**Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung halten eine Intensiv-**

Die Vorgabe der Mindestzahl von 6 Intensivbetten ist sinnvoll.

11. Februar 2018

station mit mindestens sechs Beatmungsbetten vor.

Dabei sollte eine Mindestanzahl von Betten zur Versorgung beatmeter Patienten festgelegt werden.

Die Intensivstation muss jederzeit für beatmete Notfallpatienten aufnahmebereit sein.

**§ 11 Medizinisch-technische Ausstattung in 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:

- ein Schockraum

- und 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung.

Schockraumgröße und Ausstattung ist bisher nicht definiert.

Die 24-stündig verfügbare Computertomographie ist unbedingt zu fordern. Ohne diese kann keine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung möglich sein.

**§ 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 ggf. außer in der Versorgung von Kindern und im Bereich der Geburtshilfe erfolgt in einer Zentralen Notaufnahme.

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

3. Die Patientenversorgung wird aussagekräftig dokumentiert und orientiert sich an Minimalstandards (z.B. denen des Kerndatensatzes Notaufnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv-

Die DGINA unterstützt und begrüßt die Punkte 1. – 3. voll umfänglich.

Sie sind auch in der Basisnotfallversorgung unabdingbar.

**Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin eV. (DGINA)**

**11. Februar 2018**

und Notfallmedizin (DIVI)). Diese Dokumentation liegt spätestens bei der Entlassung oder Verlegung des Patienten vor.

**§ 15**

**Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung**

Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung halten abweichend von § 10 eine Intensivstation mit mindestens 10 Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind. Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.

Unterstützung des Vorschlages durch die DGINA.

[Die Intensivstation muss jederzeit für beatmete Notfallpatienten aufnahmebereit sein.](#)

**§ 16**

**Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung**

Änderung/Vorschlag:

(1) Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 grundsätzlich zu jeder 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. Durchgehende Verfügbarkeit der CT-Diagnostik und Einbindung eines Neurologen in personam vor Ort oder über telemedizinisches Netzwerk. Einleitung einer Initialtherapie (Fibrinolyse) und gegebenenfalls Verlegung in externe Stroke Unit.**

Durch die Vorgabe von 24 /7 erübrigt sich die Ergänzung um den Begriff „kontinuierlich“.

Ad4.  
Entscheidend ist, dass die Primärdiagnostik des Schlaganfalls stets verfügbar ist. Dazu gehört auch die Beurteilung durch einen Facharzt für Neurologie  
Dies kann durch den Neurologen vor Ort geschehen oder durch ein telemedizinisches Netzwerk. Wenn keine Stroke Unit am Haus existiert, ist nach Diagnosestellung und Einleitung einer Fibrinolysetherapie eine Verlegung in eine Klinik mit Stroke Unit durchzuführen.

11. Februar 2018

**§ 17**

**Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung**

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

2. Die zentrale Notfallaufnahme hat eine räumlich und organisatorisch der Notaufnahme angeschlossene Beobachtungsstation die unter der Leitung der zentralen Notaufnahme steht. Die Beobachtungsstation umfasst mindestens 6 Betten; dort sollen Notfallpatienten in der Regel unter 24 Stunden verbleiben, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist.

**§ 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 unter Absatz 2 (Kategorie A) und Absatz 3 (Kategorie B) benannten Fachabteilungen; mindestens fünf davon sind aus der Kategorie A:

**§21**

**Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung**

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

Änderung / Vorschlag

Siehe §16 1. – 3.

Und zusätzlich

4. Fachabteilung Neurologie mit Stroke Unit

5. interventionelle Radiologie

In Krankenhäusern der umfassenden Notfallversorgung muss die unmittelbare medizinische Versorgung aller zeitkritischer Notfälle gewährleistet sein. Dazu gehören neben der Herzinfarkt-Behandlung

**Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin eV. (DGINA)**

**11. Februar 2018**

	auch die definitive Behandlung von Schlaganfällen einschließlich einer kathetergestützten Thrombektomie.
<p><b>§ 23</b> <b>Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung</b> 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 26 (GKV-SV) / §§ 20 bis 23 (DKG) für die einzelnen Module der speziellen Notfallversorgung festgelegt.</p> <p>Unabhängig von der Teilnahme an einer speziellen Notfallversorgung müssen diese Krankenhäuser bis auf die Anzahl der Fachabteilungen <u>alle</u> Anforderungen an die Basisnotfallversorgung erfüllen.</p>	Spezialisierte Krankenhäuser der Schwerverletztenversorgung müssen selbstverständlich bis auf die Anforderung an die Fachdisziplinen <b>alle</b> Anforderungen der Basisversorgung, z.B. Ersteinschätzung, zentrale Notaufnahme oder eigene ärztliche und pflegerische Leitung erfüllen

**Stellungnahme zur Erstfassung der Regelungen für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

<b>Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie</b>	
<b>13.02.2019</b>	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
VI. Spezielle Notfallversorgung §25 Modul Notfallversorgung Kinder (GKV-SV / KBV / PatV / LV)	Die Vorschlags-Version der GKV wird nachdrücklich unterstützt. Die Vorschlags-Version der DKG verortet Kinder-Notfälle zumindest optional auch in allgemeine, nicht spezifisch ausgerüstete Notaufnahmen. Dies wird den Anforderungen einer altersgerechten Kindermedizin nicht gerecht.
§25, Abs. 3, Punkt 5 (erweiterte Notfallversorgung) „24 Std. Verfügbarkeit von Röntgen, Sonographie und CT und/oder MRT“	Statt der MRT sollte hier die CT gefordert werden, die für die schnelle ad hoc-Abklärung von Hirnblutungen und von Hirndrucksituationen bei Hydrocephaluspatienten zu bevorzugen ist (ubiquitäre Verfügbarkeit realistisch, kurze Untersuchungsdauer, kein Narkosebedarf). Desgleichen sollte auch auf dieser Ebene bereits konventionelles Röntgen und Sonographie vorhanden sein.
§25, Abs. 4, Punkt 7 (umfassende Notfallversorgung) „...pädiatrische Intensivstation und neonatologische Intensivstation Level 1 nach gBA mit zusammen mindestens 12 Betten ...“	Pädiatrische und neonatologische Intensivstationen werden häufig zusammen betrieben und geben so eine größere Flexibilität. Eine Betriebsgröße von mindestens 12 Betten wäre hier als ausreichend anzusehen. Einfügen könnte man z.B. <i>„davon mindestens 4 PICU-Betten“</i> Die Forderung von 10 rein pädiatrischen Intensivbetten ist als unrealistisch anzusehen.
	In Kliniken ohne eine Abteilung für konservative und/oder operative Kinderheilkunde erfolgt ggf. eine Erstversorgung, die Weiterverlegung muss im Rahmen eines Verlegungskonzeptes geregelt sein.



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
zum Beschlussentwurf über die Erfassung der  
Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in  
Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Berlin, 14.02.2018

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 17.01.2018 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich eines neuen Beschlussentwurfs über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V aufgefordert.

Danach hat der G-BA bis zum 31.12.2017 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung, zu beschließen. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen. Der G-BA soll bei diesen Festlegungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1 berücksichtigen, soweit diese für die Notfallversorgung von Bedeutung sind.

Der G-BA hatte bereits am 17.10.2016 einen ersten Beschlussentwurf vorgelegt, der überwiegend im Dissens vorgebrachte Regelungsvorschläge zur Ausgestaltung der stationären Notfallstrukturen enthielt.

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 10.11.2016 wurde damals noch während des Stellungnahmeverfahrens die geltende gesetzliche Frist um ein Jahr auf den 31.12.2017 verlängert und der G-BA zudem verpflichtet, vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durchzuführen und deren Ergebnisse zu berücksichtigen. Der neue Beschlussentwurf wurde nun vorgelegt, allerdings ohne die Ergebnisse einer Folgenabschätzung.

## **Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:**

### ***Grundsätzliche Anmerkungen***

Die Bundesärztekammer hatte bereits am 16.11.2016 im Rahmen der Vorlage der ersten Beschlussfassung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern ausführlich Stellung genommen. Die aktuelle Beschlussfassung enthält im Vergleich zu der 2016 vorgelegten Beschlussfassung wenige Änderungen und Weiterentwicklungen. Auch wenn der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Patientenvertretung (PatV) und Ländervertretung (LV) ihre Positionen in weiteren Teilen konsentiert haben, besteht weiterhin grundsätzlicher Dissens mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), eine Kompromissfindung ist nicht erkennbar. Somit hat die Stellungnahme der Bundesärztekammer von 2016 grundsätzlich weiterhin Bestand und wir verweisen daher auch auf die Stellungnahme vom 16.11.2016.

Sehr kritisch sieht die Bundesärztekammer die Tatsache, dass die Ergebnisse der gesetzlich geforderten und vom G-BA als Auftrag an das IGES-Institut delegierten Folgenabschätzung dem aktuellen Beschlussentwurf nicht beigefügt sind und auch keine Erkenntnisse aus der Folgenabschätzung in die Tragenden Gründe aufgenommen wurden. Es kann somit weiterhin keine Aussage getroffen werden, wie viele Krankenhäuser welcher Stufe zugeordnet würden und welche Auswirkungen dies auf das Bestehen von Krankenhausstandorten und somit auf die Krankenhauslandschaft in Deutschland hätte.

**Die Stellungnahme der Bundesärztekammer erfolgt daher ausdrücklich unter dem Vorbehalt, dass die Folgen des Beschlusses aufgrund des Fehlens aussagekräftiger Daten nicht absehbar sind. Es ist somit unklar, ob nach Umsetzung eines Beschlusses die flächendeckende Notfallversorgung der Bevölkerung, auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten, gewährleistet ist.**

Im Hinblick auf die möglichen Auswirkungen eines solchen Stufenkonzeptes sieht es die Bundesärztekammer weiterhin als kritisch an, wenn es offenbar für möglich gehalten wird, binnen kurzer Frist eine eventuell relevante Anzahl von Krankenhäusern entgeltrechtlich von der stationären Notfallversorgung auszunehmen. Mit Blick auf die zentrale Bedeutung der stationären Notfallversorgung erscheint es sehr riskant, diese weitgehenden und schwer kalkulierbaren Veränderungen in einem so sensiblen Versorgungsbereich ohne fundierte Folgenabschätzung und ohne vorherige regionale Erprobung umsetzen zu wollen.

In Erinnerung rufen möchte die Bundesärztekammer erneut, dass der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses durch das Bundesland im Rahmen der Landeskrankenhausplanung festgelegt wird. Dies gilt auch für die Frage, ob und mit welchen Maßgaben ein Krankenhaus an der stationären Notfallversorgung teilnimmt. Beispielsweise enthält der hessische Krankenhausrahmenplan ein Konzept für die Notfallversorgung, das differenzierte Strukturanforderungen und eine gestufte Umsetzung vorsieht. Aus Sicht der Bundesärztekammer muss das Konzept des G-BA deswegen den Planungsbehörden der Bundesländer die Möglichkeit einräumen, im Einzelfall andere Einstufungen vorzusehen, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung oder aufgrund von regionalen Besonderheiten erforderlich ist.

## **Stellungnahme zu einzelnen Regelungsvorschlägen**

### Fachabteilung

Hier bleibt die Bundesärztekammer bei ihrer bereits 2016 geäußerten Kritik an der Definition einer Fachabteilung. GKV-SV, KBV, PatV und LV schlagen in § 5 Abs. 2 eine Fachabteilungsdefinition vor. Die Bundesärztekammer verweist darauf, dass die Krankenhauspläne der Länder bereits Vorgaben zur Abgrenzung von Fachabteilungen enthalten. Hier stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die verschiedenen Definitionsansätze zueinander stehen.

Inhaltlich ist zu dem vorliegenden Definitionsversuch anzumerken, dass ein wesentliches Kriterium fehlt. Krankenhausabteilungen zeichnen sich dadurch aus, dass der Träger des Krankenhauses für jede Abteilung mindestens einen Abteilungsarzt zu bestellen hat, der nicht weisungsgebunden ist und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung beeinträchtigt wird.

Entfallen sollte hingegen die Vorgabe, dass es sich um eine „räumlich abgegrenzte“ Organisationseinheit handeln muss. Es stellt die Eigenständigkeit einer Fachabteilung nicht in Frage, wenn sie innerhalb des Krankenhauses Betten auf verschiedenen Stationen belegt. Fachabteilungen für Anästhesie sind sogar regelhaft nicht als räumlich abgegrenzte Einheiten organisiert.

Die Bundesärztekammer bezweifelt zudem, dass sich der in den Bundesländern wenig einheitlich gehandhabte Fachabteilungsschlüssel eignet, um das Bestehen einer Fachabteilung, wie sie für die Notfallversorgung benötigt wird, zu definieren.

### Notdienstpraxis / Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V

Die Forderung von GKV-SV und PatV, dass alle Krankenhäuser, die an einer Stufe der stationären Notfallversorgung teilnehmen, zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V mit den Zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen und mehr noch der Vorschlag der KBV, dass entsprechende Krankenhäuser am Standort über eine Notdienstpraxis verfügen oder mit ihrer Notfallambulanz in den vertragsärztlichen Notdienst entsprechend der Kooperationsvereinbarungen mit den KVen eingebunden sind (§ 6 Abs. 3), wird von der Bundesärztekammer weiterhin als problematisch angesehen, da die Erfüllung dieser Bedingung nicht von den Krankenhäusern allein umgesetzt werden kann. Faktisch würden damit die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Bedarfsplanung im stationären Bereich einbezogen. Es stellt sich auch die Frage, ob die Zahl der für die stationäre Notfallversorgung erforderlichen Standorte der Zahl der erforderlichen Notdienstpraxen entspricht.

Die Vorgabe sollte daher so formuliert sein, dass alle Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, eine Kooperation und Abstimmung mit den Strukturen der ambulanten ärztlichen Notfallversorgung nachweislich anzustreben haben.

### Zentrale Notaufnahme

In § 6 Abs. 2 sieht der Vorschlag des GKV-SV, der KBV und der PatV vor, dass die Notfallversorgung in allen Stufen in einer Zentralen Notaufnahme mit eigenständiger, fachlich unabhängiger Leitung stattfindet. Die Bundesärztekammer stimmt zu, dass die Versorgung von Notfällen in der Regel in einer Zentralen Notaufnahme erfolgen sollte. Krankenhäuser haben nach Einschätzung der Bundesärztekammer ein hohes Eigeninteresse an der Etablierung Zentraler Notaufnahmen. Dort, wo dies jedoch z. B. aus baulichen Gründen nicht realisierbar ist, sollte dem Krankenhaus – zumindest in der Basisnotfallversorgung – längere Übergangszeiten ermöglicht werden, in denen die notwendige Abstimmung und Koordination auf andere Weise realisiert werden. Die Bundesärztekammer unterstützt daher die Formulierung von KBV und PatV in § 28, nach der für die Etablierung einer Zentralen Notaufnahme eine Übergangsfrist von 5 Jahren gewährt wird und schlägt vor, diese Zeit für die Basisnotfallversorgung im Einzelfall bei baulichen Schwierigkeiten auf 5-10 Jahre zu verlängern.

### Art und Anzahl Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung

In § 8 fordern GKV-SV und PatV die Vorhaltung der Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesiologie. Die Bundesärztekammer stimmt dagegen der Einschätzung von DKG, KBV und LV zu, dass die in der Basisnotfallversorgung die Vorhaltung der Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin ausreichend ist. Die Vorhaltung einer Fachabteilung für Chirurgie setzt die Anwesenheit von Fachärzten für Anästhesie voraus, die aber beispielsweise auch in der Fachabteilung für Chirurgie angestellt oder belegärztlich tätig sein können. Die notfallmedizinische Kompetenz ist durch das in der Notaufnahme tätige Personal gewährleistet. Zudem wird in § 9 Abs. 3 sichergestellt, dass ein Facharzt für Anästhesie verfügbar ist.

### Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“

Der Vorschlag des GKV-SV sieht in § 9 Abs. 2 vor, dass ein Arzt mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ als für die Notfallversorgung Verantwortlicher benannt wird. In der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) ist lediglich die vorrangig auf die Präklinik ausgerichtete Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedi-

zin“ geregelt. Eine Qualifikation „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ stellt keine Bezeichnung der aktuellen MWBO dar. Wir weisen daher erneut darauf hin, dass die Vorgaben des G-BA zur ärztlichen Qualifikation die gültige (Muster-)Weiterbildungsordnung beachten sollten.

Nach Ansicht der Bundesärztekammer eignen sich Qualifikationsvorgaben eher als Qualitätsindikatoren denn als harte Kriterien zur Einordnung in ein Stufensystem.

#### Verfügbarkeit von Fachärzten am Patienten

In § 9 Absatz 3 (GKV-SV, LV, KBV) bzw. Absatz 6 (PatV) wird gefordert, dass jeweils ein Facharzt in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar zu sein hat. Hier stellt sich die Frage, welches Dienstmodell Grundlage für das Erreichen des Zeitfensters sein soll. Sicher gewährleistet ließe sich eine Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten nur bei Anwesenheit des Arztes am Standort. Dies ist gerade für kleine Fachabteilungen kaum umsetzbar und für das Krankenhaus mit hohen Kosten verbunden. Die Bundesärztekammer regt an, dass für die Basisnotfallversorgung die Formulierung der DKG (§ 9 Absatz 1 DKG) ausreichend sein sollte, nach der der Facharzt im Präsenzdienst oder im Bereitschaftsdienst oder im Rufbereitschaftsdienst dienstbereit zu sein hat. Alternativ sollte eine Formulierung gewählt werden, die einen beschränkten Spielraum zulässt, z.B. „in der Regel innerhalb von 30 Minuten“. Für die erweiterte und die umfassende Notfallversorgung sollte die Forderung nach der 30-Minuten-Verfügbarkeit eines Facharztes für die Innere Medizin, die Chirurgie und die Anästhesie gelten. Für die weiteren Fachabteilungen sollte die Verfügbarkeit im Präsenzdienst oder Bereitschaftsdienst oder im Rufbereitschaftsdienst gefordert werden. Dies erfordert auch eine entsprechende Änderung von § 5 Abs. 2 Nr. 2, soweit nicht dem Vorschlag der Bundesärztekammer gefolgt wird, ganz auf eine Fachabteilungsdefinition zu verzichten.

#### Personalausstattung

Die Patientenvertretung fordert in § 9 Absatz 3 eine Mindestpersonalausstattung für Pflegekräfte, orientiert an einem Modell von DGAI/BDA zu Intermediate Care Units. Nach Ansicht der Bundesärztekammer ist eine adäquate Personalausstattung, sowohl des Pflegepersonals als auch des ärztlichen Personals der Notaufnahmen, orientiert am Schweregrad der Erkrankungen der Patienten der Notaufnahme, einer der wichtigsten Faktoren für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Die Entwicklung eines geeigneten und für Deutschland gültigen Instrumentes zur Ermittlung von Personaluntergrenzen wird dringend empfohlen. Eine Unterschreitung der Anwesenheit von zwei Pflegekräften pro Schicht ist aus Sicht der Bundesärztekammer bereits jetzt nicht tolerabel.

#### Telemedizinische Netzwerke

Der Vorschlag der Patientenvertretung nach einer Einbindung in telemedizinische Netzwerke sollte insoweit modifiziert werden, dass diese Einbindung vorgesehen wird, soweit solche Netzwerke regional verfügbar sind.

#### Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung

In § 11 ist die medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung geregelt. Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, dass auch die Vorhaltung eines Notfalllabors und von Isolationsmöglichkeiten, sowie die Möglichkeit zur Durchführung einer Notfallsonografie zu der Basisausstattung gehören sollte.

### Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisversorgung

In § 12 formulieren GKV-SV, KBV, PatV und LV sehr detaillierte Regelungen zu den Strukturen und Prozessen der Notaufnahme in der Basisversorgung. Zu den vorgeschlagenen Regelungen gehört, dass alle Notfallpatienten zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung ihrer Behandlungspriorität erhalten. Nach Ansicht der Bundesärztekammer ist die Messung dieser Prozesszeit derzeit nicht zuverlässig möglich. Prozesszeiten in der Notfallmedizin sind wichtige Qualitätsindikatoren, die in der Qualitätssicherung Verwendung finden sollten. Als Kriterium für das Stufensystem sind sie nicht sinnvoll. Die Bundesärztekammer befürwortet deutlich die Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsinstrumentes.

### Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung

In § 13 sind Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung geregelt. Dabei werden die Fachabteilungen nach ihrer Wichtigkeit für die Notfallversorgung in 2 Kategorien, A und B, eingeteilt. Die Bundesärztekammer regt an, Herzchirurgie, Viszeralchirurgie und Nephrologie als zusätzliche Fachabteilungen in Kategorie B aufzunehmen (zur Definition der Fachabteilung, siehe oben Punkt Fachabteilung). Wie von GKV-SV, KBV und PatV angeregt sollte eine Fachabteilung für Hämatologie und internistische Onkologie ebenfalls in Kategorie B gelistet sein.

Diese Empfehlungen gelten gleichermaßen für die Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung.

Mit Blick auf die Innere Medizin und die Chirurgie ist darauf hinzuweisen, dass diese Gebiete jeweils mehrere Facharztkompetenzen umfassen (wie z.B. Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie). Soweit das Stufenkonzept allgemein einen Facharzt oder ein Abteilung für „Innere Medizin“ oder für „Chirurgie“ vorsieht, ist diese Anforderung durch alle Facharztkompetenzen oder Abteilungen innerhalb des Gebietes erfüllbar.

### Versorgung von Intensivpatienten in der Notfallversorgung

Die Bundesärztekammer hält es nicht für sinnvoll, die Aufnahmebereitschaft der Intensivstationen mit einer Minutenvorgabe zu verknüpfen. Die Frage, wie schnell ein Patient von der Notaufnahme auf die Intensivstation verlegt werden sollte, hängt von vielen medizinischen und auch organisatorischen Fragen ab. Sie kann im Einzelfall kürzer oder auch länger als 60 Minuten sein. Prozessindikatoren wie Minutenvorgaben sind im Rahmen eines Strukturkonzeptes wenig geeignet, echte Qualität abzubilden und können zugleich einer unangemessenen Kontrollbürokratie Vorschub leisten.

### Medizinisch technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung

In § 16 werden 3 Formulierungsvorschläge (GKV-SV/KBV/PatV und DKG und LV) angeboten. Nach Ansicht der Bundesärztekammer muss die medizinisch-technische Ausstattung mit den jeweils vorgehaltenen Fachabteilungen abgestimmt werden. So ist es z.B. nicht sinnvoll, die Möglichkeit zur perkutanen koronaren Intervention vorzuhalten, wenn die Fachrichtung Kardiologie nicht vorgehalten wird. Die Bundesärztekammer folgt daher dem Vorschlag der Ländervertretung in § 16, nach dem notfallendoskopische Interventionsmöglichkeit am oberen Gastrointestinaltrakt **oder** Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI) **oder** Fibrinolyse bei Schlaganfall in der erweiterten Notfallversorgung vorgehalten werden muss, jeweils angepasst an das Fachabteilungsspektrum.

Die Vorhaltung eines MRT ist nach Ansicht der Bundesärztekammer in der erweiterten Notfallversorgung nicht sinnvoll, da das MRT im Notfall nur bei sehr speziellen Fragestel-

lungen und, zum Schutz vor Strahlenbelastung, bei Kindern umgehend eingesetzt werden muss. Grundsätzlich besteht bei diesen Patienten die Möglichkeit zur Verlegung in ein Krankenhaus mit MRT-Vorhaltung, im absoluten Notfall kann bei Kindern auch ein CT durchgeführt werden.

#### Hubschrauberlandestelle

Bei der Forderung nach einer Hubschrauberlandestelle gibt die Bundesärztekammer zu bedenken, dass auch bei Genehmigung einer Hubschrauberlandestelle der Kostenaufwand für eine Realisierung unverhältnismäßig hoch sein kann. Auch in solch einem Fall sollte die Einstufung der Notaufnahme nicht an der Hubschrauberlandestelle scheitern. Dies gilt in gleichem Maße auch für die umfassende Notfallversorgung.

#### Aufnahmestation

KBV und Ländervertretung fordern in § 17 Absatz 2, dass die zentrale Notaufnahme die Möglichkeit hat, Notfallpatienten aufzunehmen, die in der Regel unter 24 Stunden verbleiben sollen, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist. Die Bundesärztekammer begrüßt die zunehmende Etablierung von Aufnahmestationen oder „Clinical Decision Units“, hält jedoch eine zwingende Vorgabe, erst recht in Verbindung mit einer Mindestbettenzahl, für zu weitgehend.

#### Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung

Im Vergleich zu der Beschlussvorlage von 2016, haben GKV-SV, KBV und PatV in § 18 die Anzahl der vorzuhaltenden Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung von sechs auf sieben erhöht. Dies ist aus Sicht der Bundesärztekammer nicht nachvollziehbar. Die Bundesärztekammer schließt sich hier dem Vorschlag der Ländervertretung nach sechs Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung an.

#### Fachpersonal in der umfassenden Notfallversorgung

In § 19 zu Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung fordert die KBV den Facharztstatus für alle vorgehaltenen Fachabteilungen ein. Dies ist nach Ansicht der Bundesärztekammer weder notwendig noch realisierbar.

#### Modul Notfallversorgung Kinder

Die Bundesärztekammer stimmt grundsätzlich dem Vorschlag von GKV-SV, KBV, PatV und LV in § 25 zum Spezialmodul Notfallversorgung Kinder zu, allerdings mit den gleichen Einschränkungen wie bei der Notfallversorgung für Erwachsene. Diese Einschränkungen betreffen die Triagierung innerhalb von 10 Minuten nach Aufnahme des Patienten, die Kooperationsvereinbarung mit der KBV, die Vorhaltung eines MRT in der erweiterten Notfallversorgung und die Vorhaltung einer Hubschrauberlandestelle.

#### Stroke Unit

§22 Die Forderungen der DKG nach der Einstufung eines Krankenhauses in die Stufe 2, wenn zusätzlich zu den Kriterien der Stufe 1 eine Stroke Unit vorhanden ist, wird von der Bundesärztekammer kritisch gesehen. Eine regionale Stroke Unit ist nach Erfüllung der Kriterien des OPS Codes und der Kriterien der DSG weiterhin auch ohne eine Neurologische Fachabteilung möglich, was zur Versorgung im ländlichen Bereich auch sinnvoll ist. Somit sollte sich allein durch Vorhaltung einer Stroke Unit nicht eine Einstufung in die erweiterte Notfallversorgung begründen.

### Modul Schwerverletztenversorgung

§ 24 Hier unterstützt die Bundesärztekammer ausdrücklich den Regelungsvorschlag der DKG. Die Zuordnungen „lokales Traumazentrum – Basisnotfallversorgung“, „regionales Traumazentrum – erweiterte Notfallversorgung“ und „überregionales Traumazentrum – umfassende Notfallversorgung“ sind fachlich und mit Blick auf die Versorgungsanforderungen stimmig. Es wäre hingegen widersprüchlich und auch mit Blick auf die Versorgung kritisch, lokale und regionale Traumazentren nicht in die Regelung einzubeziehen und – wie von GKV-SV, KBV, PatV und LV vorgeschlagen – nur für die – wenigen – überregionalen Traumazentren eine Zuordnung zu treffen.

### **Fazit:**

Die Bundesärztekammer muss einer Beschlussfassung und Umsetzung des Stufenkonzepts vor der Bekanntgabe einer tragfähigen Folgenabschätzung entschieden widersprechen. In § 136c Absatz 4 ist deutlich formuliert, dass der G-BA vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durchführt und deren Ergebnisse berücksichtigt. Dabei sollte nicht nur die Stufeneinteilung der einzelnen Krankenhäuser, sondern, soweit möglich, auch die Auswirkungen der Stufeneinteilung auf das Bestehen von Krankenhausstandorten und auf die flächendeckende Notfallversorgung der Bevölkerung analysiert werden. Eine solche Folgenabschätzung anhand tragfähiger und repräsentativer Daten muss den Stellungnahmeberechtigten Organisationen zur Verfügung gestellt und Gelegenheit zu einer Ergänzung der Stellungnahme eingeräumt werden, bevor eine deutschlandweite Implementierung des Stufensystems vorgenommen wird.

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer Maßnahmen, die zu einer Verbesserung und Sicherung der Qualität der Notfallversorgung beitragen, allerdings muss für Anforderungen die mit umfangreichen Kosten verbunden sind, z. B. weil sie bauliche Konsequenzen erfordern (Einrichtung einer ZNA, Einrichtung einer Hubschrauberlandestelle), eine ausreichende Finanzierung gewährleistet sein.

Das eigentliche Ziel der Gesetzgebung, der aktuellen Unterfinanzierung von Vorhaltekosten in der Notfallversorgung in Krankenhäusern entgegenzuwirken, darf nicht aus dem Fokus geraten.

Berlin, 14.02.2018



i.A.  
Dr. med. Julia Searle, MPH  
Referentin Dezernat 1

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Herrn Dirk Hollstein  
Abteilung M-VL  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

-per E-Mail-

31. Januar 2018

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

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

Sehr geehrter Herr Hollstein,

vielen Dank für Ihre E-Mail vom 17. Januar 2018 und die Möglichkeit zur Stellungnahme. Die Bundespsychotherapeutenkammer verzichtet in diesem Fall auf die Abgabe einer Stellungnahme und wird demzufolge auch nicht an der mündlichen Anhörung am 26. Februar 2018 teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Timo Harfst  
Stellvertretender Geschäftsführer

Stellungnahmen

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

**Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen  
gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 4 SGB V**

Inhalt

<b>1.</b>	<b><u>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren</u></b> .....	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b><u>Schriftliche Stellungnahmen</u></b> .....	<b>3</b>
	<b>Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen</b> .....	<b>5</b>
	<b>Spezifische Stellungnahmen</b> .....	<b>14</b>
<b>I.</b>	<b><u>Allgemeine Vorschriften</u></b> .....	<b>14</b>
<b>§ 2</b>	<b><u>Gegenstand der Regelung</u></b> .....	<b>14</b>
<b>II.</b>	<b><u>Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen (GKV-SV/KBV/PatV) / Grundlagen des gestuften Systems der stationären Notfallversorgung (DKG)</u></b> .....	<b>17</b>
<b>§ 3</b>	<b><u>Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen</u></b> .....	<b>17</b>
<b>§ 4</b>	<b><u>Spezielle Notfallversorgung</u></b> .....	<b>19</b>
<b>§ 5</b>	<b><u>Grundlagen des Stufenmodells</u></b> .....	<b>20</b>
<b>§ 6</b>	<b><u>Allgemeine Anforderungen an alle Stufen</u></b> .....	<b>29</b>
<b>§ 7</b>	<b><u>Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren</u></b> .....	<b>37</b>
<b>III.</b>	<b><u>Anforderungen an die Basisnotfallversorgung</u></b> .....	<b>39</b>
<b>§ 8</b>	<b><u>Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung</u></b> .....	<b>39</b>
<b>§ 9</b>	<b><u>Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung</u></b> .....	<b>40</b>
<b>§ 10</b>	<b><u>Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung (GKV-SV/PatV/KBV/LV)</u></b> .....	<b>49</b>
<b>§ 11</b>	<b><u>Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung (GKV-SV/PatV/KBV/LV) / § 10 (DKG)</u></b> .....	<b>50</b>
<b>§ 12</b>	<b><u>Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung (GKV-SV/PatV/LV/KBV)</u></b> .....	<b>53</b>
<b>IV.</b>	<b><u>Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung</u></b> .....	<b>57</b>

<u>§ 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 11 (DKG)</u> .....	57
<u>§ 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 13 (DKG)</u> .....	61
<u>§ 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 14 (DKG)</u> .....	63
<u>§ 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV)</u> .....	69
<u>V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung</u> .....	72
<u>§ 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 15 (DKG)</u> .....	72
<u>§ 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 16 (DKG)</u> .....	76
<u>§ 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 17 (DKG)</u> .....	80
<u>§ 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 18 (DKG)</u> .....	81
<u>VI. Spezielle Notfallversorgung</u> .....	83
<u>§ 23 Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/PatV) / § 19 (DKG)</u> .....	83
<u>§ 24 Modul Schwerverletzenversorgung (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 20 (DKG)</u> .....	85
<u>§ 25 Notfallversorgung Kinder (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 21 (DKG)</u> .....	86
<u>§ 26 Spezialversorgung (GKV-SV/KBV/PatV/LV)</u> .....	95
<u>§ 22 Modul Schlaganfallversorgung (DKG)</u> .....	97
<u>§ 23 Modul Sonstige fachspezifische Notfallversorgung (DKG)</u> .....	98
<u>VII. Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen</u> .....	100
<u>§ 28 Übergangsbestimmungen (GKV-SV/KBV/PatV/LV)</u> .....	100
<u>§ 29 Evaluation (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 25 (DKG)</u> .....	102
<u>3. Mündliche Stellungnahmen</u> .....	103

## 1. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5 und § 136c Absatz 4 SGB V wurde der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften Gelegenheit gegeben, zum Entwurf der Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch die Richtlinie berührt sind.

Das Stellungnahmeverfahren wurde am 17. Januar 2018 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 14. Februar 2018.

## 2. Schriftliche Stellungnahmen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden schriftliche Stellungnahmen vorgelegt:

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. -German Cardiac Society (DGK)	06.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)	07.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	08.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	13.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. (DGKCH)	13.02.2018
Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)	13.02.2018
Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP)	13.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN)	14.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)	14.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)	14.02.2018
Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA)	14.02.2018
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)	14.02.2018
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP)	14.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)	14.02.2018
Bundesärztekammer (BÄK)	15.02.2018
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE)	19.02.2018
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)	20.02.2018

Die folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen haben auf eine schriftliche Stellungnahme verzichtet:

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	31.01.2018
--------------------------------------	------------

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung beraten und ausgewertet (siehe folgende Tabelle).

## Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) / 07.02.2018	Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe begrüßt eine Strukturierung der Notfallversorgung durch den GBA. Während eine Integration gynäkologischer Notfälle, in die durch die Richtlinie beschriebenen Strukturen unkritisch erscheint, so sind die in unserer Stellungnahme von 26.10.2016 angesprochenen Inkonsistenzen im Bezug auf die Versorgung von Schwangeren (insbesondere an der Grenze der Lebensfähigkeit und in der Frühgeburtlichkeit) in der aktuellen Beschlussfassung unseres Erachtens weiterhin nicht ausreichend berücksichtigt.		<p>Kenntnisnahme</p> <p>Da das Notfallstufenkonzept nicht indikationsspezifisch aufgebaut ist und sich auf Vorhaltungen fokussiert, wird die Versorgung von einzelnen Arten von Notfällen nicht detailliert dargestellt. Leitlinien für die medizinische Versorgung von Notfällen werden durch die Fachgesellschaften erstellt und sind nicht Bestandteil des Notfallstufenkonzeptes. Die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe wird im Notfallstufenkonzept als eine für die primäre Notfallversorgung relevante Fachabteilung berücksichtigt.</p> <p>Es ist nicht beabsichtigt, Notfall-Entbindungen oder Notfall-Kaiserschnitte künftig in der Notaufnahme durchzuführen.</p>	Nein
2.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufrorschung e.V. -	Der nun vorgelegte Beschlussentwurf des GBA vom 15.01.2018 enthält nach unserer Einschätzung im Vergleich zu dem Beschlussentwurf vom Herbst 2016 keine wesentlichen Änderungen im Sinne der von uns in der ersten Stellungnahme vorgetragenen Kritikpunkte.	Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<p>Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV</b> Da das Notfallstufenkonzept nicht indikationsspezifisch auf-</p>	<b>GKV-SV/LV/KBV</b> Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	<p>German Cardiac Society (DGK) / 06.02.2018  In Bezugnahme auf Ihre Stellungnahme vom 16.11.2016</p>	<p>Wir haben unsere Anregungen jetzt ergänzt und hoffen, dass sie in den anstehenden Beratungen zur Kompromissfindung zwischen DKG und GKV-SV berücksichtigt werden. Die Aufnahme von Krankenhäusern mit zertifizierter Chest Pain Unit (CPU) in das Modul Spezialversorgung §26 ist uns aus kardiologischer Sicht besonders wichtig.</p>		<p>gebaut ist und sich auf Vorhalten fokussiert, wird die Versorgung von einzelnen Arten von Notfällen nicht detailliert dargestellt. Leitlinien für die medizinische Versorgung von Notfällen werden durch die Fachgesellschaften erstellt und sind nicht Bestandteil des Notfallstufenkonzeptes. Die Fachabteilung Kardiologie wird im Notfallstufenkonzept als eine für die primäre Notfallversorgung relevante Fachabteilung berücksichtigt.</p> <p><b>DKG</b>  Stattgegeben.</p>	<p><b>DKG/PatV</b>  Ja</p> <p>Neuer § 22a  Modul Durchblutungsstörungen am Herzen</p> <p><i>(1) Ein Krankenhaus, das die Anforderungen der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) dieser Regelung nicht erfüllt, jedoch über eine Chest Pain Unit verfügt, wird in die</i></p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
					<p>Stufe 1 Basisnotfallversorgung eingruppiert.  (2) Ein Krankenhaus mit Chest Pain Unit, das die Anforderungen der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) erfüllt, nicht aber die Anforderungen der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2), wird in Stufe 2 erweiterte Notfallversorgung eingestuft.</p>
3.	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) / 14.02.2018	Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) befasst sich umfassend mit notfallmedizinischen Fragestellungen im prähospitalen sowie klinischen Bereich. Die Neustrukturierung der stationären Notfallversorgung ist notwendig, der Auftrag an den GBA berücksichtigt jedoch nicht ausreichend den intersektoralen Kontext. Die DGAI unterstreicht die zentrale Bedeutung der intersektoralen Neuausrichtung einer patientenorientierten Notfallversorgung in Deutschland.		<b>GKV-SV/PatV/KBV</b> Es wird die Auffassung geteilt, dass das stationäre Notfallstufenkonzept in einem nächsten Schritt sektorenübergreifend weiterzuentwickeln ist. Die aktuelle Gesetzesgrundlage ermöglicht derzeit jedoch nur die Festlegung von Notfallstufen für die stationäre Notfallversorgung.  <b>DKG/LV</b> Nicht vom Gesetzlichen Auftrag umfasst.	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
4.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	Allgemeine Anmerkungen	<p>1) Wir halten es für äußerst schwierig, dass faktisch zwei Dokumente in einem Papier vorgelegt werden, die zum Ende hin auch noch zu unterschiedlicher Paragraphierung führen. Der GBA hätte unseres Erachtens nach in weitaus mehr Punkten Kompromisse erarbeiten sollen!</p> <p>(2) Die Folgenabschätzung fehlt. Dies ist ein kritischer Punkt, da einige Aspekte ohne diese nicht sicher entschieden werden können. Unserer Kenntnis nach war der GBA beauftragt, eine Folgenabschätzung der vorgeschlagenen Maßnahmen durchzuführen.</p> <p>(3) Die Stufenregelung ist nur ein erster Schritt einer Reform der Notfallversorgung, die auch eine Reform der ambulanten Notfallversorgung beinhalten sollte. Entsprechende Konzepte sind in Arbeit (siehe Sachverständigenrat). Klares Ziel einer solchen Reform sollte eine Behebung der bestehenden Defizite in der Notfallversorgung in den Krankenhäusern und an der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung stehen. Dazu sollte ein zukunftsweisendes Konzept entwickelt werden, dass in der Notfallversorgung aktive Kliniken stärker fördert und keine neuen Versorgungsengpässe z.B. in der notwendigen stationären Weiterversorgung generiert.</p> <p>(4) Es fehlt ein Katalog an notfallmedizinischen Situationen und Krankheitsbildern, der es leichter erlauben würde, die Stufen von einer medizinisch-fachlichen Seite her zu definieren oder zumindest mit technisch-apparativen und strukturellen Merkmalen in Deckung zu bringen. Dies wird besonders deutlich bei</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG</b> Zu 2) Fehlende Folgeabschätzung: Zustimmung: Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV</b> Die Folgenabschätzung ist nicht Gegenstand des Stufenabschätzungsverfahrens.</p> <p>Zu (3): Siehe lfd. Nr.3</p> <p>Zu (4): Da das Notfallstufenkonzept primär nicht indikationsspezifisch aufgebaut ist und sich auf Vorhaltungen fokussiert, wird die Versorgung von einzelnen Arten von Notfällen nicht detailliert dargestellt. Leitlinien für die medizinische Versorgung von Notfällen werden durch die Fachgesellschaften erstellt und</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			der Kategorisierung von Krankenhäusern anhand von Fachabteilungen aus 2 verschiedenen Kategorien	sind nicht Bestandteil des Notfallstufenkonzeptes.	
5.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	Allgemeine Vorbemerkung	<p>Die DIVI begrüßt, dass die Notfallstrukturen neu geregelt werden sollen. Da eine Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung allerdings erst ex post erfolgen kann und damit auch in Zukunft ambulante Patienten in Notfallstrukturen der Kliniken behandelt werden, legt die DIVI Wert auf die Feststellung, dass sektorübergreifende Regelungen zeitnah beschlossen werden sollten.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe lfd. Nr. 3</p>	Nein
6.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	Die Bundesärztekammer hatte bereits am 16.11.2016 im Rahmen der Vorlage der ersten Beschlussfassung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern ausführlich Stellung genommen. Die aktuelle Beschlussfassung enthält im Vergleich zu der 2016 vorgelegten Beschlussfassung wenige Änderungen und Weiterentwicklungen. Auch wenn der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Patientenvertretung (PatV) und Ländervertretung (LV) ihre Positionen in weiteren Teilen konsentiert haben, besteht weiterhin grundsätzlicher Dissens mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), eine Kompromissfindung ist nicht erkennbar. Somit hat die Stellungnahme der Bundesärztekammer von 2016 grundsätzlich weiterhin Bestand und wir		<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe lfd. Nr.4</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>verweisen daher auch auf die Stellungnahme vom 16.11.2016.</p> <p>Sehr kritisch sieht die Bundesärztekammer die Tatsache, dass die Ergebnisse der gesetzlich geforderten und vom G-BA als Auftrag an das IGES-Institut delegierten Folgenabschätzung dem aktuellen Beschlussentwurf nicht beigelegt sind und auch keine Erkenntnisse aus der Folgenabschätzung in die Tragenden Gründe aufgenommen wurden. Es kann somit weiterhin keine Aussage getroffen werden, wie viele Krankenhäuser welcher Stufe zugeordnet würden und welche Auswirkungen dies auf das Bestehen von Krankenhausstandorten und somit auf die Krankenhauslandschaft in Deutschland hätte.</p> <p>Die Stellungnahme der Bundesärztekammer erfolgt daher ausdrücklich unter dem Vorbehalt, dass die Folgen des Beschlusses aufgrund des Fehlens aussagekräftiger Daten nicht absehbar sind. Es ist somit unklar, ob nach Umsetzung eines Beschlusses die flächendeckende Notfallversorgung der Bevölkerung, auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten, gewährleistet ist.</p> <p>Im Hinblick auf die möglichen Auswirkungen eines solchen Stufenkonzeptes sieht es die Bundesärztekammer weiterhin als kritisch an, wenn es offenbar für möglich gehalten wird, binnen kurzer Frist eine eventuell relevante Anzahl von Krankenhäusern entgeltrechtlich von der stationären Notfallversorgung auszunehmen. Mit Blick auf die zentrale Bedeutung der stationären Notfallversorgung erscheint es sehr riskant, diese weitgehenden und schwer kalkulierbaren Veränderungen in einem so</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>sensiblen Versorgungsbereich ohne fundierte Folgenabschätzung und ohne vorherige regionale Erprobung umsetzen zu wollen.</p> <p>In Erinnerung rufen möchte die Bundesärztekammer erneut, dass der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses durch das Bundesland im Rahmen der Landeskrankenhausplanung festgelegt wird. Dies gilt auch für die Frage, ob und mit welchen Maßgaben ein Krankenhaus an der stationären Notfallversorgung teilnimmt. Beispielsweise enthält der hessische Krankenhausrahmenplan ein Konzept für die Notfallversorgung, das differenzierte Strukturanforderungen und eine gestufte Umsetzung vorsieht. Aus Sicht der Bundesärztekammer muss das Konzept des G-BA deswegen den Planungsbehörden der Bundesländer die Möglichkeit einräumen, im Einzelfall andere Einstufungen vorzusehen, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung oder aufgrund von regionalen Besonderheiten erforderlich ist.</p> <p>Die Bundesärztekammer muss einer Beschlussfassung und Umsetzung des Stufenkonzepts vor der Bekanntgabe einer tragfähigen Folgenabschätzung entschieden widersprechen. In § 136c Absatz 4 ist deutlich formuliert, dass der G-BA vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durchführt und deren Ergebnisse berücksichtigt. Dabei sollte nicht nur die Stufeneinteilung der einzelnen Krankenhäuser, sondern, soweit möglich, auch die Auswirkungen der Stufeneinteilung auf das Bestehen von Krankenhausstandor-</p>			

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>ten und auf die flächendeckende Notfallversorgung der Bevölkerung analysiert werden. Eine solche Folgenabschätzung anhand tragfähiger und repräsentativer Daten muss den Stellungnahme-berechtigten Organisationen zur Verfügung gestellt und Gelegenheit zu einer Ergänzung der Stellungnahme eingeräumt werden, bevor eine deutschlandweite Implementierung des Stufensystems vorgenommen wird.</p> <p>Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer Maßnahmen, die zu einer Verbesserung und Sicherung der Qualität der Notfallversorgung beitragen, allerdings muss für Anforderungen die mit umfangreichen Kosten verbunden sind, z. B. weil sie bauliche Konsequenzen erfordern (Einrichtung einer ZNA, Einrichtung einer Hubschrauberlandestelle), eine ausreichende Finanzierung gewährleistet sein.</p> <p>Das eigentliche Ziel der Gesetzgebung, der aktuellen Unterfinanzierung von Vorhaltekosten in der Notfallversorgung in Krankenhäusern entgegenzuwirken, darf nicht aus dem Fokus geraten.</p>			
7.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018	<p>Vorbemerkung: Die DGINA unterstützt mehrheitlich die Vorschläge des GKV-SV zur Stufung der Notfallversorgung, da dies zu einer Gewährleistung der notwendigen Strukturqualität in der Notfallversorgung führt. Gleichzeitig ist jedoch zu sicherzustellen, dass die Notfallversorgung an den jeweiligen Standorten kostendeckend fi-</p>		<p>Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG/LV</b> DKG/LV begrüßen den Hinweis der DGINA zur kostendeckenden Finanzierung</p> <p><b>GKV-SV/PatV</b> Fragen der Finanzierung sind nicht vom Regelungsauftrag</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		nanziert ist und eine Erreichbarkeit der Notfallversorgung, z.B. auch durch Ausbau der Notfallrettung, gewährleistet bleibt.		gemäß § 136c Absatz 4 SGB V umfasst.	

## Spezifische Stellungnahmen

### I. Allgemeine Vorschriften

#### § 2 Gegenstand der Regelung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
8.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018	<p>§ 2 Absatz 1: § 2 Gegenstand der Regelung</p> <p>(1) Die Regelung legt die Grundsätze des gestuften Systems der <del>stationären</del> Notfallversorgung <i>an Krankenhäusern</i> fest.</p>	Die Unterscheidung von ambulanter und stationärer Notfallversorgung ist ex ante nicht möglich, die Notfallversorgung an Krankenhäusern wird daher immer einen ambulanten Anteil umfassen.	Siehe lfd. Nr.3	Nein
9.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 2 Absatz 1: §2 (1) Änderungsvorschlag: Die Regelung legt die Grundsätze des gestuften Systems der <del>stationären</del> Notfallversorgung <u>in der ZNA eines Krankenhauses</u> fest.</p>	<p>Unserer Ansicht nach ist der Begriff "stationäre Notfallversorgung" unklar und sollte hier wie vorgeschlagen durch „Notfallversorgung in der ZNA“ ersetzt werden, weil zum einen bei der initialen Vorstellung von Notfallpatienten in der Notaufnahme nicht immer sicher zwischen ambulanter und stationärer Behandlung entschieden werden kann, zum anderen zahlreiche Patienten, die sachgerecht im Krankenhaus notfallmäßig versorgt werden müssen, (zum Beispiel bei notwendiger Röntgendiagnostik bei Traumata) am Ende nicht stationär aufgenommen werden. Hiervon unberührt sind Maßnahmen zur stärkeren Nutzung von Notfalleinrichtungen außerhalb des Krankenhauses!</p>	<p><b>GKV-SV/KBV/PatV/LV</b> Das Stufenkonzept definiert Anforderungen an die Vorhaltungen je Notfallstufe bezogen auf den Krankenhausstandort. Die ZNA ist ein wichtiges Kriterium, da es aus Sicht der GKV-SV, KBV, PatV und LV eine zentrale Anlaufstelle für alle Notfallpatienten geben muss. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Notfallversorgung ausschließlich in der zentralen Notaufnahme stattfindet.</p> <p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme, aber nicht GBA-Aufgabe</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
10.	Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) / 14.02.2018	<p>§ 2 Absatz 1: § 2 ...sowie konkrete Anforderungen für jede Stufe der stationären Notfallversorgung festlegt, die vom Krankenhaus zu erfüllen sind, um den jeweiligen Stufen zugeordnet zu werden.</p>	<p>Die Ausstattung der Notfallaufnahme, der Intensivstation, Diagnostik-Optionen und Vorhaltung mehrerer Fachabteilungen entscheidet im Wesentlichen über Zu- oder Abschläge in Bezug auf eine DRG im Rahmen der stationären Notfallbehandlung. Der von der jeweiligen Klinik betriebene Therapie-Aufwand und Diagnostikaufwand wird so in keiner Weise berücksichtigt. Belohnt werden Kliniken, die eine umfangreiche Ausstattung zur Behandlung von Notfallpatienten vorhalten und den kleinstmöglichen Kostenaufwand bzw. auch Therapieaufwand während der stationären Notfalltherapie betreiben. Kleinstmöglich ist zwar rationell, jedoch nicht unbedingt nachhaltig.</p>	<p>Therapiekosten werden über Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) vergütet. Die Zu- und Abschläge berücksichtigen nur Vorhaltekosten.</p>	Nein
11.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) / 08.02.2018	<p>§ 2 Absatz 2 (DKG): Die DGPPN hat den Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V zur Kenntnis genommen. Die Fachgesellschaft unterstützt dabei den Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie von der Regelung auszunehmen.</p>	<p>Die DGPPN unterstützt die Position der DKG, Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie von der vorliegenden Regelung auszunehmen, da sich die Notfallstrukturen im psychiatrischen Bereich erheblich von denen in der Somatik unterscheiden. Dies hängt vor allem mit dem im psychiatrischen Bereich geltenden Budgetmechanismus aber auch dem besonderen Konstrukt der Pflichtversorgung zusammen. Notfallstrukturen in diesem speziellen medizinischen Fachgebiet müssen somit auf regionale Besonderheiten Rücksicht nehmen und darauf basierend geregelt sein. Entsprechend sollte dieser Bereich grundsätzlich von der vorliegenden Regelung ausgenommen werden, wofür § 2 „Gegenstand der Regelung“ der adäquate Ort ist.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Auch der Beschlussentwurf des GKV-Spitzenverbandes sieht eine Ausnahme von Zu- und Abschlägen vor für 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.</p> <p>Siehe § 26 Abs. 2 Beschlussentwurf GKV-SV</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Wir möchten an dieser Stelle aber darauf hinweisen, dass die gestufte Notfallversorgung nichtsdestotrotz gerade auch im psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsgalltag von ausgesprochen hoher Bedeutung ist. Insbesondere Kliniken der Pflichtversorgung haben einen hohen Anteil an Notfallaufnahmen. Vor diesem Hintergrund möchten wir ebenfalls erwähnen, dass die S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ kurz vor der Veröffentlichung steht und den Diskurs zur Thema „Psychiatrische Notfälle“ bereichern wird.</p> <p>Des Weiteren möchten wir darauf aufmerksam machen, dass sich ein hoher Anteil von Menschen mit psychischen Erkrankungen im kassenärztlichen Notdienst vorstellt bzw. in der Notaufnahme der Krankenhäuser. Daher sollte in der Weiterbildung der Notfallmediziner das psychiatrische Krisenmanagement verpflichtend sein.</p>		
12.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie</p>	<p>§ 2 Absatz 2 (GKV-SV/PatV/KBV) / § 2 Absatz 2 (DKG): § 2 (2) - Die beiden Positionen betreffen u. A. nach nicht dasselbe Thema. - Darüber hinaus lässt sich aus unserer Sicht die „ambulante Notfallversorgung“ nicht ausgliedern.</p>	<p>- GKV-SV/PatV/KBV schreiben von „Übergangsbestimmungen“; DKG schreibt von „Notfallversorgung durch psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische und psychosomatische Kliniken sowie „ambulanter Versorgung“. - Die Ausnahme der ambulanten Versorgung ist problematisch, weil diese ja auch in den Notaufnahmen stattfindet. Es ist wichtig zu verstehen, dass die Zuordnung „ambulant“ oder „stationär“ oftmals erst am Ende des Notaufnahmeprozesses möglich ist (s. Begründung §2 (1). Siehe lfd. Nr. 9</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe lfd. Nr. 3</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018				

## II. Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen (GKV-SV/KBV/PatV) / Grundlagen des gestuften Systems der stationären Notfallversorgung (DKG)

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

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
13.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018  Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018	II. Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen (GKV-SV/KBV/PatV) / Grundlagen des gestuften Systems der stationären Notfallversorgung (DKG): II §3 Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen (GKV-SV/KBV/PatV) wird befürwortet	Der niederschwellige Zugang zu Notaufnahmen ist die Voraussetzung für eine adäquate Notfallversorgung der Bevölkerung; Maßnahmen, die den Zugang beschränkten würden automatisch vulnerable Patientengruppen zuerst treffen wie ältere, pflegebedürftige, sozial schlechter gestellte, Kinder und Migranten. Sobald sich ein Patient in der Notaufnahme vorstellt ist eine zielführende ärztliche Versorgung (je nach Ersteinschätzung in der ZNA oder in einer Portalpraxis) notwendig, die auch eine erweiterte Diagnostik einschließen kann. Erst im Verlauf und mitunter erst am Ende dieses Prozesses steht fest, ob der Patient „ambulant“ oder „stationär“ versorgt werden muss.	Kenntnisnahme  Siehe lfd. Nr. 3	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
14.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 3 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV) /  § 3 Absatz 2 (DKG):  § 3 (2) pro GKV-SV/KBV/PatV</p>	<p>Die Position der DKG ist für uns nicht nachvollziehbar. Unserer Auffassung nach ist das vorgelegte Papier die Grundlage zur späteren Verhandlung von Zu- und Abschlägen, ohne dass diese hier bereits festgelegt oder ausgeschlossen werden können.</p>	<p><b>DKG</b>  Der GBA regelt, welche Krankenhausstandorte Zu- oder Abschläge vereinbaren können, die Höhe und die nähere Ausgestaltung wird später von GKV-SV und DKG bilateral ausgehandelt.</p>	Nein

## § 4 Spezielle Notfallversorgung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlus-entwurfes (Ja / Nein)
15.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfall-medicin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 4 (GKV-SV/KBV/PatV): § 4 (redaktionell) (GKV-SV/KBV/PatV)	Im Vorschlag der GKV-SV/KBV/PatV ist von Modul IV die Rede, gemeint ist aber Modul VI  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	Die redaktionelle Änderung wird übernommen:	<b>GKV-SV/KBV/PatV</b> Ja  § 4 <i>„Abweichend von § 3 Absatz 2 Satz 1 kann die Versorgung besonderer stationärer Notfälle auch strukturiert durch Krankenhäuser erfolgen, die nicht die Anforderungen eines der Kapitel III - V erfüllen, sofern sie die besonderen Vorgaben eines der Module in Kapitel VI erfüllen.“</i>

## § 5 Grundlagen des Stufenmodells

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
16.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 5 Absatz 1 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 5 (DKG):            § 5 (1) 1. Wir halten es für unbedingt erforderlich, dass ZNAs in die Strukturen von Kliniken eingebunden sind.</p>	<p>Die Notfallmedizin in Deutschland kann ohne Klinikstrukturen nicht professionalisiert werden. Die Entwicklung geht faktisch bereits in diese Richtung und die Strukturen müssen jetzt der Alltagsrealität angepasst werden. In ländlichen Regionen könnte als Ausnahme bei Nichtvorhandensein eines Krankenhauses und langen Fahrzeiten die Einrichtung eines ambulanten Notfallzentrum sinnvoll ein.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG</b>            Ausgestaltung der Notaufnahme sollte unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten in der Entscheidungshoheit des Krankenhauses liegen.</p> <p>Nicht Aufgabe des GBA</p>	Nein
17.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.02.2018</p> <p>In Bezugnahme auf Ihre Stellungnahme vom 16.11.2016</p>	<p>§ 5 Absatz 1 Nr. 5 (GKV-SV/KBV/PatV/LV):            Eine Aufnahme von CPUs in das Versorgungskonzept ist bisher nicht erfolgt s.u. § 26</p>	<p>Chest Pain Units“ (CPU) sind etablierte Notfallstrukturen zur 24h/7d Versorgung von Herzinfarktpatienten mit ausgereifter, weitreichender, personeller und medizinisch-technischer Ausstattung, analog den „Stroke Units“. Sie haben zu einer Senkung der Sterblichkeit beim Myokardinfarkt beigetragen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum zwar Stroke Units, nicht aber Chest Pain Units in Kapitel VI. „Spezielle Notfallversorgung“ aufgenommen wurden. Dies ist für eine optimale Versorgung von Herzinfarktpatienten zu fordern.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p><b>GKV-SV</b>            Das Konzept des GKV Spitzenverbandes strebt keine Ausdifferenzierung der fachspezifischen Notfallversorgung an. Nur für stark spezialisierte, häufig als alleinstehende Standorte geführte Kliniken (Kinderheilkunde und Unfallkliniken), die gleichzeitig isoliert eine erhebliche Gruppe spezieller Notfallpatienten versorgen, wurden die sogenannten Module geschaffen.</p> <p><b>DKG</b></p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Siehe lfd. Nr. 2	
18.	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) / 14.02.2018	§ 5 Absatz 1 Nr. 5 (GKV-SV/KBV/PatV/LV): Die Neustrukturierung erfordert auch die Festlegung von Strukturen und Prozessen.	Auf Basis dieser Strukturen soll die Weiterversorgung der im Eckpunktepapier festgelegten Abläufe erfolgen.	Kenntnisnahme	Nein
19.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 5 Absatz 1 Nr. 5 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) § 5 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 5 Absatz 2 (LV) / § 5 (DKG): § 5 Abs.1 Nummer 5 bzw. Abs. 2 (GKV-SV/KBV/PatV/LV)	Die DIVI unterstützt insgesamt die Vorschläge von GKV-SV/KBV/PatV/LV zu den Strukturen und Prozessen der Notfallaufnahme, weil aus fachlicher Sicht in einem gestuften System von Notfallstrukturen Strukturen und Prozesse definiert werden müssen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Insofern verwundert der Verzicht auf diese Definitionen durch die DKG.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	Kenntnisnahme  <b>DKG</b> Eine zentrale Notaufnahme mit Strukturen, die die bestehende Notfallversorgung gefährden können, ist als zwingende Vorgabe für die Teilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen abzulehnen.	Nein
20.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	5 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 5 Absatz 2 (LV): Fachabteilung Hier bleibt die Bundesärztekammer bei ihrer bereits 2016 geäußerten Kritik an der Definition einer Fachabteilung.	GKV-SV, KBV, PatV und LV schlagen in § 5 Abs. 2 eine Fachabteilungsdefinition vor. Die Bundesärztekammer verweist darauf, dass die Krankenhauspläne der Länder bereits Vorgaben zur Abgrenzung von Fachabteilungen enthalten. Hier stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die verschiedenen Definitionsansätze zueinander stehen. Inhaltlich ist zu dem vorliegenden Definitionsversuch anzumerken, dass ein wesentliches Kriterium fehlt. Krankenhausabteilungen zeichnen sich dadurch aus, dass der Träger des Krankenhauses für jede Abteilung mindestens einen Abteilungsarzt zu bestellen hat,	Kenntnisnahme  <b>GKV-SV</b> Die Fachabteilungsdefinition nimmt Bezug auf den Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V. Dieser Fachabteilungsschlüssel ist derzeit das einzige Instrument für eine bundesweite Definition von Fachabteilungen. Es wird	<b>GKV-SV</b> Ja  In den Tragenden Gründen des GKV-Beschlusses wird unter § 5 Abs. 2 Nr. 1 folgende Änderung vorgenommen: <i>„1. Hier wird die eigenständige</i>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>der nicht weisungsgebunden ist und auch nicht durch anderweitige vertragliche Anreize in der Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung beeinträchtigt wird. Entfallen sollte hingegen die Vorgabe, dass es sich um eine „räumlich abgegrenzte“ Organisationseinheit handeln muss. Es stellt die Eigenständigkeit einer Fachabteilung nicht in Frage, wenn sie innerhalb des Krankenhauses Betten auf verschiedenen Stationen belegt. Fachabteilungen für Anästhesie sind sogar regelhaft nicht als räumlich abgegrenzte Einheiten organisiert. Die Bundesärztekammer bezweifelt zudem, dass sich der in den Bundesländern wenig einheitlich gehandhabte Fachabteilungsschlüssel eignet, um das Bestehen einer Fachabteilung, wie sie für die Notfallversorgung benötigt wird, zu definieren.</p>	<p>angestrebt, den Schlüssel perspektivisch auf Bundesebene zu überprüfen und bei Bedarf zu erweitern.</p> <p>Eine räumlich abgegrenzte Organisationseinheit ist auch für die Anästhesiologie zu fordern. Organisatorisch eigenständig bedeutet nicht, dass es sich um eine bettenführende Fachabteilung handeln muss.</p> <p>Die Definition „räumlich und organisatorisch eigenständig“ wird auch in anderen Regelungsbereichen für die Beschreibung von Fachabteilungen verwendet, so z.B. in der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen: „Als besondere Einrichtung kann auf Antrag des Krankenhauses eine Palliativstation oder -einheit ausgenommen werden, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt ist und über mindestens fünf Betten verfügt ,[...]“ (VBE 2016, S. 2)</p> <p><b>DKG</b> Die DKG definiert die Fachabteilungen nicht. Im Übrigen Zustimmung.</p>	<p><i>Struktur und Organisation als Voraussetzung für die Anerkennung als Fachabteilung beschrieben. Eine Fachabteilung kann nicht eine Unterabteilung einer gänzlich anderen Abteilung sein (Beispiel: Neurochirurgie als Unterabteilung der Unfallchirurgie). Die eigenständige Struktur und Organisation ist nicht zwingend an die Vorhaltung von eigenen Betten dieser Fachabteilung geknüpft. Auch eine nicht bettenführende Fachabteilung wie die Anästhesiologie kann dieses Kriterium erfüllen, wenn sie wesentliche Kriterien einer</i></p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
					<i>eigenen Organisationsstruktur wie eine eigene Leitung und Dienstplanung sowie klar definierte Zuständigkeiten innerhalb der Abteilung und in der Beziehung zu anderen Abteilungen erfüllt.“</i>
21.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 5 Absatz 2 Nr. 1 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 5 Absatz 2 Nr. 1 (LV): § 5 Abs. 2 Nummer 1 (GKV-SV/KBV/PatV)	<p>Im Vorschlag der GKV-SV/KBV/PatV wird eine Fachabteilung definiert. Diese Definition könnte durch den Zusatz "die von Ärztinnen/Ärzten ständig verantwortlich geleitet wird" an Präzision gewinnen. Die Zuordnung von Betten ist für die Definition von Fachabteilungen in diesem Kontext nicht zielführend.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p><b>GKV-SV</b> Die hier zugrunde gelegte Fachabteilungsdefinition ist bereits Bestandteil des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).</p> <p>In der Definition wird keine Zuordnung von Betten vorgenommen. Organisatorisch eigenständig bedeutet nicht, dass es sich um eine bettenführende Fachabteilung handeln muss.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
22.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 5 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 5 Absatz 2 (LV):  §5 (2) 2. Wir befürworten hier klar den Vorschlag der LV</p>	<p>GKV-SV/PatV/KBV formulieren hier notwendige strukturelle Voraussetzungen einer Notfallversorgung am Krankenhaus, die dem primären Auftrag der Versorgung schwerkranker Patienten gerecht werden. LV ergänzen Belegärzte, die für Versorgung notwendig sein können.</p>	<p><b>GKV-SV</b>  Das Notfallstufenkonzept dient der gerechteren Verteilung der Lasten die sich aus Vorhaltungen für die Versorgung stationärer Notfallpatienten vor dem Hintergrund des DRG-Systems ergeben. Belegärzte sind jedoch der vertragsärztlichen Versorgung und den entsprechenden Vergütungsmechanismen zugehörig und können daher keine Berücksichtigung finden.  Es bestehen darüber hinaus Zweifel, inwieweit das Krankenhaus gegenüber einem Belegarzt weisungsbefugt wäre, insbesondere im Zusammenhang mit der ständigen Erreichbarkeit im Notfall.</p> <p><b>DKG</b>  Von GKV zu erwägen. Belegärzte und Honorarärzte müssen angestellten Ärzten gleichgestellt sein.</p> <p><b>KBV</b>  Schließt sich Vorschlag LV an.</p>	<p><b>GKV-SV</b>  Nein</p> <p><b>DKG</b>  Nein</p> <p><b>KBV</b>  Ja  KBV schließt sich Entwurf LV an</p>
23.	Deutsche Gesellschaft für	§ 5 Absatz 2 Nr. 2 (GKV-SV/KBV/PatV/LV):	Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>GKV-SV/PatV</b>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	<p>Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.02.2018  In Bezugnahme auf Ihre Stellungnahme vom 16.11.2016</p>	<p>Die Frist von 30 Minuten ist weiterhin nicht sachgerecht und gefährdet aus tarif- und arbeitszeitrechtlichen Gründen das bewährte System der Rufbereitschaft von Fachärzten, insbesondere mit Zusatzbezeichnung.</p>		<p>Grundsätzlich muss auch im Rufbereitschaftsdienst eine kurzfristige Arbeitsaufnahme möglich sein. Eine Erreichbarkeit innerhalb von 25 – 30 Minuten wird vom Bundesarbeitsgericht als mit der Rufbereitschaft vereinbar angesehen. Die arbeitsorganisatorische Entscheidung, ob die 30-Minuten-Verfügbarkeit im Rufdienst, Bereitschaftsdienst oder Präsenzdienst sichergestellt wird, obliegt dem jeweiligen Krankenhaus.</p> <p>Darüber hinaus geht es bei der Festlegung der Notfallstufen um die Definition von Vorhaltungen. D. h. bei der Bemessung der Höhe der Zuschläge ist das Kriterium entsprechend zu berücksichtigen.</p> <p>Die Festlegung der 30-Minuten-Facharztverfügbarkeit ist angemessen, da sämtliche Notfalldiagnosen zeitkritisch sind.</p> <p>Siehe hierzu auch Nummer 25, Stellungnahme der DIVI:  <i>„Die Forderung von GKV-SV/KBV/PatV nach der jederzeitigen Verfügbarkeit eines</i></p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p><i>angestellten Facharztes des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen innerhalb von 30 Minuten am Patienten wird von der DIVI unterstützt, da jeder Notfallpatient Anspruch auf eine fachlich angemessene Notfallversorgung (Facharztstandard) innerhalb einer zumutbaren Zeitspanne hat.“</i></p> <p>Siehe auch Nummer 51, Stellungnahme der DIVI:  <i>„Die von Seiten der DKG vorgebrachten Einwände, dass die Verfügbarkeit eines Facharztes aus der Inneren Medizin/Chirurgie/Anästhesie innerhalb von 30 Minuten am Patienten nicht finanzierbar sei, werden nicht mitgetragen, weil beim Vorhandensein einer Fachabteilung für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie ohnehin der Facharztstandard jederzeit sichergestellt sein muss.“</i></p> <p>Die hier zugrunde gelegte Fachabteilungsdefinition ist bereits Bestandteil des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).</p> <p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p>	
24.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.02.2018 In Bezugnahme auf Ihre Stellungnahme vom 16.11.2016</p>	<p>§ 5 Absatz 2 Nr. 2 (LV): Der Vorschlag der LV, dass Belegärzte angestellten Ärzten gleichzustellen sind, ist unbedingt zu unterstützen.</p>	<p>Belegarzt oder Belegärzte sind erfahrene und qualifizierte Fachärzte, welche vertraglich an das Krankenhaus gebunden sind. Es ist in keiner Weise sinnvoll diese aus der Notfallversorgung herauszunehmen.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p><b>GKV-SV</b> Siehe lfd. Nr.22</p> <p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>PatV</b> Belegärzte sind dem ambulanten Sektor zuzuordnen. Deshalb fraglich, wie diesbezüglich Vorhaltekosten zu ermitteln</p>	Nein
25.	<p>Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018</p>	<p>§ 5 Absatz 2 Nr. 2 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 5 Absatz 2 Nr. 2 (LV): § 5 Abs.2 Nummer 2 (GKV-SV/KBV/PatV)</p>	<p>Die Forderung von GKV-SV/KBV/PatV nach der jederzeitigen Verfügbarkeit eines angestellten Facharztes des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen innerhalb von 30 Minuten am Patienten wird von der DIVI unterstützt, da jeder Notfallpatient Anspruch auf eine fachlich angemessene Notfallversorgung (Facharztstandard) innerhalb einer zumutbaren Zeitspanne hat.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme und Zustimmung</p> <p><b>DKG</b> Nein, dies hat arbeitsrechtliche und tarifrechtliche Auswirkungen aufgrund derer zahlreiche neue Facharztstellen geschaffen werden müssten, und ist daher eine unrealistische Vor-</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				gabe wegen des jetzt schon bestehenden Facharztmangels.	
26.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 5 Absatz 2 Nr. 2 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 5 Absatz 2 Nr. 2 (LV): § 5 Abs. 2 Nummer 2, letzter Satz (LV)	Die von der LV formulierte Rolle der Belegärzte als den angestellten Ärzten i.S. des Satzes 1 und 2 gleichgestellt ist aus Sicht der DIVI nicht zutreffend und vermutlich juristisch angreifbar, und sollte daher im endgültigen Text nicht berücksichtigt werden.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme und Zustimmung, siehe auch lfd. Nr. 22  <b>DKG/KBV</b> DKG und KBV halten die Position der Ländervertreter für richtig.	Nein
27.	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) / 14.02.2018	§ 5 Absatz 2 Nr. 4 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 5 Absatz 2 Nr. 4 (LV): § 5 Punkt 5. (4) LV, GKV-SV/PatV/KBV (...) Daher darf der Verweis auf den Fachabteilungsschlüssel gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V nicht zum Ausschluss der Anästhesiologie aus formalen Gründen führen.	Zu den für eine strukturierte Notfallversorgung notwendigen Fachabteilungen müssen bei allen Stufen die Fachabteilungen für Anästhesiologie zählen. (...)	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme Es wird angestrebt, den Fachabteilungsschlüssel auf Bundesebene zu überprüfen und um die Anästhesiologie sowie bei Bedarf um weitere Fachabteilungen zu erweitern. Das Kriterium des Fachabteilungsschlüssels kann selbstverständlich erst dann wirksam werden, wenn der entsprechende Schlüssel zur Verfügung steht.  <b>DKG/KBV</b> Nein. Aussage zum Fachabteilungsschlüssel ist richtig. DKG und KBV fordern keine Fachabteilung Anästhesie, sehen aber Anästhesisten vor.	Nein

## § 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
28.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 6 Absatz 1 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 6 Absatz 1 (DKG): §6 (1) / (2) GKV; (3) streichen</p>	<p>Wir halten die Forderung nach einer ZNA für unverzichtbar. Diese Position wurde bereits 2010(!) zwischen den Fachgesellschaften in der DIVI konsentiert!</p> <p>Im Hinblick auf (3): Die GKV-SV/PatV/KBV - Position ist u.E. hier zu vage, weil unklar ist, ob solche Verträge zustande kommen und was wäre, wenn nicht. Patienten werden ja immer ungehindert in die ZNA kommen und nicht alle stationär werden (siehe oben). Das heißt, in extremis könnte die Landes-KV sich weigern, überhaupt für ambulant behandelte Patienten am Krankenhaus zu bezahlen, keine Verträge schließen und so in die Krankenhausplanung eingreifen. Dies korrespondiert mit dem Punkt oben, dass geklärt werden muss, in welchem Verhältnis die "Stufung" zu der Frage "ambulante" versus "stationäre" Notfallversorgung steht. U. e. sollte die Trennung ambulant versus stationär für die ZNA aufgehoben werden. Es handelt sich um einen dritten Sektor.</p> <p>Grundsätzlich halten wir die engere Kooperation mit KV-Strukturen aber für sinnvoll.</p>	<p><b>DKG</b> Nein</p> <p>Eigeninteresse</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>Nicht gesetzliche Aufgabe des GBA.</p> <p><b>GKV-SV/KBV</b> Zu § 6 Abs. 1: Kenntnisnahme und Zustimmung Zu § 6 Abs. 3</p>	<p><b>DKG</b> Nein</p> <p><b>KBV</b> Ja KBV schließt sich Entwurf GKV-SV PatV an</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				Der Beschlussentwurf der GKV-SV und KBV sieht nur eine „Soll-Regelung“ in Bezug auf eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b SGB V vor. Die Regelung stellt keine verpflichtende Voraussetzung dar.	
29.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 6 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV): § 6 Abs. 2 (GKV-SV/PatV/KBV)	Die DIVI unterstützt mit zahlreichen anderen Deutschen Fachgesellschaften die Forderung, dass die Notfallversorgung in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) stattfindet, da eine zeitgemäße und fachgerechte Notfallversorgung infrastrukturelle Voraussetzungen hat (s. hierzu auch Dtsch_Ärztebl 2010;107; A268-A269)  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme  <b>DKG</b> Eigeninteresse	Nein
30.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.02.2018 In Bezugnahme auf Ihre Stellungnahme vom 16.11.2016	§ 6 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV): Die weiterbestehende Forderung der zwingenden Einrichtung einer ZNA geht auf eine Initiative der DEGINA zurück, die aber nicht die Unterstützung der übrigen Fachgesellschaften findet. Dies sollte den einzelnen Trägern vor Ort überlassen werden.	Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme  Die Einrichtung der ZNA wird auch von anderen Fachgesellschaften unterstützt. Siehe hierzu auch Nummern 16, 29 und 32.  <b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
31.	<p>Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) / 14.02.2018</p>	<p>§ 6 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV): Unter § 6 Satz 2 sollte in dem vorletzten Satz „fachlich unabhängig“ gestrichen werden.</p>	<p>Eine zentrale Notaufnahme, so ist es in dem Satz geschrieben, ist eine fachübergreifende Einheit. Somit wird dort interdisziplinär mit allen Fachabteilungen zusammen gearbeitet. Eine „fachlich unabhängige“ Leitung widerspricht dem. Zumal die Leitung selbst nicht in allen Fachgebieten Facharztwissen vorweisen kann. Der Facharztstandard muss in allen in der Notaufnahme vertretenen Fachabteilungen gewährleistet sein. Die Leitung kann organisatorisch unabhängig sein, aber nicht fachlich.</p>	<p><b>GKV-SV</b> Die Definition der ZNA orientiert sich an der Definition einer Fachabteilung gemäß § 5 Absatz 2 Beschlussentwurf GKV</p> <p>Siehe auch Stellungnahme DGINA: <i>„Die DGINA unterstützt und begrüßt ausdrücklich, dass die ZNA als räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit unabhängiger Leitung definiert wird.“</i></p> <p>In den Tragenden Gründen wird unter § 28 Übergangsbestimmungen ausreichend präzise dargelegt, dass sich die dreijährige Übergangsregelung auch auf die Leitung der ZNA bezieht:</p> <p>„Die Übergangsregelung für die ZNA bezieht sich ausschließlich auf die baulichen Anforderungen und die damit in engem Zusammenhang stehenden Kriterien wie die fachübergreifende Leitung der ZNA und die Aufnahme der Patienten über die ZNA. Davon unberührt bleiben jedoch Anforderungen an die Prozesse der Notfallaufnahme. So muss beispielsweise auch ein Krankenhaus mit mehreren fachspezifischen</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				dezentralen Notaufnahmen im Übergangszeitraum ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung der Patienten einsetzen und die Patientenversorgung aussagekräftig dokumentieren, um an der strukturierten Notfallversorgung teilzunehmen.“	
32.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 6 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV): Zentrale Notaufnahme</p> <p>In § 6 Abs. 2 sieht der Vorschlag des GKV-SV, der KBV und der PatV vor, dass die Notfallversorgung in allen Stufen in einer Zentralen Notaufnahme mit eigenständiger, fachlich unabhängiger Leitung stattfindet. Die Bundesärztekammer stimmt zu, dass die Versorgung von Notfällen in der Regel in einer Zentralen Notaufnahme erfolgen sollte.</p>	Krankenhäuser haben nach Einschätzung der Bundesärztekammer ein hohes Eigeninteresse an der Etablierung Zentraler Notaufnahmen. Dort, wo dies jedoch z. B. aus baulichen Gründen nicht realisierbar ist, sollte dem Krankenhaus – zumindest in der Basisnotfallversorgung – längere Übergangszeiten ermöglicht werden, in denen die notwendige Abstimmung und Koordination auf andere Weise realisiert werden. (...)	<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG</b> DKG sieht ZNA nicht vor, weil diese nicht in jedem Fall realisierbar ist, die Förderung baulicher Investitionen durch die Länder nicht gewährleistet ist und die ZNA organisatorisch für die Notfallversorgung nicht in jedem Falle von Vorteil ist.</p>	Nein
33.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018	<p>§ 6 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 6 Absatz 2 (DKG): GKV-SV/PatV/KBV</p> <p>(2) Die Notfallversorgung der Notfallpatienten findet in Krankenhäusern, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach den §§ 3 und 4 teilnehmen, in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) am Standort statt. Die ZNA ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung. Der Zugang zur ZNA ist barrierefrei.</p>	Die DGINA unterstützt und begrüßt ausdrücklich, dass die ZNA als räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit unabhängiger Leitung definiert wird.	<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG</b> Eigeninteresse</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
34.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 6 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 6 Absatz 2 (DKG): §6 (1) / (2) GKV; (3) streichen</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 28</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 28</p>	<p>Nein</p>
35.	<p>Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018</p>	<p>§ 6 Absatz 3 (GKV-SV/PatV) / § 6 Absatz 3 (KBV): § 6 Abs. 3 (GKV-SV/PatV vs. KBV)</p>	<p>Die DIVI unterstützt grundsätzlich die Forderung von GKV-SV/PatV, dass eine Kooperationsvereinbarung mit der zuständigen KV vorhanden sein sollte, weil dies je nach den lokalen Gegebenheiten zur Optimierung der Ablauforganisation beitragen kann.</p> <p>Im Gegensatz dazu wird die Forderung nach dem Vorhandensein einer Notdienstpraxis bzw. einer Einbindung in den vertragsärztlichen Notdienst nicht unterstützt. Beides ist abhängig vom Patientenaufkommen aber auch den Kapazitäten im ambulanten Sektor, die nicht überall ausreichen, um daraus eine Muss-Forderung ableiten bzw. darstellen zu können.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p>Siehe lfd. Nr. 28</p>	<p>Nein</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
36.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018	<p>§ 6 Absatz 3 (GKV-SV/PatV) / § 6 Absatz 3 (KBV): GKV-SV/PatV (3) Krankenhäuser, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach § 3 teilnehmen, sollen zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen</p>	Die DGINA bewertet die sektorenübergreifende Versorgung grundsätzlich positiv. In Anbetracht einer möglichen geteilten Sicherstellung sollte aber die Grundlage der Zusammenarbeit außerhalb dieses Stufenkonzepts neu bewertet und der Satz (3) gestrichen werden.	Siehe lfd. Nr. 28	Nein
37.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 6 Absatz 3 (GKV-SV/PatV) / § 6 Absatz 3 (KBV): <u>Notdienstpraxis / Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V</u> Die Forderung von GKV-SV und PatV, dass alle Krankenhäuser, die an einer Stufe der stationären Notfallversorgung teilnehmen, zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen und mehr noch der Vorschlag der KBV, dass entsprechende Krankenhäuser am Standort über eine Notdienstpraxis verfügen oder mit ihrer Notfallambulanz in den vertragsärztlichen Notdienst entsprechend der Kooperationsvereinbarungen mit den KVen eingebunden sind (§ 6 Abs. 3), wird von der Bundesärztekammer weiterhin als problematisch angesehen, (...)</p> <p>Die Vorgabe sollte daher so formuliert sein, dass alle Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, eine Kooperation und Abstimmung mit den Strukturen</p>	(...) da die Erfüllung dieser Bedingung nicht von den Krankenhäusern allein umgesetzt werden kann. Faktisch würden damit die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Bedarfsplanung im stationären Bereich einbezogen. Es stellt sich auch die Frage, ob die Zahl der für die stationäre Notfallversorgung erforderlichen Standorte der Zahl der erforderlichen Notdienstpraxen entspricht.	Siehe lfd. Nr. 28	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		der ambulanten ärztlichen Notfallversorgung nachweislich anzustreben haben.			
38.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018  Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018	§ 6 Absatz 3 (GKV-SV/PatV) / § 6 Absatz 3 (KBV): §6 (1) / (2) GKV; (3) streichen	Siehe lfd. Nr. 28	Siehe lfd. Nr. 28	Nein
39.	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) / 14.02.2018	§ 6 Absatz 3 (GKV-SV/PatV) § 6 Absatz 3 (KBV): §6 (3) GKV-SV/PatV/KBV Daher sollen Krankenhäuser, welche an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach §3 teilnehmen, eine Kooperationsvereinbarung, gemäß §75 Abs. 1b SGBV mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erhalten.	Der initial zu versorgende Notfallpatient kann nicht primär in die ambulante oder stationäre Notfallversorgung eingestuft werden. Dies ist erst im Verlauf der Versorgung und Abklärung in der Notaufnahme möglich.	Siehe lfd. Nr. 28	Nein
40.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. -	§ 6 Absatz 3 (Tragende Gründe, KBV): KBV Eine Vorschaltung ambulanter Strukturen zur Triagierung von Notfällen stellt somit eine wesentliche Strukturvoraussetzung für die quali-	Wie auch vom SVR gefordert, kann eine Triagierung nur über einen gemeinsamen Tresen erfolgen. Diese Struktur muss zwingend unter gemeinsamer Leitung stehen. Sie betrifft im Wesentlichen Patienten, die selbst das Notfallzentrum aufsuchen. Patienten mit Krankheitsbildern, die auf Grund der Anamnese klar	<b>KBV</b> Der Vorschlag der KBV zielt ebenfalls auf eine kooperative Struktur ab.  KBV schließt sich Vorschlag GKV-SV an.	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	<p>German Cardiac Society (DGK) / 06.02.2018            In Bezugnahme auf Ihre Stellungnahme vom 16.11.2016</p>	<p>tativ und quantitativ angemessene Versorgung von stationären Notfällen an Krankenhäusern dar. Sie wird (...)</p>	<p>einer stationären Behandlung oder Überwachung bedürfen, sind hiervon ausgenommen. Das betrifft z.B. Patienten für Trauma Zentren, Stroke Units und Chest Pain Units (CPU).</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p>Im Übrigen siehe lfd. Nr. 28.</p>	

## § 7 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
41.	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) / 14.02.2018	§ 7 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 7 (DKG/LV): § 7 Qualitätsindikatoren sind aus Sicht der DGAI sinnvoll und zu etablieren. Jedoch bestehen diese für die Notfallversorgung noch nicht umfassend und sind daher fachübergreifend zu definieren und festzulegen. Sinnvoll erscheint eine einheitliche Erfassung und Dokumentation. Eine Grundlage hierfür kann das AKTIN Projekt bieten.	AKTIN dient der Verbesserung der Versorgungsforschung in der klinischen Akut- und Notfallmedizin in Deutschland durch den Aufbau eines nationalen Notaufnahmeregisters (www.aktin.org). Eine Weiterentwicklung erscheint aus Sicht der DGAI notwendig und sinnvoll.	Kenntnisnahme. Der Gesetzgeber meint planungsrelevante Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 SGB V.	Nein
42.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 7 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 7 (DKG/LV): § 7 (GKV-SV/PatV/KBV vs. DKG/LV)	Grundsätzlich ist die Einführung von Qualitätsindikatoren in der Notfallmedizin zu begrüßen. Das System der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist allerdings noch nicht eingeführt, ein Belastungstest in der Praxis steht daher noch aus, so dass die DIVI die Empfehlung von DKG/LV unterstützt.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>LV</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV/DKG/KBV/PatV</b> Die Beschlusssentwürfe stellen nur einen Bezug zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren her, die Bezug zu den Anforderungen in den §§ 8 bis 22 des Notfallstufenkonzeptes haben. Diese können selbstverständlich erst zugrunde gelegt werden, sobald diese Qualitätsindikatoren vorliegen.  Da es derzeit keine Unterscheidung zwischen notfallrelevanten und nicht notfallrelevanten Qualitätsindikatoren einer Fachabteilung gibt, wird der Änderungsvorschlag nicht übernommen.	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
43.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018	§ 7 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 7 (DKG/LV): § 7 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Die DGINA unterstützt den DKG/LV Vorschlag. <u>Änderungsvorschlag/Ergänzung:</u> „Der G-BA prüft jährlich die Relevanz planungs- und <i>notfallrelevanter</i> Qualitätsindikatoren.....“	Es ist nicht nachzuvollziehen, warum die Nichterfüllung von Qualitätsindikatoren für elektive Maßnahmen zu einer Einschränkung von Zuschlägen für die Notfallversorgung führen soll. Daher sollte nur die Nichterfüllung von notfallrelevanten Qualitätsindikatoren Auswirkungen auf die Zuschläge für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung haben.	<b>LV</b> Kenntnisnahme  Im Übrigen siehe lfd. Nr. 42	Nein
44.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018  Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018	§ 7 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 7 (DKG/LV): § 7 pro GKV	Notfallversorgung = Daseinsvorsorge und bedarf ggf. Unterstützung zur Qualitätsentwicklung	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme  <b>DKG</b> Nicht gesetzliche Aufgabe des GBA an dieser Stelle.	Nein

### III. Anforderungen an die Basisnotfallversorgung

#### § 8 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
45.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018  Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018	§ 8 (GKV-SV/PatV) / § 8 (DKG/KBV/LV): § 8 Wir befürworten die Position der DKG/KBV/LV	Wir sehen keinen Bedarf an einer Fachabteilung für Anästhesiologie in der Basisversorgung, wohl aber an der Verfügbarkeit von Anästhesisten für Notfalloperationen. Dies könnte auch unabhängig von Fachabteilungen realisiert werden.	<b>DKG/KBV/LV</b> Zustimmende Kenntnisnahme  <b>GKV-SV/PatV</b> Kenntnisnahme  Siehe auch Nummer 47, Stellungnahme der DIVI:	Nein
46.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	§ 8 (GKV-SV/PatV) / § 8 (DKG/KBV/LV): Art und Anzahl Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung In § 8 fordern GKV-SV und PatV die Vorhaltung der Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesiologie. Die Bundesärztekammer stimmt dagegen der Einschätzung von DKG, KBV und LV zu, dass die in der Basisnotfallversorgung die Vorhaltung der Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin ausreichend ist.	Die Vorhaltung einer Fachabteilung für Chirurgie setzt die Anwesenheit von Fachärzten für Anästhesie voraus, die aber beispielsweise auch in der Fachabteilung für Chirurgie angestellt oder belegärztlich tätig sein können. Die notfallmedizinische Kompetenz ist durch das in der Notaufnahme tätige Personal gewährleistet. Zudem wird in § 9 Abs. 3 sichergestellt, dass ein Facharzt für Anästhesie verfügbar ist.	<b>DKG/KBV/LV</b> Zustimmende Kenntnisnahme  <b>GKV-SV/PatV</b> Kenntnisnahme  Siehe auch Nummern 22 und 45	Nein
47.	Deutsche interdisziplinäre	§ 8 (GKV-SV/PatV) / § 8 (DKG/KBV/LV): § 8 (GKV-SV/PatV)	Die DIVI schließt sich der Forderung nach dem Vorhandensein einer Fachabteilung für	<b>GKV-SV</b>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018		Anästhesiologie an, da Anästhesisten in der Notfallversorgung von Patienten aller Altersgruppen erfahren sind und bereits heute an zahlreichen Kliniken für den Reanimationsdienst und die Versorgung von stationären Patienten eingebunden sind. Darüber hinaus werden Patienten in zahlenmäßig relevantem Ausmaß versorgt, die zeitnah einer narkosepflichtigen Intervention im Rahmen der Notfallversorgung unterzogen werden müssen.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	Kenntnisnahme und Zustimmung  <b>DKG/LV</b> Eigeninteresse  Nicht zwingend in Organisationsform einer Abteilung.	

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

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
48.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.02.2018 In Bezugnahme auf Ihre	§ 9 Nr.: 1 (GKV-SV/LV/KBV) / § 9 Nr. 1 (PatV): In ZNAs werden häufig MitarbeiterInnen mit der Qualifikation „Notfallsanitäter“ eingesetzt. Auch diese Qualifikation ist unter § 9 1. anzuerkennen.	Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Stellungnahme vom 16.11.2016				
49.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 9 Nr. 1 und Nr. 2 (GKV-SV/LV/KBV) / § 9 Nr. 1 und Nr. 2 (PatV): §9 1./2. Wir befürworten die Position der GKV-SV/LV/KBV</p>	<p>Die Professionalisierung der Notfallmedizin in Deutschland ist überfällig und notwendig. Entsprechende Qualifikationen sind selbstverständlich.</p>	<p>Kenntnisnahme</p>	<p>Nein</p>
50.	<p>Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018</p>	<p>§ 9 Nr. 1 und Nr. 2 (GKV-SV/LV/KBV) / § 9 Nr. 1 und Nr. 2 (PatV): § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung</p> <p>Die DGINA unterstützt den PatV Vorschlag und empfiehlt die nachfolgenden Änderungen:</p> <p>Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung stellen die folgenden Qualifikationen des Fachpersonals sicher:</p> <p>1. es sind ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt,</p>	<p>Ad1:</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p> <p>Die Nummern 1 und 2 des Vorschlages der PatV sind identisch zu dem Vorschlag der GKV.</p> <p>Zu Nr. 1 Entgegen den Ausführungen der DGINA ist unter dem Begriff „verantwortlicher Arzt“ nicht notwendigerweise ein Chefarzt zu verstehen.</p>	<p>Nein</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und den überwiegenden Teil ihrer ärztlichen bzw. pflegerischen Tätigkeit in der Notaufnahme ausüben,</p> <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. Die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ erfüllt fachübergreifend den Facharztstandard.</p>	<p>Die DGINA unterstützt ausdrücklich die Festlegung der zentralen Notaufnahme als eigenständigen Bereich mit eigenem Chefarzt bzw. leitendem Arzt, eigener pflegerischer Leitung und eigenem Personalstamm.</p> <p>Ad2. Notfallpatienten stellen sich mit Symptomen vor und sind initial nur schwer einer Fachdisziplin zuzuordnen. Die Zusatzqualifikationen tragen dem Rechnung, ermöglichen einen fächerübergreifenden Facharztstandard in der Initialversorgung und sind damit Voraussetzung für eine gute medizinische Versorgungsqualität.</p>	<p><b>DKG</b> Eigeninteresse</p>	
51.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	<p>§ 9 Nr. 1 und Nr. 2 (GKV-SV/LV/KBV) / § 9 Nr. 1 und Nr. 2 (PatV): § 9 (GKV-SV/LV/KBV)</p>	<p>Die DIVI trägt die Forderungen der GKV-SV/LV/KBV hinsichtlich der Qualifikationen des Fachpersonals für die Basisnotfallversorgung mit.</p> <p>Die von Seiten der DKG vorgebrachten Einwände, dass die Verfügbarkeit eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten am Patienten nicht finanzierbar sei, werden nicht mitgetragen, weil beim Vorhandensein einer Fachabteilung für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie ohnehin der Facharztstandard jederzeit sichergestellt sein muss.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme und Zustimmung</p> <p>Siehe auch Nummer 23</p> <p><b>DKG</b> Facharztstandard ist etwas Anderes als 30-Minuten-Eintreffzeit.</p>	Nein
52.	Deutsche Gesellschaft für	<p>§ 9 Nr. 2 (GKV-SV/LV/KBV) / § 9 Nr. 2 (PatV):</p>	<p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<b>GKV-SV</b>	<b>GKV-SV</b> Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	<p>Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.02.2018  In Bezugnahme auf Ihre Stellungnahme vom 16.11.2016</p>	<p>Inzwischen ist die Aufnahme in die neue MWBO vorgesehen, aber noch nicht beschlossen. Es bedarf daher einer Übergangsfrist von mindestens 5 Jahren, bis eine entsprechende Anzahl an Ärzten die Zusatzweiterbildung mit der Dauer von 2 Jahren abgeschlossen haben kann.</p>		<p>Hierzu ist festzustellen, dass die Zusatzweiterbildung gemäß § 28 des Konzeptes des GKV Spitzenverbandes erst nach einer dreijährigen Übergangsfrist und nachdem diese Weiterbildung in dem entsprechenden Bundesland verfügbar ist, verpflichtend für die Teilnahme an der Basisstufe der Notfallversorgung ist. Damit ist angesichts der zweijährigen Ausbildung eine großzügige „Wartezeit“ auf eine, eigentlich selbstverständliche berufsbezogene Qualifikation gegeben.</p> <p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV</b> Aufnahme Übergangsfrist</p>	<p><b>DKG</b> Nein</p> <p><b>KBV</b> Ja</p> <p>Ergänzung KBV Entwurf § 28 Satz 5:  § 9 Nummer 2 ist spätestens fünf Jahre nach Verfügbarkeit der entsprechenden Weiterbildung im Land zu erfüllen.</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
53.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 9 Nr. 2 (GKV-SV/LV/KBV) / § 9 Nr. 2 (PatV): Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV sieht in § 9 Abs. 2 vor, dass ein Arzt mit der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ als für die Notfallversorgung Verantwortlicher benannt wird. In der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) ist lediglich die vorrangig auf die Präklinik ausgerichtete Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“ geregelt. Eine Qualifikation „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ stellt keine Bezeichnung der aktuellen MWBO dar. Wir weisen daher erneut darauf hin, dass die Vorgaben des G-BA zur ärztlichen Qualifikation die gültige (Muster-)Weiterbildungsordnung beachten sollten.</p>	Nach Ansicht der Bundesärztekammer eignen sich Qualifikationsvorgaben eher als Qualitätsindikatoren denn als harte Kriterien zur Einordnung in ein Stufensystem.	Siehe lfd. Nr. 52	Nein
54.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	<p>§ 9 Nr. 3 (PatV): § 9 Abs. 3 (PatV)</p>	<p>Die von den PatV vorgeschlagenen Personaluntergrenzen entsprechen den Vorschlägen der DGINA aus dem 2016 publizierten Positionspapier zum Thema Organisation und Stufung.</p> <p>Die DIVI schlägt vor, zunächst die Ergebnisse der Evaluation dieser Personaluntergrenzen abzuwarten, bevor diese Vorschläge bindend werden.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	Kenntnisnahme Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern werden derzeit auf anderer gesetzlicher Grundlage (§ 137i SGB V) festgelegt. Derzeit Organisationshoheit des Krankenhauses.	Nein
55.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 9 Nr. 3 (PatV): Personalausstattung</p> <p>Die Entwicklung eines geeigneten und für Deutschland gültigen Instrumentes zur Ermittlung von Personaluntergrenzen wird dringend</p>	Die Patientenvertretung fordert in § 9 Absatz 3 eine Mindestpersonalausstattung für Pflegekräfte, orientiert an einem Modell von DGAI/BDA zu Intermediate Care Units. Nach	Siehe lfd. Nr. 54	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
		empfohlen. Eine Unterschreitung der Anwesenheit von zwei Pflegekräften pro Schicht ist aus Sicht der Bundesärztekammer bereits jetzt nicht tolerabel.	Ansicht der Bundesärztekammer ist eine adäquate Personalausstattung, sowohl des Pflegepersonals als auch des ärztlichen Personals der Notaufnahmen, orientiert am Schweregrad der Erkrankungen der Patienten der Notaufnahme, einer der wichtigsten Faktoren für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung.		
56.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 9 Nr. 3 (PatV): § 9 3. (PatV) Streichen und durch allgemeine Empfehlung „adäquater Personalausstattung“ ersetzen</p>	Diese Forderungen sind zu weitgehend und erscheinen unerfüllbar. Eine belastbare Kalkulationsgrundlage für Pflegekräfte gibt es bisher nicht. Zudem muss der Schweregrad und Aufwand der Patienten berücksichtigt werden. Hier sollte aber die Empfehlung gegeben werden, eine Kalkulationsgrundlage für die Personalausstattung zu erarbeiten.	Siehe lfd. Nr. 54	Nein
57.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018	<p>§ 9 Nr. 3 und Nr. 5 (PatV): § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basis-notfallversorgung</p> <p>Die DGINA unterstützt den PatV Vorschlag und empfiehlt die nachfolgenden Änderungen:</p>		<p><b>GKV-SV</b> § 9 Nr. 3 Siehe lfd. Nr. 54</p> <p>§ 9 Nr. 5 Die Finanzierung von Netzwerkstrukturen für andere Krankenhäuser wird derzeit im Rahmen der Zentrumsfinanzierung geregelt.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung stellen die folgenden Qualifikationen des Fachpersonals sicher:</p> <p>3. Die pflegerische Personalausstattung muss mindestens 1 Vollkraft pro 1400 Patientenkontakte/Jahr (ohne Administration) betragen. Die minimale Personalstärke darf 2 Pflegekräfte pro Schicht, entsprechend ca. 11 Vollkraftäquivalenten, nicht unterschreiten. Bei Vorhandensein eines kurzstationären Bereichs müssen zusätzlich 1 Pflegekraft pro 5 Betten / Schicht zur Verfügung stehen.</p> <p>5. Das Krankenhaus ist in telemedizinischen Netzwerken für zeitkritische Erkrankungen und Verletzungen zur Gewährleistung der Primärversorgung aller Notfälle eingebunden</p>	<p>Ad3. Die DGINA unterstützt ausdrücklich den Vorschlag der PV. Die DGINA und DIVI betrachten die Notaufnahme als pflegesensitiven Bereich, für die wie für die Intensivstationen Personaluntergrenzen für die Pflegenden festgelegt werden müssen. Auch ärztliches Personal muss ausreichend vorhanden sein.</p> <p>Ad5. Die DGINA unterstützt die Schaffung telemedizinischer Netzwerke, damit zeitkritische Notfälle adäquat primär versorgt werden können. Wenn diese Netzwerke in der Basisversorgung nicht vorhanden sind, müssen Zeitvorgaben für die Etablierung von telemedizinischen Netzwerken gemacht werden.</p>	<p><b>DKG</b> Nicht gesetzlicher Auftrag des G-BA.</p> <p>Das ist auch eine Frage der Investitionsfinanzierung.</p>	
58.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 9 Nr. 5 (PatV): Telemedizinische Netzwerke Der Vorschlag der Patientenvertretung nach einer Einbindung in telemedizinische Netzwerke sollte insoweit modifiziert werden, dass diese Einbindung vorgesehen wird, soweit solche Netzwerke regional verfügbar sind.</p>		Siehe lfd. Nr. 57	Nein
59.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018	<p>§ 9 Nr. 1 (DKG): § 9 1. (DKG) wird unterstützt</p>	<p>In der Basisversorgung erscheint uns der Facharztstandard als einzig umsetzbare Alternative. Alles andere ist nicht realistisch und könnte bei fehlender Folgeabschätzung (Verfügbarkeit von FÄ) verheerende Folgen haben.</p>	<p><b>GKV-SV</b> Siehe lfd. Nr. 23</p> <p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018				
60.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 9 Nr. 3 (GKV-SV/LV/KBV) /  § 9 Nr. 6 (PatV) /  § 9 Nr. 1 (DKG):  Verfügbarkeit von Fachärzten am Patienten  In § 9 Absatz 3 (GKV-SV, LV, KBV) bzw. Absatz 6 (PatV) wird gefordert, dass jeweils ein Facharzt in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar zu sein hat. Hier stellt sich die Frage, welches Dienstmodell Grundlage für das Erreichen des Zeitfensters sein soll. Sicher gewährleisten ließe sich eine Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten nur bei Anwesenheit des Arztes am Standort.</p> <p>Die Bundesärztekammer regt an, dass für die Basisnotfallversorgung die Formulierung der DKG (§ 9 Absatz 1 DKG) ausreichend sein sollte, nach der der Facharzt im Präsenzdienst oder im Bereitschaftsdienst oder im Rufbereitschaftsdienst dienstbereit zu sein hat. Alternativ sollte eine Formulierung gewählt werden, die einen beschränkten Spielraum zulässt, z.B. „in der Regel innerhalb von 30 Minuten“. (...)</p>	Dies ist gerade für kleine Fachabteilungen kaum umsetzbar und für das Krankenhaus mit hohen Kosten verbunden.	Siehe lfd. Nr. 59	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
61.	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) / 14.02.2018	§ 9 Nr. 3 (GKV-SV/LV/KBV) / § 9 Nr. 6 (PatV) / § 9 Nr. 1 (DKG): Unter § 9 Satz 3 sollte ausgeführt werden, dass die jeweiligen Fachärzte der Chirurgie, Inneren Medizin und Anästhesie im Bereitschaftsdienst oder Schichtdienst präsent sein müssen.	Die Verfügbarkeit eines Facharztes beim Pat. innerhalb von 30 Minuten ist tarifrechtlich in den Arbeitsverträgen mit den ärztlichen Mitarbeitern nicht festzulegen. Beim Rufdienst entscheidet der Arbeitnehmer über seinen Aufenthaltsort, der demnach auch deutlich weiter weg als 30 Minuten von der Klinik gelegen sein kann. Es muss daher ein Präsenzdienst für diese Fachbereiche festgelegt werden. Dieses gilt entsprechend für weitere Fachdisziplinen, je nach deren Erfordernissen in der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung.	<b>GKV-SV/PatV</b> Siehe lfd. Nr. 23  <b>DKG</b> Das erfordert zahlreiche zusätzliche Fachärzte, die auf dem Stellenmarkt nicht zu finden sind.	Nein
62.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) / 14.02.2018	§ 9 Nr. 3 (GKV-SV/LV/KBV) / § 9 Nr. 6 (PatV) / § 9 Nr. 1 (DKG): Unter § 9 Satz 3 sollte ausgeführt werden, dass die jeweiligen Fachärzte der Chirurgie, Inneren Medizin und Anästhesie im Bereitschaftsdienst oder Schichtdienst präsent sein müssen.	Die Verfügbarkeit eines Facharztes beim Pat. innerhalb von 30 Minuten ist tarifrechtlich in den Arbeitsverträgen mit den ärztlichen Mitarbeitern nicht festzulegen. Beim Rufdienst entscheidet der Arbeitnehmer über seinen Aufenthaltsort, der demnach auch deutlich weiter weg als 30 Minuten von der Klinik gelegen sein kann. Es muss daher ein Präsenzdienst für diese Fachbereiche festgelegt werden. Für die einfache und erweiterte Notfallversorgung genügt der Facharztstandard. Dieses gilt entsprechend für weitere Fachdisziplinen, je nach den lokalen Erfordernissen.	<b>GKV-SV/PatV</b> Siehe lfd. Nr. 23  <b>DKG</b> Das erfordert zahlreiche zusätzliche Fachärzte, die auf dem Stellenmarkt nicht zu finden sind.	Nein
63.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society	§ 9 Nr. 4 (GKV-SV; Stand 14.10.2016, obsolet) Ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ ist zu jeder Zeit am Standort verfügbar und (...) Keine zwingende Voraussetzung. Ergänzung: Wurde gestrichen und entfällt somit.	Die Weiterbildungsinhalte dieser Zusatzbezeichnung beziehen sich mehr auf die notärztliche Versorgung und stellen somit keine zwingende Voraussetzung für die Tätigkeit in einer Notaufnahme dar. Ergänzung zu WB: Es ist derzeit überhaupt nicht absehbar, ob und ab wann ausreichend Ärzte mit dieser	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme  <b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	(DGK) / 06.02.2018 In Bezugnahme auf Ihre Stellungnahme vom 16.11.2016		Weiterbildung zur Verfügung stehen. Es ist zu überlegen, diesen Passus zu streichen und nach fünf Jahren ggf. zu ergänzen.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6		

### § 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung (GKV-SV/PatV/KBV/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
64.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018  Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018	§ 10 (GKV-SV/PatV/KBV): § 10 Die Forderung nach „Intensivbetten“ sollte in der Basisversorgung durch „Intensivkompetenz“ ersetzt werden	Die ZNA der Basisversorgung benötigt "Intensivkompetenz" aber nicht zwangsläufig "Intensivkapazität". Insofern ist eine spezifische Anzahl von Intensivbetten keine sinnvolle Forderung. Ziel muss es sein, kritisch kranke Patienten zu erkennen, mit Intensivkompetenz adäquat zu behandeln und eine Verlegung in ein Haus mit höherer Versorgungsstufe umzusetzen.	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme  Die Intensivkapazitäten müssen nicht in der ZNA vorgehalten werden. Siehe auch lfd. Nr. 65 und 66, Stellungnahmen von DIVI und DGINA  <b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme  DKG macht keine Vorgaben.	Nein
65.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für	§ 10 (GKV-SV/PatV/KBV) / § 10 (LV): § 10 (GKV-SV/PatV/KBV vs. LV vs. DKG)	Die DIVI unterstützt die Forderung nach der Vorhaltung einer Mindestzahl von 6 Intensiv-	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme und Zustimmung	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018		betten in der Basisversorgung, weil aus fachlicher Sicht erst ab einer gewissen Mindestbettenzahl eine adäquate Intensivtherapie gewährleistet ist.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>DKG</b> Eigeninteresse	
66.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018	§ 10 (GKV-SV/PatV/KBV) / § 10 (LV): § 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung <u>Änderung/Vorschlag</u> Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung halten eine Intensivstation mit mindestens sechs Beatmungsbetten vor.	Die Vorgabe der Mindestzahl von 6 Intensivbetten ist sinnvoll. Dabei sollte eine Mindestanzahl von Betten zur Versorgung beatmeter Patienten festgelegt werden. Die Intensivstation muss jederzeit für beatmete Notfallpatienten aufnahmebereit sein.	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme und Zustimmung. Es wird kein inhaltlicher Unterschied zum Formulierungsvorschlag der GKV gesehen.  <b>DKG</b> Nein, siehe lfd. Nr.64.	Nein

### § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung (GKV-SV/PatV/KBV/LV) / § 10 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
67.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018	§ 11 Absatz 1 (GKV-SV/PatV/KBV/LV): § 11 (1) Punkt Computertomographie streichen	Grundsätzlich erscheint ein CT auch in der Basisnotfallversorgung wünschenswert, möglicherweise ist diese Forderung aber in der ländlichen Region nicht erfüllbar. Hier sollte eine Folgeabschätzung erfolgen. Strukturierte Verlegungsalgorithmen sind notwendig (2).	<b>GKV-SV/KBV/LV/PatV</b> Unabhängig von einer Folgeabschätzung wird das Vorhandensein eines CT als medizinisch notwendig erachtet.  <b>DKG</b>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018			Zustimmende Kenntnisnahme Gemeinsam getragene Folgenabschätzung liegt (noch) nicht vor.	
68.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018	<p>§ 11 Absatz 1 (GKV-SV/PatV/KBV/LV): § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung</p> <p>(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:</p> <p>- ein Schockraum</p> <p>- und 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung.</p>	<p>Schockraumgröße und Ausstattung ist bisher nicht definiert.</p> <p>Die 24-stündig verfügbare Computertomographie ist unbedingt zu fordern. Ohne diese kann keine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung möglich sein.</p>	Siehe lfd. Nr. 67	Nein
69.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin	<p>§ 11 Absatz 1 (GKV-SV/PatV/KBV/LV) / § 10 Absatz 1 (DKG): § 11 (GKV-SV/PatV/KBV/LV) vs. § 10 (DKG)</p>	Die DIVI unterstützt die strukturellen Forderungen der GKV-SV/PatV/KBV/LV für die medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung und schließt sich der in den tragenden Gründen angegebenen Argumentation an.	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme und Zustimmung	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	e.V. (DIVI) / 14.02.2018		Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6		
70.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 11 Absatz 1 (GKV-SV/PatV/KBV/LV) / § 10 Absatz 1 (DKG):  Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung  In § 11 ist die medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung geregelt. Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, dass auch die Vorhaltung eines Notfalllabors und von Isolationsmöglichkeiten, sowie die Möglichkeit zur Durchführung einer Notfallsonografie zu der Basisausstattung gehören sollte.</p>		Die von der BÄK geforderten Kriterien Notfalllabor, Isolationsmöglichkeit und Sonographie gehören zur Standardausstattung.	Nein

## § 12 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung (GKV-SV/PatV/LV/KBV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
71.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 12 (GKV-SV/PatV/KBV/LV)	<p>Die DIVI unterstützt die Forderungen der GKV-SV/PatV/KBV/LV für Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung und schließt sich der in den tragenden Gründen angegebenen Argumentation an.</p> <p>Die DIVI begrüßt insbesondere die Aufnahme des Kerndatensatz Notaufnahme der DIVI als einheitlichen Dokumentationsstandard in Nummer 3.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme und Zustimmung</p> <p><b>DKG</b> DKG lehnt zwingende ZNA ab.</p> <p>Eigeninteresse</p> <p>Das ist nur eine von mehreren Möglichkeiten. Offen lassen!</p>	Nein
72.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) / 07.02.2018	<p>§ 12 (GKV-SV/PatV/LV/KBV): Begrüßenswert ist die Trennung der geburts-hilflichen und pädiatrischen Fälle in der Formulierung: „§12 Die Aufnahme von Notfällen ggf. außer in der Versorgung von Kindern und im Bereich der Geburtshilfe erfolgt in einer zentralen Notaufnahme“. Die vorzuhaltenden Strukturen und Personal für die Geburtshilfe sind in der Qualitätssicherungsrichtlinie für Früh- und Reifgeborene des GBA geregelt. Hier wird eine „permanente Arztpräsenz“ für alle Versorgungs-Level gefordert.</p> <p>Dies steht im Gegensatz zur Verfügbarkeit eines Facharztes für Gynäkologie und Geburtshilfe innerhalb von 30 min in einer ZNA, so kein klar gekennzeichnete Facharzt im Bereitschaftsdienst für die ZNA vorgehalten werden soll. Wohl auf Grund dieser Unklarheit</p>	<p>Eine strukturell in einer ZNA geplante Möglichkeit einer Not-Sectio ohne die notwendigen pädiatrischen und maternalen Versorgungsstrukturen stellt einen geplanten Behandlungsfehler dar. Insbesondere im Bezug auf die enormen haftungsrelevanten Konsequenzen geburtshilflicher Entscheidungen, ist hier eine Präzisierung als gesondertes Modul z.B. analog „Notfallversorgung Kinder“ dringend erforderlich.</p>	<p><b>GKV-SV/PatV</b> In Absatz 3 der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wird ein Widerspruch zwischen der in § 12 des Notfallstufenkonzeptes des GKV-Spitzenverbandes geforderten 30 minütigen Erreichbarkeit des Facharztes und den Vorschriften der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene des GBA angenommen. Es handelt sich im Beschlussentwurf der GKV allerdings um eine Mindestanforderung an eine Fachabteilung (vgl. auch die Fachabteilungsdefinition</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>wird in §13 der aktuellen Beschlußfassung unter den in der Kategorie A genannten Fachdisziplinen die „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ durch eine Linie von den anderen Fachdisziplinen der Kategorie A abgetrennt. Der Textvorschlag der DKG nennt „Frauenheilkunde und/oder Geburtshilfe“. Diese Abgrenzungen sind jedoch für eine rechtssichere Klarheit nicht ausreichend.</p> <p>In den tragenden Gründen 2.13 GKV-SV/KBV/PatV §13/DKG §11 ist jedoch weiterhin als eine mögliche Notfallindikation in der zentralen Notaufnahme eine „Not-Sectio“ erwähnt. Nach §12 sollte eine geburtshilfliche Aufnahme jedoch gerade nicht in einer ZNA erfolgen, sondern in einem nach der Qualitätssicherungsrichtlinie für Früh- und Reifgeborene des GBA gestalteten Perinatalzentrum.</p>		<p>gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)). Darüber hinausgehende indikationsspezifische Qualitätsanforderungen und Regelungen, wie beispielsweise für die Durchführung eines Notfallkaiserschnittes, bleiben hiervon unbenommen.</p> <p><b>DKG</b> Es ist von niemandem beabsichtigt, eine Sectio in der Notaufnahme durchzuführen.</p>	
73.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisversorgung In § 12 formulieren GKV-SV, KBV, PatV und LV sehr detaillierte Regelungen zu den Strukturen und Prozessen der Notaufnahme in der Basisversorgung. Zu den vorgeschlagenen Regelungen gehört, dass alle Notfallpatienten zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung ihrer Behandlungspriorität erhalten. (...) Als Kriterium für das Stufensystem sind sie nicht sinnvoll. Die Bundesärztekammer befürwortet deutlich die Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsinstrumentes.</p>	<p>(...) Nach Ansicht der Bundesärztekammer ist die Messung dieser Prozesszeit derzeit nicht zuverlässig möglich. Prozesszeiten in der Notfallmedizin sind wichtige Qualitätsindikatoren, die in der Qualitätssicherung Verwendung finden sollten.</p>	<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p>	Nein
74.	Deutsche Gesellschaft für	§ 12 (GKV-SV/PatV/LV/KBV):	Die DGINA unterstützt und begrüßt die Punkte 1. – 3. voll umfänglich.	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018	<p>§ 12 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung</p> <p>Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung erfüllen alle der folgenden strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Aufnahme von Notfällen ggf. außer in der Versorgung von Kindern und im Bereich der Geburtshilfe erfolgt in einer Zentralen Notaufnahme.</li> <li>2. Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. Alle Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.</li> <li>3. Die Patientenversorgung wird aussagekräftig dokumentiert und orientiert sich an Minimalstandards (z.B. denen des Kerndatensatzes Notaufnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv und Notfallmedizin (DIVI)). Diese Dokumentation liegt spätestens bei der Entlassung oder Verlegung des Patienten vor.</li> </ol>	Sie sind auch in der Basisnotfallversorgung unabdingbar.	<b>DKG</b> Eigeninteresse	
75.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V.	<p>§ 12 (GKV-SV/PatV/LV/KBV):</p> <p>§ 12 (2)</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Alle Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten so schnell wie möglich (Ziel: spätestens nach zehn Minuten) nach Eintreffen in der</p>	Bei hohem Patientenaufkommen sind spezielle Zeiten nicht einzuhalten. Vorhaltungen zur Einhaltung von Zeiten in Extremfällen sind unwirtschaftlich und unangemessen. Es sollten zukünftig vielmehr Qualitätsindikatoren entwickelt und regelmäßig überprüft werden,	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme  Es handelt sich bei den geforderten 10 Minuten um eine Ersteinschätzungszeit, die auch durch nichtärztliche Kräfte	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	(DGIIN) / 14.02.2018  Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018	Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.	um national einen optimalen Standard zu entwickeln.	durchgeführt werden kann. Damit soll das Versterben schwerst kranker Patienten in den Warteräumen der Notaufnahme verhindert werden während die sicherlich wünschenswerten Qualitätsindikatoren „zukünftig“ entwickelt werden.  <b>DKG</b> Zustimmungende Kenntnisnahme  In manchen Fällen sind 10 Minuten auch zu lang.	
76.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018  Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018	§ 12 (GKV-SV/PatV/LV/KBV): § 12 (3) Wir unterstützen hier die Position der GKV-SV/PatV/LV/KBV, empfehlen jedoch im Absatz 3 folgende Änderungen: Die Patientenversorgung wird aussagekräftig dokumentiert und orientiert sich an Minimalstandards (z.B. <del>denen des Kerndatensatzes Notaufnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)</del> ). Diese Dokumentation liegt spätestens bei der Entlassung oder Verlegung des Patienten vor.	Der DIVI-Standard ist ein Maximalstandard, der umfangreichen IT-Support und genug Personal erfordert, das vielfach nicht vorhanden ist. Wir befürworten jedoch die Etablierung eines Minimalstandards.	<b>GKV-SV</b> Das Notaufnahmeprotokoll der DIVI wird als Beispiel für einen standardisierten Kerndatensatz aufgeführt. Andere Instrumente der standardisierten Datenerfassung können ebenso angewendet werden, um diese Anforderung zu erfüllen. Eine standardisierte Dokumentation ist erforderlich, deren nähere Ausgestaltung ist nicht Gegenstand der Regelung  <b>DKG</b> zustimmende Kenntnisnahme	Nein

#### IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung

##### § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 11 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
77.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 13 Absatz 1 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 13 Absatz 1 (LV) / § 11 Absatz 1 (DKG): § 13 (GKV-SV/PatV/KBV) vs. § 13 (LV) vs. § 11 (DKG)	Die DIVI unterstützt die Forderungen der GKV-SV/PatV/KBV. für Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung, da ansonsten die Voraussetzungen für das Attribut "erweitert" nicht gegeben sind.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>GKV-SV/KBV/PatV</b> Kenntnisnahme und Zustimmung	Nein
78.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) / 14.02.2018	§ 13 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 11 Absatz 2 (DKG): §12 – Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung Zu Absatz 2 Es wird nach zwei Kategorien A und B unterschieden. Unter Kategorie A werden .. Notfallindikationen erforderlich sind. Beispielhaft können das die Folgenden sein: 1. Neurochirurgie: Schädel-Hirn-Trauma, intrakranielle Blutungen 2. Unfallchirurgie: Traumaversorgung 3. Neurologie: Behandlung des akuten Schlaganfalles 4. Geburtshilfe: Not-Sectio 5. Kardiologie: akuter Herzinfarkt	Es sollte zu Punkt 2 „Orthopädie und Unfallchirurgie mit spezieller unfallchirurgischer Kompetenz“ heißen. Es gibt in Zukunft mit dem neuen Facharzt keine singulären Unfallchirurgie-Abteilungen mehr.	Die aufgelisteten Fachabteilungen entsprechen dem Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V.	Nein
79.	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) /	§ 13 Absatz 2 Nr. 6 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 11 Absatz 2 Nr. 6 (DKG):  Siehe lfd. Nr. 72	Siehe lfd. Nr. 72	<b>DKG</b> Es ist von niemandem beabsichtigt, eine Sectio in der Notaufnahme durchzuführen.	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
	07.02.2018				
80.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 13 Absatz 2 und 3 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 11 Absatz 2 und 3 (DKG): Für die erweiterte und die umfassende Notfallversorgung sollte die Forderung nach der 30-Minuten-Verfügbarkeit eines Facharztes für die Innere Medizin, die Chirurgie und die Anästhesie gelten. Für die weiteren Fachabteilungen sollte die Verfügbarkeit im Präsenzdienst oder Bereitschaftsdienst oder im Rufbereitschaftsdienst gefordert werden. Dies erfordert auch eine entsprechende Änderung von § 5 Abs. 2 Nr. 2, soweit nicht dem Vorschlag der Bundesärztekammer gefolgt wird, ganz auf eine Fachabteilungsdefinition zu verzichten.</p>	Siehe lfd. Nr. 60	<p><b>GKV-SV</b> Siehe lfd. Nr. 23</p> <p><b>DKG</b> Die 30-Minutenregelung wird abgelehnt.</p>	Nein
81.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) / 14.02.2018	<p>§ 13 Absatz 2 und 3 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 11 Absatz 2 und 3 (DKG): Unter §§ 13 und 18 (Art und Anzahl der Fachabteilungen) sollte in Kategorie A die Viszeralchirurgie mit aufgeführt werden, sowie in Kategorie B die Orthopädie, sowie die Handchirurgie</p>	<p>Die Viszeralchirurgie stellt eine eigenständige Facharztqualifikation dar und ist die entscheidende Kompetenz bei chirurgischen Eingriffen des Abdomens. Diese Art von Eingriffen hat einen hohen Anteil in der Notfallbehandlung.</p> <p>Die Handchirurgie ist ebenfalls eine wichtige Disziplin in der Notfallversorgung und beinhaltet eine eigenständige Qualifikation als Zusatzbezeichnung und auch als Facharzt. Die Orthopädie beinhaltet aufbauend auf den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie weiterhin die Zusatzbezeichnung spezielle Orthopädische Chirurgie und Kinderorthopädie. Diese Kompetenz ist in der Notfallversorgung dann gefragt, wenn ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Spezielle Unfallchirurgie nicht verfügbar ist.</p>	<p><b>DKG</b> Durch „Chirurgie“ abgedeckt. Common Trunk in der Weiterbildung.</p> <p>Durch „Chirurgie“ in der Erstversorgung vor evtl. Weiterleitung abgedeckt.</p> <p>Wir wollen keine Regelungen bis auf die Ebene der Zusatzbezeichnungen.</p> <p><b>GKV-SV</b> Siehe lfd. Nr. 78</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
82.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 13 Absatz 2 und 3 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 11 Absatz 2 und 3 (DKG): §13/11 Ergänzen: Herzchirurgie, Nephrologie; Geburtshilfe und/oder Gyn., Onkologie und Neurochirurgie und Anästhesiologie zu B.; Gyn. und Geburtshilfe zu A.</p> <p>4 Fachabteilungen; mindestens 2 aus Kategorie A oder 5 Fachabteilungen; mindestens 2 aus Kategorie A (falls Anästhesiologie oben gestrichen wird)</p>	<p>In A stehen die quantitativ bedeutendsten Fachabteilungen für die typischen Notfälle; in B werden die Spezialisierungen einzelner KH abgebildet.</p> <p>Der DGIIN erscheint die Einteilung durch Auswahl einer bestimmten Anzahl an Fachabteilungen pro Gruppe willkürlich; objektive Kriterien fehlen, weil nicht definiert ist, welche medizinischen Aufgaben in der jeweiligen Stufe zu bewältigen sind (siehe Eingangsbemerkungen).</p>	Siehe lfd. Nr. 78	Nein
83.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 13 Absatz 2 und 3 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 11 Absatz 2 und 3 (DKG): Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung In § 13 sind Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung geregelt. Dabei werden die Fachabteilungen nach ihrer Wichtigkeit für die Notfallversorgung in 2 Kategorien, A und B, eingeteilt. Die Bundesärztekammer regt an, Herzchirurgie, Viszeralchirurgie und Nephrologie als zusätzliche Fachabteilungen in Kategorie B aufzunehmen (zur Definition der Fachabteilung, siehe oben Punkt Fachabteilung). Wie von GKV-SV, KBV und PatV angeregt sollte eine Fachabteilung für Hämatologie und internistische Onkologie ebenfalls in Kategorie B gelistet sein.</p>		Siehe lfd. Nr. 78	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>Diese Empfehlungen gelten gleichermaßen für die Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung.</p> <p>Mit Blick auf die Innere Medizin und die Chirurgie ist darauf hinzuweisen, dass diese Gebiete jeweils mehrere Facharztkompetenzen umfassen (wie z.B. Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie). Soweit das Stufenkonzept allgemein einen Facharzt oder ein Abteilung für „Innere Medizin“ oder für „Chirurgie“ vorsieht, ist diese Anforderung durch alle Facharztkompetenzen oder Abteilungen innerhalb des Gebietes erfüllbar.</p>			
84.	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) / 14.02.2018	<p>§ 13 Absatz 2 und 3 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 11 Absatz 2 und 3 (DKG):          Unter §§ 13 und 18 (Art und Anzahl der Fachabteilungen) sollte in Kategorie A die Viszeralchirurgie mit aufgeführt werden, sowie in Kategorie B die Orthopädie, sowie die Handchirurgie</p>	<p>Die Viszeralchirurgie stellt eine eigenständige Facharztqualifikation dar und ist die entscheidende Kompetenz bei chirurgischen Eingriffen des Abdomens. Diese Art von Eingriffen hat einen hohen Anteil in der Notfallbehandlung. Die Handchirurgie ist ebenfalls eine wichtige Disziplin in der Notfallversorgung und beinhaltet eine eigenständige Qualifikation als Zusatzbezeichnung und auch als Facharzt. Die Orthopädie beinhaltet aufbauend auf den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie weiterhin die Zusatzbezeichnung spezielle Orthopädie. Diese Kompetenz ist in der Notfallversorgung gefragt bei immobilisierenden Schmerzereignissen des Bewegungsapparates, bei der akuten Ephysiolysis Capitis femoris des Kindes und bei akuten septischen oder anderen hoch entzündlichen Krankheitsbildern der Gelenke.</p>	Siehe lfd. Nr. 78	Nein

**§ 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 13 (DKG)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
85.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 15 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 13 (DKG):            § 15 GKV/§ 13 DKG Streichen: „innerhalb von 60min“; 10 Betten ITS werden befürwortet</p>	<p>In dieser Stufe ist es sinnvoll eine Intensivstation zu fordern. Die DGIIN bezweifelt, dass eine qualitativ hochwertige Intensivmedizin bei Intensivseinheiten mit 4 Intensivbetten betrieben werden kann und befürwortet daher mindestens 10. Die Vermeidung von Wartezeiten auf ein Intensivbett ist ein wichtiger Punkt. Die Zeitvorgabe ist jedoch nicht hilfreich und schlecht überprüfbar. Zeitkritisch kranke bzw. verletzte Patienten werden oft über Funktionsabteilungen wie den OP auf Intensivstationen verlegt und kommen auf der Intensivstation erst Stunden nach ihrer Aufnahme an. Es geht also bei dem beschriebenen Zeitintervall um das Zeitfenster zwischen Intensivbetтанforderung und Intensivbettfreigabe. Dieses Zeitintervall halten wir als geeignet, um als Qualitätsindikator zu dienen. Die zeitnahe Übernahme sollte Kapazität gewährleistet werden und erfordert daher ggf. Anpassungen an das Patientenaufkommen.</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Evidenz?</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme</p>	Nein
86.	<p>Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018</p>	<p>§ 15 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 13 (DKG):            § 15 (GKV-SV/PatV/KBV/LV) vs. §13 (DKG)</p>	<p>Die DIVI unterstützt die Forderung nach der Vorhaltung einer Mindestzahl von 10 Intensivbetten in der erweiterten Notfallversorgung. Die von der DKG vorgeschlagene Zahl von mindestens 4 Intensivbetten ist aus Sicht der DIVI für ein Krankenhaus, das an der erweiterten Notfallversorgung teilnehmen will, nicht ausreichend.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p><b>GKV-SV/PatV</b> Kenntnisnahme und Zustimmung</p> <p><b>DKG</b> Evidenz?</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
87.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 15 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 13 (DKG): Versorgung von Intensivpatienten in der Notfallversorgung</p> <p>Die Bundesärztekammer hält es nicht für sinnvoll, die Aufnahmebereitschaft der Intensivstationen mit einer Minutenvorgabe zu verknüpfen. Die Frage, wie schnell ein Patient von der Notaufnahme auf die Intensivstation verlegt werden sollte, hängt von vielen medizinischen und auch organisatorischen Fragen ab. Sie kann im Einzelfall kürzer oder auch länger als 60 Minuten sein.</p>	<p>Prozessindikatoren wie Minutenvorgaben sind im Rahmen eines Strukturkonzeptes wenig geeignet, echte Qualität abzubilden und können zugleich einer unangemessenen Kontrollbürokratie Vorschub leisten.</p>	<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme</p> <p>Siehe lfd. Nr. 75</p> <p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p>	Nein
88.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018	<p>§ 15 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 13 (DKG): § 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung</p> <p>Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung halten abweichend von § 10 eine Intensivstation mit mindestens 10 Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind. Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.</p>	<p>Unterstützung des Vorschlages durch die DGINA.</p> <p>Die Intensivstation muss jederzeit für beatmete Notfallpatienten aufnahmebereit sein.</p>	Kenntnisnahme	Nein

§ 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 14 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
89.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 16 (LV) / § 14 (DKG); § 14 (DKG) bzw. § 16 (LV)	Die Verwendung des Wortes "oder" bei der Beschreibung der medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung ist für diese Versorgungsstufe aus fachlicher Sicht unangemessen.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>GKV-SV</b> Zustimmung  <b>DKG</b> Nein	Nein
90.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018	§ 16 Absatz 1 (GKV-SV/KBV/PatV): § 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung Änderung/Vorschlag:  (1) Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort: 1. <del>Kontinuierliche</del> Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt 2. <del>Kontinuierliche</del> Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI) 3. Magnetresonanztomographie (MRT) und 4. Medizinisch-technische Ausstattung zur Primärdiagnostik des Schlaganfalls Durchgehende Verfügbarkeit der CT-Diagnostik und Einbindung eines Neurologen personam vor Ort oder über telemedizinische	Durch die Vorgabe von 24 /7 erübrigt sich die Ergänzung um den Begriff „kontinuierlich“.  Ad4. Entscheidend ist, dass die Primärdiagnostik des Schlaganfalls stets verfügbar ist. Dazu gehört auch die Beurteilung durch einen Facharzt für Neurologie	<b>GKV-SV/KBV/</b> Zu § 16 Abs. 1 Nrn. 1-2: Die Begriffe „grundsätzlich zu jeder Zeit“ und „kontinuierlich“ haben zwei unterschiedliche inhaltliche Bezugspunkte: der Begriff „grundsätzlich zu jeder Zeit“ stellt klar, dass die Anforderungen bis auf wenige begründbare Ausnahmefälle immer gewährleistet sind. Der Begriff „kontinuierlich“ besagt, dass die konkrete Diagnostik ununterbrochen einsatzbereit ist.  Zu § 16 Abs. 1 Nrn. 4: Es ist nachvollziehbar, dass im Sinne der Versorgung der notfallmedizinischen Tracer-Diagnosen sowohl die Primärdiagnostik des Schlaganfalls zur Verfügung stehen als auch bei Bedarf die Verlegung in eine	<b>GKV-SV/KBV/PatV</b> Nein zu § 16 Abs. 1 Nrn. 1-2:  <b>GKV-SV/KBV/PatV</b> Ja zu § 16 Abs. 1 Nr. 4 Beschlussentwurf der GKV wird wie folgt geändert: <i>„4. Medizinisch-technische Ausstattung zur Primärdiagnostik des Schlaganfalls und Möglichkeit zur Einleitung einer Initialtherapie (Fibrinolyse</i>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>Netzwerk. Einleitung einer Initialtherapie (Fibrinolyse) und gegebenenfalls Verlegung externe Stroke Unit.</p>	<p>Dies kann durch den Neurologen vor Ort geschehen oder durch ein telemedizinisches Netzwerk. Wenn keine Stroke Unit am Haus existiert, ist nach Diagnosestellung und Einleitung einer Fibrinolysetherapie eine Verlegung in eine Klinik mit Stroke Unit durchzuführen.</p>	<p>Klinik mit Stroke Unit gewährleistet sein sollte.</p> <p><b>LV</b> wie GKV-SV, aber „oder“ beibehaltend</p> <p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p>	<p><i>oder interventio- nelle Therapie</i>) und gegebenenfalls zur Verlegung in eine externe Stroke Unit.“</p> <p><b>LV</b> Ja wie GKV-SV, aber „oder“ beibehaltend</p> <p><b>DKG</b> Nein</p>
91.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 16 Absatz 1 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 16 (LV) / § 14 (DKG): Medizinisch technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung In § 16 werden 3 Formulierungsvorschläge (GKV-SV/KBV/PatV und DKG und LV) angeboten. Nach Ansicht der Bundesärztekammer muss die medizinisch-technische Ausstattung mit den jeweils vorgehaltenen Fachabteilungen abgestimmt werden. (...)</p> <p>Die Bundesärztekammer folgt daher dem Vorschlag der Ländervertretung in § 16, nach dem notfallendoskopische Interventionsmöglichkeit am oberen Gastrointestinaltrakt oder Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI) oder Fibrinolyse bei Schlagan-</p>	<p>(...) So ist es z.B. nicht sinnvoll, die Möglichkeit zur perkutanen koronaren Intervention vorzuhalten, wenn die Fachrichtung Kardiologie nicht vorgehalten wird.</p>	<p><b>GKV-SV</b> Die erweiterte Stufe dient der Versorgung eines großen Teils der sog. Tracer- Diagnosen gemäß Eckpunktepapier 2016 erforderlich sind (Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. In: Notfall + Rettungsmedizin August 2016, Band 19, Ausgabe 5, Seiten 387–395). Um diese Versorgung sicherzustellen wurden die hierfür erforderlichen Verfahren unter §16 Abs. 1 aufgeführt und mit den</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>fall in der erweiterten Notfallversorgung vorgehalten werden muss, jeweils angepasst an das Fachabteilungsspektrum.</p> <p>Die Vorhaltung eines MRT ist nach Ansicht der Bundesärztekammer in der erweiterten Notfallversorgung nicht sinnvoll, (...)</p>	<p>(...) da das MRT im Notfall nur bei sehr speziellen Fragestellungen und, zum Schutz vor Strahlenbelastung, bei Kindern umgehend eingesetzt werden muss. Grundsätzlich besteht bei diesen Patienten die Möglichkeit zur Verlegung in ein Krankenhaus mit MRT-Vorhaltung, im absoluten Notfall kann bei Kindern auch ein CT durchgeführt werden.</p>	<p>notfallrelevanten Fachgesellschaften DIVI und DGINA konsentiert.</p> <p><b>DKG/LV</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p>	
92.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 16 Absatz 1 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 16 (LV) / § 14 (DKG): § 14 DKV/16 GKV, LV (1); Position des LV wird befürwortet (§16)</p>	<p>MRT ist in dieser Stufe zu speziell, da nur für spezielle, z.B. spinale Verletzungen/Erkrankungen erforderlich; ein CT ist in dieser Stufe notwendig, weil anders zahlreiche relevante medizinische Notfälle nicht definitiv abgeklärt werden können.</p> <p>In der erweiterten Notfallversorgung wird mindestens eine spezifische Therapie der großen und typischen Notfälle vorgehalten (Notfalldoskopie oder PCI oder Fibrinolyse); insbesondere die Schlaganfall- und Herzinfarktbehandlung unterliegt zudem noch anderen Zertifizierungen (Stroke-Unit, Chest Pain Unit). Der Begriff med.-tech. Ausstattung ist hier irreführend, da es sich hierbei um die Verfügbarkeit von Notfalldiagnostik- und therapie handelt, die neben der medizinisch-technischen Ausstattung auch das zeitnahe Erscheinen von qualifiziertem Personal beinhaltet. Insofern ist die technische Ausstattung (welche „technische“ Ausstattung benötigt man für die Fibrinolyse? Eine Spritze, besser einen Perfusor...) isoliert irreführend. Darüber</p>	<p><b>GKV-SV/KBV/PatV</b> Das MRT ist für die Notfalldiagnostik von Querschnittsverletzungen, bandscheibenbedingten Erkrankungen und spezieller kardiologischer Fragestellungen erforderlich.</p> <p>Qualifikationsanforderungen an die Versorgung von einzelnen Arten von Notfällen bzw. Notfallindikationen sind hier kein Regelungsgegenstand. Leitlinien für die medizinische Versorgung von Notfällen werden durch die Fachgesellschaften erstellt und sind nicht Bestandteil des Notfallstufenkonzeptes.</p> <p><b>DKG/LV</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>hinaus müsste mindestens für die MRT festgelegt werden, welche Körperregionen untersucht werden können und zu welchen Zeiten dies angeboten wird. Es sind spezielle personelle Qualifikationen z.B. für ein MRT des Herzens erforderlich, die vielfach nicht einmal werktäglich in Kliniken mit MRT vorgehalten werden. Im Übrigen muss die fachkundliche ärztliche Befundung sichergestellt werden.</p>	<p>Zur Leistungserbringung gehört neben der Technik immer auch das kompetente Personal.</p> <p>Ein MRT hält die DKG in dieser Stufe nicht für erforderlich. (Siehe lfd. Nr.93).</p>	
93.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	<p>§ 16 Absatz 1 Nr. 3 (GKV-SV/KBV/PatV): § 16 Abs. 1 Nummer 3 (GKV-SV/PatV/KBV)</p>	<p>Die Notwendigkeit des Vorhandenseins eines MRT bei gleichzeitig vorhandenem CT ist aus Sicht der DIVI zum jetzigen Zeitpunkt nicht erforderlich, weil der Vorteil des Zugewinns an diagnostischer Genauigkeit in der Notfallsituation nur bedingt ersichtlich ist und die entsprechenden Untersuchungsergebnisse nur dann therapeutische Konsequenzen haben, wenn neuromedizinische Kompetenz vorhanden ist.</p> <p>Die DIVI würde es darüber hinaus begrüßen, wenn die Punkte 1., 2. und 4. so formuliert werden könnten, dass ersichtlich ist, dass es Möglichkeiten zur Notfallbehandlung von bestimmten klinisch und zahlenmäßig relevanten Patientengruppen gibt, z.B. von Patienten mit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. einer gastrointestinalen Blutung, z.B. durch eine notfallendoskopische Intervention</li> <li>2. einem akuten Koronarsyndrom z.B. durch eine PCI,</li> <li>4. einem Schlaganfall z.B. durch eine Fibrinolysetherapie,</li> </ol> <p>gibt, weil aus Sicht der DIVI der Patient mit seinen Beschwerden im Vordergrund stehen sollte und nicht eine bestimmte Prozedur.</p>	<p><b>GKV-SV/KBV</b> Siehe lfd. Nr. 92</p> <p>Auch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes und der KBV sollte der Patient im Vordergrund stehen. Da in diesem speziellen Falle die notwendigen Vorhaltungen und nicht die Behandlung selbst zu regeln sind, wird jedoch an der Formulierung im Beschlussentwurf der GKV -SV/KBV/PatV festgehalten.</p> <p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>LV</b> Bezüglich MRT, Zustimmende Kenntnisnahme</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	Hier geht es aber um strukturelle Vorgaben.	
94.	Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.02.2018 In Bezugnahme auf Ihre Stellungnahme vom 16.11.2016	§ 16 Absatz 1 Nr. 3-4 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 16 Nr. 3 (LV): Kontinuierliche Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls Magnetresonanztomographie (MRT)	Diese Definition ist unscharf. Fibrinolyse selbst ist die i.v. Verabreichung eines Thrombolytikums, welche auch präklinisch möglich ist. Fachlich ist die Fibrinolyse des Schlaganfalls jedoch an Stroke Units gebunden.  Eine 24h/7d MRT Bereitschaft ist nur für Kliniken mit Neurologie und Neurochirurgie, aber nicht generell notwendig (Lit. P. Hoffstetter et al (2012) Notfall Rettungsmed).  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>GKV-SV</b> Siehe Änderung unter lfd. Nr. 90  Siehe lfd. Nr. 92  <b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme, wenn überhaupt.	Ja Siehe Änderung unter Nummer 90  Nein
95.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018  Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018	§ 16 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/ PatV): §16 (2) Streichen	U.E. ist der Hubschrauberlandeplatz hier überzogen; theoretisch könnte er genehmigungsfähig aber unbezahlbar sein, da die Auflagen sehr hoch sind. Streichen oder an unbegrenzte Finanzierungszusagen der Länder knüpfen.	<b>GKV-SV</b> Im Beschlusssentwurf der GKV wird eine <i>Hubschrauberlande-stelle</i> gefordert, die nicht den Auflagen eines Hubschrauberlandeplatzes unterliegt. Hier scheint ein Missverständnis vorzuliegen.  <b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme  Daher gilt nach DKG auch hier die Variante der Basisversorgung: Verlegung auf dem Luftwege möglich, ggf. mit landgebundenem Zwischentransport.	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
96.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 16 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/ PatV): Hubschrauberlandestelle</p> <p>Bei der Forderung nach einer Hubschrauberlandestelle gibt die Bundesärztekammer zu bedenken, dass auch bei Genehmigung einer Hubschrauberlandestelle der Kostenaufwand für eine Realisierung unverhältnismäßig hoch sein kann. Auch in solch einem Fall sollte die Einstufung der Notaufnahme nicht an der Hubschrauberlandestelle scheitern. Dies gilt in gleichem Maße auch für die umfassende Notfallversorgung.</p>		<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme Daher gilt nach DKG auch hier die Variante der Basisversorgung: Verlegung auf dem Luftwege möglich, ggf. mit landgebundenem Zwischentransport.</p>	Nein

## § 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
97.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) / 14.02.2018	<p>§ 17 Nr. 1 (GKV-SV/PatV) /            § 17 Nr. 2 (GKV-SV/PatV) /            § 17 Nr. 2 (KBV/LV):            § 17</p> <p>Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung</p> <p>1. Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 12 folgende strukturelle und prozedurale Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen:</p> <p>2. Die zentrale Notfallaufnahme hat eine räumlich und organisatorisch der Notaufnahme angeschlossene Beobachtungsstation, die unter der Leitung der zentralen Notaufnahme steht. Die Beobachtungsstation umfasst mindestens 6 Betten; dort sollen Notfallpatienten in der Regel unter 24 Stunden verbleiben, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist.</p>		<p><b>GKV-SV/KBV/PatV/LV</b></p> <p>Der Änderungsvorschlag wird weitestgehend übernommen. Verzichtet wird auf das Wort „räumlich“, um die Integration bestehender Strukturen zu erleichtern.</p> <p><b>DKG</b> Keine Regelung, weil keine ZNA.</p>	<p><b>GKV-SV/KBV/PatV/LV</b></p> <p>Ja</p> <p>§ 17 Nr. 2 Beschlusssentwurf der GKV wird wie folgt geändert:  <i>„Die zentrale Notfallaufnahme hat eine organisatorisch der Notaufnahme angeschlossene Beobachtungsstation von mindestens 6 Betten; dort sollen Notfallpatienten in der Regel unter 24 Stunden verbleiben, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist.“</i></p> <p><b>DKG</b> Nein</p>

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
98.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 17 Nr. 2 (GKV-SV/PatV): § 17 Abs. 2 (GKV-SV/PatV)	Die DIVI unterstützt die Forderung nach einer Aufnahmestation in der Nähe der ZNA für Krankenhäuser, die an der erweiterten Notfallversorgung teilnehmen, da eine solche Station für die Optimierung der Ablauforganisation bei der erweiterten Notfallversorgung und der Qualität der Patientenversorgung erforderlich ist (vgl. auch Dtsch Ärztebl 2010;107; A268-A269).  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme und Zustimmung  <b>DKG</b> Organisationshoheit des Krankenhauses.	<b>GKV-SV</b> Ja Siehe lfd. Nr. 97  <b>DKG</b> Nein
99.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	§ 17 Nr. 2 (GKV-SV/PatV) / § 17 Nr. 2 (KBV/LV): Aufnahmestation KBV und Ländervertretung fordern in § 17 Absatz 2, dass die zentrale Notaufnahme die Möglichkeit hat, Notfallpatienten aufzunehmen, die in der Regel unter 24 Stunden verbleiben sollen, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist. Die Bundesärztekammer begrüßt die zunehmende Etablierung von Aufnahmestationen oder „Clinical Decision Units“, hält jedoch eine zwingende Vorgabe, erst recht in Verbindung mit einer Mindestbettenzahl, für zu weitgehend.		<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme Siehe auch Nummer 97, Stellungnahme der DIVI und Nummer 100 Stellungnahme der DGIIN  <b>DKG</b> zustimmende Kenntnisnahme	<b>GKV-SV</b> Ja Siehe lfd. Nr. 97  <b>DKG</b> Nein
100.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018	§ 17 Nr. 2 (GKV-SV/PatV) / § 17 Nr. 2 (KBV/LV): § 17 Befürwortung der Aufnahmestation	Eine Aufnahmestation im Sinne einer „Decision Unit“ und Kurzliegerstation ist für eine professionelle Notfallversorgung unverzichtbar. Nur so können überflüssige Aufnahmen verhindert und die gezielte Zuweisung auf die richtige stationäre Abteilung und Versorgungsstufe (Normalstation, Intermediate Care, Intensivstation) sichergestellt werden.	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme  <b>DKG</b> Organisationshoheit des Krankenhauses	<b>GKV-SV</b> Ja Siehe lfd. Nr. 97  <b>DKG</b> Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018		Die „Aufnahmestation“ muss Planbetten haben, damit dort eine ausreichende Personalausstattung kalkuliert und abgebildet werden kann.		

## V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung

### § 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 15 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
101.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 18 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 18 (LV) / § 15 (DKG): § 18 (GKV-SV/PatV/KBV) vs. § 18 (LV) vs. § 15 (DKG)	Die DIVI unterstützt die Forderungen von GKV-SV/PatV/KBV für die Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung, da sie aus fachlicher Sicht für eine umfassende Notfallversorgung notwendig sind. Die DIVI könnte aber auch die Vorschläge der LV als gerade eben ausreichend im Sinne eines Kompromisses mittragen. Die Vorschläge der DKG sind aus Sicht der DIVI zur Charakterisierung eines Krankenhauses, das an einer umfassenden Notfallversorgung teilnehmen will, unzureichend.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	Kenntnisnahme	Nein
102.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	§ 18 Absatz 1 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 18 Absatz 1 (LV) / § 15 Absatz 1 (DKG): Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung Im Vergleich zu der Beschlussvorlage von 2016, haben GKV-SV, KBV und PatV in § 18 die Anzahl der vorzuhaltenden Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung von sechs auf sieben erhöht. Dies ist aus Sicht der Bundesärztekammer nicht nachvollziehbar. Die Bundesärztekammer schließt sich hier dem Vorschlag der Ländervertretung nach sechs Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung an.		<b>GKV-SV/KBV/PatV</b> Kenntnisnahme  In der Stufe der umfassenden Notfallversorgung müssen fast alle Arten von Notfällen versorgt werden können.  <b>DKG</b> DKG-Position nicht betroffen.	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
103.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA)	<p>§ 18 Absatz 1 (GKV-SV/KBV/PatV) /  § 18 Absatz 1 (LV) /  § 15 Absatz 1 (DKG):  § 18  Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung</p> <p>(1) Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 8 über insgesamt sieben der unter Absatz 2 (Kategorie A) und Absatz 3 (Kategorie B) benannten Fachabteilungen; mindestens fünf davon sind aus der Kategorie A:</p>		Kenntnisnahme	Nein
104.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 18 Absatz 1 (GKV-SV/KBV/PatV) /  § 18 Absatz 1 (LV) /  § 15 Absatz 1 (DKG):  §18  Pro Position LV (1)</p>	Mit der GKV-Regelung würde es aus Sicht der DGIIN fast keine umfassende Notfallversorgung mehr geben. Wie oben beschrieben erscheint die Einteilung willkürlich. Es fehlt eine Beschreibung, was umfassende Notfallversorgung medizinisch inhaltlich leisten soll.	<p><b>DKG</b>  Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV</b>  In Kategorie A werden die Fachabteilungen aufgelistet, die für die Behandlung von Trauerdiagnosen in der Notfallmedizin gemäß Eckpunktepapier 2016 erforderlich sind (Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. In: Notfall + Rettungsmedizin August 2016, Band 19, Ausgabe 5, Seiten 387–395).  In der Stufe der umfassenden Notfallversorgung müssen fast alle Arten von Notfällen versorgt werden können, daher ist</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				die Vorhaltung der entsprechenden Fachabteilungen unabdingbar.	
105.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	§ 18 Absatz 2 und 3 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 15 Absatz 2 und 3 (DKG): Für die erweiterte und die umfassende Notfallversorgung sollte die Forderung nach der 30-Minuten-Verfügbarkeit eines Facharztes für die Innere Medizin, die Chirurgie und die Anästhesie gelten. Für die weiteren Fachabteilungen sollte die Verfügbarkeit im Präsenzdienst oder Bereitschaftsdienst oder im Rufbereitschaftsdienst gefordert werden. Dies erfordert auch eine entsprechende Änderung von § 5 Abs. 2 Nr. 2, soweit nicht dem Vorschlag der Bundesärztekammer gefolgt wird, ganz auf eine Fachabteilungsdefinition zu verzichten.	Siehe lfd. Nr. 60	<b>GKV-SV</b> Siehe lfd. Nr. 23  <b>DKG</b> Das bedeutet mindestens für Chirurgie, Innere Medizin und Anästhesie in der umfassenden Notfallversorgung eine Umstellung aller Rufdienste auf Bereitschaftsdienste und erfordert zahlreiche neue Facharztstellen.	Nein
106.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	§ 18 Absatz 2 und 3 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 15 Absatz 2 und 3 (DKG):  Siehe lfd. Nr. 83		Siehe lfd. Nr. 83	Nein
107.	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) / 14.02.2018	§ 18 Absatz 2 und 3 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 15 Absatz 2 und 3 (DKG):  Siehe lfd. Nr. 84	Siehe lfd. Nr. 84	Siehe lfd. Nr. 84	Nein
108.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V.	§ 18 Absatz 2 und 3 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 15 Absatz 2 und 3 (DKG): (2) / (3) Kategorien wie o.a. verändern. 6 Fachabteilungen, 2 aus Kat. B	Begründung siehe oben  Siehe lfd. Nr. 82	Siehe lfd. Nr. 82	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	(DGIIN) / 14.02.2018  Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018				
109.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) / 14.02.2018	§ 18 Absatz 2 und 3 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 15 Absatz 2 und 3 (DKG):  Siehe lfd. Nr. 81		Siehe lfd. Nr. 81	Nein

**§ 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 16 (DKG)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
110.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.02.2018 In Bezugnahme auf Ihre Stellungnahme vom 16.11.201</p>	<p>§ 19 (KBV): Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung stellen zusätzlich zu den Vorgaben nach §§ 9 und 14 (...) die Anwesenheit eines Facharztes der genannten Fachgebiete sicher.</p>	<p>Die Versorgung geschieht in der Regel durch das bewährte System aus Assistenzarzt mit Facharztstandard, Facharzt, Oberarzt und Chefarzt. Außerhalb der regulären Arbeitszeiten geschieht dies bei Fachärzten der zuständigen Fachabteilungen in der Regel im Bereitschafts- bzw. Rufbereitschaftsdienst. Der Erhalt der Rufbereitschaft ist zwingende Voraussetzung einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung. Eine ständige Anwesenheit ist nicht grundsätzlich nötig. Entscheidend ist hierbei die fachliche Qualifikation und nicht das Vertragsverhältnis zur Klinik wie angestellter Arzt oder Belegarzt. Belegarzt oder Belegärzte sind erfahrene und qualifizierte Fachärzte, welche vertraglich an das Krankenhaus gebunden sind. Es ist in keiner Weise sinnvoll, diese aus der Notfallversorgung herauszunehmen.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p><b>DKG</b></p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV/LV</b> Es handelt sich in der Stufe der umfassenden Notfallversorgung um Uniklinika und große Maximalversorger die jederzeit jede Art von Notfall zeitnah behandeln können müssen. Eine Initialversorgung schwer kranker Patienten durch Berufsanfänger ist mit dieser Stufe nicht vereinbar.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>Siehe auch Nummer 25, Stellungnahme der DIVI:  <i>„Die Forderung von GKV-SV/KBV/PatV nach der jederzeitigen Verfügbarkeit eines angestellten Facharztes des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen innerhalb von 30 Minuten am Patienten wird von der DIVI unterstützt, da jeder Notfallpatient Anspruch auf eine fachlich angemessene Notfallversorgung (Facharztstandard) innerhalb einer zumutbaren Zeitspanne hat.“</i></p>	
111.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 19 (KBV):          Fachpersonal in der umfassenden Notfallversorgung          In § 19 zu Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung fordert die KBV den Facharztstatus für alle vorgehaltenen Fachabteilungen ein. Dies ist nach Ansicht der Bundesärztekammer weder notwendig noch realisierbar.</p>		<p><b>GKV-SV</b>          Betrifft nur KBV</p> <p><b>DKG</b>          Zustimmungde Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV</b>          Insgesamt sollte ein Patient darauf vertrauen können, in einem Krankenhaus der umfassenden Notfallversorgung, d.h. insbesondere in Universitätskliniken oder Kliniken der Maximalversorgung, unter der unmittelbaren Leitung und räumlichen Nähe eines Facharztes versorgt zu werden. Dass die Versorgung selbst wieder ggf. durch einen der Fachabteilung</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				zugeordneten Assistenzarzt erfolgt, ist dabei jedoch unstrittig. Im Übrigen wird diese Anforderung bereits heute von vielen Krankenhäusern der Maximalversorgung gewährleistet. Da mit dieser personellen Ausstattung gleichzeitig erhöhte Vorhaltekosten verbunden sind, ist dies ggf. auch bei der Vereinbarung von Zuschlägen relevant. Der Regelungsvorschlag schafft hierfür die Grundlage.	
112.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 19 (GKV-SV/LV/PatV) / § 16 (DKG) / § 19 (KBV): § 19 (GKV-SV/LV/PatV) vs. § 16 (DKG) vs. § 19 (KBV)	Die DIVI unterstützt die Ausführungen von GKV-SV/LV/PatV bzw. DKG hinsichtlich der Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung, da sie aus fachlicher Sicht ausreichen. Die Vorschläge der KBV werden von der DIVI nicht mitgetragen, da der Vorteil für die umfassende Notfallversorgung nicht ersichtlich ist  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	Kenntnisnahme	Nein
113.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018	§ 19 (GKV-SV/LV/PatV) / § 16 (DKG) / § 19 (KBV): § 19 § 9 in der Version GKV Es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.	Entscheidend ist nicht die „fachärztliche“ Präsenz vor Ort sondern die zeitgerechte medizinische Versorgung, die bestimmte Kompetenzen erfordert, die z.B. bei interventionellen oder operativen Maßnahmen von Subspezialisten vorgenommen werden muss. Hier wird wie auch an anderen Stellen deutlich, dass „Facharzt“ und „Fachabteilung“ nicht mit bestimmten Kompetenzen identisch ist. Daher wäre es	<b>GKV-SV</b> Siehe lfd. Nr.n 92 und 104  Im Übrigen Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018		umso wichtiger zu definieren, welche Kompetenzen für bestimmte Krankheitsbilder und Notfallsituationen erforderlich sind. Perspektivisch werden diese dann fächerübergreifend von einem Facharzt mit ZWB Klinischer Akut- und Notfallmedizin abgedeckt.		

§ 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 17 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
114.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 20 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 17 (DKG):            §20/17 Wir befürworten die Position der DKG: „Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung halten mindestens 20 Intensivbetten vor. <del>Es besteht grundsätzlich eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme.“</del></p>	<p>Die Positionen sind hier sehr ähnlich; Viele Krankenhäuser verfügen über mehrerer Intensivstationen (z.B. konservativ-internistisch und operativ-anästhesiologisch). Die Organisation der Intensivkapazitäten ist nicht Gegenstand dieses Papiers Hier geht es um eine ausreichende gesamte Intensivkapazität von mindestens 20 Betten. Wie oben „60min“ streichen.</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p>	Nein
115.	<p>Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018</p>	<p>§ 20 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 17 (DKG):            § 20 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) und § 17 (DKG)</p>	<p>Die Forderung nach der Vorhaltung von 20 Intensivbetten für die umfassende Notfallversorgung kann aus fachlicher Sicht mitgetragen werden.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	Kenntnisnahme	Nein

**§ 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 18 (DKG)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
116.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	<p>§ 21 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 18 (DKG):            § 21 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) und § 18 (DKG)</p>	<p>Die DIVI unterstützt die Forderungen von GKV-SV/KBV/LV/PatV hinsichtlich der medizinisch-technischen Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung, da sie aus fachlicher Sicht für eine umfassende Notfallversorgung notwendig sind.</p> <p>Die von der DKG vorgestellten Vorschläge reichen demgegenüber aus fachlicher Sicht für eine umfassende Notfallversorgung nicht aus. Die bereits zu § 16, Abs. 1, Punkt 3. (GKV-SV/PatV/KBV) gemachten Vorschläge zur Änderung der Formulierungen gelten sinngemäß auch hier.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p><b>GKV-SV</b>            Kenntnisnahme</p> <p>Siehe auch Nummer 90</p>	Nein
117.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA)	<p>§ 21 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 18 (DKG):            § 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung</p> <p>Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort:</p> <p>Änderung / Vorschlag            Siehe §16 1. – 3.            Und zusätzlich            4. Fachabteilung Neurologie mit Stroke Unit            5. interventionelle Radiologie</p>	<p>In Krankenhäusern der umfassenden Notfallversorgung muss die unmittelbare medizinische Versorgung aller zeitkritischer Notfälle gewährleistet sein. Dazu gehören neben der Herzinfarkt-Behandlung auch die definitive</p>	<p>Kenntnisnahme</p> <p>Siehe auch Nummer 90</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Behandlung von Schlaganfällen einschließlich einer kathetergestützten Thrombektomie.		
118.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 21 (GKV-SV/KBV/LV/PatV) / § 18 (DKG): § 21 Med.-tech. zusätzlich § 18 DKG PCI + Kontinuierliche Möglichkeit einer notfall-endoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt</p>	<p>Siehe oben zur medizinisch-technischen Ausstattung</p> <p>Siehe lfd. Nr. 92</p>	Siehe lfd. Nr. 92	Nein
119.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	<p>§ 18 Absatz 2 (DKG): Hubschrauberlandestelle Bei der Forderung nach einer Hubschrauberlandestelle gibt die Bundesärztekammer zu bedenken, dass auch bei Genehmigung einer Hubschrauberlandestelle der Kostenaufwand für eine Realisierung unverhältnismäßig hoch sein kann. Auch in solch einem Fall sollte die Einstufung der Notaufnahme nicht an der Hubschrauberlandestelle scheitern. Dies gilt in gleichem Maße auch für die umfassende Notfallversorgung.</p>		<p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>Krankenhäuser dieser Versorgungsstufe sollten aber möglichst einen Hubschrauberlandeplatz oder eine Hubschrauberlandestelle haben. Wenn nachweisbar nicht möglich, gilt Kriterium als erfüllt.</p>	Nein

## VI. Spezielle Notfallversorgung

### § 23 Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung (GKV-SV/KBV/PatV) / § 19 (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
120.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 23 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 19 (DKG): VI. Spezielle Notfallversorgung	Die DIVI unterstützt grundsätzlich die Forderung nach der Möglichkeit einer Zuordnung von Krankenhäusern mit Behandlungsschwerpunkten in eine der in § 3 Abs.1 benannten Stufen innerhalb des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, auch wenn sie die in Kapitel III - V genannten Voraussetzungen nicht vollumfänglich erfüllen, da in den genannten Krankenhäusern eine hohe fachliche Expertise in Verbindung mit infrastrukturellen und prozeduralen Voraussetzungen zur Behandlung von bestimmten Gruppen von Notfallpatienten vorgehalten wird.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>DKG</b>  Zustimmende Kenntnisnahme  <b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme	Nein
121.	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA)	§ 23 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 19 (DKG): § 23 Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung 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 26 (GKV-SV) / §§ 20 bis 23 (DKG) für die einzelnen Module der speziellen Notfallversorgung festgelegt.		<b>DKG</b>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
		<p>Unabhängig von der Teilnahme an einer speziellen Notfallversorgung müssen diese Krankenhäuser bis auf die Anzahl der Fachabteilungen alle Anforderungen an die Basisnotfallversorgung erfüllen.</p>	<p>Spezialisierte Krankenhäuser der Schwerverletztenversorgung müssen selbstverständlich bis auf die Anforderung an die Fachdisziplinen alle Anforderungen der Basisversorgung, z.B. Ersteinschätzung, zentrale Notaufnahme oder eigene ärztliche und pflegerische Leitung erfüllen</p>	<p>Diese Vorgaben stehen im zitierten Weißbuch Schwerverletztenversorgung 2012.</p> <p><b>GKV-SV</b>  Aufgrund der stark eingeschränkten Patientenklientel, aber großen Bedeutung dieser hochspezialisierten Krankenhäuser für die Notfallversorgung sind hier spezielle Anforderungen an die Module definiert.</p>	

**§ 24 Modul Schwerverletztenversorgung (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 20 (DKG)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
122.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018	§ 24 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 20 (DKG): § 24/20 Uns erscheint die differenziertere Position der DKG zielführend	Die Position der GKV-SV/KBV/PatV/LV gefährdet die ländliche Unfallversorgung in kleinen Krankenhäusern	<b>GKV-SV</b> Unbewiesene Behauptung. Kenntnisnahme  Siehe auch Nummer 6  <b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme	Nein
123.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	§ 24 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 20 (DKG): Modul Schwerverletztenversorgung § 24 Hier unterstützt die Bundesärztekammer ausdrücklich den Regelungsvorschlag der DKG.	Die Zuordnungen „lokales Traumazentrum – Basisnotfallversorgung“, „regionales Traumazentrum – erweiterte Notfallversorgung“ und „überregionales Traumazentrum- umfassende Notfallversorgung“ sind fachlich und mit Blick auf die Versorgungsanforderungen stimmig. Es wäre hingegen widersprüchlich und auch mit Blick auf die Versorgung kritisch, lokale und regionale Traumazentren nicht in die Regelung einzubeziehen und – wie von GKV-SV, KBV, PatV und LV vorgeschlagen - nur für die – wenigen – überregionalen Traumazentren eine Zuordnung zu treffen.	<b>GKV-SV</b> Die lokalen und regionalen Traumazentren haben Vorhaltekosten nur für einen vergleichsweise kleinen Bereich der Notfallversorgung. Angesichts der begrenzten Vorhaltungen dieser Kliniken und des eingeschränkten Patientengutes wäre eine 1:1 Übernahme der Stufen der Traumazentren nicht aufwandgerecht.  <b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme	Nein

**§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 21 (DKG)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
124.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 21 (DKG): § 25/21            Uns erscheint hier die differenzierte Position der GKV-SV/KBV/PatV/LV zielführend</p>	<p>Die Kinderversorgung sollte u.E. nach differenziert geregelt werden. Eine zu allgemeine Definition erzeugt das Risiko, dass Kinder an falscher Stelle aufgenommen werden und die definitive Versorgung am Ende verzögert wird. Die meisten kranken Kinder können in ambulanten Strukturen versorgt werden.</p>	<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG</b> Eigeninteresse</p>	Nein
124a	<p>Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) / 19.02.2018</p>	<p>§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 21 (DKG):            Wir begrüßen die Beschlussvorschläge des GKV-Spitzenverbandes und plädieren nachdrücklich dafür, diese zu realisieren.</p>	<p>Durch das „Modul Notfallversorgung Kinder“ (§ 25 GKV-SV / KBV / ParV / LV) werden Kinder in der medizinischen Notfallversorgung Erwachsenen gleichgestellt.</p> <p>Im Konzept der Deutschen Krankenhausgesellschaft dagegen sollen Kinder im Notfall im Rahmen der Strukturen für Erwachsene behandelt werden, also in der Zentralen Notaufnahme, ohne Zusicherung einer fachärztlichen Versorgung. Für uns als Fachärztinnen und Fachärzte, die täglich Kinder stationär versorgen und die besonderen Erfordernisse und Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten und ihrer Familien sehr gut kennen, ist dieser Vorschlag inakzeptabel. Das Spektrum an akuten Erkrankungen ist völlig anders, das</p>	<p><b>GKV-SV</b> Wir nehmen zustimmend zur Kenntnis, dass die DGKJ die Beschlussvorschläge des GKV-Spitzenverbandes begrüßt und nachdrücklich dafür plädiert, diese zu realisieren.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Management oft erheblich different und der Umgang mit den Patienten völlig anders. Wir teilen den entschiedenen Protest der DGKJ gegen eine Versorgung in den Strukturen der Erwachsenenmedizin. Eine fachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist nur innerhalb der Kinder- und Jugendmedizin möglich. Deshalb sieht die derzeit gültige Musterweiterbildungsordnung ein Fachgebiet „Kinder- und Jugendmedizin“ vor. Somit sind nicht nur Kinderkliniken, sondern auch Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin die richtigen stationären Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche im Notfall.</p> <p>Gerade Kinder mit gastroenterologischen oder hepatologischen akuten Erkrankungen brauchen ein pädiatrisches intensivmedizinisches Setting, die entsprechende Geräteversorgung sowie kinderärztliche Expertise, die bestenfalls an Kinderkliniken oder Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin mit entsprechender Kindergastroenterologisch/hepatologischer Expertise in enger Kooperation mit anderen Fachabteilungen (z.B. Kinderchirurgie, Endoskopie) vorgehalten wird.</p> <p>Es ist zwingend erforderlich, dass die Notfallversorgung von Kindern separat in einem „Modul Notfallversorgung Kinder“ geregelt wird, mit Vorhaltung eigener Strukturen.</p> <p>Dass im lebensbedrohlichen Notfall jederzeit und an jedem Ort eine Erstversorgung erfolgen muss, versteht sich von selbst.</p>		
125.	Deutsche Gesellschaft für	§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 21 (DKG):	Die Vorschlags-Version der GKV wird nachdrücklich unterstützt. Die Vorschlags-Version	<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) / 13.02.2018	VI. Spezielle Notfallversorgung §25 Modul Notfallversorgung Kinder (GKV-SV / KBV / PatV / LV)	der DKG verortet Kinder-Notfälle zumindest optional auch in allgemeine, nicht spezifisch ausgerüstete Notaufnahmen. Dies wird den Anforderungen einer altersgerechten Kindermedizin nicht gerecht.	<b>DKG</b> Eigeninteresse	
126.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 21 (DKG): § 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV bzw. § 21 (DKG)	Die DIVI-Sektion Pädiatrische Intensiv- und Notfallmedizin weist darauf hin, dass in diesem Paragraphen die medizinisch-technische Ausstattung in den jeweiligen Stufen nur unzureichend definiert ist und auch kein Verweis auf die §§ 11,16 und 21 (GKV-SV) erfolgt. Aus fachlicher Sicht muss zumindest ab der Stufe der erweiterten Notfallversorgung ein CT vorhanden sein, wohingegen das Vorhandensein eines MRT erst ab der Stufe der umfassenden Notfallversorgung als notwendig erachtet wird.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>DKG</b> Eigeninteresse.  Zustimmende Kenntnisnahme  <b>GKV-SV</b> Siehe lfd. Nr. 128	Nein
127.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) / 13.02.2018  Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) / 14.02.2018	§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 21 (DKG): VI. Spezielle Notfallversorgung § 25 Modul Notfallversorgung Kinder (GKV-SV / KBV / PatV / LV)	Wir unterstützen ausdrücklich das Konzept von GKV-SV / KBV / PatV / LV. Die folgenden 2 Verbesserungsvorschläge sollten noch aufgenommen werden. Das Konzept der DKG lässt selbst eine umfassende Notfallversorgung für Kinder- und Jugendliche auch in Allgemeinkrankenhäusern ohne Kinder und Jugendmedizinische Klinik/Abteilung zu. Dies kann einer notwendigen speziellen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht gerecht werden.	<b>DKG</b> Eigeninteresse	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	<p>Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI) / 14.02.2018</p> <p>Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP) / 14.02.2018</p> <p>Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) / 19.02.2018</p>				
128.	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) / 13.02.2018	§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV): § 25, Abs. 3, Punkt 5 (erweiterte Notfallversorgung) „24 Std. Verfügbarkeit von Röntgen, Sonographie und CT und/oder MRT“	Statt der MRT sollte hier die CT gefordert werden, die für die schnelle ad hoc-Abklärung von Hirnblutungen und von Hirndrucksituationen bei Hydrocephaluspatienten zu bevorzugen ist (ubiquitäre Verfügbarkeit realistisch, kurze Untersuchungsdauer, kein Narkosebedarf). Desgleichen sollte auch auf dieser Ebene bereits konventionelles Röntgen und Sonographie vorhanden sein.	<p><b>DKG</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV</b> Grundsätzlich ist die Durchführung der Computertomographie wie beschrieben bei vielen Kindernotfällen hilfreich. Es wurde, im Gegensatz zur Basisnotfallstufen für Erwachsene, bewusst auf eine Forderung der CT in der Basisnotfallstufe von Kindern verzichtet</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
				dort, um nicht Anreize für den Erwerb des Gerätes und die Durchführung dieser Röntgenuntersuchung im vulnerablen Kindesalter zu setzen. Die Kliniken der erweiterten Notfallversorgung benötigen eine Abteilung für Radiologie mit einer MRT, diese Abteilungen verfügen in der Regel auch über ein CT. Eine gesonderte Nennung ist daher nicht nötig. Gleiches gilt für die Sonographie und die Möglichkeit konventioneller Röntgenuntersuchungen.	
129.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) / 13.02.2018</p> <p>Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) / 14.02.2018</p> <p>Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V.</p>	<p>§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV):  § 25 Abs.3 Punkt 5 (Erweiterte Notfallversorgung Kinder):  24-stündige Verfügbarkeit der Radiologie und Sonographie sowie Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT)</p>	<p>Das CT ist schneller als ein MRT und daher bei fast allen Kindernotfällen, 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. Es sollte hier mit einer „oder“- bzw. einer „und/oder“ – Verknüpfung aufgeführt werden. Ergänzt werden sollte hier auch die Sonographie und konventionelle Radiologie.</p>	Siehe lfd. Nr. 128	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	(GNPI) / 14.02.2018  Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP) / 14.02.2018  Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) / 19.02.2018				
130.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV): Modul Notfallversorgung Kinder Die Bundesärztekammer stimmt grundsätzlich dem Vorschlag von GKV-SV, KBV, PatV und LV in § 25 zum Spezialmodul Notfallversorgung Kinder zu, allerdings mit den gleichen Einschränkungen wie bei der Notfallversorgung für Erwachsene. Diese Einschränkungen betreffen die Triagierung innerhalb von 10 Minuten nach Aufnahme des Patienten, die Kooperationsvereinbarung mit der KBV, die Vorhaltung eines MRT in der erweiterten Notfallversorgung und die Vorhaltung einer Hub-schrauberlandestelle.		<b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme  <b>DKG</b> Einschränkungen sind richtig.	Nein
131.	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) /	§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV): Unter § 25 Satz 4 sollte nicht eine Fachabteilung für Kinderchirurgie gefordert werden, sondern stattdessen eine Verfügbarkeit eines	Die chirurgische Notfallversorgung von Kindern ist vielerorts in chirurgische Fachabteilungen kompetent eingebunden. Eigenständige Fachabteilungen für die Kinderchirurgie	<b>GKV-SV</b> Kliniken die ohne Kinderabteilungen im Rahmen der Hilfspflicht Kinder versorgen haben	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	14.02.2018	Facharzt für Kinderchirurgie innerhalb von 30 Minuten am Patienten, analog der Neurochirurgie.	sind daher vielerorts nicht etabliert. Ob dieses zukünftig erforderlich ist, sollte in Abhängigkeit der lokalen Gegebenheiten von denen vor Ort handelnden Personen entschieden werden. In den bestehenden Versorgungsstrukturen der kinderchirurgischen Notfälle waren bisher keine entscheidenden Mängel zu beklagen. Ein stets verfügbarer Facharztstandard für Eingriffe bei Kindern und Adoleszenten sollte daher die Erfordernisse abdecken können.	keine kinderspezifischen Vorhaltekosten und benötigen daher keinen kinderspezifischen Zuschlag.  <b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme	
132.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) / 14.02.2018	§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV): Unter § 25 Satz 4 Das Modul Notfallversorgung Kinder stellt klar, dass für die stationäre Versorgung von Kindernotfällen in Allgemein-krankenhäusern die Bedingungen der Abschnitte III bis V gelten. Abweichend davon wird spezialisierten, selbstständigen Kinder-kliniken, die ausschließlich Leistungen der Kinder- und Jugend-medicin anbieten, die Stufe der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 zugeschrieben, um eine Teilnahme von Kinder-Fachkliniken an der stationären Notfallversorgung zu ermöglichen und deren besondere Vorhaltungen über einen entsprechenden Zuschlag zu gewährleisten.	Die chirurgische Notfallversorgung von Kindern ist vielerorts in bereits bestehende chirurgische Fachabteilungen kompetent eingebunden. Eigenständige Fachabteilungen für die Kinderchirurgie sind daher vielerorts nicht etabliert. Dieser Zustand wird sich auch auf absehbare Zeit nicht richtungsweisend ändern, da in den bisherigen Versorgungsstrukturen der kinderchirurgischen Notfälle keine entscheidenden Mängel zu beklagen waren. Ein stets verfügbarer Facharztstandard für Eingriffe bei Kindern und Adoleszenten sollte daher die Erfordernisse abdecken können.	<b>GKV-SV</b> Siehe lfd. Nr. 131  <b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme	Nein
133.	Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH) / 13.02.2018	§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV): § 25, Abs. 4, Punkt 7 (umfassende Notfallversorgung) „...pädiatrische Intensivstation und neonatologische Intensivstation Level 1 nach gBA mit zusammen mindestens 12 Betten ...“	Pädiatrische und neonatologische Intensivstationen werden häufig zusammen betrieben und geben so eine größere Flexibilität. Eine Betriebsgröße von mindestens 12 Betten wäre hier als ausreichend anzusehen. Einfügen könnte man z.B. „davon mindestens 4 PICU-Betten“	<b>GKV-SV</b> Siehe Punkt 134	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Die Forderung von 10 rein pädiatrischen Intensivbetten ist als unrealistisch anzusehen.</p> <p>In Kliniken ohne eine Abteilung für konservative und/oder operative Kinderheilkunde erfolgt ggf. eine Erstversorgung, die Weiterverlegung muss im Rahmen eines Verlegungskonzeptes geregelt sein.</p>		
134.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) / 13.02.2018</p> <p>Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. (GNP) / 14.02.2018</p> <p>Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP) / 14.02.2018</p> <p>Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) /</p>	<p>§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV): § 25 Abs. 4 Punkt 7 (Umfassende Notfallversorgung Kinder): Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach G-BA Richtlinien mit zusammen mindestens 12 Betten am Standort.</p> <p>Kliniken ohne Kinderabteilung müssen Kinder natürlich im Rahmen der allgemeinen Hilfspflicht erstversorgen, bekommen aber keine Zuschläge.</p> <p>Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist noch zu regeln, dass auch in diesen Kliniken ein Weiterverlegungskonzept von Kindern und Jugendlichen vorliegt und zur Anwendung kommt.</p>	<p>Die Umstellung des Textes auf „zusammen mindestens 12 Betten“ (z.B. 6 PICU und 6 NICU) trägt der Tatsache Rechnung, dass in 2/3 der Kindereinrichtungen, die für die umfassende Notfallversorgung in Frage kommen, pädiatrische (PICU) und neonatologische (NICU) Intensivstationen zusammen betrieben werden (Quelle: Daten aus der „PICU/NICU-Umfrage 2017“ und aus „Ausgezeichnet. FÜR KINDER 2018-2019“).</p> <p>Es könnte sonst sein, dass in einzelnen Regionen evtl. keine einzige Klinik die Kriterien der umfassenden Versorgung erfüllt. Offensichtlich orientiert sich die Vorgabe von 10 päd. Intensivbetten an der Vorgabe von 10 Intensivbetten für Erwachsene. Der Bereich Kinder und Jugendmedizin stellt aber einen weitaus kleineren Patientenpool dar, als die gesamte Erwachsenenmedizin.</p> <p>Eine Betriebsgröße von zusammen 12 Betten sehen wir als angemessen an.</p>	<p><b>GKV-SV</b> Es handelt sich bei der Klasse der umfassenden Notfallversorgung im Kindesalter im Übrigen um Leistungserbringer aus dem Kreis der großen Maximalversorger und Universitätskliniken. Die Betten auf der neonatologischen Station und der pädiatrischen Intensivstation sind nicht substituierbar angesichts des maximal divergenten Patientengutes. Eine Intensivstation mit 10 Betten stellt, auch unter dem Aspekt der Vorsorge für das gleichzeitige Auftreten schwerer Notfälle, das absolute Minimum dar.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	19.02.2018				
135.	Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI) / 14.02.2018	<p>§ 25 (GKV-SV/KBV/PatV/LV):  § 25 Abs. 4 Punkt 7 (Umfassende Notfallversorgung Kinder):  Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach G-BA Richtlinien mit zusammen mindestens 12 Betten (6 x PICU, 6 x NICU) am Standort.</p> <p>Kliniken ohne Kinderabteilung müssen Kinder natürlich im Rahmen der allgemeinen Hilfspflicht erstversorgen, bekommen aber keine Zuschläge.</p> <p>Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist noch zu regeln, dass auch in diesen Kliniken ein Weiterverlegungskonzept von Kindern und Jugendlichen vorliegt und zur Anwendung kommt.</p>	<p>Die Umstellung des Textes auf „zusammen mindestens 12 Betten“ (6 PICU und 6 NICU) trägt der Tatsache Rechnung, dass in 2/3 der Kindereinrichtungen, die für die umfassende Notfallversorgung in Frage kommen, pädiatrische (PICU) und neonatologische (NICU) Intensivstationen zusammen betrieben werden (Quelle: Daten aus der „PICU/NICU-Umfrage 2017“ und aus „Ausgezeichnet FÜR KINDER 2018-2019“).</p> <p>Es könnte sonst sein, dass in einzelnen Regionen evtl. keine einzige Klinik die Kriterien der umfassenden Versorgung erfüllt. Offensichtlich orientiert sich die Vorgabe von 10 päd. Intensivbetten an der Vorgabe von 10 Intensivbetten für Erwachsene. Der Bereich Kinder und Jugendmedizin stellt aber einen weitaus kleineren Patientenpool dar, als die gesamte Erwachsenenmedizin.</p> <p>Eine Betriebsgröße von zusammen 12 Betten sehen wir als angemessen an.</p>	<p><b>GKV-SV</b>  Siehe lfd. Nr. 134</p>	Nein

## § 26 Spezialversorgung (GKV-SV/KBV/PatV/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
136.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 26 Absatz 1 (GKV-SV/KBV/PatV) / § 26 (LV): §26 GKV-SV/KBV/PatV Modul Spezialversorgung löschen</p>	<p>Diese Regelung widerspricht dem §1, dass es sich nur um die Grundlagen für die Verhandlungen zur Finanzierung handelt, die hier zu konkret festgelegt werden.</p>	<p><b>GKV-SV</b> Formulierungsvorschlag GKV-SV: Das Modul Spezialversorgung präjudiziert nicht die Höhe von Zu- und Abschlägen, sondern definiert den Kreis der Krankenhäuser, die von der Regelung betroffen sind bzw. den Kreis der Krankenhäuser, die hiervon nicht betroffen sind. Letzteres gilt für Krankenhäuser, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind. Hierzu gehören Psychiatrische Krankenhäuser und Besondere Einrichtungen, deren Vorhaltekosten im vereinbarten Budget berücksichtigt werden.</p>	Nein
137.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) /</p>	<p>§ 26 Absatz 2 (GKV-SV/KBV/PatV): §26 (2) GKV-SV/KBV/PatV besser als §23 DKG</p>	<p>Wir halten hier den Vorschlag der GKV-SV/KBV/PatV für besser, weil die Formulierung eindeutiger und differenzierter ist.</p>	Kenntnisnahme	Nein

<b>Lfd. Nr.</b>	<b>Stellungnehmende Organisation / Datum</b>	<b>Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung und Quellenangabe</b>	<b>Würdigung der Stellungnahme</b>	<b>Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)</b>
	20.02.2018				

## § 22 Modul Schlaganfallversorgung (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
138.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018  Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018	§ 22 (DKG): § 22/23 DKG: Streichen	Diese Regelung ist sinnlos und hat unspezifischen Belohnungscharakter, weil die Stroke Unit sowieso bereits eine höhere Vergütung beinhaltet. §23 ist nicht nachvollziehbar und widerspricht dem Grundgedanken der Dreistufung: Wird diese an allen möglichen Stellen umgangen ist sie nur noch von fraglichem Nutzen. Der GBA sollte intern zunächst Konsens herstellen, dass das Konzept der Dreistufung sinnvoll und zielführend ist.	<b>DKG</b> Die Kritik ist völlig überzogen. Es handelt sich um einen Anreiz zur Verbesserung der Schlaganfall-Versorgung.	Nein
139.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 22 (DKG): § 22 (DKG)	Es ist auch fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar, wie ein Krankenhaus, das die Voraussetzungen für eine Basisnotfallversorgung nicht erfüllt, die Voraussetzungen für ein Notfallversorgung von Patienten mit Schlaganfall erfüllen kann. Diese Forderung wird daher von der DIVI nicht mitgetragen.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>DKG</b> Es handelt sich um einen Anreiz zur Verbesserung der Schlaganfall-Versorgung.	Nein
140.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	§ 22 (DKG): Stroke Unit § 22 Die Forderungen der DKG nach der Einstufung eines Krankenhauses in die Stufe 2, wenn zusätzlich zu den Kriterien der Stufe 1	Eine regionale Stroke Unit ist nach Erfüllung der Kriterien des OPS Codes und der Kriterien der DKG weiterhin auch ohne eine Neurologische Fachabteilung möglich, was zur Versorgung im ländlichen Bereich auch sinnvoll ist. Somit sollte sich allein durch Vorhaltung einer	<b>DKG</b> Es handelt sich um einen Anreiz zur Verbesserung der Schlaganfall-Versorgung.	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		eine Stroke Unit vorhanden ist, wird von der Bundesärztekammer kritisch gesehen.	Stroke Unit nicht eine Einstufung in die erweiterte Notfallversorgung begründen.		

### § 23 Modul Sonstige fachspezifische Notfallversorgung (DKG)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
141.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018  Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018	§ 23 (DKG): § 22/23 DKG: Streichen	Siehe lfd. Nr. 138	<b>DKG</b> Es handelt sich um einen Anreiz zur Verbesserung der Schlaganfall-Versorgung.	Nein.
142.	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) / 14.02.2018	§ 23 (DKG): § 23 Modul „Sonstige fachspezifische Notfallversorgung“ <del>Die Verfügbarkeit eines Facharztes im Bereitschaftsdienst ist in den meisten Fachkrankenhäusern, die an der „Sonstigen fachspezifischen Notfallversorgung“ teilnehmen, nicht zu realisieren.</del>	Sonstige Fachkrankenhäuser, die an der fachspezifischen Notfallversorgung teilnehmen, werden unabhängig davon, ob sie die Anforderungen des Abschnittes III. vollumfänglich erfüllen, der Stufe 1 der Basisnotfallversorgung zugeordnet, wenn sie die Verfügbarkeit eines Arztes mit Facharztstandard beim Patienten jederzeit im Anwesenheitsdienst oder	<b>DKG</b> Kenntnisnahme	Nein.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlussesentwurfes (Ja / Nein)
			<p>im Bereitschaftsdienst oder im Rufbereitschaftsdienst gewährleisten, die apparative und personelle Ausstattung ihres Fachgebietes grundsätzlich täglich 24 Stunden vorhalten sowie eine Erklärung über die Bereitschaft, an der Notfallversorgung teilzunehmen, vorlegen.</p>		
143.	<p>Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018</p>	<p>§ 23 (DKG): § 23 (DKG)</p>	<p>Es ist auch fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar, wie ein Krankenhaus, das die Voraussetzungen für eine Basisnotfallversorgung nicht erfüllt, durch die jederzeitige Verfügbarkeit eines Facharztes mit entsprechender apparativer Ausstattung sowie das Vorlegen einer Absichtserklärung die Voraussetzungen für die Basisnotfallversorgung im Sinne dieses Beschlusses erfüllen kann. Diese Forderung wird daher von der DIVI nicht mitgetragen.</p> <p>Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6</p>	<p><b>DKG</b> Es handelt sich hier um Fachkrankenhäuser, deren Spezialkenntnisse der Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen müssen.</p>	Nein.

## VII. Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

### § 28 Übergangsbestimmungen (GKV-SV/KBV/PatV/LV)

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
144.	Bundesärztekammer (BÄK) / 15.02.2018	§ 28 (KBV/PatV): (...) Die Bundesärztekammer unterstützt daher die Formulierung von KBV und PatV in § 28, nach der für die Etablierung einer Zentralen Notaufnahme eine Übergangsfrist von 5 Jahren gewährt wird und schlägt vor, diese Zeit für die Basisnotfallversorgung im Einzelfall bei baulichen Schwierigkeiten auf 5-10 Jahre zu verlängern.	Siehe lfd. Nr. 32	<b>DKG</b>  Wenn ZNA, dann richtig. DKG lehnt zwingende ZNA aber ab. Daher kein Änderungsbedarf.	Nein
145.	Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018  Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018	§ 28 (GKV-SV) / § 28 (KBV/PatV) / § 28 (LV): § 28 Die Übergangsregelung muss mindestens 5 Jahre betragen!	Öffentliche Baumaßnahmen (z.B. ZNA) und Qualifikationen (Zusatzweiterbildung) erfordern selbst bei engagiertem Vorgehen mindestens 3-5 Jahre. Hier sollten ggf. tatsächliche Bauzeiten im öffentlichen Bereich ermittelt werden. Die ZW „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ wurde mit Veröffentlichung im Amtsblatt vom 10. Oktober 2014 in Berlin eingeführt und erst 2016 wurden die ersten Befugnisse vergeben. Die Übergangsregelung läuft in Berlin immer noch. Diese langen Fristen sind eine Folge der dezentralen Weiterbildungsregelungen in Hoheit der LÄK in Deutschland und lassen sich nicht ändern. Für Kliniken, die aus baulichen Gründen noch keine ZNA haben, aber ansonsten unverzichtbarer Teil der Notfallversorgung sind (z.B. auch mehrere Universitätskliniken), sollten entsprechende Investitionsprogramme zur	<b>GKV-SV</b> Siehe lfd. Nr. 52  <b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			ZNAs eingerichtet werden, um die Umsetzung der Vorgaben zu ermöglichen. Ggf. muss hier bei nachvollziehbaren Gründen auch eine Fristverlängerung möglich sein.		
146.	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfall-Namaste18 Nmedizin e.V. (DIVI) / 14.02.2018	§ 28 (GKV-SV) / § 28 (KBV/PatV) / § 28 (LV): § 28 (KBV/PatV) bzw. § 24 (LV)	Der Vorschlag von KBV/PatV/LV), § 6 Abs. 2 und 3 und § 12 Nummer 1 mit einer Übergangsfrist von maximal 5 Jahren umzusetzen, wird von der DIVI unterstützt.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>GKV-SV</b> Siehe lfd. Nr. 52  <b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme	Nein
147.	_Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. - German Cardiac Society (DGK) / 06.02.2018 In Bezugnahme auf Ihre Stellungnahme vom 16.11.2016	§ 28 (GKV-SV): § 28 Übergangsbestimmungen, GKV-SV (1), letzter Satz	Ergänzend zu den o.a. Punkten erscheint es nicht sinnvoll, für eine zweijährige Ausbildung, die aktuell noch überhaupt nicht etabliert ist, eine Erfüllung bereits drei Jahre nach deren Verfügbarkeit zu fordern.  Im Weiteren siehe Literaturverzeichnis der Originalstellungnahme in Anlage 6	<b>GKV-SV</b> Siehe lfd. Nr. 52  <b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme	Nein

**§ 29 Evaluation (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 25 (DKG)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
148.	<p>Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN) / 14.02.2018</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) / 20.02.2018</p>	<p>§ 29 (GKV-SV/KBV/PatV/LV) / § 25 (DKG): § 29/25 Evaluation</p>	<p>Unserer Ansicht nach sollte die Evaluation von unabhängiger Seite erfolgen und nicht nur die Umsetzung der Regelungen sondern auch die Entwicklung von Qualifikationen und Qualität umfassen.</p>	<p><b>GKV-SV</b> Siehe lfd. Nr. 52</p> <p><b>DKG</b> Zustimmende Kenntnisnahme</p>	<p>Nein</p>

### **3. Mündliche Stellungnahmen**

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V, 1. Kapitel § 12 Absatz 1 der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Diese ist im Rahmen einer Anhörung abzugeben und dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 26. Februar 2018 eingeladen worden.

# Mündliche Anhörung

gemäß § 136c Abs. 4 SGB V

## **Regelungen für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin  
am 26. Februar 2018  
von 11.00 Uhr bis 12.12 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin, Nürnberg (DGAI)**:

Herr Dr. Jörg Christian Brokmann

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Berlin (DGKJ)**:

Herr Professor Dr. Andreas Trotter

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., Berlin (DGU)**:

Herr Professor Dr. Andreas Seekamp

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V., Berlin (DGP)**:

Herr Professor Dr. Wulf Pankow

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V., Berlin (DGOOC)**:

Herr Dr. Jens Richter

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V., Berlin (DGGG)**:

Herr Professor Dr. Christoph Scholz

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V., Düsseldorf (DGK)**

Herr Professor Dr. Hans Martin Hoffmeister

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Berlin (DIVI)**

Herr Professor Dr. Andreas Markewitz

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e. V., Berlin (DGIIN)**:

Herr Professor Dr. Martin Möckel

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V., Berlin (DGINA)**:

Herr Professor Dr. Christoph Dodt

Herr Martin Pin

Angemeldete Teilnehmer für die **Bundesärztekammer (BÄK)**:

Frau Dr. Susanne Johna

Frau Dr. Julia Searle

Beginn der Anhörung: 11.00 Uhr

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Meine sehr verehrten Damen und Herren, herzlich willkommen zur 64. Sitzung des Unterausschusses Bedarfsplanung! Bevor wir in die Tagesordnung eintreten, beginnen wir mit der Anhörung; die Stellungnehmer sind schon im Raum. Ich begrüße Sie ganz herzlich.

Wir haben als ersten Punkt die Anhörung zur Regelung für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V. Wir sind ja hier durch Beschlussfassung vom 15. Januar 2018 in ein erneutes Stellungnahmeverfahren eingetreten, nachdem vor einem Jahr ein ebensolches schon stattgefunden hatte. Es hatte zwischen den beiden zur Stellungnahme gestellten dissidenten Positionierungen einige Veränderungen gegeben. Wir waren dann gemeinsam der Auffassung, noch einmal ein Stellungnahmeverfahren durchführen zu müssen und zu sollen.

Im Stellungnahmeverfahren sind insgesamt 17 Stellungnahmen eingegangen. Drei wurden verfristet vorgelegt. Die verfristet vorgelegten Stellungnahmen machen wir aber trotzdem zum Gegenstand der Beratungen, weil der in Rede stehende Komplex aus meiner Sicht so wichtig ist, dass man hier ausnahmsweise Formalia, was die Bewertung von Stellungnahmen angeht, ein Stück weit nach hinten priorisieren kann. Ich muss der guten Ordnung halber für das Wortprotokoll, das wir führen, auch zur Kenntnis bringen, wer eine Stellungnahme abgegeben hat:

- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin
- Gesellschaft für Neuropädiatrie
- Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
- Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin
- Bundesärztekammer
- Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin.

Das waren die Stellungnehmer im schriftlichen Stellungnahmeverfahren. Unbeschadet des Umstandes, ob die Stellungnehmer heute anwesend sind, waren diese Stellungnahmen natürlich schon Gegenstand der Beratungen und einer ersten Auswertung in der Arbeitsgruppe.

Heute sind angemeldet für diese mündliche Anhörung Herr Dr. Jörg Christian Brokmann für die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin Nürnberg, dann Herr Professor Dr. Andreas

Trotter für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin hier aus Berlin, dann Herr Professor Dr. Andreas Seekamp für die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, auch hier aus Berlin, dann Herr Professor Dr. Wulf Pankow für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, dann Herr Dr. Jens Richter für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, dann Herr Professor Dr. Christoph Scholz für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, dann Herr Professor Dr. Hans Martin Hoffmeister für die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, dann Herr Professor Dr. Andreas Markewitz für die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, dann Herr Professor Dr. Martin Möckel für die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin, dann Herr Professor Dr. Christoph Dodt und Herr Martin Pin für die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin, dann für die Bundesärztekammer Frau Dr. Susanne Johna und Frau Dr. Julia Searle. Ist noch jemand da, der nicht aufgerufen wurde? – Das ist nicht der Fall. Dann begrüße ich Sie ganz herzlich.

Wir führen, wie ich schon gesagt hatte, bei der heutigen Anhörung Wortprotokoll. Vor diesem Hintergrund bitte ich Sie, jeweils das Mikrofon zu benutzen und Ihren Namen sowie die entsendende Gesellschaft bzw. Institution zu nennen, wenn Sie das Wort ergreifen.

Ich frage Sie jetzt gleich als Erstes, ob seit Abgabe Ihrer schriftlichen Stellungnahmen noch weitere Gesichtspunkte aufgetreten sind, die hier noch eingeführt werden sollten. Wenn das nicht der Fall sein sollte, würden wir zuerst eine kleine Frage- und Antwortrunde machen, damit die Vertreter der Bänke und die Patientenvertreter Gelegenheit haben, Fragen zu Ihren schriftlichen Stellungnahmen zu stellen oder bestimmte Problempunkte zu vertiefen. Wenn diese Fragerunde abgeschlossen ist, würde ich Ihnen Gelegenheit geben, weil das aus meiner Sicht schon eine sehr relevante Anhörung ist, im Bedarfsfall, sofern nicht bereits darüber diskutiert worden ist, entscheidende Punkte aus Ihrer Sicht noch einmal kurz zu adressieren.

Ich frage zunächst einmal an alle, ohne Sie jetzt einzeln abzufragen, weil man so zwar Zeit schinden könnte, aber diese ja kostbar ist: Gibt es aus Ihrer Sicht irgendetwas, das nach Abgabe der schriftlichen Stellungnahmen jetzt noch relevant wäre? – Ich sehe allseitiges Schweigen.

Dann würde ich zunächst in die Frage- und Antwortrunde eintreten. Ich habe eine erste Frage an die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. Sie hatten sich ja geäußert zu der Problematik der Zertifizierung von Chest Pain Units-Einrichtungen, die in den Entwürfen, die heute zur Stellungnahme gestellt worden sind, keine Berücksichtigung finden. Sie hatten darauf hingewiesen, dass es hier Versorgungsbedarfe gebe, die doch vergleichbar mit dem sind, was in Stroke Units abgebildet wird. Mir fehlt jetzt hier im Gegensatz zu den Stroke Units ein bisschen das Gefühl dafür, wie solche CPUs möglicherweise in Krankenhausplänen niedergelegt sind oder wie sie zustande kommen. Gibt es da ein Zertifizierungsverfahren? Wie sind die Qualitätsanforderungen? Wo befinden sich diese Einrichtungen üblicherweise, also wo sind sie angesiedelt? Haben Sie Erkenntnisse darüber, wie viele dieser CPUs wir im Versorgungskontext im Augenblick im stationären Bereich haben? – Bitte schön.

**Herr Prof. Dr. Hoffmeister (DGK):** Zunächst zum Begriff CPU, der ja so ein bisschen anglistisch klingt. Wir hatten einfach Probleme: Als es noch Brustschmerzkliniken hieß, hat das zu Verwechslungen mit gynäkologischen Kliniken und Ambulanzen geführt. Für Brustschmerz ist primär jeder, der sozusagen zwischen Zwerchfell und Schilddrüse Schmerzen hat, ein Kandidat. Warum? Die Hauptursache für Sterblichkeit an kardialen Erkrankungen und an einem Herzinfarkt sind entweder die Progression des Herzinfarktes, die wir möglichst schnell aufhalten wollen, wenn wir den Patienten sehen – dafür müssen wir ihn aber aus einer langen Schlange von anderen Patienten heraus identifizieren –,

oder maligne Herzrhythmusstörungen. Diese Patienten sind die Hauptzielgruppe. Das heißt, die Zielgruppe einer Chest Pain Unit sind Patienten mit einem Herzinfarkt, mit einem vermuteten Herzinfarkt, mit kleinen Herzinfarkten, mit lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen und da die Differenzialdiagnose zur Lungenembolie, zum sogenannten Aortensyndrom, wenn die Körperschlagader beginnt einzureißen, und zu schweren Herzschrittmacherdysfunktionen und Ähnlichem.

Warum ist das eine separate Einheit, völlig separat zu den übrigen Ambulanzeinrichtungen? Hier gilt zum einen: Der Patient kann jederzeit eine tödliche Rhythmusstörung erleiden; das heißt, er muss in ein gemonitortes Bett, an einen gemonitorten Platz. Zum zweiten: Ein Herzinfarkt wird in der Regel so lange größer, bis wir im Katheterlabor das Gefäß wieder eröffnet haben, sodass wieder sauerstoffreiches Blut zur Reperfusion da ist. Wir müssen also aus der großen Menge der Leute, die von sich sagen, dass sie irgendwo Brustbeschwerden haben, möglichst schnell diejenigen herausfiltern, die tatsächlich einen ernsthaften Herzinfarkt haben. Deshalb muss das EKG innerhalb von zehn Minuten nach Eintreffen in der Klinik von einem Arzt nicht nur beschrieben, sondern auch befundet worden sein. Dann werden die nächsten Weichen gestellt: Wenn der Patient einen transmuralen oder einen ST-Strecken-Hebungsinfarkt hat, dann soll er auf einem speziellen Pfad an der Ambulanz vorbei direkt in den Herzkatheterraum gehen; denn je früher man das Gefäß wieder aufbekommt, desto besser. Wir haben dort keine Zeiten festgelegt, bis wann ein Arzt da sein muss; denn es geht ja nicht um den Arzt. Wir haben Zeiten festgelegt – da gibt es strikte Standard Operating Procedures –, bis wann das Gefäß rekanalisiert sein muss. Es geht schließlich um den Herzinfarkt. In dem Moment – das ist zum Teil beeindruckend –, wo wieder Blut durch das Gefäß fließt, sagt der Patient, die Beschwerden sind wieder weg, und der Herzinfarkt wird nicht mehr größer. Er kann noch Rhythmusstörungen haben, er kann dann noch nicht entlassen werden.

Es gibt aber natürlich auch Patienten, die Brustschmerzen haben, bei denen etwas anderes dahintersteckt. Und es gibt Patienten, die Brustschmerzen haben, bei denen nichts Ernsthaftes dahintersteckt. Diese Differenzialdiagnosen sollen abgearbeitet werden in einem speziellen Gebiet der Ambulanz unter kardiologischer Leitung mit mindestens vier Monitorbetten. Das ist alles sehr strikt vorgegeben mit genauen Zeiten. Innerhalb von 60 Minuten nach Eintreffen des Patienten in die Klinik soll im Herzkatheter möglichst schon das Gefäß – beginnend mit einem Draht – eröffnet worden sein. In der Qualitätssicherung, die über diese SOPs läuft, wird geschaut, in wieviel Prozent man das erreicht etc. Dann ist vorgegeben: Innerhalb von 30 Minuten soll spätestens eine Echokardiografie erfolgt sein – EKG hatte ich schon erwähnt –, sodass man sehr schnell ein Bild bekommt, ob das – das ist die erste Frage – ein beginnender großer Herzinfarkt ist. Die Sterblichkeit daran ist in Deutschland in den letzten zehn Jahren quasi halbiert worden. Es sterben von den etlichen Hunderttausenden, die mit akuten Thoraxschmerzen kommen, noch etwa 50 000 Menschen pro Jahr; da ist also noch Luft. Aber die Sterblichkeit ist durch diese Institution erheblich gesenkt worden.

Umgekehrt: Diese Monitorbetten braucht man für die Patienten mit intermediärem Risiko oder mit etwas erhöhtem Risiko, die man nach einer Ausschlussdiagnostik nicht gleich nach ein paar Stunden entlassen möchte, sondern überwachen muss. Und da wird dann die Entscheidung getroffen: Aufnahme oder nicht.

Eine solche CPU neben oder vor der Ambulanz kann räumlich sowohl in einem Aufnahmebereich angesiedelt sein, wenn dort diese Überwachungsbetten sind, sie kann auch unter einer organisatorischen Leitung vorne im Aufnahmebereich angesiedelt sein, und die Überwachungsbetten können als Intermediate-Care-Betten zum Beispiel einer Intensivstation angeschlossen sein. Aber das ist eine Interaktion innerhalb der CPU. Für alle diese Sachen sind SOPs vorgegeben bis hin zur Hochdruckkrise oder den Transportzeiten. Es sind also lauter patientenbezogene Dinge vorgegeben. Das Ganze kann dann von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zertifiziert werden.

Wir haben derzeit in Deutschland zwischen 200 und 250 Chest Pain Units an den größeren Krankenhäusern. Voraussetzung ist natürlich, dass eine Herzkatheterbereitschaft von 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche vorhanden ist.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank. – Fragen? – GKV-Spitzenverband.

**GKV-Spitzenverband:** Vielen Dank für die ausführliche Darstellung, Herr Professor Hoffmeister. Ich habe eine Nachfrage dazu. Wie häufig kommt es denn vor, dass diese CPUs sozusagen als komplett eigenständiger Krankenhausstandort vorkommen? Oder sind diese CPUs üblicherweise in größere Krankenhausstrukturen eingebunden, beispielsweise in einen größeren Maximalversorger, eine Uniklinik oder Ähnliches, also dass sie dort zwar eine eigenständige Einheit bilden, aber doch in die Struktur eines gesamten Krankenhauses mit anderen Fachdisziplinen eingebunden sind?

**Herr Prof. Dr. Hoffmeister (DGK):** Die CPUs können ja per Grundvoraussetzung nur dort existieren, wo eine Kathetereinheit besteht. Die Kathetereinheit ist dann nicht Bestandteil der CPU, sondern Bestandteil des Krankenhauses. Das heißt, das sind Schwerpunkt- und Maximalversorger, die eine Kardiologie haben, die aber auch einen 24-Stunden-Service anbieten müssen; da darf man also nicht freitags um 16 Uhr nach Hause gehen. Da muss es Ausfallkonzepte geben – das ist vorgeschrieben –, wenn sie nur eine Katheteranlage haben. Die meisten haben deshalb, wie wir, mehrere, damit wir nie ganz ohne dastehen, wenn ein solcher Patient kommt. Insofern sind die CPUs an diese Krankenhäuser gebunden, stellen an diesen aber eine eigenständige Organisationseinheit unter Leitung eines Kardiologen dar. Auch wenn die ZNA zum Beispiel von einem Internisten oder Anästhesisten oder von einem anderen Fachgebiet geleitet wird, muss von vornherein, wenn der Patient kommt, feststehen: Das ist ein CPU-Patient.

Umgekehrt gibt es das natürlich schon, dass große kardiologische Kliniken an sogenannten Herzzentren – auf der grünen Wiese, sage ich einmal –, die diese ganzen übrigen Abteilungen wie Inneres usw. nicht haben, dennoch eine CPU haben, wenn sie den entsprechenden differenzialdiagnostischen Support von Gefäßchirurgie, Herzchirurgie, Gastroenterologie usw. leisten können.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Fragen? – GKV-Spitzenverband.

**GKV-Spitzenverband:** Wer befundet dieses innerhalb von zehn Minuten nach Eintreffen des Patienten durchzuführende EKG in der Chest Pain Unit?

**Herr Prof. Dr. Hoffmeister (DGK):** Das EKG in der Chest Pain Unit muss von einem Arzt befundet werden, also das ist eine Arztbefundung. Es ist auf jeden Fall so, dass wir durch dieses Konzept – das hatte ich schon erwähnt – die Sterblichkeit an Herzinfarkt in Deutschland in der Fläche von einem zweistelligen Bereich deutlich in den einstelligen Bereich haben senken können. Wir konnten sehr schön zeigen, dass wenn man im ersten EKG etwas Auffälliges sieht und die genannten SOPs einhält, die Zeiten bis zur Wiederdurchblutung des Herzmuskels, auch mit dem Bypass, deutlich kürzer sind. Es geht mir so wie wahrscheinlich vielen Kollegen: Wir sehen sehr viel seltener als in der Vergangenheit die ganz starken Herzinfarkte mit einer riesengroßen Störung des Herzmuskels, die noch überlebt werden, aber dann innerhalb kurzer Zeit über Luftnot dann doch deletär ausgehen. Das ist sehr viel seltener geworden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Fragen? – DKG.

**DKG:** Herr Hoffmeister, Sie haben eben gesagt, man könne sich zertifizieren lassen. Gibt es auch nichtzertifizierte CPUs? Wenn ja, wie kann ich diese erkennen? Und ist es nicht tatsächlich so, dass wir, wenn wir einen Vergütungszuschlag für CPUs festmachen, dann das Geschäft der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie betreiben?

**Herr Prof. Dr. Hoffmeister (DGK):** Sie haben natürlich recht damit, dass es auch nichtzertifizierte CPUs gibt. Das ist häufig dann der Fall, wenn die Krankenhausleitung sagt, sie habe schon so viel zertifiziert, sie wolle im Moment nicht noch an der einen Stelle 10.000 Euro und an der anderen Stelle 5.000 Euro ausgeben. Das kenne ich, weil ich im Moment Vorsitzender der ALKK, also der Arbeitsgemeinschaft Leitender Kardiologischer Krankenhausärzte in Deutschland bin, dass gesagt wird: Wir bauen CPU-ähnliche Strukturen auf, aber wir haben die Nase von der Zertifizierung voll. – Das ändert natürlich nichts daran, dass diese Einheiten genauso funktionstüchtig sind und dass sie an der Qualitätssicherung teilnehmen, was Herzinfarkt, Sterblichkeitsraten und andere Dinge anbelangt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Weitere Fragen? – KBV.

**KBV:** Herr Professor Hoffmeister, wir haben in Deutschland circa 600 Herzinfarkte pro Tag. Wenn ich das hochrechne und einmal davon ausgehe, dass zwei solcher Infarkte in einer solchen Einrichtung behandelt werden, dann komme ich auf 300 solcher Einheiten, die man grosso modo als Kalkulationsgrundlage heranziehen könnte. Ich glaube, es ist sehr zu begrüßen, dass eine solche Spezialisierung stattfindet. Wir waren verwundert über die Stellungnahme der Kardiologen zu der Frage, wie schnell ein Facharzt potenziell in einer so spezialisierten Einrichtung da sein muss. Wir waren davon ausgegangen, dass innerhalb von 30 Minuten potenziell – nicht in jedem Fall, aber potenziell – ein erfahrener Facharzt am Ort des Geschehens sein sollte. Sie hatten angemerkt, das sei nicht unbedingt nötig. Meine Bitte ist: Legen Sie uns dar, warum eine solche Regelung aus Ihrer Sicht nicht sinnvoll ist.

**Herr Prof. Dr. Hoffmeister (DGK):** Vielleicht zwei Punkte dazu.

Der eine Punkt ist: Diese 30-Minuten-Regelungen, die derzeit für die Intensivmedizin an allen verschiedenen Stellen imperativ um sich greifen, gehen als solche, wenn Sie die OP-Zahlen für 2018 angucken, nicht auf das Krankheitsbild ein. Wir haben krankheitsbildbezogene Zeiten: 10, 30 oder 60 Minuten. Wir wollen dort rein formal nicht ins Arbeitsrecht eingreifen, weil wir mit 30 Minuten an der Grenze zwischen Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienst stehen würden.

Der andere Punkt ist: Wir haben in Deutschland eine Abstufung zwischen diensthabendem Weiterzubildenden, der auf Facharztstandard arbeiten soll, Facharztstatus also, und dann Oberarzt und Chefarzt. Das Ganze müssen Sie sich jetzt nicht so vorstellen, dass die Patienten 40 Minuten warten müssen. Im Übrigen sind in den meisten Häusern 30 Minuten impliziter hausinterner Standard; aber das ist, wie gesagt, aus arbeitsrechtlichen und vielerlei anderen Gründen nicht festgeschrieben. Jedenfalls haben Sie ja auch Fachärzte in der Weiterbildung für innere Medizin, die ihren Facharzt mit Schwerpunkt Kardiologie machen. Die beginnen schon mal. Der Patient wird dort vermonitort, auf den Herzkatheterisch gelegt, muss dort vorbereitet werden, der Assistent kann schon punktieren. Das läuft Hand in Hand.

Insofern war das kein Widerspruch, dass man das in 30 Minuten macht – schöner wären natürlich 20 Minuten –, aber es geht einfach darum, was abbildbar ist, was vorschreibbar ist. Das war von uns eher auf das Krankheitsbild fokussiert, also dass man in 60 Minuten einen Fluss wiederhergestellt haben muss, ohne sich auf die Differenzierung zwischen Facharztstandard und Facharztstatus an dieser Stelle nach 30 Minuten genau einzulassen. Die Untersuchungen in Deutschland werden zu 95 Prozent eh durch einen Kardiologen im zentralen Teil durchgeführt; er ist natürlich dann da. Es gibt sehr wenige

Häuser, wo man diese Untersuchung aufgrund der speziellen Trainings- oder Weiterbildungssituation schon vor Abschluss des Kardiologen machen würde.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Fragen? – GKV-Spitzenverband.

**GKV-Spitzenverband:** Ich habe eine Frage an den Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Herrn Professor Trotter. Der GKV-Spitzenverband sieht ja ein eigenes Modul für die Kindernotfallversorgung vor, die Deutsche Krankenhausgesellschaft nicht. Haben Sie einen Eindruck davon, in welchem Umfang Kinder und Jugendliche derzeit in Erwachsenenstrukturen mitbehandelt werden und mit welchen Folgen?

**Herr Prof. Dr. Trotter (DGKJ):** Es steht, denke ich, außer Frage, dass auch die Kinder und Jugendlichen einer fachärztlichen Notfallversorgung bedürfen. Es ist sicher so, dass in der Fläche durchaus Kinder und Jugendliche in Kliniken primärversorgt werden, wenn es im Umkreis von 50 oder 100 Kilometern keine Kinderklinik gibt. Wie sich das für Gesamtdeutschland darstellt, wie viele Fälle in Allgemeinkrankenhäusern tatsächlich versorgt werden, dazu habe ich keine Zahlen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Dann würde ich jetzt den einzelnen Stellungnehmern die Gelegenheit geben, kurz und holzschnittartig ihre jeweiligen zentralen Positionen, die sie im Stellungnahmeverfahren hier vorgelegt haben, vorzutragen, damit wir alle das für die nachfolgende Diskussion im Auge und im Ohr haben. Vielleicht ergeben sich daraus auch noch weitere Fragen.

Ich möchte mit der Vertreterin der Bundesärztekammer beginnen – Sie sind vorhin zuletzt aufgerufen worden –, und dann gehen wir aus meiner Sicht von rechts nach links durch. – Bitte schön.

**Frau Dr. Johna (BÄK):** Vielen Dank für die Möglichkeit, hier als Vertreterin für die Bundesärztekammer zu sprechen. Mich begleitet Frau Dr. Searle als Referentin im Dezernat 1.

Die Notfallversorgung ist eine zentrale Aufgabe der Gesundheitsfürsorge und als Teil der Rettungskette eben auch ein besonders zeitkritisches Element für alle Patienten; denn die Notfallpatienten sind potenziell oder tatsächlich lebensbedrohlich erkrankt. Deswegen sind wir der Meinung, dass jeder Eingriff in bestehende Strukturen nur mit einer dezidierten Folgenabschätzung erfolgen sollte. Das war ja auch die ursprüngliche Intention, warum die Entscheidung über das ganze Stufenkonzept um ein Jahr verschoben wurde. Eine solche Folgenabschätzung liegt uns nicht vor.

Es ist auch so, dass wir diesen Eingriff jetzt vornehmen, ohne, wie manch andere Länder das gemacht haben, Parallelmaßnahmen wie zum Beispiel den Ausbau der Luftrettung oder Ähnliches vorzunehmen. Wir haben diese und auch andere aus unserer Sicht versorgungskritischen Elemente schon in unserer Stellungnahme erwähnt. Darüber hinaus möchte ich noch zwei Punkte ansprechen.

Zum einen den Bedarf der regionalen Planungen. Es ist so, dass regionale Gegebenheiten durchaus einen großen Einfluss auf die Notwendigkeit der Dichte von Notaufnahmen haben können. Zum Beispiel können durch wetterkritische Strukturen bei Hochwasser oder Wintereinbrüchen straßengebundene Rettungseinsätze durchaus erheblich erschwert werden, in manchen Regionen mehr als in anderen Regionen in Deutschland. Außerdem sind regionale Besonderheiten zu berücksichtigen: Können Häuser miteinander kooperieren, die nah beieinanderliegen, gemeinsam medizinisch-technisches Gerät wie zum Beispiel ein MRT benutzen? Auch von großer Bedeutung ist die Frage: Wie ist überhaupt der Patientenabfluss aus einer Notaufnahme gewährleistet? Wenn es in der Nähe beispielsweise eine psychiatrische Klinik oder auch eine geriatrische Klinik gibt, sind Patientenabflüsse sicher leichter darzustellen, als wenn der Abstand weiter ist. Insofern sind wir der Meinung, dass eine sinnvolle regionale Planung weiterhin möglich sein muss.

Als zweiten Punkt möchte ich noch das Thema Zeitvorgabe, das vorhin ja schon angesprochen wurde, erwähnen. Der Vertreter der KBV war der Meinung, potenziell sollte ein Facharzt innerhalb von 30 Minuten anwesend sein. Das ist genau die Frage: Wie verstehen Sie Anwesenheit des Facharztes innerhalb von 30 Minuten? Heißt das, er muss grundsätzlich in 30 Minuten oder, wie man so schön juristisch sagt, ohne schuldhaftes Verzögern in 30 Minuten oder tatsächlich in jedem Fall in 30 Minuten vor Ort sein? In aller Regel hieße das dann rein tarifrechtlich Bereitschaftsdienst, unter Umständen mit Anwesenheit am Krankenhausstandort. Insofern ist da zu präzisieren, wie das wirklich gemeint ist. Wenn Bereitschaftsdienst daraus folgen würde, würde das erhebliche Kosten verursachen und zusätzlich auch die Weiterbildung beeinflussen; denn die Krankenhausträger werden mit Sicherheit dann in der Regel den Facharzt vor Ort haben, aber nicht mehr den Kollegen in Weiterbildung. Das heißt, der Arzt in Weiterbildung würde dann kein ungefiltertes Patientengut an dieser Stelle mehr sehen, was wir hinsichtlich der Weiterbildung als sehr kritisch einschätzen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank. Ich will das nicht kommentieren. Ich sage nur: Wenn Sie im ersten Teil Ihrer Ausführungen sagen, eine Notfallversorgung ist zeitkritisch, und im zweiten Teil, arbeitszeitrechtliche Implikationen können oder sollen ausschlaggebend für die Frage sein, wie lange es dauert, bis der Arzt nach diesen zeitkritischen Transportwegen im Krankenhaus ist, dann muss man sich überlegen: Geht man in die eine Richtung oder in die andere Richtung. Das sei aber an dieser Stelle nur so gesagt.

Dann machen wir weiter. Bitte schön, Herr Dr. Brokmann.

**Herr Dr. Brokmann (DGAI):** Vielen Dank. Ich vertrete die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin.

Die DGAI unterstreicht auf jeden Fall den Ansatz des G-BA einer Neuausrichtung der entsprechenden Notfallversorgung. Wir bedenken jedoch, dass der pure Blick auf die stationäre Notfallversorgung für uns nicht ausreichend ist, sondern dass wir eine neue intersektorale Ausbreitung bzw. auch Neuordnung benötigen.

Für die DGAI möchten wir noch einmal ganz klar darstellen, dass die Notwendigkeit von Anästhesieabteilungen bereits in sehr kleinen Krankenhäusern für die Behandlung von Notfällen essenziell ist. Alleine die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie legt in ihrem Weißbuch dar, dass für lokale Traumazentren auch ein Anästhesist aus einer Anästhesieabteilung entsprechend verpflichtend zum Basisteam mit dazu gehört. Deshalb möchten wir hier noch einmal ganz klar darauf hinweisen, dass der Verweis auf den Fachabteilungsschlüssel gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V aus unserer Sicht nicht zielführend ist, und müssen darauf drängen, dass das entsprechend anzupassen ist.

Ansonsten haben wir einzelne Auswirkungen, die ich hier nicht weiter wiedergeben möchte, in unseren Erläuterungen ganz klar dargestellt. – Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Dr. Brokmann. – Herr Professor Trotter für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.

**Herr Prof. Dr. Trotter (DGKJ):** Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin unterstützt ausdrücklich dieses Konzept der Notfallstrukturen, wie es von der GKV, der KBV und den Patientenvertretern formuliert wurde, weil es – dafür sind wir sehr dankbar – eine spezielle Notfallversorgung auch für Kinder und Jugendliche vorsieht. Die DKG hat dies in dieser Form nicht vorgesehen, sondern

lediglich eine Stufe der erweiterten Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche an Standorten vorgesehen, an denen es eine Kinderklinik oder eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin gibt. Wenn wir das richtig interpretiert haben, wäre selbst eine umfassende Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen auch in allgemeinen Krankenhäusern möglich. Das widerstrebt vollkommen einem fachärztlichen Versorgungsanspruch.

Im Übrigen – ein Vertreter des GKV-Spitzenverbandes hatte eben eine Frage dazu gestellt –: Periphere Krankenhäuser, die keine Kinderklinik haben, verlegen Kinder, die dort versorgt wurden, fast ausschließlich in entsprechende Kinderkliniken. Das heißt, ein Weiterverlegungskonzept muss dann Bedingung sein, wenn man so etwas anbietet.

Wir begrüßen also außerordentlich den Vorschlag der GKV, haben aber für die erweiterte Notfallversorgung die Bitte, dass man die Sonografie und auch die konventionelle Radiologie mit als Bedingung aufführt. Die Sonografie ist das bildgebende Verfahren schlechthin in der Kinderheilkunde, weil es eben nichtinvasiv ist. Wir sehen es nicht für notwendig an, ein MRT rund um die Uhr bei der erweiterten Notfallversorgung anzubieten. Die MRT-Untersuchung bei Kindern erfordert in der Regel eine Sedierung und damit einen entsprechenden Vorlauf. Sie dauert deutlich länger als eine CT-Untersuchung. Das heißt, wenn beispielsweise nachts ein Kind mit Schädelhirntrauma in die Klinik kommt, ist es unabdingbar, dass man Möglichkeiten für ein CT vor Ort hat, aber ein MRT sehen wir nicht für notwendig an.

Der letzte von zwei Kritikpunkten war, dass wir nicht nachvollziehen können, wieso ein Krankenhaus bzw. ein Kinderkrankenhaus, das eine umfassende Notfallversorgung anbieten will, zehn pädiatrische Intensivplätze anbieten sollte. Ich würde sagen, dass sogar die wenigsten Universitätskliniken tatsächlich zehn reine pädiatrische intensivmedizinische Betten haben. Extrapolieren wir das mal zu den Vorgaben für die Erwachsenenmedizin: Dort wurde für die erweiterte Notfallversorgung eine Vorgabe von zehn Intensivbetten vorgegeben. Die Kinder- und Jugendmedizin macht ein Zehntel des Krankheitsgutes und des Patientengutes eines Krankenhauses aus. Das heißt: Wie man auf die zehn pädiatrischen Intensivbetten kommt, ist uns nicht klar geworden. Wir haben deshalb alternativ vorgeschlagen, insgesamt zwölf Betten, sechs Betten für die Neonatologie und sechs Betten für die pädiatrische Intensivmedizin, vorzusehen.

Gesondert betrachten muss man sicherlich Universitätskliniken bzw. große Kliniken, die auch Kinderkardiologie machen. Dort wird man sicher auch mal zehn pädiatrische Intensivbetten haben. Aber diese werden eben speziell in solchen Zentren vorgehalten.

Also wenn diese Forderung nach zehn pädiatrische Intensivbetten wirklich Bestand hat, dann sehe ich ein großes Problem hinsichtlich der flächendeckenden Versorgung selbst durch Universitätskliniken. – Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Trotter. – Herr Professor Seekamp für die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie.

**Herr Prof. Dr. Seekamp (DGU):** Weitestgehend begrüßen wir den jetzt auf dem Tisch liegenden Vorschlag. Wir sehen, dass sich einige Änderungen ergeben haben seit der letzten Anhörung. Wir sehen auch, dass, was die Traumaversorgung betrifft, gewisse Dinge hier Niederschlag gefunden haben und vielleicht auch teilweise als Matrize für andere Überlegungen genutzt wurden.

Ich möchte anschließen, weil das jetzt schon zweimal genannt wurde: Arbeitsrechtlich sehen wir ein Problem in der Ausformulierung, in der es jetzt heißt, dass ein Facharzt innerhalb von 30 Minuten anwesend sein soll. Das ist tarifrechtlich, wie schon zweimal angeklingen, nicht abbildbar. Es ist so, dass

man keinen Vertrag mehr schließen kann, in dem sozusagen der Aufenthaltsort und vor allen Dingen die Zeit, in der der ärztliche Mitarbeiter zu erscheinen hat, festzulegen ist. Von daher würden wir uns das etwas konkreter wünschen und schlagen vor, dass man tatsächlich entweder von Bereitschaftsdienst spricht oder von Anwesenheitsdienst, was dann dem Schichtdienst entsprechen würde, einfach auch deswegen, weil man dann vielleicht etwas ehrlicher mit den dadurch entstehenden Kosten umgehen kann.

Ein weiterer Punkt betrifft die zentrale Notaufnahme selbst. Selbstverständlich befürworten wir, dass es dort eine eigene ärztliche Leitung gibt. Wir sehen eine Notaufnahme allerdings nicht als fachlich unabhängig; vielmehr soll sie fachlich übergreifend bzw. interdisziplinär sein. Wir würden vorschlagen, dass man den Begriff „fachlich unabhängige Leitung“ entweder komplett streicht oder ihn ersetzt durch interdisziplinäre oder fachübergreifende Leitung.

Ein wesentlicher Punkt betrifft für uns insgesamt die chirurgischen Disziplinen. Wir bitten darum, unter § 13 und § 18 in der Kategorie a) die Viszeralchirurgie und auch die Handchirurgie zu ergänzen. Beide Fachdisziplinen haben einen hohen Anteil in der Notfallversorgung auf chirurgischem Fachgebiet. Sie stellen eigene Qualifikationen dar. Viszeralchirurgie ist ein eigener Facharzt, Handchirurgie ist eine Zusatzqualifikation, die von verschiedenen Fachärzten erreicht werden kann. Gleiches gilt für die Kategorie b), für die Orthopädie und auch für die Handchirurgie. Es gibt natürlich den gemeinsamen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, nichtsdestotrotz gibt es die spezielle Zusatzbezeichnung für die spezielle Orthopädie. Es gibt nach wie vor Notfälle, die nach Schwerpunkt und Maximalversorgung den Häusern zugewiesen werden. Man denke nur an Probleme der Kinderorthopädie, die in der Fläche kaum mehr bewusst sind und auch kaum mehr gelehrt werden. Das ist eine Sache, die man nicht aus dem Blick verlieren darf. Auch weiterhin gibt es spezielle orthopädische Probleme wie die Infektion großer Gelenke, wo wir meinen, dass sie in der Kategorie b) zumindest mit aufgeführt werden sollten.

Das waren im Wesentlichen die Details, die wir zu unserer Stellungnahme noch vorbringen wollten. – Danke schön.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Seekamp. – Herr Professor Pankow für die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, bitte.

**Herr Prof. Dr. Pankow (DGP):** Vielen Dank. – Wir hatten letztes Mal schon unsere Kommentare eingepflegt; diese haben sich im Wesentlichen nicht verändert. Zum einen begrüßen wir, dass ein abgestuftes System der Notfallversorgung eingeführt werden soll. Wir glauben aber auch – insofern teilen wir die Stellungnahme der Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin und auch die Stellungnahmen anderer Gesellschaften –, dass dieses System in eine umfassende Neuordnung der Notfallmedizin einschließlich des ambulanten Sektors eingebunden werden sollte. Ich sage das auch vor dem Hintergrund dessen, dass ich über viele Jahre eine der größten Rettungsstellen im Krankenhaus in Neukölln hier in Berlin geleitet habe. Man muss die beiden Dinge zusammen denken. Die Ordnung des stationären Sektors ist ein erster Schritt, aber die Ordnung des ambulanten Sektors muss dann in absehbarer Zeit unbedingt folgen.

Wir glauben, dass die Internisten selbst, also unser Berufszweig, die Hauptlast der Notfallmedizin stationär schultern müssen. Von daher halten wir es für selbstverständlich, dass zumindest in der umfassenden, aber auch in der erweiterten Notfallversorgung internistische Facharztkompetenz rund um die Uhr im Krankenhaus vor Ort sein sollte.

Zu einzelnen Punkten vielleicht noch: Wir würden bei der Notfallendoskopie gerne noch notfallendoskopische Interventionsmöglichkeiten im Bronchialsystem ergänzt haben, zumindest in der erweiterten

und umfassenden Notfallversorgung. Wir glauben auch, dass auf diesen beiden Stufen die Möglichkeit der nichtinvasiven Beatmung bei respiratorischem Versagen vorgehalten werden sollte. – Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Pankow. – Herr Dr. Richter von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie.

**Herr Dr. Richter (DGOOC):** Wir schließen uns im Wesentlichen den schon gemachten Kommentaren der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie an. Vielleicht noch zwei Bemerkungen.

Wir decken gemeinsam etwa 50 Prozent der Notfallbehandlungen in einem größeren Krankenhaus ab, wenn man mal alle Verletzungen des Bewegungsapparates von den nichtoperativen abtrennt. Was vielleicht in dieser Runde ein wenig untergegangen ist: Die Qualität der Notfallbehandlung in Deutschland ist bisher vorzeigefähig. Das heißt, wir werden aus dem Ausland, aus den USA, aus Südamerika oder aus Asien, gefragt, wie wir das organisieren, wie wir das mit der Feuerwehr machen, wie wir die Traumazentren und die stationäre Versorgung in diesem Bereich ausstatten. Das heißt, in diesem Bereich wird schon jetzt eine Spitzenleistung abgeliefert, die in der Welt Beachtung findet.

Unter diesem Gesichtspunkt sehen wir auch das gestufte Schema. Dazu meine erste Anmerkung: Wenn Sie es verbal unterbrechen in „Basis wie befriedigend“ und „maximal gleich umfassend“, dann suggerieren Sie, dass man in einem Traumazentrum mit seinem Notfall „Rückenschmerz“ am besten behandelt wird. Das kann es nicht sein. Seien Sie langfristig vorsichtig in Ihren schriftlichen Festlegungen und bleiben Sie vielleicht bei einer numerischen Skala mit 0 gleich „nimmt nicht teil“ und 3 für den erweiterten oder maximalen Versorger, damit Patienten und Krankenhäuser nicht mit diesen Begriffen wie „umfassend“ Werbung betreiben. Sie wissen, dass wir alle in einem Konkurrenzkampf stehen. Der Begriff „Endozentrum“ wird schon ausgenutzt. Wenn Sie dann später eine Ambulanz betreiben, die Maximalversorger ist, kommt das auch auf das Aushängeschild. Doch der Rückenschmerzpatient hat dort nichts zu suchen, weil man drei Polytraumapatienten oder drei Traumapatienten versorgen muss, und sollte vielleicht nicht die Ambulanz vollmachen.

Das Zweite: Interessant wird es eigentlich erst, was hier überhaupt nicht angesprochen wurde, wenn Geld ins Spiel kommt. Ich bin von vielen meiner ChefarztKollegen gefragt worden: Was passiert denn mit dem Geld? – In den Stellungnahmen von den Herrschaften, die hier alle sitzen, ist übereinstimmend gesagt worden, dass davon überhaupt noch nicht die Rede ist. Dann wird es überhaupt erst interessant, wenn Sie Geld verschieben Richtung Basis, erweitert und maximal. Da muss ich sagen: Jedes dieser Notfallsysteme hat seine Aufgaben und seine Berechtigung. Dem einen wie dem anderen Geld zuzugeben oder zu entziehen, das ist noch einmal eine sehr interessante Geschichte, weil die Triage von Notfällen auf der Straße durch die Feuerwehr stattfindet. Sie entscheidet, in welches Krankenhaus der Schlaganfallpatient oder der Herzinfarktpatient kommt. In diesen Krankenhäusern sind durch Traumazertifizierungen, CPU-Zertifizierungen eigentlich die Regelungen für die Abläufe schon geklärt. Das heißt, wir fixieren mit dem Vierstufensystem nur das, was eh schon da ist, und schaffen die Möglichkeit, Geld zu verschieben. Das ist etwas sehr Gefährliches. Ich wünsche mir, dass es da am Ende gerecht zugeht, und nicht, dass dann zulasten der normalen Versorger zu viel Geld abgezogen wird. – Danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Richter. Sie wissen ja, dass wir hier die Anforderungen zu definieren haben. Die Frage, was am Ende wie vergütet wird, ist ein Auftrag, der von den Vertragspartnern zu erfüllen ist. Vor diesem Hintergrund ist die Frage des Geldes sicher interessant. Für mich ist aber zunächst die Frage interessant, wie man das, von dem Sie sagen, dass es ohnehin schon existiere – wenn das so wäre, verstehe ich die Aufregung gar nicht, die in diesem Raum und an anderer Stelle geherrscht hat –, so strukturieren kann, dass definierte Vorhaltekosten adäquat abgegolten werden. Das ist der Sinn dieser Übung. Da hat es in der Vergangenheit sehr häufig Klagen

gegeben, dass Notfallversorgung nicht angemessen alimentiert wird. Das war der Anlass für die Politik, das ins Gesetz zu schreiben; wir haben uns nicht danach gedrängt, das machen zu dürfen, zu sollen oder zu müssen. Wir haben nun gesagt, dann müssen eben bestimmte Rahmenbedingungen definiert werden, für die dann – heruntergebrochen – auch entsprechende Vergütungselemente vorgesehen werden können. Das ist der Sinn der Übung. Wir sind im ersten Teil der Veranstaltung, der zweite Teil folgt in dem Augenblick, in dem wir den Beschluss gefasst haben und der Beschluss in Kraft getreten ist.

Es geht weiter mit Herrn Professor Scholz von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

**Herr Prof. Dr. Scholz (DGGG):** Wir haben in unserer Stellungnahme skizziert, dass genau diese Doppelfunktion aus Gynäkologie und Geburtshilfe eine gewisse Spannung mit sich bringt, die eben auch in der gestuften Notfallversorgung abgebildet werden sollte. Einerseits ist innerhalb einer zu definierenden Zeit die Anwesenheit eines gynäkologischen Facharztes in der Notaufnahme durchaus sinnvoll für gynäkologische Notfallsituationen. Es gibt ja zum Beispiel die intraabdominelle Blutung zum Beispiel im Rahmen einer Eileiterschwangerschaft, die zeitnah versorgt werden muss, oder die Ovarialtorsion, die sonst mit dem Verlust des Eierstocks einhergeht. Das Ganze steht aber in einer gewissen Spannung zur Qualitätssicherungsrichtlinie für Früh- und Neugeborene, die eine dauerhafte Arztpräsenz im Kreißaal, also am Ort der Entbindung, notwendig macht. Diese Trennung ist uns im vorliegenden Text tatsächlich noch nicht ausreichend formuliert.

Es gibt Anklänge, zum Beispiel in § 12, wo es heißt: Die Aufnahme von Notfällen gegebenenfalls außer in der Versorgung von Kindern und im Bereich der Geburtshilfe. – Solche Zitate ziehen eine gewisse Trennung nach sich. Aber es gibt dann andere Formulierungen im Textvorschlag, der zum Beispiel eine Notsektiofähigkeit in der zentralen Notaufnahme zumindest suggeriert. Eine Notsektio innerhalb einer zentralen Notaufnahmestruktur außerhalb einer Perinatalzentrumsstruktur wäre dann tatsächlich im Gegensatz zur Qualitätssicherungsrichtlinie und damit letztlich als Behandlungsfehler zu werten. Da plädieren wir letztlich auf eine Adaptation an das pädiatrische Modul, wo die Geburtshilfe sehr klar und sehr dezidiert gesondert im Rahmen der Qualitätssicherungsrichtlinie abgebildet wird und eben nicht vermischt wird mit einer zentralen Notaufnahmeeinrichtung.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Scholz. – Dann haben wir noch einmal Herrn Professor Hoffmeister. Sie waren ja schon gefordert, aber vielleicht wollen Sie noch etwas sagen.

**Herr Prof. Dr. Hoffmeister (DGK):** Ich möchte auch nicht alles wiederholen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Schade eigentlich. Wir könnten – –

**Herr Prof. Dr. Hoffmeister (DGK):** Gerne. Seit meiner Zeit beim Max-Planck-Institut mache ich Herzinfarktforschung.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Nein, nein. Es ist schon gut.

(Heiterkeit)

**Herr Prof. Dr. Hoffmeister (DGK):** Okay. – Ich möchte trotzdem noch einmal betonen, weil wir vorhin eher Einzelaspekte diskutiert haben: Die CPU ist eines der ganz wenigen funktionierenden und sektorenübergreifenden Modelle in der Notfallversorgung überhaupt an über 200 Standorten in Deutschland. Das ist zertifiziert. Das ist etwas, was man eben neben und an eine Notaufnahme, wie sie in dem Paper

diskutiert worden ist, dransetzen kann, was in der Ambulanz beginnt und bis hin zum Monitorbett geht. Das ist auch ein bisschen der Unterschied zu anderen Konzepten in der Notfallversorgung, die wir auch sonst hier als Internisten gerne sehen würden, ohne dass ich hier den BDI oder andere vertrete.

Ich sehe in der Kardiologie mehr das Bedürfnis, ein ganzheitliches Konzept bei der Behandlung der Erkrankung zu verfolgen, und nicht, diese Erkrankung nur die ersten 10 Meter im Krankenhaus und 10 Meter davor zu betreuen. Vielmehr sollte man dort schon im Auge haben: Kann das ein Aortensyndrom sein, dass die Schlagader einreißt? Dann muss man eine völlig andere SOP einschlagen; der Patient muss nämlich ganz schnell beim Herzchirurgen landen. Das ist ein ganz anderer Weg, den wir gar nicht diskutiert haben – nicht häufig, aber viel häufiger, als man daran denkt. Um das zu identifizieren, brauchen wir CT und die anderen Sachen, die hier auch beschrieben sind. Über die Notwendigkeit von Herzkathetern haben wir ja schon diskutiert.

Für mich geht es, wie gesagt, um eine sektorenübergreifende Möglichkeit, Patienten optimal zu behandeln in einem Bereich, der natürlich im gleichen Eingang wie die Ambulanz beginnt. Dann muss entschieden werden, ob der Patient in die Chest Pain Unit oder Notaufnahme Inneres, ZNA oder Ähnliches gehört, ohne dass das jeweils – das haben wir ja auch ausgeführt – eigene Kliniken sein müssen. Ganz im Gegenteil: Die Integration der CPU als ein Teil einer großen kardiologischen Klinik macht durchaus Sinn wegen der ganzen Herzkatheter und dann auch der Versorgungsmöglichkeit auf der Intensivstation. Wir sehen uns von daher also als ein bisschen integrativer, meinen aber, dass die CPU unbedingt als ein Modul in dieses Konzept hier aufgenommen werden müsste. – Danke.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Danke, Herr Professor Hoffmeister. – Dann Herr Professor Markewitz von der Deutschen Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Bitte schön.

**Herr Prof. Dr. Markewitz (DIVI):** Vielen Dank für das erhaltene Wort. – Es ist im Prinzip schon alles gesagt, nur noch nicht von mir. Ich möchte deswegen aber auch nicht allzu viel anfügen. Wir sind eine Dachgesellschaft, eine fächerübergreifende Gesellschaft. Deswegen haben wir uns jetzt nicht so auf Partikularprobleme konzentriert. Für uns standen im Vordergrund die Patientensicherheit und die Qualität der Patientenversorgung. Fragen der Finanzierbarkeit, des Arbeitszeitrechts auf europäischer oder lokaler Ebene haben wir derzeit auch noch nicht so richtig berücksichtigen wollen, weil es uns aufgrund der Erfahrungen, die wir mit den intensivmedizinischen Komplexpauschalen haben, wichtig schien, dass wir klare Kriterien formulieren, die möglicherweise auch tatsächlich dem Praxistest standhalten. Sie haben ja schon gesagt, dass wir damit letztendlich Vorhaltekosten finanzieren wollen. Da gibt es halt die Champions League, die Bundesliga und die zweite Liga, und das muss finanziert sein.

Ich teile allerdings auch die Bedenken des Kollegen auf der linken Seite, dass es Anlass zu marketing-technischen Eskapaden geben kann, wenn man vom Wording her nicht ganz genau aufpasst. Wir wünschen uns da natürlich genauso wie die anderen auch, dass es sektorübergreifend zu einer Regelung kommt, damit nicht gegenseitig mit dem Finger aufeinander gezeigt wird, was das anbelangt.

Das wäre es von meiner Seite. Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Markewitz. Mich hat in der vergangenen Woche das Judikat des Europäischen Gerichtshofs zu Feuerwehrleuten – Einsatzbereitschaft innerhalb von 8 Minuten – sehr zum Nachdenken angeregt. Da muss man einmal schauen, was man am Ende des Tages damit anfangen kann, um jetzt noch einmal auf die Grundsätze zu rekurrieren. Das

wurde ja in der Literatur und in ersten Urteilsbesprechungen dann eben auch als möglicherweise übertragbar auf den ärztlichen Bereich und damit auch als die bisherigen Strukturen infragestellend bezeichnet. Darüber wird man sich sicher noch einmal sehr intensiv unterhalten müssen, weil es ja am Ende relativ wenig nützt, wenn man die Strukturen hat, aber kein Personal, das dieselben bedienen kann.

Dann haben wir jetzt Herrn Professor Möckel von der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin aus Berlin. Bitte schön.

**Herr Prof. Dr. Möckel (DGIIN):** Auch wir sind grundsätzlich positiv eingestellt gegenüber dem Konzept der Dreistufung in dem Sinne, wie das auch schon von anderen gesagt worden ist. Ich möchte kurz fünf wesentliche Punkte der Intensivmedizin dazu anführen.

Zum einen sehen wir es wie die Bundesärztekammer auch sehr kritisch, dass es keine Folgenabschätzung gibt bzw. die Folgenabschätzung, die vom IGES-Institut im letzten Sommer durchgeführt worden ist, nicht publiziert ist, nicht vorliegt. Wir haben nämlich in unseren fachlichen Diskussionen sehr häufig in Richtung Machbarkeit diskutiert und wussten eben nicht, was wir da eigentlich anrichten, wenn diese oder jene Anforderung gestellt wird.

Auch wir hätten uns gewünscht, dass nicht nur Strukturmerkmale, sondern auch medizinische Notfallsituationen thematisiert werden, dass man also nicht sagt, jemand ist dann ein Basisversorger oder ein erweiterter Versorger, wenn er ein CT- oder ein MRT-Gerät hat, sondern wenn er eine bestimmte medizinische Notfallsituation händeln kann. Das fehlt eigentlich weitgehend in diesem Konzept.

In Bezug auf unsere Kernkompetenz, die Intensivmedizin, gehen wir davon aus, dass vom Grundsatz her Intensivstationen möglichst groß sein sollten, da kleine versprengte Einheiten nicht effektiv sind. Vor dem Hintergrund ist unser Vorschlag, dass man für die Basisnotfallversorgung von einer kleinsten Anzahl von Intensivbetten weggeht und stattdessen Intensivkompetenz in der Notaufnahme fordert, dann aber in den höheren Stufen auch Einheiten von mindestens zehn oder mehr Betten verlangt.

Wir halten es nicht für zielführend, eine konkrete Zeitvorgabe für die Aufnahme auf die Intensivstation vorzugeben, weil wir glauben, dass manche Patienten schneller bei Verfügbarkeit aufgenommen werden müssen, dass aber, wenn alle Betten belegt sind, es mitunter auch ein bisschen länger dauern kann. Wir wollen auf jeden Fall nicht einer Kontrollbürokratie Vorschub leisten, wo dann exakt die Zeiten gemessen werden, wann der Patient auf der Intensivstation ist. Es ist vielleicht nicht nützlich, wenn dieser dann, nur um die Zeit einzuhalten, dort auf dem Flur liegt.

Wir finden es wichtig – das ist an einer Stelle von Ihnen vorgeschlagen worden, ich glaube, auch besonders von den Patientenvertretern –, dass es Personalbemessungsgrenzen gibt. Dies haben wir an der Charité, wie Sie wissen, im Intensivbereich bereits mit vielen Benefits sowohl insbesondere für die pflegerischen Mitarbeiter als auch für die Patienten tarifvertraglich geregelt. Wir glauben, dass das auch im Notfallbereich notwendig ist, sind aber der Auffassung, dass es dazu bisher keine belastbaren Zahlen gibt und dass der G-BA eine entsprechende Kalkulation beauftragen sollte, also eine Gruppe, die sich damit beschäftigt, wie viele Pflegekräfte, wie viel Arztkompetenz man braucht, um bestimmte Notfallsituationen vernünftig zu händeln.

Zum Schluss: Wir sind auch der Auffassung – das ist ebenfalls schon erwähnt worden –, dass man stationäre Notfallversorgung nicht isoliert betrachten kann, weil die Notaufnahme keine stationären bzw. ambulanten Patienten hat, sondern Notfallpatienten, und am Ende des Prozesses entscheidet sich, ob der Patient stationär, intensivmedizinisch oder ambulant versorgt wird. Vor dem Hintergrund würden wir darum bitten, dass das Konzept des G-BA für die stationäre Notfallversorgung in dem Sinne ausgeführt wird, dass die Notfallversorgung am Krankenhaus in der zentralen Notaufnahme ist und

nicht nur für die Patienten gilt, die dann am Ende des Prozesses stationär aufgenommen werden. – Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Möckel. Ich stelle mir jetzt vor, wo wir schon seit geraumer Zeit so intensiv über Strukturmerkmale diskutieren, wie eine Diskussion verlaufen würde, wenn ich das an der Fragestellung festmache, die Sie aufgemacht haben: Hat ein Krankenhaus die Kompetenz, einen bestimmten Prozess zu händeln? So hatten Sie das ja formuliert. Das ist sicherlich das entscheidende Kriterium, aber wenn wir durch unsere 1 700 Häuser gehen und das vor Ort überprüfen, dann wird es munter.

Ich bin immer ein Freund von Personalvorgaben, bin aber leicht traumatisiert von der Diskussion, die wir bei der vergleichsweise banalen Fragestellung führen, wie wir mit Personalvorgaben im pflegerischen Bereich im Bereich Perinatalzentren mit dem Level 1 und 2 umgehen. Da vergeht kein Tag, an dem nicht irgendwelche Horrormeldungen hier auflaufen über die Abmeldung von Stationen, weil es unerwünschte oder nicht planbare Krankheitsfälle gegeben hat. Es gibt ja erwünschte und unerwünschte Krankheitsfälle; bei manchen ist man froh, wenn sie krank sind und nicht auf die Arbeit kommen – aber gut. Das jetzt, da Sie gerade von Bürokratie sprechen, auf intensivmedizinische Versorgung zu übertragen, könnte natürlich im Kern Probleme machen.

Noch einmal Herr Möckel, bitte. Wie händeln wir das, dass wir feststellen können, wer was händeln kann?

**Herr Prof. Dr. Möckel (DGIIN):** Ich fange mit Ihrem ersten Punkt an. Es geht natürlich nicht darum, dass wir alle medizinischen Situationen und Prozesse hier in einem Katalog aufführen und dann einzelne Krankenhäuser überprüfen. Aber es gibt ja – das ist gerade ausführlich diskutiert worden – Zertifizierungen durch die Fachgesellschaften wie zum Beispiel für Chest Pain Units, Traumazentren, Stroke Units. Solche Elemente hätte man ja hier einfließen lassen und sagen können, dass, wenn solche Zertifizierungen vorliegen, das Haus dann in der Regel in der Lage ist, das zu machen, und man nicht mehr im Detail gucken muss, ob die Fachabteilung x oder y noch vorhanden ist. Möglicherweise ist das zwar in einem bestimmten Kontext nicht der Fall, aber das Ganze funktioniert trotzdem – und umgekehrt. Man kann ja auch eine Abteilung haben, die vielleicht die Kompetenz gar nicht hat, weil sie auf einen anderen Teil ihres Fachgebietes spezialisiert ist.

Was die Personalbemessung betrifft, bin ich in der kritischen Würdigung absolut bei Ihnen. Das ist nicht so einfach, weil wir das Personal natürlich auch bekommen müssen. Mir wurde gerade von der Seite schon die Frage ins Ohr geflüstert: Wie viele Betten habt ihr denn gesperrt, weil keine Pflegekräfte da sind? – Das ist ein Problem, und zwar insbesondere für die Notaufnahme, weil dann die Patienten nämlich dort verbleiben und dort natürlich in einem ganz anderen Verhältnis versorgt werden, also nicht 1:1, sondern 1:5 oder 1:10. Aber dennoch sollte man sich mit dieser Sache beschäftigen, und man muss auf Dauer die Krankenhäuser auch dazu bringen, genug Personal in die Notfallversorgung zu stecken. Das ist besonders schwierig, weil an der Stelle nicht so viel Geld verdient werden kann wie im OP oder bei bestimmten interventionellen Leistungen. Da muss man Patienten und Mitarbeiter davor schützen, dass das im Krankenhaus die letzte Wiese ist, wo quasi nur die attraktiven DRG-Fälle rausgezupft werden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wobei ich jetzt offiziell namens der DKG selbstverständlich die von Ihnen nicht geäußerte, aber möglicherweise missverständlich im Protokoll nachlesbare Formulierung relativieren möchte, dass Krankenhäuser Personal dort allokkieren, wo lukrative DRGs gemacht werden. Krankenhäuser allokkieren Personal dort, wo es notwendig ist. Das nur der guten Ordnung halber, weil ich allen Trägern gegenüber zu Loyalität verpflichtete bin. Das sei an dieser Stelle gesagt.

Im Koalitionsvertrag ist ja auch so ein wunderbarer Auftrag enthalten, dass sich irgendjemand in dieser Republik – ich hoffe, nicht der Gemeinsame Bundesausschuss – mit der Frage der Personalbemessung in allen Krankenhausstrukturen zu beschäftigen hat. Da ist selbstverständlich die Intensivmedizin mit impliziert. Ich bin gespannt, was dabei herauskommt und was man dann jenseits der Frage der Finanzierung und Finanzierbarkeit so alles braucht, wenn man, nachdem man ein Krankenhaus durchdekliniert hat, unten drunter den Strich zieht. Dann ist die Frage, ob man überhaupt das Personal hat, das man bräuchte, und ob man dann nicht möglicherweise morgens das Schild an die Tür hängt und sagt: Tut uns furchtbar leid, wir müssen aus haftungsrechtlichen Gründen, weil solche Vorgaben jenseits der Monistik haftungsrechtliche Implikationen auslösen, ganze Abteilungen abmelden. – Das ist für mich einfach ein Problem, das mich umtreibt, wenn ich mir in lockerer Wochenendlektüre Entwürfe von Koalitionsverträgen durchlese. Aber gut, das lösen wir dann, wenn wir so weit sind.

Jetzt haben wir noch die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin. Herr Dodt oder Herr Pin, wer möchte? – Herr Professor Dodt.

**Herr Prof. Dr. Dodt (DGINA):** Am Ende der Runde der Fachvertreter bleibt nicht mehr ganz so viel zu sagen. Uns ist wichtig, dass die Notaufnahmen oder die Notfallzentren, die da entstehen werden, an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stehen und eine extrem wichtige Funktion im Gate Keeping und in der Leitung der Patienten in die jeweiligen Fachabteilungen übernehmen. Das hat zwei Implikationen.

Die eine ist: Fachübergreifende Arbeit muss dafür sorgen, dass die jeweiligen definierten Fachkrankenhäuser oder Krankenhäuser mit den Fachabteilungen die richtigen Patienten bekommen. Sie brauchen eine hochqualifizierte medizinische und pflegerische Versorgung. Deswegen ist es uns ein ganz wesentlicher Punkt, dass nicht nur die Strukturvoraussetzungen, sondern auch die personellen Voraussetzungen hinsichtlich Weiterbildung erfüllt sind. Deswegen ist uns ein zentraler Punkt, dass die in Berlin bestehende – ich hoffe, dass sie sich auch in anderen Bundesländern ausbreitet – Zusatzweiterbildung für Akut- und Notfallmedizin tatsächlich in dem Entwurf bleibt.

Der weitere entscheidende Punkt für das Gate Keeping und die Entscheidung, wohin der Patient muss, ist, dass es Beobachtungseinheiten gibt, die quasi an der Grenze zu der stationären Aufnahme stehen, wo man einen Patienten über sechs Stunden beobachten kann und mit Flüssigkeit versorgen kann und dann auch sagen kann: Okay, dieser Patient braucht keine längerfristige Aufnahme. – Diese Beobachtungseinheiten sind uns wirklich wichtig.

Des Weiteren gibt es Strukturvorgaben bezüglich der Intensivstation; Herr Möckel hat schon skizziert, wo die wirkliche Schwierigkeit liegt. Sie können natürlich Betten fordern, aber sie müssen auch belegbar sein. Wenn es zu einer Zentralisierung und Professionalisierung der Notfallstrukturen kommt, werden wahrscheinlich bestimmte Häuser vermehrt mit schwerkranken Notfallpatienten zu tun haben – das ist auch Ziel –, sie müssen aber auch in der weiteren stationären Versorgung ihren Platz finden. Das ist im Intermediate-Care-, dem High-Care-Bereich, besonders kritisch. Weniger entscheidend ist, wie ich denke, die Zahl der Betten als die Belegbarkeit der Betten, die vorhanden sind. Das muss tatsächlich auch in dieser Stufung berücksichtigt werden. Wahrscheinlich – die Bundesärztekammer hat das schon angedeutet – muss es auch Möglichkeiten geben, Patienten von einem umfassenden Versorger in eine andere Versorgungsstufe zu verlegen. Das ist bisher aus finanzieller Sicht unattraktiv. Das macht es einfach sehr schwierig, Patienten von einer hohen Versorgungsstufe in eine niedrige Versorgungsstufe zu verlegen. Man sollte auch bedenken, dass die Interaktion der Häuser in der Notfallversorgung nach den Notfallzentren berücksichtigt wird.

Schließlich wird es – das ist mir wichtig – für die Patienten, wenn die strukturellen Vorgaben gegeben sind und auch die personellen Vorgaben erfüllt sind, dazu kommen, dass man auch die Qualität der Notfallzentren messen möchte. Da gibt es im Moment Qualitätsmerkmale, die sehr stark diagnosebezogen sind, also Herzinfarkt, Schlaganfall, Polytrauma; aber der Kernprozess der Notaufnahme, nämlich die Abklärung eines Symptoms zu einer Diagnose, wird nicht berücksichtigt. Das, denke ich, ist ein ganz wesentlicher Punkt, dass da Qualitätsparameter entwickelt werden müssen, die genau diesen Kernprozess mehr in den Fokus nehmen und für weniger klar charakterisierte Krankheiten eben dann auch zeitliche Vorgaben machen.

Ansonsten begrüßen wir natürlich diese Stufung, weil sie dazu führen wird, dass die Patientensicherheit in der Notfallversorgung verbessert werden wird. – Vielen Dank.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Dodt. – Vielleicht noch eine Frage an die Vertreterin der Bundesärztekammer. Es wurde gerade die Weiterbildungsmöglichkeit in Berlin angesprochen. Gibt es bei der Bundesärztekammer vielleicht einen Überblick darüber, ob andere Ärztekammern außer der Ärztekammer Berlin auch versuchen, hier aktiv tätig zu werden? Wissen Sie, wie das Durchlaufvolumen bei den Angeboten, die wir jetzt im Augenblick in Berlin haben, ist? Ich meine, wenn im Jahr drei oder vier Ärzte weitergebildet werden, dann kann man zusammenzählen, wie lange das dauert, bis man das entsprechende Personal hat. – Zuerst Frau Johna von der Bundesärztekammer, dann Herr Professor Pankow.

**Frau Dr. Johna (BÄK):** Die aktuelle Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer sieht die Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ gar nicht vor. Die Ärztekammer Berlin hat das eingeführt. Es gibt auch Bestrebungen in anderen Ärztekammern; sie denken darüber nach. Bisher hat es keine weitere eingeführt. Aber wie ja vielleicht bekannt ist, ist die Bundesärztekammer in einem großen Novellierungsprozess der kompletten Weiterbildungsordnung. Wir erwarten immer noch, dass wir diesbezüglich große Schritte auf dem nächsten Deutschen Ärztetag in diesem Jahr unternehmen. In diesem Bereich wird sich, so wie es im Moment diskutiert wird, dann auch in der Musterweiterbildungsordnung noch etwas verändern. Aber der Deutsche Ärztetag hat dazu noch nicht entschieden. Insofern kann ich dazu abschließend nichts sagen.

Ob bzw. wie viele Kollegen im Bundesland Berlin weitergebildet werden, dazu kann ich Ihnen keine Zahlen nennen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich habe mal gehört, dass drei oder vier Ärzte durchgeschleust werden. Aber das ist jetzt wirklich anekdotische Evidenz, aus der S-Bahn oder so. – Herr Professor Pankow, Sie hatten sich auch gemeldet.

**Herr Prof. Dr. Pankow (DGP):** Ich kann das beantworten, weil ich in der Berliner Ärztekammer die Funktion des Vorsitzenden des Weiterbildungsausschusses Innere Medizin inne habe. Wir kümmern uns um diese Zusatzweiterbildung. Wir haben inzwischen über 30 Kollegen dort weitergebildet, die die Prüfung bestanden haben, und, ich glaube, 13 Weiterbildungsbefugte. Das heißt, das ist eine Zusatzweiterbildung, die außerordentlich häufig nachgefragt wird. Das mag natürlich auch dem Ballungsraum Berlin geschuldet sein.

Zur Diskussion auf Bundesebene: Dort findet – das hat die Kollegin schon richtig gesagt – zurzeit die Diskussion der Musterweiterbildungsordnung statt, die in der Ständigen Konferenz Weiterbildung verhandelt wird. Dieser Diskussionsprozess ist allerdings intern und damit nicht nach außen kommunizierbar. Aber als jemand, der an dieser Diskussion beteiligt ist, könnte ich die Prognose in den Raum

stellen, dass es nicht unwahrscheinlich ist – ich sage es mal vorsichtig –, dass die Zusatzweiterbildung bundesweit etabliert wird. – Danke schön.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Ergänzend Herr Professor Seekamp.

**Herr Prof. Dr. Seekamp (DGU):** Ich möchte ergänzen, sicherlich auch im Namen von Herrn Dodt und Herrn Möckel. Die Zusatzweiterbildung ist so ein bisschen ein Kind der DGINA und der DIVI. Das ist zwischen beiden Fachgesellschaften konsentiert und eigentlich liegt auch die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung zur Beschlussfassung vor.

Was die Zahl betrifft, ist es so, dass wir gemeinsam ein theoretisches Curriculum für das Abhalten von Kursveranstaltungen auf den Weg gebracht haben, solche Kurse auch veranstaltet haben und dabei sind, das jeweils in verschiedenen Regionen durchzuführen, um auch jetzt schon die Anerkennung der Landesärztekammern dafür zu bekommen. Ich kann nur sagen, dass es, wenn man das ans Laufen bekommt, sowohl vom Bedarf her als auch von der Zahl derjenigen, die wir zumindest von den Kursen her weiterbilden können, mehr als 100 pro Jahr sein werden. Das ist eine Sache, die sicherlich Zukunft haben wird.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Seekamp. – Jetzt habe ich noch eine Wortmeldung von Herrn Professor Hoffmeister.

**Herr Prof. Dr. Hoffmeister (DGK):** Ich finde, dass das sehr optimistisch klingt, und darf vielleicht doch etwas Wasser in den Wein gießen, wo wir hier Zahlen hören und denken, dass wir in zwei Jahren soundso viele haben. Wir haben vergleichbare Situationen bei der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin. Auch diese Zusatzweiterbildung setzt ja voraus, dass man erst einen Facharzt hat, bevor man sie macht. Wir sehen jedoch in den Kliniken, dass die meisten Kolleginnen und Kollegen, die diese Weiterbildung erworben haben – ich bin seit 15 Jahren in der Weiterbildungsstätte –, dann irgendwann den Weg ihrer Grundbildung, also ihres primären Facharztes, gehen und zum Beispiel in große Katheterpraxen oder in andere Praxen gehen, also dann diese Zusatzweiterbildung gar nicht weiter ausüben. Das ist durchaus etwas, was sich wahrscheinlich nicht so schnell darstellen lässt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank. – Dann schaue ich in die Runde: Gibt es nach diesem Durchgang Fragen? – Das ist nicht der Fall.

Dann bedanke ich mich bei Ihnen, dass Sie hier waren, uns die wesentlichen Punkte dargestellt haben und die gestellten Fragen beantwortet haben. Wir werden das jetzt im Anschluss zu wägen und zu diskutieren haben.

Damit ist die Anhörung beendet.

Schluss der Anhörung: 12.12 Uhr

# Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung

---

Folgenabschätzung für die Regelungen für ein gestuftes  
System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß  
§ 136c Absatz 4 SGB V

---

**Kontakt:**

Dr. Martin Albrecht  
T +49 30 230 809 0  
Martin.Albrecht@iges.com

---

**IGES Institut GmbH**

Friedrichstraße 180  
10117 Berlin

[www.iges.com](http://www.iges.com)

Ergebnisse der Befragung der Krankenhausstandorte

Berlin, 31. Mai 2018

---

## Inhalt

<b>Grundgesamtheit und Rücklauf</b>	<b>9</b>
<b>1. Einordnung als Fachklinik oder besondere Einrichtung</b>	<b>10</b>
1.1 Besondere Einrichtung	10
1.2 Derzeitige Teilnahme an der Notfallversorgung	11
1.3 Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß Krankenhausplan	12
1.4 Fachkliniken	13
<b>2. Art und Anzahl der Fachabteilungen</b>	<b>16</b>
<b>3. Anzahl und Qualifikation des vorgehaltenen Personals</b>	<b>22</b>
3.1 Anwesenheit eines Facharztes	22
3.2 Verfügbarkeit eines Facharztes für Innere Medizin	23
3.3 Verfügbarkeit eines Facharztes im Gebiet Chirurgie	24
3.4 Verfügbarkeit eines Facharztes für Anästhesiologie	25
3.5 Kompetenzen in der Fachabteilung Chirurgie	26
3.6 Notfallmedizinische Kompetenzen	27
3.7 Fachspezifische Fortbildungen	28
<b>4. Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten</b>	<b>29</b>
4.1 Intensivstation für die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten	29
4.2 Anzahl der Intensivbetten	29
4.3 Aufnahmebereitschaft bzw. Aufnahmefähigkeit für beatmungspflichtige Patienten	30
<b>5. Medizinisch-technische Ausstattung</b>	<b>31</b>
5.1 Verfügbarkeit medizinisch-technischer Ausstattung	31
5.2 Verfügbarkeit eines Schockraums	33
5.3 Hubschrauberlandestelle bzw. -landeplatz	35
5.4 Stroke Unit	36
<b>6. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme</b>	<b>37</b>
6.1 Vorhandensein einer Zentralen Notaufnahme	37
6.2 Anforderungen an die ZNA	38
6.3 Generelle Anforderungen an die Notaufnahme	47
<b>7. Weitere Angaben</b>	<b>49</b>
<b>8. Schwerverletztenversorgung / Trauma</b>	<b>52</b>
<b>9. Notfallversorgung von Kindern</b>	<b>55</b>
<b>Abbildungen</b>	<b>4</b>

---

**Abbildungen**

Abbildung 1:	Verteilung der Rücklaufquote nach Anzahl der Betten	9
Abbildung 2:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach dem Status einer besonderen Einrichtung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG	10
Abbildung 3:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der derzeitigen Teilnahme an der Notfallversorgung	11
Abbildung 4:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß Krankenhausplan	12
Abbildung 5:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Fachklinikstatus	13
Abbildung 6:	Verteilung der Fachkliniken nach der Verfügbarkeit eines Facharztes beim Patienten rund-um-die-Uhr im Rufdienst	14
Abbildung 7:	Verteilung der Fachkliniken nach der Vorhaltung der apparativen und personellen Ausstattung grundsätzlich zu jeder Zeit	15
Abbildung 8:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen einer Fachabteilung für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie differenziert nach den drei Fachabteilungsdefinitionen	16
Abbildung 9:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien gemäß Definition 1 differenziert nach Fachabteilungen	17
Abbildung 10:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien gemäß Definition 2 differenziert nach Fachabteilungen	18
Abbildung 11:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien gemäß Definition 3 differenziert nach Fachabteilungen	19
Abbildung 12:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen eines Versorgungsauftrags gemäß des Landeskrankenhausplans nach Fachgebieten	20
Abbildung 13:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen eines vereinbarten Fachabteilungsschlüssels nach Fachgebieten	21
Abbildung 14:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Anwesenheit eines Facharztes (24/7) nach Facharztkompetenzen	22
Abbildung 15:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Facharztes für Innere Medizin innerhalb von 30 Minuten oder im Rufdienst	23
Abbildung 16:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Facharztes im Fachgebiet Chirurgie innerhalb von 30 Minuten oder im Rufdienst	24

---

---

Abbildung 17:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit eines Facharztes für Anästhesiologie innerhalb von 30 Minuten oder im Rufdienst	25
Abbildung 18:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach unfall- und viszeralchirurgischer Kompetenz in der Fachabteilung Chirurgie	26
Abbildung 19:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin" zu jeder Zeit	27
Abbildung 20:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach regelmäßiger Teilnahme des in der Notfallversorgung tätigen Personals an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin	28
Abbildung 21:	Betreiben einer Intensivstation mit Ausstattung für die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten	29
Abbildung 22:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Aufnahmebereitschaft bzw. Aufnahmefähigkeit beatmungspflichtiger Patienten differenziert nach maximal 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme bzw. nach Indikationsstellung in der Notaufnahme	30
Abbildung 23:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit medizinisch-technischer Ausstattung	31
Abbildung 24:	Verteilung der Krankenhausstandorte, die aktuell nicht 24/7 über ein CT verfügen, nach der Möglichkeit, die Anforderung an eine ständigen Verfügbarkeit (24 / 7) eines CT zu erfüllen	32
Abbildung 25:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Schockraums	33
Abbildung 26:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit mindestens eines Schockraums in einer Größe von mindestens 25qm	34
Abbildung 27:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines genehmigten Hubschrauberlandeplatz oder einer Hubschrauberlandestelle	35
Abbildung 28:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit einer Stroke Unit	36
Abbildung 29:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorhandensein einer Zentralen Notaufnahme	37
Abbildung 30:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach dem Anteil der Notfallpatienten der in der Zentralen Notaufnahme angenommen wird	38

---

---

Abbildung 31:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme der Patienten	39
Abbildung 32:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Einschätzung der Behandlungspriorität für alle Notfallpatienten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme	40
Abbildung 33:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen einer aussagekräftigen Dokumentation der Patientenversorgung orientiert an Minimalstandards und Vorlage der Dokumentation spätestens bei Entlassung oder Verlegung des Patienten	41
Abbildung 34:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der ständigen Verfügbarkeit (24 / 7) eines für die Notfallversorgung verantwortlichen Arztes und einer Pflegekraft in der ZNA	42
Abbildung 35:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung des Kriteriums der pflegerischen Personalausstattung in der ZNA (mindestens eine Vollkraft je 1.400 Patientenkontakte / Jahr)	43
Abbildung 36:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen einer minimalen Personalstärke von mindestens zwei Pflegekräften pro Schicht (entsprechend ca. elf Vollkraftäquivalenten)	44
Abbildung 37:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Aufnahmestation in der ZNA	45
Abbildung 38:	Verteilung der ZNA mit einer Aufnahmestation nach der Verfügbarkeit von zusätzlich mindestens einer Pflegekraft pro fünf Betten / pro Schicht für die Aufnahmestation	46
Abbildung 39:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Beurteilung des Zugangs zur Notaufnahme	47
Abbildung 40:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach regelmäßiger Teilnahme des in der Notaufnahme tätigen Personals an fachspezifischen Fortbildungen	48
Abbildung 41:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Notdienstpraxis gemäß § 75 Abs. 1b SGB V oder Einbindung der Notfallambulanz in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung	49
Abbildung 42:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Einbindung in telemedizinische Netzwerke für zeitkritische Erkrankungen und Verletzungen zur Gewährleistung der Primärversorgung aller Notfälle	50
Abbildung 43:	Verteilung der Krankenhausstandorte mit einem Perinatalzentrum Level I	51

---

---

Abbildung 44:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung	52
Abbildung 45:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Anforderungen an ein regionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung	53
Abbildung 46:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Anforderungen an ein lokales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung	54
Abbildung 47:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin	55
Abbildung 48:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen eines Systems zur Behandlungspriorisierung bzw. eines Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzepts bei Kindern und Jugendlichen	56
Abbildung 49:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Ersteinschätzung und Behandlungspriorisierung innerhalb von 10 Minuten nach Aufnahme für jedes Kind/jeden Jugendlichen	57
Abbildung 50:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit von schriftlichen Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen	58
Abbildung 51:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Abschluss einer Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Versorgung ambulanter Notfälle von Kindern und Jugendlichen	59
Abbildung 52:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft zu jeder Zeit im Präsenzdienst	60
Abbildung 53:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Möglichkeit der gleichzeitigen intensivmedizinischen Versorgung von zwei lebensbedrohlich erkrankten Kindern	61
Abbildung 54:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit der Fachabteilungen Neonatologie und Kinderchirurgie	62
Abbildung 55:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Facharztes für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie jederzeit innerhalb von 30 Minuten	63
Abbildung 56:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit eines Facharztes mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen zu jeder Zeit innerhalb von 30 Minuten	64

---

Abbildung 57: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der verfügbaren  
Ausstattung für die Bedürfnisse pädiatrischer Patienten 65

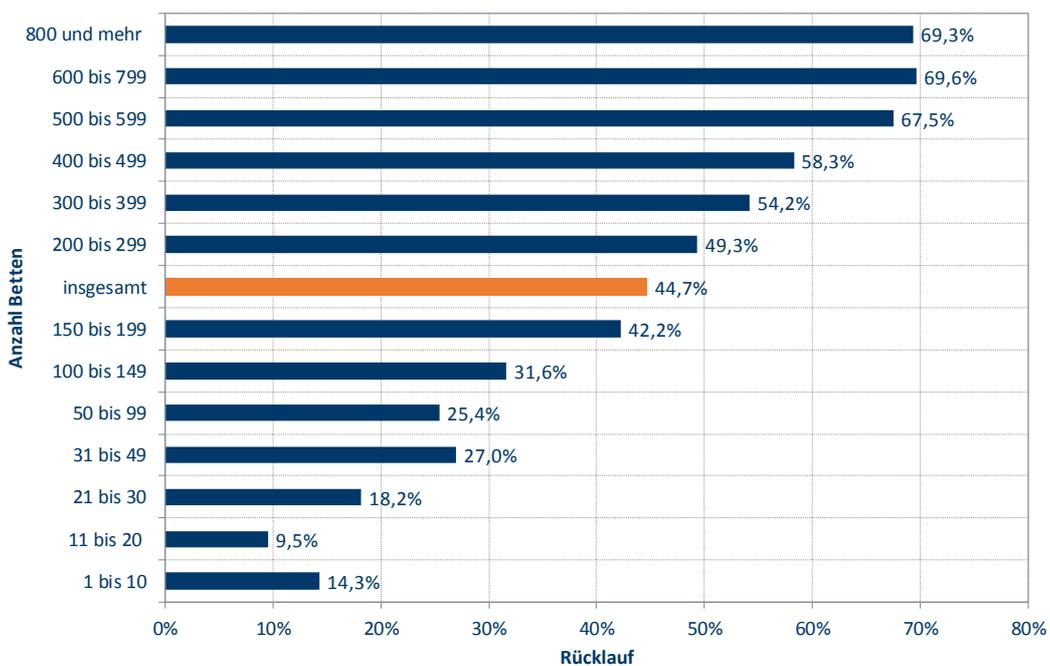
---

## Grundgesamtheit und Rücklauf

Für die Befragung wurden 1.783 Krankenhausstandorte in Deutschland angeschrieben (Standorte psychiatrischer Krankenhäuser wurden nicht berücksichtigt). Davon waren neun Standorte zum Zeitpunkt des Anschreibens schon geschlossen, 15 Standorte kamen aus verschiedenen Gründen für eine Teilnahme an der Befragung nicht in Betracht, und fünf zusätzlich Standorte wurden von Krankenhäusern nachgemeldet. So ergab sich eine Grundgesamtheit von 1.764 relevanten Krankenhausstandorten. An der Befragung haben sich insgesamt 788 Krankenhausstandorte beteiligt (davon 23 anonym, d. h. ohne Nennung des Krankenhausstandortes). Dies entspricht einer Rücklaufquote von rund 44,7 %.

Krankenhausstandorte mit einer größeren Anzahl an Betten haben sich überdurchschnittlich stark an der Befragung beteiligt (Abbildung 1).

Abbildung 1: Verteilung der Rücklaufquote nach Anzahl der Betten



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Wenn im Folgenden von „Krankenhausstandorten“ die Rede ist, sind immer nur die Krankenhausstandorte gemeint, die sich an der Befragung beteiligt haben.

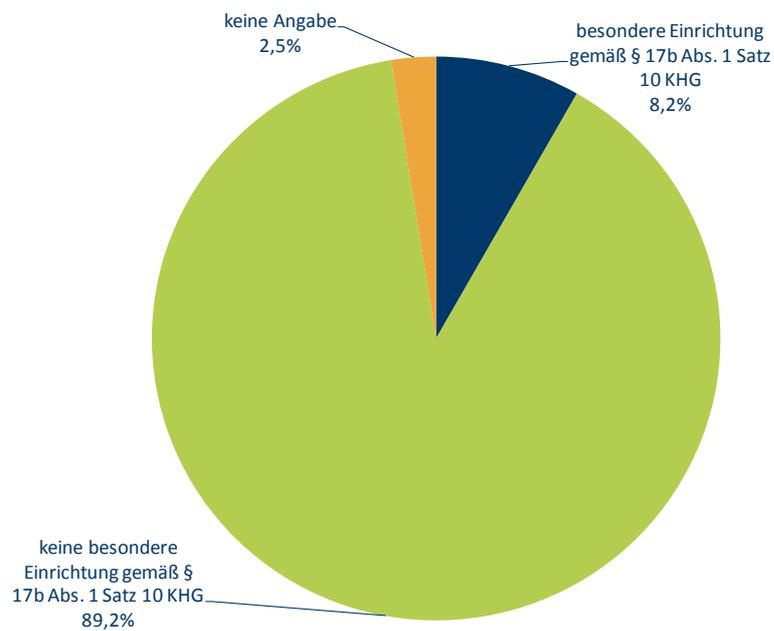
Alle nachfolgend dargestellten Ergebnisse basieren auf den Angaben der Krankenhausstandorte im Fragebogen.

## 1. Einordnung als Fachklinik oder besondere Einrichtung

### 1.1 Besondere Einrichtung

Von den 788 Krankenhausstandorten sind 65 (8,2 %) eine besondere Einrichtung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG (Abbildung 2).

Abbildung 2: Verteilung der Krankenhausstandorte nach dem Status einer besonderen Einrichtung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG

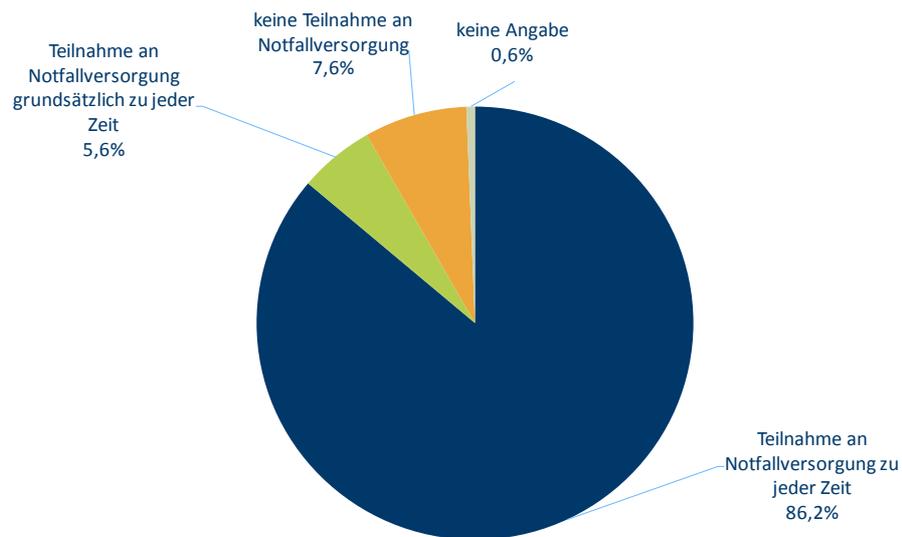


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 788

## 1.2 Derzeitige Teilnahme an der Notfallversorgung

679 Krankenhausstandorte (86,2%) nehmen derzeit nach eigener Auskunft zu jeder Zeit an der Notfallversorgung teil (Abbildung 3).

Abbildung 3: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der derzeitigen Teilnahme an der Notfallversorgung

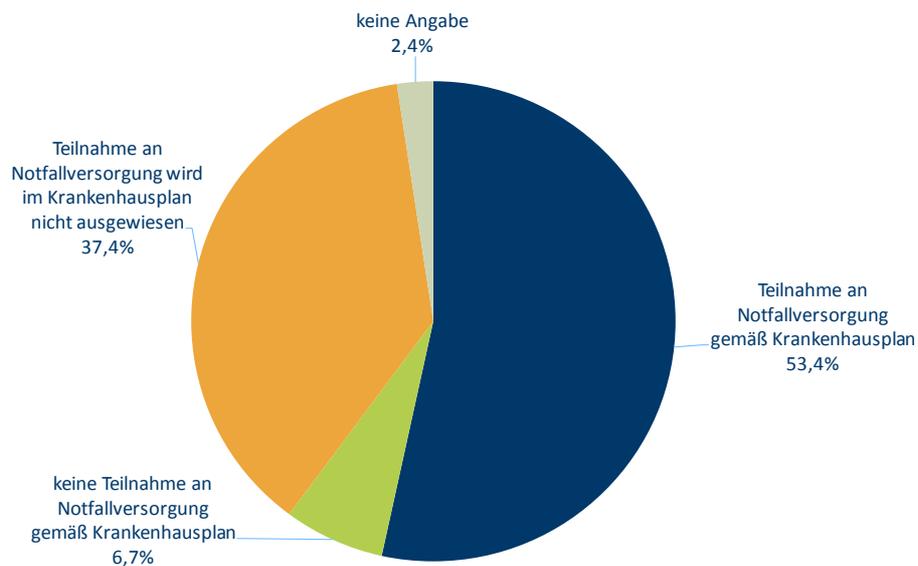


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 788

### 1.3 Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß Krankenhausplan

An der Notfallversorgung gemäß der Krankenhausplanung nehmen 53,4 % (n = 421) der Krankenhausstandorte teil. 295 Krankenhausstandorte haben angegeben, dass die Teilnahme an der Notfallversorgung im Krankenhausplan nicht ausgewiesen wird (Abbildung 4).

Abbildung 4: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß Krankenhausplan



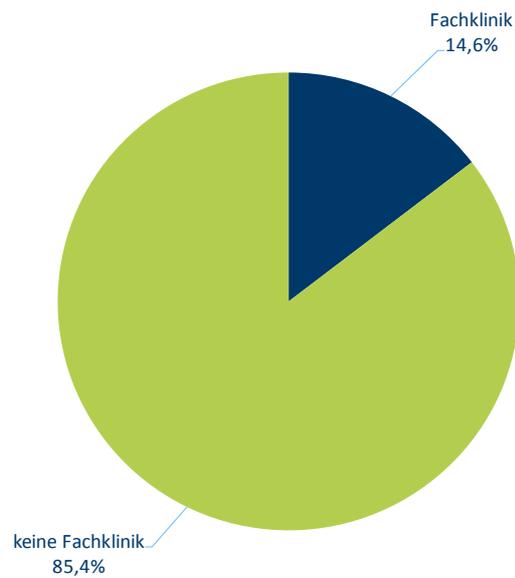
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 788

## 1.4 Fachkliniken

### Anzahl der Fachkliniken

Unter den 788 Krankenhausstandorten sind 115 Fachkliniken (14,6 %) (Abbildung 5). Zwölf der 115 Fachkliniken (10,4 %) sind pädiatrische Fachkliniken.

Abbildung 5: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Fachklinikstatus

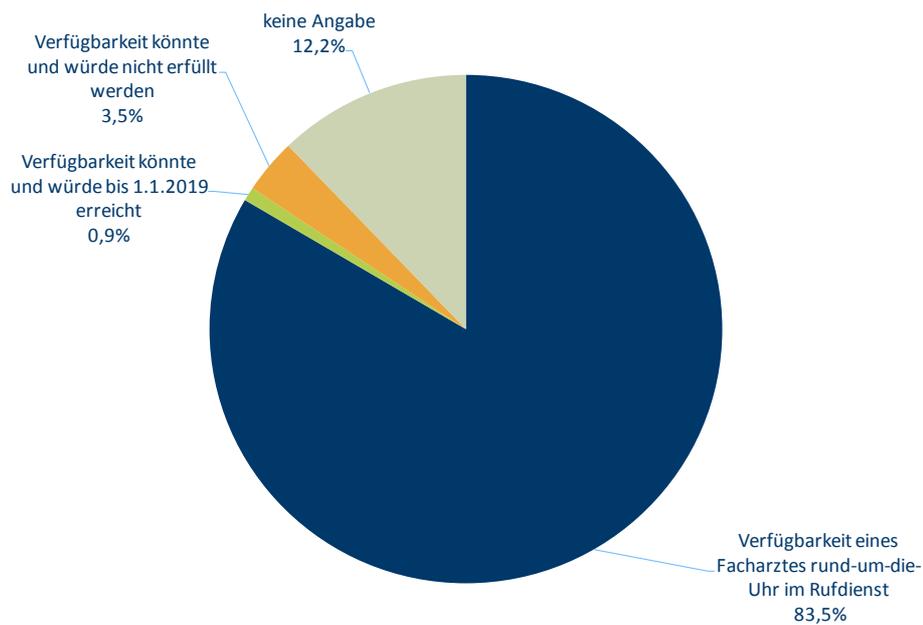


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 788

### Verfügbarkeit eines Facharztes beim Patienten rund-um-die-Uhr im Rufdienst

In 96 von 115 Fachkliniken (83,5 %) ist ein Facharzt beim Patienten rund-um-die-Uhr im Rufdienst verfügbar (Abbildung 6).

Abbildung 6: Verteilung der Fachkliniken nach der Verfügbarkeit eines Facharztes beim Patienten rund-um-die-Uhr im Rufdienst

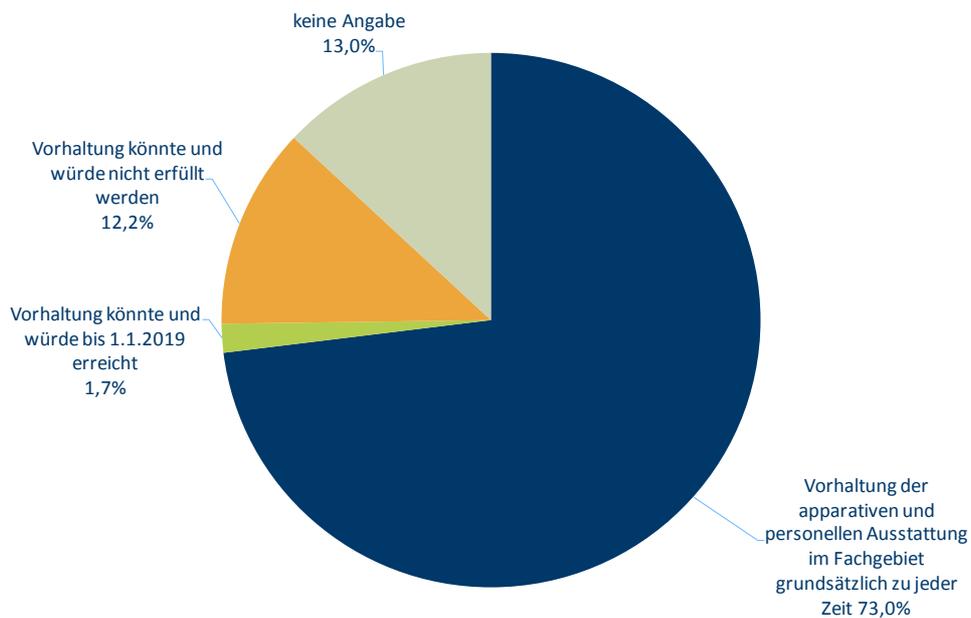


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 115

### Vorhaltung der apparativen und personellen Ausstattung grundsätzlich zu jeder Zeit

In 84 von 115 Fachkliniken (73,0 %) wird die apparative und personelle Ausstattung grundsätzlich zu jeder Zeit vorgehalten (Abbildung 7).

Abbildung 7: Verteilung der Fachkliniken nach der Vorhaltung der apparativen und personellen Ausstattung grundsätzlich zu jeder Zeit



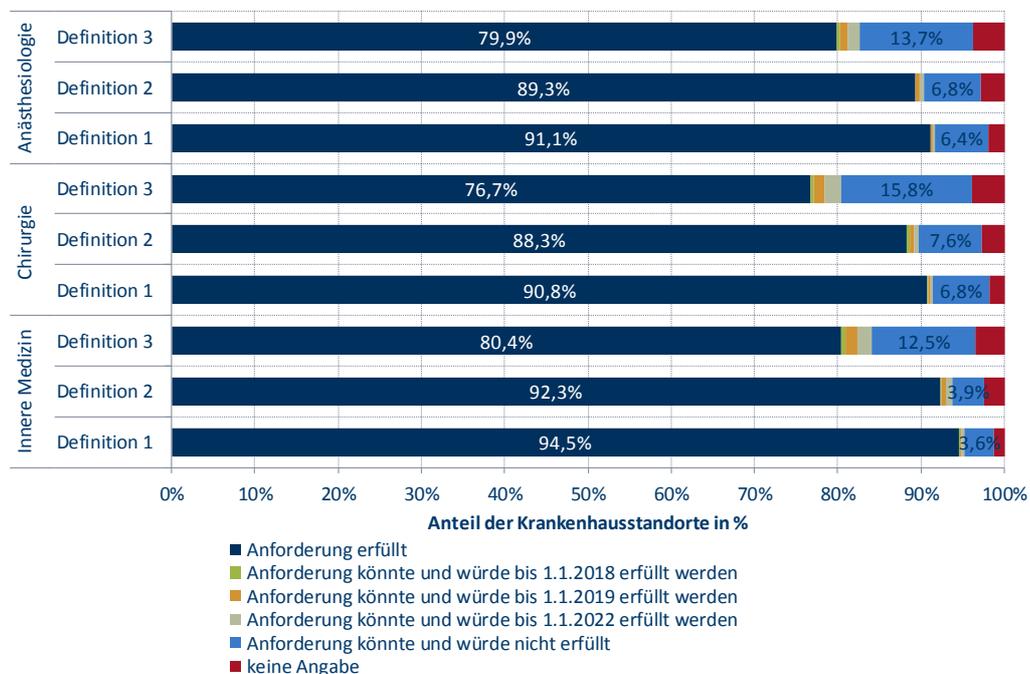
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 115

## 2. Art und Anzahl der Fachabteilungen

### Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie

Mehr als jeder neunte Krankenhausstandort (ohne Betrachtung der Fachkliniken) erfüllt die Anforderungen der Definition 1 für die Fachabteilungen Innere Medizin (94,5 %), Chirurgie (90,8 %) sowie Anästhesiologie (91,1 %), d. h. es handelt sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Krankenhausstandort (Abbildung 8). Die Anforderungen der Definition 3 wurden dagegen – insbesondere für die Fachabteilung Anästhesiologie (79,9 %) – seltener erfüllt.

Abbildung 8: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen einer Fachabteilung für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie differenziert nach den drei Fachabteilungsdefinitionen



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

**Definition 1:** Eine Fachabteilung liegt vor, wenn es sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Krankenhausstandort handelt.

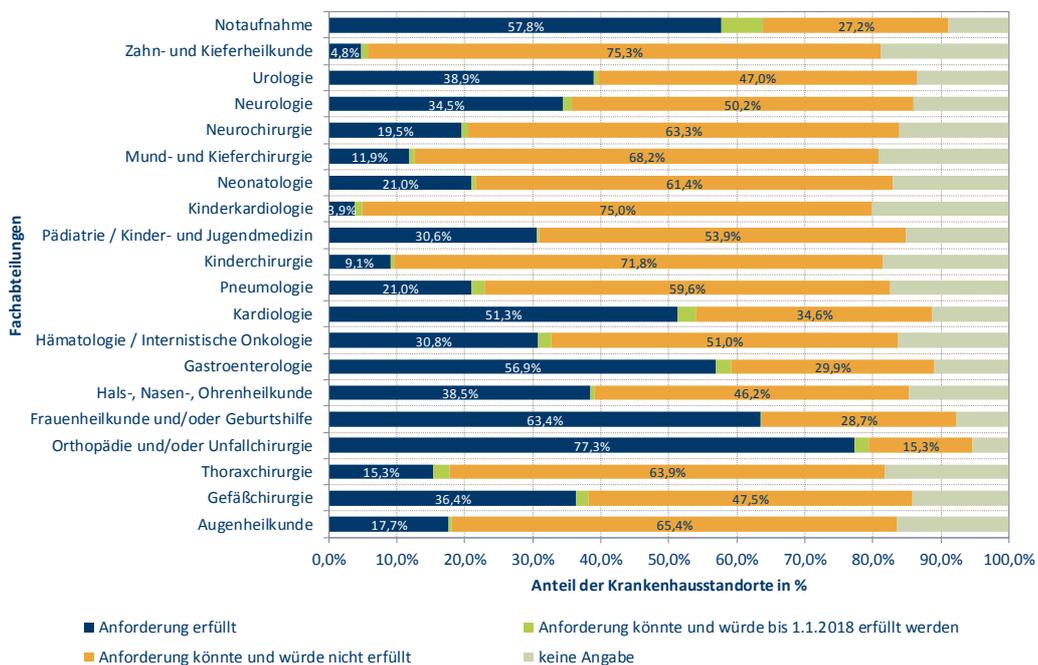
**Definition 2:** Eine Fachabteilung liegt vor, wenn angestellte Ärzte des Krankenhauses der Fachabteilung zugeordnet sind und die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer haben. Ein angestellter Facharzt mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 / 7) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.

**Definition 3:** Eine Fachabteilung liegt vor, wenn grundsätzlich zu jeder Zeit (24 / 7) die apparative und personelle Ausstattung zur Behandlung in den genannten Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunkten der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vorgehalten wird.

### Vorhandensein weiterer Fachabteilungen gemäß den drei Definitionen

Mehr als die Hälfte der Krankenhausstandorte hat – gemäß den Anforderungen der Definition 1 – eine Fachabteilung für Orthopädie und / oder Unfallchirurgie (77,3 %), Frauenheilkunde und / oder Geburtshilfe (63,4 %), eine Notaufnahme (57,8 %), für Gastroenterologie (56,9 %) oder Kardiologie (51,3 %) (Abbildung 8).

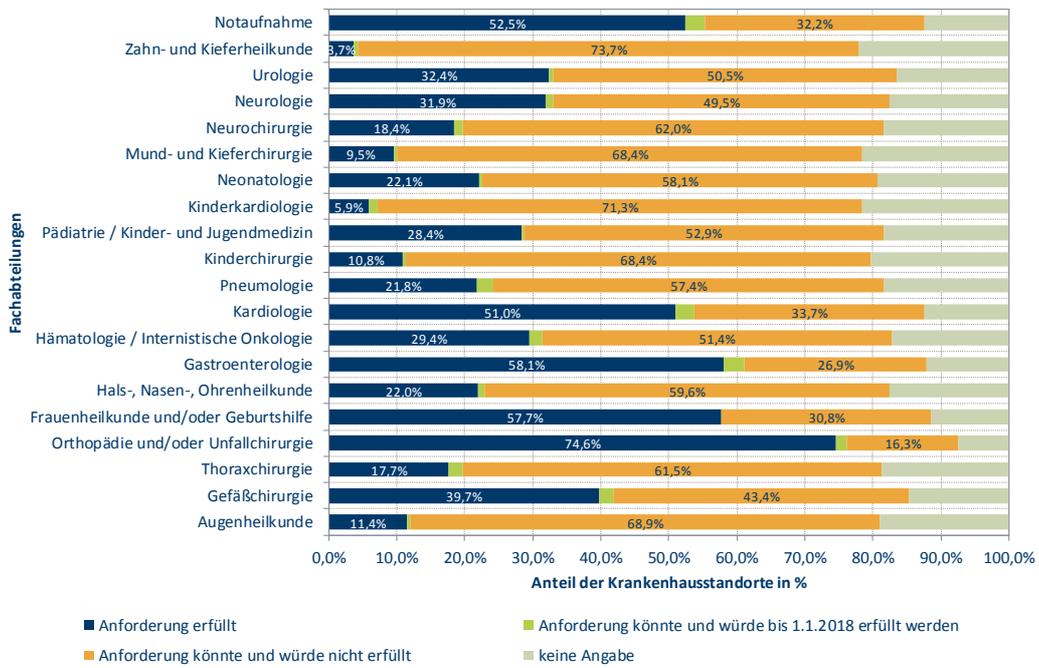
Abbildung 9: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien gemäß Definition 1 differenziert nach Fachabteilungen



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
 Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

Eine ähnliche Verteilung der Fachabteilungen ergibt sich gemäß Definition 2 (Abbildung 10).

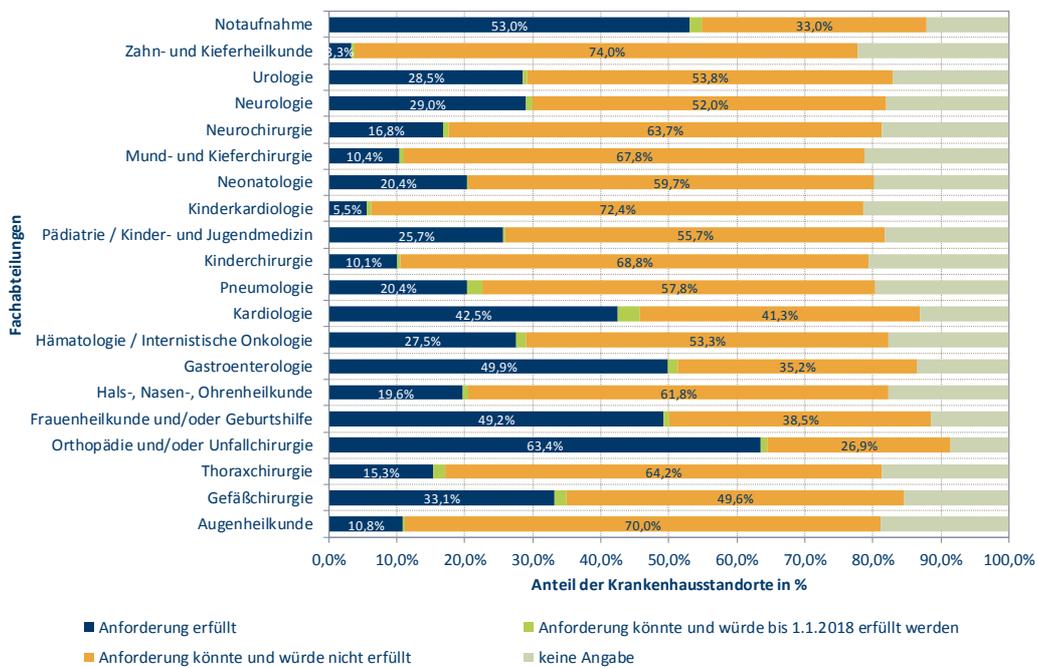
Abbildung 10: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien gemäß Definition 2 differenziert nach Fachabteilungen



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
 Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

Die Anforderungen der Definition 3 erfüllt laut eigenen Angaben ein etwas geringerer Anteil der Krankenhausstandorte (Abbildung 11).

Abbildung 11: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien gemäß Definition 3 differenziert nach Fachabteilungen

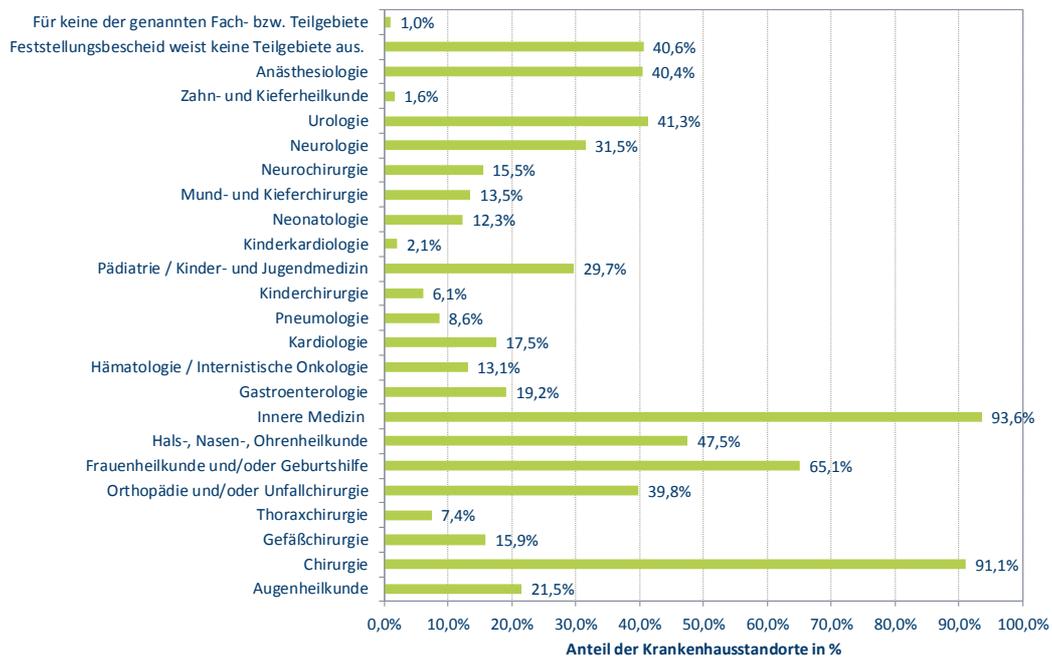


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
 Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

### Fachabteilungen mit Versorgungsauftrag gemäß dem Landeskrankenhausplan

Mehr als 90 % der Krankenhausstandorte (ohne Fachkliniken) hat einen Versorgungsauftrag für die Fachgebiete Innere Medizin (93,6 %) und Chirurgie (91,1 %) gemäß dem jeweiligen Landeskrankenhausplan (Abbildung 12).

Abbildung 12: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen eines Versorgungsauftrags gemäß des Landeskrankenhausplans nach Fachgebieten



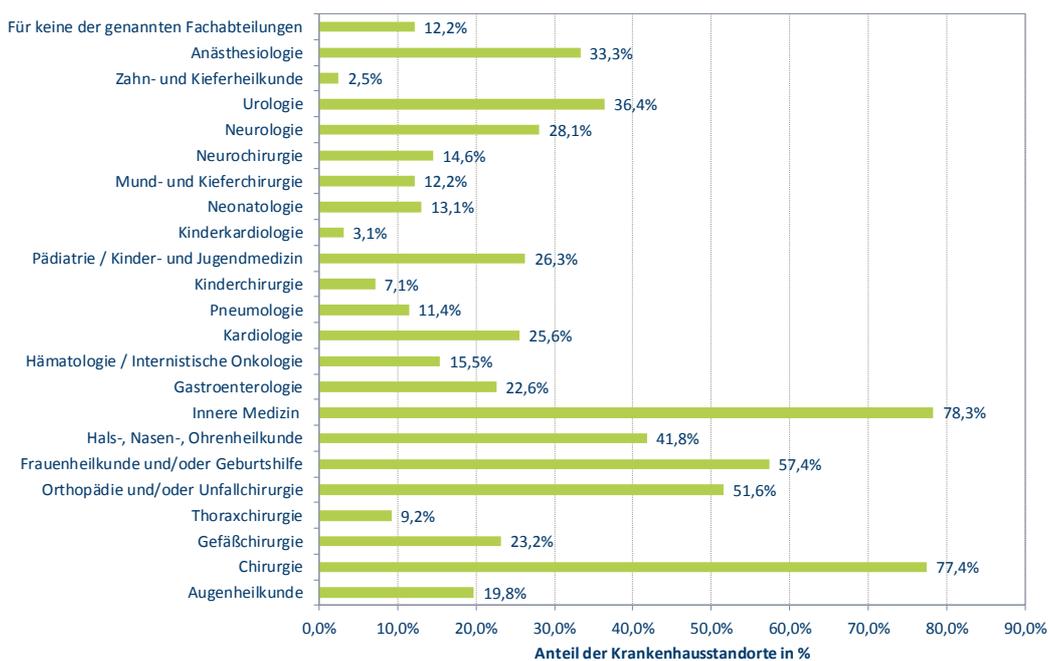
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

### Fachabteilungen gemäß der Budgetvereinbarung

Etwas mehr als drei Viertel der Krankenhausstandorte (ohne Fachkliniken) haben mit den Kostenträgern einen Fachabteilungsschlüssel für Innere Medizin (78,3 %) bzw. Chirurgie (77,4 %) vereinbart (Abbildung 13).

Abbildung 13: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen eines vereinbarten Fachabteilungsschlüssels nach Fachgebieten



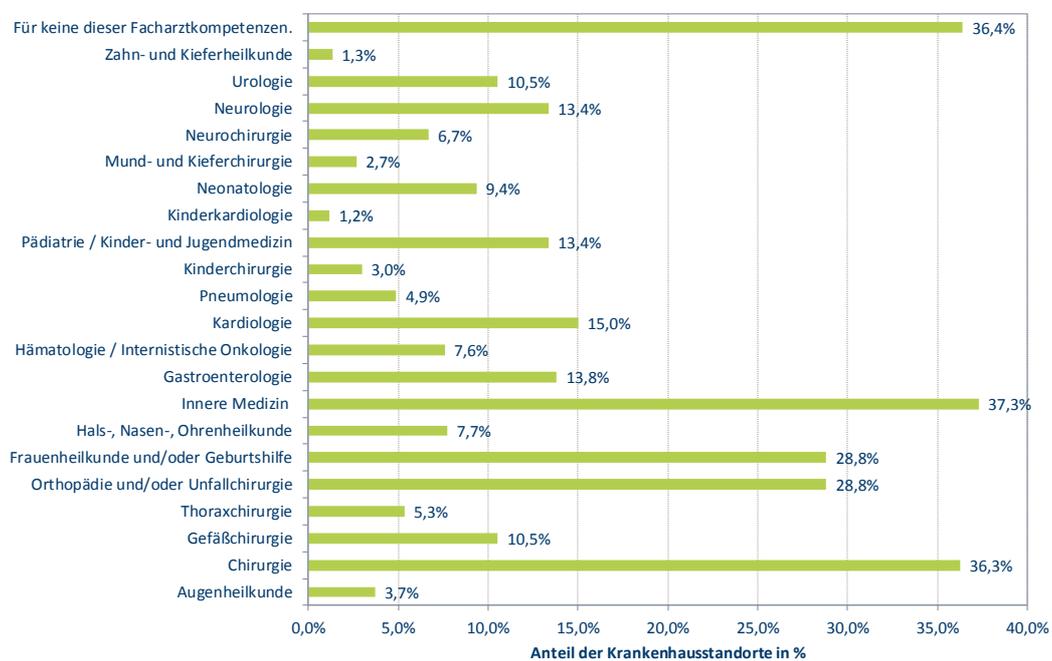
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
 Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

### 3. Anzahl und Qualifikation des vorgehaltenen Personals

#### 3.1 Anwesenheit eines Facharztes

Rund 36,4 % (n = 245) der Krankenhausstandorte haben in keiner der genannten Facharzt Kompetenzen jederzeit (24 / 7) einen Facharzt vor Ort (Abbildung 14). In etwas mehr als einem Drittel der Krankenhausstandorte ist jederzeit ein Facharzt der Inneren Medizin bzw. der Chirurgie anwesend.

Abbildung 14: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Anwesenheit eines Facharztes (24/7) nach Facharzt Kompetenzen



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

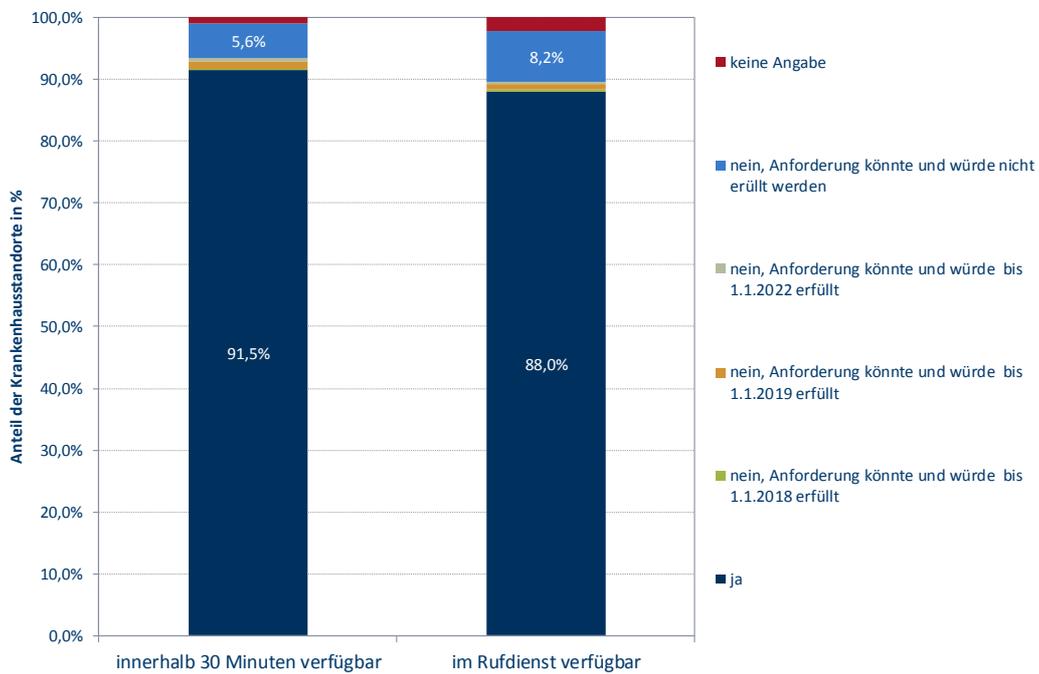
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

In 75,0 % der Krankenhausstandorte (n = 505) ist mindestens ein Facharzt der Gastroenterologie, in 65,7 % (n = 442) ein Facharzt der Kardiologie von 9 bis 17 Uhr anwesend. An 119 Krankenhausstandorten (17,7 %) ist weder ein Facharzt für Gastroenterologie noch ein Facharzt für Kardiologie von 9 bis 17 Uhr anwesend.

### 3.2 Verfügbarkeit eines Facharztes für Innere Medizin

Bei einem überwiegenden Teil der Krankenhausstandorte (91,5 %, n = 616) ist ein Facharzt für Innere Medizin jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar. Ein Facharzt für Innere Medizin im Rufdienst, der sich unverzüglich zum Patienten begibt, ist in 88 % (n = 592) der Krankenhausstandorte verfügbar (Abbildung 15).

Abbildung 15: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Facharztes für Innere Medizin innerhalb von 30 Minuten oder im Rufdienst

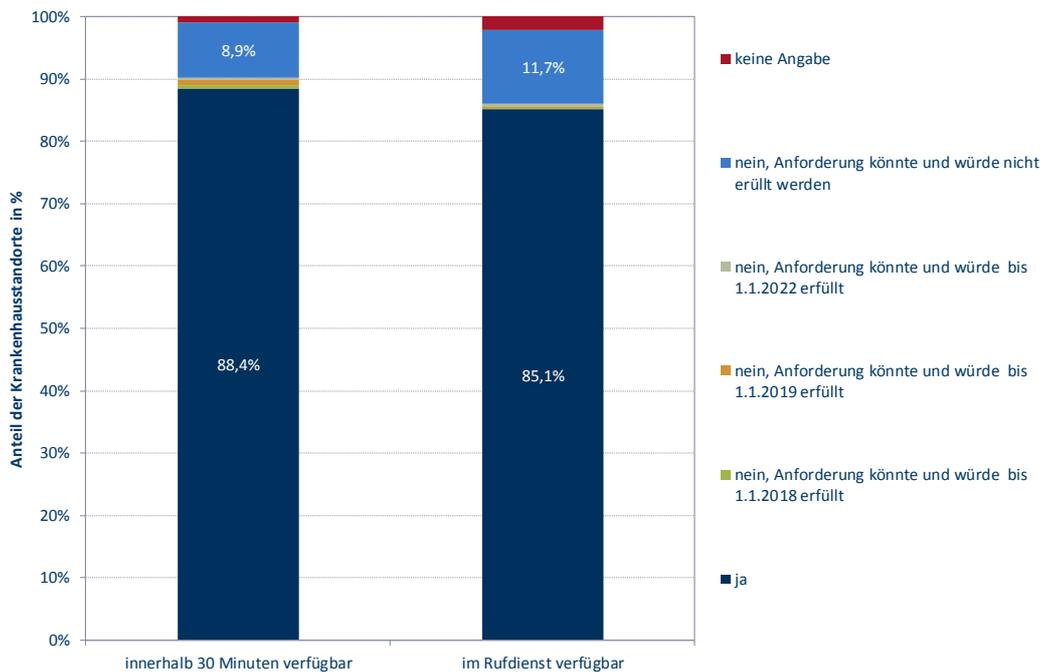


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

### 3.3 Verfügbarkeit eines Facharztes im Gebiet Chirurgie

Im Fachgebiet Chirurgie ist ein Facharzt in 595 Krankenhausstandorten (88,4 %) innerhalb von 30 Minuten am Patienten und in 573 (85,1 %) im Rufdienst verfügbar (Abbildung 16).

Abbildung 16: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Facharztes im Fachgebiet Chirurgie innerhalb von 30 Minuten oder im Rufdienst

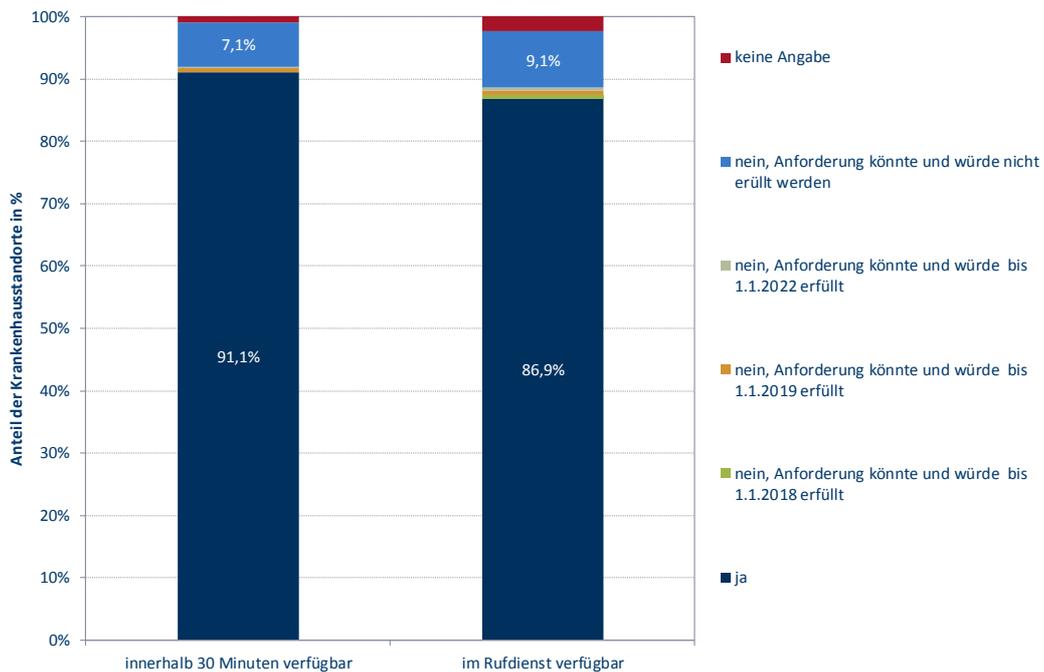


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

### 3.4 Verfügbarkeit eines Facharztes für Anästhesiologie

Bei 91,1 % der Krankenhausstandorte (n = 613) ist ein Facharzt für Anästhesiologie innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar. Im Rufdienst sind 86,9 % (n = 585) der Fachärzte aus dem Fachgebiet verfügbar (Abbildung 17).

Abbildung 17: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit eines Facharztes für Anästhesiologie innerhalb von 30 Minuten oder im Rufdienst

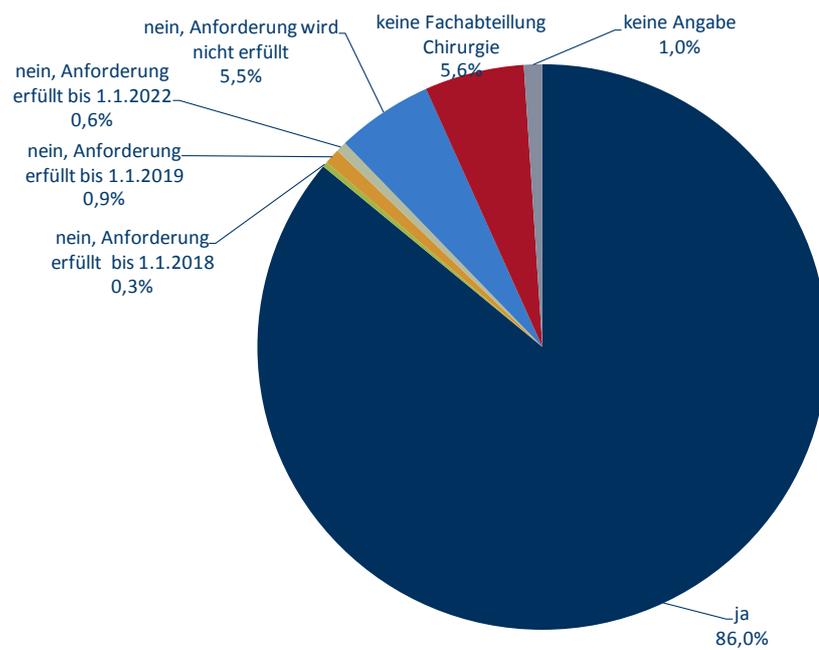


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

### 3.5 Kompetenzen in der Fachabteilung Chirurgie

Insgesamt verfügen 579 Krankenhausstandorte (86,0 %) über unfall- und viszeralchirurgische Kompetenzen in der Fachabteilung Chirurgie (Abbildung 18).

Abbildung 18: Verteilung der Krankenhausstandorte nach unfall- und viszeralchirurgischer Kompetenz in der Fachabteilung Chirurgie

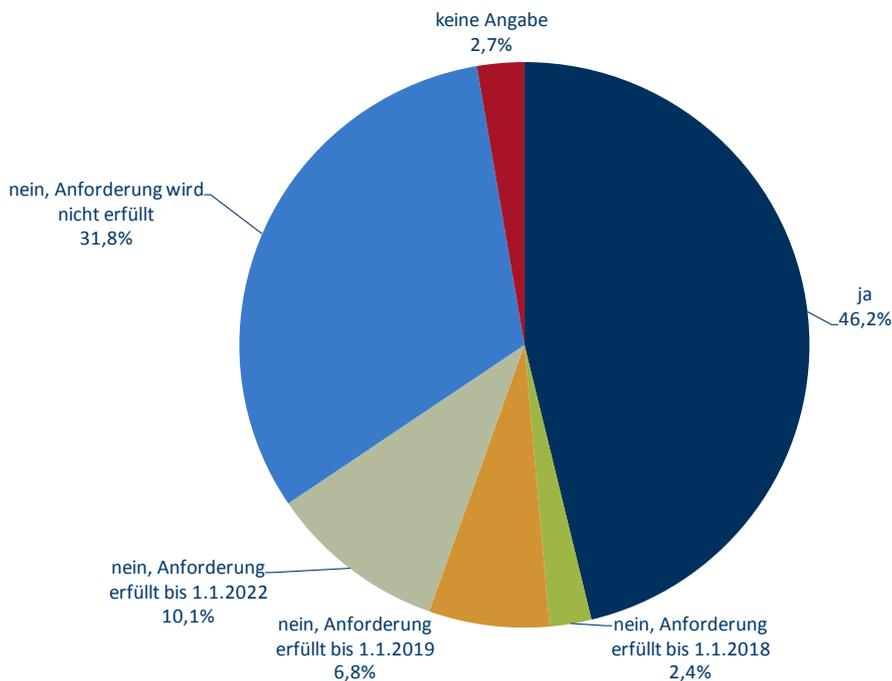


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

### 3.6 Notfallmedizinische Kompetenzen

In knapp der Hälfte der Krankenhausstandorte (46,2 %, n = 311) ist ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ zu jeder Zeit verfügbar. 31,8 % der Krankenhausstandorte (n = 214) haben angegeben, dass diese Anforderung nicht erfüllt werden könnte und würde (Abbildung 19).

Abbildung 19: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin" zu jeder Zeit

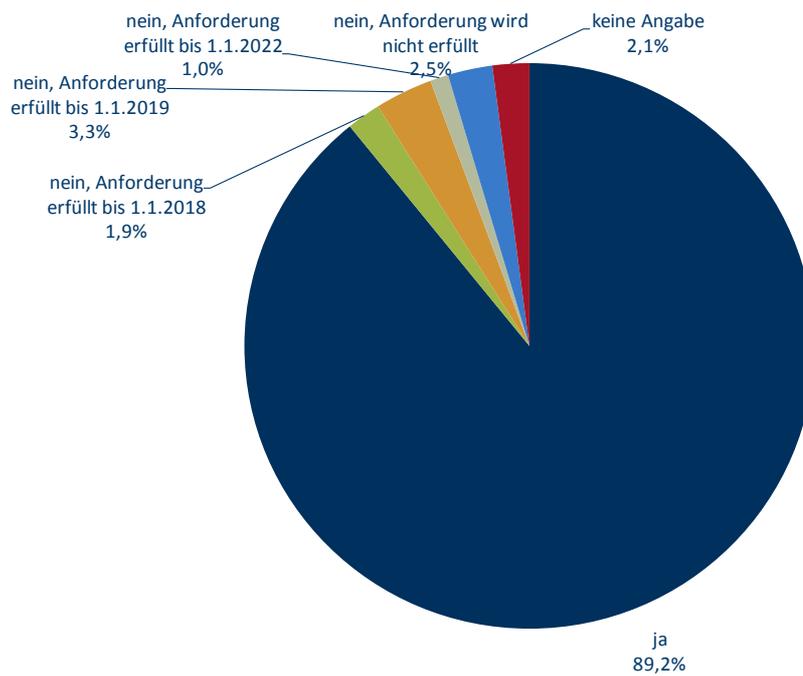


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

### 3.7 Fachspezifische Fortbildungen

In 89,2 % (n = 600) der Krankenhausstandorte nimmt das in der Notfallversorgung tätige medizinische Personal regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für die Notfallmedizin teil (Abbildung 20).

Abbildung 20: Verteilung der Krankenhausstandorte nach regelmäßiger Teilnahme des in der Notfallversorgung tätigen Personals an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin



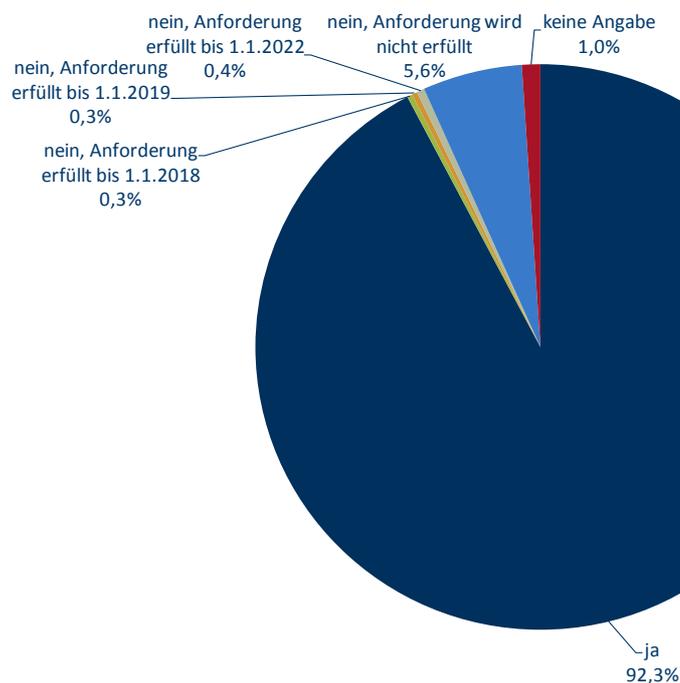
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

## 4. Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten

### 4.1 Intensivstation für die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten

Rund 92,3 % (n = 621) der Kliniken betreiben eine Intensivstation, welche auch für die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten ausgestattet ist (Abbildung 21).

Abbildung 21: Betreiben einer Intensivstation mit Ausstattung für die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

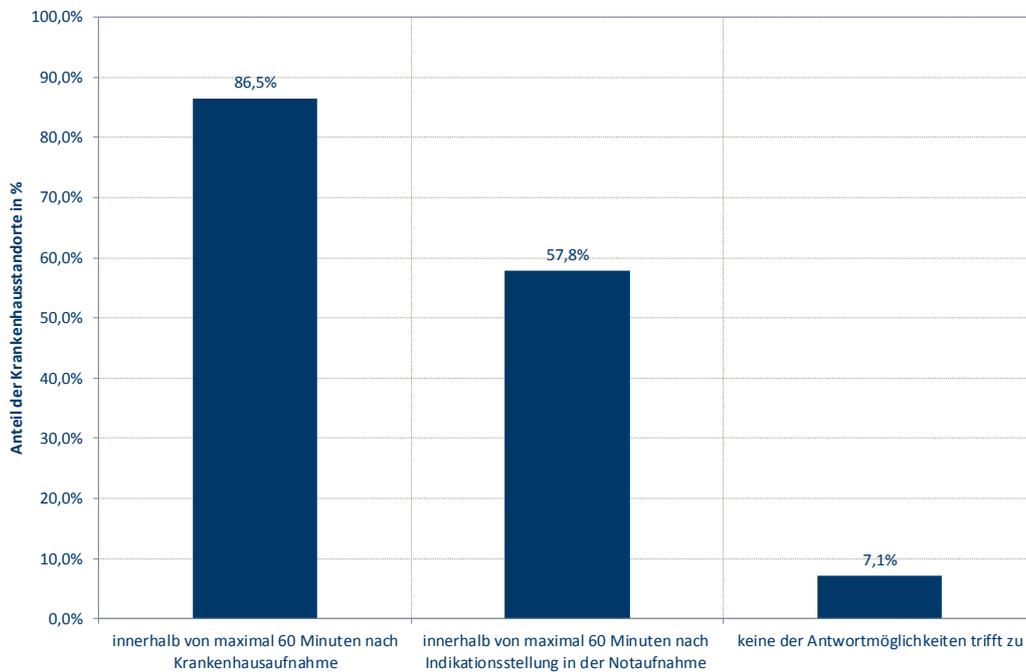
### 4.2 Anzahl der Intensivbetten

634 Krankenhausstandorte verfügen über Intensivbetten. Die durchschnittliche Anzahl an Intensivbetten beträgt 23,2 Betten. Das Minimum liegt bei zwei Betten, das Maximum bei 281.

### 4.3 Aufnahmebereitschaft bzw. Aufnahmefähigkeit für beatmungspflichtige Patienten

Rund 86,5 % (n = 582) der Krankenhausstandorte sind innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme für beatmungspflichtige Patienten aufnahmebereit bzw. aufnahmefähig. Innerhalb von 60 Minuten nach Indikationsstellung in der Notaufnahme sind dagegen lediglich 57,8 % der Krankenhausstandorte (n = 389) aufnahmebereit- bzw. fähig (Abbildung 22).

Abbildung 22: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Aufnahmebereitschaft bzw. Aufnahmefähigkeit beatmungspflichtiger Patienten differenziert nach maximal 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme bzw. nach Indikationsstellung in der Notaufnahme



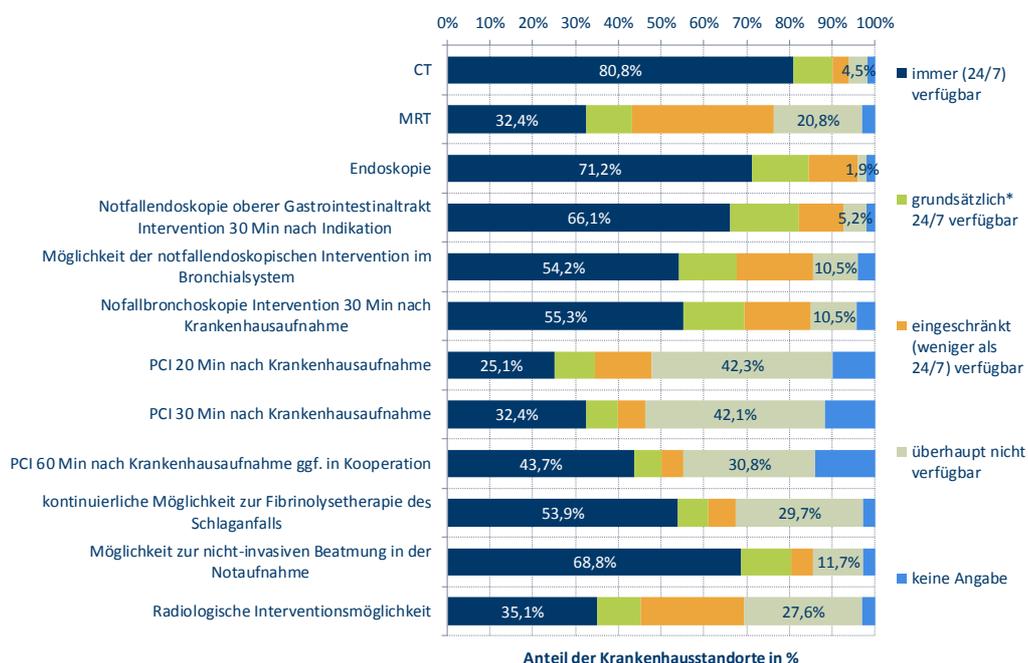
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

## 5. Medizinisch-technische Ausstattung

### 5.1 Verfügbarkeit medizinisch-technischer Ausstattung

Rund vier Fünftel (80,8 %) der Krankenhausstandorte verfügen jederzeit (24 / 7) über ein CT (Abbildung 23). Am wenigsten verbreitet ist die Möglichkeit zur PCI 20 Minuten nach Krankenhausaufnahme sowie die ständige Verfügbarkeit eines MRT.

Abbildung 23: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit medizinisch-technischer Ausstattung



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

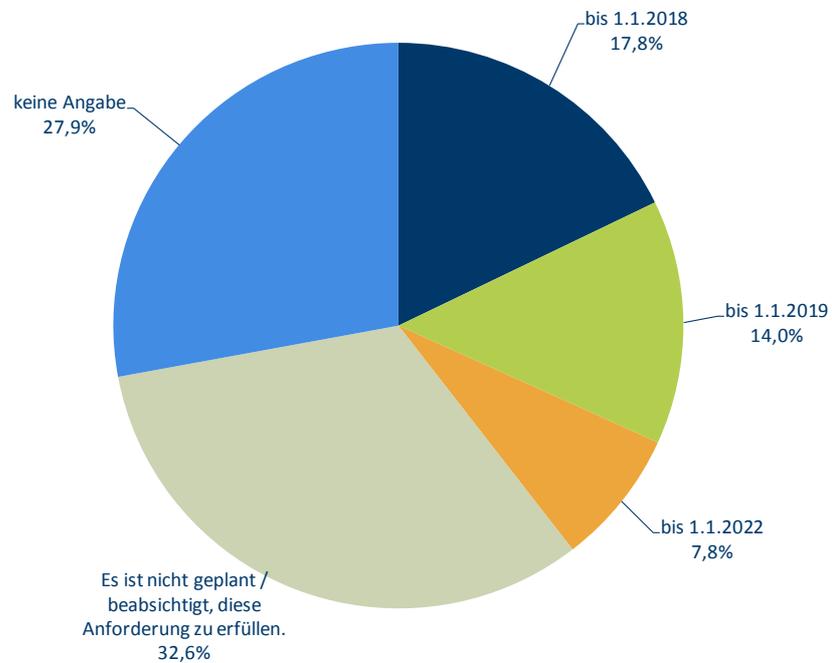
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

\*"grundsätzlich" bedeutet bis auf seltene Ausnahmen

In 69,4 % (n = 356) der Krankenhausstandorte, die ein MRT haben, befindet sich dieses in unmittelbarer Nähe zum Schockraum.

Von den Krankenhausstandorten, die sich an der Befragung beteiligt haben, verfügen 129 aktuell nicht ständig (24/7) über ein CT. Unter der Annahme, dass die ständige Verfügbarkeit (24 / 7) eines CT eine wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme an der Notfallversorgung ist, würden 17,8 % dieser Krankenhausstandorte (n = 23) diese Vorgabe bis zum 1.1.2018 erfüllen. Weitere 32,6 % dieser Krankenhausstandorte (n = 42) planen nach eigenen Angaben nicht, diese Anforderung zu erfüllen (Abbildung 24).

Abbildung 24: Verteilung der Krankenhausstandorte, die aktuell nicht 24/7 über ein CT verfügen, nach der Möglichkeit, die Anforderung an eine ständigen Verfügbarkeit (24 / 7) eines CT zu erfüllen



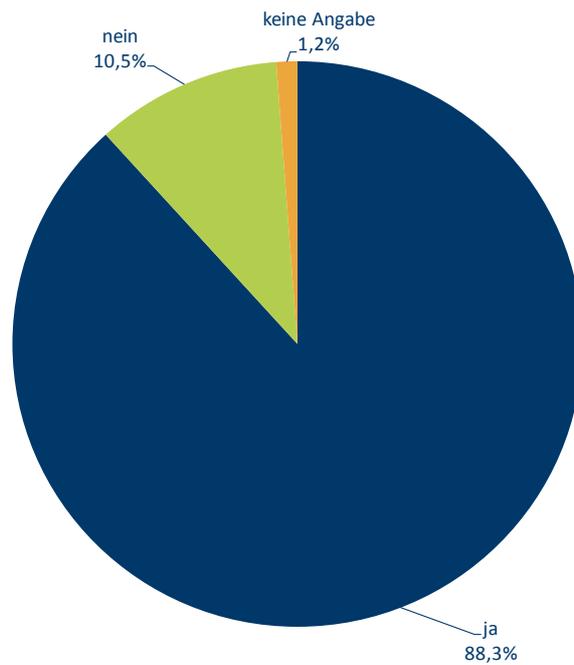
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 129 (nur Krankenhausstandorte, die kein CT 24/7 zur Verfügung haben)

## 5.2 Verfügbarkeit eines Schockraums

Rund 88,3 % (n = 594) der Krankenhausstandorte verfügen über einen Schockraum (Abbildung 25).

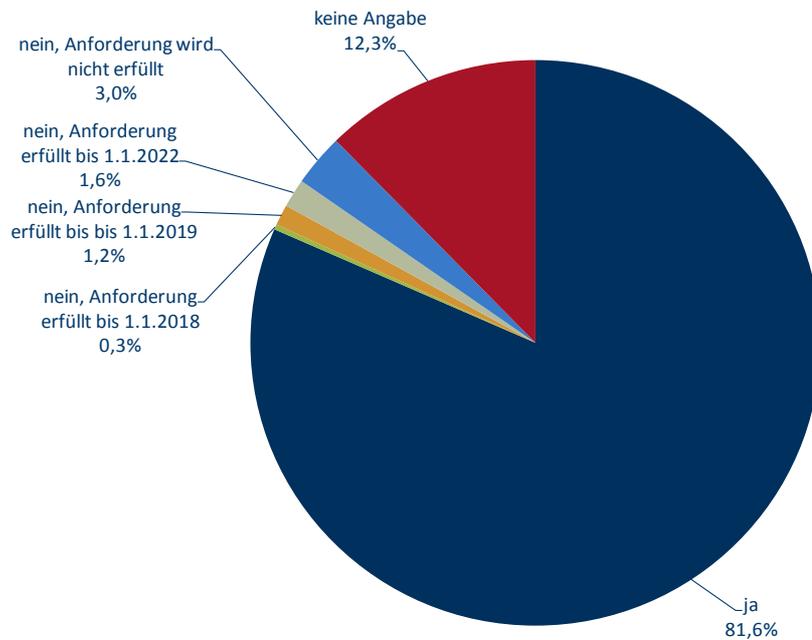
Abbildung 25: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Schockraums



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

In 549 Krankenhausstandorten (81,6 % der Standorte mit einem Schockraum) ist der Schockraum mindestens 25qm groß (Abbildung 26).

Abbildung 26: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit mindestens eines Schockraums in einer Größe von mindestens 25qm



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 594 (nur Krankenhausstandorte mit Schockraum)

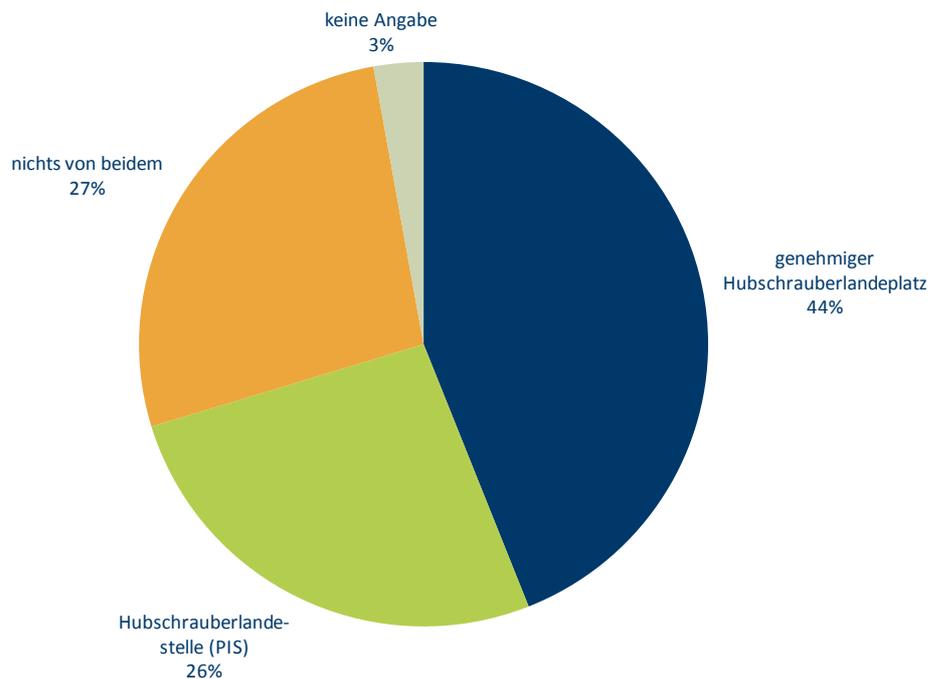
### 5.3 Hubschrauberlandestelle bzw. -landeplatz

An 44,0 % (n = 296) der Krankenhausstandorte gibt es einen genehmigten Hubschrauberlandeplatz (Abbildung 27). Knapp jedem fünften Krankenhausstandort, der über keinen Hubschrauberlandeplatz verfügt, wurde dieser aus Gründen, die außerhalb des Verantwortungsbereiches des Krankenhausstandortes liegen, versagt.

An 26 % der Krankenhausstandorte gibt es eine Hubschrauberlandestelle (PIS). Den meisten Krankenhausstandorten ohne PIS (93,9 %, n = 170) liegt kein Fachgutachten vor, welches nachweist, dass der Bau einer Hubschrauberlandestelle aufgrund der Hinderniskulisse nicht möglich ist.

An 71,2 % (n = 337) der Krankenhausstandorte mit einem Hubschrauberlandeplatz oder einer -landestelle sind Patientenverlegungen auf dem Luftweg ohne Zwischentransport möglich.

Abbildung 27: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines genehmigten Hubschrauberlandeplatz oder einer Hubschrauberlandestelle

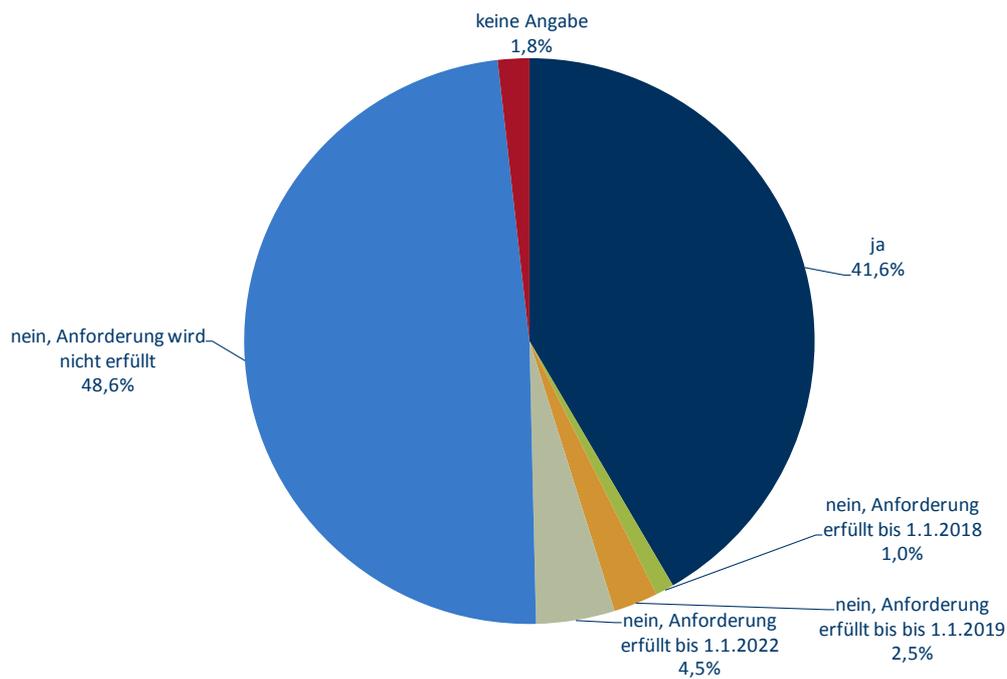


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

## 5.4 Stroke Unit

Rund 41,6 % (n = 280) der Krankenhausstandorte verfügen über eine Stroke Unit (Abbildung 28). Knapp die Hälfte der Krankenhausstandorte (48,6 %, n = 327) hat angegeben, dass diese Anforderung nicht erfüllt werden könnte und würde.

Abbildung 28: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit einer Stroke Unit



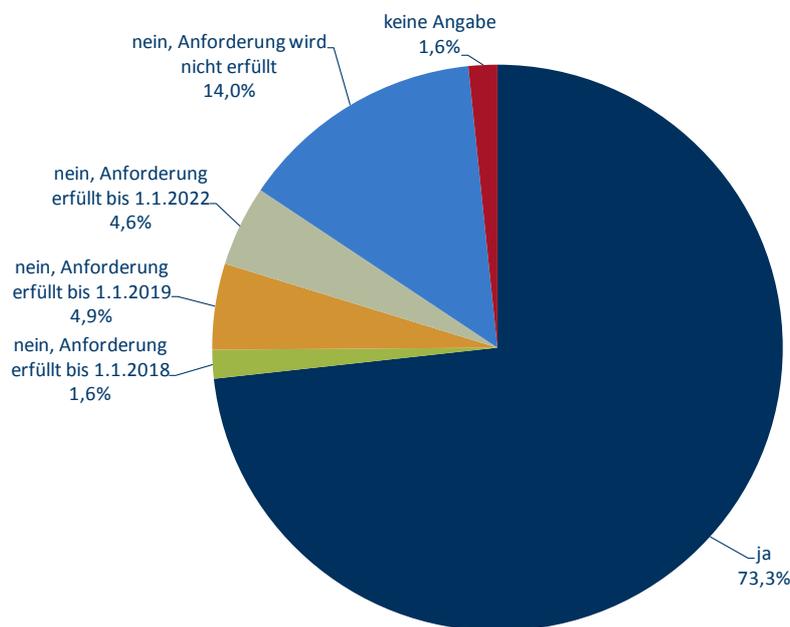
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

## 6. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme

### 6.1 Vorhandensein einer Zentralen Notaufnahme

In 73,3 % der Kliniken (n = 493) ist derzeit eine Zentrale Notaufnahme (ZNA) vorhanden (Abbildung 29). Etwas mehr als jedes zehnte Krankenhaus (11,1 %) könnte diese Anforderung bis spätestens 1.1.2022 erfüllen.

Abbildung 29: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorhandensein einer Zentralen Notaufnahme

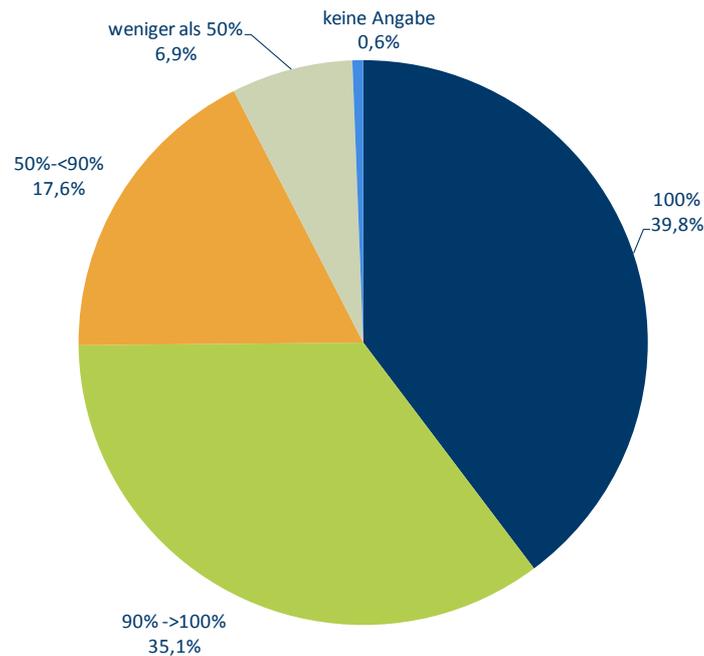


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

## 6.2 Anforderungen an die ZNA

196 Krankenhausstandorte mit einer Zentralen Notaufnahme (39,8 %) nehmen 100 % der Notfallpatienten – ohne Berücksichtigung der Notfälle von Kindern oder im geburtshilflichen Bereich – in der Zentralen Notaufnahme an (Abbildung 30).

Abbildung 30: Verteilung der Krankenhausstandorte nach dem Anteil der Notfallpatienten der in der Zentralen Notaufnahme angenommen wird



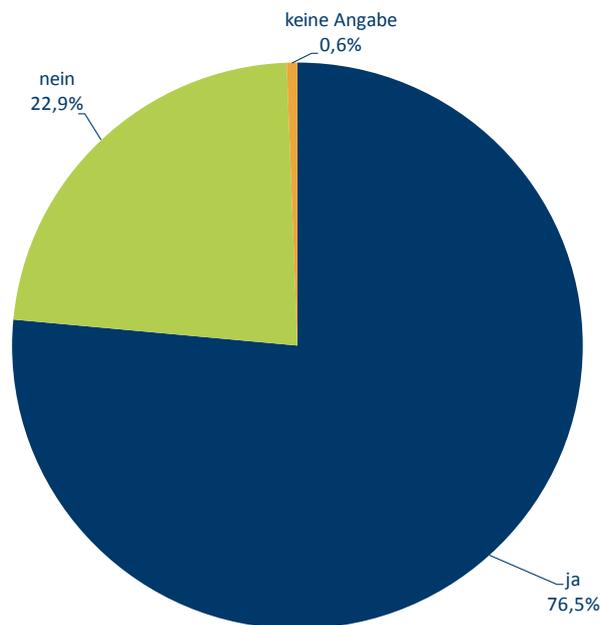
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme); ohne Berücksichtigung von Notfällen von Kindern oder im geburtshilflichen Bereich

In 76,5 % (n = 377) der Krankenhausstandorte mit einer ZNA kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung zur Anwendung (Abbildung 31).

Wenn ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung verwendet wird, hat dieses in 93,6 % der Fälle (n = 353) mindestens vier Stufen.

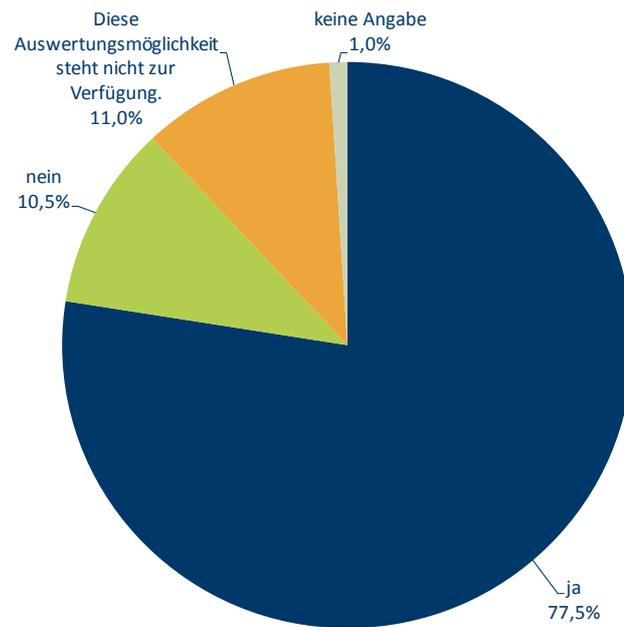
Abbildung 31: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme der Patienten



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

In 77,5 % (n = 382) der Standorte erhalten alle Notfallpatienten des Krankenhausstandortes spätestens nach zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung ihrer Behandlungspriorität (Abbildung 32).

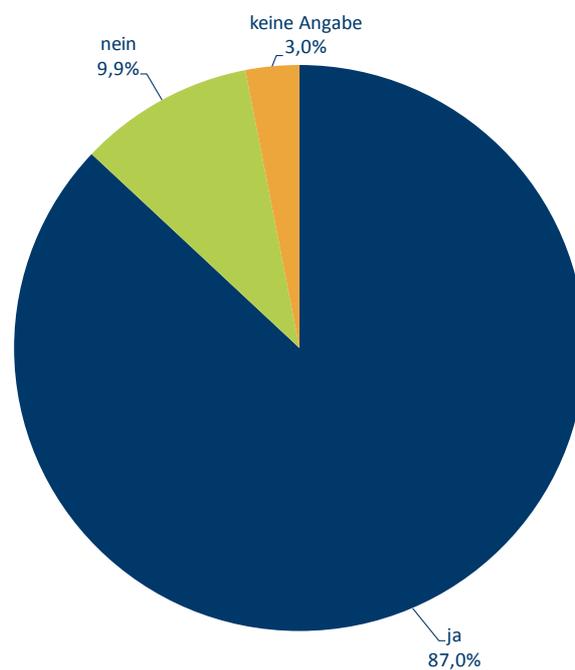
Abbildung 32: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Einschätzung der Behandlungspriorität für alle Notfallpatienten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

Eine aussagekräftige Dokumentation der Patientenversorgung orientiert an Minimalstandards (z. B. denen des Kerndatensatzes Notaufnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin DIVI) und die Vorlage dieser Dokumentation spätestens bei Entlassung gibt an 87 % (n = 429) der Krankenhausstandorte (Abbildung 33).

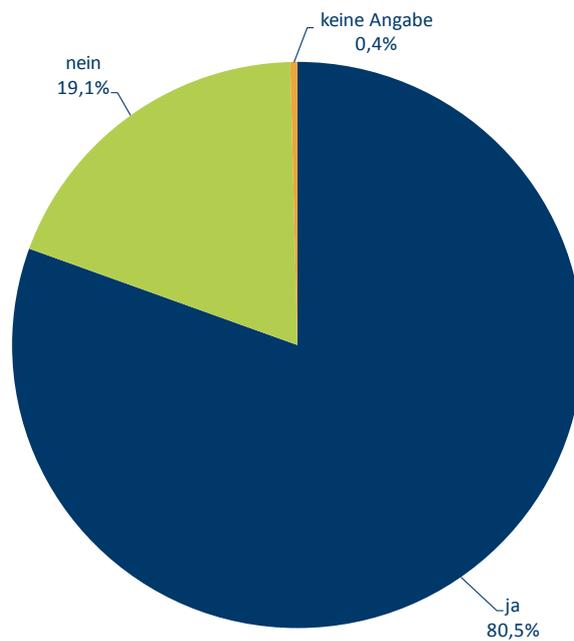
Abbildung 33: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen einer aussagekräftigen Dokumentation der Patientenversorgung orientiert an Minimalstandards und Vorlage der Dokumentation spätestens bei Entlassung oder Verlegung des Patienten



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

In rund 80,5 % (n = 397) der Krankenhausstandorte mit einer ZNA sind ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind, jederzeit (24 / 7) in der ZNA verfügbar und üben den überwiegenden Teil ihrer ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit in der Notaufnahme aus (Abbildung 34).

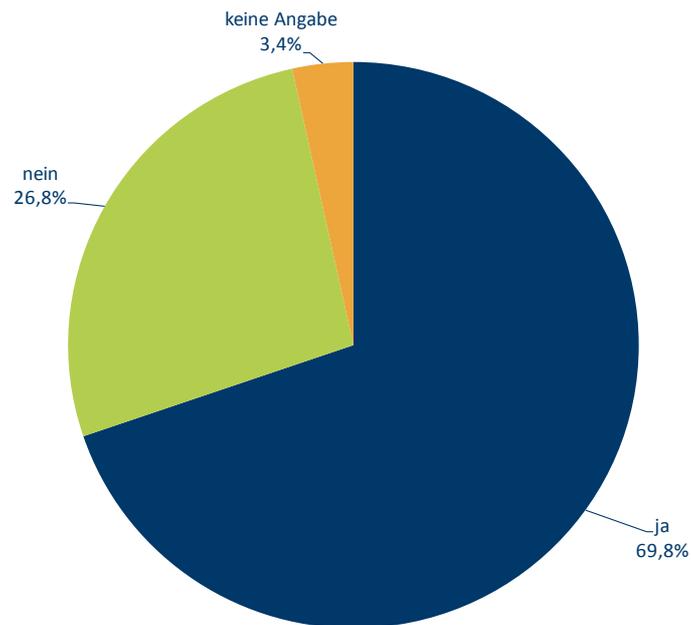
Abbildung 34: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der ständigen Verfügbarkeit (24 / 7) eines für die Notfallversorgung verantwortlichen Arztes und einer Pflegekraft in der ZNA



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

In 344 Kliniken (69,8 %) beträgt die pflegerische Personalausstattung in der ZNA mindestens eine Vollkraft je 1.400 Patientenkontakte / Jahr (ohne Administration) (Abbildung 35).

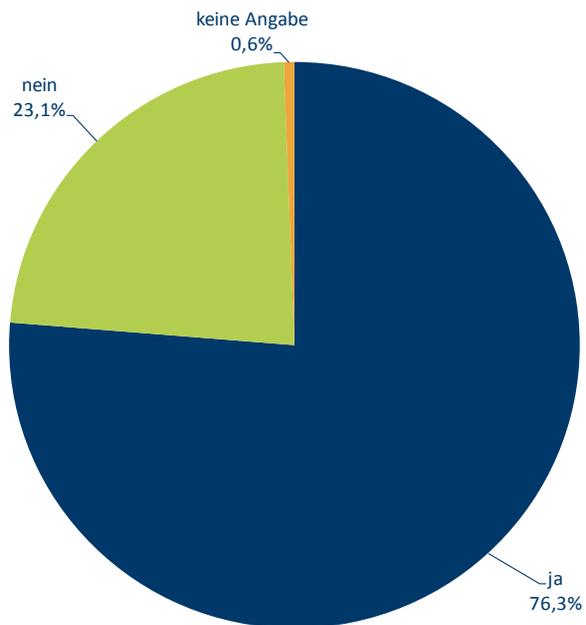
Abbildung 35: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung des Kriteriums der pflegerischen Personalausstattung in der ZNA (mindestens eine Vollkraft je 1.400 Patientenkontakte / Jahr)



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

Die minimale Personalstärke liegt in 376 Krankenhausstandorten (76,3 %) bei mindestens zwei Pflegekräften pro Schicht (entsprechend ca. elf Vollkraftäquivalenten) (Abbildung 36).

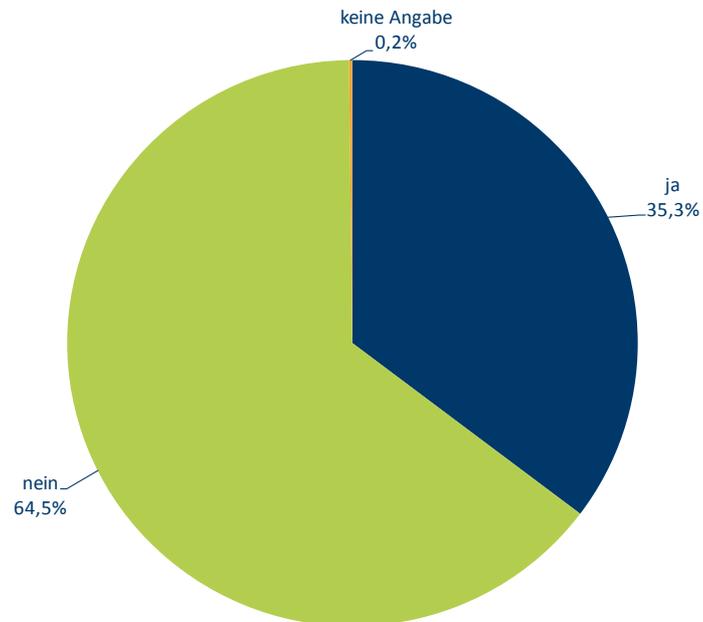
Abbildung 36: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen einer minimalen Personalstärke von mindestens zwei Pflegekräften pro Schicht (entsprechend ca. elf Vollkraftäquivalenten)



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

Die ZNA der Krankenhausstandorte verfügt mehrheitlich (64,5 %, n = 318) nicht über eine Aufnahmestation (Abbildung 37).

Abbildung 37: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Aufnahmestation in der ZNA

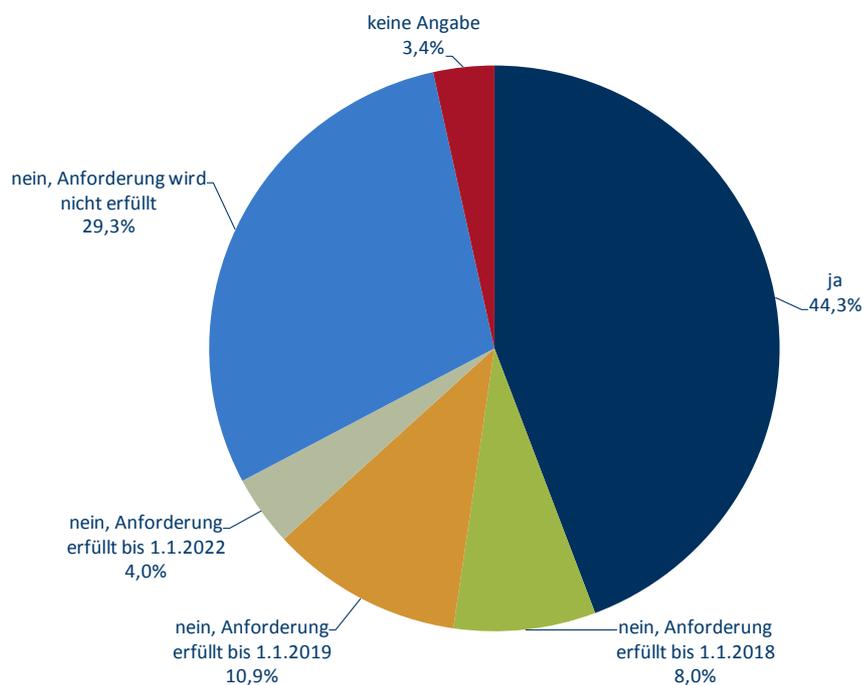


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

Zur Verfügbarkeit von zusätzlich mindestens einer Pflegekraft pro fünf Betten / pro Schicht für die Aufnahmestation haben 44,3 % (n = 77) der Krankenhausstandorte, bei denen die ZNA über eine Aufnahmestation verfügt, angegeben, dass diese Anforderung erfüllt wird (Abbildung 38).

In 131 Krankenhausstandorten mit einer Aufnahmestation in der ZNA (75,3 %) verfügt die Aufnahmestation über mindestens sechs Betten.

Abbildung 38: Verteilung der ZNA mit einer Aufnahmestation nach der Verfügbarkeit von zusätzlich mindestens einer Pflegekraft pro fünf Betten / pro Schicht für die Aufnahmestation



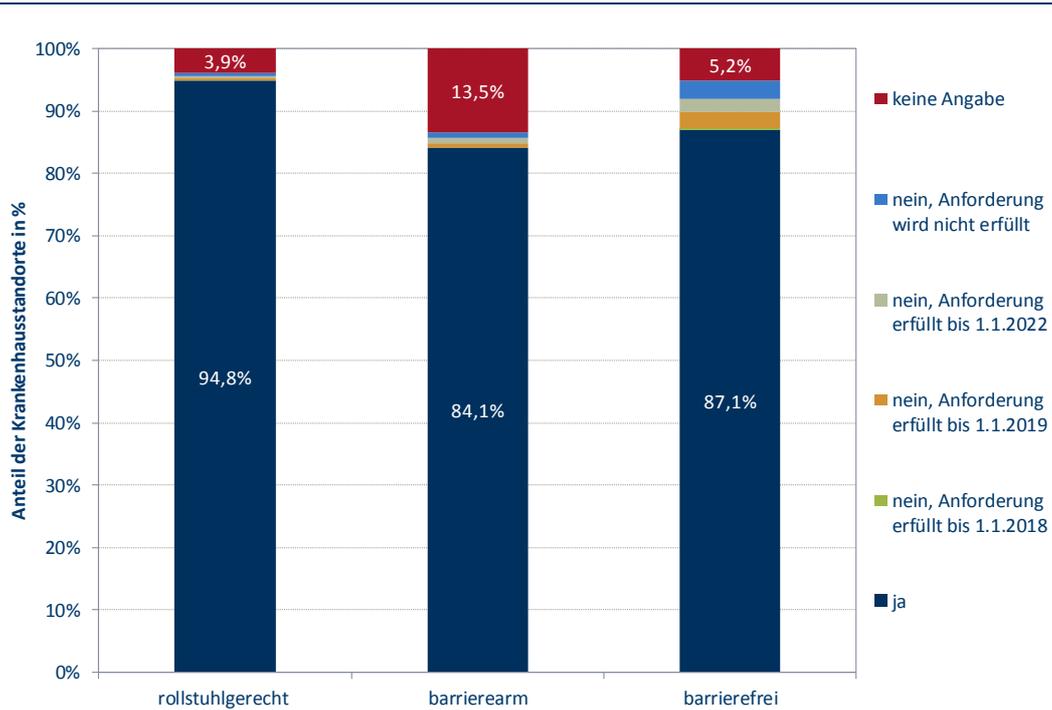
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 174 (nur Krankenhausstandorte, bei denen die ZNA über eine Aufnahmestation verfügt)

### 6.3 Generelle Anforderungen an die Notaufnahme

In rund 94,8 % (n = 638) der Krankenhausstandorte ist der Zugang zur Notaufnahme rollstuhlgerecht; einen barrierefreien Zugang gibt es in 584 Krankenhausstandorten (87,1 %) (Abbildung 39).

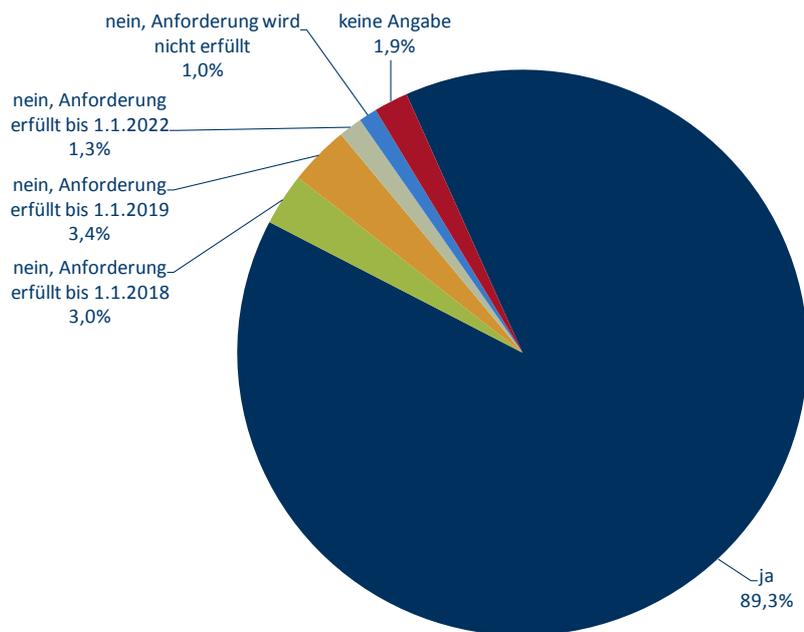
Abbildung 39: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Beurteilung des Zugangs zur Notaufnahme



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

In 89,3 % (n = 601) der Krankenhausstandorte nimmt das in der Notaufnahme tätige Personal regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen teil (Abbildung 40).

Abbildung 40: Verteilung der Krankenhausstandorte nach regelmäßiger Teilnahme des in der Notaufnahme tätigen Personals an fachspezifischen Fortbildungen



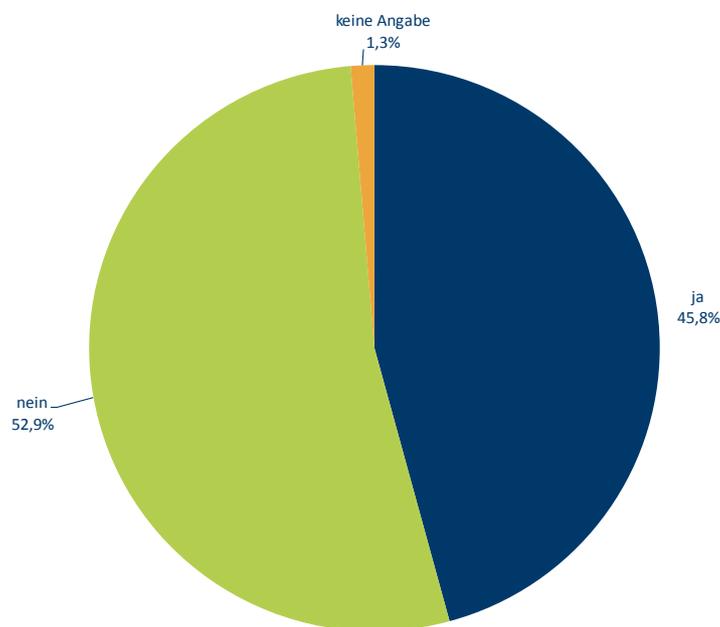
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

## 7. Weitere Angaben

### Notdienstpraxis oder Kooperationsvereinbarung

Von den 673 Krankenhausstandorten (ohne Fachkliniken) haben 48,8 % (n = 308) eine Notdienstpraxis gemäß § 75 Abs. 1b SGB V oder sind in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der KV eingebunden (Abbildung 41).

Abbildung 41: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Notdienstpraxis gemäß § 75 Abs. 1b SGB V oder Einbindung der Notfallambulanz in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung

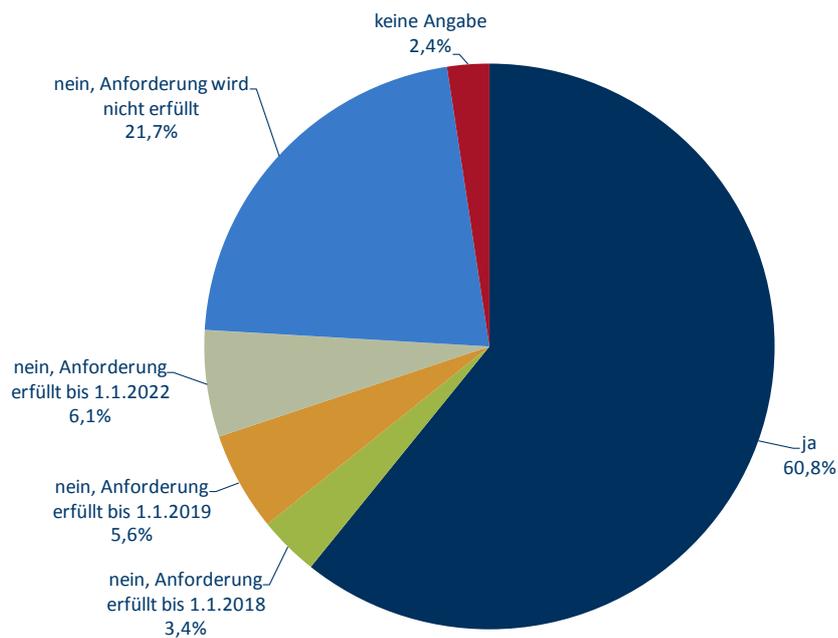


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

### Telemedizinische Netzwerke

409 Krankenhausstandorte (60,8 %) sind in telemedizinische Netzwerke für zeitkritische Erkrankungen und Verletzungen zur Gewährleistung der Primärversorgung aller Notfälle eingebunden (Abbildung 42).

Abbildung 42: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Einbindung in telemedizinische Netzwerke für zeitkritische Erkrankungen und Verletzungen zur Gewährleistung der Primärversorgung aller Notfälle

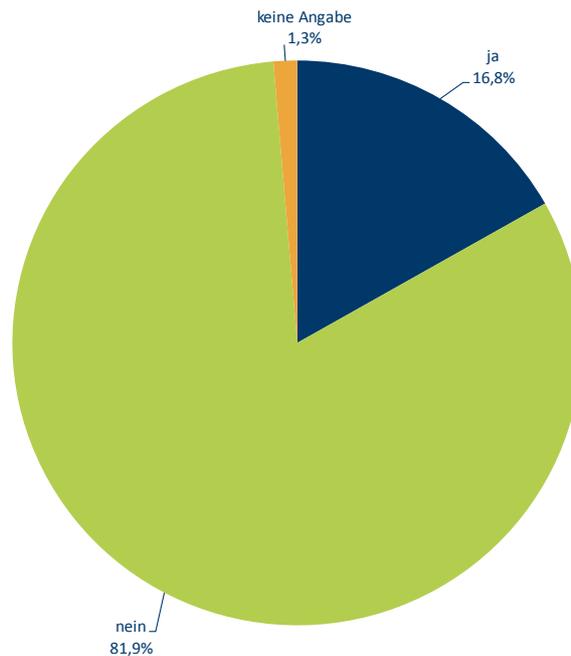


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

### Perinatalzentrum Level I

Bei rund 16,8 % (n = 113) der Krankenhausstandorte handelt es sich um ein Perinatalzentrum Level I gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des G-BA (Abbildung 43).

Abbildung 43: Verteilung der Krankenhausstandorte mit einem Perinatalzentrum Level I

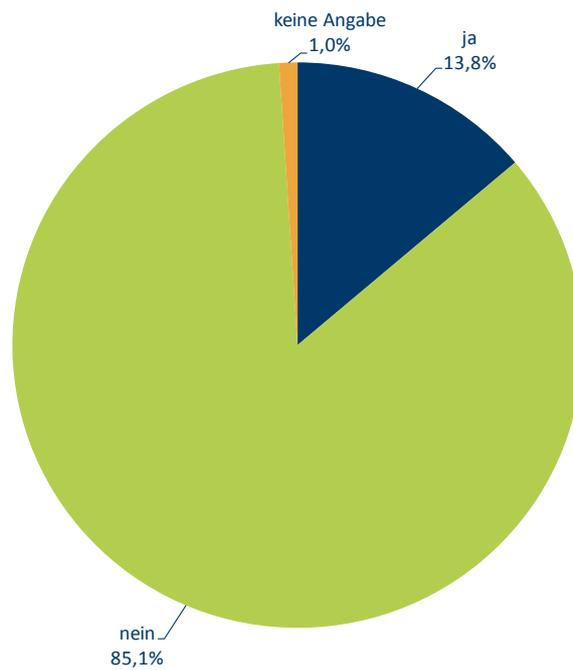


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

## 8. Schwerverletztenversorgung / Trauma

Rund 13,8 % der Krankenhausstandorte (n = 93) erfüllen die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung (Abbildung 44).

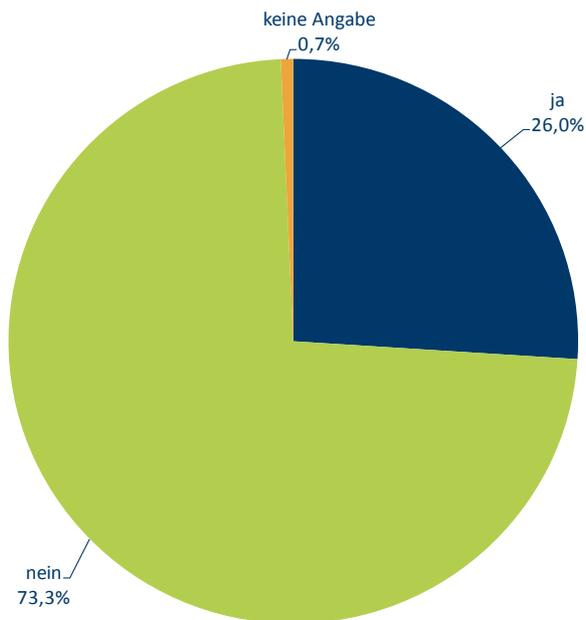
Abbildung 44: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

Rd. 26 % (n = 149) der Krankenhausstandorte (ohne überregionale Traumazentren) erfüllen die Anforderungen an ein regionales Traumazentrum (Abbildung 45).

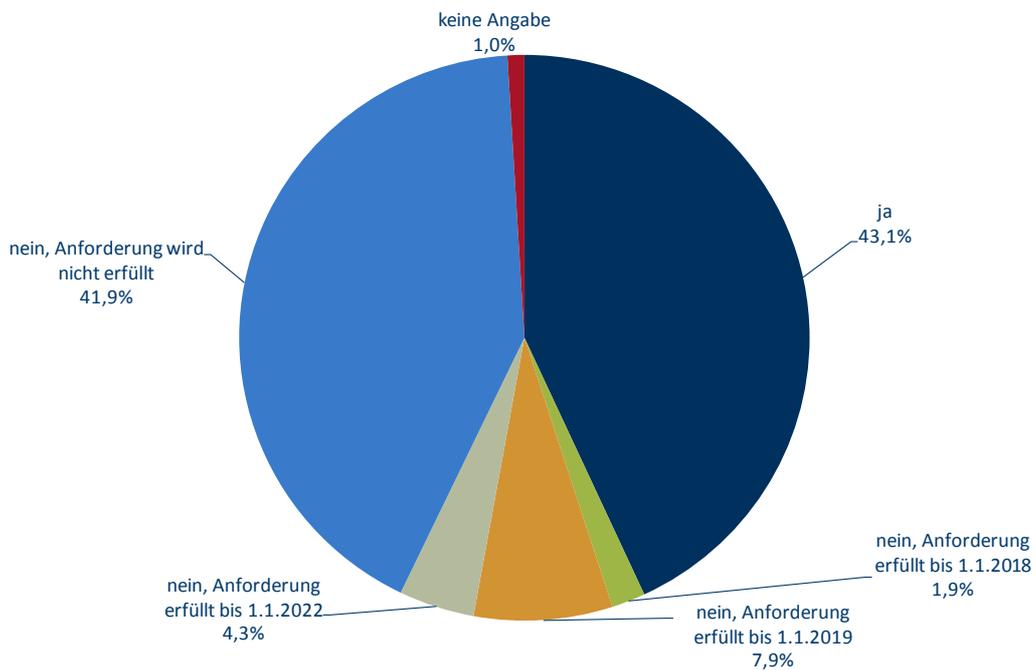
Abbildung 45: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Anforderungen an ein regionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 573 (ohne überregionale Trauma-Zentren)

Rund 43,1 % (n = 181) der Krankenhausstandorte (ohne regionale und überregionale Traumazentren) erfüllen die Anforderungen an ein lokales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung. Rund 41,9 % (n = 176) der Krankenhausstandorte haben angegeben, dass die Anforderung nicht erfüllt werden könnte und würde (Abbildung 46).

Abbildung 46: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Anforderungen an ein lokales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung



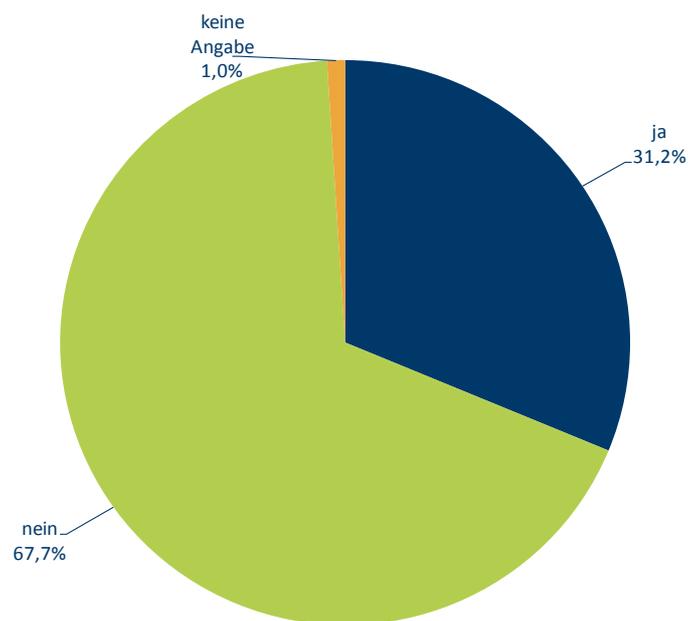
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 420 (ohne überregionale und regionale Traumazentren)

## 9. Notfallversorgung von Kindern

### Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin

Knapp ein Drittel (n = 214) der Krankenhausstandorte verfügen über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin (Abbildung 47).

Abbildung 47: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin

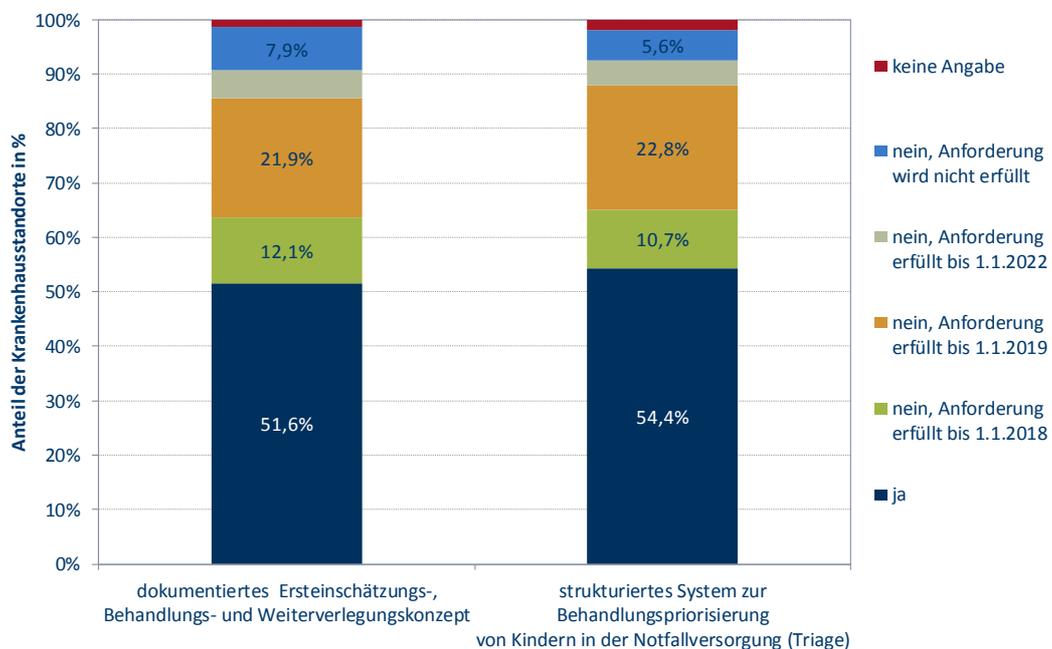


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 685 (Krankenhausstandorte inkl. pädiatrischer Fachkliniken, ohne andere Fachkliniken)

### Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept sowie System zur Behandlungspriorisierung

Etwas mehr als die Hälfte der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. der pädiatrischen Fachkliniken verfügt über ein dokumentiertes Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept für Kinder und Jugendliche (51,6 %, n = 111) bzw. über ein System zur Behandlungspriorisierung (54,4 %, n = 117) (Abbildung 48).

Abbildung 48: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen eines Systems zur Behandlungspriorisierung bzw. eines Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzepts bei Kindern und Jugendlichen

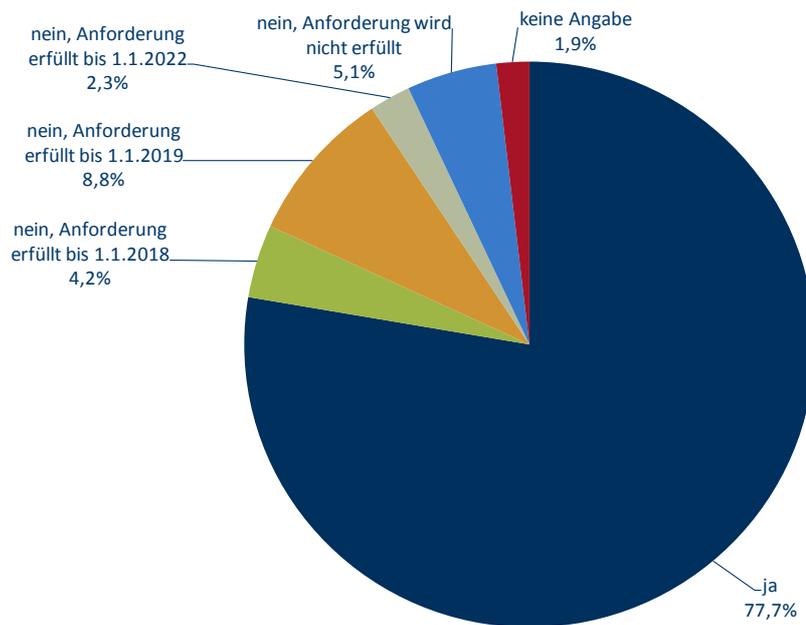


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
 Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

### Ersteinschätzung innerhalb von zehn Minuten

In 167 Krankenhausstandorten (77,7 %) erhält jedes Kind/jeder Jugendliche innerhalb von 10 Minuten nach Aufnahme eine Ersteinschätzung und Behandlungspriorisierung (Abbildung 49).

Abbildung 49: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Ersteinschätzung und Behandlungspriorisierung innerhalb von 10 Minuten nach Aufnahme für jedes Kind/jeden Jugendlichen



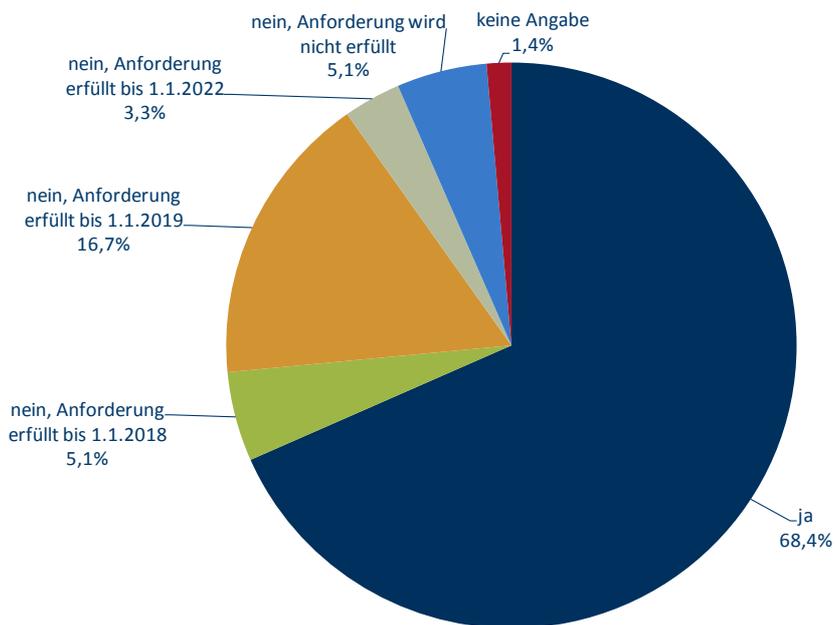
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

### Schriftliche Standards für Diagnostik und Therapie

Die Notaufnahme verfügt an 68,4 % (n = 147) der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin bzw. der pädiatrischen Fachkliniken über schriftliche Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen (Abbildung 50).

Abbildung 50: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit von schriftlichen Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen



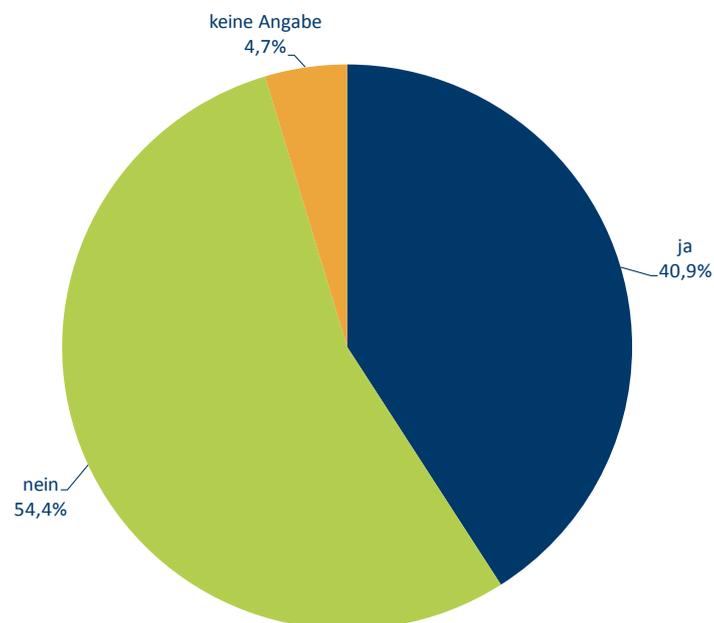
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

### Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V

Rund 40,9 % (n = 88) der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin bzw. der pädiatrischen Fachkliniken haben eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Versorgung ambulanter Notfälle von Kindern und Jugendlichen abgeschlossen (Abbildung 51).

Abbildung 51: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Abschluss einer Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Versorgung ambulanter Notfälle von Kindern und Jugendlichen

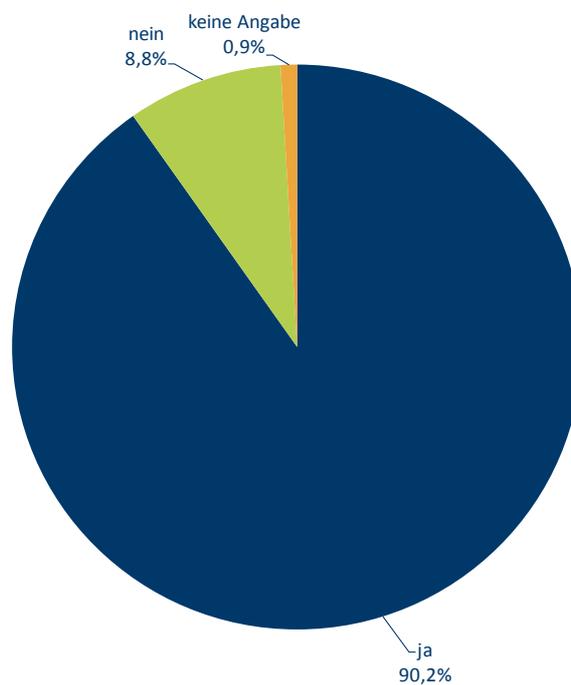


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft im Präsenzdienst

Für die Versorgung von Notfällen steht an 194 Krankenhausstandorten mit einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin bzw. der pädiatrischen Fachkliniken (90,2 %) eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft jederzeit im Präsenzdienst zur Verfügung (Abbildung 52).

Abbildung 52: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft zu jeder Zeit im Präsenzdienst

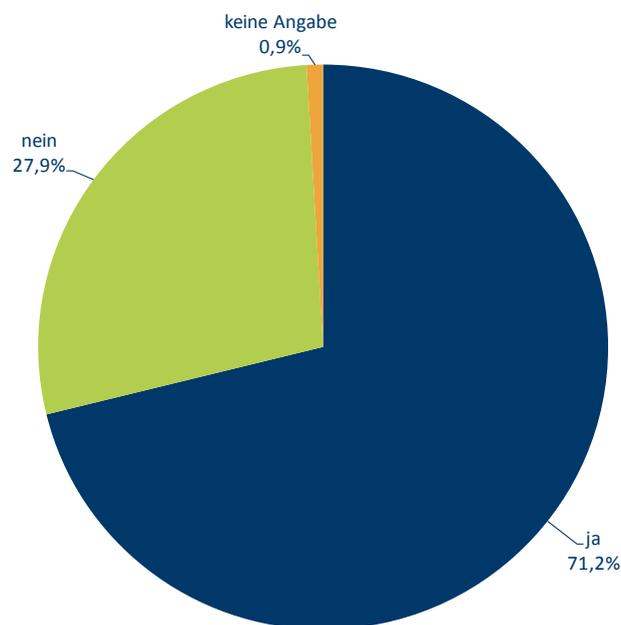


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

### Intensivmedizinische Versorgung lebensbedrohlich erkrankter Kinder

Rund 71,2 % (n = 153) der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin bzw. der pädiatrischen Fachkliniken haben die Möglichkeit der gleichzeitigen intensivmedizinischen Versorgung von zwei lebensbedrohlich erkrankten Kindern (Abbildung 53).

Abbildung 53: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Möglichkeit der gleichzeitigen intensivmedizinischen Versorgung von zwei lebensbedrohlich erkrankten Kindern



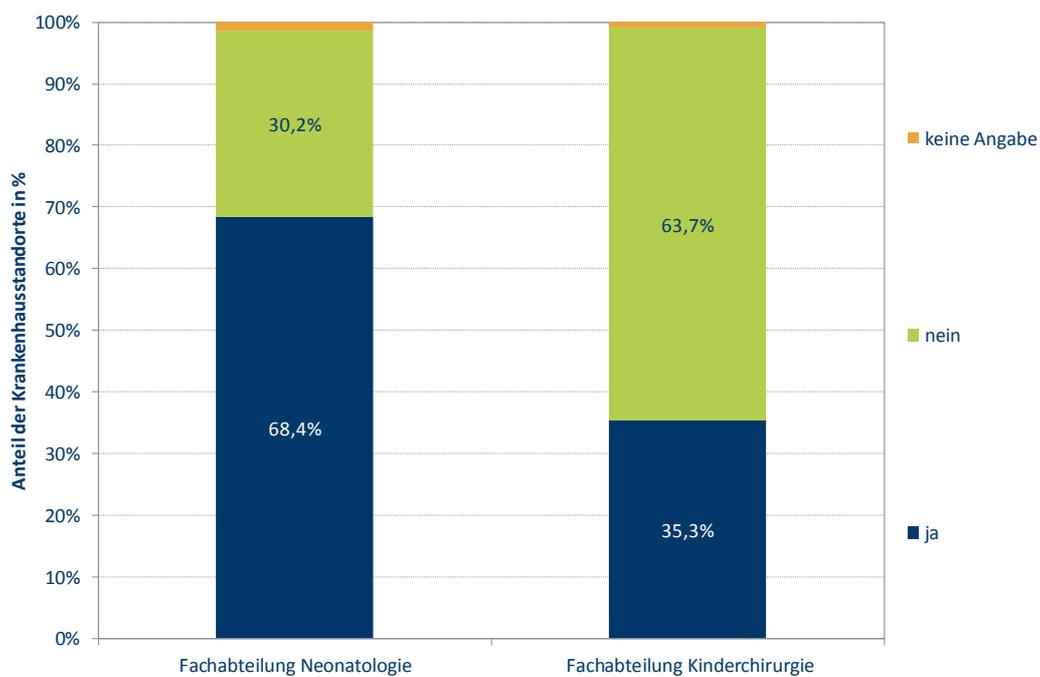
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

### Fachabteilungen Neonatologie und Kinderchirurgie

Rund 68,4 % (n = 147) der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. pädiatrische Fachkliniken verfügen über eine Fachabteilung für Neonatologie.

Eine Fachabteilung für Kinderchirurgie gab es dagegen lediglich in etwas mehr als einem Drittel 35,3 % (n = 76) dieser Krankenhausstandorte (Abbildung 54). Von den Krankenhausstandorten mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. pädiatrische Fachkliniken, die keine Abteilung für Kinderchirurgie haben, verfügen rd. 65 % (n = 89) über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit mindestens einer Abteilung für Kinderchirurgie, die das Vorgehen bei operativ zu versorgenden Kindern und Jugendlichen regelt.

Abbildung 54: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit der Fachabteilungen Neonatologie und Kinderchirurgie



Quelle:

IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

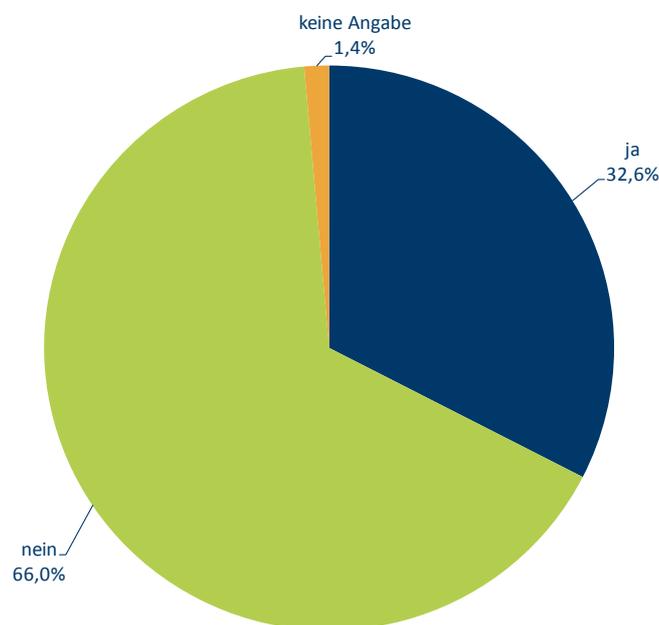
Anmerkung:

n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

### Facharzt für Neurochirurgie mit Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie

Bei knapp einem Drittel der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. pädiatrische Fachkliniken (32,6 %, n = 70) kann ein Facharzt für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie zu jeder Zeit (24 / 7) innerhalb von 30 Minuten am Patienten sein (Abbildung 55).

Abbildung 55: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Facharztes für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie jederzeit innerhalb von 30 Minuten

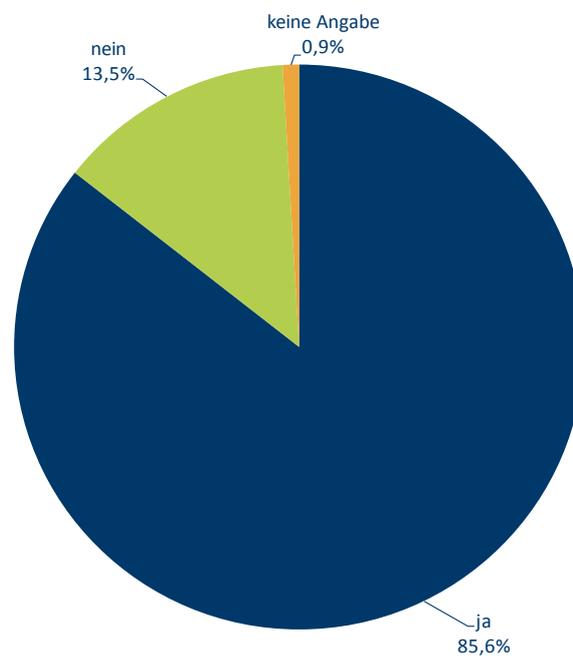


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

### Facharzt mit nachgewiesener Erfahrung in Kindernarkosen

In rund 85,6 % (n = 184) der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. einer pädiatrischen Fachklinik kann ein Facharzt mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen zu jeder Zeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten sein (Abbildung 56).

Abbildung 56: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit eines Facharztes mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen zu jeder Zeit innerhalb von 30 Minuten

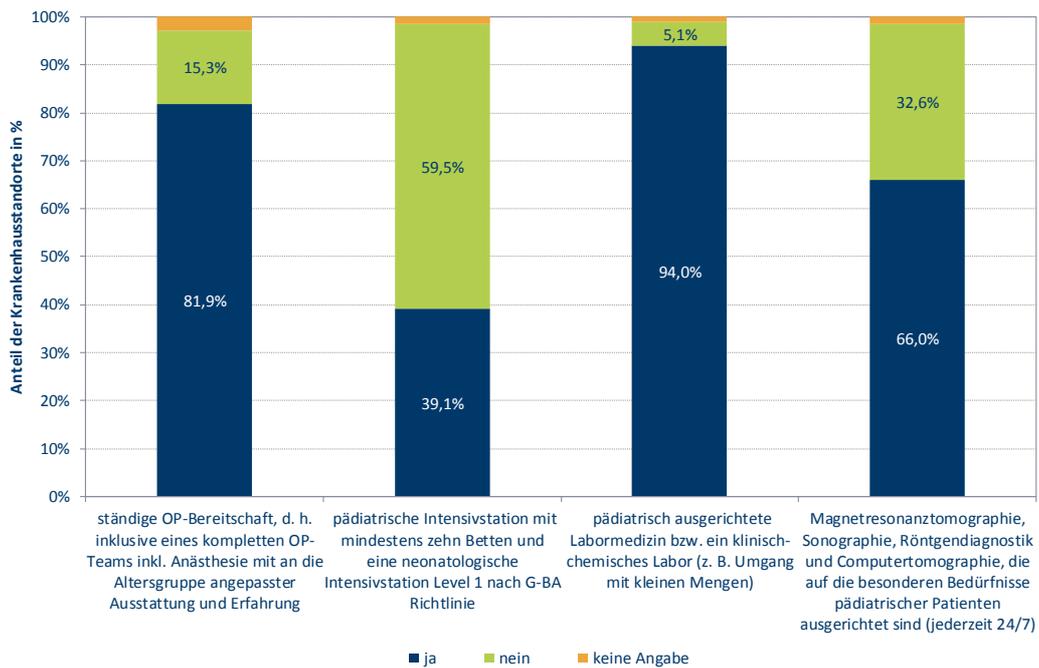


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte  
Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

### Medizinisch-technische Ausstattung für Kinder und Jugendliche

Die große Mehrheit der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. pädiatrische Fachkliniken verfügen über eine pädiatrisch ausgerichtete Labormedizin (94,0 %) sowie eine ständige OP-Bereitschaft (81,9 %) (Abbildung 57).

Abbildung 57: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der verfügbaren Ausstattung für die Bedürfnisse pädiatrischer Patienten



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

# Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung

---

Folgenabschätzung für die Regelungen für ein gestuftes  
System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß  
§ 136c Absatz 4 SGB V

---

**Kontakt:**

Dr. Martin Albrecht  
T +49 30 230 809 0  
Martin.Albrecht@iges.com

---

**IGES Institut GmbH**

Friedrichstraße 180  
10117 Berlin

[www.iges.com](http://www.iges.com)

Bericht zur Methodik und zu Sonderfragen  
für den Gemeinsamen Bundesausschuss

Berlin, 13. November 2017

---

---

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Methodik der Befragung der Krankenhausstandorte in Deutschland</b>	<b>6</b>
1.1	Entwicklung des Fragebogens	6
1.2	Bestimmung der Grundgesamtheit und Aufbereitung der Adressen	7
1.3	Ablauf der Befragung	7
1.4	Anmerkungen und Rückfragen zum Fragebogen	9
1.4.1	Generelle Anmerkungen und Hinweise	9
1.4.2	Spezifische Rückmeldungen zu den einzelnen Fragen	10
1.5	Beteiligung an der Befragung	17
<b>2.</b>	<b>Sicherstellung einer leitliniengerechten Notfallversorgung</b>	<b>18</b>
	<b>Abbildungen</b>	<b>4</b>
	<b>Tabellen</b>	<b>4</b>

---

**Abbildungen**

Abbildung 1:	Verteilung der Rücklaufquote nach der Größe der Krankenhäuser (Bettenzahl)	17
--------------	--	----

**Tabellen**

Tabelle 1:	Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Patienten mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	19
Tabelle 2:	Anforderungen an die klinische Notfallversorgung eines Schlaganfalls und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	20
Tabelle 3:	Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Schwerverletzten/Patienten mit Polytrauma und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	21
Tabelle 4:	Anforderungen an die klinische Notfallversorgung einer Sepsis und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	22
Tabelle 5:	Anforderungen an die klinische Notfallversorgung Patienten mit einem plötzlichen Kreislaufstillstand und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	23
Tabelle 6:	Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Patienten mit ST-Hebungsinfarkt und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	24
Tabelle 7:	Anforderungen an die pädiatrische Notfallversorgung der Tracerdiagnosen und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	25

---

## 1. Methodik der Befragung der Krankenhausstandorte in Deutschland

Alle relevanten Krankenhausstandorte wurden im Rahmen einer Vollerhebung schriftlich (online sowie „Paper & Pencil“) befragt.

### 1.1 Entwicklung des Fragebogens

Das IGES Institut entwickelte auf Basis des Beschlussentwurfs des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Stand: 12.12.2016) einen Fragebogen.

Die Entwicklung des Fragebogens orientierte sich systematisch an den in dem Beschlussentwurf enthaltenen (spezifischen) Vorgaben in den folgenden Kategorien:

- ◆ Anzahl und Art der Fachabteilungen,
- ◆ Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Personals,
- ◆ Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten,
- ◆ Medizinisch-technische Ausstattung sowie
- ◆ Strukturen und Prozesse der Notaufnahme

sowie den genannten allgemeinen Anforderungen. Des Weiteren wurden die Kriterien der spezifischen Module (z. B. Kindernotfallversorgung, Spezialversorgung) in den Fragebogen aufgenommen.

Eine Zuordnung der abgefragten Kriterien zu den Notfallstufen gemäß den unterschiedlichen Konzepten des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erfolgte im Fragebogen grundsätzlich nicht. Im Fragebogen wurde nur dann auf die unterschiedlichen Konzepte verwiesen, wenn offensichtlich konkurrierende Definitionen abgefragt wurden; eine Zuordnung der Fragen zu den Konzepten war ohne Kenntnis des Beschlussentwurfs nicht möglich.

Grundsätzlich wurde für die Formulierung der Fragen der genaue Wortlaut aus dem Beschlussentwurf verwendet. Eine darüber hinaus gehende bzw. ergänzende Konkretisierung der Inhalte wurde bei dem Entwurf des Fragebogens von IGES nur vorgenommen, soweit sie sich eindeutig aus dem Beschlussentwurf oder den Tragenden Gründen ergab.

In einem Abstimmungstreffen hat das IGES Institut den G-BA sowie die Mitglieder der KG Folgenabschätzung / Notfallversorgung auf der Grundlage eines internen methodischen und inhaltlichen Expertenreviews auf die Formulierungen hingewiesen, die nach seiner Einschätzung näher spezifiziert oder konkretisiert werden sollten, um Rückfragen zu vermeiden. Teilweise konnten Begrifflichkeiten geklärt

werden, teilweise war es expliziter Wunsch der jeweiligen Bänke, dass Formulierungen des Beschlussentwurfs ohne weitere Konkretisierung in den Fragebogen aufgenommen wurden.

Das IGES Institut hat auf der Grundlage der Ergebnisse des Abstimmungstreffens einen Fragebogenentwurf an den G-BA geschickt. Dieser wurde von den Beteiligten kommentiert, von IGES überarbeitet und in einer Telefonkonferenz abgestimmt.

## **1.2 Bestimmung der Grundgesamtheit und Aufbereitung der Adressen**

Die Befragung richtete sich an alle Standorte von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern in Deutschland mit vollstationären Fällen, die zum Zeitpunkt der Befragung in Betrieb und nicht ausschließlich in der psychiatrischen Versorgung tätig waren.

Als primäre Datenquelle für die Adressen der Krankenhausstandorte diente die maschinenlesbare Version der Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2015, die durch den G-BA zur Verfügung gestellt wurde (Veröffentlichungsdatum: Mai 2017).<sup>1</sup> Die in den Qualitätsberichten enthaltenen Adressen der Krankenhausstandorte wurden durch das IGES Institut auf Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben geprüft und bei Bedarf ergänzt bzw. korrigiert.

## **1.3 Ablauf der Befragung**

### **Versand der Erhebungsunterlagen**

Die Erhebungsunterlagen wurden Mitte Juli 2017 postalisch an die Verwaltungsleitungen bzw. kaufmännischen Leitungen der Krankenhausstandorte versendet. Neben dem Fragebogen enthielten die Unterlagen ein Anschreiben des IGES Instituts, ein Begleitschreiben des G-BA sowie einen frankierten und adressierten („Porto zahlt Empfänger“) Rückumschlag.

Das Anschreiben wurde vom IGES Institut entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Es enthielt eine kurze Einführung zu den Zielen der Befragung sowie Hinweise zum Datenschutz. Des Weiteren waren in dem Schreiben der Internetlink und das Zugangspasswort für den Online-Fragebogen enthalten. Für Rückfragen

---

<sup>1</sup> Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser wurden für das vorliegende Gutachten nur teilweise bzw. auszugsweise genutzt. Eine vollständige, unveränderte Darstellung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) zu finden. Bei den obigen Angaben zu den Qualitätsberichten handelt es sich um die Pflichtangaben gemäß § 4 Abs. 5 der Allgemeinen Nutzungsbedingungen des G-BA (Stand 22. Januar 2015). (Abruf unter <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsdaten/qualitaetsbericht/xml-daten/> am 10.11.2017). Die gesetzliche Grundlage für die Qualitätsberichte hat sich durch das KHSG geändert.

---

zur Befragung bzw. zum Fragebogen wurde sowohl eine Email-Adresse als auch ein Ansprechpartner beim IGES mit Telefonnummer angegeben.

Als Anreiz für die Teilnahme wurden den Krankenhausstandorten zugesagt, dass sie nach Abschluss der Studie aggregierte Auswertungsergebnisse zu den einzelnen Variablen erhalten werden. Die Krankenhausstandorte hatten hierzu die Möglichkeit, einen Ansprechpartner (mit E-Mail-Adresse) zu benennen.

### **Verlängerung der Bearbeitungsfrist**

Der Rücklauf wurde kontinuierlich beobachtet und dem Auftraggeber in regelmäßigen Abständen mitgeteilt. Nach Ablauf der ursprünglich anberaumten Frist wurde aufgrund zahlreicher Rückmeldungen der Krankenhausstandorte, dass die Frist aufgrund der Urlaubszeit nicht eingehalten werden konnte, die Frist verlängert. Hierzu erfolgte eine erneute Pressemitteilung durch den G-BA.

Schließlich wurden alle ausgefüllten Fragebogen in die Auswertungen einbezogen, die dem IGES Institut gesendet wurden. Der letzte Fragebogen ging am 6. Oktober 2017 am IGES Institut ein.

### **Technische und inhaltliche Rückfragen**

Während des gesamten Befragungszeitraumes gab es ein starkes Aufkommen an schriftlichen und telefonischen Rückfragen. Dabei handelte es sich sowohl um technische / organisatorische Rückfragen als auch um inhaltliche Nachfragen zu einzelnen Fragen des Fragebogens.

Bei den organisatorischen Rückfragen war der Hauptgrund der Kontaktaufnahme eine Bitte um den nochmaligen Versand der Erhebungsunterlagen. Ca. 250 Erhebungsunterlagen (rund 14 %) wurden nochmals postalisch versendet, zahlreiche weitere wurden zusätzlich per E-Mail versendet. Des Weiteren baten einige Krankenhäuser darum, den Fragebogen in digitaler Form als pdf-Datei zu erhalten, damit dieser intern weitergegeben werden konnte, sowie um eine Kopie des schon ausgefüllten Fragebogens. Für die Online-Nutzer hat das IGES Institut während der Laufzeit der Befragung ein Online-Tool integriert, so dass die eigenen Antworten am Ende der Befragung als pdf-Datei generiert und gespeichert werden konnten. Die Krankenhausstandorte, die sich vor der Integration dieses Tools online beteiligt haben, erhielten ihre Antworten auf Wunsch auch als pdf-Datei. Weitere Anlässe für Nachfragen waren u. a. Fragen nach Übermittlungsmöglichkeiten der ausgefüllten Fragebögen, Bitten um Fristverlängerung (am Ende der jeweiligen Befragungszeiträume) sowie erwünschte Korrekturen an bereits übermittelten ausgefüllten Fragebögen. Einige Nachfragen bezogen sich auch auf Datenschutzfragen bzw. konkret die Frage, an wen die Befragungsdaten in welcher Form weitergegeben werden.

Inhaltliche Rückfragen gab es von rund 170 Krankenhäusern und acht Organisationen, teilweise mit mehreren Nachfragen<sup>2</sup> oder mit Stellungnahmen zur besonderen Situation einzelner Krankenhausstandorte. Die Rückfragen legten zum Teil die Vermutung nahe, dass die Krankenhäuser über Antwortalternativen mit Blick auf eine spätere Zuordnung zu den Stufen für die zukünftige Teilnahme an der Notfallversorgung in Erwägung zogen.

Jede vierte Nachfrage bezog sich auf die Vorhaltezeiten, die auf die wöchentliche Arbeitszeit angerechnet werden. Jede zehnte Nachfrage bezog sich auf die Fachabteilungsdefinitionen. Eine detaillierte Beschreibung, welche Rückfragen zu den einzelnen Fragen gestellt wurden bzw. welche Anmerkungen zu einzelnen Fragen gemacht wurden, findet sich in Kapitel 1.4.2.

## 1.4 Anmerkungen und Rückfragen zum Fragebogen

### 1.4.1 Generelle Anmerkungen und Hinweise

Neben spezifischen Anmerkungen und Nachfragen zu einzelnen Fragen des Fragebogens gab es auch generelle Anmerkungen und Hinweise, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Zum einen wurde kritisiert, dass bestimmte Aspekte nicht abgefragt wurden und damit bei den Konzepten einer gestuften Notfallversorgung nicht berücksichtigt würden. Dies betraf die folgenden Aspekte:

- ◆ Intermediate Care (IMC) & Intensivkapazitäten
- ◆ Verkehrsanbindungen / Versorgungsgebiete
- ◆ Stroke Units als medizinischer Schwerpunkt

Um ein vollständiges Bild der Notfallversorgungsstrukturen zu erhalten, sei es erforderlich, auch IMC zu berücksichtigen, da Krankenhausstandorte ohne IMC bezüglich intensivmedizinischer Versorgung strukturell schlechter ausgestattet seien als Krankenhausstandorte mit IMC.

Die geographische Lage und Verkehrsanbindung sei ein wesentlicher Faktor, der auch die Vorhaltekosten beeinflusse (v. a. Flächenversorgung versus Innenstadtlage). In diesem Zusammenhang wurde auch für erforderlich gehalten, die lokale / regionale ambulante Notarztversorgung zu berücksichtigen. Wenn im niedergelassenen Vertragsarztbereich (Haus- und Fachärzte) des Einzugsgebietes eines Krankenhausstandortes Defizite bestünden, so müsse zwangsläufig das nächstgelegene Krankenhaus diese Defizite kompensieren. Von Bedeutung seien hier auch die realen Wartezeiten bei den niedergelassenen Arztpraxen.

---

<sup>2</sup> Zählt man nur die telefonischen Nachfragen, so waren dies schon rund 300 Nachfragen zu bestimmten Fragen.

---

Zum anderen äußerten einige Krankenhäuser mit einer „gemischter Versorgungsstruktur“ aus Grund- und Regelversorgung und Schwerpunktbereichen die Sorge, zukünftig lediglich auf die Grund- und Regelversorgung reduziert zu werden.<sup>3</sup>

Zusätzlich kritisierte der Marburger Bund, dass der Begriff Krankenhausstandort nicht erläutert werde. Daher sei unklar, welche Definition von Krankenhausstandorten der Befragung zugrunde gelegt wurde. Des Weiteren wurde kritisiert, dass bei der Frage nach den Übergangsfristen nicht erkennbar sei, durch welche Umstände (rechtlicher, baulicher oder finanzieller Art) die Antworten geprägt seien.

Des Weiteren wurde von einigen Fachkliniken kommentiert, dass auch sie hohe Vorhaltekosten haben. Es sei nicht nur die „Breite des Versorgungsangebotes“ relevant, sondern auch die „Tiefe der Spezialisierung“. Dies betreffe beispielsweise kardiologische Kindernotfälle.

#### **1.4.2 Spezifische Rückmeldungen zu den einzelnen Fragen**

Im Folgenden werden die spezifischen Rückmeldungen zu den einzelnen Fragen – gegliedert nach den Frageblöcken – dargestellt. Die einzelnen Fragen des Fragebogens werden im Folgenden nur erwähnt, wenn es zu mindestens einer Rückfrage bezüglich dieser Frage gekommen ist.

##### **1.4.2.1 Frageblock 1: Einordnung als Fachklinik oder besondere Einrichtung**

###### **Frage 1.1.1: Handelt es sich bei Ihrem Krankenhausstandort um eine besondere Einrichtung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG?**

Zu dieser Frage kamen Rückfragen, da der § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG nicht bekannt war oder die Inhalte des Paragraphen nicht verständlich waren.

Des Weiteren wurde gefragt, wie damit umzugehen sei, dass „Teile“ des Krankenhausstandortes, wie beispielsweise die Palliativstation, eine besondere Einrichtung seien, nicht jedoch der gesamte Krankenhausstandort.

###### **Frage 1.1.2 Nimmt Ihr Krankenhausstandort derzeit an der Notfallversorgung teil?**

Ein Krankenhausstandort nimmt nur tagsüber an der Notfallversorgung teil. Diese Antwortmöglichkeit war nicht vorgesehen und es wurde daher „nein“ angekreuzt.

###### **Frage 1.1.4 Handelt es sich bei Ihrem Krankenhausstandort um eine Fachklinik, d. h. erbringen Sie ausschließlich Leistungen eines Indikationsbereiches?**

Einige Nachfragen gab es zur Definition einer Fachklinik bzw. eines Indikationsbereiches: zum einen von Krankenhausstandorten, die im Krankenhausplan als Allge-

---

<sup>3</sup> Diese Rückmeldung kam beispielsweise von einem Krankenhausstandort mit einer Grund- und Regelversorgung für die Bereiche Innere Medizin und Chirurgie sowie einer Schwerpunktversorgung für die Bereiche Neurologie, Frauenheilkunde und Urologie.

---

meine Krankenhäuser ausgewiesen sind, aber ausschließlich „Kinder und Jugendliche“ behandeln; zum anderen von Krankenhausstandorten, bei denen der Status als Fachklinik nicht im Feststellungsbescheid ausgewiesen ist. Zusätzlich wurde von Krankenhausstandorten nachgefragt, wenn das Behandlungsspektrum mehr als einen Indikationsbereich abdeckt, aber die Klinik trotzdem eine Fachklinik ist (z. B. Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie).

Diese Frage wurde unserer Einschätzung nach teilweise mit strategischen Erwägungen beantwortet. So gab eine „Fachklinik“ für Innere Medizin an, keine Fachklinik zu sein, da vermutlich ein Risiko des Ausschlusses von der Notfallversorgung gesehen wurde. Im Gegensatz dazu hat ein Krankenhausstandort angegeben, eine Fachklinik zu sein, obwohl es nach eigenen Angaben kein war, weil vermutlich über eine Einstufung als solche die weitere Teilnahme an der Notfallversorgung angestrebt wird.

#### 1.4.2.2 Frageblock 2: Art und Anzahl der Fachabteilungen

##### **Frage 2.1.1 und 2.2.1 Definitionen einer Fachabteilung**

Einige Krankenhausstandorte fragten explizit nach dem Unterschied zwischen den Definitionen, da sie die Auffassung vertraten, dass die Definitionen nicht ausreichend voneinander unterscheidbar seien. Des Weiteren war teilweise unklar, ob sich diese Frage auch auf Belegabteilungen bezieht. Zusätzlich wurde oftmals nachgefragt, wie die Definitionen zu verstehen seien, wenn verschiedene Teilgebiete unter einer Fachabteilung zusammengefasst sind. Als Beispiel wurden hier die Kardiologie und die Gastroenterologie genannt, wenn diese zur Fachabteilung Innere Medizin gehören.

Zur Definition 1<sup>4</sup> gab es zwei Nachfragen (die jedoch von mehreren Krankenhausstandorten gestellt wurden): Zum einen wurde gefragt, ob die Definition auch erfüllt ist, wenn die Anästhesiologie keine eigenen Betten vorhält. Zum anderen wurde nachgefragt, ob eine organisatorische Eigenständigkeit vorliegen kann, wenn ein Leiter für zwei Teilgebiete zuständig ist.

Keine expliziten Nachfragen gab es zu Definition 2.<sup>5</sup> Allerdings wiesen zwei bayerischen Universitätskliniken darauf hin, dass die Ärzte dort verbeamtet seien und nicht angestellt, wie es in der Definition 2 gefordert wird.

---

<sup>4</sup> Eine Fachabteilung liegt vor, wenn es sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Krankenhausstandort handelt.

<sup>5</sup> Eine Fachabteilung liegt vor, wenn angestellte Ärzte des Krankenhauses der Fachabteilung zugeordnet sind und die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer haben. Ein angestellter Facharzt mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 /7) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.

---

Die häufigsten Nachfragen gab es zu Definition 3<sup>6</sup>, insbesondere zu dem Begriff „vorgehalten“. Hier wurde oftmals nachgefragt, ob dies bedeute, dass zu jeder Zeit ein Facharzt (im Präsenzdienst) anwesend sein müsse. Des Weiteren wurde vielfach der Bezug zur Musterweiterbildungsordnung kritisiert.

### **Frage 2.3.1 Versorgungsauftrag gemäß Landeskrankenhausplan**

Universitätskliniken werden in den Landeskrankenhausplänen in einigen Bundesländern nur im Anhang erwähnt. Hier kam die Nachfrage, ob dies dann trotzdem als Versorgungsauftrag gemäß Landeskrankenhausplan gelten könne. In Bayern werden grundsätzlich Teilgebiete im Landeskrankenhausplan ausgewiesen, nicht jedoch für Universitätskliniken.

Des Weiteren werden in einigen Krankenhausplänen lediglich Schwerpunkte ausgewiesen und keine Teilgebiete.

### **Frage 2.4.1 Fachabteilungen gemäß Budgetvereinbarungen**

Vereinzelte Nachfragen gab es zur Bedeutung der „Zweistellerebene“, da die Budgetvereinbarung auf Vierstellerebene stattfindet.

#### 1.4.2.3 Frageblock 3: Anzahl und Qualifikation des vorgehaltenen Personals

### **Frage 3.1.1 In welchen der nachfolgend genannten Facharztkompetenzen ist an Ihrem Krankenhausstandort mindestens ein Facharzt jederzeit (24 / 7) anwesend?**

Vergleichsweise selten wurde nachgefragt, was mit „anwesend“ gemeint sei und ob auch Rufdienst möglich sei, um die Anforderung zu erfüllen. Des Weiteren fragten einige Krankenhäuser nach, ob dies tatsächlich eine Anforderung in den Konzepten sei, da dies kein Krankenhaus erfülle – irgendwann übernehme immer der Assistenzarzt.

### **Frage 3.1.2: In welchem der nachfolgend genannten Facharztkompetenzen ist an ihrem Krankenhausstandort mindestens ein Facharzt der folgenden genannten Fachrichtungen mindestens von 9-17 Uhr anwesend?**

Bei dieser Frage wurde mehrfach nachgefragt, ob die Zeit von 9 bis 17 Uhr tatsächlich wörtlich zu nehmen sei. Diese widerspreche nämlich bei vielen Krankenhausstandorten die üblichen Schichtzeiten von 7 bis 15 Uhr bzw. 16 Uhr. Des Weiteren war den Befragten nicht klar, ob dieses Kriterium an allen Wochentagen oder nur von Montag bis Freitag zu erfüllen sei.

---

<sup>6</sup> Eine Fachabteilung liegt vor, wenn grundsätzlich zu jeder Zeit (24 / 7) die apparative und personelle Ausstattung zur Behandlung in den genannten Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunkten der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vorgehalten wird.

---

**Frage 3.2.1 Bitte nennen Sie die durchschnittliche Anzahl der Stunden pro Woche, in denen im Jahr 2016 an Ihrem Krankenhausstandort mindestens ein Facharzt der genannten Fachrichtungen innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar war und wie viele Vorhaltezeiten (Rufdienst, Bereitschaftsdienst u. ä.) auf die wöchentliche Arbeitszeit angerechnet worden sind**

Rund jede zweite Nachfrage bezog sich auf diese Frage. Insbesondere die Frage nach der Anrechnung von „Vorhaltezeiten“ erzeugte Verständnisschwierigkeiten, da Vorhaltezeiten oftmals nicht angerechnet würden, sondern lediglich die Aktivzeiten. Des Weiteren wurde nachgefragt, welchen Zweck diese Frage habe und wofür diese später verwendet werde. Ein weiterer Grund für die Nachfragen war, dass diese Frage von vielen Krankenhausstandorten nicht bzw. nach eigenen Aussagen nicht valide (Schätzwerte) beantwortet werden konnte.

**Frage 3.3.1 Ist an Ihrem Krankenhausstandort sichergestellt, dass zu jeder Zeit (24 / 7) ein Facharzt für Innere Medizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten ist?**<sup>7</sup>

Zu dieser Frage (in Kombination mit Frage 3.3.2) kamen häufig Nachfragen, insbesondere ob die Anforderung erfüllt werde, wenn ein Facharzt zu jeder Zeit im Rufdienst verfügbar sei. Des Weiteren wurde in diesem Zusammenhang auch häufig nach der Abgrenzung bzw. dem Unterschied zu Frage 3.3.2 gefragt.

Des Weiteren wurde diese Anforderung von einigen Krankenhäusern einerseits als Rufdienst qualifiziert, andererseits aber der Zeitbezug von 30 Minuten als problematisch eingestuft. Ein Dienst, bei dem der Diensthabende sich nicht mehr normal zu Hause aufhalten könne, weil er sonst nicht innerhalb von 30 Minuten am Patienten sein könne, erfülle nicht mehr die Kriterien des normalen Rufdienstes. Auch der Marburger Bund kritisierte in einer Stellungnahme, dass die im Fragebogen formulierte 30-Minuten-Erreichbarkeit sich nicht ohne weitergehende Erläuterung mit dem Instrument der ärztlichen Rufbereitschaft verträge.

**Frage 3.3.2 Ist an Ihrem Krankenhausstandort zu jeder Zeit mindestens ein Facharzt für Innere Medizin im Rufdienst verfügbar, der sich unverzüglich zum Patienten begibt?**<sup>8</sup>

Zu dieser Frage kam vereinzelt die Nachfrage, was unter „unverzüglich“ zu verstehen sei. Des Weiteren wurde vielfach kritisiert, dass sich die Begriffe „Rufdienst“ und „unverzüglich“ widersprechen.

Mehrfach wurde angemerkt, dass bei der Formulierung der Fragen „Bereitschaftsdienst“ und „Rufdienst“ verwechselt worden seien: So sei die 30-Minuten-Verfügbarkeit im Rufdienst üblich, „unverzüglich beim Patienten“ könne jedoch nur der Bereitschaftsdienst vor Ort sein.

---

<sup>7</sup> Entsprechend auch Frage 3.4.1 und 3.5.1 für die Fachgebiete Chirurgie und Anästhesiologie.

<sup>8</sup> Entsprechend auf Frage 3.4.2 und 3.5.2 für die Fachgebiete Chirurgie und Anästhesiologie.

---

**Frage 3.7.1 Ist ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ zu jeder Zeit an Ihrem Krankenhausstandort verfügbar?**

Der Marburger Bund deutete die Frage nach der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ als Frage nach der „Zusatzweiterbildung Notfallmedizin“ und kritisierte, dass eine Frage nach der Zusatzweiterbildung fachlich nicht korrekt sei. Ärzte mit dieser Zusatzweiterbildung seien häufig gerade nicht im Krankenhaus, sondern im präklinischen Bereich tätig.

**1.4.2.4 Frageblock 4: Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten****Frage 4.1.2 Wie viele Intensivbetten halten Sie an Ihrem Krankenhausstandort vor?**

Bei dieser Frage wurde teilweise nach einer genaueren Definition eines „Intensivbettes“ gefragt, insbesondere

- ◆ aufgestellte Betten oder Betten laut Feststellungsbescheid?
- ◆ Betten für Kinder und für Erwachsene?
- ◆ auch IMC-Betten?

**Frage 4.1.3 Inwieweit ist Ihr Krankenhausstandort auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten aufnahmebereit bzw. aufnahmefähig?**

Bei dieser Frage wurde nach dem Unterschied zwischen „60 Minuten nach Krankenhausaufnahme“ und „60 Minuten nach Indikationsstellung in der Notaufnahme“ gefragt.

Des Weiteren wurde kritisiert, dass die 60 Minuten viel zu lang seien.

**1.4.2.5 Frageblock 5: Medizinisch-technische Ausstattung****Frage 5.1.2 Befindet sich ein MRT in unmittelbarer Nähe zum Schockraum?**

Nachfragen gab es zur Definition „unmittelbare“ Nähe.

Des Weiteren kritisierte der Marburger Bund, dass diese Frage nicht aussagekräftig sei, da es viele baubedingte Gründe dafür gebe, dass ein MRT nicht in unmittelbarer Nähe zum Schockraum platziert werden könne.

**Frage 5.2.1: Verfügen Sie an Ihrem Krankenhausstandort über einen Schockraum?**

Zu dieser Frage gab es keine Nachfragen der befragten Krankenhausstandorte. Allerdings kritisierte der Marburger Bund in einer Stellungnahme, dass nicht definiert sei, ob damit der polytraumatische Schockraum, der internistische Schockraum oder beide gemeint seien.

**Frage 5.2.2: Ist mindestens ein Schockraum mindestens 25 qm groß?**

Vereinzelt nachgefragt wurde, aus welcher Quelle (Leitlinien, Empfehlungen) sich die Vorgabe einer Mindestgröße von 25qm ableite.

**Frage 5.3.1: Hat Ihr Krankenhausstandort einen genehmigten Hubschrauberlandeplatz?**

Ein Krankenhausstandort fragte nach dem Unterschied zwischen einem Hubschrauberlandeplatz und einer Hubschrauberlandestelle.

Bei einem Krankenhausstandort befindet sich der Hubschrauberlandeplatz derzeit im Bau, ist aber genehmigt. Dieser Krankenhausstandort hat die Frage nach dem Hubschrauberlandeplatz daher bejaht.

**Frage 5.4.1: Verfügt Ihr Krankenhausstandort über eine Stroke Unit?**

Nachgefragt wurde, ob die Stroke Unit zertifiziert sein müsse.

**Frage 5.3.3: Hat Ihr Krankenhausstandort eine Hubschrauberlandestelle (PIS)?**

Zu dieser Frage wurde zum einen nach der Bedeutung von PIS gefragt, zum anderen wurde gefragt, ob auch „ja“ anzukreuzen sei, wenn die Hubschrauberlandestelle in der Nähe des Krankenhausstandortes sei.

**1.4.2.6 Frageblock 6: Strukturen und Prozesse der Notaufnahme****Frage 6.1.1: Gibt es an Ihrem Krankenhausstandort eine Zentrale Notaufnahme?**

Bezüglich der Zentralen Notaufnahme gab es einige Nachfragen zur Definition einer ZNA, nämlich:

- ◆ Muss die eigenständige Leitung ärztlich sein oder genügt eine pflegerische Leitung?
- ◆ Reicht ein Oberarzt für die eigenständige Leitung aus oder muss die ZNA von einem Chefarzt geleitet werden?
- ◆ Ist das Kriterium auch erfüllt, wenn die Notaufnahme organisatorisch zu einer Abteilung gehört, beispielsweise zur Fachabteilung „Innere Medizin“?

Der Marburger Bund gab zu bedenken, dass „eine eigenständige, fachlich unabhängige Leitung“ einer weitergehenden Definition und Spezifizierung bedarf.

Des Weiteren kommentierten einige Universitätskliniken, dass eine ZNA für sie nicht wünschenswert sei, da ansonsten bei einem hohen Patientenaufkommen (z. B. aufgrund eines Unfalls mit vielen Schwerverletzten) der Normalbetrieb auf anderen Notaufnahmen nicht mehr möglich sei. In diesem Zusammenhang wurde kritisiert, dass die einzelnen Merkmale (z. B. Triage) nicht abgefragt würden, wenn keine ZNA vorhanden sei.

---

**Frage 6.1.2: Welcher Anteil der Notfallpatienten – ohne Notfälle von Kindern und ohne Notfälle im geburtshilflichen Bereich – wird in der Zentralen Notaufnahme aufgenommen? Bitte schätzen Sie den Anteil ggf.**

Zu dieser Frage wurde nachgefragt, welcher Anteil gemeint sei: der Anteil der Notfallpatienten, die stationär verbleiben (vs. ambulant), oder der Anteil der Notfallpatienten, die in der ZNA aufgenommen werden und nicht über andere Zugangswege.

**Frage: 6.1.11 Steht für die Aufnahmestation zusätzlich mindestens eine Pflegekraft pro fünf Betten / pro Schicht zur Verfügung?**

Diese Frage wurde in Zusammenhang mit Frage 6.1.9 (mindestens zwei Pflegekräfte pro Schicht) kritisiert, da dies zusammen genommen dann mindestens vier Pflegekräfte für sechs Betten bedeuten würde.

#### 1.4.2.7 Frageblock 7: Weitere Angaben

**7.1.1: Verfügt Ihr Krankenhausstandort gemäß § 75 Abs. 1b SGB V über eine Notdienstpraxis oder ist die Notfallambulanz in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der KV eingebunden?**

Bezüglich einer Kooperationsvereinbarung wurde gefragt, ob eine Kooperationsvereinbarung ausreiche oder ob alle möglichen Kooperationsvereinbarungen geschlossen sein müssten, um diese Frage zu bejahen.

#### 1.4.2.8 Frageblock 9: Notfallversorgung von Kindern

**9.1.3 Verfügt Ihr Krankenhausstandort über ein strukturiertes System zur Behandlungspriorisierung von Kindern in der Notfallversorgung (Triage)?**

Nachgefragt wurde, ob das „strukturierte System“ auch ein „validiertes System“ sein müsse.

**9.1.12 Ist an Ihrem Krankenhausstandort jederzeit (24 / 7) ein Facharzt für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie in 30 Minuten am Patienten verfügbar?**

Bezüglich dieser Frage wurde nach der Definition des Begriffes „nachgewiesene Erfahrung“ gefragt.

**9.1.17 Verfügt Ihr Krankenhausstandort jederzeit (24 / 7) über Magnetresonanztomographie (MRT), Sonographie, Röntgendiagnostik und Computertomographie (CT), die auf die besonderen Bedürfnisse pädiatrischer Patienten ausgerichtet sind?**

Nachgefragt wurde, ob alle aufgelisteten Geräte vorhanden sein müssten oder ob das Vorhandensein einer Auswahl ausreiche.

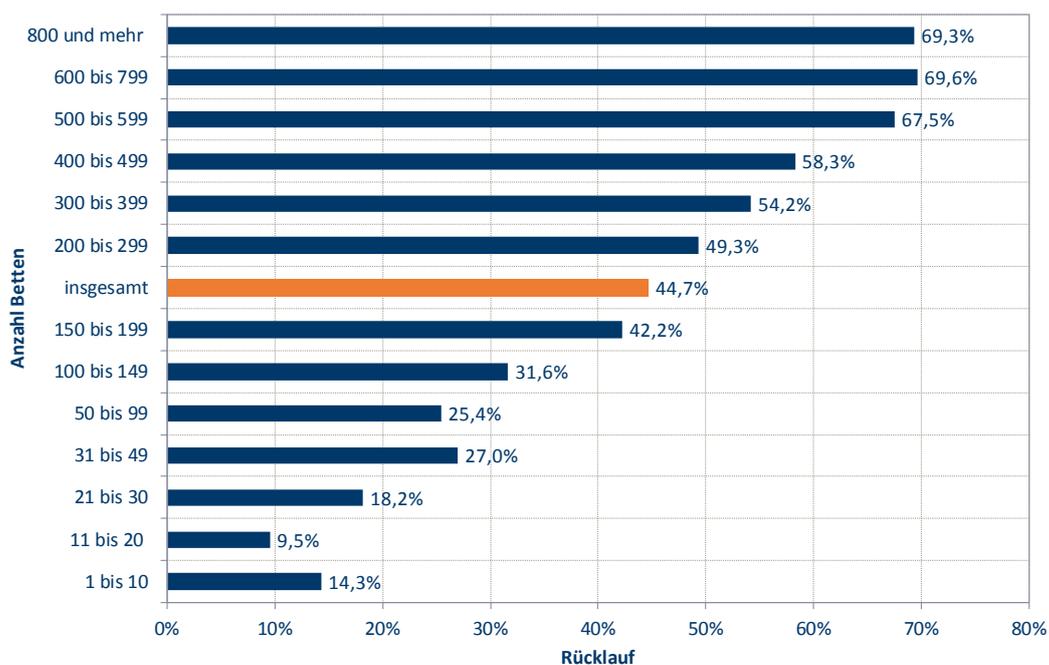
---

## 1.5 Beteiligung an der Befragung

Von den 1.783 angeschriebenen Krankenhausstandorten in Deutschland (vgl. dazu auch Kapitel 1.2) waren neun Standorte zum Zeitpunkt des Anschreibens schon geschlossen, 15 Standorte kamen aus verschiedenen Gründen für eine Teilnahme an der Befragung nicht in Betracht und fünf zusätzlich Standorte wurden von Krankenhäusern nachgemeldet. So ergab sich eine Grundgesamtheit von 1.764 relevanten Krankenhausstandorten. An der Befragung beteiligten sich insgesamt 788 Krankenhausstandorte (davon 23 anonym, d. h. ohne Nennung des Krankenhausstandortes). Dies entspricht einer Rücklaufquote von insgesamt rund 44,7 %.

Krankenhausstandorte mit einer größeren Anzahl an Betten nahmen überdurchschnittlich häufig an der Befragung teil (Abbildung 1).

Abbildung 1: Verteilung der Rücklaufquote nach der Größe der Krankenhäuser (Bettenzahl)



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte sowie den Daten der Strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2015

## 2. Sicherstellung einer leitliniengerechten Notfallversorgung

Im Rahmen des Gutachtens zur Folgenabschätzung war zu prüfen, ob/inwieweit die Mindestvoraussetzungen der verschiedenen Konzepte für die Zuordnung zu einer Notfallstufe geeignet sind, die Versorgung von Notfällen gemäß den Vorgaben der Leitlinien, auf welche im Stellungnahme-Verfahren Bezug genommen wird, zu gewährleisten.

Im Projektverlauf wurde der Untersuchungsauftrag durch den Auftraggeber dahingehend modifiziert, dass als Bezugsgröße für die Beurteilung der verschiedenen Konzepte das Eckpunktepapier von Fischer et al. (2016) samt der im Internet verfügbaren Anhänge<sup>9</sup> herangezogen werden soll. Dieses Papier fokussiert auf sechs besonders notfallrelevante Tracerdiagnosen (schweres Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall, Schwerverletzte/Polytrauma, Sepsis, ST-Hebungsinfarkt, plötzlicher Kreislaufstillstand) und stellt zudem die besonderen Anforderungen an die Versorgung von Kindern mit diesen Indikationen heraus. Für jede dieser sechs Tracerdiagnosen und die pädiatrische Notfallversorgung werden Anforderungen an ein zur Notfallversorgung „geeignetes“ Krankenhaus formuliert und Vorgaben für die maximale Dauer von der Krankenhausaufnahme bis zum Beginn der definitiven Therapie gemacht. Die im Eckpunktepapier enthaltenen Vorgaben zu spezifischen medizinischen Maßnahmen und zur Qualitätssicherung (etwa Teilnahme an einem Register) werden hier nicht berücksichtigt.

Im Folgenden werden diese Anforderungen und Zeitvorgaben für die einzelnen Bereiche dargestellt, und es wird geprüft, ob sich diese Vorgaben in den Konzepten für die gestufte Notfallversorgung gemäß Beschlussentwurf vom 12.12.2016 wiederfinden.

---

<sup>9</sup> Vgl. Fischer M, Kehrberger E, Marung H, Moecke H, Prückner S, Trentzsch H, Urban B (2016) Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall + Rettungsmedizin, August 2016, Vol. 19 Nr. 5: 387-395. Online verfügbar samt Anhängen unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-016-0187-0>

---

## Schweres Schädel-Hirntrauma

Die Anforderungen an die klinische Versorgung von Patienten mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma werden in den Konzepten nur zum Teil erfüllt. Wesentliche Kriterien (jederzeit verfügbares CT, Schockraum) werden im Konzept der DKG erst für die erweiterte Notfallversorgung gefordert (Tabelle 1).

Tabelle 1: Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Patienten mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
zertifiziertes Traumazentrum	ähnlich (Traumazentrum ja, Zertifizierung nein)	Modul Schwerverletztenversorgung	GKV-SV & KBV (überregionales TZ), DKG (Traumazentrum)
neurochirurgische Fachabteilung	nein (ist in Konzepten fakultativ)		
jederzeit einsatzbereites CT	ja / ähnlich	Basis/erweitert	Basis: GKV-SV, PatV, KBV/erweitert: DKG („grundsätzlich zu jeder Zeit“)
Schockraum	ja	Basis/erweitert	Basis: GKV-SV, KBV, LV; erweitert: DKG
Raumfordernde intrakranielle Verletzungen sollen notfallmäßig operativ versorgt werden (innerhalb von 90min nach Notrufeingang; unter der Maßgabe, dass der Patient höchstens 60 Minuten nach Notrufeingang in einer geeigneten Klinik aufgenommen wird)	nein		

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016

## Schlaganfall

Die Anforderungen des Eckpunktepapiers an die klinische Notfallversorgung eines Schlaganfalls sind in den Konzepten nur teilweise und nur für die erweiterte oder umfassende Notfallversorgung enthalten (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anforderungen an die klinische Notfallversorgung eines Schlaganfalls und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
zertifizierte Stroke Unit	ähnlich (Stroke Unit ja, aber ohne Zertifizierung)	umfassend/ Modul Schlaganfallversorgung	DKG
24-Stunden CT-Bereitschaft	ja/ähnlich	Basis/ erweitert	Basis: GKV-SV, PatV, KBV; erweitert: DKG („grundsätzlich zu jeder Zeit“)
CT in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme	nein		
die "door-to-needle-time" sollte kürzer als 30 Minuten sein („time is brain“), entsprechend einer Zeit von unter 90 Minuten ab Notrufeingang.	nein		

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016

### Schwerverletzte / Polytrauma

Die beiden strukturellen Anforderungen (Traumazentrum, Schockraum) an die Versorgung von schwerverletzten Patienten / Patienten mit einem Polytrauma sind in den Konzepten grundsätzlich enthalten, aber teilweise erst auf den Stufen der erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung (Tabelle 3).

Tabelle 3: Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Schwerverletzten/Patienten mit Polytrauma und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
zertifiziertes überregionales oder regionales Traumazentrum	ähnlich (Traumazentrum ja, Zertifizierung nein)	Modul Schwerverletztenversorgung	GKV-SV & KBV (überregionales TZ), DKG (Traumazentrum)
Schockraum	ja	Basis/erweitert	Basis: GKV-SV, KBV, LV; erweitert: DKG
innerhalb von 90 Minuten nach Notrufeingang Beginn einer lebensrettenden Notfallopation (unter der Maßgabe, dass der Patient höchstens 60 Minuten nach Notrufeingang in einer geeigneten Klinik aufgenommen wird)	nein		

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016

## Sepsis

Die über die allgemeine Notfallversorgung hinausgehenden, spezifischen Anforderungen an die Notfallversorgung von Sepsis-Patienten sind in den Konzepten nicht enthalten (Tabelle 4).

Tabelle 4: Anforderungen an die klinische Notfallversorgung einer Sepsis und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
Schockraum	ja	Basis/ erweitert	Basis: GKV-SV, KBV, LV; DKG (erweitert)
rund um die Uhr einsatzbereite Notaufnahme	ja	Basis	GKV-SV, PatV, KBV
Intensivstation	ja /ähnlich	Basis / ab erweitert	GKV-SV, PatV, KBV, LV; ab erweitert: DKG (Intensivbetten)
rund um die Uhr einsatzbereites CT	ja /ähnlich	Basis/ erweitert	Basis: GKV-SV, PatV, KBV/erweitert: DKG („grundsätzlich zu jeder Zeit“)
rund um die Uhr einsatzbereites Labor	nein		
Möglichkeiten zur Sanierung des Infekt-Fokus mit entsprechender fachspezifischer Qualifikation	nein		
Alle Maßnahmen des Resuscitation-Bündels (außer Antibiotikatherapie) einschließlich Diagnostik und mikrobiologische Probenentnahme innerhalb von 90 Minuten ab Notruf (unter der Maßgabe, dass Patienten mit V.a. Sepsis innerhalb von 60 Minuten nach Notrufeingang in einem geeigneten Krankenhaus eintreffen), dann Beginn der Antibiotikatherapie	nein		

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016

### Plötzlicher Kreislaufstillstand

Die Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Patienten mit einem plötzlichen Kreislaufstillstand sind in den Konzepten vielfach – zumindest in ähnlicher Form – enthalten, oft jedoch erst ab der Stufe der erweiterten Notfallversorgung (Tabelle 5).

Tabelle 5: Anforderungen an die klinische Notfallversorgung Patienten mit einem plötzlichen Kreislaufstillstand und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
unmittelbar und jederzeit Möglichkeit zur kardiologischen Katheter-Intervention	ähnlich den Vorgaben zur PCI	erweitert	KBV, GKV-SV (20 Minuten), LV (30 Minuten), DKG (60 Minuten)
unmittelbar und jederzeit Möglichkeit zur CT-Untersuchung	ja/ähnlich	Basis/ erweitert	Basis: GKV-SV, PatV, KBV/erweitert: DKG („grundsätzlich zu jeder Zeit“)
unmittelbar und jederzeit Möglichkeit zur therapeutischen Hypothermie/ zu zielgerichtetem Temperaturmanagement	nein		
unmittelbar und jederzeit Möglichkeit zur standardisierten Intensivtherapie	Ähnlich (Intensivstation; Intensivbetten, Fachabteilung/Facharzt Anästhesiologie, Aufnahmebereitschaft beatmungspflichtige Patienten)	Basis / erweitert / umfassend	je nach Indikator
Behandlung von CPR-Patienten innerhalb von 90 bis 120 Minuten nach rettungsdienstlichem Erstkontakt im Herzkatheterlabor	ähnlich (Minuten bis PCI nach KH-Aufnahme)	erweitert	KBV, GKV-SV (20 Minuten), LV (30 Minuten), DKG (60 Minuten)

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016

### ST-Hebungsinfarkt

Bis auf das Schnelllabor zur Infarkt Diagnostik sind die Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Patienten mit ST-Hebungsinfarkt in den Konzepten zumindest in ähnlicher Form enthalten, vielfach jedoch erst ab der Stufe der erweiterten Notfallversorgung (Tabelle 6).

Tabelle 6: Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Patienten mit ST-Hebungsinfarkt und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
Akut-PCI 60 bis spätestens 90 Minuten nach Notrufeingang	ähnlich (Minuten bis PCI nach KH-Aufnahme)	erweitert	KBV, GKV-SV (20 Minuten), LV (30 Minuten), DKG (60 Minuten)
Herzkatheterlabor, das Interventionen jederzeit (24h und 365 Tage) innerhalb von 20 Minuten durchführen kann	ähnlich (Minuten bis PCI nach KH-Aufnahme)	erweitert	KBV, GKV-SV (20 Minuten)
Schnelllabor zur Infarkt Diagnostik	nein		
Intensivstation	ja / ähnlich	Basis / erweitert	ab Basis: GKV-SV, PatV, KBV, LV (Intensivstation); ab erweitert: DKG (Intensivbetten)

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016

## Pädiatrische Notfallversorgung

Die besonderen Anforderungen an die pädiatrische Notfallversorgung der Trauerdiagnosen sind in den Konzepten nur zum Teil und oft erst aber der Stufe der erweiterten Notfallversorgung enthalten (Tabelle 7).

Tabelle 7: Anforderungen an die pädiatrische Notfallversorgung der Trauerdiagnosen und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
<b>Schädel-Hirn-Trauma</b>			
Möglichkeit zur sofortigen Intervention (CT, Verlaufs-CCT, Trepanation, eventuell Anlage Hirndrucksonde)	nur CT	Basis/erweitert	Basis: GKV-SV, PatV, KBV/erweitert: DKG („grundsätzlich zu jeder Zeit“)
Kinderklinik oder etablierte Verfahrensweise zur Weiterverlegung an eine Kinderabteilung oder Kinderklinik mit Kinderchirurgie u. Kinderintensivstation	ja	Basis	GKV-SV, KBV (Klinik verfügt über Weiterverlegungskonzept)
<b>Schlaganfall</b>			
Klinik mit Pediatric Stroke Unit oder eine Kinderklinik mit dienstbereitem Kinderneurologen und CT	nein		
interdisziplinäres Team aus Kinderneurologen, Kinderintensivmediziner, Kinderhämostaseologen und Kinder-Neuroradiologen	nein		
<b>Schwerverletzte/Polytrauma</b>			
Zertifiziertes Traumazentrum DGU	teilweise (TZ ja, Zertifizierung nein)	Modul Schwerverletztensorversorgung	GKV-SV & KBV (überregionales TZ) DKG (Traumazentrum)
Ausstattung des Schockraums gemäß Empfehlung der Gesellschaft für Unfallchirurgie	nein		
Krankenhäuser mit ausgewiesener kindertraumatischer Kompetenz oder einer eigenen Abteilung für Kinderchirurgie	ähnlich	erweitert	GKV-SV, KBV (Kinderchir. oder schriftliche Koop.vereinbarung)

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
Krankenhäuser ohne Kinderklinik müssen über eine etablierte Verfahrensweise zur Weiterverlegung an einer Kinderabteilung od. Kinderklinik mit Kinderchirurgie und Kinderintensivstation verfügen	ähnlich	Basis	GKV-SV, KBV (Klinik verfügt über Weiterverlegungskonzept)
<b>ST-Hebungsinfarkt</b>			
Therapiesteuerung durch Kinderkardiologen	nein		
Reanimation bei plötzlichem Kreislaufstillstand			
Kinderintensivstation mit Expertise in der Postreanimationsbehandlung und Möglichkeit eines CCT bei V.a. hypoxisches Hirn-ödem	teilweise / ähnlich	umfassend	GKV-SV, KBV (pädiatrische Intensivstation mit mindestens 10 Betten)

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016



# Folgenabschätzung Notfallstufen

## Methodendiskussion

Clara Lux, Michael Draheim  
Referenten im Dezernat II,  
Krankenhausfinanzierung und -planung

## 1. Limitationen Datenquellen

- IGES
- § 21 KHEntgG Daten

## 2. Methodendiskussion Folgenabschätzung GKV-SV

- Berücksichtigung IGES-Ergebnisse
- Schwellenhäuser
- Operationalisierung mit § 21 KHEntgG Daten
- Sicherstellungszuschlagskandidaten

### Limitationen:

- Höhere Teilnahmequote von Krankenhausstandorten mit vielen Betten
- Standortdefinition noch nicht in Daten verankert (Grundgesamtheit ungenau)
- Selbstauskunft der Krankenhäuser, keine Nachfassung oder Prüfung durch das IGES-Institut
- Teilweise unplausible Antworten (z.B. Fachabteilungsdefinition, Rufdienst vs. 30 Minuten)

### Limitationen:

- zahlreiche in den Beschlussentwürfen enthaltene Vorgaben fehlen in den § 21 KHEntgG Daten. Diese enthalten nur:
  - Großgeräte (CT, MRT)
  - Fachabteilungen (4-Stelliger Schlüssel nach § 301 SGB V)
  - „Intensivfälle“
- Module in § 21 KHEntgG Daten nicht abgebildet, somit fehlen diese Krankenhausstandorte in den Auswertungen der § 21 KHEntgG Daten
  - Fachkliniken
  - Traumazentren
  - Kinderkrankenhäuser
  - Stroke Unit

## 1. Limitationen Datenquellen

- IGES
- § 21 KHEntgG Daten

## **2. Methodendiskussion Folgenabschätzung GKV-SV**

- Berücksichtigung IGES-Ergebnisse
- Schwellenhäuser
- Operationalisierung mit § 21 KHEntgG Daten
- Sicherstellungszuschlagskandidaten

## 2. Methodendiskussion GKV-SV

### Berücksichtigung IGES-Ergebnisse

- Ergebnisse der IGES-Befragung werden teilweise nicht berücksichtigt, auch wenn vollständig ausgefüllte Fragebögen vorliegen
- Ca. **95 Krankenhausstandorte** betroffen
- Hierbei handelt es sich weder um vom GKV-SV ausgewiesene „Schwellenkrankenhäuser“ noch um Sicherstellungszuschlagskandidaten (nach Berechnungen DKG)

 Überschätzung der Teilnehmer an den Notfallstufen

- Krankenhäuser mit häufig nur minimalen Abweichungen von den Vorgaben
- Nach GKV-SV kann die Basisstufe durch geringfügige Anpassung an den Strukturen des Krankenhauses erreicht werden
- **Annahme GKV-SV: Schwellenhäuser sind Teilnehmer an den Notfallstufen**
- Operationalisierung dieser minimalen Abweichungen unklar
- **ca. 100 Standorte** werden zusätzlich mitgezählt

 Überschätzung der Teilnehmer an den Notfallstufen

#### Annahme Fachabteilungen

- Vorliegen Fachabteilung wird angenommen, wenn im Jahr mindestens 50 Fälle mit dem jeweiligen Fachabteilungsschlüssel entlassen wurden
- Dies entspricht einer Fachabteilungsgröße von ca. 1 Planbett
- Unbekannt bleibt zudem, ob diese Krankenhäuser die Fachabteilungsdefinition erfüllen
- Die Angabe der Fachabteilungsschlüssel ohne direkte Relevanz in den Abrechnungsdaten

 Tendenzielle Überschätzung der Teilnehmer an den Notfallstufen und der Stufenzuordnung

#### Annahme Großgeräte

- Ein CT bzw. MRT wird grundsätzlich vorgehalten, wenn der entsprechende OPS kodiert wurde
- Ein CT bzw. MRT liegt 24 h vor, wenn der entsprechende OPS außerhalb der üblichen Geschäftszeiten kodiert wurde
- Möglich, dass ein Krankenhaus diese zwar abrechnet, aber nicht am Standort, sondern nur in Kooperation vorhält
- Kodierzeitpunkt nicht immer Zeitpunkt der Leistungserbringung

 Tendenzielle Überschätzung der Teilnehmer an den Notfallstufen und der Stufenzuordnung

# 2. Methodendiskussion GKV-SV

## Operationalisierung mit § 21 KHEntgG Daten

### Operationalisierung Intensivstationen und -betten DKG I

Differenzierte Ermittlung der Intensivbetten über die Fallzahl / Auslastung

- Auswertung der Anzahl der Fälle auf Intensivstationen mit 24 Stunden Beatmung oder Kodierung der Prozeduren '8-980', '8-98d' bzw.'8-98f' (intensivmedizinische Komplexbehandlung bzw. aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung)
- Durchschnittliche Verweildauer dieser Fälle: 6,06 Tage
- Anteil dieser Fälle auf Intensivstationen: ca. 48,2%
- Berücksichtigung der durchschnittlichen Auslastung der Intensivbetten (90 %)
- Berücksichtigung unterdurchschnittlicher Fallzahlen der Intensivbetten durch Abzug von 25 % (in der Basisstufe 35 %)



**In einem Intensivbett werden ca. 19,6 dieser Fälle (24 Stunden Beatmung oder Kodierung der Prozeduren '8-980', '8-98d' bzw.'8-98f') pro Jahr behandelt.**

# 2. Methodendiskussion GKV-SV

## Operationalisierung mit § 21 KHEntgG Daten

### Operationalisierung Intensivstationen und -betten DKG II

	Anzahl Intensivbetten DKG	Annahme: Anzahl Fälle*	Anzahl Intensivbetten GKV-SV	Annahme: Anzahl Fälle*
Stufe der Basisnotfallversorgung	0	0	6	100
Stufe der erweiterten Notfallversorgung	4	78	10	196
Stufe der umfassenden Notfallversorgung	20	392	20	392

\* Fälle auf Intensivstationen mit 24 Stunden Beatmung oder Kodierung der Prozeduren '8-980', '8-98d' bzw. '8-98f' (intensivm. Komplexbehandlung bzw. aufwendige intensivm. Komplexbehandlung)

- Durch die Annahme des GKV-SV (25 Fälle = 6 Intensivbetten) wird die Anzahl an Standorten mit Intensivstationen in der Auswertung des GKV-SV überschätzt
- Bei den angenommenen 25 Fällen ergäbe sich eine Auslastung der Intensivstationen von 14 %

## 2. Methodendiskussion GKV-SV

### Sicherstellungszuschlagskandidaten

- Annahme des GKV-SV: Sicherstellungszuschlagskandidaten = Teilnehmer an den Notfallstufen
- Derzeit im Beschlussentwurf des GKV-SV noch keine derartige Regelung vorhanden
- **Änderung im Beschlussentwurf des GKV-SV notwendig, sonst falsch-positive Darstellung**

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**



# Länderbezogene Auswirkungsanalysen auf Basis des Notfallstufenkonzeptes des GKV-Spitzenverbandes

Gemeinsamer Bundesausschuss  
UA Bedarfsplanung  
Berlin, 26.02.2018

Johannes Wolff  
Kerstin Bockhorst  
GKV-Spitzenverband



# Stationäres Notfallstufenkonzept GKV-Stufenmodell



**Grundmodul  
Erwachsenennotfallversorgung**

**Modul  
Kindernotfallversorgung**

**Modul  
Schwererletzten-  
versorgung**

Umfassende Notfallversorgung

Umfassende Notfall-  
versorgung < 18 Jahre

Erweiterte Notfallversorgung

Erweiterte Notfallversorgung  
< 18 Jahre

Überregionale  
Traumazentren

Basisnotfallversorgung

Basisnotfall-  
versorgung  
< 18 Jahre

**Spezialversorgung (Kein Zu- und Abschlag!)**  
Psychiatrische Krankenhäuser und Besondere Einrichtungen

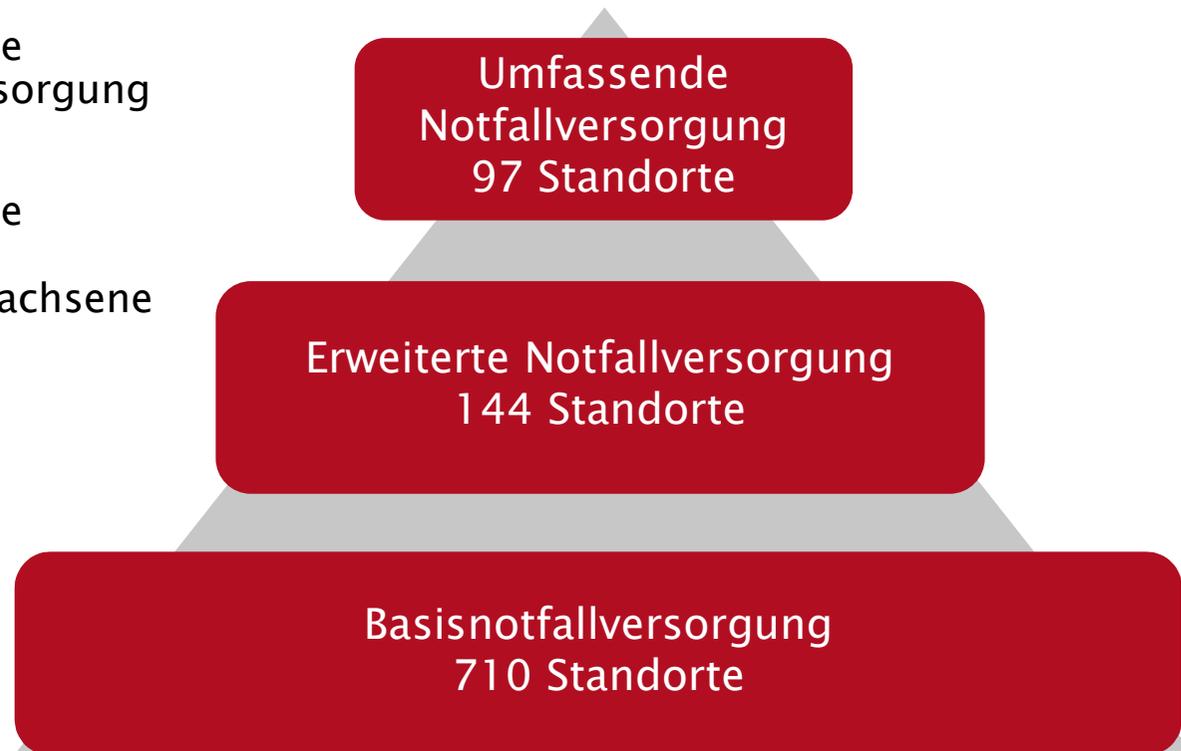
Keine Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

# Methodisches Vorgehen bei der Sekundärdatenanalyse

- ▶ Datenquellen:
  - Eigenangaben der Krankenhäuser aus der IGES Befragung
  - Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntgG: alle vollstationären somatischen Fälle mit Entlassung im Jahre 2016
- ▶ Grundsätzlich werden bei allen Kriterien zunächst die Eigenangaben der Krankenhäuser (IGES-Befragung) herangezogen. Soweit diese nicht vorliegen, wird auf die Abrechnungsdaten zurückgegriffen.
  - Beispiel: Macht ein Krankenhaus Angaben zu den relevanten Basisfachabteilungen und zur CT-Verfügbarkeit, aber keine Angaben zu den vorhandenen Intensivbetten, so wird lediglich die Information zu den Intensivbetten ersatzweise durch die Abrechnungsinformationen ergänzt.
- ▶ Plausibilisierung der einzelnen Datensätze durch Abgleich mit Qualitätsberichten und Webrecherchen

# Auswertungsergebnisse Erwachsenennotfallversorgung (Eigenangaben und Sekundärdaten)

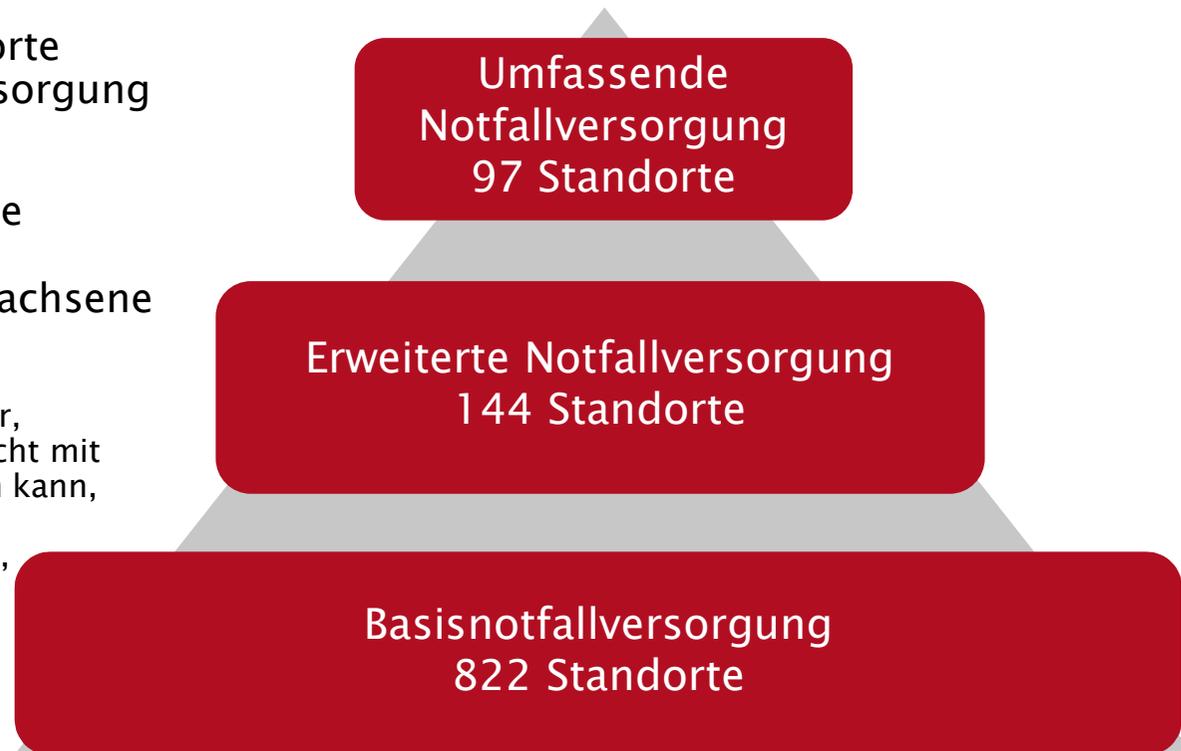
- ▶ 951 Krankenhausstandorte nehmen an der Notfallversorgung für Erwachsene teil (54 %)
- ▶ 797 Krankenhausstandorte nehmen nicht an der Notfallversorgung für Erwachsene teil (46 %)



# Auswertungsergebnisse Erwachsenennotfallversorgung inkl. „Schwellenhäuser“\*

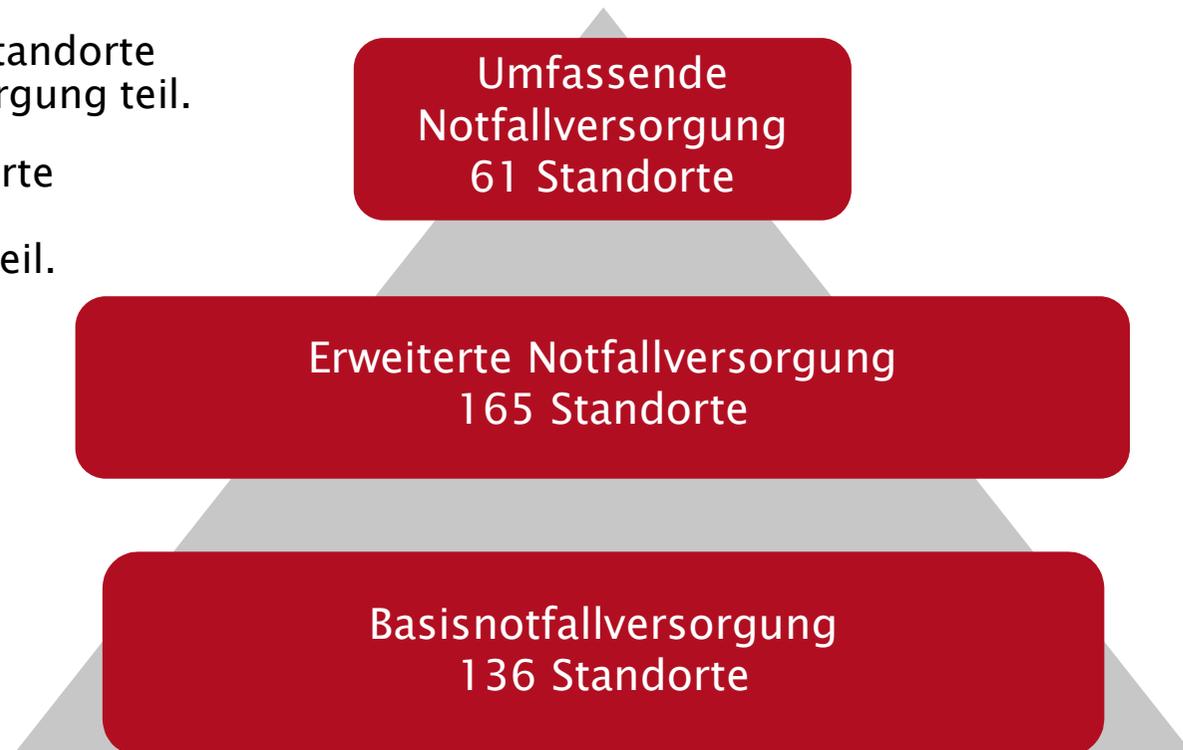
- ▶ 1.063 Krankenhausstandorte nehmen an der Notfallversorgung für Erwachsene teil (61 %)
- ▶ 685 Krankenhausstandorte nehmen nicht an der Notfallversorgung für Erwachsene teil (39 %)

\*Schwellenhäuser sind Krankenhäuser, bei denen aufgrund der Datenlage nicht mit letzter Gewissheit festgestellt werden kann, ob sie die Voraussetzungen für die Gewährung eines Zuschlages erfüllen, da hier nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussentwurfs gegeben sind.



# Auswertungsergebnisse Kindernotfallversorgung (Eigenangaben und Sekundärdaten)

- ▶ Insgesamt nehmen 362 Standorte an der Kindernotfallversorgung teil.
- ▶ Davon nehmen 54 Standorte ausschließlich an der Kindernotfallversorgung teil.



# Auswertungsergebnisse Teilnehmer insgesamt inkl. Schwellenhäuser



## Gesamtergebnis:

- ▶ Die Grundgesamtheit umfasst 1.748 Krankenhausstandorte.
- ▶ **Insgesamt erfüllen 1.117 Standorte inkl. Schwellenhäuser mindestens die Kriterien der Basisnotfallversorgung (64 %).**
- ▶ 631 Standorte erfüllen nicht die Kriterien der Basisnotfallversorgung (36 %).

## Anteil der behandelten Notfälle:

**Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit 95 % der Notfälle nachts und am Wochenende versorgt!**



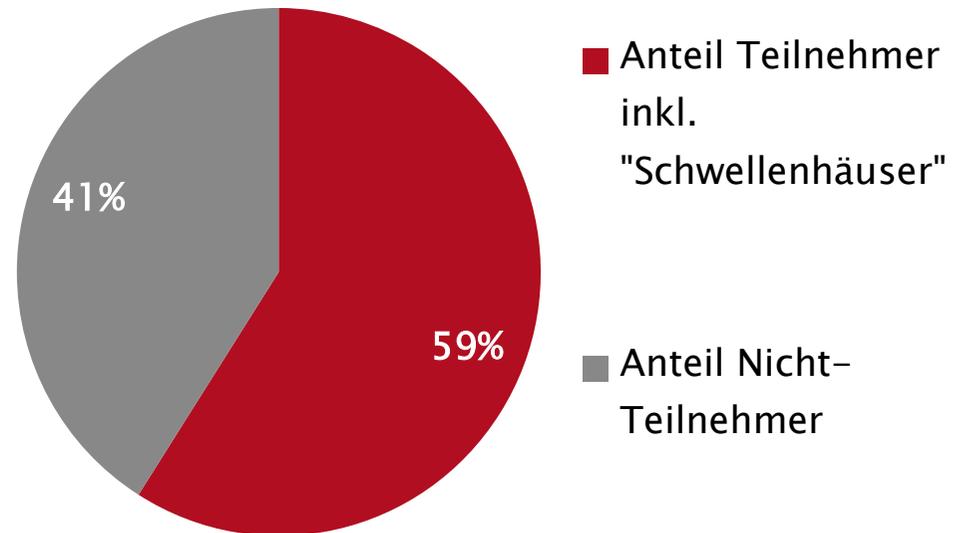
# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Baden-Württemberg

Krankenhausstandorte insgesamt: 197

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 117

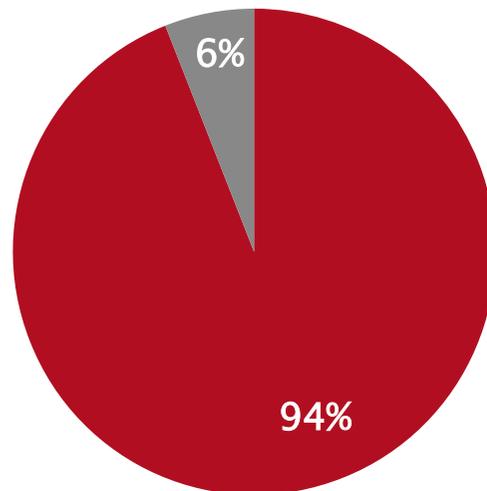
Nicht Zuschlagsberechtigte: 80

\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussesentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.



# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Baden-Württemberg

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **94 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.



- Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Teilnehmer
- Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Nicht-Teilnehmer

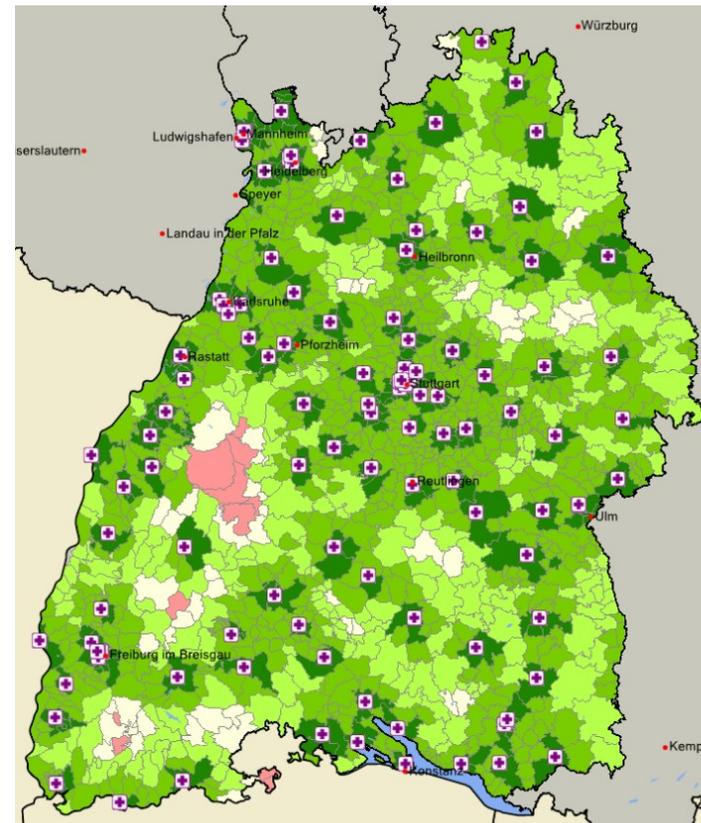
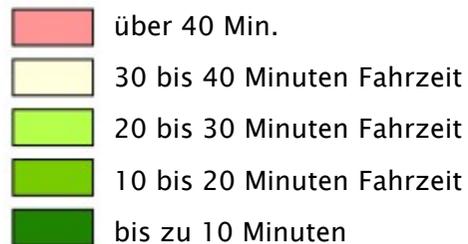


# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Baden-Württemberg**



Spitzenverband

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 12,8 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 2,8 %



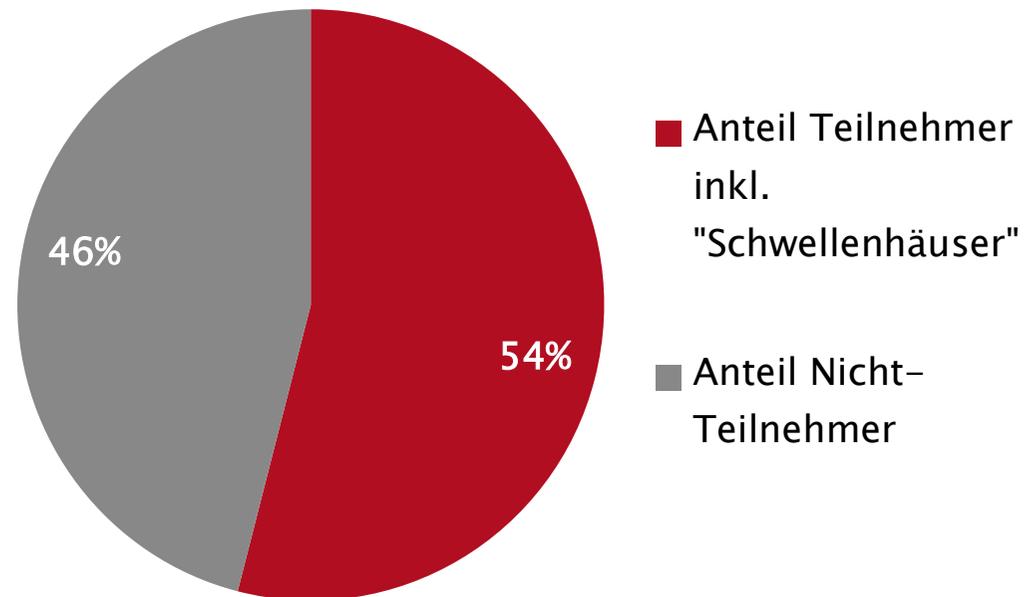
# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Bayern

Krankenhausstandorte insgesamt: 308

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 166

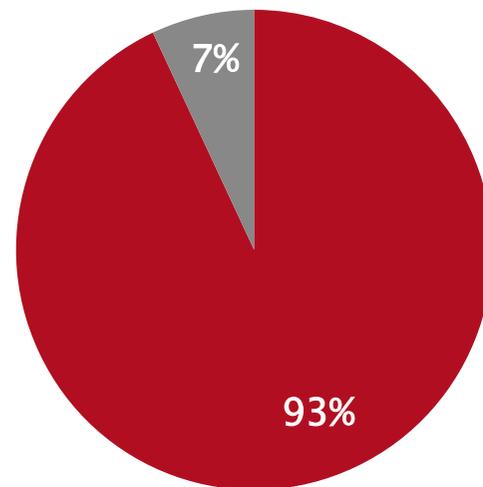
Nicht Zuschlagsberechtigte: 142

\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlusstwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.



# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Bayern

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **93 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.



■ Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Teilnehmer

■ Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Nicht-Teilnehmer

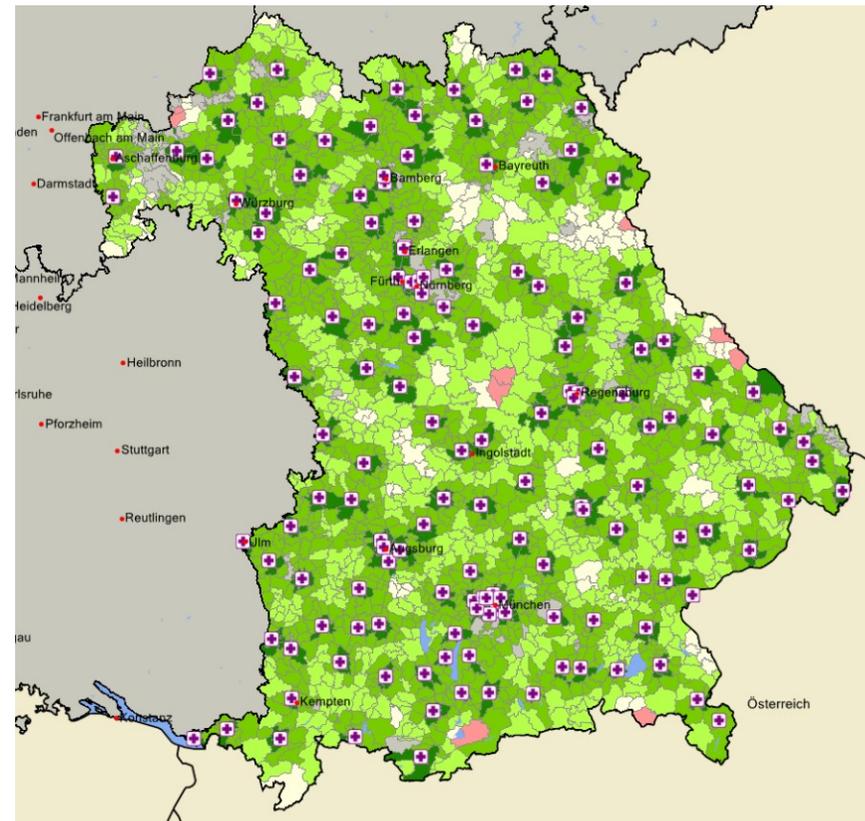
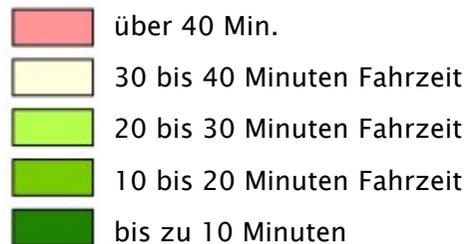


# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Bayern**



Spitzenverband

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 13,1 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 3,1 %

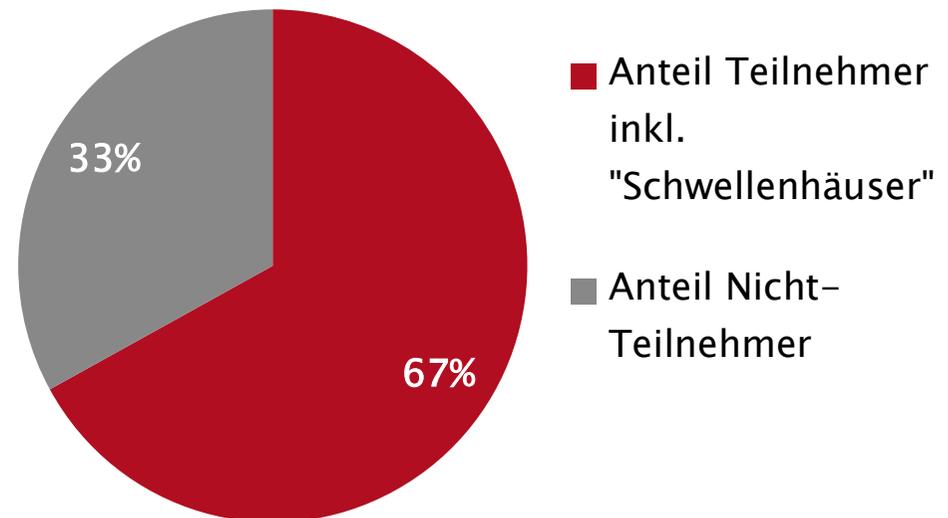


# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Berlin

Krankenhausstandorte insgesamt: 58

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 39

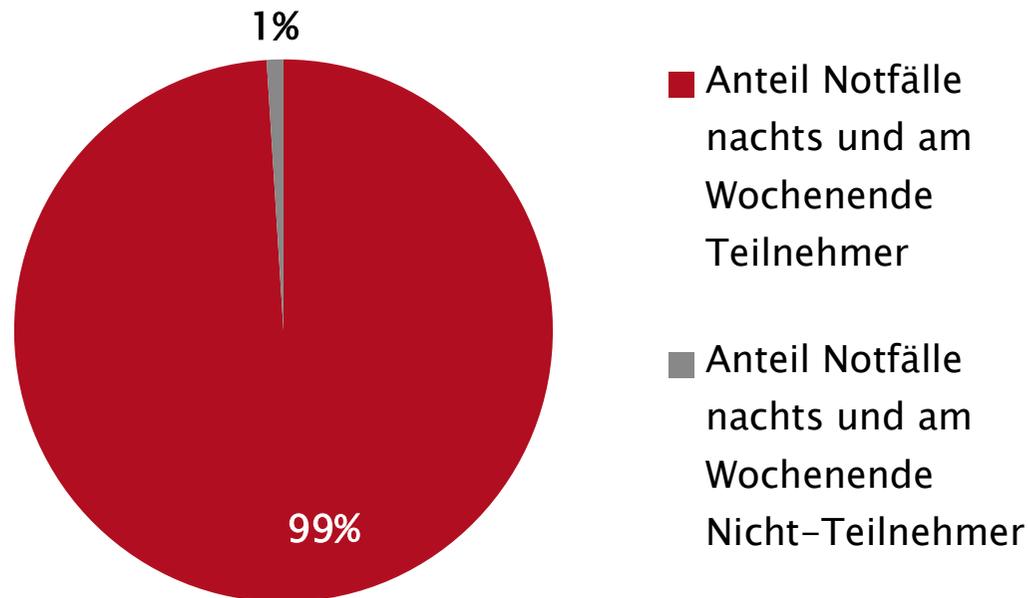
Nicht Zuschlagsberechtigte: 19



\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussesentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.

# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Berlin

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **99 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.

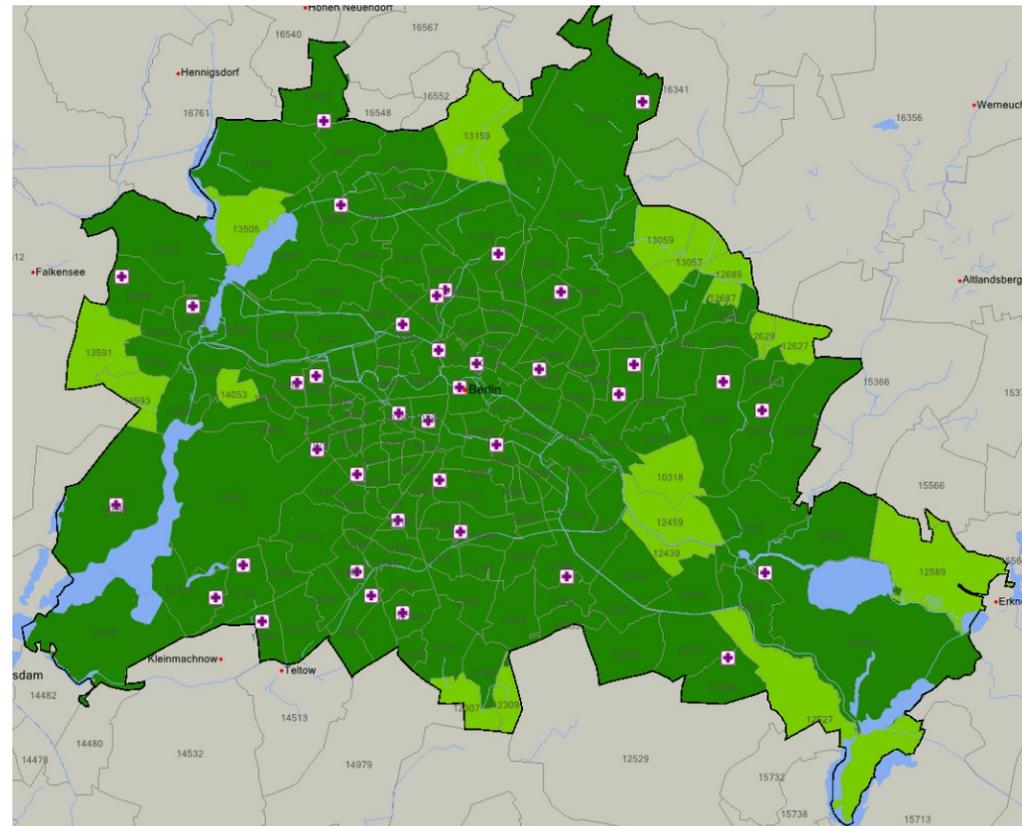
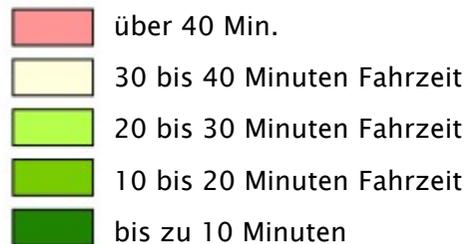


# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Berlin**



Spitzenverband

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 5,8 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 0 %

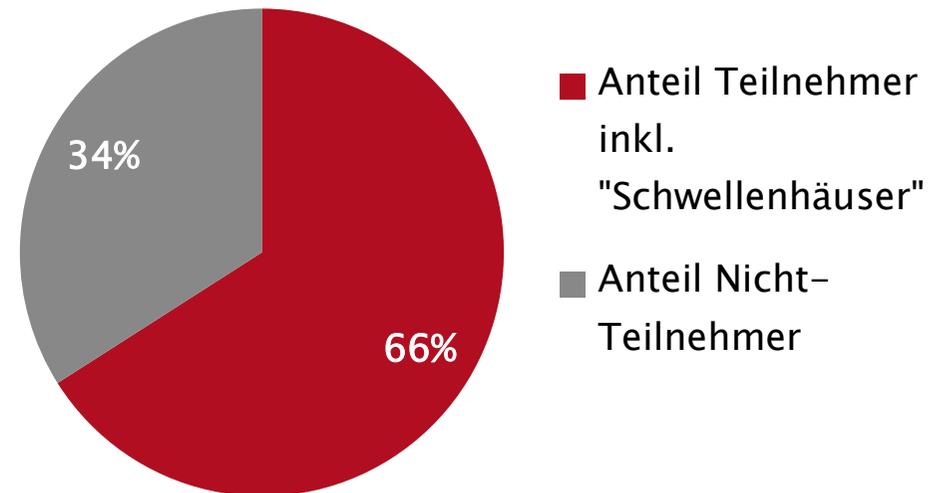


# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Brandenburg

Krankenhausstandorte insgesamt: 64

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 42

Nicht Zuschlagsberechtigte: 22

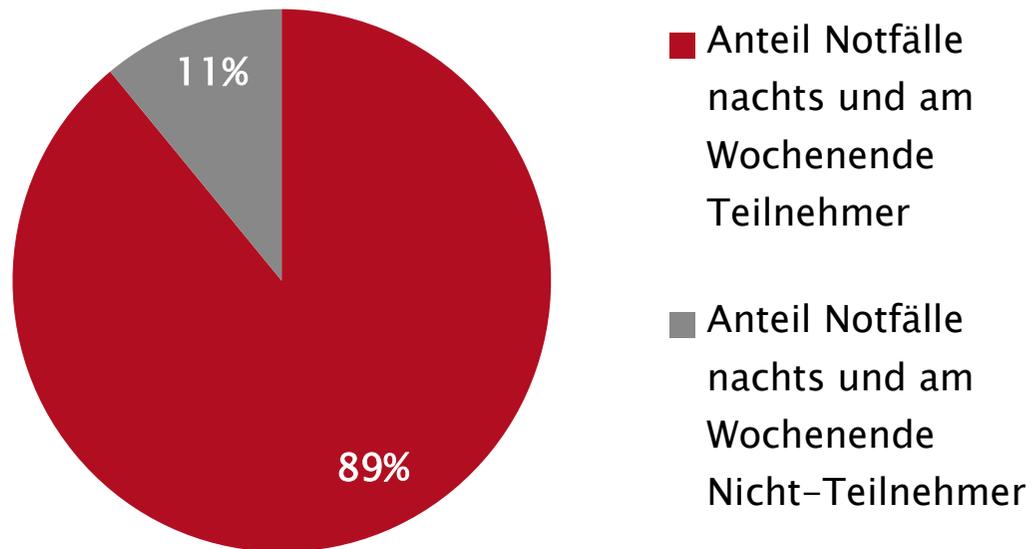


\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.



# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Brandenburg

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **89 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.

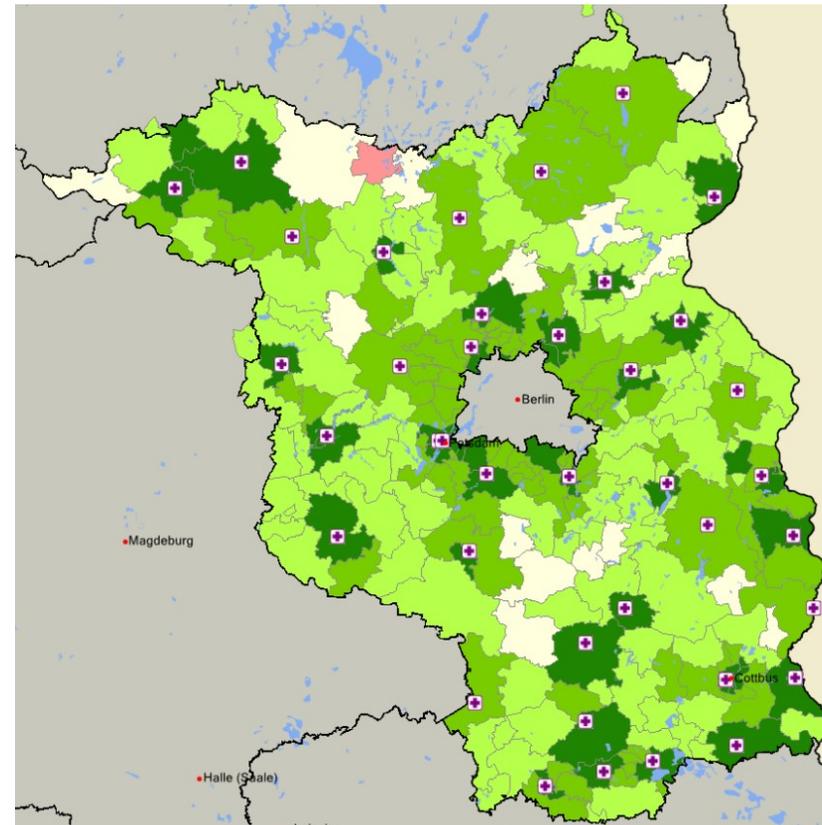
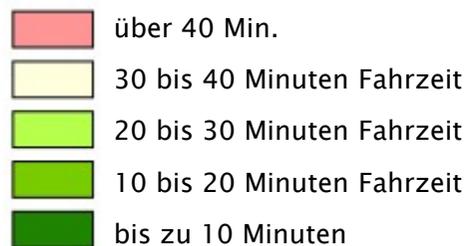


# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Brandenburg**



Spitzenverband

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 14,7 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 6,7 %



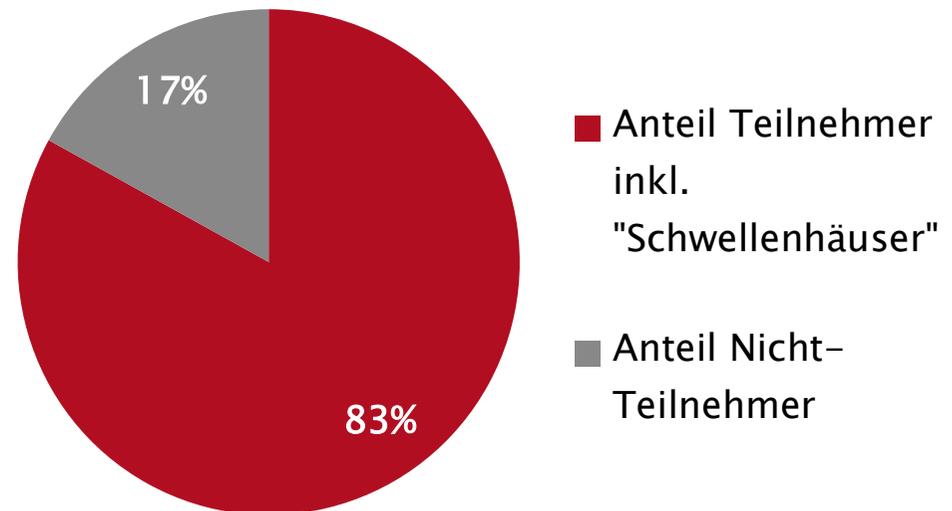
# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Bremen



Krankenhausstandorte insgesamt: 12

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 10

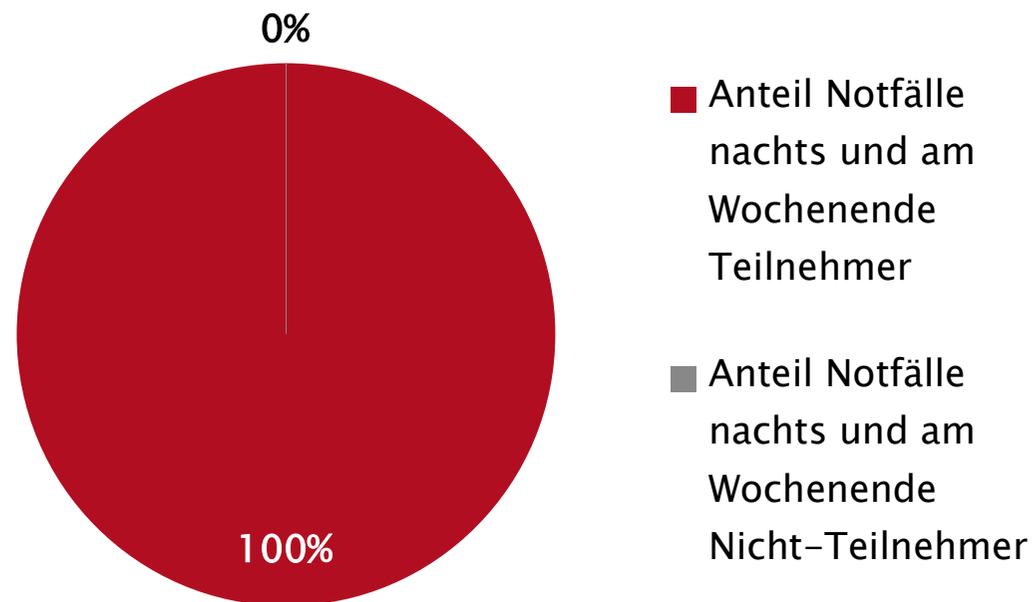
Nicht Zuschlagsberechtigte: 2



\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.

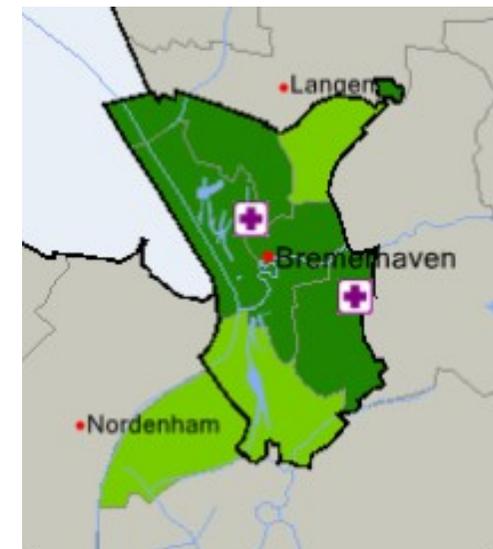
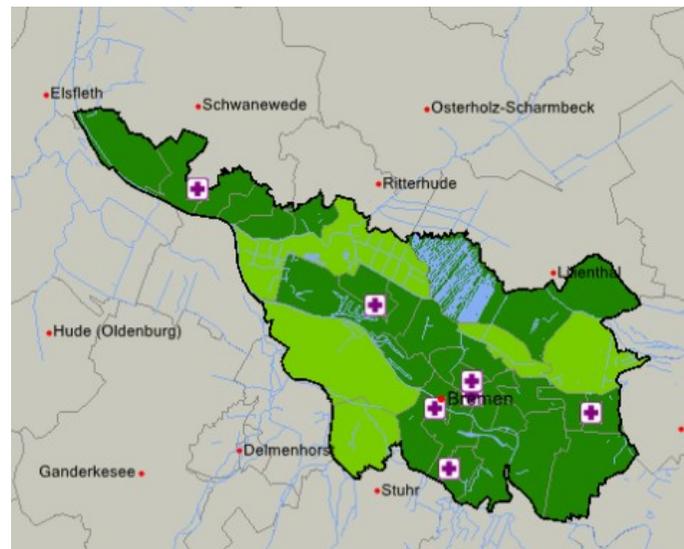
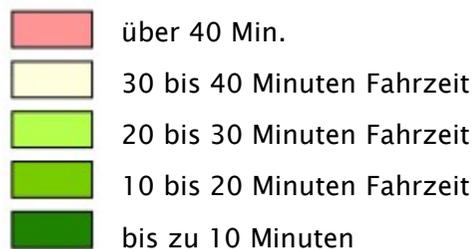
# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Bremen

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **100 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.



# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Bremen**

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 7 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 0 %



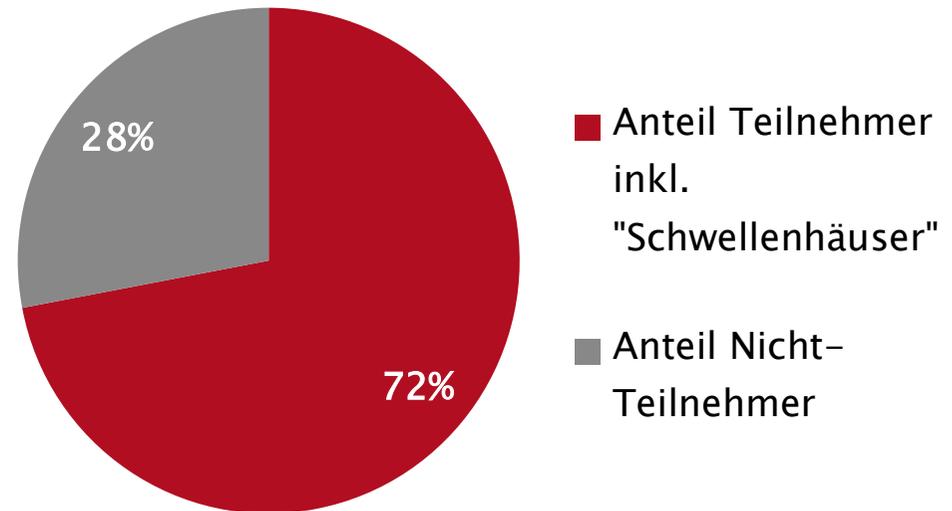
# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Hamburg

Krankenhausstandorte insgesamt: 32

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 23

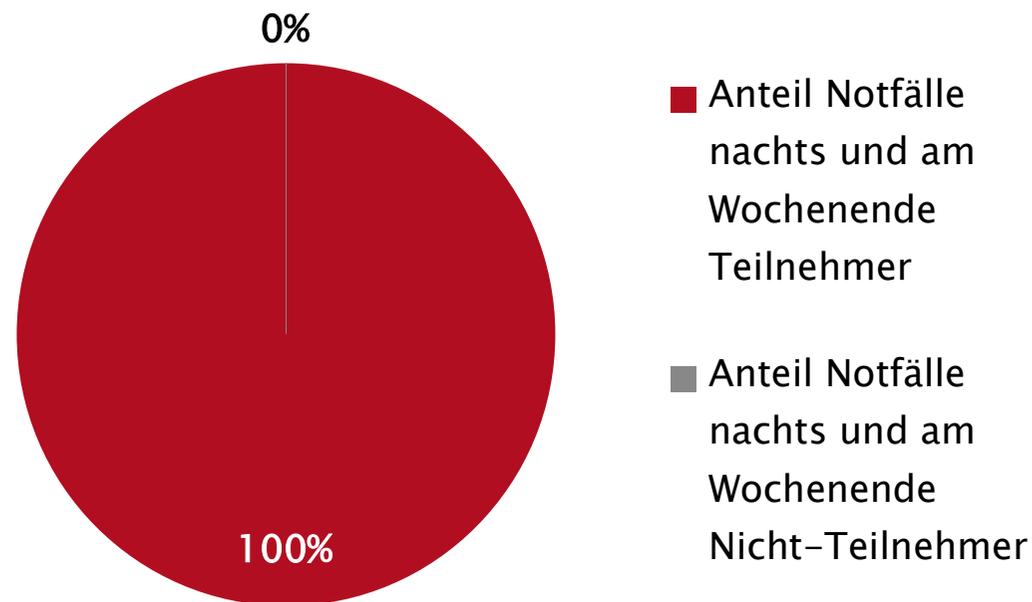
Nicht Zuschlagsberechtigte: 9

\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.



# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Hamburg

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **100 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.

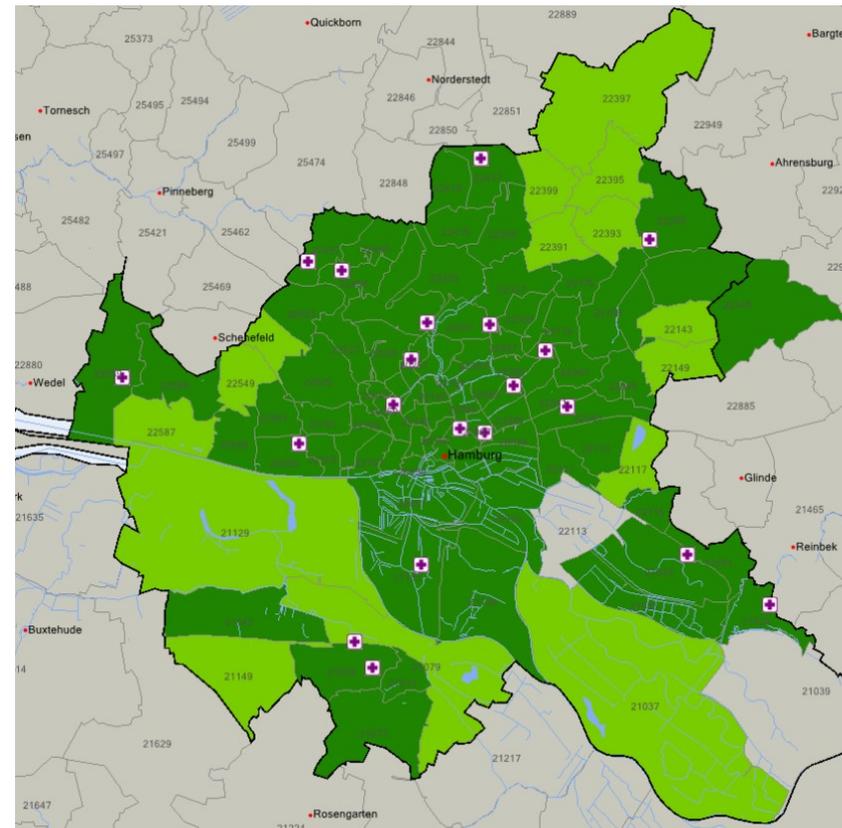
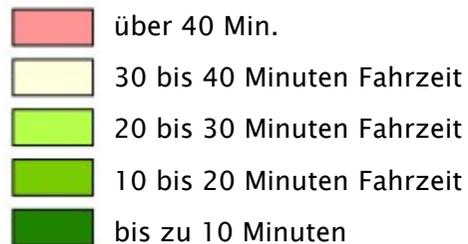


# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Hamburg**



Spitzenverband

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 6,7 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 0 %

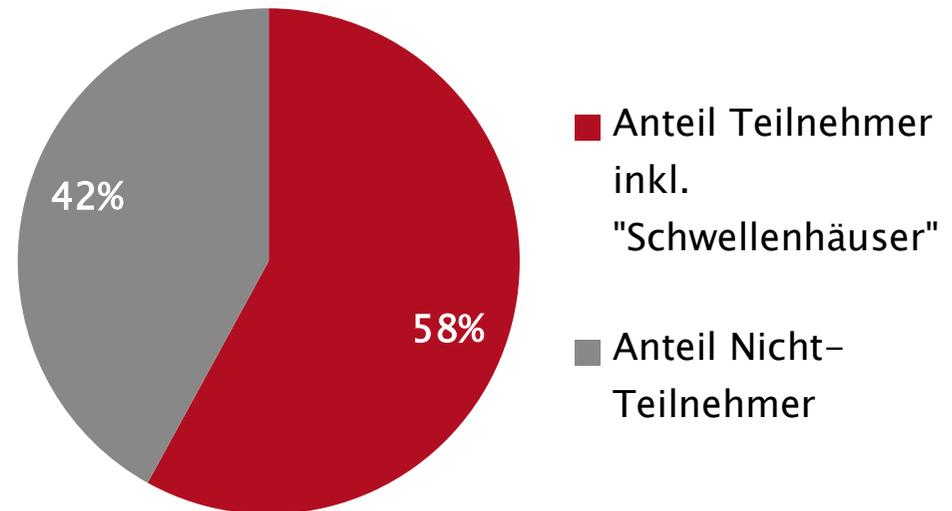


# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Hessen

Krankenhausstandorte insgesamt: 133

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 76

Nicht Zuschlagsberechtigte: 57

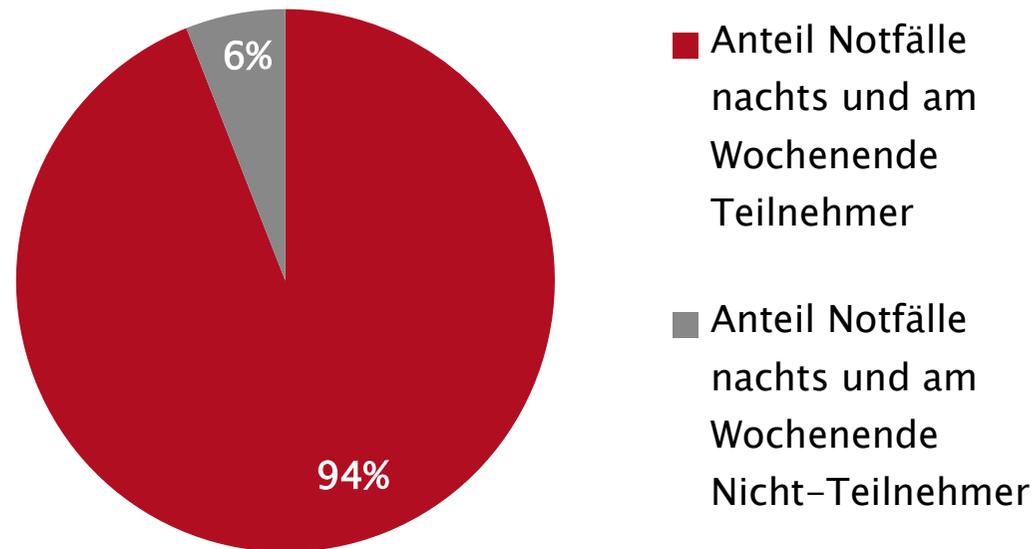


\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlusstwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.



# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Hessen

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **94 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.

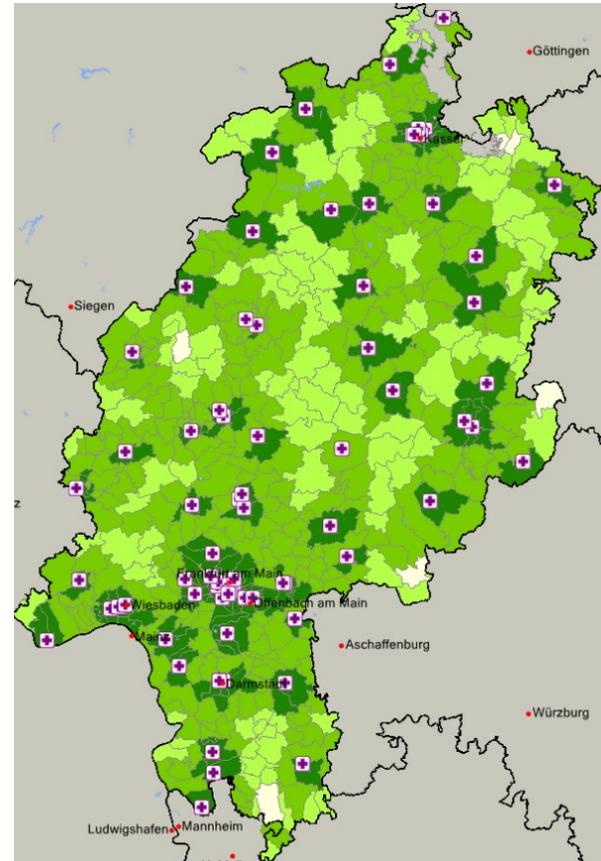
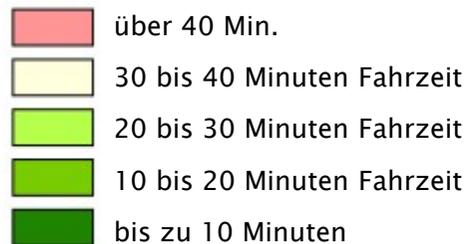


# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Hessen**



Spitzenverband

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 11,2 Minuten.
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 0,9 %

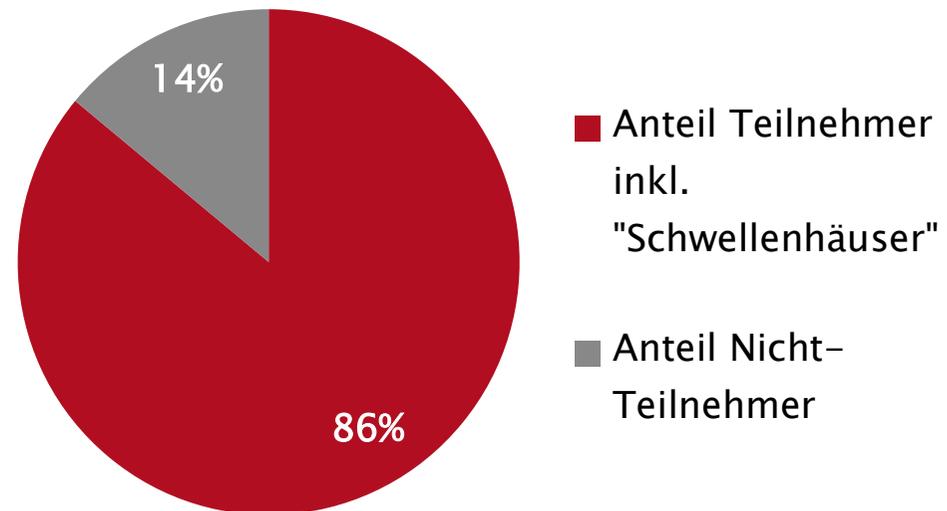


# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Mecklenburg-Vorpommern

Krankenhausstandorte insgesamt: 36

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 31

Nicht Zuschlagsberechtigte: 5

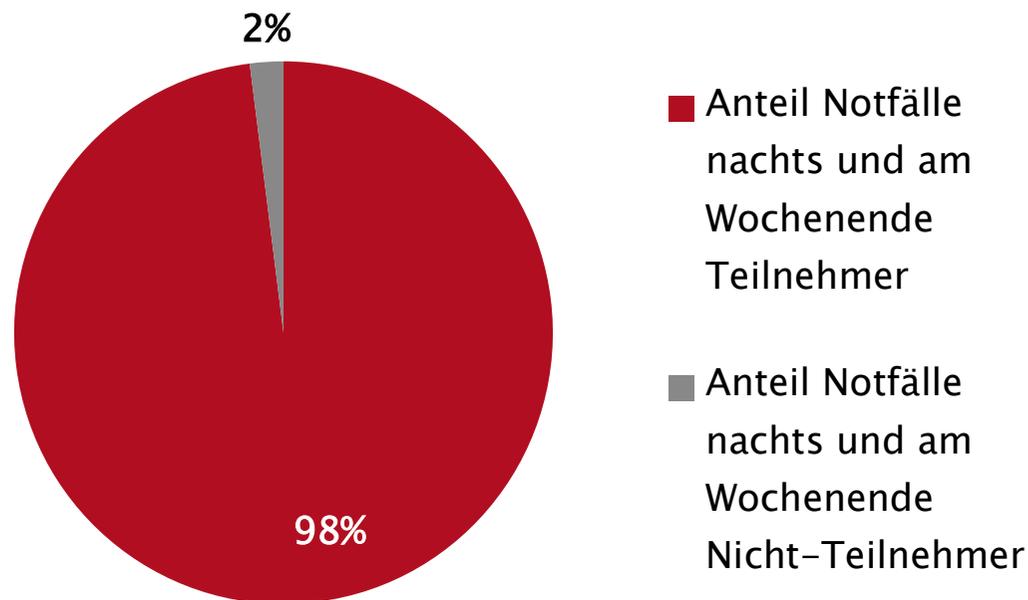


\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.



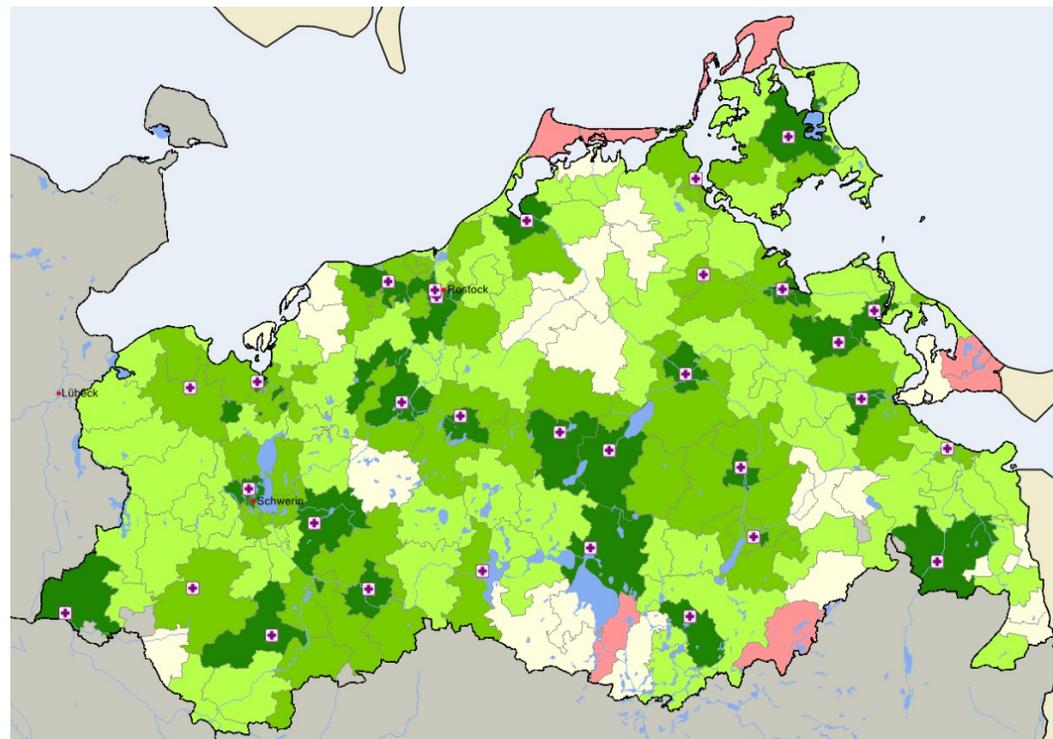
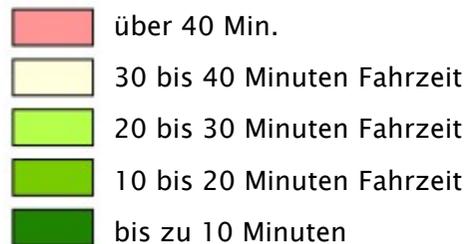
# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Mecklenburg-Vorpommern

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **98 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.



# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Mecklenburg-Vorpommern**

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 16,3 Minuten.
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 10,1 %

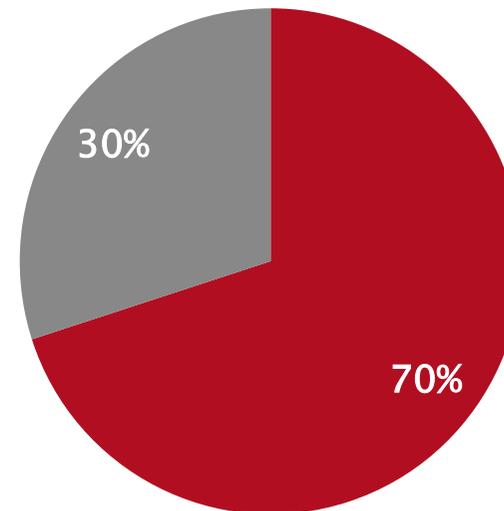


# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Niedersachsen

Krankenhausstandorte insgesamt: 155

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 108

Nicht Zuschlagsberechtigte: 47

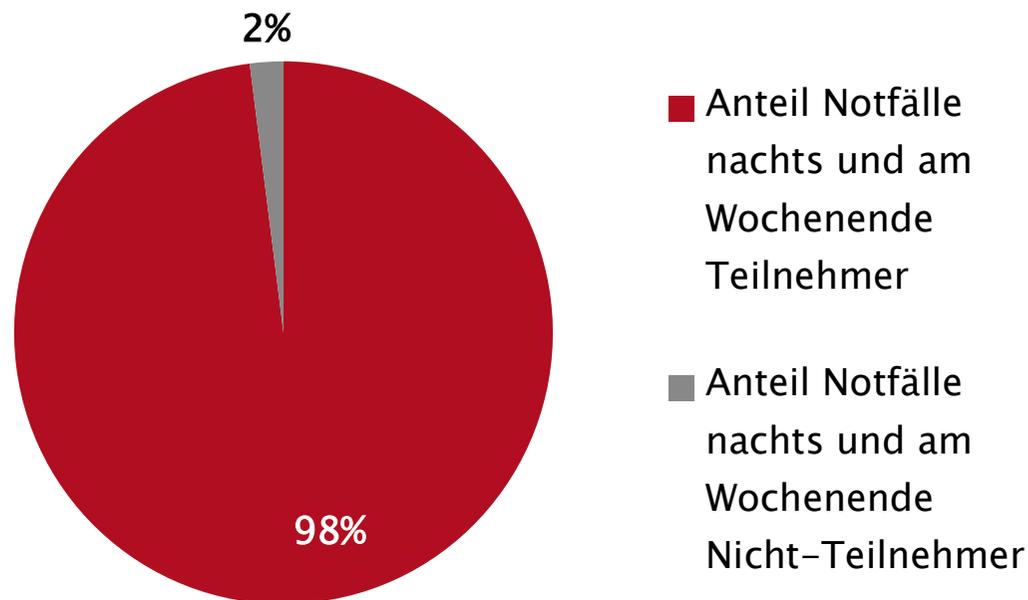


- Anteil Teilnehmer inkl. "Schwellenhäuser"
- Anteil Nicht-Teilnehmer

\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.

# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Niedersachsen

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **98 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.



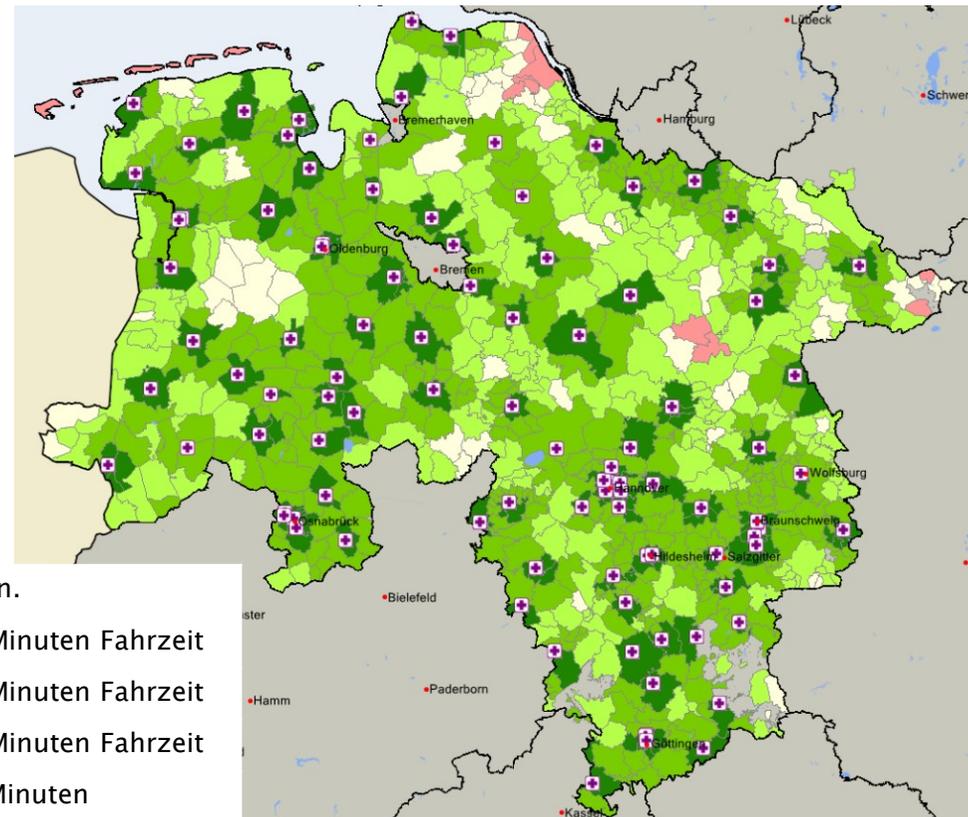
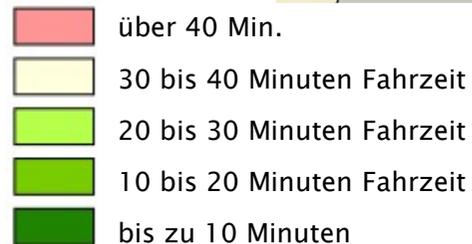
# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Niedersachsen**



Spitzenverband

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 13,6 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 4,1 %
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit ohne Berücksichtigung der Inseln\*: 3,9 %

\*Inselkrankenhäuser sind gemäß § 5 Abs. 1 S. 3 der Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen von den Vorgaben der Basisnotfallversorgung ausgenommen.

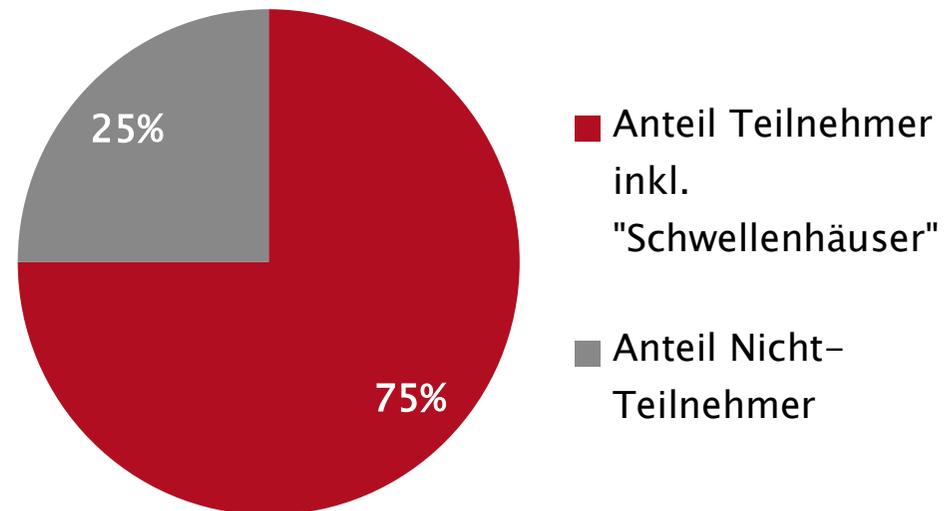


# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Nordrhein-Westfalen

Krankenhausstandorte insgesamt: 374

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 280

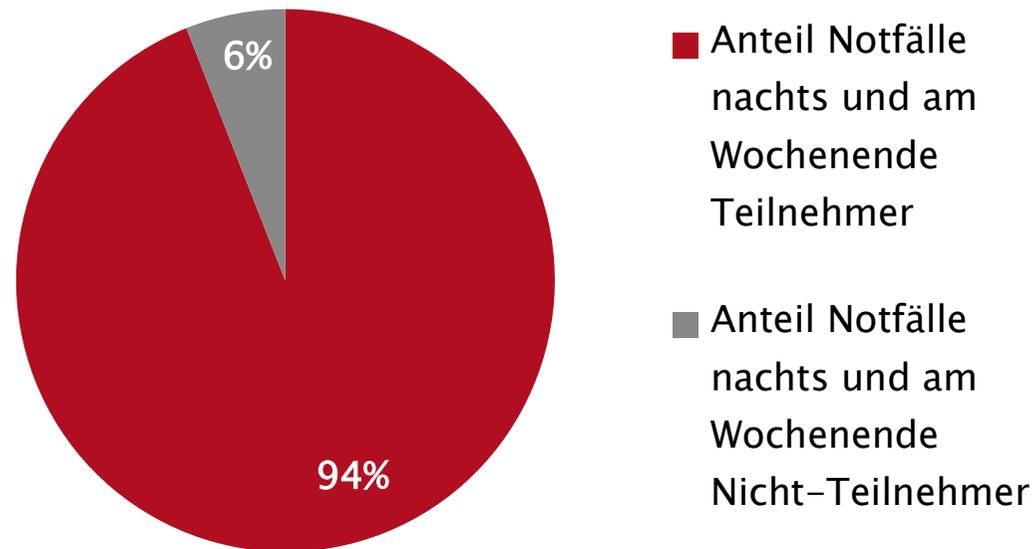
Nicht Zuschlagsberechtigte: 94



\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.

# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Nordrhein-Westfalen

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **94 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.

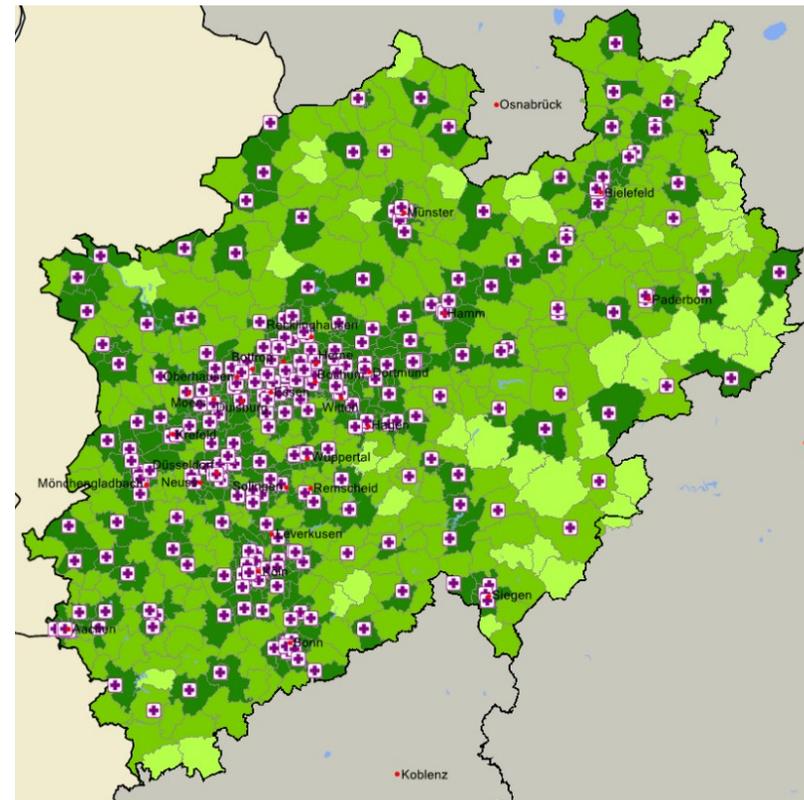
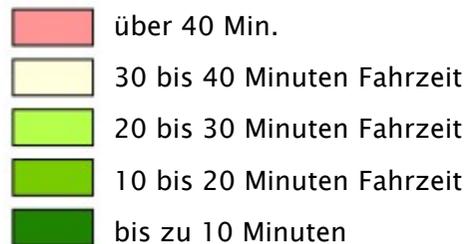


# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Nordrhein-Westfalen**



Spitzenverband

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 8,5 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 0,1 %

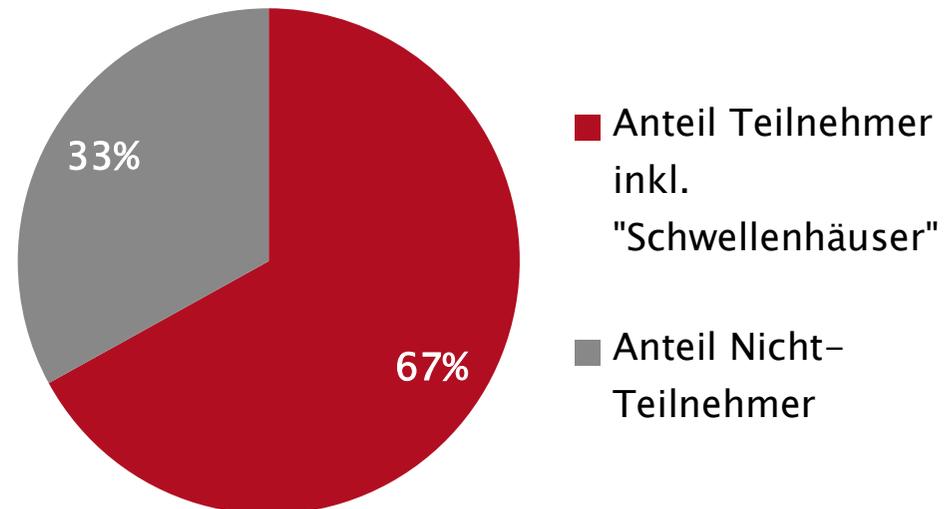


# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Rheinland-Pfalz

Krankenhausstandorte insgesamt: 98

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 66

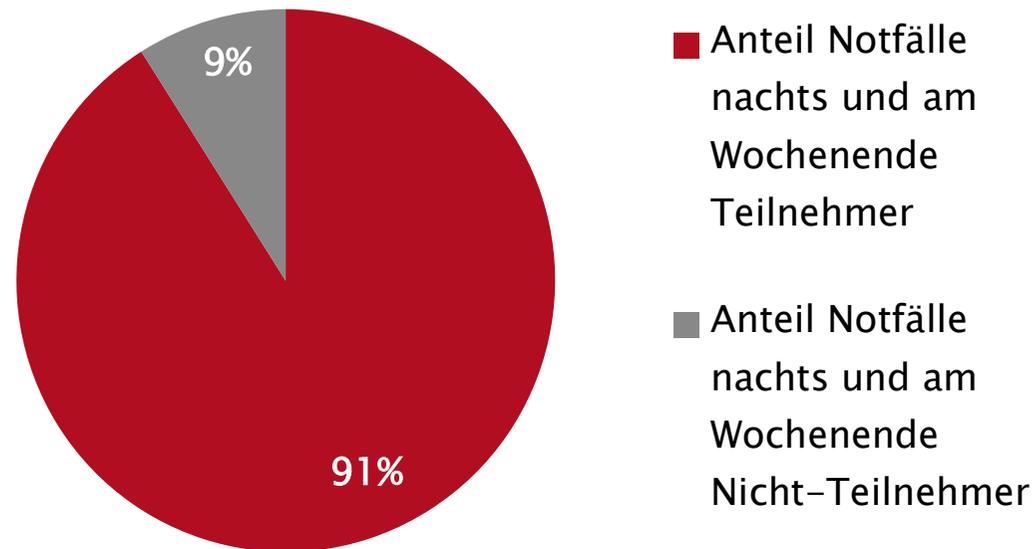
Nicht Zuschlagsberechtigte: 32



\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlusstwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.

# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Rheinland-Pfalz

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **91 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.

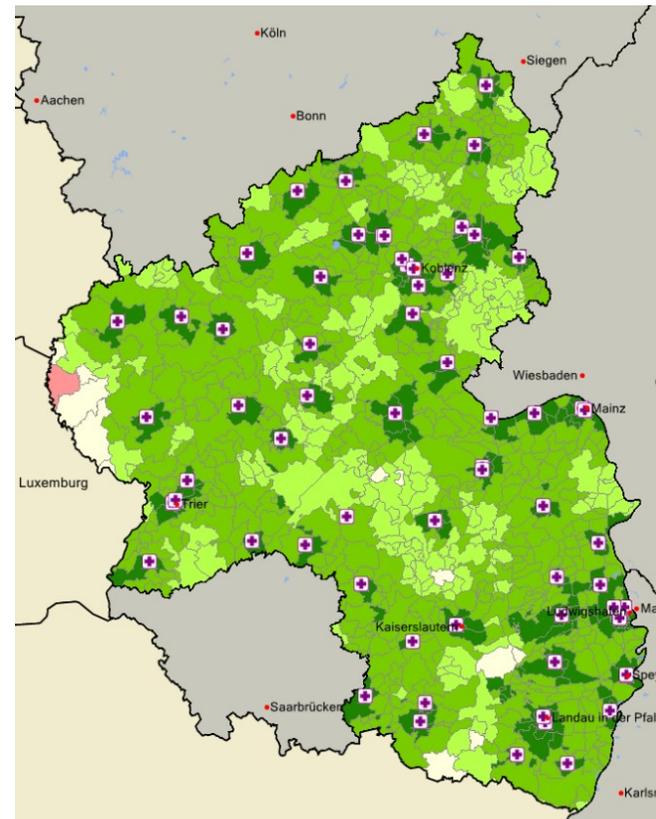
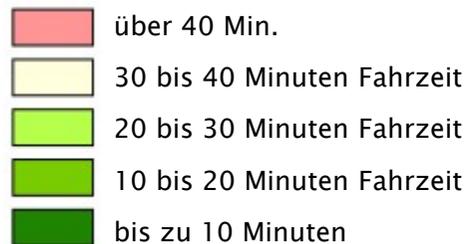


# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in Rheinland-Pfalz



Spitzenverband

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 12,1 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 1,1 %



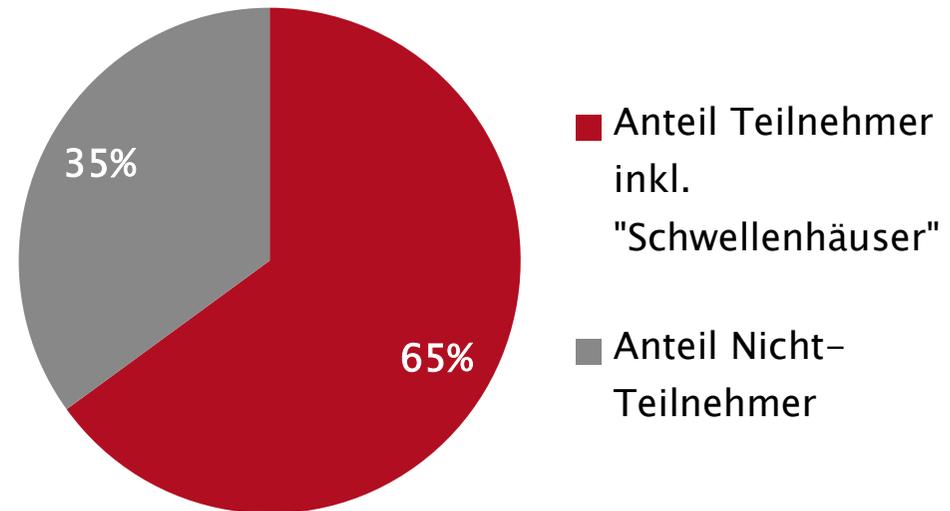
# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Saarland

Krankenhausstandorte insgesamt: 26

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 17

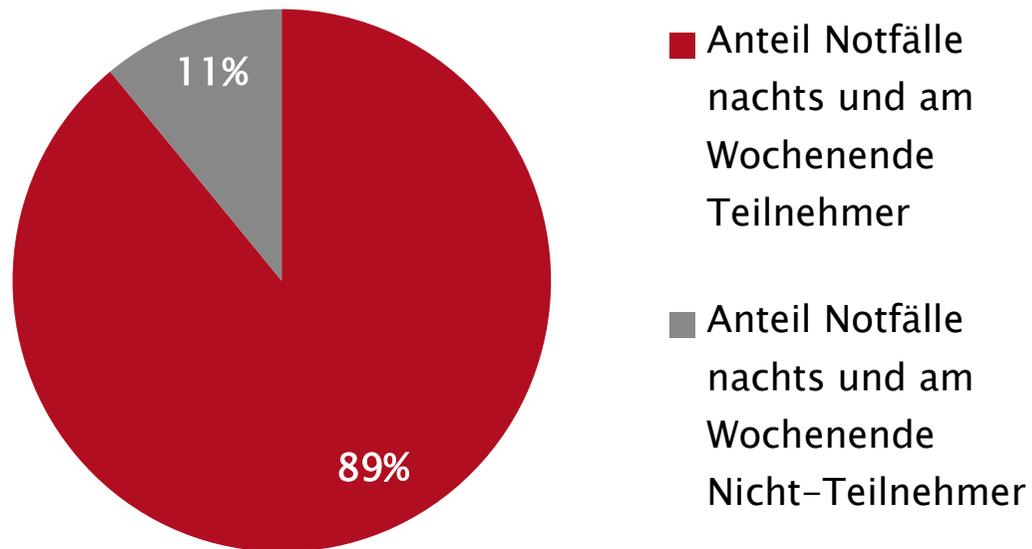
Nicht Zuschlagsberechtigte: 9

\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussesentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.



# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Saarland

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **89 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.

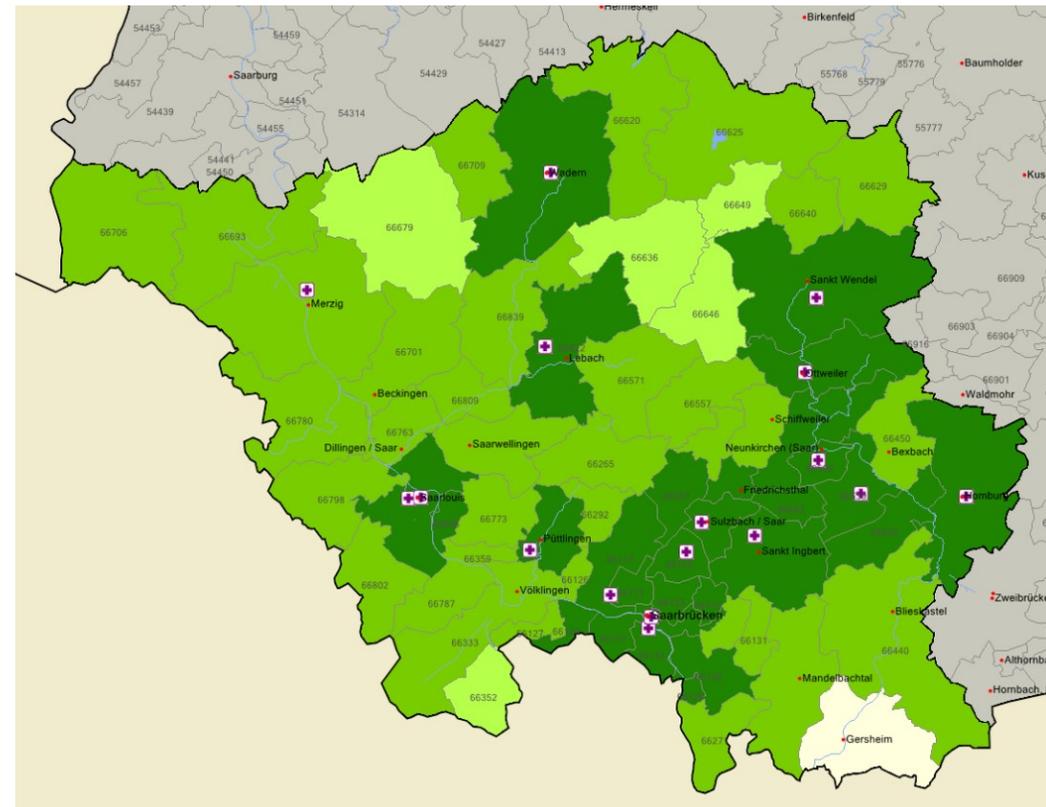
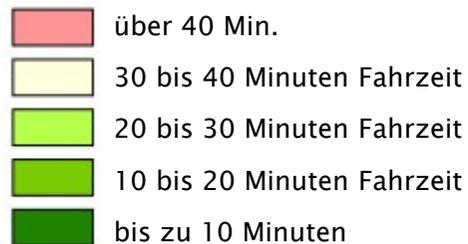


# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in Saarland



Spitzenverband

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 10,8 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 0,3 %

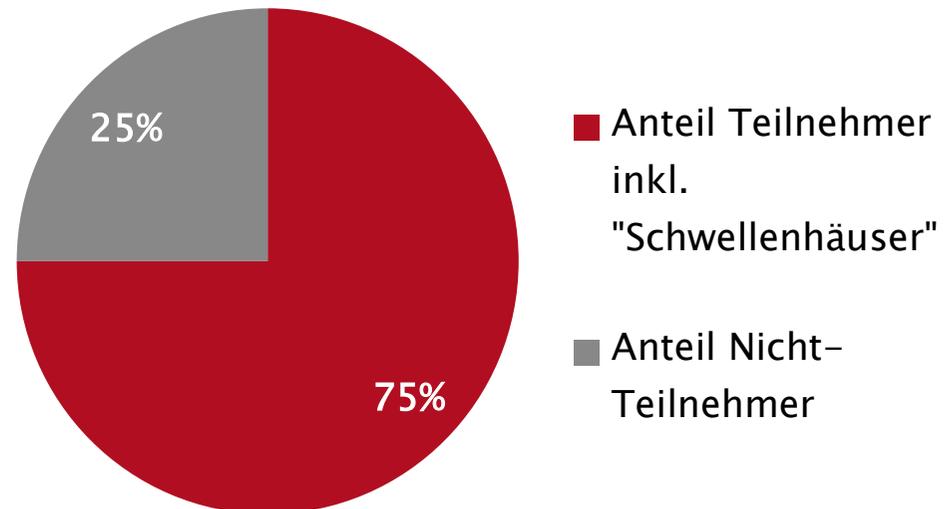


# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Sachsen

Krankenhausstandorte insgesamt: 84

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 57

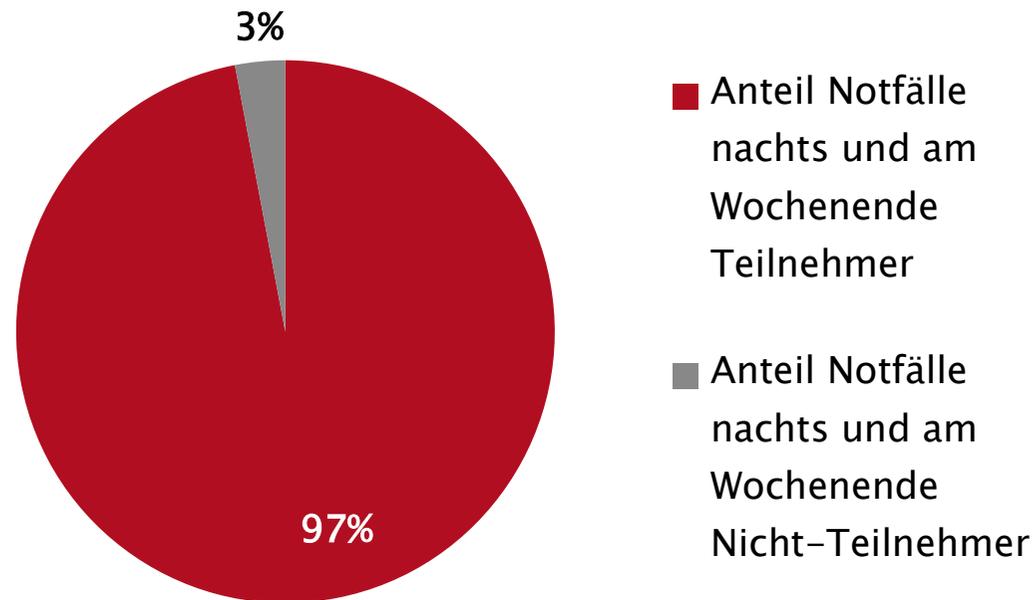
Nicht Zuschlagsberechtigte: 21



\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussesentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.

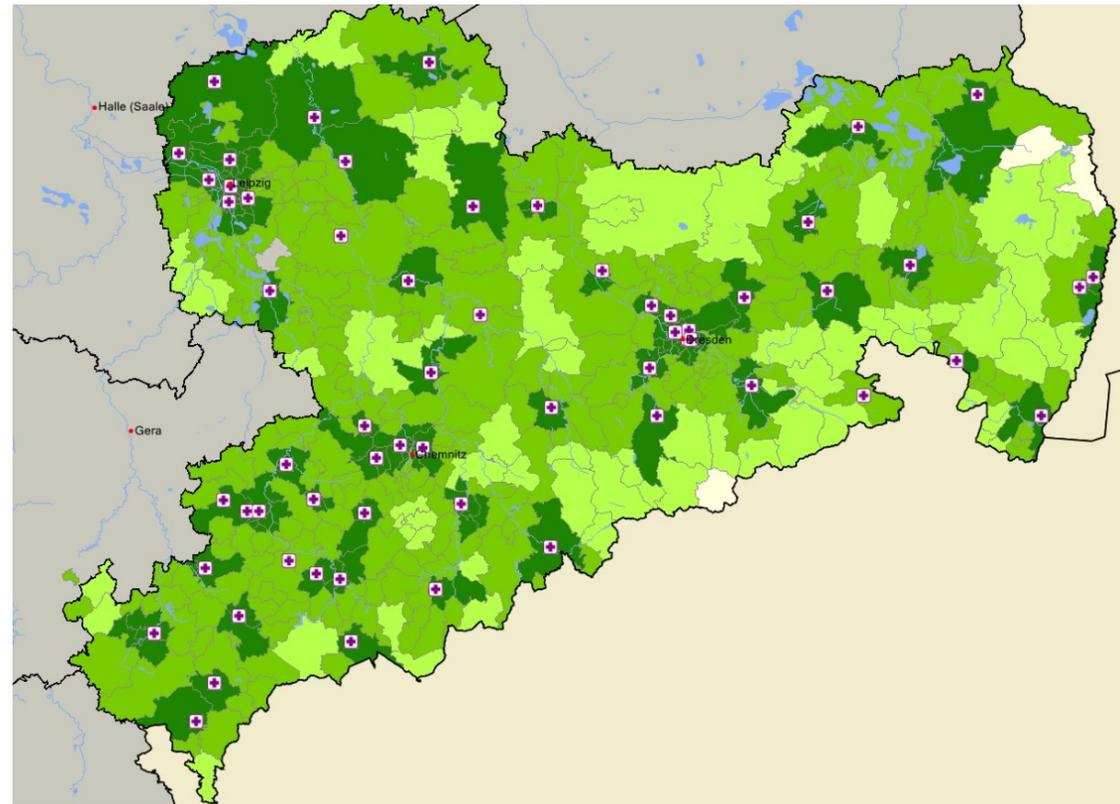
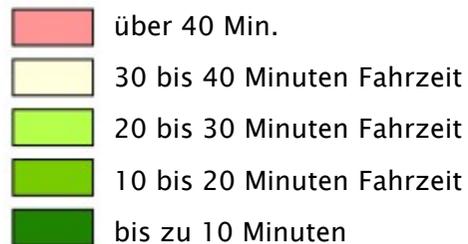
# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Sachsen

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **97 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.



# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Sachsen**

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 11,6 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 1 %

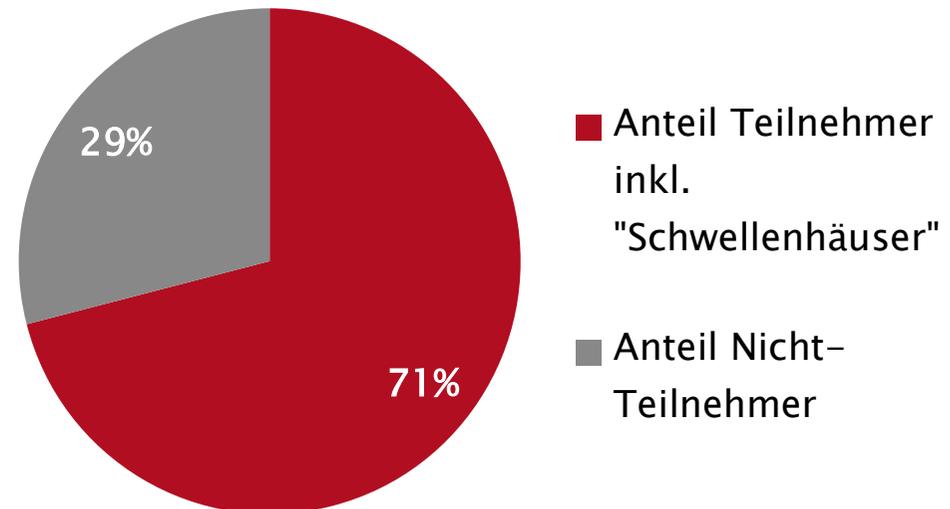


# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Sachsen-Anhalt

Krankenhausstandorte insgesamt: 52

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 37

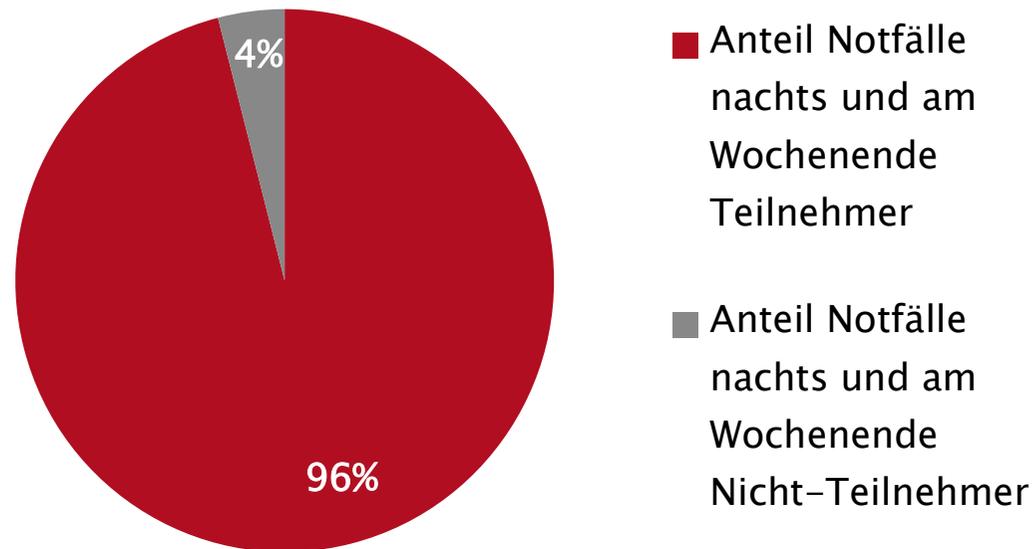
Nicht Zuschlagsberechtigte: 15



\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussesentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.

# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Sachsen-Anhalt

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **96 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.

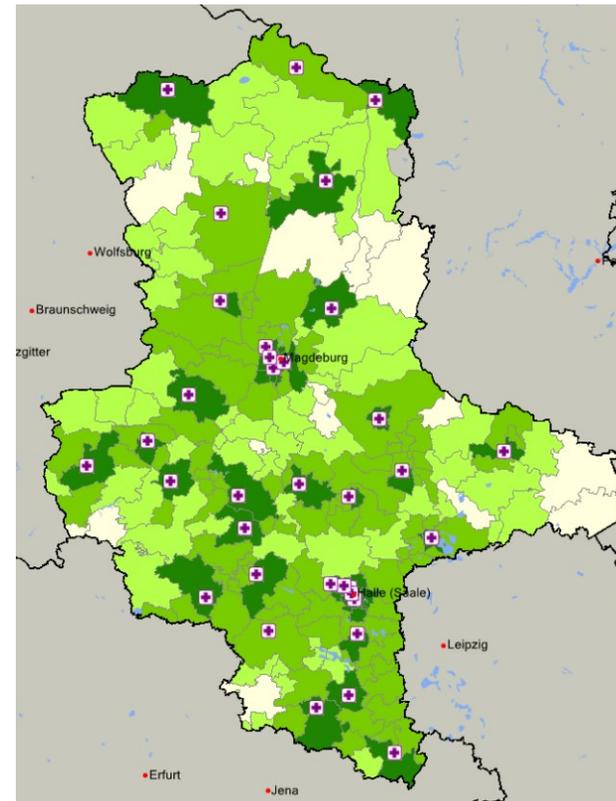
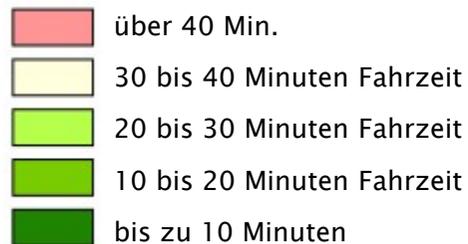


# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Sachsen-Anhalt**



Spitzenverband

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 13,9 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 6,5 %

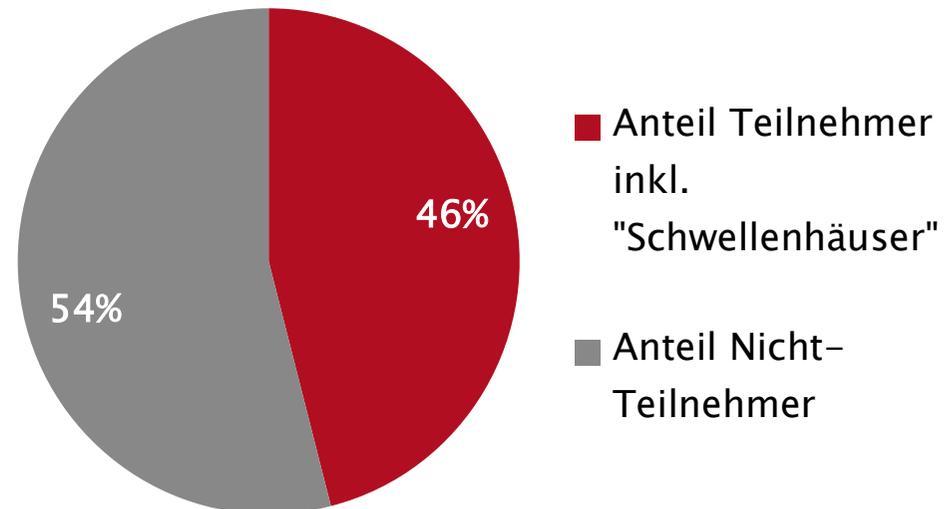


# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Schleswig-Holstein

Krankenhausstandorte insgesamt: 68

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 31

Nicht Zuschlagsberechtigte: 37

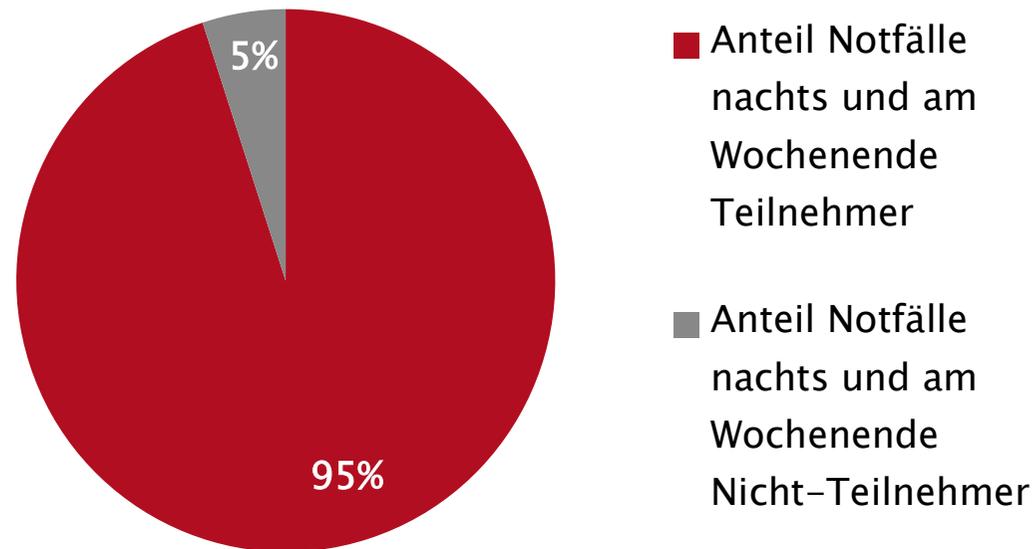


\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.



# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Schleswig-Holstein

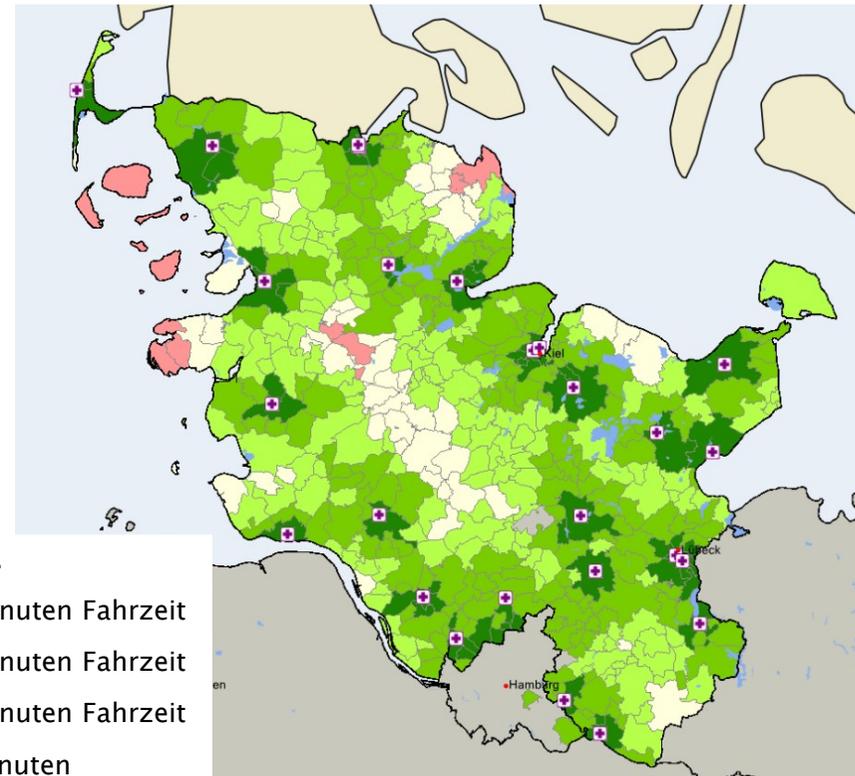
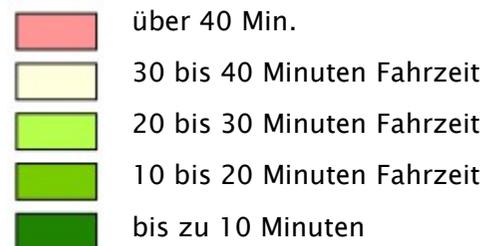
- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **95 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.



# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Schleswig-Holstein**

- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 15,2 Minuten.
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 5,7 %
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit ohne Berücksichtigung der Inseln\*: 5,2 %

\*Inselkrankenhäuser sind gemäß § 5 Abs. 1 S. 3 der Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen von den Vorgaben der Basisnotfallversorgung ausgenommen.

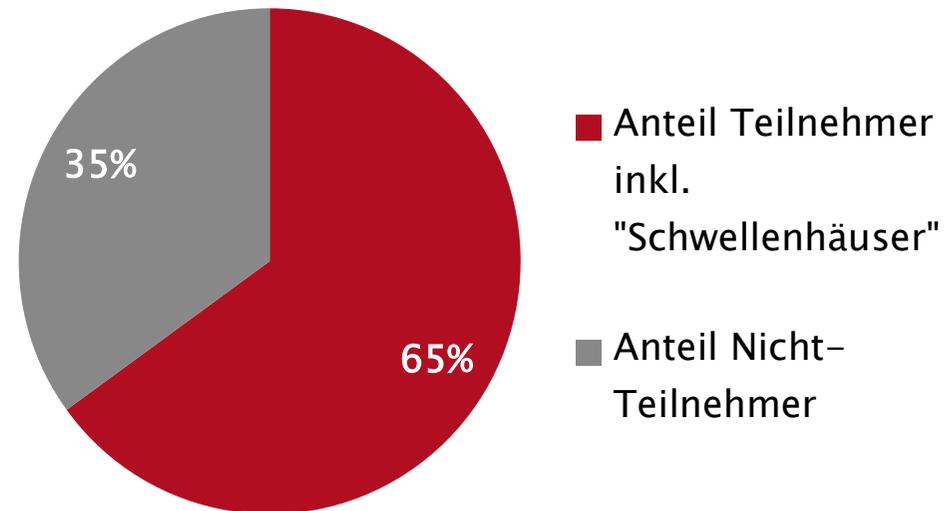


# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Thüringen

Krankenhausstandorte insgesamt: 51

Zuschlagsberechtigte  
(inkl. Schwellenhäuser\*): 33

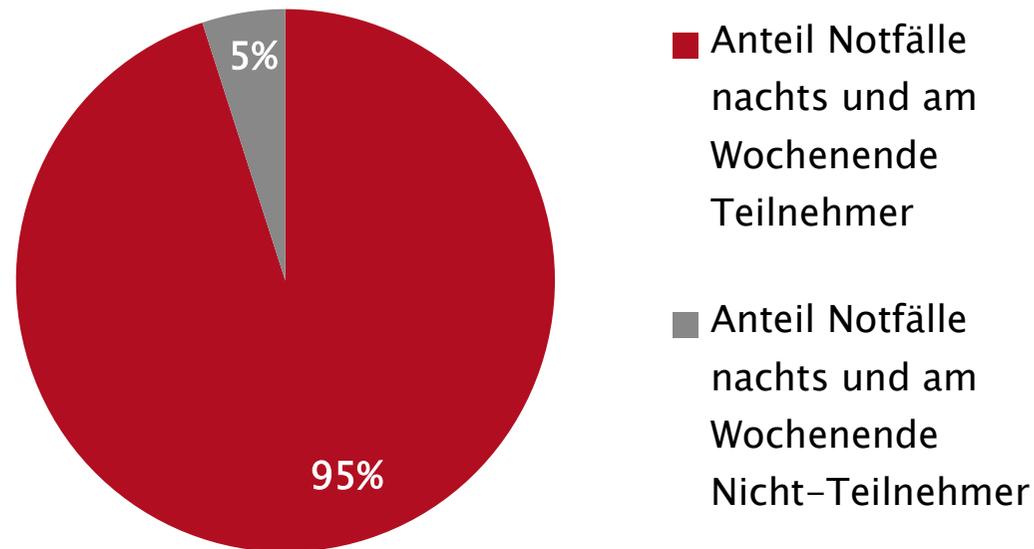
Nicht Zuschlagsberechtigte: 18



\*„Schwellenhäuser“: Nur minimale Abweichungen von den Vorgaben des Beschlussentwurfes. In der Auswertung wird unterstellt, dass diese Häuser letztlich nach Abschluss der Detailprüfung zuschlagsfähige Notfallversorgung erbringen.

# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Thüringen

- ▶ Die in Zukunft zuschlagsberechtigten Krankenhäuser haben in der Vergangenheit **95 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.

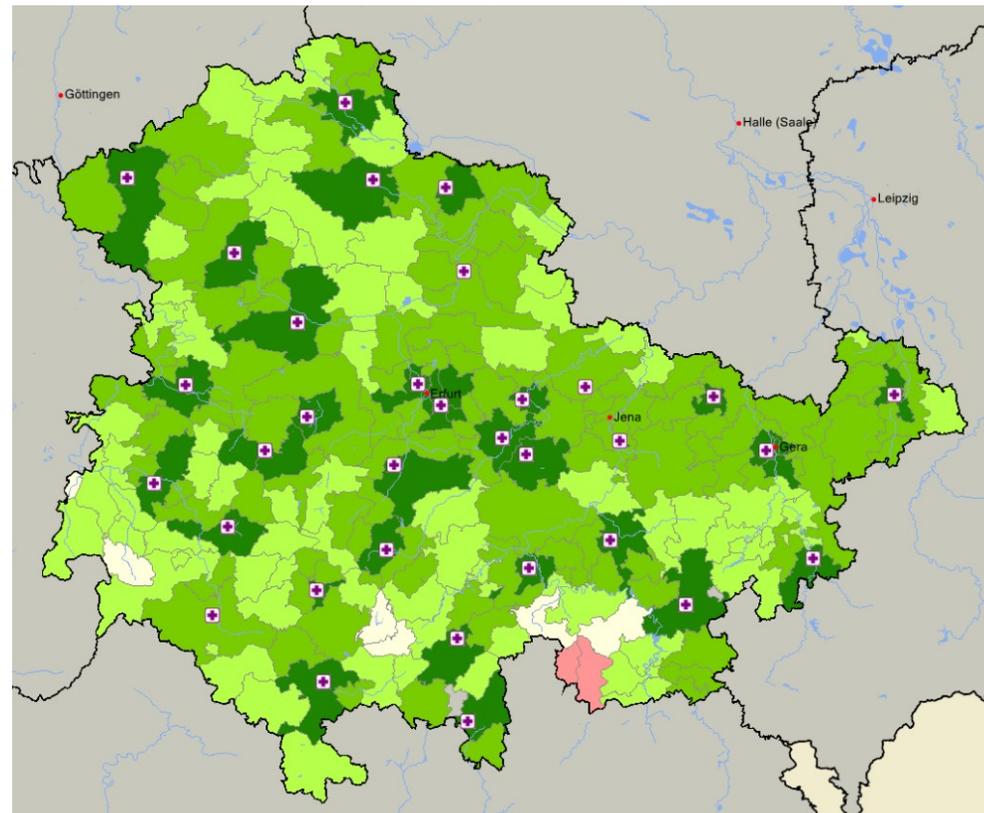
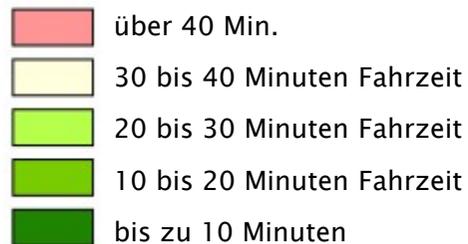


# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Thüringen**



Spitzenverband

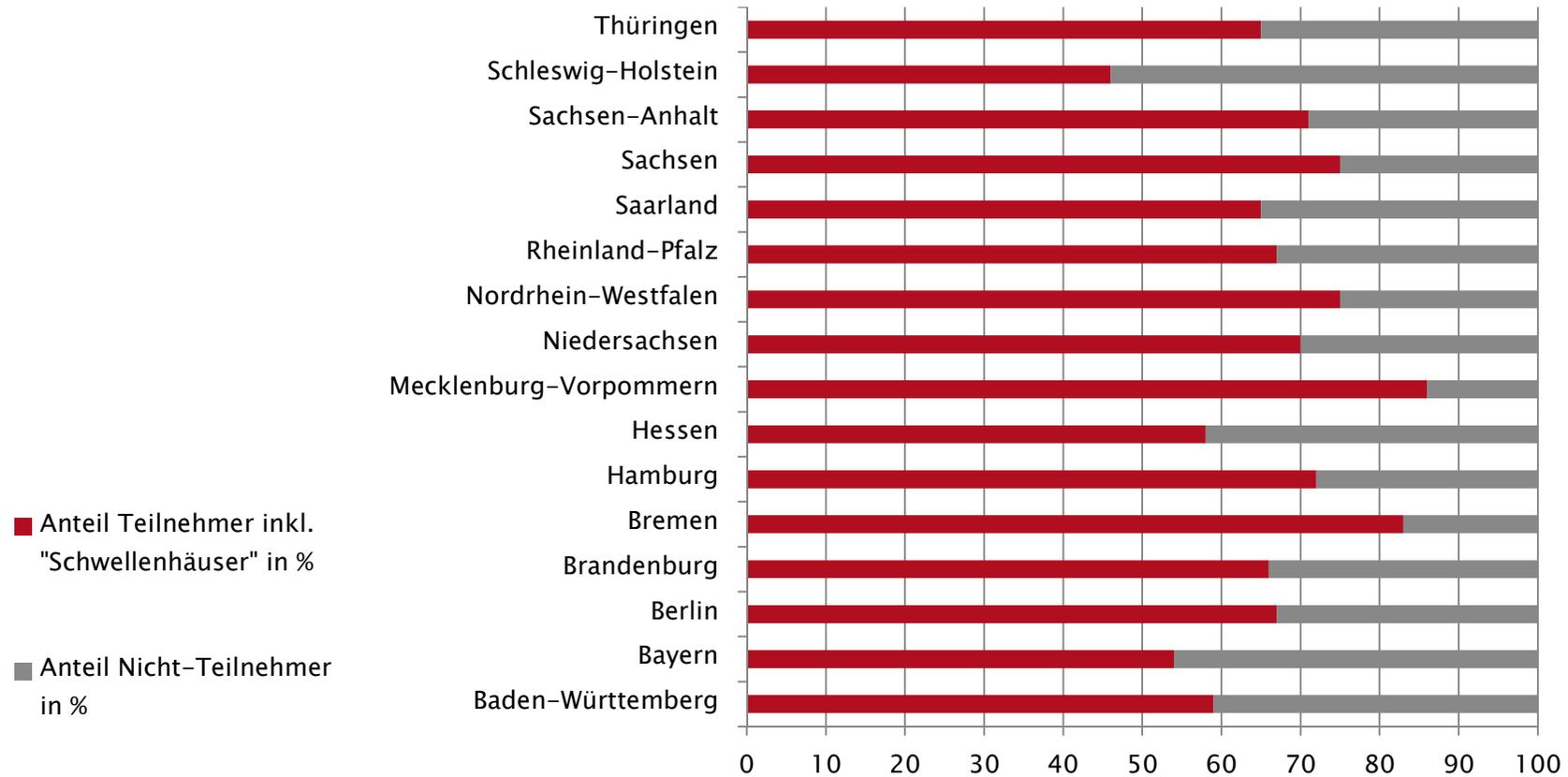
- ▶ Durchschnittliche Fahrzeit zu einem Notfallversorger für Erwachsene: 13,7 Minuten
- ▶ Anteil der Einwohner mit mehr als 30 Minuten Fahrzeit: 2,9 %



# Anteil Notfall-Teilnehmer vs. Nicht-Teilnehmer Länderübersicht



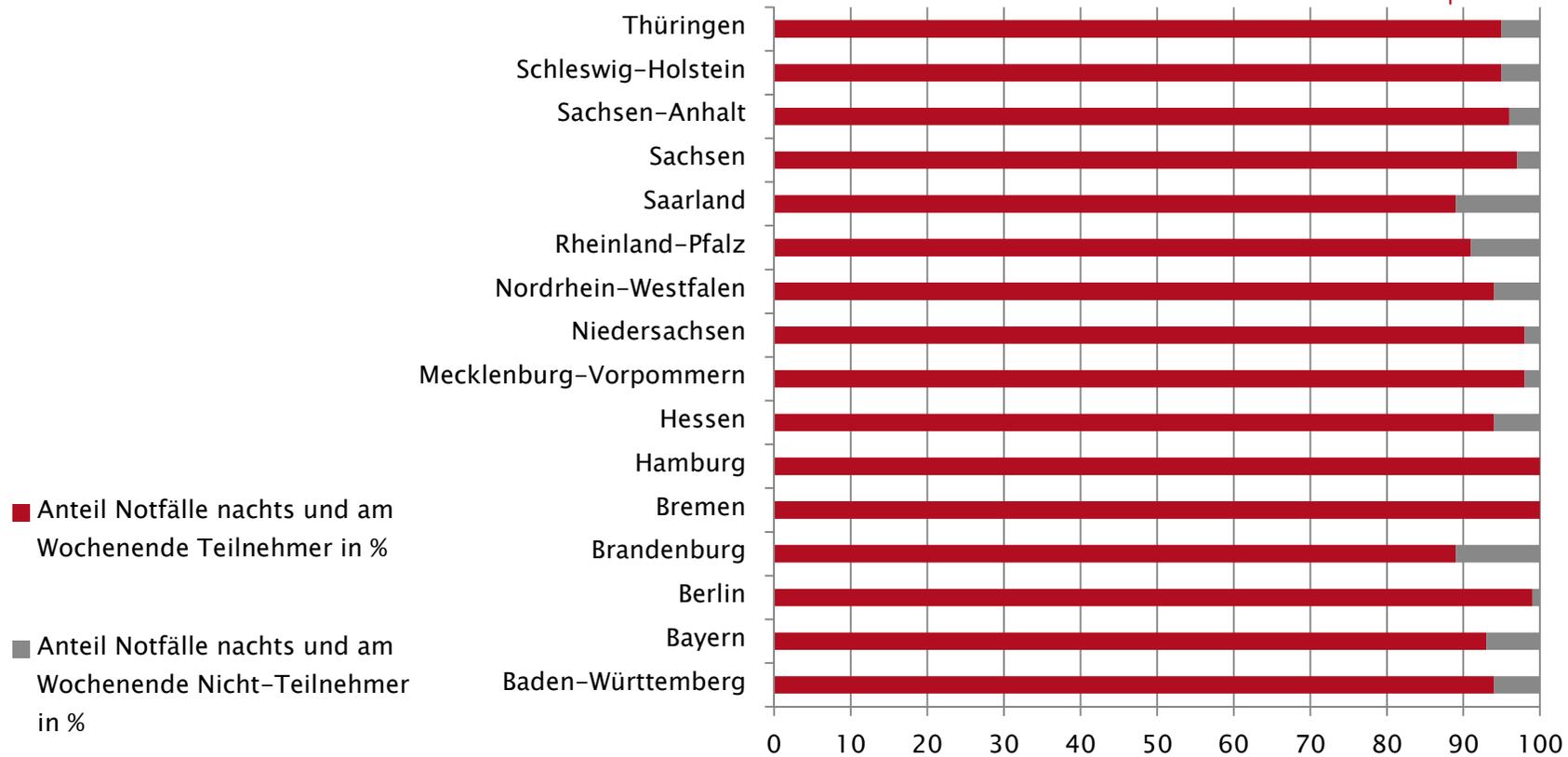
Spitzenverband



# Anteil Notfälle nachts und am Wochenende Länderübersicht



Spitzenverband



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

