



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
zum Beschlussentwurf über die Erstfassung 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 vorzuhal tenden 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 psychiatri sche 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 Beschlus sentwurf 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), Kassenärzt liche 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 grund sätzlich 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 ge setzlich geforderten und vom G-BA als Auftrag an das IGES-Institut delegierten Folgenabschätzung dem aktuellen Beschlussentwurf nicht beigelegt sind und auch keine Er kenntnisse 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 umzusetzen 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 Kas senärztlichen 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 Kooperations vereinbarungen 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 Kas senärztlichen 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 gewährleisten 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 Notfalllagers 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 Behandlungsriorität 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 Aufnahmefähigkeit 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 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 Stellungnahmeverrichtigten 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