

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

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

Vom 19. April 2018

### Inhalt

<b>1. Rechtsgrundlage.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Zu § 1 Ziel der Regelung.....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 Zu § 2 Gegenstand der Regelung .....</b>	<b>3</b>
<b>2.3 Zu § 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen .....</b>	<b>4</b>
<b>2.4 Zu § 4 Spezielle Notfallversorgung.....</b>	<b>4</b>
<b>2.5 Zu § 5 Grundlagen des Stufenmodells .....</b>	<b>4</b>
<b>2.6 Zu § 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen .....</b>	<b>5</b>
<b>2.7 Zu § 7 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren .....</b>	<b>6</b>
<b>2.8 Zu § 8 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung .....</b>	<b>7</b>
<b>2.9 Zu § 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung.....</b>	<b>7</b>
<b>2.10 Zu § 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung.....</b>	<b>7</b>
<b>2.11 Zu § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung .....</b>	<b>7</b>
<b>2.12 Zu § 12 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung .....</b>	<b>8</b>
<b>2.13 Zu IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung .....</b>	<b>9</b>
<b>2.14 Zu § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung .....</b>	<b>9</b>
<b>2.15 Zu § 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung.....</b>	<b>9</b>

2.16 Zu § 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung .....	9
2.17 Zu § 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung .....	10
2.18 Zu § 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung .....	10
2.19 Zu § 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung .....	11
2.20 Zu § 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung .....	11
2.21 Zu § 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung .....	11
2.22 Zu § 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung .....	12
2.23 Zu § 22 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung .....	12
2.24 Zu § 23 Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung.....	12
2.25 Zu § 24 Modul Schwerverletztenversorgung.....	12
2.26 Zu § 25 Modul Notfallversorgung Kinder.....	12
2.27 Zu § 26 Modul Spezialversorgung .....	13
2.28 Zu § 27 Modul Schlaganfallversorgung.....	13
2.29 Zu § 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen.....	14
2.30 Zu § 29 Inkrafttreten.....	14
2.31 Zu § 30 Übergangsbestimmungen.....	14
2.32 Zu § 31 Evaluation.....	14
3. Würdigung der Stellungnahmen .....	15
4. Bürokratiekostenermittlung .....	16
5. Verfahrensablauf.....	17
6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens..... Fehler! Textmarke nicht definiert.	

## **1. Rechtsgrundlage**

Gemäß § 136c Absatz 4 SGB V hat der G-BA ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung 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 Notfalleleistungen differenziert festzulegen.

Gemäß § 136c Absatz 4 Satz 6 SGB V hat der G-BA vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durchzuführen und deren Ergebnisse zu berücksichtigen.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Zu den Regelungen im Einzelnen:

### **I. Allgemeine Vorschrift**

#### **2.1 Zu § 1 Ziel der Regelung**

§ 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 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 Zu § 2 Gegenstand der Regelung**

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.

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 ist es, 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 vielen, aber nicht in allen Krankenhäusern vorhanden ist. Sowohl die Fachgesellschaften empfehlen die ZNA (u.a. DGINA 2016 ) 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 Übergangsregelungen 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.

## **II. Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen**

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

Zu Absatz 1

Das Notfallstufenkonzept soll als Grundlage für eine differenzierte Vergütung von Vorhaltungen in den jeweiligen Notfallstufen dienen. 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.

Zu Absatz 2

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.

Um eine flächendeckende Versorgung von Notfallpatienten weiterhin zu gewährleisten, erhalten Krankenhäuser, die die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die entsprechenden Vorgaben der §§ 3 und 4 der Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) erfüllen, eine Zuordnung mindestens in die Stufe 1 der Notfallversorgung und damit Zuschläge für die Teilnahme.

Erfüllt ein Krankenhaus die Vorgaben der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) noch nicht, beabsichtigt dies aber in der Zukunft, so können trotzdem Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung vereinbart werden, wenn die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung Auflagen erlässt, die die Erfüllung der Vorgaben spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelung sicherstellen.

### **2.4 Zu § 4 Spezielle Notfallversorgung**

Diese 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.

### **2.5 Zu § 5 Grundlagen des Stufenmodells**

Zu Absatz 1

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.

Zu Absatz 2

Diese Regelung stellt an verschiedenen Stellen auf Fachabteilungen ab. Um ein bundesweit einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, wird in der Regelung die Definition einer Fachabteilung vorgenommen, da bislang keine allgemeingültige Definition existiert:

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). Die eigenständige Struktur und Organisation ist nicht zwingend an die Vorhaltung von eigenen Betten dieser Fachabteilung geknüpft. Auch eine nicht bettenführende Fachabteilung kann dieses Kriterium erfüllen, wenn sie wesentliche Kriterien einer eigenen Organisationsstruktur wie eine eigene Leitung und Dienstplanung sowie klar definierte Zuständigkeiten innerhalb der Abteilung und in der Beziehung zu anderen Abteilungen erfüllt.
2. Die Fachkompetenz der Fachabteilung ergibt sich aus den Fachärzten. Die Anforderung, dass innerhalb von maximal 30 Minuten ein Facharzt den Notfallpatienten behandeln kann, setzt das Vorhandensein mehrerer Fachärzte in der Fachabteilung voraus. 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. Es wird davon ausgegangen, dass diese Sicherstellung derzeit in der Regel im Rahmen des Rufbereitschaftsdienstes gewährleistet werden kann. 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. Eine Einbeziehung belegärztlich geführter Einheiten wurde intensiv erörtert und konnte derzeit aus nachfolgenden Erwägungen nicht in Betracht gezogen werden:
  - Die Strukturen belegärztlicher Einheiten sind völlig unterschiedlich und reichen von Kleinsteinheiten von zwei oder drei Betten mit gelegentlicher Belegung bis hin zu großen, räumlich und organisatorisch abgrenzbaren Abteilungen.
  - Es ist nicht einheitlich und verbindlich sichergestellt, dass in allen Belegeinheiten unabhängig von der Belegung mit eigenen Patientinnen / Patienten im Bedarfsfall (im Notfall) eine fachärztliche Präsenz binnen angemessener Frist gewährleistet ist.
  - Die von Belegärzten erbringbaren Leistungen (als Teil der ambulanten Versorgung, die dem Erlaubnisvorbehalt unterliegt) sind nicht in allen Bereichen deckungsgleich und so weitgehend, wie der Leistungsumfang (der dem Verbotsvorbehalt unterliegenden) stationären Versorgung.
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. Die Verwendung des Fachabteilungsschlüssels eignet sich, 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 Zu § 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen**

### **Zu Absatz 1**

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.

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.

#### 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 fachgebietspezifische 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 Facharzt, 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. Ist der ärztliche Leiter der Notaufnahme zusätzlich zu dieser Funktion auch in einer der Fachabteilungen des Krankenhauses (z. B. als Oberarzt) tätig, so ist der Chefarzt dieser Abteilung ihm gegenüber bezüglich der Notaufnahme nicht weisungsberechtigt.

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 unvertretbare Mehrkosten verbunden sind, besteht die Möglichkeit die Übergangsfrist zu verlängern.

#### 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. Hierzu sollen Kooperationsvereinbarungen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 SGB V mit den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden. In einzelnen Fällen besteht die Möglichkeit, dass diese nicht zustande kommen. Hier ist das Bemühen um die Kooperationsvereinbarung zu dokumentieren

## **2.7 Zu § 7 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren**

In § 7 wird dem Auftrag des Gesetzgebers Rechnung getragen, planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen.

### **III. Anforderungen an die Basisnotfallversorgung**

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

Für die Stufe der Basisnotfallversorgung werden mindestens die Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin am Standort des Krankenhauses vorgehalten.

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

Der Gesetzgeber hat Festlegungen zu Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals vorgesehen:

1. 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.
2. Die Etablierung zentraler, interdisziplinärer Notaufnahmen erfordert eine spezielle Fachkompetenz des ärztlichen und pflegerischen Personals, das leitend 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 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.
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. Es wird davon ausgegangen, dass diese Sicherstellung derzeit in der Regel im Rahmen des Rufbereitschaftsdienstes gewährleistet werden kann.
4. Regelmäßige Fortbildung klinisch tätiger Ärzte (CME) und des Pflegepersonals sind unverzichtbarer Bestandteil moderner Notfallmedizin.

#### **2.10 Zu § 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung**

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, von denen 3 auch für beatmete Patienten ausgestattet sein müssen.

#### **2.11 Zu § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung**

Zu Absatz 1

Neben der leitliniengerechten Ausstattung stellt diese Regelung zwei zentrale Anforderungen:

- 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.

- Die Computertomographie ist für die Notfalldiagnostik unverzichtbar. Beispiele hierfür sind die Diagnostik von Schlaganfällen und die schnelle Diagnostik von Mehrfachverletzten (Trauma CT).

Zu Absatz 2

Eine Zuverlegung per Hubschrauber in die Basisnotfallversorgung ist nicht vorgesehen. Neben anderen Transportwegen ist die Möglichkeit der Verlegung in ein Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe auf dem Luftwege, ggf. mit bodengebundenem Zwischentransport, auch in der Basisnotfallversorgung erforderlich.

## **2.12 Zu § 12 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung**

Dieser Abschnitt regelt die Abläufe in der Notaufnahme:

1. Notfallpatienten werden ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) aufgenommen und erhalten dort eine strukturierte Ersteinschätzung. Die Notfallaufnahme in einer ZNA wird von den maßgeblichen Fachgesellschaften dringend empfohlen, da allein auf Basis der Leitsymptome in vielen Fällen nicht auf die Diagnose geschlossen werden kann und zunächst unklar ist, welches Fach bei der Behandlung im Vordergrund steht. Diese Regelung sichert eine nach Behandlungspriorität geordnete Reihenfolge der Patientenbehandlung, sowie bei Bedarf eine schnelle und zielgerichtete Zuweisung in die zuständige Fachabteilung. In eng begrenztem Umfang sind bei offensichtlich klarer Zuständigkeit im Krankenhaus Ausnahmen möglich. Dies gilt insbesondere im Bereich Geburtshilfe, für die Versorgung von Kindern sowie für Patienten mit einem akuten Schlaganfall oder einem gesicherten Herzinfarkt.
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.
3. Die standardisierte Dokumentation der Diagnostik und Therapie in der Notaufnahme ist erforderlich, um Informationsverluste und Doppeldiagnostik zu vermeiden.

## **2.13 Zu IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung**

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.

## **2.14 Zu § 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung**

Zu Absatz 1

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 und Chirurgie oder Unfallchirurgie ) 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.

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, Hirnblutungen
2. Unfallchirurgie: Traumaversorgung
3. Neurologie: Behandlung des akuten Schlaganfalles
4. Geburtshilfe: Notfallkaiserschnitt
5. Kardiologie: akuter Herzinfarkt
6. Gastroenterologie: Blutungen aus dem oberen Magen-Darm-Trakt

Ein Krankenhaus der erweiterten Notfallversorgung muss mindestens zwei 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 zwei obligatorischen Fachabteilungen aus Kategorie A zusätzlich zwei weitere Fachabteilungen aus Kategorie A oder B vorhalten.

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

Begründung siehe § 9.

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

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 zu gewährleisten, ist eine Festlegung auf mindestens 10 Intensivbetten erforderlich. Diese Intensivbehandlungskapazitäten müssen innerhalb von 60 Minuten zur Verfügung stehen.

## **2.17 Zu § 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung**

### Zu Absatz 1

Für zeitkritische Bereiche (z. B. Blutung aus dem oberen Gastrointestinaltrakt, Herzinfarkt, Schlaganfall) werden für die erweiterte Notfallversorgung Mindestanforderungen an die vorzuhaltende Diagnostik definiert.

Die Magnetresonanztomographie ist erforderlich für eine genaue Diagnostik von Erkrankungen des Gehirns und insbesondere des Rückenmarks.

### Zu Absatz 2

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. Hierbei wird es als sachgerecht angesehen, wenn die Landestelle in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses angesiedelt ist, so dass kein Zwischentransport erforderlich wird. In der Stufe zwei gilt das Erfordernis der Landestelle aber auch als erfüllt, wenn die Landestelle in angemessener Entfernung vom Standort des Krankenhauses vorgehalten wird.

Allerdings entscheiden nicht allein medizinische Erfordernisse über die Genehmigung des Betriebes einer Hubschrauberlandestelle 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.

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

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 die spontane oder therapiebedingte Entwicklung eines Krankheitsbildes zu beurteilen ohne eine langfristige Integration in den restlichen Krankenhausbetrieb auszulösen.

## **V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung**

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

Zu Absatz 1

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 und Chirurgie) 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.

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.

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

Siehe Begründung zu § 9.

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

In der Stufe der umfassenden Notfallversorgung können fast alle Arten von Notfällen versorgt werden. Dies umfasst insbesondere schwere Notfälle. Es wird daher die Vorhaltung von 20 Intensivbetten gefordert, um eine Aufnahme- und Intensivtherapiemöglichkeit für mehrere schwerstkranke Patienten sicherzustellen. Diese Intensivbehandlungskapazitäten müssen innerhalb von 60 Minuten zur Verfügung stehen.

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

Zu Absatz 1

Siehe Begründung zu §§ 11 und 16.

Zu Absatz 2

Zu Krankenhäusern der umfassenden Notfallversorgung werden häufig schwerstkranke und schwerstverletzte Patienten per Hubschrauber gebracht. Die Hubschrauberlandestelle oder der Hubschrauberlandeplatz muss daher ohne bodengebundenen Zwischentransport (z. B. mit einem Rettungswagen) erreichbar sein.

Allerdings entscheiden nicht allein medizinische Erfordernisse über die Genehmigung des Betriebes einer Hubschrauberlandestelle 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.

## **2.23 Zu § 22 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung**

Siehe entsprechend Begründung zu §§ 12 und 17.

### **VI. Spezielle Notfallversorgung**

## **2.24 Zu § 23 Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung**

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 mit Zuschlägen oder mit einer Freistellung von Abschlägen. Die Voraussetzungen für eine Zuordnung von Krankenhäusern und Einrichtungen zu den Modulen werden in den §§ 24 - 28 festgelegt.

## **2.25 Zu § 24 Modul Schwerverletztenversorgung**

Zu Absatz 1 bis 3

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.

## **2.26 Zu § 25 Modul Notfallversorgung Kinder**

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.

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.

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 kritisch kranken Kindern, zur Not auch in einem abgetrennten Bereich einer allgemeinen Intensivstation, sind daher erforderlich.

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.

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.

## **2.27 Zu § 26 Modul Spezialversorgung**

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 besonderen 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.

Spezialversorger im Sinne dieser Regelung sind entweder Krankenhäuser, die krankenhauplanerisch festgelegte spezifische Aufgabe der Notfallversorgung erfüllen (z.B. In der Schlaganfall- oder Herzinfarktversorgung) oder die nach krankenhauplanerischen Festlegungen für die Notfallversorgung in einer Region dringend benötigt werden, ohne am jeweiligen Standort alle erforderlichen Voraussetzungen zu erfüllen.

Wenn die Krankenhausplanungsbehörden der Länder feststellen, dass im Krankenhausplan ausgewiesene Spezialversorger oder Krankenhäuser, die keinen Sicherstellungszuschlag erhalten, für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind, erfüllen diese die Voraussetzung des Moduls Spezialversorgung und nehmen an der strukturierten Notfallversorgung teil, wenn sie 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche für die Notfallversorgung zur Verfügung stehen.

## **2.28 Zu § 27 Modul Schlaganfallversorgung**

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. Sofern die die Vorgaben der Basisversorgung nicht erfüllt werden, können Zuschläge nur für die Fälle der Stroke Unit vereinbart werden.

### **2.29 Zu § 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen**

Durchblutungsstörungen am Herzen sind ein besonders zeitkritisches notfallrelevantes Krankheitsbild. Die personellen und sächlichen Vorhaltungen für Chest Pain Units sind erheblich.

Deshalb sollen Krankenhäuser, die eine Chest Pain Unit vorhalten, um Patienten mit akuten Durchblutungsstörungen am Herzen 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.

### **Zu VII. Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen**

#### **2.30 Zu § 29 Inkrafttreten**

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

#### **2.31 Zu § 30 Übergangsbestimmungen**

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.

#### **2.32 Zu § 31 Evaluation**

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.

### 3. 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.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die eingeleiteten Stellungnahmeverfahren und die eingegangenen Stellungnahmen.

<b>Gesetzliche Grundlage</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte</b>	<b>Eingang der Stellungnahme</b>
§ 91 Absatz 5 SGB V	Bundesärztekammer (BÄK)	15.02.2018
	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Verzicht
	Bundeszahnärztekammer (BZÄK)	keine
§ 136c Absatz 3 SGB V	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 Nerven-heilkunde 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
	Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE)	19.02.2018
	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)	20.02.2018
	Deutsche Röntgengesellschaft e.V.(DRG)	keine
	Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e.V. (DGNR)	keine

	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, e.V. (DGHNO-KHC)	keine
	Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU)	keine
	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)	keine
	Deutsche Hochdruckliga e.V. Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention (DHL®)	keine
	Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. (DGTHG)	keine
	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO)	keine

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

#### **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
15.01.2018	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
15.01.2018	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten
26.02.2018	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
26.02.2018	UA BPL	<i>mündliche Anhörung</i>
21.03.2018	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abschluss der vorbereitenden Beratungen</li><li>• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlusssentwurf, Tragende Gründe)</li></ul>
19.04.2018	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über die Erstfassung 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 19. April 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken