

# Evaluation der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern

## RAPID REPORT



Projekt: V24-06

Version: 1.0

Stand: 15.01.2026

IQWiG-Berichte – Nr. 2173

DOI: 10.60584/V24-06

# Impressum

## Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

## Thema

Evaluation der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern

## Auftraggeber

Gemeinsamer Bundesausschuss

## Datum des Auftrags

20.06.2024

## Interne Projektnummer

V24-06

## DOI-URL

<https://doi.org/10.60584/V24-06>

## Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen  
Siegburger Str. 237  
50679 Köln

Tel.: +49 221 35685-0

Fax: +49 221 35685-1

E-Mail: [info@iqwig.de](mailto:info@iqwig.de)

Internet: [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)

**ISSN: 1864-2500**

### **Zitierungsvorschlag**

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Evaluation der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern; Rapid Report [online]. 2026 [Zugriff: TT.MM.JJJJ]. URL: <https://doi.org/10.60584/V24-06>.

### **Schlagwörter**

Notfalldienste – Medizinische, Qualitative Forschung, Evaluationsstudien

### **Keywords**

Emergency Medical Services, Qualitative Research, Evaluation Study

Dieser Rapid Report wurde unter Beteiligung eines Auftragnehmers erstellt.

Für die Inhalte des Berichts ist allein das IQWiG verantwortlich.

Externe Sachverständige, die wissenschaftliche Forschungsaufträge für das Institut bearbeiten, haben gemäß § 139b Abs. 3 Satz 2 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung „alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen“ offenzulegen. Das Institut hat von den Sachverständigen jeweils ein ausgefülltes „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ erhalten. Die Angaben wurden durch das speziell für die Beurteilung der Interessenkonflikte eingerichtete Gremium des Instituts bewertet. Die Selbstangaben des Auftragnehmers zur Offenlegung von Beziehungen sind im Anhang B dargestellt. Es wurden keine Interessenkonflikte festgestellt, die die fachliche Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Bearbeitung des vorliegenden Auftrags gefährden.

### **Team des Auftragnehmers**

- Christof Veit, BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit, Hamburg
- Sarah Koens, BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit, Hamburg
- Carolin Gurisch, BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit, Hamburg
- Kendra Sommer, BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit, Hamburg
- Sarah Beckmann, BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit, Hamburg
- Sina Ebert, BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit, Hamburg
- Jan-Frederik Marx, BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit, Hamburg

## Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQWiG

- Christina Kuhl
- Mona Ahmed
- Claudia Mischke
- Catharina Brockhaus
- Julia Gowik
- Tatjana Hermanns
- Sarah Mostardt
- Corinna Schaefer
- Kristina Schaubert
- Leonie Schürmeyer
- Sarah Thys
- Kathrin Wohlhöfner

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>ix</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>xii</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>xiii</b>
<b>Kurzfassung .....</b>	<b>xv</b>
<b>1 Hintergrund.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Fragestellungen .....</b>	<b>6</b>
<b>3 Projektverlauf.....</b>	<b>7</b>
<b>3.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts .....</b>	<b>7</b>
<b>3.2 Änderungen im Projektverlauf.....</b>	<b>7</b>
<b>4 Methoden .....</b>	<b>8</b>
<b>4.1 Orientierende Literaturrecherche .....</b>	<b>9</b>
<b>4.2 Online-Survey.....</b>	<b>9</b>
<b>4.2.1 Zielsetzung.....</b>	<b>9</b>
<b>4.2.2 Zielgruppen.....</b>	<b>10</b>
<b>4.2.3 Rekrutierung.....</b>	<b>10</b>
<b>4.2.4 Entwicklung der Fragebogen für den Online-Survey .....</b>	<b>11</b>
<b>4.2.5 Pretests.....</b>	<b>12</b>
<b>4.2.6 Durchführung .....</b>	<b>13</b>
<b>4.2.7 Analyse der quantitativen Daten.....</b>	<b>13</b>
<b>4.2.7.1 Spezifikationen der Auswertungen zur Krankenhausdichte .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2.7.2 Analyse der qualitativen Daten .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.7.3 DSGVO-Konformität und Risikoeinschätzung des MAXQDA -AI-Tools.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3 Fokusgruppen.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3.1 Zielsetzung.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3.2 Zielgruppen und Einschlusskriterien für die einzelnen Fokusgruppen .....</b>	<b>17</b>
<b>4.3.3 Rekrutierung.....</b>	<b>18</b>
<b>4.3.4 Entwicklung der Fokusgruppen-Leitfäden .....</b>	<b>19</b>
<b>4.3.5 Durchführung .....</b>	<b>19</b>
<b>4.3.6 Transkription .....</b>	<b>20</b>
<b>4.3.7 Analyse der Daten .....</b>	<b>20</b>
<b>4.4 Experteninterviews .....</b>	<b>20</b>
<b>4.4.1 Zielsetzung.....</b>	<b>21</b>

4.4.2	Auswahl und Rekrutierung der Expertinnen und Experten .....	21
4.4.3	Entwicklung der semistrukturierten Leitfäden .....	21
4.4.4	Pretest .....	22
4.4.5	Durchführung .....	22
4.4.6	Transkription .....	23
4.4.7	Analyse der Daten .....	23
4.5	<b>Datenschutz und Einwilligungen der Teilnehmenden an den Datenerhebungen ..</b>	<b>24</b>
4.6	<b>Textvergleich der Notfallstufen-Regelungen mit dem Referentenentwurf der Notfallreform .....</b>	<b>24</b>
4.7	<b>Synthese aller Ergebnisse .....</b>	<b>24</b>
5	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>26</b>
5.1	<b>Ergebnis der orientierenden Recherche .....</b>	<b>26</b>
5.2	<b>Charakteristika der Stichprobe.....</b>	<b>26</b>
5.2.1	Online-Survey .....	26
5.2.1.1	Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser .....	26
5.2.1.2	Charakteristika der Funktionen der teilnehmenden Personen.....	33
5.2.2	Teilnehmende der Fokusgruppen .....	35
5.2.3	Teilnehmende Experteninterviews .....	39
5.3	<b>Beantwortung der Fragestellung 1 .....</b>	<b>39</b>
5.3.1	Ergebnisse zur Fragestellung 1a: Welche Schwierigkeiten traten bei der Umsetzung der bestehenden Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen auf? .....	39
5.3.1.1	Quantitative Ergebnisse aus dem Online-Survey für Notfallstufen und Module .....	39
5.3.1.2	Qualitative Ergebnisse aus den Freitexten des Online-Survey, den Fokusgruppen- und den Experteninterviews .....	43
5.3.2	Ergebnisse zur Fragestellung 1b: Welcher Weiterentwicklungsbedarf lässt sich aus den identifizierten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der bestehenden Notfallstufen-Regelungen ableiten? .....	52
5.3.2.1	Quantitative Ergebnisse aus dem Online-Survey für Notfallstufen und Module .....	52
5.3.2.2	Qualitative Ergebnisse aus den Freitexten des Online-Surveys, den Fokusgruppen und den Experteninterviews.....	52
5.4	<b>Beantwortung der Fragestellung 2: Wie kann unter Berücksichtigung der Ergebnisse zu Frage 1 zukünftig der Versorgungsbedarf der Bevölkerung bei der Ausgestaltung des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern berücksichtigt werden? .....</b>	<b>60</b>
5.4.1.1	Quantitative Ergebnisse aus dem Online-Survey für Notfallstufen und Module .....	60

5.4.1.2 Qualitative Ergebnisse aus den Fokusgruppen.....	60
<b>5.5 Beantwortung der Fragestellung 3: Welche weiteren bundeseinheitlichen Kriterien sollten zukünftig Berücksichtigung finden bei der Ausgestaltung des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern? .....</b>	<b>62</b>
5.5.1.1 Quantitative Ergebnisse aus dem Online-Survey für Notfallstufen und Module.....	62
5.5.1.2 Qualitative Ergebnisse aus den Freitexten des Online-Surveys, den Fokusgruppen und den Experteninterviews.....	64
<b>5.6 Beantwortung der Fragestellung 4 .....</b>	<b>66</b>
5.6.1 Ergebnisse zur Fragestellung 4a: Welcher Anpassungsbedarf ergibt sich für die Notfallstufen-Regelungen anhand des KHVVG bzw. Referentenentwurfes zum KHAG, insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten medizinischen Leistungsgruppen und deren Ausgestaltung?.....	66
5.6.1.1 Ergebnisse des Experteninterviews mit dem InEK .....	66
5.6.1.2 Ergebnisse der Fokusgruppe 6 .....	68
5.6.2 Ergebnisse zur Fragestellung 4b: Welcher Anpassungsbedarf ergibt sich für die Notfallstufen-Regelungen anhand des Referentenentwurfs zu einem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallreform; Stand 05.11.2025)?..	69
5.6.2.1 Ergebnisse des Textvergleichs mit dem Referentenentwurf zu einem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallreform; Stand 05.11.2025) .....	69
5.6.2.2 Ergebnisse des Experteninterviews mit der ärztlichen Leitung eines INZ....	72
<b>6 Diskussion .....</b>	<b>73</b>
<b>6.1 Einordnung der wesentlichen Ergebnisse .....</b>	<b>73</b>
6.1.1 Wesentliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung und Weiterentwicklungsbedarf.....	74
6.1.2 Der Versorgungsbedarf der Bevölkerung unter Berücksichtigung der Krankenhausdichte.....	77
6.1.3 Zukünftige bundeseinheitliche Kriterien bei der Ausgestaltung des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern .....	77
6.1.4 Anpassungsmöglichkeit der Notfallstufen-Regelung anhand des Referentenentwurfs zum KHAG .....	78
6.1.5 Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen anhand der Notfallreform (Stand 05.11.2025).....	79
6.1.6 Abschließende Anmerkung .....	79
<b>6.2 Methodische Stärken und Limitationen .....</b>	<b>80</b>

<b>7 Fazit .....</b>	<b>82</b>
<b>8 Literatur .....</b>	<b>83</b>
<b>Anhang A Details der Ergebnisse .....</b>	<b>86</b>
<b>A.1 Institutionsbezogene Daten der teilnehmenden Krankenhäuser .....</b>	<b>86</b>
<b>A.2 Fragestellung 1a .....</b>	<b>90</b>
A.2.1 Deskriptive Ergebnisse .....	90
A.2.2 Qualitative Ergebnisse.....	106
<b>A.3 Fragestellung 1b .....</b>	<b>145</b>
A.3.1 Qualitative Ergebnisse.....	145
<b>A.4 Fragestellung 2 .....</b>	<b>189</b>
A.4.1 Deskriptive Ergebnisse .....	189
A.4.2 Qualitative Ergebnisse.....	217
<b>A.5 Fragestellung 3 .....</b>	<b>223</b>
A.5.1 Qualitative Ergebnisse.....	223
<b>A.6 Fragestellung 4a .....</b>	<b>234</b>
A.6.1 Ergebnisse der Fokusgruppe 6 sowie des Experteninterviews mit dem InEK ...	234
<b>A.7 Fragestellung 4b .....</b>	<b>237</b>
A.7.1 Textvergleich Notfallreform mit den Notfallstufen-Regelungen: Details der Ergebnisse.....	237
A.7.2 Integriertes Notfallzentrum (INZ): Details der Ergebnisse.....	249
<b>Anhang B Offenlegung von Beziehungen des Auftragnehmers .....</b>	<b>254</b>

## **Supplement**

Ergänzende Dokumente wie Online Survey Fragebogen, Leitfäden für Fokusgruppen und Experteninterviews, qualitative Auswertungscodesysteme, sowie Transkriptionsregeln finden sich im Supplement unter folgender URL: [https://www.iqwig.de/download/v24-06\\_evaluation-notfallstufen-regelungen\\_supplement.pdf](https://www.iqwig.de/download/v24-06_evaluation-notfallstufen-regelungen_supplement.pdf)

# Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1: Gestuftes System von Notfallstrukturen (Anforderungen ohne Module) .....	2
Tabelle 2: Übersicht der Datengrundlage .....	8
Tabelle 3: Anzahl der Teilnehmenden pro Datenerhebungsmethode .....	26
Tabelle 4: Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser zu Standort und Bundesland .....	28
Tabelle 5: Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser nach Krankenhausdichte .....	31
Tabelle 6: Teilnahme von Krankenhäusern mit Stufenzuordnung und Vorhalten von Fachabteilungen .....	32
Tabelle 7: Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlägen und Bedarfsnotwendigkeit .....	33
Tabelle 8: Charakteristika der Teilnehmenden am Online-Survey .....	34
Tabelle 9: Zusammensetzung der Fokusgruppen (FG1, FG2, FG3, FG4, FG5, FG7) .....	36
Tabelle 10: Zusammensetzung der Fokusgruppe 6 .....	39
Tabelle 11: Zusammensetzung der Experteninterviews .....	39
Tabelle 12: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen der Erwachsenen-Notfallversorgung: Ergebnisse des Online-Surveys.....	41
Tabelle 13: Schwierigkeiten bei der Eingliederung in die Notfallregelungen: Ergebnisse des Online-Surveys zum Modul Spezialversorgung (§ 26 Abs. 2 Nr. 3).....	43
Tabelle 14: Beurteilung der bundeseinheitlichen Kriterien – Ergebnisse des Online-Surveys.....	63
Tabelle 15: Anzahl Krankenhäuser des Online-Surveys im Vergleich zu den InEK-Daten .....	80
Tabelle 16: Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser .....	86
Tabelle 17: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen der Erwachsenen-Notfallversorgung: Ergebnisse des Online-Surveys.....	90
Tabelle 18: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Schwerverletztenversorgung (§ 24): Ergebnisse des Online-Surveys .....	95
Tabelle 19: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Notfallversorgung Kinder (§ 25): Ergebnisse des Online Surveys .....	100
Tabelle 20: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Spezialversorgung (§ 26): Ergebnisse des Online-Surveys .....	102
Tabelle 21: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen des Moduls Schlaganfallversorgung (§ 27): Ergebnisse des Online-Surveys .....	102
Tabelle 22: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Durchblutungsstörungen am Herzen (§ 28): Ergebnisse des Online-Surveys.....	103
Tabelle 23: Allgemeine Anforderungen § 6 .....	106

Tabelle 24: Art und Anzahl der Fachabteilungen § 8, § 13, § 18 .....	108
Tabelle 25: Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals § 9, § 14, § 19.....	110
Tabelle 26: Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten § 10, § 15, § 20 .....	115
Tabelle 27: Medizinisch-technische Ausstattung § 11.....	117
Tabelle 28: Medizinisch-technische Ausstattung § 16.....	119
Tabelle 29: Medizinisch-technische Ausstattung § 21.....	121
Tabelle 30: Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme § 12, § 17, § 22 .....	122
Tabelle 31: Modul Schwerverletzenversorgung § 24 .....	126
Tabelle 32: Modul Notfallversorgung Kinder: § 25 .....	130
Tabelle 33: Modul Spezialversorgung § 26 .....	137
Tabelle 34: Modul Schlaganfallversorgung § 27 .....	139
Tabelle 35: Modul Durchblutungsstörungen am Herzen § 28.....	140
Tabelle 36: Übergangsbestimmungen .....	144
Tabelle 37: Besondere Schwierigkeiten für Krankenhäuser mit Sicherstellungzuschlag und Bedarfsnotwendigkeit .....	144
Tabelle 38: Allgemeine Anforderungen § 6 .....	145
Tabelle 39: Art und Anzahl der Fachabteilungen § 8, § 13, § 18 .....	149
Tabelle 40: Anzahl und Qualifikation des vorhandenen Fachpersonals § 9, § 14, § 19 .....	151
Tabelle 41: Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten § 10, § 15, § 20 .....	156
Tabelle 42: Medizinisch-technische Ausstattung § 11, § 16, § 21 .....	159
Tabelle 43: Strukturen und Prozesse der Notaufnahme § 12, § 17, § 22.....	163
Tabelle 44: Strukturen und Prozesse der Notaufnahme § 17 und § 22.....	167
Tabelle 45: Vorgaben zur speziellen Versorgung § 23 .....	168
Tabelle 46: Modul Schwerverletzenversorgung § 24 .....	169
Tabelle 47: Modul Notfallversorgung Kinder § 25 .....	172
Tabelle 48: Modul Spezialversorgung § 26 .....	179
Tabelle 49: Modul Schlaganfallversorgung § 27 .....	181
Tabelle 50: Modul Durchblutungsstörungen am Herzen § 28.....	184
Tabelle 51: Übergangsbestimmungen § 30 .....	187
Tabelle 52: Evaluation § 31 .....	188
Tabelle 53: Besondere Weiterentwicklungsbedarfen für Krankenhäuser mit Sicherstellungzuschlag und Bedarfsnotwendigkeit.....	188
Tabelle 54: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zur Erwachsenen Notfallversorgung (§ 6 bis § 22) nach Krankenhausdichte.....	189
Tabelle 55: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Schwerverletzenversorgung (§ 24) nach Krankenhausdichte.....	197

Tabelle 56: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Notfallversorgung Kinder (§ 25) nach Krankenhausdichte .....	205
Tabelle 57: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen des Moduls Spezialversorgung (§ 26) nach Krankenhausdichte.....	208
Tabelle 58: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Schlaganfallversorgung (§ 27) nach Krankenhausdichte.....	209
Tabelle 59: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (§ 28) nach Krankenhausdichte .....	210
Tabelle 60: Saisonale Schwankungen .....	217
Tabelle 61: Krankenhausschließungen.....	218
Tabelle 62: Anfahrt / Erreichbarkeit .....	218
Tabelle 63: Entlassmanagement / Abtransport / Weiterverlegung.....	219
Tabelle 64: Bedarfsmaß pro Notfallstufe .....	220
Tabelle 65: Ambulante Fälle.....	221
Tabelle 66: Personal .....	222
Tabelle 67: Kooperation mit anderen Krankenhäusern.....	222
Tabelle 68: Notfallmedizin als eigene Fachlichkeit .....	223
Tabelle 69: Personaluntergrenzen .....	224
Tabelle 70: Strukturiertes Belegungs- und Entlassmanagement.....	225
Tabelle 71: Intersektorale Zusammenarbeit.....	226
Tabelle 72: Beschränkung des Prüfzeitraums .....	227
Tabelle 73: Ergänzung zur speziellen Notfallversorgung .....	228
Tabelle 74: Zertifizierung eines Traumazentrums .....	229
Tabelle 75: Strukturelle und organisatorische Ausgestaltung der Kindernotaufnahme .....	230
Tabelle 76: Komplikationsmanagement bei Schlaganfall .....	231
Tabelle 77: Zertifizierung und Qualität von Stroke Units.....	232
Tabelle 78: Weiterbildung Regelungsbedarf für Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag und Bedarfsnotwendigkeit .....	233
Tabelle 79: Ergebnisse der Fokusgruppe 6 .....	234
Tabelle 80: Inhaltsanalyse des Experteninterviews – InEK .....	235
Tabelle 81: Umsetzung INZ – Allgemein .....	237
Tabelle 82: Sicherstellung der Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen .....	240
Tabelle 83: Zentrale Ersteinschätzungsstelle und das Ersteinschätzungsverfahren .....	242
Tabelle 84: Kooperationsvereinbarung mit der KV zur Versorgung von ambulanten Notfällen (mehrseitige Tabelle).....	244
Tabelle 85: Explizit formulierte Anforderungen an den G-BA .....	246
Tabelle 86: Inhaltsanalyse des Experteninterviews – INZ.....	249

# Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Notfallversorgung Erwachsenen (§ 9, § 14, und § 19) nach Krankenhausdichte.....	214
Abbildung 2: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderung zur Kapazität für die Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung Erwachsene (§ 20) nach Krankenhausdichte.....	215
Abbildung 3: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen zu den Strukturen und Prozessen der Notfallaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung Erwachsene (§ 22) nach Krankenhausdichte.....	216

# Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
Abs.	Absatz
AI	Artificial Intelligence (künstliche Intelligenz)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
CME	Continuing Medical Education
COREQ	Konsolidierte Kriterien für die Berichterstattung qualitativer Forschung (Consolidated Criteria for Reporting qualitative Research)
CPU	Chest Pain Unit (Spezialeinheit zur Versorgung von akuten Brustschmerzen)
CROSS	Konsensbasierte Checkliste für die Berichterstattung von Umfrage-Studien (Consensus-based Checklist for Reporting of Survey Studies)
CT	Computertomografie
DKG	Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.
DRG	Diagnosis-related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
FG	Fokusgruppe
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
INZ	Integriertes Notfallzentrum
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHAG	Krankenhausreformanpassungsgesetz
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KLINAM	Klinische Akut- und Notfallmedizin
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MAGS-NRW	Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
MD	Medizinischer Dienst
MRT	Magnetresonanztomografie

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
NotfallG	Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Stand Juli 2024)
Notfallreform	Referentenentwurf zu einem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Stand 05.11.2025)
Notfallstufen-Regelungen	Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (vom 20.11.2025)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Private Krankenversicherung.
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
SGB	Sozialgesetzbuch
ZNA	Zentrale Notaufnahme

# Kurzfassung

Ziel dieses Berichts war die Evaluierung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

Die Beauftragung des G-BA erfolgte am 20.06.2024. Der Auftrag wurde am 14.08.2025 aufgrund des Urteils, des Bundessozialgerichts vom 02.04.2025, angepasst.

Die Bearbeitung der Fragestellungen erfolgte anhand qualitativer und quantitativer Methoden, darunter ein Online-Survey, Fokusgruppen, Experteninterviews und ein Textvergleich zwischen den Notfallstufen-Regelungen und der Notfallreform (Stand 05.11.2025).

Dabei wurden zentrale, übergeordnete Inhalte in einem iterativen Verfahren validiert und weiterentwickelt, um fundierte Aussagen zur Beantwortung der Fragestellungen ableiten zu können. Weiterhin wurden die Ergebnisse (auch zueinander) kritisch eingeordnet und mit Bezug auf eine Anpassung der Notfallstufen-Regelungen dargestellt. Das methodische Vorgehen orientierte sich an den konsolidierten Kriterien für die Berichterstattung qualitativer Forschung. Insgesamt beteiligten sich 1369 Personen aus 714 Krankenhäusern an dem Online-Survey und 58 Personen an den Fokusgruppen sowie 4 Personen an den Experteninterviews. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass fehlendes Personal in Krankenhäusern laut der Befragten eine maßgebliche Schwierigkeit darstellt. Dies führt u. a. zu **Umsetzungsschwierigkeiten** in Bezug auf:

- die Erfüllung der Vorgaben zur Vorhaltung von Fachkräften (24 Stunden an 7 Tagen),
- Anforderungen zur Anzahl und Qualifikationen des vorzuhaltenden Fachpersonals und
- Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten möglich.

Lässt man den Aspekt der Verfügbarkeit des qualifizierten Personals außer Acht, zeigt sich, dass nur ein Teil der Befragten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Notfallstufen-Regelungen angab.

Zu den von den Befragten am häufigsten geschilderten **Schwierigkeiten** zählen insbesondere:

- Anstieg an ambulanten Fällen in der Zentralen Notaufnahme (ZNA), die nach Ersteinschätzung nicht stationär behandelt werden müssen jedoch das Patientenaufkommen stark erhöhen,

- Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die Weitervermittlung der ambulanten Notfälle teilweise nicht möglich, wenn es bereits eine KV-Notfallpraxis oder Kooperationen mit umliegenden Krankenhäusern gab,
- Regionen mit geringer Krankenhausdichte: Probleme bei der Anfahrt / Erreichbarkeit und beim Entlassmanagement / Abtransport / bei der Weiterverlegung; saisonale Schwankungen des Patientenaufkommens in Tourismusregionen und
- Regionen mit hoher Krankenhausdichte: potenzielle Überversorgung durch zu hohe Dichte an Krankenhäusern mit Notfallstufen.

**Weiterentwicklungsbedarfe** übergreifend für alle Notfallstufen und Module wurden von den Befragten insbesondere zu folgenden Aspekten benannt:

- Facharzt oder Fachärztin der Akut- und Notfallmedizin als eigenständiger Facharzt oder eigenständige Fachärztin, nicht nur als Zusatzweiterbildung,
- Verpflichtung der KVen Kooperationsvereinbarungen einzugehen,
- Abschwächung der 10-Minuten-Regel zur Ersteinschätzung der Behandlungsriorität,
- „fachärztliche Anwesenheit“ ändern in „ärztliche Anwesenheit mit Möglichkeit zur fachärztlichen Konsultation“,
- Konkretisierung verschiedener Begriffe, z. B. Barrierefreiheit,
- Bürokratieabbau und
- Ergänzungen der bundeseinheitlichen Kriterien zu insbesondere folgenden Aspekten:
  - Personaluntergrenzen,
  - zu strukturiertem Belegungs- und Entlassmanagement sowie
  - zu intersektoraler Zusammenarbeit und Beschränkung des Prüfzeitraums des Medizinischen Dienstes (MD).

**Weiterentwicklungsbedarfe** für die Module der speziellen Notfallversorgung wurden von den Befragten insbesondere zu folgenden Aspekten benannt:

- Anerkennung der Zertifizierung der Fachgesellschaft für Traumazentren und Stroke Units durch den MD,
- einheitliche Vorgaben für die strukturelle Ausstattung und die Organisation der Kindernotaufnahme,
- Ergänzung weiterer spezialisierter Teilgebiete als Spezialversorger und
- Anpassung der Anforderungen an die aktuellen medizinischen Erkenntnisse.

Zu dem **Anpassungsbedarf** für die Notfallstufen-Regelungen anhand der Notfallreform wurden folgende 4 Berührungspunkte identifiziert:

- Umsetzung von Integrierten Notfallzentren (INZs),
- Sicherstellung der Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen,
- Implementierung einer zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich eines digitalen Ersteinschätzungsverfahrens und
- Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhäusern und KVen zur Versorgung ambulanter Notfälle.

Am 20.11.2025 wurde der Beschluss über eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen) veröffentlicht. Angepasst wurden insbesondere Mindestanforderungen zum Personalschlüssel, die Ergänzung um OPS-Codes (OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel) bezüglich der Qualitätskriterien für das Modul Schlaganfallversorgung und die Aktualisierung der Anforderungen für das Modul Durchblutungsstörungen am Herzen. Das zeigt, dass einige der in dem vorliegenden Bericht benannten Schwierigkeiten und Weiterentwicklungsbedarfe bereits in den aktualisierten Notfallstufen-Regelungen aufgegriffen wurden.

## 1 Hintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern [1] gemäß § 136c Absatz (Abs.) 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) [2] (nachfolgend: Notfallstufen-Regelungen) definiert. Diese Regelungen sind am 19.05.2018 in Kraft getreten (zuletzt geändert am 20.11.2020) und dienen als Grundlage für die Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV), dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) über Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme der Krankenhäuser an den Notfallstufen-Regelungen. Sie beinhalten Mindestvorgaben zur stationären Notfallversorgung, insbesondere zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen [3]. Tabelle 1 stellt eine Übersicht der 3 Stufen sowie der jeweiligen Anforderungen zur Erfüllung der Kriterien dar.

Die Notfallstufen-Regelungen [3] des G-BA sehen 5 Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie eine Evaluation vor. Neben einem quantitativen Anteil, in dem die Auswirkungen der Notfallstufen-Regelungen auf die Versorgungsstrukturen durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) analysiert werden, identifiziert das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in diesem Rapid Report auf Basis qualitativer Methoden und deskriptiver Statistik in Kombination mit einem Textvergleich der Notfallstufen-Regelungen mit dem Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung (Notfallreform Vorschläge) zur Anpassung und zur zukünftigen Ausgestaltung der Richtlinie.

Tabelle 1: Gestuftes System von Notfallstrukturen (Anforderungen ohne Module)

Vorgabe	Stufe				
	Basisnotfallversorgung	Erweiterte Notfallversorgung	Umfassende Notfallversorgung		
<b>Art und Anzahl Fachabteilungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ jeweils ein Facharzt / eine Fachärztin im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zusätzlich 4 Fachabteilungen der Kategorien A<sup>a</sup> und B<sup>b</sup>, mindestens 2 davon aus Kategorie A</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zusätzlich 7 Fachabteilungen der Kategorien A und B, mindestens 5 davon aus Kategorie A</li> </ul>		
<b>Notaufnahme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zentrale Notaufnahme (ZNA), unter anderem mit Einschätzung der Behandlungspriorität, spätestens 10 Minuten nach Eintreffen (3 Jahre Übergangszeit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zusätzlich Beobachtungsstation für Kurzlieger (maximal 24 Stunden) mit mindestens 6 Betten</li> </ul>			
<b>Intensivkapazität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensivstation mit mindestens 6 Intensivbetten, davon mindestens 3 mit Beatmungsmöglichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensivstation mit mindestens 10 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensivstation mit mindestens 20 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit</li> </ul>		
<b>Medizinisch-technische Ausstattung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schockraum</li> <li>▪ 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomografie (auch in Kooperation)</li> </ul>	<p>wie Basisstufe plus grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) Verfügbarkeit von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ notfallendoskopischer Intervention oberer Gastrointestinaltrakt</li> <li>▪ perkutaner koronarer Intervention</li> <li>▪ Magnetresonanztomografie</li> <li>▪ Primärdiagnostik Schlaganfall und Initialtherapie</li> </ul>			
<b>Transport bzw. Verlegung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Möglichkeit der Weiterverlegung, auch auf dem Luftweg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hubschrauberlandestelle</li> </ul>			
<b>Ambulant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soll-Vorgabe: Kooperation gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit Kassenärztlicher Vereinigung</li> </ul>				
<p>a. Kategorie A: Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p> <p>b. Kategorie B: Innere Medizin und Pneumologie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkardiologie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Urologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</p> <p>SGB: Sozialgesetzbuch</p>					

Neben 3 Stufen für die Teilnahme eines Krankenhauses an der Notfallversorgung sehen die Notfallstufen-Regelungen auch eine Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vor. Krankenhäuser, die die oben genannten Mindestanforderungen nicht erfüllen und damit nicht an den Notfallstufen-Regelungen teilnehmen, erhalten keine Zuschläge. Darüber hinaus muss

das Krankenhaus bei einer Nichtteilnahme an den Notfallstufen-Regelungen für jeden vollstationären Behandlungsfall Abschläge zahlen. Unberührt davon bleibt jedoch die allgemeine Pflicht eines jeden Krankenhauses, im Notfall Hilfe zu leisten. Die Behandlungskosten werden in diesem Fall erstattet.

Die Notfallstufen-Regelungen umfassen neben dem gestuften System der Notfallstufen auch die spezielle Notfallversorgung (Module).

### **Spezielle Notfallversorgung (Module)**

Im Rahmen der Notfallstufen-Regelungen können Krankenhäuser, die die Anforderungen für die Zuteilung zu einer Stufe nicht erfüllen, aber die Anforderungen für spezielle Notfallversorgungsangebote (Module, siehe Auflistung) erfüllen, Zuschläge erhalten und damit an der strukturierten Notfallversorgung teilnehmen.

Folgende Module wurden in den Notfallstufen-Regelungen festgelegt:

- Schwerverletztenversorgung
- Notfallversorgung Kinder (Einteilung in die 3 Stufen Basisnotfallversorgung sowie erweiterte und umfassende Notfallversorgung)
- Schlaganfallversorgung
- Durchblutungsstörungen am Herzen
- Spezialversorgung

Die speziellen Anforderungen an die Module sind in der Richtlinie des G-BA in Abs. VI § 24 bis 28 geregelt [1]. Wenn Krankenhäuser bestimmte Module vereinbart haben, können sie einer Notfallstufe zugeordnet werden und entsprechende Zuschläge für die behandelten Fälle erhalten. Folgende Zuordnungen sind festgelegt:

- Modul Schwerverletztenversorgung zu der Stufe erweiterte Notfallversorgung
- Modul Schlaganfallversorgung zu der Stufe Basisnotfallversorgung
- Modul Durchblutungsstörungen am Herzen zu der Stufe Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser können in Sonderfällen, z. B. aufgrund regionaler Besonderheiten oder wenn sie vom DRG-Vergütungssystem (DRG: diagnosebezogene Fallgruppen) ausgenommen sind, als Spezialversorger ausgewiesen werden. Die entsprechenden Vorhaltekosten werden über alternative Finanzierungsregelungen zielgerichtet vergütet. Krankenhäuser mit dem Modul Spezialversorgung erhalten weder Zuschläge noch müssen sie Abschläge entrichten.

## Sicherstellungszuschläge und bedarfsnotwendige Krankenhäuser

Krankenhäuser können unter bestimmten Voraussetzungen sogenannte Sicherstellungszuschläge erhalten, die über das übliche Entgeltsystem hinaus gezahlt werden. Dies ist der Fall, wenn das Krankenhaus für die regionale, flächendeckende Basisversorgung unverzichtbar ist, weil bei Schließung des Krankenhauses kein anderes geeignetes Krankenhaus die Versorgung übernehmen kann, das Krankenhaus aber aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs relevante Fachabteilungen nicht aus den Mitteln des Entgeltsystems für Krankenhäuser (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) ausreichend finanzieren kann. Um diese Zuschläge zu erhalten, muss ein solches Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen sein. Außerdem gibt der G-BA Kriterien für die flächendeckende Versorgung vor, bspw. dass bei Schließung des Krankenhauses mindestens 5000 Menschen mehr als 30 Minuten mit dem PKW fahren müssten zum nächsten geeigneten Krankenhaus. Zu den notwendigen Vorhaltungen gehört, dass das Krankenhaus eine Fachabteilung für Innere Medizin und eine Fachabteilung für Chirurgie vorhält, die seit dem 19.05.2023 mindestens die Anforderungen der Stufe Basisnotfallversorgung erfüllen müssen. Sicherstellungszuschläge können auch gezahlt werden, wenn eine Fachabteilung für Geburtshilfe bzw. Gynäkologie und Geburtshilfe und / oder eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Modul Basisnotfallversorgung Kinder vorgehalten wird.

Neben den Sicherstellungszuschlägen pro Behandlungsfall konnten Krankenhäuser bis Mai 2023 jährlich pauschale Zuschläge, unabhängig vom Budgetdefizit, erhalten, wenn sie als bedarfsnotwendiges Krankenhaus im ländlichen Raum galten. Auch diese Krankenhäuser müssen nach Ablauf der befristeten Übergangsbestimmung die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung erfüllen, um entsprechende Zuschläge zu erhalten [3].

## Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und der Referentenentwurf zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG)

Mit dem am 22.11.2024 verabschiedeten KHVVG [4] werden zur Verbesserung der Behandlungsqualität in Krankenhäusern erstmalig bundeseinheitliche Leistungsgruppen definiert und Mindestqualitätsanforderungen festgelegt. Ziel ist es, dass bestimmte Leistungen zukünftig nur in solchen Krankenhäusern erbracht werden, die über das dafür notwendige Personal, die erforderlichen Fachdisziplinen zur Vor-, Mit- und Nachbehandlung sowie die entsprechend medizinisch-technische Ausstattung verfügen. Krankenhäuser dürfen zukünftig nur Leistungen aus Leistungsgruppen erbringen, die ihnen von den Landesplanungsbehörden zugewiesen wurden. Verknüpft mit dieser Zuweisung wird eine Vorhaltevergütung eingeführt, die weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung an die Krankenhäuser gezahlt wird. Die Bundesregierung hat am 05.08.2025 den Referentenentwurf zum KHAG [5] veröffentlicht, der neben verschiedenen, insbesondere zeitlichen Anpassungen auch Änderungen in der Zusammensetzung der Leistungsgruppen, wie dem Wegfall der Leistungsgruppe 65 „Notfallmedizin“ vorsieht.

### **Referentenentwurf zu einem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallreform)**

Ziel der Notfallreform [6] ist es, zukünftig die 3 an der Notfallversorgung beteiligten Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen, um für Hilfesuchende eine bundesweit einheitliche gute Notfallversorgung sicherzustellen. Kernelemente des Gesetzentwurfs sind, neben einer digitalen Fallübergabe, der Ausbau der notdienstlichen Akutversorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie die Etablierung sektorenübergreifender Notfallversorgungsstrukturen durch Integrierte Notfallzentren (INZs). INZ sollen für die Notfallversorgung zugelassene Krankenhäuser, Notdienstpraxen der KVen und eine zentrale Ersteinschätzungsstelle auf der Grundlage einer in § 123a Abs. 2 genannten Kooperationsvereinbarung eine permanente bedarfsgerechte ambulante medizinische Erstversorgung gewährleisten. Hierdurch soll einerseits die Notfallversorgung von Hilfesuchenden optimiert und andererseits eine Fehlsteuerung und Überlastung, z. B. von Rettungsdiensten und Notaufnahmen, reduziert werden.

## 2 Fragestellungen

Im Rahmen der Evaluation sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Fragestellung 1: Welche Schwierigkeiten traten bei der Umsetzung der bestehenden Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen auf (1a)? Welcher Weiterentwicklungsbedarf lässt sich daraus ableiten (1b)?
- Fragestellung 2: Wie kann unter Berücksichtigung der Ergebnisse zu Nummer 1 zukünftig der Versorgungsbedarf der Bevölkerung bei der Ausgestaltung des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (2) berücksichtigt werden? Hierbei sollen Versorgungsregionen, in denen es mehrere Krankenhäuser mit vereinbarter Notfallstufe und solche Regionen mit einer geringen Dichte an Krankenhäusern mit vereinbarter Notfallstufe gesondert betrachtet werden.
- Fragestellung 3: Welche weiteren bundeseinheitlichen Kriterien sollten zukünftig Berücksichtigung finden bei der Ausgestaltung des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (3)?
- Fragestellung 4: Welcher Anpassungsbedarf ergibt sich für die Notfallstufen-Regelungen anhand des KHVVG bzw. des Referentenentwurfs zum KHAG, insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten medizinischen Leistungsgruppen und deren Ausgestaltung (4a), und des Referentenentwurfs zu einem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallreform) (4b)?

Weiterhin sollen die Ergebnisse (auch zueinander) kritisch eingeordnet und mit Bezug auf eine Anpassung der Notfallstufen-Regelungen dargestellt werden.

Die Evaluation bezieht sich auf die zum Auftragsdatum gültigen Notfallstufen-Regelungen vom 20.11.2020.

### 3 Projektverlauf

#### 3.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts

Der G-BA hat am 20.06.2024 das IQWiG mit der Evaluation der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V [1] beauftragt.

Auf Basis einer internen Projektskizze wurde ein Rapid Report erstellt. Dieser Bericht wurde an den G-BA übermittelt und 4 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

#### 3.2 Änderungen im Projektverlauf

Es ergaben sich folgende Änderungen im Projektverlauf:

- Anpassung des Auftrags:
  - Aufgrund eines Urteils, des Bundessozialgerichts vom 02.04.2025<sup>1</sup> wurden die Teilfragestellungen des Auftrags zur perspektivischen Finanzierung gestrichen. Die entsprechenden Daten des Online-Surveys sowie der Fokusgruppe, die auf die Beantwortung dieser Fragen zielten, wurden daher nicht ausgewertet.
- Analyse der anonymisierten Rohdaten des Online-Surveys:
  - Die Auswertung und Interpretation der Daten erfolgten durch das IQWiG.
- Analyse der Fokusgruppen
  - Die Validierung der Codierung und die zusammenfassende Analyse erfolgten durch das IQWiG.
- Veröffentlichung des Referentenentwurfs zum KHAG
  - die Bearbeitung der Fragestellung 4a erfolgte anhand des Referentenentwurfs des KHAG [5] und des KHVVG [4].
- Veröffentlichung des Referentenentwurfs zur Notfallreform
  - Zwecks Bearbeitung der Fragestellung 4b fand ein Textvergleich mit der Notfallreform (05.11.2025) [6] anstelle des Gesetzentwurfs zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG, Stand Juli 2024) [8] statt.

---

<sup>1</sup> BSG v. 02.04.2025, B 1 KR 25/23 R, Rn 1, 38, 75, 78, 81 [7]

## 4 Methoden

Die Bearbeitung der Fragestellungen erfolgte anhand qualitativer Methoden und quantitativer Methoden.

Diese umfassten die Durchführung eines Online-Surveys, Fokusgruppen und Experteninterviews und ein Textvergleich der Notfallstufen-Regelungen mit der Version der Notfallreform vom 05.11.2025 [6]. Die unterschiedlichen Datenerhebungen und -analysen zur Beantwortung der verschiedenen Fragestellungen erfolgten iterativ und überschneidend.

Im Rahmen des Online-Surveys wurden Daten zur Bearbeitung der Fragestellungen 1 bis 3 erhoben. In den Fokusgruppen wurden die vorläufigen Ergebnisse des Online-Surveys aufgegriffen, um Aspekte vertiefend zu behandeln, zu denen hinsichtlich der Evaluation noch offene Fragen, Widersprüche oder Konkretisierungsbedarfe bestanden.

Für die Fragestellung 4b wurde ein Textvergleich des Referentenentwurfs zur Notfallreform [6] mit der Notfallstufen-Richtlinie durchgeführt. Berührungspunkte und mögliche Anpassungsbedarfe an den Notfallstufen-Regelungen wurden herausgearbeitet und im Bericht deskriptiv dargestellt.

Ergänzend sowie zur Vertiefung wichtiger Aspekte aus dem Online-Survey, den Fokusgruppen und dem Textvergleich wurden Experteninterviews durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Experteninterviews flossen in die Beantwortung aller Fragen ein.

Tabelle 2 zeigt, auf welcher Datenbasis die einzelnen Fragen beantwortet wurden.

Tabelle 2: Übersicht der Datengrundlage

Fragestellung 1a und 1b	Fragestellung 2	Fragestellung 3	Fragestellung 4a und 4b
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Online-Survey (quantitative Daten [nur 1a] und Freitexte)</li><li>▪ Fokusgruppen</li><li>▪ Experteninterviews</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Online-Survey (nur quantitative Daten)</li><li>▪ Fokusgruppen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Online-Survey (quantitative Daten und Freitexte)</li><li>▪ Fokusgruppen</li><li>▪ Experteninterviews</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Textvergleich Gesetz(entwurf) mit Notfallstufen-Regelungen</li><li>▪ Experteninterviews</li><li>▪ Fokusgruppen</li></ul>

Für die Rekrutierung und Durchführung des Online-Surveys beauftragte das IQWiG einen Auftragnehmer. Die anonymisierten quantitativen und qualitativen Rohdaten wurden dem IQWiG zur Verfügung gestellt, das auf dieser Basis die Datenaufbereitung und -analyse durchführte.

Die Rekrutierung, konkrete inhaltliche Gestaltung, Durchführung und Auswertung der Fokusgruppen erfolgten durch den Auftragnehmer, die qualitative Analyse wurde vom IQWiG validiert und z. T. ergänzt.

Die Experteninterviews wurden vom IQWiG durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Auch der Textvergleich mit dem Referentenentwurf zu einem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung [6] erfolgte durch das IQWiG.

#### **4.1 Orientierende Literaturrecherche**

Über eine orientierende Recherche wurde nach potenziell relevanter Hintergrundliteratur zum Thema Notfallversorgung und Notfallstufen-Regelungen gesucht. Der Abschlussbericht zur Evaluation der Notfallstufen-Regelungen des IQTIG in der Version 1.0 lag ab Dezember 2024 vor [9].

Es wurden folgende Quellen benutzt:

- PubMed
- Verwendung der „Similar Articles“-Funktion in PubMed
- Google Scholar
- Sichtung ausgewählter Webseiten (<https://www.aerzteblatt.de/>, <https://observer-gesundheit.de/>)

Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen beziehungsweise aus allen weiteren Dokumenten wurden auf Aspekte zum gestuften System der Notfallstrukturen in Deutschland gesichtet.

#### **4.2 Online-Survey**

Die Abschnitte 4.2.1 Zielgruppen bis 4.2.6 Durchführung des Online-Surveys enthalten durch den Auftragnehmer zur Verfügung gestellte Informationen.

##### **4.2.1 Zielsetzung**

Mit dem Online-Survey sollten Daten für einen quantitativen Überblick über den Status und die Perspektiven der Notfallversorgung aus Sicht der leistungserbringenden Akteure erhoben werden. Über Freitextoptionen sollten zudem vertiefte Erkenntnisse zu den Schwierigkeiten bei der Umsetzung den Notfallstufen-Regelungen und Vorschläge zu deren Weiterentwicklung gewonnen werden.

#### 4.2.2 Zielgruppen

An der Notfallversorgung beteiligte Krankenhäuser im Sinne der Notfallstufen-Regelungen wurden zur Teilnahme am Online-Survey eingeladen. Zielgruppen der Befragung waren die für die jeweilige stationäre Notfallversorgung verantwortlichen Personen der Krankenhäuser:

- leitende Ärztinnen und Ärzte der (speziellen) Notfallversorgung,
- leitende Pflegedienstleitungen der (speziellen) Notfallversorgung,
- die jeweilige kaufmännische Leitung, beziehungsweise die Person, die für die Strukturen im Krankenhaus und die Kommunikation mit anderen Krankenhäusern verantwortlich ist sowie
- 1 verantwortliche Person des Controllings und / oder Qualitätsmanagements pro Krankenhausstandort.

#### 4.2.3 Rekrutierung

Im Dezember 2024 wurde dem IQWiG seitens des IQTIG und des GKV-SV eine Liste mit den Namen und Adressen von Krankenhäusern übermittelt, die im Zeitraum 2019 bis 2023 an den Notfallstufen-Regelungen teilnahmen. Die E-Mail-Adressen der benannten Zielgruppen wurden auf Grundlage dieser Liste vom IQWiG recherchiert und ergänzt.

Am 17.02.2025 stellte das IQWiG dem Auftragnehmer die vom IQWiG ergänzte Liste zur Verfügung. Die Liste wurde durch den Auftragnehmer angepasst (z. B. wurden Krankenhäuser mit Vermerk einer geschlossenen Notaufnahme gestrichen). Sofern Krankenhäuser an einem Standort mehrere vereinbarte Notfallstufen bzw. Module der speziellen Notfallversorgung aufwiesen, wurde je eine Ansprechperson für die vereinbarte Notfallstufe bzw. für das vereinbarte Modul aufgelistet.

Die Rekrutierung erfolgte in 2 Schritten: Zunächst wurde der Online-Survey durch den Auftragnehmer per E-Mail den kaufmännischen Leitungen der relevanten Krankenhäuser angekündigt. Diese Ankündigung enthielt jeweils ein Informationsschreiben mit Bitte zur Teilnahme vom IQWiG und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG). Interessierte Vertretende der Krankenhäuser konnten sich auf einer im Schreiben aufgeführten Website über die Befragung und deren Hintergründe informieren.

Anschließend wurde die kaufmännische Leitung Ende Februar 2025 postalisch angeschrieben. Enthalten waren ein Anschreiben sowie 4 Teilnahmedokumente für die o. g. 4 relevanten Zielgruppen, die für die Befragung vorgesehen waren. In den Teilnahmedokumenten waren ein individualisierter Link sowie ein Quick-Response-Code abgebildet, die jeweils zum für die Zielgruppe angepassten Online-Survey führten. Die kaufmännische Leitung wurde darum gebeten, die 3 verschiedenen Teilnahmedokumente an die verantwortlichen Personen der

o. g. Zielgruppen weiterzugeben, das vierte Dokument war für die kaufmännische Leitung selbst bestimmt.

Im Anschluss wurden die Ansprechpersonen der 4 Zielgruppen Anfang März 2025 direkt durch den Auftragnehmer per E-Mail kontaktiert. Die E-Mail enthielt (analog zu den Teilnahmedokumenten, die postalisch versendet worden waren) jeweils Informationen zum Online-Survey sowie einen individualisierten Link zu dem für die Zielgruppe relevanten Fragebogen. Da sich ein hoher Anteil unzustellbarer E-Mails, insbesondere für Ansprechpersonen der Module der speziellen Notfallversorgung gezeigt hatte, wurden diese direkt postalisch mit einem Erinnerungsbrief Anfang der 2. Märzwoche 2025 kontaktiert. Mitte März 2025 wurde zudem ein Erinnerungsschreiben per E-Mail an alle Ansprechpersonen mit hinterlegter E-Mail-Adresse verschickt.

Für den Zeitraum der Rekrutierung und Durchführung der Befragung richtete der Auftragnehmer eine Telefonhotline sowie eine zentrale projektbezogene E-Mail-Adresse ein.

#### **4.2.4 Entwicklung der Fragebogen für den Online-Survey**

Zur Erfassung stufen- bzw. modulspezifischer Daten wurden vom IQWiG verschiedene Fragebogen entwickelt. Diese wurden im gemeinsamen Austausch zwischen IQWiG und Auftragnehmer weiterentwickelt. Dabei wurde zunächst die Anzahl der Fragen pro Fragebogen verringert, um die zeitliche Belastung der Teilnehmenden zu reduzieren. Des Weiteren wurden zur Verbesserung der Verständlichkeit einzelne Fragen angepasst und 2 neue Fragen zur Krankenhausdichte der Region hinzugefügt. Folgende Fragebogen kamen zur Anwendung:

- 1) Fragebogen „Notfallversorgung Erwachsene für Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung, umfassende Notfallversorgung“
- 2) Fragebogen „Modul Notfallversorgung Kinder für Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung, umfassende Notfallversorgung“
- 3) Fragebogen „Modul Durchblutungsstörung am Herzen“
- 4) Fragebogen „Modul Schlaganfall“
- 5) Fragebogen „Modul Schwerverletztenversorgung“
- 6) Fragebogen „Modul Spezialversorgung“

Die Fragebogen setzten sich aus offenen und geschlossenen Fragen zusammen. Entsprechend der Fragestellung 1 zielten die Hauptfragen auf wahrgenommene Schwierigkeiten bei der Umsetzung der einzelnen Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen sowie sich daraus ableitende Weiterentwicklungsbedarfe und -ideen ab. Die geschlossenen Fragen bildeten dabei die einzelnen Anforderungen der Richtlinie als Antwortoptionen ab; Mehrfachantworten waren z. T. möglich. Die offenen Fragen schlossen sich unmittelbar an die

geschlossenen Fragen an, sodass die Teilnehmenden die Möglichkeit bekamen, in Freitexten individuelle Antworten zu den jeweiligen wahrgenommenen Schwierigkeiten zu geben. Im Anschluss wurde mit einer geschlossenen Frage konkret nach Weiterentwicklungsbedarfen und -vorschlägen zu der jeweiligen Anforderung der Richtlinie gefragt. Bei einer Beantwortung mit „ja“ wurde das Freitextfeld für individuelle Antworten zum Thema geöffnet und über Freitextfelder die Möglichkeit zur Ausformulierung derselben gegeben. Nach diesem Vorgehen wurde zur Beantwortung der Fragestellung 3 eine Frage zur Ergänzung bundeseinheitlicher Kriterien sowie Fragen zur perspektivischen Finanzierung gestellt.

Alle Fragebogen beinhalteten zudem institutionsbezogene Daten zu folgenden Themen:

- Rolle / Funktion der Befragten,
- Versorgungsstandort,
- Bettenanzahl,
- Trägerschaft,
- Umgebung 1: Anzahl der Krankenhäuser mit einer vereinbarten Notfallstufe innerhalb einer PKW-Fahrzeit von 20 min,
- Umgebung 2: Anzahl der Krankenhäuser mit derselben vereinbarten Notfallstufe innerhalb einer PKW-Fahrzeit von 20 min,
- spezifische Fachabteilungen (nur in Fragebogen zu den Notfallstufen Erwachsene und dem Modul Notfallversorgung Kinder),
- zugeordnete Notfallstufe / zugeordnetes Modul,
- Sicherstellungszuschläge und
- Bedarfsnotwendigkeit.

Einzelne Fragen in den Fragebogen beinhalteten eine zielgruppenspezifische Filterfunktion. Für die Notfallversorgung Erwachsene und das Modul Notfallversorgung Kinder erfolgte zusätzlich eine Filterung der relevanten Fragen je nach zugeteilter Notfallstufe (Basisnotfallversorgung, erweiterte Notfallversorgung, umfassende Notfallversorgung).

Am Befragungsende wurde die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Fokusgruppe abgefragt, sowie bei Interesse die Möglichkeit gegeben, eine E-Mail-Adresse zu hinterlassen.

#### **4.2.5 Pretests**

Die Umsetzung, einschließlich der Durchführung des Pretests, lag in der Verantwortung des Auftragnehmers und erfolgte mithilfe eines vom Auftragnehmer entwickelten Online-Survey-Tools. Zwischen dem 19. und 24.02.2025 wurden insgesamt 14 Pretests mit Personen aus

verschiedenen Krankenhäusern und aus den unterschiedlichen relevanten Zielgruppen durchgeführt. Die Personen wurden per Zufall unter Verwendung der Liste der an dem gestuften System von Notfallstrukturen teilnehmenden Krankenhäuser angeschrieben und eingeladen. Dabei wurde jeder der 6 oben genannten Fragebogen mindestens 1-mal ausgefüllt. Folgende Personen füllten die Fragebogen ausgefüllt: 4-mal leitende Ärztinnen oder Ärzte, 3-mal leitende Pflegekräfte, 5-mal Personen aus dem Qualitätsmanagement oder Controlling und 2-mal Personen aus der kaufmännischen Leitung.

Inhalt und Umfang der Fragebogen wurden von allen Teilnehmenden als angemessen empfunden. Durch die Rückmeldungen ergaben sich einzelne Anpassungen. Diese betrafen einerseits formale Aspekte, wie das Ergänzen von Filterfunktionen oder die Begrenzung der Zeichenanzahl bei Freitexteingaben. Andererseits erfolgten inhaltliche Anpassungen zur besseren Verständlichkeit oder Konkretisierung, z. B. wurde die Frage zur Krankenhausdichte im Umfeld durch die Aufteilung in 2 Fragen spezifiziert, die Kategorien zur Bettenzahl entsprechend der Rückmeldungen angepasst oder die Frage zu den Anpassungsbedarfen der bundeseinheitlichen Kriterien durch offene Fragen ergänzt.

Die finalen Fragebogen finden sich im Supplement [10] zum Bericht.

#### **4.2.6 Durchführung**

Der Online-Survey wurde durch den Auftragnehmer durchgeführt.

Der Versand des Links zur Teilnahme am Online-Survey erfolgte entsprechend des in Abschnitt 4.2.2 beschriebenen Vorgehens. Die Datenerhebung startete am 28.02.2025. Die Fragebogen zur Notfallversorgung Erwachsene und zum Modul Notfallversorgung Kinder konnten bis einschließlich 17.03.2025 ausgefüllt werden. Die Befragungen zu den weiteren Modulen der spezifischen Notfallversorgung konnten bis zum 21.03.2025 ausgefüllt werden.

#### **4.2.7 Analyse der quantitativen Daten**

Die Daten des Online-Surveys bestanden aus 6 Datensätzen zu den 6 durchgeführten Umfragen (Notfallversorgung Erwachsene sowie die übrigen 5 Module). Die Auswertung der Daten erfolgte jeweils separat pro Fragebogen. Zu allen Variablen erfolgten deskriptive Auswertungen in Form von Häufigkeitsanalysen. Fehlende Antworten bei optionalen Fragen wurden als fehlende Werte klassifiziert und in der Analyse entsprechend berücksichtigt.

Aufgrund eines Fehlers bei der Ausführung des Online-Surveys kam es zu Problemen bei der eindeutigen Zuordnung der Online-Survey-Daten zu den an dem Online-Survey beteiligten Krankenhäusern. Eine nachträgliche Korrektur durch den Auftragnehmer ermöglichte die eindeutige Zuordnung von 81 % aller Daten. Diese 81 % der Daten wurden vom IQWiG auf Plausibilität überprüft und als Grundgesamtheit betrachtet.

Im Rahmen jedes Fragebogens wurden institutionsbezogene Angaben des betreffenden Krankenhauses erfasst sowie versorgungsspezifische Fragen zur Notfallversorgung entsprechend der zugeordneten Notfallstufe bzw. des zugeordneten Moduls gestellt (siehe Abschnitt 4.2.4). Es war möglich, dass mehrere Personen aus demselben Krankenhaus (mit unterschiedlichen Rollen innerhalb des Krankenhauses) Angaben zu der Notfallversorgung in diesem Krankenhaus machten. Um ein vollständiges Meinungsbild zur Einschätzung der Versorgung zu erhalten, wurden alle vorliegenden Fragebogen über alle Zielgruppen hinweg für die Beantwortung der versorgungsspezifischen Fragen zur Notfallversorgung entsprechend der zugeordneten Notfallstufe bzw. Modul herangezogen. Zur Auswertung der institutionsbezogenen Angaben wurden nur die Antworten 1 Person pro Krankenhaus herangezogen, um Dopplungen zu verhindern. Falls mehrere Personen eines Krankenhauses institutionsbezogene Angaben zu diesem gemacht hatten, wurden nur die Antworten einer Person herangezogen. Hierzu wurde folgende Reihenfolge festgelegt: 1) kaufmännische Leitung, 2) Controlling bzw. Qualitätsmanagement, 3) ärztliche Leitung, 4) pflegerische Leitung. Falls mehrere Personen dieselbe Funktion angaben, wurden die institutionsbezogenen Angaben genutzt, in denen weniger fehlende Werte vorlagen. Bei mehreren Personen pro Krankenhaus mit derselben Funktion und derselben Anzahl an fehlenden Werten wurde anhand eines Zufallsgenerators entschieden, welche institutionsbezogenen Angaben für dieses Krankenhaus herangezogen wurden.

#### **4.2.7.1 Spezifikationen der Auswertungen zur Krankenhausdichte**

Um die Fragestellung 2 zur Krankenhausdichte beantworten zu können, erfolgte vorab eine Definition auf Grundlage des IQTIG-Berichts [9] mit eindeutiger Gruppenzuordnung in geringe, mittlere und hohe Krankenhausdichte:

##### **Geringe Krankenhausdichte**

Kein weiteres Krankenhaus ist innerhalb 20 Minuten Fahrtzeit mit derselben vereinbarter Notfallstufe und kein weiteres Krankenhaus ist innerhalb 20 Minuten Fahrtzeit mit einer vergleichbaren Notfallstufe erreichbar.

##### **Mittlere Krankenhausdichte**

Mindestens 1 Krankenhaus aber höchstens 2 Krankenhäuser mit derselben vereinbarten oder einer vergleichbaren Notfallstufe ist /sind innerhalb von 20 Minuten Fahrtzeit erreichbar.

##### **Hohe Krankenhausdichte**

Mehr als 2 Krankenhäuser sind innerhalb 20 Minuten Fahrtzeit mit derselben vereinbarten Notfallstufe oder einer vergleichbaren Notfallstufe erreichbar.

Als vergleichbar galten in diesem Zusammenhang Krankenhäuser mit einer höheren Notfallstufe oder hinsichtlich der Module, Krankenhäuser mit spezifischen Fachabteilungen,

die die Notfallversorgung dieser Patientengruppe ebenfalls abdecken können (beispielsweise die Notfallversorgung von Personen mit Schlaganfall in einem Krankenhaus mit dem Modul Schlaganfallversorgung oder mit der Fachabteilung Neurologie).

Die Auswertung zur Krankenhausdichte erfolgte jeweils pro Stufe und pro Modul.

Die Dokumentation und Darstellung der Datenerhebung und -auswertung orientierten sich an den konsolidierten Kriterien für Survey-Studien (z. B. CROSS – A Consensus-based Checklist for Reporting of Survey Studies oder Good Practice in the Conduct and Reporting of Survey Research) [11].

#### **4.2.7.2 Analyse der qualitativen Daten**

Die Freitextantworten wurden durch den Auftragnehmer zunächst um personenbezogene Daten bereinigt, um die Anonymität der Teilnehmenden sicherzustellen. Die Freitextantworten wurden aus den Rohdaten des Online-Survey separat extrahiert, um sie inhaltsanalytisch unter Verwendung der Analysesoftware ATLAS.ti auszuwerten. Die Entwicklung eines Codesystems, das der Fragestruktur des Online-Surveys folgte, erfolgte durch den Auftragnehmer.

Die weitere deduktive Analyse erfolgte durch 2 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des IQWiG mithilfe der Analysesoftware MAXQDA (Version 24). Dazu wurde von 1 wissenschaftlichen Mitarbeiterin das vom Auftraggeber vorstrukturierte Codesystem überprüft und anschließend durch Subcodes, die die einzelnen Absätze der Paragraphen umfassen, ausdifferenziert. Im weiteren Verlauf überprüfte die 2. wissenschaftliche Mitarbeiterin die erstellten Subcodes. Anschließend erfolgte durch 1 wissenschaftliche Mitarbeiterin die Codierung der Daten, die Prüfung erfolgte durch die 2. wissenschaftliche Mitarbeiterin. Die Zusammenfassung der codierten Textstellen pro Code erfolgte durch 1 wissenschaftliche Mitarbeiterin und wurde von der 2. wissenschaftlichen Mitarbeiterin geprüft. Für die initiale Zusammenfassung der codierten Textsegmente wurde unterstützend das MAXQDA-Artificial-Intelligence(AI)-Coding-Assist-Tool genutzt. Dieses Tool basiert hauptsächlich auf Sprachmodellen von Anthropic und Google (Gemini). Der Einsatz des MAXQDA-AI-Coding-Assist-Tools fand zwischen dem 22.07.2025 und 22.08.2025 statt.

Über die Funktion „Codierte Segmente zusammenfassen“ wurde von MAXQDA automatisiert jeweils pro Code eine inhaltliche Zusammenfassung (sogenannte Code-Summary) vorgeschlagen. Dieser Vorschlag wurde jeweils von 1 wissenschaftlichen Mitarbeiterin des IQWiG auf inhaltliche Vollständigkeit und Übereinstimmung geprüft. Bei Unsicherheiten erfolgte eine Diskussion und Konsentierung mit einer 2. wissenschaftlichen Mitarbeiterin des IQWiG.

Die so erstellten Code-Zusammenfassungen wurden anschließend von den beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen gemeinsam diskutiert. Dabei wurden zentrale, übergeordnete Inhalte in einem iterativen Verfahren validiert und weiterentwickelt, um fundierte Aussagen zur Beantwortung der Fragestellungen ableiten zu können.

Alle Ergebnisse wurden abschließend zwischen den beiden wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des IQWiG diskutiert und konsentiert und es wurde eine gemeinsame Auswahl illustrativer Zitate getroffen.

#### **4.2.7.3 DSGVO-Konformität und Risikoeinschätzung des MAXQDA -AI-Tools**

Vor der Nutzung der AI-Module von MAXQDA für die Primärdatenanalyse erfolgten eine Risikoanalyse und die Überprüfung der Datenschutz-Grundverordnungs-(DSGVO)Konformität. Der Software-Anbieter wurde datenschutzkonform eingebunden und es wurde sichergestellt, dass die genutzten Daten nicht für Künstliche-Intelligenz-Trainingszwecke weiterverwendet werden (weitere Informationen unter <https://www.maxqda.com/de/>).

### **4.3 Fokusgruppen**

Die Durchführung und Datenanalyse der Fokusgruppen erfolgte durch den Auftragnehmer, die Validierung der Datenanalyse sowie die Ergebnisdarstellung durch das IQWiG.

Die Beschreibung der Abschnitte 4.3.1 Zielsetzung bis 4.3.7 Analyse der Daten enthält durch den Auftragnehmer zur Verfügung gestellte Informationen.

#### **4.3.1 Zielsetzung**

Die Fokusgruppen wurden aufbauend auf den vorläufigen Ergebnissen des Online-Surveys und unter Berücksichtigung der Fragestellungen 1 bis 3 konzeptioniert. Während der Online-Survey erste Erkenntnisse insbesondere zu Schwierigkeiten und Weiterentwicklungsbedarfen der Notfallstufen-Regelungen generierte, wurden die Fokusgruppen genutzt, um diese Ergebnisse vertiefend zu diskutieren.

Mit dem Ziel, die Herausforderungen und Weiterentwicklungsbedarfe bzw. -ideen – ausgerichtet auf die einzelnen Paragrafen der Notfallstufen-Regelungen – vertiefend diskutieren zu können, wurden die ersten 5 Fokusgruppen (FG 1 bis 5) unter Berücksichtigung der Notfallstufen- oder Notfallmodulzuordnung und der regionalen Verortung (Krankenhausdichte) zusammengesetzt (siehe Abschnitt 4.3.2). Ein weiteres Ziel dieser Fokusgruppen war ein vertiefter Austausch über mögliche Anpassungen der bundeseinheitlichen Kriterien und das Herausstellen der besonderen Bedarfe in Regionen mit geringer und hoher Krankenhausdichte.

Um zusätzlich auch eine Systemperspektive in die Beantwortung der Fragestellungen zu integrieren, wurde eine weitere Fokusgruppe zur Gestaltung und Finanzierung der Notfallversorgung mit Vertretenden aus der Selbstverwaltung, der Landesplanungsbehörden und der Gesundheitswissenschaften (FG 6) geplant. Diskutiert werden sollten neben perspektivischen Finanzierungsmodellen und Kriterien für die Festlegung der Zu- und Abschläge auch Gestaltungsideen für die Weiterentwicklung der Notfallstufen-Regelungen.

Die Zielsetzung und Zusammensetzung und Zielsetzung der 7. Fokusgruppe wurde bewusst zunächst offengehalten, um abschließend noch offene bzw. unklare Themen aufgreifen zu können. Abschließend durchgeführt wurde sie zum Thema „Herausforderungen von Krankenhäusern mit einer Zuordnung zum Modul Spezialversorgung“.

#### **4.3.2 Zielgruppen und Einschlusskriterien für die einzelnen Fokusgruppen**

Die Fokusgruppen wurden mit den für die stationäre Notfallversorgung verantwortlichen Personen der relevanten Krankenhäuser durchgeführt, u. a. mit leitenden Ärztinnen und Ärzten, leitenden Pflegekräften, der jeweiligen kaufmännischen Leitung und einer verantwortlichen Person des Controllings und / oder des Qualitätsmanagements ausgewählter Krankenhäuser. Es wurde keine Aufteilung nach Berufsgruppen getrennt angestrebt, sondern bewusst gemischt, um die Perspektive aller Akteursebenen in den Fokusgruppen abzubilden.

Eine Ausnahme stellte die Fokusgruppe 6 dar, an der verantwortliche Personen aus der Selbstverwaltung und der Landesplanungsbehörde sowie Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler beteiligt waren.

Die Einschlusskriterien pro Fokusgruppe wurden durch den Auftragnehmer und das IQWiG wie folgt festgelegt:

- Die Fokusgruppen 1 umfasste Personen aus Krankenhäusern in einer Region mit geringer Krankenhausdichte. Die Definition der Krankenhausdichte durch den Auftragnehmer weicht von der in Abschnitt 4.2.7.1 leicht ab (ergänzend wurde die Bevölkerungszahl berücksichtigt). Die Krankenhäuser der teilnehmenden Personen mussten folgende Kriterien erfüllen:
  - Umgebung: kein Krankenhaus mit entsprechender Notfallversorgung innerhalb von 20 Minuten Fahrzeit erreichbar
  - Standort: Kleinstadt oder Landgemeinde
- Die Fokusgruppe 2 umfasste für die Notfallversorgung verantwortliche Personen aus Krankenhäusern, die einen Sicherstellungszuschlag erhalten oder als bedarfsnotwendige Krankenhäuser eingestuft waren.

- Die Fokusgruppe 3 umfasste verantwortliche Personen aus Krankenhäusern in einer Region mit hoher Krankenhausdichte. Die Krankenhäuser der teilnehmenden Personen mussten folgendes Kriterium erfüllen:
  - Umgebung: mehr als 2 Krankenhäuser mit derselben vereinbarten oder einer vergleichbaren Notfallstufe innerhalb von 20 Minuten Fahrzeit erreichbar
- Die Fokusgruppe 4 umfasste Teilnehmende aus Krankenhäusern, die eins der folgenden Module zur Notfallversorgung vereinbart hatten: Durchblutungsstörung am Herzen, Schlaganfall oder Schwerverletztenversorgung
- Die Fokusgruppe 5 umfasste Teilnehmende aus Krankenhäusern, die dem Modul Kinder zugeordnet waren, unabhängig welcher Stufe.
- Fokusgruppe 6 „Gestaltung und Finanzierung“: Für diese Fokusgruppen wurden gezielt Personen der Selbstverwaltung, einer Landesplanungsbehörde und Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftler angefragt, konkret:
  - Vertreterinnen und Vertreter der Vertragsparteien der Selbstverwaltung: Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband).
  - Vertreterinnen und Vertreter des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW).
  - Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie mit spezifischen Kenntnissen zur Thematik.
- Die Fokusgruppe 7 hatte die Herausforderungen der Krankenhäuser mit Zuordnung zum Modul Spezialversorgung im Fokus. Um eine ausreichende Anzahl an Teilnehmenden sicherzustellen und der in den anderen Fokusgruppen bisher unterrepräsentierten Gruppe eine Möglichkeit zur Partizipation zu bieten, wurden leitende Pflegende aus Krankenhäusern in einer Region mit einer geringen Krankenhausdichte angefragt.

#### 4.3.3 Rekrutierung

Die Rekrutierung für die Fokusgruppen 1 bis 5 und die Fokusgruppe 7 erfolgte über den Online-Survey. Hierzu wurde am Befragungsende des Online-Surveys die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Fokusgruppe abgefragt sowie bei Interesse die Möglichkeit gegeben, eine E-Mail-Adresse zu hinterlassen. Aus dem hieraus resultierenden Pool potenziell infrage kommender Personen wurden entsprechend der Zielsetzung und den Einschlusskriterien für die jeweilige Fokusgruppe Personen kontaktiert.

Je Fokusgruppe wurden 7 bis 15 Personen eingeladen, wobei darauf geachtet wurde, eine möglichst vielfältige Mischung der Berufsgruppen und Regionen pro Fokusgruppe anzustreben. Die Zielgröße je Fokusgruppe lag bei mindestens 6 bis 8 Personen.

Die Teilnehmenden für die Fokusgruppe 6 (Gestaltung und Finanzierung) wurden basierend auf der Kenntnis, dass sich diese mit der Gesundheitsversorgung und speziell der Notfallstufenregelung seit Längerem eingehend befassen, ausgewählt (Purposive Sampling) [12]. Um geeignete Vertretende zusammenzubringen, wurden die entsprechenden Institutionen und gezielt sachkundige Wissenschaftlerinnen bzw. Wissenschaftler zur Teilnahme an der Fokusgruppe kontaktiert und um Teilnahme gebeten.

#### **4.3.4 Entwicklung der Fokusgruppen-Leitfäden**

Das IQWiG entwickelte auf Basis der orientierenden Recherche und der Notfallstufen-Regelungen pro Fokusgruppe einen Vorschlag für einen semistrukturierten Leitfaden [13,14] und stellte diesen dem Auftragnehmer zur Verfügung. Diese semistrukturierten Leitfäden wurden auf Basis der ersten Ergebnisse aus dem Online-Survey durch den Auftragnehmer konkretisiert und modifiziert. Zusätzlich wurden Zitate aus den Freitextantworten des Online-Surveys bezüglich der Herausforderungen und Verbesserungsvorschläge zu den Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen ausgewählt, um diese gemeinsam in den Fokusgruppen zu diskutieren (Leitfäden siehe Supplement [10]).

In den Fokusgruppen 1 bis 5 und 7 sollten die Teilnehmenden zudem in einem kurzen Brainstorming (im Sinne der Think-Aloud-Methode) [15] zu Beginn Verbesserungsbedarfe bezüglich der Notfallstufen-Regelungen, die sie als besonders relevant einstuften, einbringen und zur Diskussion stellen. Im Gegenzug dazu startete die 6. Fokusgruppe mit einem kurzen Statement von je einer Teilnehmerin oder einem Teilnehmer pro Institution zu den aktuellen Herausforderungen und zu Weiterentwicklungsbedarfen der bestehenden Notfallstufen-Regelungen.

Anschließend wurden jeweils ausgewählte Zwischenergebnisse des Online-Surveys vorgestellt, die für die Diskussion in der jeweiligen Fokusgruppe relevant erschienen.

#### **4.3.5 Durchführung**

Die Teilnehmenden erhielten einen Zugangslink zur Teilnahme an der jeweiligen Online-Fokusgruppe. Die Teilnehmenden der Fokusgruppen 1 bis 5 und 7 erhielten zusätzlich einen Link zu einer kurzen Online-Befragung. Hier wurden Angaben zu ihrer aktuellen Position, zur Berufsgruppe, zur Dauer der Berufstätigkeit in der Notfallversorgung sowie zur zugeordneten Notfallstufe ihres Krankenhauses erhoben. Die Daten wurden zur Beschreibung der Stichprobe genutzt.

Alle Interviews wurden online im Zeitraum 04/2025 bis 05/2025 durchgeführt und dauerten jeweils 110 bis 120 Minuten. Neben den Vertretenden der Krankenhäuser waren jeweils 2 Personen aus dem Forschungsteam des Auftragnehmers sowie des IQWiG bei den Fokusgruppen dabei. Die Moderation aller Fokusgruppen wurde von 1 Person (Auftragnehmer) übernommen, die über Expertise in der Moderation solcher Fokusgruppen verfügte.

Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet mit dem Hinweis, dass diese anonymisiert transkribiert und die Audioaufnahmen zum Ende des Projekts gelöscht werden.

#### **4.3.6 Transkription**

Alle aufgezeichneten Interviews wurden nach einfachen Transkriptionsregeln in Anlehnung an Kuckartz [16,17] und Dresing & Pehl [18] anonymisiert verschriftlicht (siehe Supplemente [10]). Die Transkription erfolgte im ersten Schritt automatisiert mittels der Software Amberscript. Das so erstellte Transkript wurde anschließend 2-fach durch das Projektteam des Auftragnehmers geprüft und korrigiert.

#### **4.3.7 Analyse der Daten**

Für die Auswertung der Fokusgruppen wurden durch den Auftragnehmer qualitative Datenanalysen mithilfe der Software ATLAS.ti durchgeführt. Die Datenanalyse orientierte sich am zusammenfassend inhaltsanalytischen Ansatz nach Mayring [19]. Hierzu entwickelten 3 Personen aus dem Team des Auftragnehmers deduktiv auf Basis der Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen ein Codesystem und codierten die Daten der Fokusgruppen entsprechend. Es erfolgte keine Validierung der Ergebnisse durch die Fokusgruppen-Teilnehmenden.

Vom IQWiG wurden hierauf aufbauend die Codierungen (Zuordnung von Aussagen zu den entsprechenden Codes) validiert, nach Fragestellungen sortiert und zur Beantwortung dieser eine Code-Zusammenfassung erstellt. Die Code-Zusammenfassungen wurden größtenteils mit Zitaten untermauert. Diese Schritte erfolgten gemeinsam durch 2 Personen.

Das methodische Vorgehen orientierte sich an den konsolidierten Kriterien für die Berichterstattung qualitativer Forschung (COREQ [20]).

### **4.4 Experteninterviews**

Zur Ergebnisvertiefung bzw. -ergänzung unter Betrachtung aller 4 Fragestellungen wurden als weitere Datenquelle Einzelinterviews mit Expertinnen bzw. Experten einbezogen. Die Durchführung und Analyse erfolgte durch Wissenschaftlerinnen des IQWiG.

#### **4.4.1 Zielsetzung**

Zielsetzung war es, einzelne Themen zu vertiefen, wie die Umsetzung der Anforderungen an die Qualitätskriterien entsprechend der zugewiesenen Notfallversorgung gemäß den Notfall-Regelungen oder die Verzahnung mit anderen gesetzlichen Regelungen (KHVVG [4] bzw. zur Notfallreform [6]).

#### **4.4.2 Auswahl und Rekrutierung der Expertinnen und Experten**

- Insgesamt wurden 4 Experteninterviews durchgeführt: 2 mit Vertretenden des Medizinischen Dienstes (MD), 1 Interview mit der Leitung eines INZ und 1 Interview mit einer Vertreterin / einem Vertreter des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK): Der MD verfügt durch die Kontrolle der Einhaltung der Qualitätsanforderungen hinsichtlich der Notfallstufen-Regelungen in Krankenhäusern über tiefgreifende Einblicke und Erfahrungen. Diese sollten im Rahmen eines Interviews für die Evaluation der Notfallstufen-Regelungen und die Identifizierung von Anpassungsbedarfen genutzt werden. Über den MD Bund wurden dem IQWiG hierzu nach vorherigem Einverständnis durch die angefragten Personen die Kontaktdaten verschiedener MDs auf Länderebene zur Verfügung gestellt. Diese wurden per E-Mail vom IQWiG zur Teilnahme angefragt und es wurden mit den ersten beiden Rückmeldenden Termine zur Durchführung der Experteninterviews vereinbart.
- Um die im Entwurf der Notfallreform (Stand Juli 2024 [6]) geplante Etablierung von INZ zu berücksichtigen, wurde eine Person mit umfassenden Kenntnissen der Abläufe und Strukturen von INZ und großer praktischer Erfahrung gesucht. Angefragt wurde daher eine ärztliche Leitung eines bereits erfolgreich implementierten INZ an einem Krankenhaus, das einer Notfallstufe zugeordnet war. Die Kontaktaufnahme erfolgte nach einer Internetrecherche über Direktansprache per E-Mail.
- Die Aufgaben des InEK stehen im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung und Pflege des Vergütungssystems in der stationären Gesundheitsversorgung. Gemäß § 21 Abs. 3c Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ist es verantwortlich für die Entwicklung eines Leistungsgruppen-Groupers, mit dem stationäre Behandlungsfälle zukünftig Leistungsgruppen zugeordnet werden. Eine verantwortliche Person des InEK wurde per E-Mail um Teilnahme gebeten.

#### **4.4.3 Entwicklung der semistrukturierten Leitfäden**

Für jedes Experteninterview wurde ein separater semistrukturierter Interviewleitfaden entwickelt [13,21]. Alle Leitfäden beinhalteten offen formulierte Hauptfragen, um von der Expertin bzw. dem Experten ein breites Spektrum an Informationen zu erfahren, ohne sie oder ihn in eine bestimmte Richtung zu lenken. Zusätzlich enthielten alle Leitfäden Nachfragen, die gestellt wurden, wenn durch die Hauptfragen nicht die Erkenntnisziele erreicht wurden.

Alle Interviews starteten mit einer Erfassung der Rolle und den Verantwortlichkeiten der Expertin bzw. des Experten innerhalb ihrer / seiner Einrichtung / Institution und schlossen mit der Frage nach Ergänzungen zentraler Aspekte, die im Interview nicht hinreichend beleuchtet wurden, ab.

#### **Leitfaden „MD“**

Thematischer Schwerpunkt der Interviews war die Identifikation besonderer Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung der Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen sowie von Weiterentwicklungsbedarfen, die im Rahmen der Prüfverfahren aufgefallen waren. Zu den Hauptthemen des Interviews zählten der Ablauf der Qualitätsprüfung zur Einhaltung der Notfallstufen-Regelungen, die Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung in Krankenhäusern sowie potenzielle Weiterentwicklungsbedarfe aus Sicht des MD.

#### **Leitfaden „INZ“**

Von besonderem Interesse war, ob sich aus der Kombination Notfallstufe und INZ für das Krankenhaus besondere Benefits und Herausforderungen ergaben und ob aus diesen Erfahrungen heraus Anpassungsbedarfe für die Notfallstufen-Regelungen gesehen wurden. Themen des Interviews waren u. a. der Versorgungspfad vom Erstkontakt bis zur ambulanten oder stationären Versorgung sowie besondere Anforderungen und Schwierigkeiten, aber auch Chancen mit der Etablierung eines INZ zu identifizieren.

#### **Leitfaden „InEK“**

Themenschwerpunkt des Interviews war, Anpassungsbedarfe der Notfallstufen-Regelungen aufgrund der Einführung von Leistungsgruppen infolge des KHVVG [4] zu identifizieren. Ein weiterer Themenschwerpunkt war der Harmonisierungsbedarf zwischen der Leistungsgruppenlogik und den Notfallstufen-Regelungen.

Die Interviewleitfäden finden sich im Supplement [10].

#### **4.4.4 Pretest**

Vor dem ersten Interview mit der Vertreterin / dem Vertreter des INZ wurde der Leitfaden im Rahmen eines Pretests mit 1 nicht an Projekt beteiligten Person aus dem IQWiG auf seine Verständlichkeit und den potenziellen zeitlichen Ressourcenaufwand für die Befragte / den Befragten geprüft. In der Folge wurden die Nachfragen weiter konkretisiert und der Leitfaden wurde angepasst. Die Ergebnisse wurden auf die anderen Leitfäden übertragen.

#### **4.4.5 Durchführung**

Die Experteninterviews wurden jeweils von 2 in der qualitativen Forschung erfahrenen wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des IQWiG im Zeitraum Mai bis Juni 2025 geführt und

dauerten 30 bis 120 Minuten. Bei den Interviews mit dem INZ und dem InEK nahm zusätzlich zu den beiden Interviewerinnen noch eine 3. wissenschaftliche Mitarbeiterin des IQWiG teil. Die digitalen Aufnahmen zur Fixierung der Daten erfolgte mit dem Hinweis, dass diese anonymisiert transkribiert und die Audioaufnahmen zum Ende des Projekts gelöscht werden.

Das Experteninterview mit der leitenden Person eines INZ wurde in Präsenz durchgeführt. Das Interview wurde mithilfe eines digitalen Aufnahmegerätes sowie des Windows-Sprachrekorders [22] aufgezeichnet. Die Verwendung zweier separater Aufnahmequellen diente der Sicherstellung der Datenintegrität und einer umfassenden Dokumentation der Gesprächsinhalte.

Die Durchführung der Experteninterviews mit den beiden Vertreterinnen verschiedener MDs sowie mit einem Vertreter des InEK erfolgten online unter Verwendung der Kommunikationssoftware Webex [23]. Auch diese Interviews wurden 2-fach aufgezeichnet, sowohl unter Nutzung der Kommunikationssoftware Webex als auch unter Verwendung eines digitalen Aufnahmegerätes.

#### **4.4.6 Transkription**

Alle aufgezeichneten Interviews wurden nach einfachen Transkriptionsregeln in Anlehnung an Kuckartz [16,17] und Dresing & Pehl [18] anonymisiert verschriftlicht (siehe Supplements [10]). Die Transkription erfolgte im ersten Schritt automatisiert mittels der Software MAXQDA Transcription und wurde anschließend durch 2 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des IQWiG geprüft und korrigiert.

#### **4.4.7 Analyse der Daten**

Die Interviews mit den Vertreterinnen des MD wurden zusammen, die beiden anderen Interviews mit den Vertretern des INZ und InEK wurden jeweils einzeln inhaltsanalytisch mithilfe der Software MAXQDA analysiert. Dies erfolgte durch 2 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen des IQWiG in einem deduktiv-induktiven Vorgehen [16,19]. Zur Systematisierung der qualitativen Daten wurden zunächst Hauptcodes deduktiv aus den zentralen Themen der Interviewleitfäden abgeleitet und für die Entwicklung des Codesystems genutzt. Im nächsten Schritt wurden durch 1 wissenschaftliche Mitarbeiterin induktiv aus dem Datenmaterial heraus Subcodes identifiziert und eine erste exemplarische Codierung der Daten durchgeführt. Im weiteren Verlauf überprüfte die 2. wissenschaftliche Mitarbeiterin diese Codierung und ergänzte bei Bedarf das Codesystem um zusätzliche Subcodes.

Anschließend erfolgte durch 1 wissenschaftliche Mitarbeiterin die Codierung der Daten, die Prüfung erfolgte durch die 2. wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Bei Unstimmigkeiten erfolgte eine gemeinsame Diskussion auf Grundlage des Datenmaterials, bei Bedarf unter Einbezug einer weiteren wissenschaftlichen Mitarbeiterin, um einen Konsens

zu erzielen. Auch die Zusammenfassung der codierten Textstellen pro Code erfolgte zunächst von 1 wissenschaftliche Mitarbeiterin und wurde von der 2. wissenschaftliche Mitarbeiterin geprüft. Differenzen wurden gemeinsam diskutiert, konsentiert und die Zusammenfassungen wurden final erstellt. Abschließend wurden die Ergebnisse den Interviewpartnerinnen bzw. -partnern im zur Validierung übermittelt. Neue Erkenntnisse, die sich aus dieser Validierung ergaben, wurden in den Abschlussbericht integriert. Das methodische Vorgehen orientierte sich an den konsolidierten Kriterien für die Berichterstattung qualitativer Forschung (COREQ [20]).

#### **4.5 Datenschutz und Einwilligungen der Teilnehmenden an den Datenerhebungen**

Die Teilnehmenden am Online-Survey und an den Fokusgruppen wurden von dem Auftragnehmer über Rahmenbedingungen und Datenschutzmaßnahmen im Rahmen des Projekts informiert und um ihr Einverständnis zur Teilnahme gebeten.

Die Aufklärung über Datenschutzmaßnahmen und das Einholen einer Einverständniserklärung für die Experteninterviews lag in der Verantwortung des IQWiG. Die Datenschutz- und Einverständniserklärung wurde zusammen mit der Interviewanfrage versendet und vor dem Interview unterschrieben eingeholt.

Den Teilnehmenden aller 3 Datenerhebungen wurde zugesichert, dass ihre persönlichen Daten und Aussagen lediglich zur anonymen Auswertung der Fragestellungen verwendet wurden.

#### **4.6 Textvergleich der Notfallstufen-Regelungen mit dem Referentenentwurf der Notfallreform**

Zur Beantwortung der 4. Fragestellung wurden die Konsequenzen geprüft, die sich aus der Notfallreform (Stand 05.11.2025) [6] hinsichtlich der Notfallstufen-Regelungen potenziell ergeben könnten. Anhand von Textvergleichen zwischen den jeweiligen Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen und der Notfallreform wurde möglicher Anpassungsbedarf herausgearbeitet.

#### **4.7 Synthese aller Ergebnisse**

Zur Datengrundlage für die Beantwortung der einzelnen Fragestellungen siehe Kapitel 4, Tabelle 2.

- Für die Fragestellungen 1a und 1b zur Umsetzung der Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen wurden Daten aus dem Online-Survey, Fokusgruppen sowie Ergebnisse aus den Experteninterviews herangezogen. Auf diese Weise wurden sowohl bestehende Schwierigkeiten als auch Weiterentwicklungsvorschläge identifiziert.

- Zur Beantwortung der Fragestellung 2 wurde zunächst der Begriff „Versorgungsbedarf der Bevölkerung“ in Anlehnung an Albrecht (2019) als „der Umfang und die Art medizinischer Leistungen, die in akuten medizinischen Notfällen erforderlich sind, um eine adäquate, zeitnahe und effektive Versorgung sicherzustellen“ definiert [24,25]. Die Daten des Online-Surveys zu den Schwierigkeiten wurden deskriptiv, unterteilt nach hoher, mittlerer und geringer Krankenhausdichte, dargestellt. Die qualitativen Daten aus den beiden Fokusgruppen zu geringer und hoher Krankenhausdichte (1 und 3) wurden herangezogen, um Ideen zu identifizieren, wie dieser Versorgungsbedarf künftig insbesondere in Regionen mit hoher und geringer Krankenhausdichte, systematisch berücksichtigt werden kann (siehe auch Abschnitt 4.2.7.1).
- Zur Beantwortung der Fragestellung 3 wurden sowohl quantitative Daten aus dem Online-Survey als auch die Freitextantworten zur Frage „Welche Anforderungen fehlen?“ einbezogen. Ergänzend flossen relevante Ergebnisse aus den Fokusgruppen sowie aus den Experteninterviews in die Analyse ein. Darüber hinaus wurden Erkenntnisse zu Anpassungsbedarfen hinsichtlich der bundeseinheitlichen Kriterien aus den Freitexten und Fokusgruppen dargestellt; dies konnten sowohl potenzielle Spezifizierungen oder auch Ergänzungen der bundeseinheitlichen Kriterien betreffen. Um Redundanzen zu der Beantwortung von Fragestellung 1 zu vermeiden, werden hierzu nur zusätzliche bisher noch nicht thematisierte Ergebnisse dargestellt.
- Für die Beantwortung der Fragestellung 4 wurden die identifizierten Ergebnisse der Textvergleiche, der Fokusgruppen sowie der Experteninterviews mit dem INZ und die identifizierten Ergebnisse der Fokusgruppe und das Experteninterview mit dem InEK einbezogen. Hierzu werden die Ergebnisse zu dem Textvergleich sowie die Ergebnisse der qualitativen Erhebungen in separaten Tabellen dargestellt (siehe Anhänge A.6 und A.7).

Die Ergebnisse wurden abschließend kritisch eingeordnet und werden mit Bezug auf potenzielle Anpassungsbedarfe der Notfallstufen-Regelungen dargestellt.

## 5 Ergebnisse

In Abschnitt 5.1 werden zunächst die Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser und Personen vorgestellt. Ab Abschnitt 5.3 werden die Ergebnisse pro Fragestellung präsentiert. Dabei werden zentrale quantitative Ergebnisse zur Beantwortung der Fragestellungen 1 bis 3 dargestellt. Im Anschluss folgen die Zusammenfassungen der qualitativen Ergebnisse aus den Inhaltsanalysen. Für die Beantwortung der Fragestellung 4a werden die Ergebnisse aus dem Experteninterview mit einer Vertreterin oder einem Vertreter des InEKs und der Fokusgruppe 6 zusammengefasst dargestellt. Die Beantwortung von Fragestellung 4b erfolgt über die beiden Zusammenfassungen der Analyseergebnisse aus dem Textvergleich der Notfallreform (Stand 05.11.2025) mit den Notfallstufen-Regelungen sowie dem Experteninterview mit der ärztlichen Leitung eines INZ.

Im Anhang finden sich die vollständigen deskriptiven Auswertungen zum Online-Survey sowie eine detailliertere tabellarische Darstellung der Analyseergebnisse aus den qualitativen Datenerhebungen für die Fragestellungen 1 bis 4 (siehe Anhänge A.1 bis A.7).

### 5.1 Ergebnis der orientierenden Recherche

Es wurden 2 Dokumente [26,27] identifiziert, die in den Abschnitten 5.3.1.2 und 6.1 aufgegriffen wurden.

### 5.2 Charakteristika der Stichprobe

Tabelle 3 zeigt die Anzahl der Krankenhäuser sowie die Anzahl der Personen, die an den verschiedenen Erhebungsmethoden teilgenommen haben.

Tabelle 3: Anzahl der Teilnehmenden pro Datenerhebungsmethode

Methode	Anzahl der Teilnehmenden
Online-Survey	1369 Personen aus 714 Krankenhäusern
Fokusgruppen	58 Personen in 7 Fokusgruppen
Experteninterviews	4 Personen

#### 5.2.1 Online-Survey

##### 5.2.1.1 Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser

Zu den teilnehmenden Einrichtungen gehörten Krankenhäuser mit Stufen der Notfallversorgung Erwachsene ( $n = 550$ ) und Krankenhäuser mit den Modulen Notfallversorgung Kinder ( $n = 135$ ), Durchblutungsstörungen am Herzen ( $n = 14$ ), Schlaganfallversorgung ( $n = 20$ ), Schwerverletztenversorgung ( $n = 7$ ) und Spezialversorgung ( $n = 73$ ). Da einem Krankenhaus gleichzeitig eine Notfallstufe und ein Modul zugeordnet werden kann, weicht die Summe der Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser ( $n = 799$ ) von

der Gesamtanzahl der an der Befragung teilgenommenen Krankenhäuser ( $n = 714$ ) ab (siehe Anhang A.1).

### **Standort und Bundesland der teilnehmenden Krankenhäuser**

Tabelle 4 zeigt die Angaben zum Standort und Bundesland der teilnehmenden Krankenhäuser.

Tabelle 4: Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser zu Standort und Bundesland (mehrseitige Tabelle)

	<b>Antwortoptionen</b>	<b>Notfall-versorgung Erwachsene n = 550</b>	<b>Modul Notfallver-sorgung Kinder n = 135</b>	<b>Modul Durchblutungs-störung am Herzen n = 14</b>	<b>Modul Schlaganfall-versorgung n = 20</b>	<b>Modul Schwer-verletzten-versorgung n = 7</b>	<b>Modul Spezial-versorgung n = 73</b>
<b>Standorte n (%)</b>	Großstadt	63 (11,45)	21 (15,56)	6 (42,86)	1 (5,00)	5 (71,43)	27 (36,99)
	Mittelstadt	78 (14,18)	21 (15,56)	4 (28,57)	1 (5,00)	1 (14,29)	14 (19,18)
	größere Kleinstadt	41 (7,45)	4 (2,96)	2 (14,29)	5 (25,00)	0 (0,00)	12 (16,44)
	kleinere Kleinstadt	21 (3,82)	2 (1,48)	2 (14,29)	2 (10,00)	0 (0,00)	6 (8,22)
	Landgemeinde	1 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (5,00)	0 (0,00)	9 (12,33)
	k. A.	346 (62,91)	87 (64,44)	0 (0,00)	10 (50,00)	1 (14,29)	5 (6,85)
	Summe n (%)	550 (100,00)	135 (100,00)	14 (100,00)	20 (100,00)	7 (100,00)	73 (100,00)
<b>Bundesland<sup>a</sup> n (%)</b>	Baden-Württemberg	23 (10,95)	7 (14,58)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (25,00)	6 (14,63)
	Bayern	41 (19,52)	7 (14,58)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (26,83)
	Berlin	4 (1,90)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (4,88)
	Brandenburg	7 (3,33)	1 (2,08)	1 (16,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	Bremen	4 (1,90)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	Hamburg	3 (1,43)	1 (2,08)	0 (0)	0 (0,00)	1 (25,00)	0 (0,00)
	Hessen	13 (6,19)	3 (6,25)	2 (33,33)	3 (30,00)	0 (0,00)	1 (2,44)
	Mecklenburg-Vorpommern	5 (2,38)	3 (6,25)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	Niedersachsen	27 (12,86)	6 (12,50)	1 (16,67)	1 (10,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	Nordrhein-Westfalen	50 (23,81)	9 (18,75)	1 (16,67)	2 (20,00)	1 (25,00)	12 (29,27)
	Rheinland-Pfalz	16 (7,62)	3 (6,25)	0 (0,00)	3 (30,00)	1 (25,00)	2 (4,88)
	Saarland	1 (0,48)	1 (2,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	Sachsen	6 (2,86)	4 (8,33)	1 (16,67)	1 (10,00)	0 (0,00)	3 (7,32)
	Sachsen-Anhalt	0 (0,00)	1 (2,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (4,88)

Tabelle 4: Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser zu Standort und Bundesland (mehrseitige Tabelle)

	<b>Antwortoptionen</b>	<b>Notfall-versorgung Erwachsene n = 550</b>	<b>Modul Notfallver-sorgung Kinder n = 135</b>	<b>Modul Durchblutungs-störung am Herzen n = 14</b>	<b>Modul Schlaganfall-versorgung n = 20</b>	<b>Modul Schwer-verletzten-versorgung n = 7</b>	<b>Modul Spezial-versorgung n = 73</b>
	Schleswig-Holstein	6 (2,86)	2 (4,17)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	Thüringen	4 (1,90)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (4,88)
	Summe	210 (100,00)	48 (100,00)	6 (100,00)	10 (100,00)	4 (100,00)	41 (100,00)
<p>a. Diese Frage konnte ausschließlich von der kaufmännischen Leitung beantwortet werden. Deshalb liegt hier eine reduzierte Anzahl an teilnehmenden Krankenhäusern zugrunde. Die Prozentzahlen zu der Variable Bundesland beziehen sich auf die entsprechende Anzahl teilnehmender Krankenhäuser.</p> <p>k. A.: keine Angabe; n: Anzahl</p>							

### Krankenhausdichte der teilnehmenden Krankenhäuser

Tabelle 5 zeigt die Angaben zur Krankenhausdichte.

Tabelle 5: Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser nach Krankenhausdichte

	Antwortoptionen	Notfall-versorgung Erwachsene n = 550	Modul Notfallver-sorgung Kinder n = 135	Modul Durchblutungs-störung am Herzen n = 14	Modul Schlaganfall-versorgung n = 20	Modul Schwer-verletzten-versorgung n = 7	Modul Spezial-versorgung n = 73
<b>Umgebung 1<sup>a</sup> (Anz. KHS jeglicher Notfallstufe in 20 min Fahrzeit) n (%)</b>	0	71 (12,91)	18 (13,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (9,59)
	1	68 (12,36)	24 (17,78)	1 (7,14)	3 (15,00)	0 (0,00)	6 (8,22)
	2	45 (8,18)	8 (5,93)	2 (14,29)	2 (10,00)	3 (42,86)	5 (6,85)
	> 2	126 (22,91)	19 (14,07)	3 (21,43)	3 (15,00)	2 (28,57)	15 (20,55)
	k. A.	240 (43,64)	66 (48,89)	8 (57,14)	12 (60,00)	2 (28,57)	40 (54,79)
<b>Umgebung 2<sup>b</sup> (Anz. KHS derselben Notfallstufe in 20 min Fahrzeit) n (%)</b>	0	95 (17,27)	36 (26,67)	3 (21,43)	2 (10,00)	1 (14,29)	17 (23,29)
	1	55 (10,00)	21 (15,56)	1 (7,14)	4 (20,00)	1 (14,29)	7 (9,59)
	2	41 (7,45)	5 (3,70)	0 (0,00)	1 (5,00)	2 (28,57)	2 (2,74)
	> 2	117 (21,27)	7 (5,19)	2 (14,29)	1 (5,00)	1 (14,29)	6 (8,22)
	k. A.	242 (44,00)	66 (48,89)	8 (57,14)	12 (60,00)	2 (28,57)	41 (56,16)
Krankenhausdichte (Berechnung aus Angaben zu Umgebung 1 und Umgebung 2) n (%)	geringe	66 (12,00)	15 (11,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (8,22)
	mittlere	109 (19,82)	34 (25,19)	3 (21,43)	5 (25,00)	3 (42,86)	11 (15,07)
	hohe	134 (24,36)	20 (14,81)	3 (21,43)	3 (15,00)	2 (28,57)	15 (20,55)
	k. A.	241 (43,82)	66 (48,89)	8 (57,14)	12 (60,00)	2 (28,57)	41 (56,16)
<p>a. Umgebung 1 bezieht sich auf die Frage: Wie viele Krankenhäuser mit einer vereinbarten Notfallstufe / einem vereinbarten Modul gibt es in Ihrer Nähe, d. h. innerhalb einer PKW-Fahrzeit von 20 min?</p> <p>b. Umgebung 2 bezieht sich auf die Frage: Wie viele andere Krankenhäuser mit derselben Notfallversorgung gibt es in Ihrer Nähe, d. h. innerhalb einer PKW-Fahrzeit von 20 min?</p> <p>c. Die Krankenhausdichte wurde auf Grundlage der Ergebnisse von Umgebung 1 und Umgebung 2 definiert und anschließend in geringe, mittlere und hohe Krankenhausdichte eingeteilt. Ein Krankenhaus wurde der Kategorie „geringe“ zugeordnet, wenn für beide Variablen Umgebung 1 und Umgebung 2 „0“ angegeben wurde. Die Kategorie „mittlere“ wurde zugeordnet, wenn für Umgebung 1 „0, 1, 2“ angegeben wurde oder falls Umgebung 2 mit „1“ oder „2“ beantwortet wurde. Die Kategorie „hohe“ wurde zugeordnet, falls eine der Variablen Umgebung 1 oder Umgebung 2 mit &gt; 2 angegeben wurde</p>							
Anz: Anzahl; k. A.: keine Angabe; KHS: Krankenhäuser; n: Anzahl							

## Teilnahme von Krankenhäusern mit Stufenzuordnung und Vorhalten spezifischer Fachabteilungen

Während bei den Krankenhäusern mit einer Notfallstufe für Erwachsene mehrheitlich Krankenhäuser mit der Basisnotfallversorgung – Stufe I (44,91 %) antworteten, lagen bei den Krankenhäusern mit dem Modul Notfallversorgung Kinder vorwiegend Angaben von Krankenhäusern mit der erweiterten Notfallversorgung – Stufe II (45,93 %) vor. Außerdem machten mehr als zwei Drittel (62,91 %) der Krankenhäuser mit einer Notfallstufe Erwachsene und mit dem Modul Notfallversorgung Kinder (64,44 %) keine Angaben zur Vorhaltung einer Fachabteilung Kardiologie, Neurologie sowie Traumatologie (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Teilnahme von Krankenhäusern mit Stufenzuordnung und Vorhalten von Fachabteilungen

	Antwortoptionen	Notfallversorgung Erwachsene n = 550	Modul Notfallversorgung Kinder n = 135
Stufe n (%)	Stufe I	247 (44,91)	33 (24,44)
	Stufe II	193 (35,09)	62 (45,93)
	Stufe III	110 (20,00)	40 (29,63)
	k. A.	0 (0,00)	0 (0,00)
Fachabteilung <sup>a, b</sup> n (%)	Kardiologie	140 (25,45)	36 (26,67)
	Neurologie	63 (11,45)	25 (18,52)
	Traumatologie	125 (22,73)	38 (28,15)
	k. A.	346 (62,91)	87 (64,44)

a. Bei dieser Frage war die Mehrfachnennung von Antwortmöglichkeiten erlaubt, daher kann die Summe der Prozentzahlen aller Antwortmöglichkeiten über 100 % betragen.  
b. Bei dieser Frage gab es die Antwortoption „keine Fachabteilung vorhanden“ nicht, daher kann die Antwortoption „k. A.“ auch diese Fälle enthalten.  
k. A.: keine Angabe; n: Anzahl

## Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlägen und Bedarfsnotwendigkeit

Tabelle 7 zeigt die Angaben zu Sicherstellungszuschlägen und Bedarfsnotwendigkeit der teilnehmenden Krankenhäuser mit der Notfallstufe für Erwachsene. Für etwa 2 Drittel lagen keine Angaben für den Erhalt von Sicherstellungszuschlägen vor. Auch zur Bedarfsnotwendigkeit machten 66,73 % der Befragten keine Angaben.

Tabelle 7: Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlägen und Bedarfsnotwendigkeit

	<b>Antwortoptionen</b>	<b>Notfallversorgung Erwachsene n = 550</b>
<b>Sicherstellungszuschläge n (%)</b>	ja	52 (9,45)
	nein	127 (23,09)
	k. A.	371 (67,45)
<b>Bedarfsnotwendigkeit n (%)</b>	ja	50 (9,09)
	nein	133 (24,18)
	k. A.	367 (66,73)

k. A.: keine Angabe; n: Anzahl

### 5.2.1.2 Charakteristika der Funktionen der teilnehmenden Personen

Insgesamt nahmen 1369 Personen am Online-Survey teil, davon 969 Personen aus Krankenhäusern mit einer Notfallstufe für Erwachsene und 224 aus Krankenhäusern mit dem Modul Notfallversorgung Kinder.

Über alle Notfallstufen und Module hinweg zeigte die Gruppe der ärztlichen Leitungen die stärkste Beteiligung (33,75 %). Bei Krankenhäusern mit einer Notfallstufe oder den Modulen Notfallversorgung Kinder und Durchblutungsstörung am Herzen war die Verteilung auf die anderen 3 Berufsgruppen ausgewogen. Bei den Modulen Schlaganfallversorgung und Spezialversorgung war ein hoher Rücklauf aus der Gruppe der kaufmännischen Leitung zu verzeichnen (32,26 % bzw. 40,19 %) (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Charakteristika der Teilnehmenden am Online-Survey

Rolle / Funktion	Notfallver-sorgung Erwachsene n (%)	Modul Notfallver-sorgung Kinder n (%)	Modul Durchblutungs-störung am Herzen n (%)	Modul Schlaganfall-versorgung n (%)	Modul Schwer-verletzten-versorgung n (%)	Modul Spezial-versorgung n (%)	Summe n (%)
leitende Ärztin / leitender Arzt	329 (33,95)	73 (32,59)	7 (29,17)	9 (29,03)	5 (35,71)	39 (36,45)	462 (33,75)
leitende Pflegefachkraft	206 (21,26)	47 (20,98)	6 (25)	6 (19,35)	3 (21,43)	10 (9,35)	278 (20,31)
kaufmännische Leitung	220 (22,70)	50 (22,32)	6 (25)	10 (32,26)	4 (28,57)	43 (40,19)	333 (24,32)
verantwortliche Person Controlling / QM	214 (22,08)	54 (24,11)	5 (20,83)	6 (19,35)	2 (14,29)	15 (14,02)	296 (21,62)
Summe	969 (100,00)	224 (100,00)	24 (100,00)	31 (100,00)	14 (100,00)	107 (100,00)	1369 (100,00)

n: Anzahl; QM: Qualitätsmanagement

## 5.2.2 Teilnehmende der Fokusgruppen

Insgesamt nahmen 58 Personen an 7 Fokusgruppen teil. Die Personen wurden aus den entsprechenden Rückmeldungen des Online-Surveys rekrutiert.

### Fokusgruppen 1 bis 5 und Fokusgruppe 7

In den Fokusgruppen 1 bis 5 sowie 7 nahmen insgesamt 47 Personen teil. Die Teilnehmerzahl pro Fokusgruppe variierte dabei zwischen 4 und 15 Personen mit jeweils unterschiedlichen Rollen in der Notfallversorgung. Die ärztlichen Leitungen waren in allen Fokusgruppen vertreten und repräsentieren mit 20 Personen die Mehrheit der Teilnehmenden. Kaufmännische Leitungen waren in 5 Fokusgruppen vertreten, während die verantwortlichen Pflegekräfte nur in 2 Fokusgruppen vertreten waren.

In den Fokusgruppen 1, 3 und 7 nahmen Vertreterinnen und Vertreter nahezu aller Notfallversorgungsstufen und Module teil, während in den Fokusgruppen 4 und 5 ausschließlich Teilnehmende aus den Modulen eingebunden wurden. Hinsichtlich der regionalen Verteilung war eine deutliche Repräsentanz Nordrhein-Westfalens zu verzeichnen. Mit 10 Personen war diese Region am stärksten vertreten (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Zusammensetzung der Fokusgruppen (FG1, FG2, FG3, FG4, FG5, FG7) (mehrseitige Tabelle)

		<b>FG1</b> Krankenhäuser in Regionen mit geringer Krankenhaus- dichte	<b>FG2</b> Krankenhäuser mit Sicherstel- lungszuschlag oder Bedarfs- notwendigkeit	<b>FG3</b> Krankenhäuser in Regionen mit hoher Krankenhaus- dichte	<b>FG4</b> Notfallversor- gung von Stroke <sup>b</sup> , Chest Pain <sup>c</sup> und Schwerver- letztenver- sorgung	<b>FG5</b> Notfall- versorgung Kinder	<b>FG7</b> Krankenhäuser mit Spezialver- sorgung	<b>Summe</b>
<b>Anzahl Teilnehmende n</b>		7	4	10	7	4	15	47
<b>Region Verteilung n</b>	Baden-Württemberg	-	-	-	1	-	-	1
	Bayern	2	-	1	1	1	3	8
	Berlin	-	1	2	-	-	1	3
	Brandenburg	1	-	-	-	-	1	2
	Hamburg	-	1	-	-	-	-	1
	Hessen	-	-	2	2	1	-	5
	Niedersachsen	-	-	2	1	-	2	5
	Nordrhein-Westfalen	-	1	2	-	1	6	10
	Mecklenburg-Vorpommern	2	1	-	-	-	-	3
	Rheinland-Pfalz	1	-	1	1	1	-	4
	Schleswig-Holstein	1	-	-	-	-	-	1
	Thüringen	-	-	-	1	-	2	3
<b>Notfallstufe / Modul<sup>a</sup> n</b>	Notfallversorgung Erwachsene Stufe I	3	4	1	1	-	4	13

Tabelle 9: Zusammensetzung der Fokusgruppen (FG1, FG2, FG3, FG4, FG5, FG7) (mehrseitige Tabelle)

		<b>FG1</b> Krankenhäuser in Regionen mit geringer Krankenhaus- dichte	<b>FG2</b> Krankenhäuser mit Sicherstel- lungszuschlag oder Bedarfs- notwendigkeit	<b>FG3</b> Krankenhäuser in Regionen mit hoher Krankenhaus- dichte	<b>FG4</b> Notfallversor- gung von Stroke <sup>b</sup> , Chest Pain <sup>c</sup> und Schwerver- letztenver- sorgung	<b>FG5</b> Notfall- versorgung Kinder	<b>FG7</b> Krankenhäuser mit Spezialver- sorgung	<b>Summe</b>
	Notfallversorgung Erwachsene Stufe II	4	-	3	-	-	3	10
	Notfallversorgung Erwachsene Stufe III	-	-	6	-	-	-	6
	Modul Notfallversorgung Kinder Stufe I	2	1	-	-	-	1	4
	Modul Notfallversorgung Kinder Stufe II	1	-	2	-	1	1	5
	Modul Notfallversorgung Kinder Stufe III	1	-	2	-	3	-	6
	Modul Schwerverletzen- versorgung	1	-	4	1	-	1	6
	Modul Spezialversorgung	-	-	3	-	-	6	3
	Modul Schlaganfall- versorgung	1	-	5	3	-	3	9

Tabelle 9: Zusammensetzung der Fokusgruppen (FG1, FG2, FG3, FG4, FG5, FG7) (mehrseitige Tabelle)

		<b>FG1 Krankenhäuser in Regionen mit geringer Krankenhaus- dichte</b>	<b>FG2 Krankenhäuser mit Sicherstel- lungszuschlag oder Bedarfs- notwendigkeit</b>	<b>FG3 Krankenhäuser in Regionen mit hoher Krankenhaus- dichte</b>	<b>FG4 Notfallversor- gung von Stroke<sup>b</sup>, Chest Pain<sup>c</sup> und Schwerver- letztenver- sorgung</b>	<b>FG5 Notfall- versorgung Kinder</b>	<b>FG7 Krankenhäuser mit Spezialver- sorgung</b>	<b>Summe</b>
	Modul Durchblutungs- störung am Herzen	1	-	6	2	-	1	9
<b>Berufsgruppe</b>	leitende Ärztin / leitender Arzt	5	4	5	2	1	3	20
	leitende Pflegekraft	-	-	-	1	2	-	3
	kaufmännische Leitung	2	-	2	2	1	8	15
	Controlling / QM	-	-	3	1	-	4	8
	k. A.	-	-	-	1	-	-	1

a. Bei der Notfallstufe / bei dem Modul waren Mehrfachnennungen möglich, daher können insgesamt mehr Nennungen als Teilnehmende an der Fokusgruppe existieren.  
b. Notfallversorgung Schlaganfallversorgung  
c. Notfallversorgung Durchblutungsstörung am Herzen

FG: Fokusgruppe; k. A.: keine Angabe; n: Anzahl; QM: Qualitätsmanagement

## Fokusgruppe 6

Die Fokusgruppe 6 umfasste Vertreterinnen und Vertreter aus der Selbstverwaltung und aus der Landesplanungsbehörde sowie aus den Gesundheitswissenschaften (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Zusammensetzung der Fokusgruppe 6

Position / Institution der Vertreterinnen oder Vertreter	Anzahl Teilnehmende n
Gesundheitswissenschaften	2
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)	2
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	2
Private Krankenversicherung (PKV)	1
GKV-Spitzenverband (GKV-SV)	2
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS-NRW)	2
Summe	11

GKV: gesetzliche Krankenversicherung; n: Anzahl

### 5.2.3 Teilnehmende Experteninterviews

Es wurden insgesamt 4 Experteninterviews durchgeführt (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Zusammensetzung der Experteninterviews

Position / Institution der Vertreterinnen oder Vertreter	Anzahl Teilnehmende n
Integrierte Notfallzentren (INZs)	1
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)	1
Medizinischer Dienst (MD)	2
Summe	4

n: Anzahl

## 5.3 Beantwortung der Fragestellung 1

### 5.3.1 Ergebnisse zur Fragestellung 1a: Welche Schwierigkeiten traten bei der Umsetzung der bestehenden Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen auf?

#### 5.3.1.1 Quantitative Ergebnisse aus dem Online-Survey für Notfallstufen und Module

Im Online-Survey gaben die Befragten diverse Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Notfallstufen-Regelungen an. Die am häufigsten genannten Schwierigkeiten ( $\geq 30\%$  der Antworten) sind im weiteren Verlauf beschrieben und in Tabelle 12 dargestellt.

Ein Drittel der Befragten (33,02 %) berichtete von Schwierigkeiten bei der Umsetzung der allgemeinen Anforderungen (§ 6). Davon beurteilten 65,31 % die Erfüllung der Verfügbarkeit „24 Stunden an 7 Tagen“ (Abs. 1) als schwierig.

Mehr als die Hälfte der Befragten (52,20 %) berichtete von Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals (§ 9, § 14, § 19). Von diesen beurteilten 57 % die Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten sowie Pflegefachkräften mit einer Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ (Abs. 2) als schwierig.

Etwa ein Drittel der Befragten in den Stufen II und III (31,60 % und 35,68 %) berichtete von Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen zu den Strukturen und Prozessen der Notfallaufnahme (§ 17, § 22). Von diesen beurteilten etwa zwei Dritteln (61,86 % und 71,83 %) die Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten nach Aufnahme (Abs. 2) als schwierig.

Tabelle 12: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen der Erwachsenen-Notfallversorgung: Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen-Anforderungen		Antwortanzahl			
Schwierigkeiten in Bezug auf (Single-Choice Fragen)	Zugehörige Multiple Choice Fragen zu konkreten Schwierigkeiten	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	Grundgesamtheit n
<b>Allgemeine Anforderungen (§ 6) (Stufen I bis III)</b>		320 (33,02)	637 (65,74)	12 (1,24)	969
Wenn ja:	Erfüllung 24 h / 7 d	209 (65,31)			320
	primäre ZNA Versorgung	49 (15,31)			
	Kooperation mit der KV	101 (31,56)			
<b>Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals (§ 9, § 14, § 19): (Stufen I bis III)</b>		391 (52,20)	347 (46,33)	11 (1,47)	749
Wenn ja:	eindeutige Verantwortlichkeit	135 (34,53)			391
	Zusatzqualifikation für ärztliches und pflegerisches Personal	223 (57,03)			
	Verfügbarkeit FA CH, MED, ANÄ	61 (15,60)			
	Das Personal nimmt an fachspezifischen Fortbildungen teil	78 (19,95)			
<b>Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 17): Stufe II</b>		97 (31,60)	193 (62,87)	17 (5,54)	307
Wenn ja:	Aufnahme von Notfällen in der ZNA	12 (12,37)			97
	strukturierte Behandlungspriorisierung	10 (10,31)			
	Ersteinschätzung ≤ 10 min nach Aufnahme	60 (61,86)			
	standardisierte, zeitnahe Dokumentation	15 (15,46)			
	Beobachtungsstation mit mind. 6 Betten	43 (44,46)			
<b>Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 22): Stufe III</b>		71 (35,68)	116 (58,29)	12 (6,03)	199
Wenn ja:	Aufnahme von Notfällen in der ZNA	10 (14,08)			71

Tabelle 12: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen der Erwachsenen-Notfallversorgung: Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen-Anforderungen		Antwortanzahl			
Schwierigkeiten in Bezug auf (Single-Choice Fragen)	Zugehörige Multiple Choice Fragen zu konkreten Schwierigkeiten	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	Grundgesamtheit n
	strukturierte Behandlungspriorisierung	3 (4,23)			
	Ersteinschätzung ≤ 10 min nach Aufnahme	51 (71,83)			
	standardisierte, zeitnahe Dokumentation	9 (12,68)			
	Beobachtungsstation mit mindestens 6 Betten	25 (35,21)			

a. Die Grundgesamtheit für Multiple-Choice-Fragen entspricht der Anzahl der vorherigen „ja“-Antworten. Daher kann die Summe der Prozentzahlen der Multiple-Choice-Antworten > 100 % sein.

ANÄ: Anästhesie; CH: Chirurgie; FA: Fachärztin / oder Facharzt; k. A.: keine Angabe; KV: Kassenärztliche Vereinigung; MED: Innere Medizin; n: Anzahl; ZNA: Zentrale Notaufnahme; 24 h / 7 d: 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche

Zusätzlich berichtete mehr als die Hälfte der Befragten (52,63 %) einer spezifischen Gruppe von Krankenhäusern mit zugeordnetem Modul Spezialversorgung (§ 26 Abs. 2 Nr. 3) über Herausforderungen bei der Eingliederung in die Notfallstufen-Regelungen. Zu dieser spezifischen Gruppe zählen Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausplanerischer Festlegungen als Spezialversorger ausgewiesen sind oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die von der Landeskrankenhausplanungsbehörde als für die Notfallversorgung zwingend erforderlich eingestuft werden und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Schwierigkeiten bei der Eingliederung in die Notfallregelungen: Ergebnisse des Online-Surveys zum Modul Spezialversorgung (§ 26 Abs. 2 Nr. 3)

Frage	Antwortanzahl			
	ja n (%)	nein n (%)	k. A. n (%)	Grundgesamtheit n
Gab es Herausforderungen bei der Eingliederung in die Notfallstufen-Regelungen?	30 (52,63)	24 (42,11)	3 (5,26)	57
k. A.: keine Angabe; n: Anzahl				

Die vollständigen Ergebnisse des Online Surveys finden sich im Anhang A.2.1.

### 5.3.1.2 Qualitative Ergebnisse aus den Freitexten des Online-Survey, den Fokusgruppen- und den Experteninterviews

Die hier dargestellten qualitativen Ergebnisse beruhen auf Auswertungen von Freitextantworten im Online-Survey und auf den Analysen der Fokusgruppen sowie auf den Experteninterviews. Die Auswertung der Daten sowie die Ergebnisdarstellung erfolgten entlang der in der Notfallstufen-Regelung definierten Anforderungen (§ 1 bis § 31). Dabei wurden sowohl allgemeine Anforderungen als auch spezifische Vorgaben zu den Modulen berücksichtigt. Zusätzlich wurden übergeordnete Themen zusammenfassend dargestellt.

Die ausführlichen Ergebnisse mit untermauernden Zitaten finden sich im Anhang A.2.2.

#### Abschnitte § 1 bis § 5 der Notfallstufen-Regelungen

Zu den ersten 5 Paragrafen – Ziel der Regelung (§ 1), Gegenstand der Regelung (§ 2), Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen (§ 3), spezielle Notfallversorgung (§ 4) und Grundlagen des Stufenmodells (§ 5) – wurden keine Aussagen zu Schwierigkeiten identifiziert.

## **Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen – Allgemeine Anforderungen an alle Stufen (§ 6)**

### **Absatz 1**

Bei der Umsetzung der Notfallstufen-Regelungen wurde von den Befragten die 24/7-Verfügbarkeit von Fachkräften als Herausforderung genannt. Dies wurde vor allem auf den Mangel an qualifiziertem medizinischem und pflegerischem Personal zurückgeführt, insbesondere in den Bereichen Anästhesie, Notfallmedizin und Notfallpflege.

### **Absatz 2**

Teilnehmende gaben an, dass einige Begriffe nicht definiert und somit nicht eindeutig seien. Dies führt zu unterschiedlichen Auslegungen durch die Krankenhäuser und dem Medizinischen Dienst und somit zu Konfliktpotenzial bei der Prüfung. Insbesondere war der Begriff „überwiegend in einer ZNA“ für die Befragten unklar, vor allem mit Blick auf die verschiedenen möglichen Anlaufstellen für Notfallpatientinnen und -patienten. Zudem fehlte, so die Befragten, eine präzise Definition bzw. Eingrenzung des Begriffs „Barrierefreiheit“, sodass unklar bleibt, welche Anforderungen – bezogen auf die räumlichen, kommunikativen oder motorischen Barrieren – für die Krankenhäuser konkret zu erfüllen sind.

### **Absatz 3**

Es wurde berichtet, dass Kooperationsvereinbarungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) häufig nicht zustande kamen oder schwer umzusetzen waren, wenn es bereits eine KV-Notfallpraxis oder Kooperationen mit umliegenden Krankenhäusern gab. Die Schwierigkeit lag, so die Aussagen, weniger im Nachweis des Bemühens seitens der Krankenhäuser, sondern vielmehr darin, dass die KV häufig keine Kooperation ermöglichen konnte. Als zusätzliche Herausforderung sahen die Befragten die Verfügbarkeiten der KV-Praxen außerhalb der regulären Dienstzeiten.

## **Berücksichtigung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (§ 7)**

Hierzu wurden keine Aussagen zu Schwierigkeiten identifiziert.

## **Art und Anzahl der Fachabteilungen (§ 8, § 13, § 18)**

### **Absatz 1**

Die Vorhaltung der Chirurgie als eigenständige Fachabteilung wurde von einigen Teilnehmenden als Herausforderung gesehen. Insbesondere die Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten für Chirurgie sowie die Gewährleistung eines ausreichenden Leistungsvolumen wurde als herausfordernd empfunden. Mit Blick auf die erweiterte und umfassende Notfallversorgung wurde die Zuordnung der Fachabteilungen zu den Kategorien A und B für die erweiterte und umfassende Notfallversorgung als nicht nachvollziehbar kritisiert, beispielsweise die Einstufung der Neurochirurgie in Kategorie A und der

Gefäßchirurgie in Kategorie B. Darüber hinaus sei die separate Fachabteilung für Allgemeine Innere Medizin zusätzlich zu einer bereits vorhandenen Fachabteilung Kardiologie und / oder Gastroenterologie mit hohem Personal- und Kostenaufwand verbunden und wurde als nicht zwingend erforderlich angesehen.

### **Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals (§ 9, § 14, § 19)**

#### **Nummer 1**

Die Formulierung "im Bedarfsfall verfügbar" wurde als zu unspezifisch erachtet. Darüber hinaus bestand Unklarheit darüber, ob die fachärztlich verantwortliche Person (§ 9 Abs. 1 Satz 1) identisch zur ärztlichen Leitung (§ 6 Abs. 2 Satz 2) sein konnte.

#### **Nummer 2**

Aufgrund des Fachpersonalmangels gaben Befragte an, vor erheblichen Herausforderungen in Bezug auf die Deckung des Bedarfs an ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal einschließlich der verantwortlichen pflegerischen und ärztlichen Leitung zu stehen. Zudem wurden der Mangel an Weiterbildungsplätzen und deren zeitintensive Aufwände angesprochen. Diese Aufwände, so die Teilnehmenden, erschwere es, Personal für die Fachweiterbildungen freizustellen und auszubilden. Als weitere Herausforderung wurden die unterschiedlichen Regelungen zu Weiterbildungsanforderungen und -genehmigungen der jeweiligen Bundesländer und Landesärztekammern gesehen. Die unpräzise Formulierung „ab Verfügbarkeit im jeweiligen Land“ der Weiterbildungsordnung (wie unter 1b konkretisiert) ließ zudem Spielraum für Interpretationen, ob sich dies auf die Bekanntgabe oder das tatsächliche Inkrafttreten bezog.

#### **Nummer 3**

Die Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten innerhalb von 30 Minuten wurde von den Befragten als kaum realisierbar beurteilt, insbesondere in ländlichen Regionen.

#### **Nummer 4**

Die Fortbildungsanforderungen wurden als zu unspezifisch formuliert empfunden, da die Formulierung „regelmäßige Fortbildung“ die Bestimmung von Häufigkeit und Umfang offenließe.

### **Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten (§ 10, § 15, § 20)**

Auch die intensivmedizinische Weiterversorgung von Notfallpatientinnen und -patienten entsprechend den Notfallstufen-Regelungen empfanden die Teilnehmenden als herausfordernd. So gaben die Befragten an, dass Patientinnen und Patienten nicht innerhalb von 60 Minuten auf eine Intensivstation verlegt werden konnten, weil die Intensivstationen voll belegt waren und / oder es an Fachpersonal fehlte. Das führte zu verlängerten Verweildauern in der Notaufnahme und dazu, dass Patientinnen und Patienten vorläufig dort

intensivmedizinisch behandelt werden mussten. Zudem fehlten klare Kriterien, welche Personalauforderungen Intensivstationen im Rahmen der Notfallversorgung erfüllen mussten.

### **Medizinisch-technische Ausstattung (§ 11, § 16, § 21)**

#### **Absatz 1**

Die Anforderungen an die medizinisch-technische Ausstattung waren für Krankenhäuser z. T. mit erheblichen – insbesondere finanziellen Herausforderungen verbunden. Dazu zählten beispielsweise die Kosten für die qualifizierte Bedienung der technischen Geräte, die Wartung veralteter oder die Neuanschaffung fehlender diagnostischer Geräte. Aber auch der Mangel an medizinisch-technischem Personal, insbesondere an Medizinisch-Technischen Radiologie-assistentinnen und -assistenten und die 24-Stunden-Verfügbarkeit zur Bedienung von Magnetresonanztomografie(MRT)- und Computertomografie(CT)-Geräten konnte häufig nicht gewährleistet werden. Unklarheiten bestanden hinsichtlich der Ausgestaltung von Kooperationsverträgen, der Notwendigkeit einer Vor-Ort-Präsenz von Radiologinnen bzw. Radiologen, der Anforderungen an die Teleradiologie sowie der genauen Vorgaben zur Ausgestaltung von Schockräumen, ggf. mit Differenzierung in nicht-traumatologische und traumatologische Schockräume. Auch notwendige strukturelle Anpassungen und Umbauten in den Krankenhäusern stellten, so die Befragten, eine Hürde dar.

#### **Absatz 2**

Die Realisierung von Hubschrauberlandeplätzen stellte für die Befragten mitunter eine erhebliche Herausforderung dar. Nicht alle verfügten über einen offiziell eingetragenen Landeplatz und ein Neubau wäre sehr kostenintensiv. Zudem wurde angegeben, dass eine direkte Patientenverlegung ohne Zwischentransport häufig nicht möglich ist.

### **Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 12 und in der Folge auch für § 17, § 22 geltend)**

#### **Nummer 1**

Hierzu wurden keine Aussagen zu Schwierigkeiten identifiziert.

#### **Nummer 2**

Die Befragten gaben an, dass die Ersteinschätzung nicht innerhalb von 10 Minuten realisierbar sei. Als Gründe wurden angeführt:

- fehlende Räume,
- hohes Patientenaufkommen,
- Sprachbarrieren,
- Personalmangel,

- Trennung von Patientenadministration und Triage,
- Priorisierung zwischen der Ersteinschätzung neuer und akuter Versorgung bereits in der Notaufnahme verweilender Patientinnen und Patienten,
- dezentrale Versorgungsstrukturen und
- Weiterbildungsdefizite.

Zudem herrschte Unklarheit, ab wann die 10-Minuten-Frist läuft.

### ***Nummer 3***

Die Dokumentationsanforderung wurde als komplex und in hohem Maße zeitaufwendig bewertet. Es fehlten, so die Teilnehmenden, definierte Minimalstandards, wobei die Formulierung „Die Patientenversorgung wird aussagekräftig dokumentiert“ hier als zu unpräzise erachtet wurde.

### **Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 17)**

#### ***Satz 1***

Hierzu wurden keine Aussagen zu Schwierigkeiten identifiziert.

#### ***Satz 2***

Die Befragten sahen sich sowohl bei der Einrichtung als auch beim Betrieb von Beobachtungsstationen mit Herausforderungen konfrontiert. Die bestehenden baulichen Gegebenheiten, der erhebliche Platzbedarf bei vergleichsweise geringer Nutzung, die begrenzte Verfügbarkeit von Personal sowie der häufig länger als vorgeschriebene Verbleib von bis zu 24 Stunden der Patientinnen und Patienten auf der Beobachtungsstation wurden hier als besondere Herausforderungen angegeben.

### **Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung (§ 23)**

Hierzu wurden keine Aussagen zu Schwierigkeiten identifiziert.

### **Modul Schwerverletztenversorgung (§ 24)**

Das Weißbuch 2012 bildet die Grundlage für das Modul „Schwerverletztenversorgung“ in den Notfallstufen-Regelungen. Da inzwischen eine aktuellere Version des Weißbuchs aus dem Jahr 2019 existierte, ergaben sich Unklarheiten und Schwierigkeiten bei der Umsetzung und den MD-Prüfungen. So verfügen die befragten Krankenhäuser häufig über Zertifikate, basierend auf dem Weißbuch 2019, welches weniger strenge Qualitätskriterien formuliert als das Weißbuch 2012. Diese Differenz im Qualitätsanspruch führte bei den MD-Prüfungen zu Problemen.

Die unspezifische Fachpersonalbezeichnung (Pflegekraft) bzw. Subsumierung verschiedener nicht entsprechend qualifizierter Berufsgruppen unter dem Begriff Pflegekraft (u. a. Transportpersonal, Anästhesietechnische Assistenzen, Operationstechnische Assistenzen, Medizinische Fachangestellte) im Weißbuch (2012 und in Teilen auch 2019) resultierte einerseits in einer Unterbesetzung der Notfallaufnahmen mit qualifiziertem Fachpersonal und führte andererseits zu Unsicherheiten hinsichtlich der Anforderungen, die an die personelle Ausstattung tatsächlich gestellt wurden. Gemäß Weißbuch 2012 könnten diese weit unter den ansonsten verlangten Anforderungen für Krankenhäuser mit Notfallstufen liegen, was für die entsprechenden Krankenhäuser wenig plausibel erscheint, denn trotz der medizinisch hohen Anforderungen an die Versorgung von Schwerverletzten bestand für das Personal formal keine Weiterbildungspflicht in der Notfallpflege oder klinischen Notfallmedizin. Auch die fehlende Mindestanforderung als Berechnungsgrundlage für den Personalschlüssel erschwerte es in der Praxis, so die Befragten, einen angemessene Stellenausstattung für die Notaufnahme durchzusetzen.

Kooperationen mit Partnerkliniken oder die eigene Bereitstellung der Fachabteilungen „Gefäßchirurgie“ und „Herz- und / oder Thoraxchirurgie“ an einem nicht universitären Standort zur Versorgung Schwerverletzter wurden als anspruchsvoll erachtet.

Erschwerend kommt laut Angaben der Befragten hinzu, dass bei Kooperationen mit Partnerkliniken diese nicht immer bereit oder aus betriebsbedingten Gründen nicht in der Lage waren, die geforderten Nachweise wie Dienstpläne und Qualifikationsnachweise vorzulegen.

## **Modul Notfallversorgung Kinder (§ 25)**

### **Absatz 1**

Hierzu wurden keine Aussagen zu Schwierigkeiten identifiziert.

### **Absatz 2**

Als problematisch wurden die Eins-zu-eins-Übertragungen einiger Anforderungen von der Erwachsenennotfallversorgung auf die Kindernotfallversorgung gesehen. So fehlten, nach Aussagen der Teilnehmenden, beispielsweise spezifische Weiterbildungsanforderung für das Personal in der Kindernotfallversorgung. Die aktuellen Regelungen setzten identische Standards wie in der Erwachsenennotfallversorgung voraus, obwohl die Weiterbildungsinhalte etwa zur Notfallpflegefachkraft oder zur Zusatzbezeichnung Klinische Akut- und Notfallmedizin (KLINAM) primär auf die Erwachsenenmedizin fokussiert sind und in der pädiatrischen Praxis als wenig relevant gelten. Auch die Triage-Methoden stammen ursprünglich aus der Erwachsenenversorgung und sind für Kinder laut den Befragten nur bedingt geeignet.

Ähnlich wie in der Erwachsenennotfallversorgung wurde auch in der Kindernotfallversorgung eine initiale Einschätzung innerhalb von 10 Minuten als herausfordernd beschrieben.

Zudem gestalten sich Vertragsverhandlungen mit KVen zur Kooperation für die Versorgung von ambulanten Kindernotfällen, etwa in Form zusätzlicher Notdienste, aus Sicht der Teilnehmenden häufig schwierig.

### **Absatz 3**

Bedingt durch den bestehenden Personalmangel sowie die Auswirkungen der generalistischen Pflegeausbildung fehlten in der Kindernotfallversorgung spezifisch pädiatrisch qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal. Auch die 24/7-Verfügbarkeit der MRT stellte eine Herausforderung dar. Zwar ist ein MRT-Gerät oft vorhanden, jedoch steht Personal zur Bedienung häufig nur während der regulären Arbeitszeiten an Werktagen zur Verfügung.

### **Absatz 4**

Der Nachweis der Verfügbarkeit einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Neurochirurgie mit entsprechender pädiatrischer Erfahrung gestaltete sich laut Teilnehmenden als problematisch, da eine eigenständige Weiterbildung im Bereich der pädiatrischen Neurochirurgie nicht existiert. Unscharfe Formulierungen in den Anforderungen hinsichtlich der Qualifizierung und der Erfahrung von Personal und Operations-Teams führten zudem zu Unsicherheiten, sodass Nachweise mitunter aufgrund dieser Unklarheiten bei der MD-Prüfung nicht akzeptiert wurden. Für die Befragten war es teilweise nicht nachvollziehbar, warum die Neurochirurgin bzw. der Neurochirurg innerhalb von 30 Minuten in der Notaufnahme sein muss, wenn es medizinisch sinnvoller ist, den Säugling / das Kind direkt in die Neurochirurgie zur weiteren Behandlung zu verlegen. Wenn Räumlichkeiten in den ZNAs der Erwachsenennotfallversorgung wie Schockraum oder Durchleuchtungseinheiten genutzt werden müssen, könnte dies, so die Befragten, die Einhaltung der vorgegebenen Triage Zeiten erschweren.

## **Modul Spezialversorgung (§ 26)**

### **Absatz 1**

Hierzu wurden keine Aussagen zu Schwierigkeiten identifiziert.

### **Absatz 2**

Die Befragten berichteten, dass die Anerkennung als Spezialversorger in der Notfallversorgung sich als langwierig gestaltete, auch weil die strukturellen und personellen Anforderungen und Voraussetzungen unklar sind und / oder spezifische Fachkliniken, z. B. für Tropen- und Reisemedizin, zu selten vorkommen.

Problematisch wurde von Spezialversorgern gesehen, dass eine verpflichtende Einbindung der KV-Praxen in die Notfallversorgung bislang fehle. So leiteten KV-Praxen ambulante Notfallpatientinnen und -patienten aufgrund von Personalmangel und fehlender Ausstattung für die Akutdiagnostik häufig an die Spezialversorger weiter, ohne dass die Krankenhausplanung ausreichend auf diese regionalen Versorgungsbedarfe abgestimmt sei.

### **Modul Schlaganfallversorgung (§ 27)**

Die Teilnehmenden wiesen darauf hin, dass die Konkurrenz zwischen zertifizierten Stroke Units<sup>2</sup> und benachbarten Kliniken, die ebenfalls eine Schlaganfallversorgung anbieten, unnötige Doppelstrukturen darstellten, welche die Personalsituation erschweren.

Ebenso fehlt laut den Teilnehmenden die Angabe, welche Qualitätskriterien oder Operationen- und Prozedurenschlüssel-Code (OPS)-Kriterien für die Anerkennung als Modul erfüllt sein mussten.

### **Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (§ 28)**

#### ***Nummer 1 – Räumliche Voraussetzungen***

Die Formulierung „Der Bereich der Chest Pain Unit (CPU)<sup>3</sup> muss exakt definiert und ausgewiesen sein“ sei zu unspezifisch und eröffne Raum für Interpretationen auf beiden Seiten – bei Krankenhäusern und dem MD.

#### ***Nummer 2 – Apparative Voraussetzungen***

Aus Sicht der Befragten ist die Notfallmedizin im Modul Durchblutungsstörungen am Herzen an hohe Anforderungen geknüpft, mit erheblichem Aufwand verbunden und arbeitet selten kostendeckend.

#### ***Nummer 3 – Diagnostik***

Die Befragten berichteten, dass eine Diskrepanz zwischen Leitliniенempfehlungen und Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen besteht, was zu negativen Prüfergebnissen durch den MD führen könnte.

#### ***Nummer 4 - Therapie***

Wenn keine gesonderten Dienstpläne für die CPU vorlagen, weil die Besetzung durch die Intensivmedizin abgedeckt wurde, konnte der Nachweis der ständigen Verfügbarkeit mittels

---

<sup>2</sup> Die Anforderungen des Moduls Schlaganfallversorgung sind an das Vorhandensein einer Stroke Unit geknüpft. Die Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG) zertifiziert Stroke Units in Deutschland, jedoch sind nicht alle Stroke Units in Deutschland zertifiziert [27].

<sup>3</sup> Die Anforderungen des Moduls Durchblutungsstörungen am Herzen, sind an das Vorhandensein einer CPU geknüpft. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) zertifiziert CPUs in Deutschland, jedoch sind nicht alle CPUs in Deutschland zertifiziert [28].

Dienstplans nicht erbracht werden. Dies führte, so die Befragten, bei den Prüfungen zu einer Nicht-Erfüllung der Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen.

### **Nummer 5 – Ausbildung**

Laut den Befragten sei es schwer ausgebildetes Personal zu finden, um die Anforderungen zu erfüllen. Entsprechende Weiterbildungsplätze seien, so die Teilnehmenden, nur begrenzt verfügbar und kostenintensiv. Gleichzeitig sei die Formulierung „ausreichende Intensiverfahrung, Echokardiografieerfahrung, Erfahrung auf dem Gebiet der kardiovaskulären Prävention“ zu unpräzise.

### **Nummer 6 – Organisation**

Es wurde über Unsicherheit hinsichtlich der Integration von Belegärztinnen und -ärzten in die kardiologische Notfallversorgung berichtet. Ein Schiedsstellenverfahren hatte in einem Fall entschieden, dass die Notfallversorgung CPU auch durch Belegärztinnen und -ärzte erfolgen kann, dennoch fehlt hier in den Notfallstufen-Regelungen eine eindeutige Aussage.

### **Inkrafttreten und Übergangsbestimmung (§ 29)**

Hierzu wurden keine Aussagen zu Schwierigkeiten identifiziert.

### **Übergangsbestimmungen (§ 30)**

Es wurde befürchtet, dass nach Ablauf der Übergangsregelung am 01.01.2026 die Personalanforderungen nicht erfüllt werden können.

### **Evaluation (§ 31)**

Hierzu wurden keine Aussagen zu Schwierigkeiten identifiziert.

### **Besondere Schwierigkeiten für Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag und Bedarfsnotwendigkeit**

Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag oder Bedarfsnotwendigkeit sind von den Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen ausgenommen, müssen aber dennoch eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung sicherstellen. Dabei treten, so die Befragten, ähnliche Schwierigkeiten wie bei anderen Notfallversorgungseinrichtungen auf, insbesondere im Bereich des qualifizierten Personals. Besonders Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag kämpfen mit einer niedrigen Facharztdichte und der Herausforderung, Personal für Weiterbildungen freizustellen, ohne die Routineversorgung zu gefährden.

### **5.3.2 Ergebnisse zur Fragestellung 1b: Welcher Weiterentwicklungsbedarf lässt sich aus den identifizierten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der bestehenden Notfallstufen-Regelungen ableiten?**

#### **5.3.2.1 Quantitative Ergebnisse aus dem Online-Survey für Notfallstufen und Module**

Zur Beantwortung der Fragestellung 1b wurden keine quantitativen Daten herangezogen.

#### **5.3.2.2 Qualitative Ergebnisse aus den Freitexten des Online-Surveys, den Fokusgruppen und den Experteninterviews**

Im Folgenden werden die zentralen Weiterentwicklungsbedarfe aus Sicht der Befragten systematisch entlang der Anforderungen der jeweiligen Paragrafen der Notfallstufen-Regelungen zusammengefasst dargestellt. Die ausführlichen Ergebnisse einschließlich ausgewählter untermauernder Zitate finden sich im Anhang A.3.1.

##### **Allgemeine Anforderungen an alle Stufen (§ 6)**

###### **Absatz 1**

Die bestehende Vorgabe zur durchgehenden („24/7“) Vorhaltung der Anforderungen am Krankenhausstandort bedürfen aus Sicht der Befragten einer Konkretisierung, wie mit temporären Personalausfällen umgegangen werden kann.

###### **Absatz 2**

Einige Teilnehmende schlugen vor, die ZNA als eigenständige Fachabteilung zu definieren, um u. a. die Attraktivität des Arbeitsorts zu steigern.

Darüber hinaus wurde vorgeschlagen, Satz 1 dahin gehend zu ergänzen, dass unter den dort erwähnten „Notfallpatienten“ nur diejenigen Patientinnen und Patienten verstanden werden, die nicht durch den Rettungsdienst eingeliefert werden.

In Satz 3 wurde empfohlen den Terminus „barrierefrei“ zu definieren.

###### **Absatz 3**

Die KVen sollten, so die Teilnehmenden, stärker in die Verantwortung genommen und zur Kooperation verpflichtet werden. Vorstellbar sei für die Befragten außerdem, die Kooperationsvereinbarungen zu erweitern, um die Einrichtung eines gemeinsamen Tresens oder eines integrierten Notfallzentrums zu erleichtern. Des Weiteren wird von den Teilnehmenden eine verpflichtende Portalpraxis, betrieben durch die KVen, vorgeschlagen, die an 7 Tagen die Woche von 09:00 bis 22:00 Uhr besetzt sein sollte.

##### **Art und Anzahl der Fachabteilungen (§ 8, § 13, § 18)**

Die Befragten erachteten eine Ergänzung und eine Ausweitung der Fachabteilungen, welche zu einer umfassenden Notfallversorgung zwingend dazugehören sollten, als medizinisch

sinnvoll. Beispielsweise wurden Fachabteilungen wie die Viszeralchirurgie, Pädiatrie oder Geriatrie ebenfalls für die Notfallversorgung als relevant betrachtet. Darüber hinaus wurde Überarbeitungsbedarf hinsichtlich der Zuordnung der Fachabteilungen zu den Kategorien A und B formuliert.

### **Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals (§ 9, § 14, § 19)**

#### **Nummer 1**

Die Formulierungen „im Bedarfsfall verfügbar“ und „verantwortlicher Arzt“ wurden als zu unkonkret empfunden. Insbesondere sollte aus Sicht der Teilnehmenden festgelegt werden, ob eine fachliche oder eine organisatorische Leitung erwartet wird und welche Qualifikation dafür erforderlich ist. Ebenso war unklar, ob die pflegerische Leitung die Qualifikation „Notfallpflege“ aufweisen muss oder ob dies nur für die Schichtleitung gilt. Hier wurde eine Spezifizierung gewünscht.

Vorgeschlagen wurde auch, zu prüfen, ob die Verfügbarkeit der Notfallpflege über die Implementierung eines Rufdienstes bei gleichzeitiger Besetzung der Notaufnahme durch eine andere Berufsgruppe, beispielsweise eine Medizin-technische Assistentin oder einem Medizinisch-technischen Assistenten, gewährleistet werden könnte.

#### **Nummer 2**

Es wurde angeregt, die Pflege-Weiterbildungen „Anästhesie / Intensivmedizin“ und „Notfallpflege“ gleichzustellen, da die Lerninhalte der beiden Weiterbildungen als nahezu identisch eingestuft wurden. In diesem Zusammenhang sollte auch die Anerkennung von Modulen aus anderen Qualifikationen in Betracht gezogen werden. Zur Konkretisierung der aktuellen Formulierung „ab Verfügbarkeit im jeweiligen Land“ wurde die Formulierung „ab Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung“ vorgeschlagen.

Für die Qualifizierung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ wurde vorgeschlagen, Weiterbildungen durch CME-Punkte oder Ähnliches zu ersetzen oder für die Qualifikation zusätzlich zu berücksichtigen. Um die gestellten Anforderungen zu erfüllen, sollten zudem Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten / Fachärztinnen und -ärzte in Weiterbildung in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin in die Personalanforderungen mitgerechnet werden dürfen, wenn sie bereits einen gewissen Teil ihrer Weiterbildung abgeschlossen haben. Es wurde zudem vorgeschlagen, auf Bundesebene einheitliche Kriterien zur Anzahl des Personals pro Menge an Patientenkontakten festzulegen.

#### **Nummer 3**

Es wurde vorgeschlagen, die fachärztliche Anwesenheit innerhalb von 30 Minuten in eine ärztliche Anwesenheit mit verpflichtender Möglichkeit zur fachärztlichen Konsultation zu ändern. Gleichzeitig sollte das Zeitfenster auf 45 Minuten verlängert sowie die Etablierung

eines Rufdienstes in Erwägung gezogen werden. Einige Teilnehmende schlugen vor, in den Notfallstufen-Regelungen zu verankern, dass Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung „Akut- und Notfallmedizin“ zur Sicherstellung der Qualität der Notfallversorgung 24 Stunden am Tag an 7 Tagen die Woche vor Ort verfügbar sein müssen.

#### **Nummer 4**

Es wurde angeregt die Formulierung „regelmäßige Fortbildung“ beispielsweise durch die Formulierungen „einmal im Quartal“ oder „einmal im Halbjahr“ zu konkretisieren.

#### **Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten (§ 10, § 15, § 20)**

Die Vorschläge beinhalteten eine Konkretisierung verschiedener Begriffe (u. a. welche Anforderungen müssen eine Intensivstation und einen Beatmungsplatz erfüllen), die Berücksichtigung neuer Konzepte zur Verbesserung der Übergänge zwischen Notfall- und Intensivmedizin, Vorgaben zur Reservevorhaltung von Kapazitäten für unvorhersehbar hohe Versorgungsbedarfe oder zur Verpflichtung einer Notfallversorgung bei „grünen“ Kapazitäten. Ebenso plädierten die Befragten für eine Lockerung der 60-minütigen Übergabefrist zwischen Notfall- und Intensivmedizin, wenn dabei das Ziel der optimalen Versorgung auch von beatmungspflichtigen Notfällen nicht gefährdet wird. Um flexibel auf schwankende Notfallversorgungsbedarfe im Intensivbereich reagieren zu können, wurden Vorschläge hinsichtlich der personellen Anforderungen gemacht. Diese variierten von einer vorübergehenden Aussetzung der Pflegeuntergrenzen-Verordnung, der Einführung eines Rufdienstes Intensivpflege bis hin zu einer Erhöhung des Personalschlüssels auf Intensivstationen.

#### **Medizinisch-technische Ausstattung (§ 11, § 16, § 21)**

##### **Absatz 1**

Für die Ausstattung von Notaufnahmen und Schockräumen wurde angeregt, dass sich diese zukünftig an den Empfehlungen der Fachgesellschaften oder an zu konkretisierenden Vorgaben in den Notfallstufen-Regelungen orientieren. Es wurde insbesondere empfohlen, Vorgaben zur Art, zu den Ausstattungsmerkmalen und zur Anzahl der vorzuhaltenden Geräte an den kalkulierten Patientenzahlen auszurichten.

Zudem wurde eine Konkretisierung in Bezug auf die personellen und technischen Anforderungen für eine kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt vorgeschlagen.

##### **Absatz 2**

Es wurde vorgeschlagen, dass Hubschrauberlandeplätze als Anforderung für Krankenhäuser in Großstädten und Krankenhäuser mit Basisnotfallversorgung entfallen sollten.

## Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (§ 12, § 17, § 22)

### **Nummer 2**

Die Befragten aus Krankenhäusern aller 3 Versorgungsstufen regten eine Lockerung oder Aufhebung der 10-Minuten-Regel zur Ersteinschätzung der Behandlungspriorität an. Konkret wurde eine Reduzierung der 100-prozentigen Erfüllungsquote auf bis zu 60 Prozent, eine Toleranzgrenze von bis zu 20 Minuten mit oder ohne gestaffelte Erfüllungsquoten oder die Zulassung von Ausnahmen vorgeschlagen.

Darüber hinaus wurde eine bessere Vernetzung zwischen Rettungsdienst und Notaufnahme angeregt, um Patientinnen und Patienten ohne akutstationären Behandlungsbedarf durch eine prä-hospitale Triage gezielt in andere Versorgungsstrukturen zu lenken. Es wurde vorgeschlagen, dass Pflegefachkräfte und medizinische Fachangestellte einen Triage-Kurs absolvieren und die Triage in einem dafür eingerichteten separaten Raum erfolgen sollte. Für die Gewährleistung einer reibungslosen Triage und Versorgung wurde ein höherer Personalbedarf gesehen. Zudem wurde der Vorschlag unterbreitet, ein bundesweit einheitliches Triage-System in den Regelungen klar zu benennen oder zumindest die Validierungskriterien, nach denen ein solches ausgewählt werden soll, offenzulegen. Es wurde auch vorgeschlagen, Absatz 2 insofern anzupassen, dass neben der Durchführungszeit der Triage auch die fristgerechte Umsetzung der Behandlung durch die ermittelte Ersteinschätzung dokumentiert werden sollte.

### **Nummer 3**

Aus Sicht der Teilnehmenden sollten die Dokumentationsstandards und der bürokratische Aufwand minimiert sowie die Leistungen der Notaufnahme obligatorisch erfasst werden. Es wurde angeregt, dass diese Dokumentation über ein digitales Notaufnahmeeinformationssystem erfolgen sollte.

Zudem wurde eine interne Leistungsverrechnung für jede Fachabteilung empfohlen. Ziel müsse sein, Transparenz hinsichtlich des Anteils der durch die Notaufnahmen durchgeführten (patientenbezogenen) Leistungen zu schaffen.

## Strukturen und Prozesse der Notaufnahme (§ 17, § 22)

Die Ansichten hinsichtlich der Notwendigkeit einer organisatorisch an die Notaufnahme angeschlossenen Beobachtungsstation variierten. Die Befürworter schlugen vor, die Anforderungen an die personelle und technische Ausstattung der Beobachtungsstation in den Notfallstufen-Regelungen – ggf. auch in Abhängigkeit von der Notfallstufe – zu ergänzen. Zudem wurde eine räumliche Trennung von der ZNA vorgeschlagen. Dabei sollte festgelegt werden, ob die Beobachtungsstation als eigenständige Station vorgehalten werden muss und wie der Belegungsstatus Berücksichtigung finden kann (u. a. Maximalanzahl von Patientinnen und Patienten in bestimmten Level-of-Care-Stufen). Gegebenenfalls sollte hier eine

Übergangsfrist festgelegt werden. Es gab jedoch auch kritische Stimmen, die eine Streichung dieser Anforderung aus den Regelungen forderten, da die Beobachtungsstation als nicht notwendig erachtet wurde.

### **Vorgaben zur speziellen Versorgung (§ 23)**

Es wurde vorgeschlagen, eine Klarstellung in den Richtlinien vorzunehmen, in welchen Modulen, in welcher Form und in welchem Umfang auch Belegärztinnen und -ärzte in die Notfallversorgung eingebunden und berücksichtigt werden können.

### **Modul Schwerverletztenversorgung (§ 24)**

Die Notfallstufen-Regelungen sollten sich, so die Befragten, an den neuen medizinischen Erkenntnissen und der aktuellen Version des Weißbuchs 2019 orientieren. Darüber hinaus wurde vorgeschlagen, dass die personellen und strukturellen Anforderungen in der Schwerverletztenversorgung analog zu den Anforderungen der Notfallstufen angepasst werden. Durch diese Mindeststandards würden auch die Fachärztinnen und -ärzte sowie die Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikationen gestärkt werden. Die ZNA in Traumazentren<sup>4</sup> sollte durch eine unabhängige ärztliche Leitung mit Fachqualifikation für Unfallchirurgie oder durch geschulte Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten sichergestellt werden.

Falls eine Dekontamination von Patientinnen und Patienten notwendig sein sollte, so sollte dies nach Ansicht einer Befragten / eines Befragten nicht Aufgabe der Klinik sein, sondern durch einen Feuerwehr-Dekon-Zug erfolgen, um das medizinische Personal in der Notaufnahme zu entlasten.

### **Modul Notfallversorgung Kinder (§ 25)**

#### **Absatz 1**

Hierzu wurden keine Aussagen zu Weiterentwicklungsbedarfen identifiziert.

#### **Absatz 2**

Es wurde angeregt, die personelle Besetzung entsprechend den geltenden Untergrenzen festzulegen und die Anforderungen an die Ausstattung, Räumlichkeiten und technische Ausstattung in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen zu definieren. Zudem wurden Anpassungen hinsichtlich der Ersteinschätzung, der flächendeckenden Einführung eines KV-Sitzes in allen Kinderkrankenhäusern und der verpflichtenden Implementierung eines gemeinsamen Tresens von ZNA und Pädiatrie vorgeschlagen. Insbesondere wird gewünscht,

---

<sup>4</sup> Die Anforderungen des Moduls Schwerverletztenversorgung sind an das Vorhandensein eines überregionalen Traumazentrums gemäß dem Weißbuch (Stand Mai 2012) geknüpft. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zertifiziert Traumazentren in Deutschland nach dem TraumaNetzwerk-Konzept, jedoch sind nicht alle Traumazentren in Deutschland zertifiziert [29].

die bisherige Regelung einer optionalen Kooperation mit einer KV durch eine verbindliche Kooperation zu ersetzen.

### **Absatz 3**

Aufgrund des hohen Zulaufs, auch von eigentlich ambulant zu versorgenden Kindern und Jugendlichen, wird ein erhöhter Bedarf an ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal in der pädiatrischen Notaufnahme gesehen. Dies gilt insbesondere für die Abdeckung von Stoßzeiten. Für das ärztliche und pflegerische Personal wurden Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich der pädiatrischen Notfallmedizin als notwendig erachtet und sollten in den Regelungen aufgegriffen werden. Darüber hinaus gaben die Befragten an, sich eine klare Trennung sowie eine bessere Verzahnung zwischen den stationären und ambulanten Strukturen zu wünschen. Hierzu gehört eine Ausweitung des KV-Notdienstes, um die Überlastung der Notaufnahmen zu reduzieren. Ebenso wurde die verpflichtende Anwesenheit einer KV-Ärztin oder eines KV-Arztes während Zeiten der Praxisschließung vorgeschlagen.

Auch wurde vorgeschlagen, die Kindernotaufnahme in Räumlichkeiten getrennt von der Erwachsenennotfallversorgung zu betreiben und diesen Bedarf in den Notfallstufen-Regelungen zu fixieren. Ähnlich wie in der Notfallversorgung Erwachsener wurde auch hier von einigen Befragten eine Anpassung im Sinne einer Ausdehnung der Vorgaben bezüglich der Triage-Zeiten und -Quoten befürwortet.

### **Absatz 4**

Es wurde vorgeschlagen, die ärztliche Personalausstattung sowie die Anforderungen hinsichtlich der erforderlichen Kompetenzen zu erhöhen. Bezogen auf das Pflegepersonal wurde empfohlen, dass in jeder Schicht mindestens 1 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachkraft oder 1 Pflegefachkraft mit pädiatrischer Spezialisierung tätig sein sollte, ergänzt durch eine weitere Pflegefachkraft aus der Erwachsenenpflege mit Erfahrung in der Pädiatrie.

Die Qualifikationsanforderungen für die ärztliche und pflegerische Leitung der Kindernotaufnahme sollten, so die Befragten, konkretisiert werden. Da sich der Zugang zur Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin (KLINAM)“ für Pädiaterinnen und Pädiater schwierig gestaltet, wurde vorgeschlagen, eine eigenständige Weiterbildung „Pädiatrische Akut- und Notfallmedizin“ und analog dazu für das Pflegepersonal eine „Pädiatrische Notfallpflege“ zu etablieren und als Anforderung festzulegen.

Hinsichtlich der Intensivversorgung wurde eine Reduktion der erforderlichen Intensivbetten vorgeschlagen und eine flexible gemeinsame Nutzung der Intensivbetten für Pädiatrie und Neonatologie als sinnvoll erachtet.

Organisatorisch könnte, so die Ergebnisse, eine bessere Erreichbarkeit von Kinderpsychiaterinnen und Kinderpsychiatern sowie Neurochirurginnen und Neurochirurgen sinnvoll sein.

Hinsichtlich der Schnittstellen zur Primärversorgung äußerten die Befragten, dass der Großteil der Patientinnen und Patienten keine Versorgung in der Notfallambulanz benötigt, sondern ambulant oder in einer KV-Notfallpraxis versorgt werden könnte. Daher wurde eine Verlagerung der akuten Notfallversorgung in die Kliniken bei gleichzeitiger Teilnahme von niedergelassenen Pädiaterinnen oder Pädiatern empfohlen. Auch sollten die Öffnungszeiten der Kindernotfallpraxen ausgeweitet werden. Eine verbesserte Vernetzung der Kinderkliniken sowie der Einsatz von Telemedizin könnten die Versorgung zusätzlich optimieren.

## **Modul Spezialversorgung (§ 26)**

### **Absatz 2**

Es wurde angeregt, die Anforderungen für Krankenhäuser zur Erlangung des Status als Spezialversorger sowie die Rahmenbedingungen für das jeweilige Fachgebiet transparent zu definieren. Des Weiteren wurde vorgeschlagen, die Krankenhausplanung in ländlichen Regionen stärker bedarfsoorientiert zu gestalten und KV-Praxen verpflichtend in die Notfallversorgung einzubinden. Darüber hinaus wurden Vorschläge für weitere Fachabteilungen unterbreitet, die als Spezialversorger eingeschlossen werden sollen (u. a. die Geriatrie).

## **Modul Schlaganfallversorgung (§ 27)**

Es wurde die Notwendigkeit gesehen, die Anforderungen an eine Stroke Unit zu konkretisieren. Die Implementierung von Kooperationskonzepten z. B. mit mehreren Stroke Units könnten die ineffizienten Doppelstrukturen und konkurrierende Patientenströme vermeiden. Die Schließung von nicht-zertifizierten konkurrierenden Stroke Units sollte laut Teilnehmenden in Erwägung gezogen werden, wobei eine regionale Schlaganfallversorgung sichergestellt werden muss, um die Frühbehandlung nicht zu gefährden. Auch der Ausbau eines telemedizinischen Informationsmanagements zwischen Notärztinnen und -ärzten, Rettungsdiensten und Notaufnahmen könnte, so die Befragten, zu einer Verbesserung der Notfallversorgung beitragen. Da die Schlaganfall-Notfallversorgung über eine reine Schlaganfallversorgung hinausgeht, ist die Expertise einer Fachklinik für Neurologie und der Inneren Medizin erforderlich, wobei Letztere auch durch Kooperationen mit entsprechenden Praxen für die Befragten vorstellbar sei.

## **Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (§ 28)**

### **Nummer 1**

Es wurde empfohlen, die Anforderungen an die aktuellen medizinischen Erkenntnisse anzupassen und die Option zur Integration der CPU in eine bestehende Einheit, z. B. eine

Intensivstation oder Intermediate Care, vorzusehen. Als Qualifikation für die organisatorische Leitung wurde als Alternative zur Zusatzweiterbildung „Kardiologie“ auch die Zusatzweiterbildung „Notfallmedizin“ gesehen.

### **Nummer 2**

Hierzu wurden keine Aussagen zu Weiterentwicklungsbedarfen identifiziert.

### **Nummer 3**

Es wurde angeregt, die Anforderungen an die Diagnostik kontinuierlich an die jeweilige aktuelle Standardversorgung anzupassen: u. a. würden die Anforderungen zu den Troponin-Kontrollen nicht mit den neuen Erkenntnissen – entsprechend internationaler Leitlinien – übereinstimmen. Darüber hinaus wurden routinemäßige erweiterte Brustwandableitungen des EKG (V7-9) als nicht erforderlich eingeschätzt und sollten daher nur bei klinischer Indikation durchgeführt werden.

### **Nummer 4**

Im Falle eines Ausfalls oder eine parallele Durchführung einer CT sollte nach Ansicht der Teilnehmenden eine Angiografie alternativ durchgeführt werden dürfen.

### **Nummer 5**

Es wurde vorgeschlagen, die Einarbeitungszeit des ärztlichen Personals gesetzlich zu regeln und eine Personalbemessung für Ärztinnen und Ärzte einzuführen, wobei hierzu keine weiteren Angaben zur Konkretisierung gemacht wurden.

### **Nummer 6**

Es wurde eine Klarstellung in den Richtlinien vorgeschlagen, in welchen Modulen, in welcher Form und in welchem Umfang auch Belegärztinnen und -ärzte in die Notfallversorgung eingebunden und berücksichtigt werden könnten.

## **Übergangsbestimmungen (§ 30)**

### **Absatz 1**

Hinsichtlich der geforderten Zusatzqualifikation des Personals wurde eine verlängerte Übergangsfrist gewünscht, da das Personal während der 2-jährigen Weiterbildung für die ZNA nicht verfügbar sei und oft danach auch nicht in die eigene Klinik zurückkehrt.

## **Evaluation (§ 31)**

Es wurde der Bedarf gesehen, zeitlich engere Evaluationen der Notfallstufen-Regelungen durchzuführen, um die Dynamik der medizinischen Entwicklung zu berücksichtigen.

## **Besonderer Weiterentwicklungsbedarf für Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag und Bedarfsnotwendigkeit**

Neben den von anderen Notfallversorgungseinrichtungen geäußerten Weiterentwicklungsbedarfen wurde insbesondere von Krankenhäusern mit Sicherstellungszuschlag und Bedarfsnotwendigkeit ein zusätzlicher Bedarf benannt. Teilnehmende aus Einrichtungen dieser Kategorie forderten eine Kompensation für personelle Ausfälle, die durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entstehen würden. Es sei, so die Befragten, ansonsten schwierig, den Fortbildungsbetrieb ohne Einschränkungen der regulären Versorgungskapazitäten aufrechtzuerhalten.

### **5.4 Beantwortung der Fragestellung 2: Wie kann unter Berücksichtigung der Ergebnisse zu Frage 1 zukünftig der Versorgungsbedarf der Bevölkerung bei der Ausgestaltung des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern berücksichtigt werden?**

#### **5.4.1.1 Quantitative Ergebnisse aus dem Online-Survey für Notfallstufen und Module**

Unter Berücksichtigung der in Frage 1a identifizierten Ergebnisse, die auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Notfallstufen-Regelungen hinweisen, wurde eine weiterführende deskriptive Auswertung der quantitativen Daten nach Krankenhausdichte durchgeführt. Da die Ergebnisse durch einen hohen Anteil fehlender Daten gekennzeichnet waren, sind die quantitativen Ergebnisse nicht aussagekräftig (siehe Anhang A.4.1).

#### **5.4.1.2 Qualitative Ergebnisse aus den Fokusgruppen**

Versorgungsbedarfe wurden mit Bezug zur Krankenhausdichte wie folgt kategorisiert:

- thematisierte Versorgungsbedarfe aus Krankenhäusern in Regionen mit geringer Dichte an Krankenhäusern mit vereinbarter Notfallstufe (im Folgenden: geringe Krankenhausdichte),
- thematisierte Versorgungsbedarfe aus Krankenhäusern in Regionen mit hoher Dichte an Krankenhäusern mit vereinbarter Notfallstufe (im Folgenden: hohe Krankenhausdichte) ebenso wie
- thematisierte Versorgungsbedarfe, die Krankenhäuser aus beiden Regionen betreffen, also sowohl mit geringer als auch hoher Dichte an Krankenhäusern mit vereinbarter Notfallstufe.

## Geringe Krankenhausdichte

### *Saisonale Schwankungen*

Von Befragten der Krankenhäuser aus Regionen mit einer geringen Krankenhausdichte haben angemerkt, dass in Tourismusregionen der Umgang mit den saisonalen Schwankungen hinsichtlich der Zahl der Notfallpatientinnen und -patienten herausfordernd sei.

### *Krankenhausschließungen*

In Regionen mit einer geringen Krankenhausdichte waren Krankenhäuser teilweise mit Insolvenz und Schließung konfrontiert. Dies führte dazu, dass die ZNAs der weiterhin bestehenden Krankenhäuser mit dem Wegfall anderer Krankenhäuser und dem daraus resultierenden Zustrom an Patientinnen und Patienten konfrontiert waren, wofür sie meist strukturell und personell nicht ausgelegt gewesen seien. Um dem gerecht zu werden, wäre laut Teilnehmenden eine Abschwächung der Anforderungen für Krankenhäuser in Regionen mit einer geringen Krankenhausdichte erforderlich.

### *Anfahrt / Erreichbarkeit*

Befragte aus den Krankenhäusern in Regionen mit einer geringen Krankenhausdichte thematisierten den z. T. hohen Zeitaufwand hinsichtlich der Anfahrt. Dabei wurde auch auf die fehlende oder eingeschränkte Erreichbarkeit der bestehenden ZNAs mit öffentlichen Verkehrsmitteln aufmerksam gemacht. Die Fahrtzeit für Rettungsdienste betrüge teilweise 1,5 Stunden.

### *Entlassmanagement / Abtransport / Weiterverlegung*

Teilnehmende aus Regionen mit einer geringen Krankenhausdichte berichteten von fehlender Infrastruktur und großen Distanzen zum Wohnort, was insbesondere die Entlassung älterer Patientinnen und Patienten erschweren würde. Gleichzeitig stünden Krankenhäuser aus Regionen mit einer geringen Krankenhausdichte vor dem Problem einer fehlenden Anbindung an Pflegeeinrichtungen oder ähnlichen Einrichtungen, was die Entlassung pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten verzögern oder verkomplizieren würde.

## Hohe Krankenhausdichte

### *Bedarfsmaß pro Notfallstufe*

Teilnehmende aus Regionen mit hoher Krankenhausdichte berichteten, dass zunehmend mehr Krankenhäuser höhere Notfallstufen anstreben. Um eine Überversorgung in bestimmten Regionen zu vermeiden, wurde die Festlegung eines Bedarfsmaßes an den Behandlungskapazitäten pro Notfallstufe bzw. Modul für die jeweiligen Regionen vorgeschlagen.

## **Beide Regionen betreffend (geringe und hohe Krankenhausdichte)**

### **Ambulante Fälle**

Sowohl Krankenhäuser in Regionen mit geringer als auch mit hoher Krankenhausdichte berichteten von einem zunehmenden Anstieg an Patientinnen und Patienten mit ambulantem Versorgungsbedarf in den ZNAs. Eine unzureichende Patientensteuerung und fehlende Angebote in der ambulanten Versorgung wurden als ursächlich hierfür gesehen.

### **Personal**

Befragte aus den Krankenhäusern in Regionen sowohl mit geringer als auch mit hoher Krankenhausdichte berichteten von teilweise fehlenden Personalkapazitäten und Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung. Zudem gaben Krankenhäuser aus Regionen mit geringer Krankenhausdichte an, dass bei ihnen qualifiziertes Personal häufig von Maximalversorgern abgeworben werde und sich dadurch die Personalsituation weiter verschlechtere.

### **Kooperation mit anderen Krankenhäusern**

Sowohl in Regionen mit geringer als auch mit hoher Krankenhausdichte wurde eine Vernetzung bzw. Kooperation zwischen Krankenhäusern als sinnvoll erachtet. Neben Kooperationen hinsichtlich der medizinischen (telemedizinischen) Notfallversorgung betraf dies auch den Wunsch nach Kooperationen bezogen auf die Fort- und Weiterbildungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich.

## **5.5 Beantwortung der Fragestellung 3: Welche weiteren bundeseinheitlichen Kriterien sollten zukünftig Berücksichtigung finden bei der Ausgestaltung des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern?**

### **5.5.1.1 Quantitative Ergebnisse aus dem Online-Survey für Notfallstufen und Module**

In Tabelle 14 werden die Antworten auf die Frage „Wie beurteilen Sie die Differenzierung der einheitlichen Bundeskriterien hinsichtlich der Anzahl der Anforderungen?“ dargestellt. Die Auswertung zeigt, dass zwischen 42 % und 71 % der Befragten die Differenzierung der bundeseinheitlichen Kriterien hinsichtlich der Anzahl der Anforderungen in den verschiedenen Notfallstufen und Modulen überwiegend als angemessen (+/-) erachteten. Ein geringer Anteil gab an, dass zu wenige Anforderungen (-/--) benannt worden sind, wohingegen ein größerer Anteil zu viele Anforderungen sieht (+/++).

Tabelle 14: Beurteilung der bundeseinheitlichen Kriterien – Ergebnisse des Online-Surveys

Frage	Notfallversorgungsstrukturen	Antwortanzahl <sup>b</sup>						
		-- n (%)	- n (%)	+/- n (%)	+- n (%)	++ n (%)	k. A. n (%)	Grund- gesamtheit n
<b>Wie beurteilen Sie die Differenzierung der bundeseinheitlichen Kriterien hinsichtlich der Anzahl der Anforderungen?<sup>a</sup></b>	Notfallstufe Erwachsenenversorgung	13 (1,34)	40 (4,13)	411 (42,41)	233 (24,05)	220 (22,70)	52 (5,37)	969
	Modul Notfallversorgung Kinder	4 (1,79)	10 (4,46)	121 (54,02)	49 (21,88)	30 (13,39)	10 (4,46)	224
	Modul Schwerverletztenversorgung	0 (0,00)	1 (7,14)	7 (50,00)	2 (14,29)	1 (7,14)	3 (21,43)	14
	Modul Schlaganfallversorgung	1 (3,23)	4 (12,90)	22 (70,97)	0 (0,00)	2 (6,45)	2 (6,45)	31
	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen	0 (0,00)	0 (0,00)	12 (50,00)	6 (25,00)	3 (12,50)	3 (12,50)	24

a. Diese Frage war im Fragebogen zum Modul Spezialversorgung nicht enthalten.  
 b. Die Frage sollte auf einer Skala beantwortet werden, die „--: zu wenige Anforderungen“ bis „++: zu viele Anforderungen“ reicht.  
 c. Diese Spalte wurde für „überwiegend angemessen“ herangezogen.  
 k. A.: keine Angabe; n: Anzahl

### **5.5.1.2 Qualitative Ergebnisse aus den Freitexten des Online-Surveys, den Fokusgruppen und den Experteninterviews**

Im Rahmen des Online-Surveys, der Fokusgruppen und der Experteninterviews wurden Hinweise auf weitere Anforderungen gegeben, die aus Sicht der Befragten künftig stärker in die bundeseinheitliche Ausgestaltung der Notfallstufen-Regelungen einbezogen werden sollten. Einige der genannten Anforderungen betrafen alle Notfallstufen und Module, andere bezogen sich auf spezifische Bedürfnisse in Bezug auf einzelne Module. Im Folgenden werden einige dieser Punkte beschrieben. Die vollständigen Ergebnisse sind im Anhang A.4.2 dargestellt.

#### **Alle Notfallstufen und Module betreffend**

##### ***Notfallmedizin als eigene Fachlichkeit***

Die Befragten waren der Ansicht, dass die Notfallmedizin bislang nicht ausreichend als eigenständige fachliche Disziplin wahrgenommen worden sei. Anstatt sie primär als organisatorische Einheit innerhalb von Kliniken zu betrachten, sollte sie zukünftig stärker als eigene Facharztdisziplin anerkannt werden. Diese Maßnahme wurde als bedeutender Schritt zur weiteren Professionalisierung erachtet. Solch eine fachliche Aufwertung der Notfallmedizin könnte, so die Teilnehmenden, einen Beitrag dazu leisten, dass Versorgungsprozesse zukünftig gezielter gesteuert und die Qualität in der akutmedizinischen Versorgung langfristig verbessert werden könnte.

##### ***Personaluntergrenzen***

Es wurde das Fehlen verbindlicher Mindestpersonalzahlen in den Notfallstufen-Regelungen thematisiert. Diesbezüglich wurde eine klare Festlegung von Mindestpersonalzahlen für pflegerisches, medizinisches und anderes Fachpersonal gefordert, differenziert für die einzelnen Notfallstufen. Eine verbindliche Vorgabe von Mindestpersonalzahlen könnte, so die Teilnehmenden, einen wesentlichen Beitrag zu einer langfristigen hohen Qualität in der akuten medizinischen Versorgung leisten und Personalengpässen systematisch entgegenwirken.

##### ***Strukturiertes Belegungs- und Entlassmanagement***

Das Fehlen eines strukturierten Belegungs- und Entlassmanagements über alle Abteilungen hinweg wurde als relevante Lücke benannt. Dieses wurde als wichtige Voraussetzung für eine effiziente Steuerung der Patientenströme erachtet, insbesondere im Hinblick auf die stationäre Weiterversorgung von Notfallpatientinnen und -patienten. Die Implementierung obligatorischer Strukturen, wie die Nachweiserbringung freier Bettenkapazitäten (beispielsweise Slot-Betten), könnten sich in Zukunft als wirksame Maßnahme zur Verhinderung von Versorgungsengpässen sowie zur Optimierung der Übergänge innerhalb einer Klinik erweisen. Vorgeschlagen wurde ein verpflichtendes

Reporting und Monitoring bezüglich Crowding, Abmeldung und Verlegungszeiten sowie die Festlegung einer Höchstbehandlungsdauer in der ZNA.

### ***Intersektorale Zusammenarbeit***

Es wurde betont, dass eine Verzahnung mit dem ambulanten Sektor, insbesondere mit KV-Notfallpraxen und medizinischen Versorgungszentren, unbedingt erforderlich sei, um eine funktionierende intersektorale Notfallversorgung zu gewährleisten. Daher wurde vorgeschlagen, dies in den Notfallstufen-Regelungen festzuschreiben.

### ***Beschränkung des Prüfzeitraums***

Die Zeiträume, auf die sich die MD-Prüfungen beziehen, hätten regional variiert und seien bei längeren Prüfzeiträumen mit einem hohen Ressourcenaufwand auf beiden Seiten – MD und Krankenhäusern – verbunden gewesen. Die Teilnehmenden würden hier eine bundeseinheitliche Vorgabe begrüßen.

### ***Ergänzungen zur speziellen Notfallversorgung***

Es wurde angesprochen, auch Spezialversorger für Tropen- und Reisemedizin, seltene Erkrankungen, Menschen mit Beeinträchtigungen sowie spezialisierte Teilgebiete der Orthopädie und Inneren Medizin in den Notfallstufen-Regelungen zu berücksichtigen. Insbesondere in den Fachabteilungen der Orthopädie und der Kinderorthopädie wurden Defizite in der notfallmedizinischen Versorgung gesehen.

Außerdem wurde vorgeschlagen, Kriterien zu ergänzen, um ein bundeseinheitliches Vorgehen für die Ausweisung eines Krankenhauses als Spezialversorger festzulegen.

### ***Zertifizierung eines Traumazentrums<sup>5</sup>***

Es wurde darauf hingewiesen, dass zertifizierte überregionale Traumazentren ohne weitere Prüfung durch den MD anerkannt werden sollten.

### ***Strukturelle und organisatorische Ausgestaltung der Kindernotaufnahme***

Aus Perspektive der Teilnehmenden fehlten bislang bundeseinheitliche Kriterien zur strukturellen und organisatorischen Ausgestaltung der Kindernotfallversorgung. Es bestand Unklarheit darüber, ob eine separate Notaufnahme für Kinder obligatorisch sein soll oder ob eine integrierte Lösung mit der Erwachsenenversorgung zulässig bzw. erstrebenswert sei. In Bezug auf die geplante Einrichtung von INZs wurden spezifische Regelungen von INZs für

---

<sup>5</sup> Die Anforderungen des Moduls Schwerverletztenversorgung sind an das Vorhandensein eines überregionalen Traumazentrums gemäß dem Weißbuch (Stand Mai 2012) geknüpft. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zertifiziert Traumazentren in Deutschland nach dem TraumaNetzwerk-Konzept, jedoch sind nicht alle Traumazentren in Deutschland zertifiziert [29]

Kinder als erforderlich erachtet, um sowohl Planungssicherheit als auch kindgerechte Versorgungsstrukturen gewährleisten zu können.

### ***Komplikationsmanagement bei Schlaganfall***

Vertretende der Schlaganfallversorgung plädierten für die Implementierung eines verpflichtenden und überprüfbaren Komplikationsmanagements in den ZNAs. Ziel dieses Komplikationsmanagements sollte sein, Fehleinschätzungen insbesondere im Zusammenhang mit atypischen Symptomen und Verläufen systematisch zu erfassen. Des Weiteren wurde die Dokumentation nicht erfolgter Weiterverlegungen in höhere Versorgungsstufen als relevantes Kriterium benannt, um dies als Qualitätsmerkmal auswerten zu können. Eine bundeseinheitliche Regelung könnte, so die Teilnehmenden, in diesem Kontext zur Optimierung der Versorgungsqualität und zur Vermeidung von Fehlern beitragen.

### ***Zertifizierung und Qualität von Stroke Units***

Es wurde betont, dass Stroke Units über ein gültiges Zertifikat der Deutschen Schlaganfallgesellschaft verfügen sollten, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Dies hätte zudem den MD hinsichtlich der Prüfung entlasten können.

Darüber hinaus sollten, so die Teilnehmenden, Telemedizinkonsile bei den Anforderungen an die Verfügbarkeit des ärztlichen Personals bezüglich der Notfallversorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten berücksichtigt werden.

### ***Weiterbildung Regelungsbedarf für Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag und Bedarfsnotwendigkeit***

Für Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag und Bedarfsnotwendigkeit wurde eine bundeseinheitliche Regelung der Weiterbildung und Qualifizierung des ärztlichen Personals in der Notfallmedizin angeregt.

## **5.6 Beantwortung der Fragestellung 4**

### **5.6.1 Ergebnisse zur Fragestellung 4a: Welcher Anpassungsbedarf ergibt sich für die Notfallstufen-Regelungen anhand des KHVVG bzw. Referentenentwurfes zum KHAG, insbesondere vor dem Hintergrund der geplanten medizinischen Leistungsgruppen und deren Ausgestaltung?**

#### **5.6.1.1 Ergebnisse des Experteninterviews mit dem InEK**

Vor dem Hintergrund des KHVVG [4] und der damit verbundenen Einführung der Leistungsgruppen stellte sich die Frage nach dem Erfordernis der Anpassung der Notfallstufen-Regelungen. Im Folgenden werden die Ergebnisse des Experteninterviews mit der oder dem Vertretenden des InEK zusammenfassend berichtet. Die ausführlichen Ergebnisse finden sich im Anhang A.6, Tabelle 80.

### ***Kein unmittelbarer Anpassungsbedarf der Notfallstufen-Regelungen***

Das gestufte System von Notfallstrukturen wurde vor dem Leistungsgruppensystem eingeführt und ist inhaltlich nicht auf dieses abgestimmt. Beide Systeme unterscheiden sich maßgeblich in ihren Charakteristika und Funktionen. So definieren die Notfallstufen-Regelungen übergreifende vorzuhaltende Mindestanforderungen je Notfallstufe, die einer zusätzlichen Vergütung bedürfen. Im Leistungsgruppensystem hingegen wird 1 Behandlungsfall anhand bestimmter Kriterien (siehe Leistungsgruppen-Grouper [30]) einer einzigen Leistungsgruppe zugeordnet. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe sei an gewisse Qualitätsanforderungen geknüpft, welche Strukturen definieren können, die von den Krankenhäusern vorgehalten werden müssen. Davon umfasst sein können auch Notfallstrukturen, zum Beispiel die sachliche Ausstattung bei der Leistungsgruppe 54 „Stroke Unit“ „jederzeitige Verfügbarkeit von CT oder MRT“. Zudem würde in vereinzelten Leistungsgruppen, wie der Leistungsgruppe 27 „Spezielle Traumatologie“, in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen die Erfüllung bestimmter Notfallstufen als Anforderung festgelegt sein.

Darüber hinaus können über die definierenden Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)-Codes von Leistungsgruppen, wie beispielsweise bei der Leistungsgruppe 54 „Stroke Unit“, ebenfalls Strukturvorgaben für die Notfallversorgung abgebildet sein. Anforderungen für vorzuhaltende Notfallstrukturen sind folglich sowohl im gestuften System von Notfallstrukturen als auch im Leistungsgruppensystem enthalten. Nach Ansicht der interviewten Person könnten demnach beide Systeme parallel nebeneinander bestehen, ohne dass sich ein notwendiger Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen ergibt.

### ***Verzahnungsmöglichkeiten***

#### *Integration der Notfallstufen-Regelungen in das Leistungsgruppensystem*

Es gebe jedoch auch sinnvolle Ansatzmöglichkeiten, das Notfallstufensystem mit dem Leistungsgruppensystem zu harmonisieren, so die interviewte Person. So könnten die Notfallstufen-Regelungen für die Einführung von Strukturkriterien für Leistungsgruppen herangezogen werden. Sofern die Strukturkriterien der Leistungsgruppen mit den Anforderungen der Notfallstufen oder der Module (in Teilen) übereinstimmen, könnten die für die jeweilige Leistungsgruppe relevanten Anforderungen der Notfallstufen modular bei der Ausgestaltung weiterer Leistungsgruppen herangezogen werden bzw. durch weitere Kriterien ergänzt werden.

Bei diesem Vorgehen gelte es jedoch zu bedenken, dass dies mitunter zu einer kleinteiligen Ausgestaltung der Leistungsgruppen führen könnte, da die Notfallstufen-Regelungen übergreifende vorzuhaltende Strukturkriterien je Stufe festlegen, für die Behandlung von Notfällen je Leistungsgruppe jedoch auch nur Teile davon relevant sein können. Für die Leistungsgruppe 54 „Stroke Unit“ beispielsweise sind die vorzuhaltenden Notfallstrukturen

von der jeweiligen Schlaganfallbehandlung abhängig. Aus diesem Grund müsste das Leistungsgruppensystem sehr vielschichtig und differenziert ausgestaltet werden.

#### *Integration des Leistungsgruppensystem in die Notfallstufen-Regelungen*

Eine weiterer Anpassungsbedarf der Notfallstufen-Regelungen, der sich aus dem KHVVG [4] ergeben könnte, ist die Beschreibung der Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen durch dafür infrage kommende Leistungsgruppen. Dieser Ansatz wurde im Experteninterview jedoch insgesamt als unrealistisch eingestuft. Das liege u. a. darin begründet, dass Notfälle in unterschiedlichen Leistungsgruppen vertreten sind, ein Behandlungsfall jedoch nur einer einzigen Leistungsgruppe zugewiesen wird, wodurch das Attribut Notfall verloren gehen kann. Zudem erschwere die fehlende fallbezogene Definition eines Notfalls, diesen einem konkreten Behandlungsfalls zuzuordnen. In den Notfallstufen-Regelungen würden lediglich vorzuhaltende Notfallstrukturen definiert, deren Inanspruchnahme jedoch nicht zwangsläufig bedeutet, dass ein Notfall vorliegt.

#### **5.6.1.2 Ergebnisse der Fokusgruppe 6**

In Bezug auf das KHVVG [4] sprachen sich die Teilnehmenden der Fokusgruppe 6 für eine Weiterentwicklung der Notfallstufen-Regelungen und eine Anpassung an das Leistungsgruppensystem aus. Konkret wurde von den Befragten vorgeschlagen, die bereits bestehende Verbindung zwischen beiden Systemen (Notfallstufen als Anforderung der sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen vereinzelter Leistungsgruppen, siehe Abschnitt 5.6.1.1) weiterauszubauen und die Art und Anzahl der geforderten Fachabteilungen von Notfallstufen durch die entsprechenden Leistungsgruppen zu ersetzen.

Der Ersatz der Fachabteilungen durch Leistungsgruppen könne insbesondere auch für die spezielle Notfallversorgung (Module) relevant sein, da als Voraussetzung für das Anbieten bestimmter Module entsprechende Leistungsgruppen zugewiesen sein müssen. In der Fokusgruppe wurde hierzu auf das Modul „Durchblutungsstörungen am Herzen“ hingewiesen. Krankenhäuser zur Infarktversorgung würden teilweise geringe Fallzahlen vorweisen. Sofern die betreffende(n) Leistungsgruppe(n) zur Infarktversorgung dem Krankenhaus nicht zugewiesen würde bzw. würden, könne das entsprechende Krankenhaus das Modul nicht mehr anbieten.

## 5.6.2 Ergebnisse zur Fragestellung 4b: Welcher Anpassungsbedarf ergibt sich für die Notfallstufen-Regelungen anhand des Referentenentwurfs zu einem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallreform; Stand 05.11.2025)?

### 5.6.2.1 Ergebnisse des Textvergleichs mit dem Referentenentwurf zu einem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Notfallreform; Stand 05.11.2025)

Während die Notfallstufen-Regelungen (Stand 20.11.2020) die Mindestanforderungen für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern festlegen, zielt die Notfallreform (Stand 05.11.2025) auf die bessere Vernetzung und Abstimmung der 3 Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – ab. Ein Kernelement der Notfallreform ist hierbei die flächendeckende Einrichtung von INZs.

Vor diesem Hintergrund wurden insgesamt 4 relevante Berührungspunkte zwischen den Notfallstufen-Regelungen und der Notfallreform (Stand 05.11.2025) identifiziert:

- die Umsetzung von INZs,
- Sicherstellung der Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen,
- die Implementierung einer zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich eines digitalen Ersteinschätzungsverfahrens und
- die Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhäusern und zuständigen KVen zur Versorgung ambulanter Notfälle.

#### ***Umsetzung INZ – allgemein***

Die stationäre Notfallversorgung entsprechend der Notfallstufen-Regelungen erfolgt in der Regel in einer ZNA (§ 6 Abs. 1). Die Notfallreform (Stand 05.11.2025) (§ 123, Abs. 1) sieht für den Aufbau eines INZ vor, dass die ZNA um eine Notdienstpraxis der KV und eine zentrale Ersteinschätzungsstelle ergänzt wird.

An Krankenhausstandorten, denen die Notfallstufe „Basisnotfallversorgung“ zugeordnet wurde, soll jeweils ein INZ aufgebaut werden. Sollten hierfür in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte infrage kommen, sollen für die Festlegung des INZ-Standortes Kriterien wie etwa höhere Notfallstufe, hohe Fallzahlen, Leistungsfähigkeit der ZNA oder räumliche Gegebenheiten herangezogen werden (Notfallreform, § 123a, Abs. 1).

Mit der Festlegung eines INZ Standortes sind das jeweilige Krankenhaus und die zuständige KV innerhalb von 9 Monaten zur Einrichtung eines INZ einschließlich Kooperationsvereinbarung verpflichtet (Notfallreform, § 123a, Abs. 2).

Mit Inkrafttreten der Notfallreform in der vorliegenden Version (Stand 05.11.2025) wäre eine Umstrukturierung des Notfallversorgungsprozesses verbunden. Die Notfallversorgung würde

demnach nicht mehr überwiegend in der ZNA stattfinden, sondern je nach Ersteinschätzung innerhalb der INZ in ambulanten Notdienstpraxen oder in der ZNA.

### ***Sicherstellung der Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen***

Erfüllt ein Krankenhausstandort die Anforderungen gemäß § 25 (Modul Notfallversorgung Kinder) der Notfallstufen-Regelungen, so erfüllt der Krankenhausstandort die Voraussetzungen für die Einrichtung eines INZ für Kinder und Jugendliche (Notfallreform § 123, Abs. 4 und § 123b).

Wenn an einem Krankenhausstandort kein INZ für Kinder und Jugendliche vorhanden ist, so muss das INZ des Krankenhausstandortes für Erwachsene dennoch die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen sicherstellen, z. B. durch telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärztinnen / Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin. Dies gilt auch, wenn Hinweise auf eine vorliegende psychische Erkrankung bestehen. Hier ist eine Unterstützung durch Fachärztinnen / Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zu gewährleisten. (Notfallreform § 123, Abs. 4).

Die KVen sollen zudem verpflichtet werden, den INZs für Kinder und Jugendliche Behandlungstermine an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern zu vermitteln (Notfallreform § 75, Abs. 1a bis 1f).

Mit Inkrafttreten der Notfallreform in der vorliegenden Version (Stand 05.11.2025) wäre eine Umstrukturierung des Notfallversorgungsprozesses verbunden. Die Notfallversorgung würde demnach nicht mehr überwiegend in der ZNA stattfinden, sondern je nach Ersteinschätzung innerhalb der INZ für Kinder und Jugendliche in ambulanten Notdienstpraxen oder in der ZNA. Das Angebot der Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche würde erweitert werden, indem telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärzten, auch für Psychiatrie und Psychotherapie, vorgehalten werden müssen.

Zudem würde die Kooperationsvereinbarung mit der KV um die Vermittlung von Behandlungsterminen bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern ausgeweitet werden.

### ***Zentrale Ersteinschätzungsstelle und das Ersteinschätzungsverfahren***

Nach den Notfallstufen-Regelungen (§ 12, § 17, § 22 und § 25) sollen alle Notfallpatientinnen und -patienten spätestens 10 Minuten nach Eintreffen in der ZNA eine Ersteinschätzung mit dem Ziel der Behandlungsriorisierung erhalten. Hierzu soll ein nicht näher spezifiziertes strukturiertes und validiertes Instrument eingesetzt werden.

Nach der Notfallreform (Stand 05.11.2025) sollen Hilfesuchende, die ein INZ eigenständig aufsuchen, zunächst in einer zentralen Ersteinschätzungsstelle eintreffen. Dieses entscheidet

welche die geeignete Versorgungsebene innerhalb des INZ für die Person ist, und veranlasst die Weiterleitung in die ZNA oder die vertragsärztliche Notfallversorgung. Für diese Ersteinschätzung soll ein standardisiertes, digitales, validiertes und patientensicheres Instrument implementiert werden, das auch die Bedürfnisse von Kindern, Menschen mit Behinderungen sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigt. Im Gegensatz zu den Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen findet sich in der Notfallreform (Stand 05.11.2025) keine Zeitangabe zur Ersteinschätzung. Neben den Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, sieht die Notfallreform eine G-BA-Richtlinie vor, die Mindestanforderungen für die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in INZs sowie Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung dieser Anforderungen vorgibt. Die Mindestanforderungen für die Ersteinschätzungsstelle und der Ersteinschätzung sollen jedoch nicht in der G-BA-Richtlinie, sondern im Rahmen der jeweiligen Kooperationsvereinbarungen festgelegt werden (Notfallreform § 123 Abs. 1f; § 123a Abs. 1 und 3).

Die fachliche und datenschutzrechtliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzung soll entsprechend der Notfallreform (Stand 05.11.2025) dem Krankenhaus obliegen, wenn in der Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist.

Mit Inkrafttreten der Notfallreform in der vorliegenden Version (Stand 05.11.2025) würde die Ersteinschätzung nicht in der ZNA durchgeführt werden, sondern es wäre eine zentrale Erstbewertungsstelle zu errichten.

Das Ersteinschätzungsinstrument würde standardisiert und digitalisiert werden. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern, Menschen mit Behinderung und psychisch Erkrankten sind zu berücksichtigen.

### ***Kooperationsvereinbarung mit der KV zur Versorgung von ambulanten Notfällen***

Die Notfallreform (Stand: 05.11.2025) sieht vor, dass nach der Festlegung des Standorts eines INZ das zuständige Krankenhaus und die zuständige KV zum Aufbau des INZ und zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung verpflichtet sind. Darüber hinaus legt der Gesetzentwurf fest, dass die KVen die notdienstliche Akutversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem ambulanten Behandlungsbedarf durch die Beteiligung an INZs für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche sicherstellen müssen. Des Weiteren werden sie zur Vermittlung von vertragsärztlichen Behandlungsterminen für Patientinnen und Patienten mit akutem Behandlungsbedarf verpflichtet und sollen 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche sowohl eine telemedizinische als auch eine aufzusuchende notdienstliche Versorgung bereitstellen. Damit eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe zwischen dem INZ und der Kooperationspraxis möglich ist, soll die Kooperationspraxis organisatorisch und technisch mit dem INZ vernetzt sein (Notfallreform § 75 Abs. 1a; § 123 Abs. 1f).

Die Notfallstufen-Regelungen sehen bislang vor, dass Krankenhäuser, die an einer Stufe der Notfallstufen-Regelungen teilnehmen, zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung mit der zuständigen KV schließen sollen. Diese Vereinbarung beinhaltet, dass die KV im Rahmen des Notdienstes spätestens ab dem 31.03.2022 ergänzend telemedizinische Leistungen zur Verfügung stellen sollen (§ 6 Abs. 3). Sollte die Notfallreform (Stand 05.11.2025) in Kraft treten, würde dies eine Anpassung bedeuten: Die Kooperationsvereinbarung wäre mit Zuweisung des INZ-Standortes als Verpflichtung zu formulieren und entsprechende Anforderungen an diese Kooperationsvereinbarung wären festzulegen.

### **In der Notfallreform formulierte Anforderungen an den G-BA**

Die Notfallreform (Stand 05.11.2025) sieht explizit vor, dass der G-BA Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in INZs sowie Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung dieser Anforderungen festlegen soll. Diese müssen mit den Notfallstufen-Regelungen harmonisiert werden.

#### **5.6.2.2 Ergebnisse des Experteninterviews mit der ärztlichen Leitung eines INZ**

Die Ergebnisse des Experteninterviews werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt. Die ausführlichen Ergebnisse und die untermauernden Zitate sind im Anhang A.7.2 dargestellt.

##### *Berührungspunkte Notfallstufen-Regelungen und INZ*

Es bestehe – so die ärztliche Leitung des INZ – kein direkter Zusammenhang zwischen der Umsetzung des INZ und den Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen. Tatsächlich sei die Struktur des INZ, insbesondere in Abgrenzung zur klassischen Notaufnahme, bislang noch nicht eindeutig definiert. Im Falle der Einrichtung der INZs mit dem Inkrafttreten der Notfallreform (Stand 05.11.2025) erachtet die ärztliche Leitung des INZ eine klar definierte Grenze zwischen ZNA und INZ in den Notfallstufen-Regelungen als essenziell.

Als einziger Berührungspunkt werden die in den Notfallstufen-Regelungen bislang nicht verbindlichen Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhausstandort mit zugeordneter Notfallstufe und der regionalen KV gesehen.

##### *Weiterentwicklungsbedarfe im Hinblick auf die Integration von INZs in die Notfallstufen-Regelungen*

Die Anforderungen für ein INZ könnten in die bestehenden Notfallstufen-Regelungen integriert werden, beispielsweise indem diese als eigene Stufe oder als „Add-on“ mit Krankenhäusern der Stufe 2 und 3 kombinierbar ergänzt werden. Alternativ wäre auch eine separate Richtlinie vorstellbar, die die Verbindung der beiden Sektoren – ambulant und stationär – ermöglicht, da die Notfallstufen-Regelungen bisher auf die stationäre Notfallversorgung fokussieren.

## 6 Diskussion

Für die Evaluation der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V – Stand 20.11.2020 [1] wurden mithilfe unterschiedlicher Erhebungsmethoden verschiedene Fragestellungen beantwortet.

Zunächst wurden die Schwierigkeiten bei der Umsetzung und die sich daraus ableitenden Weiterentwicklungsbedarfe der bestehenden Notfallstufen-Regelungen auf Basis der Ergebnisse des Online-Surveys sowie der Fokusgruppen- und Experteninterviews untersucht (Fragestellung 1). Im weiteren Verlauf erfolgte eine differenzierte Betrachtung der quantitativen und qualitativen Daten aus dem Online-Survey und den beiden Fokusgruppen mit Teilnehmenden aus Regionen mit geringer bzw. hoher Krankenhausdichte, um die besonderen Herausforderungen im Hinblick auf das Umfeld zu identifizieren (Fragestellung 2). Vorschläge für die zu ergänzenden bundeseinheitlichen Kriterien wurden anschließend aus allen vorliegenden quantitativen und qualitativen Daten extrahiert (Fragestellung 3).

Es wurden Ergebnisse aus den qualitativen Daten der Fokusgruppen und Experteninterviews zur Beantwortung der Fragestellungen 4a und 4b dargestellt. Darüber hinaus erfolgte ein Textvergleich, um potenzielle Anpassungsbedarfe zu identifizieren, die sich aus und der Notfallreform (Stand 05.11.2025) [6] hinsichtlich der Notfallstufen-Regelungen ergeben könnte.

Am 20.11.2025 wurde der Beschluss über eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Notfallstufen-Regelungen [31]) veröffentlicht. Dieser Beschluss wird bei der Einordnung der wesentlichen Ergebnisse berücksichtigt.

### 6.1 Einordnung der wesentlichen Ergebnisse

Nur ein Teil der Teilnehmenden des Online-Surveys bejahte die Frage nach den Schwierigkeiten bei der Umsetzung der bestehenden Notfallstufen-Regelungen. Über die qualitative Auswertung konnte, basierend auf den Freitexten aus dem Online-Survey, aus den Fokusgruppen sowie den Experteninterviews, ein differenziertes Bild über die Herausforderungen und möglichen Weiterentwicklungsbedarfe dargestellt werden.

Nachfolgend werden die Schwierigkeiten und entsprechenden Weiterentwicklungsbedarfe, die in beiden Auswertungen berichtet wurden, einordnet. Aufgrund der Überschneidungen werden die Ergebnisse zu den Stufen der Notfallversorgung für Erwachsene sowie zum Modul Notfallversorgung Kinder zusammengefasst. Bei der Einordnung der Ergebnisse der Module Schwerverletztenversorgung, Schlaganfallversorgung sowie Durchblutungsstörungen am Herzen wurde aufgrund der relativ geringen Anzahl an Teilnehmenden des Online-Surveys hauptsächlich die qualitativen Ergebnisse berücksichtigt.

## 6.1.1 Wesentliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung und Weiterentwicklungsbedarf

### Allgemeine Schwierigkeiten über alle Stufen

#### Erfüllung der Vorgaben 24/7

Die 24/7-Verfügbarkeit von Fachkräften wurde von den Befragten als Herausforderung genannt, was auf den Mangel an qualifiziertem Personal in den Bereichen Anästhesie, Notfallmedizin und -pflege zurückgeführt wird. Es wurde vorgeschlagen, die Anforderungen an Vorhaltung rund um die Uhr zu präzisieren und eine neue Klausel zum Umgang mit temporären Ausfällen zu ergänzen. Dieser Vorschlag findet in den aktualisierten Notfallstufen-Regelungen derzeit keine Umsetzung.

#### Kooperation mit den KVen

Die Kooperation mit den KVen wurde von der Mehrheit der Befragten über alle Notfallstufen und Module als Herausforderung empfunden. Als Hauptgründe wurden der Personalmangel sowie die eingeschränkten Arbeitszeiten der KV-Praxen angeführt. Die Befragten schlugen daher zusätzlich zur Konkretisierung der aktuellen Kooperationsvorgaben eine verpflichtende Einbindung der KV-Praxen in die Notfallversorgung vor. In den aktualisierten Notfallstufen-Regelungen wurde hierzu keine Verschärfung der Formulierung vorgenommen; es wurde an der „soll“ Formulierung festgehalten. Mit Inkrafttreten der Notfallreform in der vorliegenden Version (Stand 05.11.2025) wäre eine Kooperationsvereinbarung als Verpflichtung zu formulieren und entsprechende Anforderungen an diese Kooperationsvereinbarung wären festzulegen.

#### Anforderungen zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals

Die Erfüllung der Anforderungen zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals wurde von der Mehrheit der Befragten über alle Notfallstufen und Module als schwierig berichtet. Sowohl in den qualitativen als auch in den quantitativen Ergebnissen wurde diese Einschätzung wiederholt.

Aufgrund des Personalmangels und des Mangels an Weiterbildungsplätzen wurde die Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten sowie Pflegefachkräften mit einer Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ als besonders schwierig empfunden.

In den aktualisierten Notfallstufen-Regelungen wurden die Mindestanforderungen an den Personalschlüssel, bezogen auf die jeweilige Stufe, formuliert. Zusätzlich wurde festgelegt, dass die Leitung und zusätzlich mindestens 1 weitere Fachärztin / 1 weiterer Facharzt die erforderliche Zusatzqualifikation „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ aufweisen muss. Die Einbeziehung von Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten / Fachärztinnen und -ärzten in Weiterbildung in die Personalmatrix für die klinische Akut- und Notfallmedizin wurde in den aktualisierten Notfallstufen-Regelungen umgesetzt. Die Vorschläge der Befragten, wie bspw.

eine Konkretisierung der Anforderungen an die Fachweiterbildung durch CME-Punkte, sowie die Gleichstellung der Pflege-Weiterbildungen „Anästhesie/Intensivmedizin“ und „Notfallpflege“, finden sich in den aktualisierten Notfallstufen-Regelungen nicht.

Die qualitativen Ergebnisse des Moduls Notfallversorgung Kinder zeigten eine ähnliche Herausforderung in Bezug auf die Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal. Herausforderungen sind auch hier der Personalmangel sowie die Weiterbildungsanforderungen, die identisch zum Modul Notfallversorgung von Erwachsenen sind. In den aktualisierten Notfallstufen-Regelungen wurde aufgenommen, dass auch Personal mit Erfahrung in der Notfallversorgung von Kindern die Personalanforderungen des jeweiligen Moduls erfüllt.

### ***Ersteinschätzung in der Notfallversorgung Erwachsener und Kinder***

Die Befragten aus Krankenhäusern mit Notfallstufen für Erwachsene berichteten von Schwierigkeiten bei der Erfüllung der Anforderung an die Strukturen und Prozesse der Notaufnahme. Sowohl in den quantitativen als auch den qualitativen Ergebnissen wurde die Anforderung zur Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten nach Aufnahme als Herausforderung wiederholt genannt. In den aktualisierten Notfallstufen-Regelungen bleibt diese Anforderung unverändert.

Ein Großteil der Befragten sprach sich für die Einführung eines Quotal-Systems aus, bei dem 80-90 % der Fälle innerhalb von 10 Minuten eingeschätzt werden müssen. Darüber hinaus wurden eine flexiblere Zeitvorgabe sowie eine Verlängerung auf 20 Minuten gewünscht. Die Präzisierung der Definition dahingehend, ab welchem Zeitpunkt die Messung der 10 Minuten zu erfolgen hat, wurde als erforderlich erachtet.

Des Weiteren wurde von den Befragten aus Krankenhäusern mit dem Modul „Notfallversorgung Kinder“ vorgeschlagen, die medizinischen Bedürfnisse von Kindern bei der Ersteinschätzung zu berücksichtigen. Derzeit bestehen keine Unterschiede zwischen den Ersteinschätzungskriterien für Kinder und denen für Erwachsene.

Die Notfallreform (Stand 05.11.2025) [6] sieht eine Regelung zur Ersteinschätzung vor. Diese soll durch ein standardisiertes und digitales Ersteinschätzungsinstrument in einer separaten Ersteinschätzungsstelle erfolgen, sodass die berichteten Schwierigkeiten berücksichtigt werden könnten. Darüber hinaus ist eine Leitlinie zur Standardisierten Ersteinschätzung in der Notfallmedizin angekündigt. Das Ziel dieser Leitlinie besteht darin, Patientinnen und Patienten in die entsprechenden Strukturen der Notfall- und Akutmedizin zu überweisen [26].

### ***Fehlende Anforderungen an die Module Spezialversorgung und Schlaganfallversorgung***

Die Anerkennung als Spezialversorger im Rahmen der Notfallstufen-Regelungen wurde von der Mehrheit der Befragten aus Krankenhäusern mit dem Modul Spezialversorgung als

Herausforderung benannt. Die qualitativen Ergebnisse zeigen, dass diese Herausforderung auf die fehlenden Anforderungen und Voraussetzungen des Moduls zurückzuführen ist.

Ein ähnliches Ergebnis wurde von den Befragten aus Krankenhäusern des Moduls Schlaganfallversorgung berichtet. Bei den Teilnehmenden bestand Unklarheit darüber, welche Qualitätskriterien oder OPS-Kriterien für die Anerkennung als Modul erfüllt sein mussten.

In den aktualisierten Notfallstufen-Regelungen wurden zur Anerkennung des Moduls Schlaganfallversorgung die Qualitätskriterien um OPS-Codes (Version 2026) ergänzt. Die Anforderungen an die Spezialversorgung bleiben unverändert.

### ***Veraltete Anforderungen der Module Scherverletztenversorgung und Durchblutungsstörung am Herzen***

Die Befragten aus Krankenhäusern des Moduls Scherverletztenversorgung wiesen auf die veraltete Version des Weißbuchs (2012) als Grundlage der Notfallstufen-Regelungen hin. In einer ähnlichen Äußerung forderten die Befragten aus Krankenhäusern des Moduls Durchblutungsstörungen am Herzen eine Anpassung der diagnostischen Anforderungen an die aktuellen medizinischen Leitlinien, zum Beispiel bezüglich der Kontrollen des Troponins.

In den aktualisierten Notfallstufen-Regelungen wurden die genannten Anpassungsbedarfe berücksichtigt und entsprechende Änderungen vorgenommen.

### ***Konkretisierung von Begriffen***

Die Evaluation wies auf Schwierigkeiten hinsichtlich der Auslegung von einzelnen Begriffen hin. Obwohl einige dieser Termini in den überarbeiteten Notfallstufen-Regelungen gestrichen oder modifiziert wurden, bleiben dennoch Unklarheiten bestehen. Dies betrifft insbesondere die Mindestanforderungen, die sich hinter den nachfolgend verwendeten Begriffen verbergen:

- „Überwiegend in einer ZNA“ (Notfallstufen-Regelungen und aktualisierte Notfallstufen-Regelungen jeweils § 6 Abs. 2),
- „Der Zugang zur ZNA ist grundsätzlich barrierefrei“ (Notfallstufen-Regelungen und aktualisierte Notfallstufen-Regelungen, jeweils § 6 Abs. 2 Satz 2),
- „Regelmäßig fachspezifischen Fortbildung“ (Notfallstufen-Regelungen § 9 Nr. 4; aktualisierte Notfallstufen-Regelungen § 9 Abs. 7),
- „Im Bedarfsfall“ (Notfallstufen-Regelungen § 9 Nr. 1; aktualisierte Notfallstufen-Regelungen § 9 Abs. 6),

- „Ein Schockraum“ (Notfallstufen-Regelungen und aktualisierte Notfallstufen-Regelungen, jeweils § 11 Abs. 1),
- „Die Patientendokumentation wird aussagekräftig dokumentiert und orientiert sich an Minimalstandards“ (Notfallstufen-Regelungen und aktualisierte Notfallstufen-Regelungen, jeweils § 12 Nr. 3) und
- „Der Bereich der CPU muss exakt definiert und ausgewiesen sein“ (Notfallstufen-Regelungen und aktualisierte Notfallstufen-Regelungen, jeweils § 28 Nr. 1).

### **6.1.2 Der Versorgungsbedarf der Bevölkerung unter Berücksichtigung der Krankenhausdichte**

Die Befragten aus Regionen mit geringer Krankenhausdichte thematisierten insbesondere längere Anfahrtszeiten, saisonale Schwankungen des Patientenaufkommens in Tourismusregionen und strukturelle Engpässe in der Nachversorgung.

Die Förderung der Zusammenarbeit mit anderen Krankenhäusern, auch unter Nutzung von Telemedizin, ist sowohl von Krankenhäusern in Regionen mit geringer als auch mit hoher Krankenhausdichte erwünscht. In den aktualisierten Notfallstufen-Regelungen finden die teleradiologische Befundung in der Basisnotfallversorgung Erwachsene sowie das Telekonsil im Modul Schlaganfallversorgung teilweise Berücksichtigung.

### **6.1.3 Zukünftige bundeseinheitliche Kriterien bei der Ausgestaltung des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern**

Im Folgenden sind Punkte aufgeführt, die aus Sicht der Befragten bundeseinheitlich ergänzt werden sollten.

#### ***Notfallmedizin als eigenständige Fachlichkeit***

Über alle Notfallstufen und Module hinweg wurde eine stärkere fachliche Verankerung der Notfallmedizin als eigenständiges medizinisches Fachgebiet gefordert. Darüber hinaus wurden verbindliche Personaluntergrenzen sowie ein strukturiertes Belegungs- und Entlassmanagement (einschließlich Monitoring von Crowding und Verlegungszeiten) als zentrale Voraussetzungen für eine nachhaltige Qualitätssteigerung identifiziert.

#### ***Qualität und Zertifizierung von Traumazentren und Stroke Units***

Die Spezialversorgung sollte auf Bereiche ausgeweitet werden, die bislang weniger Beachtung gefunden haben, beispielsweise die Tropenmedizin, seltene Krankheiten, die Orthopädie und die rheumatologische Orthopädie. Außerdem wurde für Traumazentren und Stroke Units vorgeschlagen, die standardisierten Zertifizierungsverfahren der DGU anstelle des Weißbuchs 2012 zugrunde zu legen und bei Vorlage des Zertifikats keine erneute Prüfung durch den MD vorzusehen.

### **Beschränkung des MD-Prüfungszeitraums**

Die Zeiträume, auf die sich die MD-Prüfungen beziehen, variierten regional und waren bei längeren Prüfzeiträumen mit einem hohen Ressourcenaufwand – aufseiten MD und Krankenhäuser – verbunden. Die Teilnehmenden würden hier eine bundeseinheitliche Vorgabe begrüßen.

#### **6.1.4 Anpassungsmöglichkeit der Notfallstufen-Regelung anhand des Referentenentwurfs zum KHAG**

Als mögliche Änderung, die sich aus dem Referentenentwurf zum KHAG vom 05.08.2025 [5] für die Notfallstufen-Regelungen ergeben könnte, wurde basierend auf den qualitativen Ergebnissen ein methodisches Vorgehen für die Substitution der in den Notfallstufen geforderten Fachabteilungen durch Leistungsgruppen erarbeitet, welches nachfolgend beschrieben wird.

Zuerst gilt es, diejenigen Leistungsgruppen zu identifizieren, welche sich für die Beschreibung der Anforderungen der Notfallstufen eignen könnten und einen relevanten Notfallanteil beinhalten. Hierfür könnten die geforderten Fachabteilungen je Notfallstufe betrachtet und die dazugehörigen geeigneten Leistungsgruppen zugeordnet werden. Ein Hinweis auf eine geeignete Leistungsgruppe, die die Strukturanforderungen der Notfallstufen-Regelungen ersetzen könnte, kann beispielsweise die Erbringung der Leistungsgruppe 64 „Intensivmedizin“ als verwandte Leistungsgruppe sein, da beim Vorliegen dieser Leistungsgruppe automatisch eine Notfallstufe vorliegt. Bei mehrfacher Nennung gleicher Fachabteilungen in unterschiedlichen Notfallstufen würde die Leistungsgruppe immer der untersten Stufe zugeordnet werden. Den geforderten Fachabteilungen der Basisnotfallversorgung (Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin am Standort) können beispielsweise die Leistungsgruppen 1 „Allgemeine Innere Medizin“ und Leistungsgruppen 14 „Allgemeine Chirurgie“ zugeordnet werden.

Anschließend würden die Anforderungen der jeweiligen Notfallstufe (personelle, sachliche, sonstige Struktur- und Prozessausstattung) mit den Anforderungsbereichen der ausgewählten Leistungsgruppe (personelle Ausstattung [Differenzierung in Qualifikation und Verfügbarkeit], sachliche Ausstattung, sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen) abgeglichen werden. Es würde geprüft werden, welche Anforderungen übereinstimmen und welche ausschließlich der jeweiligen Notfallstufe bzw. der Leistungsgruppe vorbehalten sind. Dabei sollten die Anforderungen der verwandten Leistungsgruppen ebenfalls berücksichtigt werden. Abschließend könnte festgehalten werden, bei welchen Leistungsgruppen und Notfallstufen die Anforderungen identisch sind und die betreffenden Fachabteilungen durch die Leistungsgruppen ersetzt werden können. Zuletzt sollte, wenn alle Leistungsgruppen den Notfallstufen zugewiesen wurden, im Gesamten betrachtet werden, welche relevanten Strukturkriterien die Leistungsgruppe bereits abdecken und welche gegebenenfalls ergänzt werden müssen.

### **6.1.5 Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen anhand der Notfallreform (Stand 05.11.2025)**

Das Experteninterview mit der ärztlichen Leitung eines INZ hat ergeben, dass derzeit kein direkter Zusammenhang zwischen der INZ-Umsetzung und den Notfallstufen-Regelungen gesehen wird. Grund dafür sei, dass die Struktur des INZ (insbesondere im Vergleich zur Notaufnahme) noch nicht eindeutig definiert ist. Bei der Einführung von INZs mit der Notfallreform (05.11.2025) ist es der INZ-Leitung ein zentrales Anliegen, eine klar definierte Grenze zwischen ZNA und INZ in den Notfallstufen-Regelungen zu etablieren.

Im Rahmen des Textvergleichs zwischen den Notfallstufen-Regelungen und der Notfallreform (Stand: 05.11.2025) wurden im Gegensatz dazu 4 relevante Berührungspunkte identifiziert, die bei Inkrafttreten der Notfallreform die Notfallstufen-Regelungen beeinflussen würden und als Anpassungsbedarfe gesehen werden können:

- Die Umsetzung von INZs hätte insbesondere Auswirkungen auf die Umstrukturierung des Notfallversorgungsprozesses, weil die Notfallversorgung nicht mehr überwiegend in der ZNA stattfände, sondern je nach Ersteinschätzung innerhalb der INZ in ambulanten Notdienstpraxen oder in der ZNA. Die Festlegung von Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in INZs ist vorgesehen.
- In Ziffer VI (Spezielle Notfallversorgung), § 25 (Modul Notfallversorgung Kinder) wäre eine Ergänzung um telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärztinnen und -ärzten, auch für Psychiatrie und Psychotherapie, durch die Etablierung von INZs an Krankenhausstandorten mit dem Modul Notfallversorgung Kinder erforderlich.
- In § 12 Absatz 2 und § 25 Vorgaben wären Informationen bezüglich einer zentralen Ersteinschätzungsstelle einschließlich eines standardisierten digitalen Ersteinschätzungsinstrument zu ergänzen.
- Die Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhäusern und den zuständigen KVen zur Versorgung ambulanter Notfälle wäre verpflichtend und Anforderungen an diese Vereinbarung wären festzulegen. Im Rahmen der Notfallreform sollten die KVen und Krankenhausträger innerhalb von 9 Monaten nach Festlegung des Krankenhausstandortes als INZ eine Kooperationsvereinbarung schließen. Die Vertragspartner des INZ können zudem geeignete, zugelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Kooperativpraxen in die Vereinbarung einbeziehen.

### **6.1.6 Abschließende Anmerkung**

Auffällig ist, dass die meisten Schwierigkeiten, die benannt wurden, auf den Personalmangel in der Gesundheitsversorgung zurückzuführen sind. Dieser Personalmangel stellt kein Spezifikum der Notfallstufen-Regelungen dar, sondern ist vielmehr ein übergreifendes

Strukturproblem, das auch die Erfüllung der Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen erschwert.

Lässt man den Aspekt der Verfügbarkeit qualifizierten Personals außer Acht, zeigt sich, dass nur ein Teil der Befragten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Notfallstufen-Regelungen angab.

## 6.2 Methodische Stärken und Limitationen

Die Bearbeitung der Fragestellungen erfolgte anhand quantitativer und qualitativer Methoden, darunter ein Online-Survey, Fokusgruppen, Experteninterviews und Textvergleiche zwischen den Notfallstufen-Regelungen und dem KHAG (Stand 05.08.2025) [5] sowie zwischen den Notfallstufen-Regelungen und der Notfallreform (Stand 05.11.2025) [6]. Dieser Mixed-Methods-Ansatz weist eine Reihe von Stärken auf, ist jedoch auch mit Limitationen verbunden, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind.

### Einbindung der Akteure

Eine Stärke des durchgeführten Online-Surveys liegt in der hohen Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser im Verhältnis zur Gesamtzahl der Krankenhäuser in Deutschland mit zertifizierten Notfallversorgungsstufen bzw. Modulen gemäß den InEK-Daten (Stand 2024) (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Anzahl Krankenhäuser des Online-Surveys im Vergleich zu den InEK-Daten

Datenquelle	Version des Online-Surveys					
	Notfallver-sorgung Erwachsene	Modul Notfallver-sorgung Kinder	Modul Schwerver-letztenver-sorgung	Modul Spezialver-sorgung	Modul Schlaganfall-versorgung	Modul Durchblutungs-störung am Herzen
InEK-Daten <sup>a</sup> n	1022	303	11	91	45	29
Online-Survey n (%)	550 (53,82)	135 (44,55)	7 (63,64)	73 (80,22)	20 (44,44)	14 (48,28)

a. Die InEK-Daten wurden am 13.10.2025 per E-Mail an das IQWiG versandt.  
InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus; n: Anzahl

Die Kombination aus quantitativer und qualitativer Datenerhebung sowie -analyse ermöglicht neben einer breiten Datenmenge tiefe Einblicke in subjektive Erfahrungen. Der iterative methodische Aufbau der Erhebung ermöglichte eine fokussierte und vertiefende Erhebung. Die Verwendung eines angepassten Fragebogens für Notfallstufen sowie jedes Modul ermöglichte die zielgerichtete Erhebung spezifischer Daten. Das Angebot der Freitextfelder wurde von den Teilnehmenden am Online-Survey intensiv genutzt (3350 ausgewertete Freitexte). Dadurch standen qualitative Angaben einer sehr großen Gruppe für die Beantwortung der Fragen zur Verfügung.

Die Rekrutierung der Befragten zielte darauf ab, ein möglichst breites Spektrum an unterschiedlichen Sichtweisen und Erfahrungen relevanter Akteure zu erfassen. Durch den Einsatz des Online-Surveys sowie der Fokusgruppen wurden die Perspektiven von kaufmännischen Leitungen, von Verantwortlichen des Qualitätsmanagements sowie von ärztlichen und pflegerischen Leitungen der an den Notfallstufen-Regelungen teilnehmenden Krankenhäuser erfasst. Die Durchführung von Interviews mit Expertinnen und Experten der jeweiligen Fachgebiete ermöglichte eine vertiefte Befassung mit komplexen Themen.

### ***Online-Survey: Datenerhebung und Auswertung***

Die quantitativen Daten, die durch den Online-Survey erhoben werden konnten, lieferten objektive und messbare Ergebnisse. Limitationen waren insbesondere in der Datenerhebung zu verzeichnen.

Im Zuge der Versendung der Teilnahme-Links kam es zu einem Fehler, sodass in einigen Fällen eine Zuordnung der Stufe nicht möglich war. Es wurde ein Validierungsprozess durchgeführt bei dem 81 % als validierte Daten identifiziert und in die Auswertung einbezogen werden konnten. In Bezug auf die Gesamtzahl der Krankenhäuser mit Notfallstufen (siehe Tabelle 15), bilden die validierten Daten weiterhin einen bedeutenden Anteil ab.

Darüber hinaus wies die implementierte zielgruppenspezifische Filterfunktion Fehler auf, was zu fehlenden Angaben führte und eine Auswertung nach Umgebung bzw. Krankenhausdichte einschränkte. Aufgrund der fehlenden Werte war es nicht möglich, bei der Beantwortung der Fragestellung 2 statistische Signifikanz-Testungen durchzuführen. Zudem war es aufgrund von Fehlern im Rahmen der Filterfunktion nicht möglich, eine Aussage aus den Freitexten abzuleiten in Bezug auf von Krankenhausdichte, Sicherheitszuschlag oder Bedarfsnotwendigkeit. Die qualitativen Ergebnisse für diese Gruppen basieren daher ausschließlich auf den Daten der Fokusgruppen.

Die Auswertung der Freitexte erfolgte unter Zuhilfenahme des MAXQDA-Artificial-Intelligence (AI) Coding Assist-Tools. Die durch das Tool erstellten „Code-Zusammenfassungen“ wurden zur Validierung von mindestens 1 Person auf Vollständigkeit geprüft und manuell angepasst.

### ***Fokusgruppen: Durchführung und Auswertung***

Da die Rekrutierung der Teilnehmenden über den Online-Survey erfolgte und die Teilnahme somit auf der Bereitschaft der Teilnehmenden beruhte, ist ein Selektionsbias nicht auszuschließen. Bei der Zuordnung kam es zu einer unerwarteten Teilnahme von Personen in Fokusgruppe 7 aus Krankenhäusern, die keinen Sicherstellungszuschlag erhielten oder bedarfsnotwendig waren. Es wurden alle relevanten Aussagen aus der Fokusgruppe in die Auswertung einbezogen.

## 7 Fazit

Ziel dieses Berichts war die Evaluierung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Ergebnisse zeigen, dass die Umsetzung der Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen mit Schwierigkeiten verbunden ist. Neben übergreifenden Problemen konnten zugleich stufen- bzw. modulspezifische Schwierigkeiten bei der Umsetzung und daraus resultierende Weiterentwicklungsbedarfe identifiziert werden.

Einige Befragte berichteten zudem Schwierigkeiten, die auf die jeweilige Krankenhausdichte zurückzuführen sind. Vor allem für Regionen mit geringer Krankenhausdichte wurden unterschiedliche Schwierigkeiten benannt. Das deutet darauf hin, dass zukünftig eine spezifische Ausgestaltung der Anforderungen, abhängig von den regionalen Versorgungsstrukturen hilfreich für eine breitere Umsetzung der Notfallstufen-Regelungen sein kann.

Der Textvergleich zwischen den Notfallstufen-Regelungen und der Notfallreform zeigt, dass sich bei Verabschiedung dieses Entwurfs ein Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen ergeben könnte. Dieser Anpassungsbedarf betrifft teilweise Aspekte, die von den Befragten als problematisch benannt worden sind. Entsprechende Anpassungen könnten damit zur Lösung einiger aufgezeigter Schwierigkeiten beitragen.

## 8 Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss. Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) [online]. 2020 [Zugriff: 04.11.2024]. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R\\_2020-11-20\\_iK-2020-11-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf).
2. Bundesministerium für Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V), Gesetzliche Krankenversicherung, (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477); § 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung [online]. [Zugriff: 04.12.2024]. URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/sbg\\_5/\\_136c.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sbg_5/_136c.html).
3. Gemeinsamer Bundesausschuss. Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern [online]. [Zugriff: 04.12.2024]. URL: <https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/notfallstrukturen-krankenhaeuser/>.
4. Bundesministerium für Gesundheit. Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVG); Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen [online]. 2024 [Zugriff: 17.01.2025]. URL: <https://www.recht.bund.de/eli/bund/bgbl-1/2024/400>.
5. Bundesministerium für Gesundheit. Referentenentwurf der Bundesregierung; Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG) [online]. 2025 [Zugriff: 10.10.2025]. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/K/RefE\\_Krankenhausreformanpassungsgesetz - KHAG.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/RefE_Krankenhausreformanpassungsgesetz - KHAG.pdf).
6. Bundesministeriums für Gesundheit. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit; Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung [online]. 2025 [Zugriff: 05.11.2025]. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/notfallreform.html>.
7. Bundessozialgericht. Urteil vom 02.04.2025, B 1 KR 25/23 R [online]. 2025 [Zugriff: 29.12.2025]. URL: [https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2025/2025\\_04\\_02\\_B\\_01\\_KR\\_25\\_23\\_R.html](https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2025/2025_04_02_B_01_KR_25_23_R.html).
8. Bundesministerium für Gesundheit. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit; Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung [online]. 2024 [Zugriff: 03.12.2024]. URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/N/NotfallGesetz\\_RefE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/NotfallGesetz_RefE.pdf).

9. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Evaluation der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V; Abschlussbericht [unveröffentlicht]. 2024.
10. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Evaluation der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern; Supplement. [Demnächst verfügbar unter: [https://www.iqwig.de/download/v24-06\\_evaluation-notfallstufen-regelungen\\_supplement\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/v24-06_evaluation-notfallstufen-regelungen_supplement_v1-0.pdf)].
11. Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T et al. A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). J Gen Intern Med 2021; 36(10): 3179-3187. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1>.
12. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA et al. Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. Adm Policy Ment Health 2015; 42(5): 533-544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>.
13. Adams WC. Conducting Semi-Structured Interviews. In: Newcomer KE, Hatry HP, Wholey JS (Ed). Handbook of Practical Program Evaluation. Hoboken, NJ: Jossey-Bass; 2015. S. 492-505.
14. Lamnek S. Qualitative Sozialforschung; Lehrbuch. Weinheim: Beltz; 2005.
15. Alhejaili A, Wharrad H, Windle R. A Pilot Study Conducting Online Think Aloud Qualitative Method during Social Distancing; Benefits and Challenges. Healthcare 2022; 10(9): 1700. <https://doi.org/10.3390/healthcare10091700>.
16. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse; Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa; 2018.
17. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse; Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa; 2022.
18. Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse; Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: dresing & pehl; 2024.
19. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse; Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz; 2022.
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007; 19(6): 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
21. Kruse J. Qualitative Interviewforschung; ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Juventa; 2014.
22. Microsoft. Sound Recorder App [online]. 2025 [Zugriff: 05.05.2025]. URL: <https://apps.microsoft.com/detail/9nblggh094mm?hl=de-DE&gl=DE>.

23. Cisco. Webex [online]. 2025 [Zugriff: 19.05.2025]. URL: <https://www.webex.com/>.
24. Albrecht M. Regionale Versorgungsbedarfe; Wie unterschiedlich ist Deutschland und Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung?; 23. Symposium zum Gesundheitsmanagement; Marburg, 4. April 2019. Berlin: IGES; 2019.
25. Bujok O, Aidelsburger P. Versorgungsbedarf [online]. 2021 [Zugriff: 03.09.2025]. URL: <https://medteconline.de/info/magazine/wiki/versorgungsbedarf#:~:text=Generell%20kann%20hierunter%20die%20Nachfrage%20nach%20Gesundheitsleistungen%20verstanden,und%20struktureller%20Hinsicht%20unter%20den%20gegebenen%20Bedingungen%20gew%C3%A4hrleistet.>
26. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Standardisierte Ersteinschätzung zur Steuerung in der Notfall- und Akutversorgung an Krankenhausstandorten und integrierten Notfallstrukturen; angemeldetes Leitlinienvorhaben [online]. 2025 [Zugriff: 26.11.2025]. URL: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/192-002>.
27. Neumann-Haefelin T, Faiss J, Koennecke HC et al. Zertifizierungskriterien für Stroke-Units in Deutschland: Update 2025. DGNeurologie 2025; 8(1): 5-10. <https://doi.org/10.1007/s42451-024-00715-7>.
28. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. Zertifizierung von Chest Pain Units [online]. 2025 [Zugriff: 11.12.2025]. URL: <https://cpu.dgk.org/>.
29. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie. TraumaNetzwerk DGU [online]. 2025 [Zugriff: 11.12.2025]. URL: <https://www.dgu-online.de/versorgung-wissenschaft/qualitaet-undsicherheit/schwererverletzte/traumanetzwerk-dgu>.
30. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. LG-Grouper gemäß KHTG; 2024/2025 V1.0.; Leistungsgruppen, Definitionen [online]. 2025 [Zugriff: 10.10.2025]. URL: [https://www.g-drg.de/content/download/16487/file/LG\\_Definitionen\\_%20LG\\_Grouper\\_gem\\_KHTG\\_2024\\_2025\\_V1.0.pdf](https://www.g-drg.de/content/download/16487/file/LG_Definitionen_%20LG_Grouper_gem_KHTG_2024_2025_V1.0.pdf).
31. Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) [online]. 2025 [Zugriff: 20.11.2025]. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7555/2025-11-20\\_Not-Kra-R\\_Aenderung-Notfallstufen-Regelungen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7555/2025-11-20_Not-Kra-R_Aenderung-Notfallstufen-Regelungen.pdf).

## Anhang A Details der Ergebnisse

### A.1 Institutionsbezogene Daten der teilnehmenden Krankenhäuser

Tabelle 16: Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser (mehrseitige Tabelle)

		Notfall-versorgung Erwachsene n (%)	Modul Notfall-versorgung Kinder n (%)	Modul Durchblutungs-störung am Herzen n (%)	Modul Schlaganfall-versorgung n (%)	Modul Schwer-verletzten-versorgung n (%)	Modul Spezial-versorgung n (%)
<b>Teilnahme Krankenhäuser</b>		550 (100,00)	135 (100,00)	14 (100,00)	20 (100,00)	7 (100,00)	73 (100,00)
<b>Träger</b>	öffentlich	98 (17,82)	23 (17,04)	1 (7,14)	4 (20,00)	3 (42,86)	17 (23,29)
	freigemeinnützig	83 (15,09)	19 (14,07)	3 (21,43)	5 (25,00)	1 (14,29)	16 (21,92)
	privat	22 (4,00)	6 (4,44)	2 (14,29)	1 (5,00)	0 (0,00)	7 (9,59)
	k. A.	347 (63,09)	87 (64,44)	8 (57,14)	10 (50,00)	3 (42,86)	33 (45,21)
<b>Umgebung 1<sup>a</sup></b>	0	71 (12,91)	18 (13,33)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (9,59)
	1	68 (12,36)	24 (17,78)	1 (7,14)	3 (15,00)	0 (0,00)	6 (8,22)
	2	45 (8,18)	8 (5,93)	2 (14,29)	2 (10,00)	3 (42,86)	5 (6,85)
	> 2	126 (22,91)	19 (14,07)	3 (21,43)	3 (15,00)	2 (28,57)	15 (20,55)
	k. A.	240 (43,64)	66 (48,89)	8 (57,14)	12 (60,00)	2 (28,57)	40 (54,79)
<b>Umgebung 2<sup>b</sup></b>	0	95 (17,27)	36 (26,67)	3 (21,43)	2 (10,00)	1 (14,29)	17 (23,29)
	1	55 (10,00)	21 (15,56)	1 (7,14)	4 (20,00)	1 (14,29)	7 (9,59)
	2	41 (7,45)	5 (3,70)	0 (0,00)	1 (5,00)	2 (28,57)	2 (2,74)
	> 2	117 (21,27)	7 (5,19)	2 (14,29)	1 (5,00)	1 (14,29)	6 (8,22)
	k. A.	242 (44,00)	66 (48,89)	8 (57,14)	12 (60,00)	2 (28,57)	41 (56,16)
<b>Krankenhausdichte<sup>c</sup></b>	geringe	66 (12,00)	15 (11,11)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	6 (8,22)
	mittlere	109 (19,82)	34 (25,19)	3 (21,43)	5 (25,00)	3 (42,86)	11 (15,07)
	hohe	134 (24,36)	20 (14,81)	3 (21,43)	3 (15,00)	2 (28,57)	15 (20,55)
	k. A.	241 (43,82)	66 (48,89)	8 (57,14)	12 (60,00)	2 (28,57)	41 (56,16)

Tabelle 16: Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser (mehrseitige Tabelle)

		<b>Notfall-versorgung Erwachsene n (%)</b>	<b>Modul Notfall-versorgung Kinder n (%)</b>	<b>Modul Durchblutungs-störung am Herzen n (%)</b>	<b>Modul Schlaganfall-versorgung n (%)</b>	<b>Modul Schwer-verletzten-versorgung n (%)</b>	<b>Modul Spezial-versorgung n (%)</b>
<b>Bettenanzahl</b>	< 200	65 (11,82)	5 (3,70)	5 (35,71)	5 (25,00)	0 (0,00)	42 (57,53)
	200 bis 500	99 (18,00)	20 (14,81)	8 (57,14)	3 (15,00)	5 (71,43)	23 (31,51)
	> 500	39 (7,09)	22 (16,30)	0 (0,00)	2 (10,00)	2 (28,57)	4 (5,48)
	k. A.	347 (63,09)	88 (65,19)	1 (7,14)	10 (50,00)	0 (0,00)	4 (5,48)
<b>Fachabteilung<sup>d</sup></b>	Kardiologie	140 (25,45)	36 (26,67)	-	-	-	-
	Neurologie	63 (11,45)	25 (18,52)	-	-	-	-
	Traumatologie	125 (22,73)	38 (28,15)	-	-	-	-
	k. A.	346 (62,91)	87 (64,44)	-	-	-	-
<b>Standorte</b>	Großstadt	63 (11,45)	21 (15,56)	6 (42,86)	1 (5,00)	5 (71,43)	27 (36,99)
	Mittelstadt	78 (14,18)	21 (15,56)	4 (28,57)	1 (5,00)	1 (14,29)	14 (19,18)
	größere Kleinstadt	41 (7,45)	4 (2,96)	2 (14,29)	5 (25,00)	0 (0,00)	12 (16,44)
	kleinere Kleinstadt	21 (3,82)	2 (1,48)	2 (14,29)	2 (10,00)	0 (0,00)	6 (8,22)
	Landgemeinde	1 (0,18)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (5,00)	0 (0,00)	9 (12,33)
	k. A.	346 (62,91)	87 (64,44)	0 (0,00)	10 (50,00)	1 (14,29)	5 (6,85)
<b>Stufe<sup>e</sup></b>	Stufe I	247 (44,91)	33 (24,44)	-	-	-	-
	Stufe II	193 (35,09)	62 (45,93)	-	-	-	-
	Stufe III	110 (20,00)	40 (29,63)	-	-	-	-
	k. A.	0 (0,00)	0 (0,00)	-	-	-	-
<b>Sicherstellungszuschläge<sup>f</sup></b>	ja	52 (9,45)	-	-	-	-	-
	nein	127 (23,09)	-	-	-	-	-
	k. A.	371 (67,45)	-	-	-	-	-

Tabelle 16: Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser (mehrseitige Tabelle)

		<b>Notfall- versorgung Erwachsene n (%)</b>	<b>Modul Notfall- versorgung Kinder n (%)</b>	<b>Modul Durchblutungs- störung am Herzen n (%)</b>	<b>Modul Schlaganfall- versorgung n (%)</b>	<b>Modul Schwer- verletzten- versorgung n (%)</b>	<b>Modul Spezial- versorgung n (%)</b>
<b>Bedarfsnotwendigkeit<sup>f</sup></b>	ja	50 (9,09)	-	-	-	-	-
	nein	133 (24,18)	-	-	-	-	-
	k. A.	367 (66,73)	-	-	-	-	-
<b>Bundesland</b>	<b>Teilnahme Krankenhäuser<sup>g</sup></b>	210 (100,00)	48 (100,00)	6 (100,00)	10 (100,00)	4 (100,00)	41 (100,00)
	Baden-Württemberg	23 (10,95)	7 (14,58)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (25,00)	6 (14,63)
	Bayern	41 (19,52)	7 (14,58)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	11 (26,83)
	Berlin	4 (1,90)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (4,88)
	Brandenburg	7 (3,33)	1 (2,08)	1 (16,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	Bremen	4 (1,90)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	Hamburg	3 (1,43)	1 (2,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (25,00)	0 (0,00)
	Hessen	13 (6,19)	3 (6,25)	2 (33,33)	3 (30,00)	0 (0,00)	1 (2,44)
	Mecklenburg- Vorpommern	5 (2,38)	3 (6,25)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	Niedersachsen	27 (12,86)	6 (12,50)	1 (16,67)	1 (10,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	Nordrhein-Westfalen	50 (23,81)	9 (18,75)	1 (16,67)	2 (20,00)	1 (25,00)	12 (29,27)
	Rheinland-Pfalz	16 (7,62)	3 (6,25)	0 (0,00)	3 (30,00)	1 (25,00)	2 (4,88)
	Saarland	1 (0,48)	1 (2,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	Sachsen	6 (2,86)	4 (8,33)	1 (16,67)	1 (10,00)	0 (0,00)	3 (7,32)
	Sachsen-Anhalt	0 (0,00)	1 (2,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (4,88)
	Schleswig-Holstein	6 (2,86)	2 (4,17)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	Thüringen	4 (1,90)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (4,88)

Tabelle 16: Charakteristika der teilnehmenden Krankenhäuser (mehrseitige Tabelle)

		<b>Notfall- versorgung Erwachsene n (%)</b>	<b>Modul Notfall- versorgung Kinder n (%)</b>	<b>Modul Durchblutungs- störung am Herzen n (%)</b>	<b>Modul Schlaganfall- versorgung n (%)</b>	<b>Modul Schwer- verletzten- versorgung n (%)</b>	<b>Modul Spezial- versorgung n (%)</b>
	k. A.	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
<p>a. Umgebung 1 bezieht sich auf die Frage: Wie viele Krankenhäuser mit einer vereinbarten Notfallstufe / Module gibt es in Ihrer Nähe, d. h. innerhalb einer PKW-Fahrzeit von 20 min?</p> <p>b. Umgebung 2 bezieht sich auf die Frage: Wie viele andere Krankenhäuser mit derselben Notfallversorgung gibt es in Ihrer Nähe, d. h. innerhalb einer PKW-Fahrzeit von 20 min?</p> <p>c. Die Krankenhausdichte wurde auf Grundlage der Ergebnisse von Umgebung 1 und Umgebung 2 definiert und anschließend in geringe, mittlere und hohe Krankenhausdichte eingeteilt. Ein Krankenhaus wurde der Kategorie „geringe“ zugeordnet, wenn für beide Variablen Umgebung 1 und Umgebung 2 „0“ angegeben wurde. Die Kategorie „mittlere“ wurde zugeordnet, wenn für Umgebung 1 „0,1,2“ angegeben wurde oder falls Umgebung 2 mit „1“ oder „2“ beantwortet wurde. Die Kategorie „hohe“ wurde zugeordnet, falls eine der Variablen Umgebung 1 oder Umgebung 2 mit &gt; 2 angegeben wurde.</p> <p>d. Bei dieser Frage war die Mehrfachnennung von Antwortmöglichkeiten erlaubt. Daher kann die Summe der Prozentzahlen aller Antwortmöglichkeiten über 100 % betragen.</p> <p>e. Diese Frage ist ausschließlich in den Fragebogen zur Erwachsenen Notfallversorgung und Modul Notfallversorgung Kinder enthalten.</p> <p>f. Diese Frage ist ausschließlich im Fragebogen zur Erwachsenen Notfallversorgung enthalten.</p> <p>g. Diese Frage konnte ausschließlich von der kaufmännischen Geschäftsführung beantwortet werden. Deshalb liegt hier die reduzierte Anzahl an Krankenhäusern zugrunde. Die Prozentzahlen zu der Variable Bundesland beziehen sich auf die entsprechende Anzahl teilnehmender Krankenhäuser.</p> <p>k. A.: keine Angabe; n: Anzahl</p>							

## A.2 Fragestellung 1a

### A.2.1 Deskriptive Ergebnisse

Tabelle 17: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen der Erwachsenen Notfallversorgung: Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple-Choice-Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
<b>Allgemeine Anforderungen (§ 6) (Stufen I bis III)</b>		320 (33,02)	637 (65,74)	12 (1,24)	969
<b>Art und Anzahl der Fachabteilungen (§ 8): Stufe I</b>	Erfüllung 24 h/7 d	209 (65,31)			320
	Primäre ZNA Versorgung	49 (15,31)			
	Kooperation mit KV	101 (31,56)			
<b>Art und Anzahl der Fachabteilungen (§ 13): Stufe II</b>		17 (4,70)	321 (88,67)	24 (6,63)	362
Vorhandensein mindestens einer der folgenden Abteilungen CH, UCH, MED		7 (41,18)	7 (41,18)	3 (17,65)	17
<b>Art und Anzahl der Fachabteilungen (§ 18): Stufe III</b>		13 (5,26)	216 (87,45)	18 (7,29)	247
	Abteilungen CH, UCH, MED	1 (7,69)			13
	4 Abteilungen, 2 in Kategorie A	10 (76,92)			
	Abteilungen CH, UCH, MED	9 (5,84)	136 (88,31)	9 (5,84)	154
	7 Abteilungen, 5 davon in Kategorie A	2 (22,22)			9
		5 (55,56)			

Tabelle 17: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen der Erwachsenen Notfallversorgung: Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

<b>Notfallstufen-Regelungen Anforderungen</b>		<b>Antwortanzahl</b>			
<b>Single Choice Fragen</b>	<b>Absätze Multiple-Choice-Fragen</b>	<b>ja n (%)<sup>a</sup></b>	<b>nein n (%)</b>	<b>k. A. n (%)</b>	<b>GG</b>
<b>Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals (§ 9, § 14, § 19): (Stufen I bis III)</b>		391 (52,20)	347 (46,33)	11 (1,47)	749
	Eindeutige Verantwortlichkeit	135 (34,53)			391
	Zusatzqualifikation für ärztliches und pflegerisches Personal	223 (57,03)			
	Verfügbarkeit FA CH, MED, ANÄ	61 (15,60)			
	Das Personal nimmt an fachspezifischen Fortbildungen teil	78 (19,95)			
<b>Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten (§ 10): Stufe I</b>		32 (6,91)	402 (86,83)	29 (6,26)	463
Min. 6 Intensivbetten		17 (100)	0 (0,00)	0 (0,00)	17
<b>Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten (§ 15): Stufe II</b>		63 (20,52)	228 (74,27)	16 (5,21)	307
	Mind. 10 Intensivbetten	10 (15,87)			63
	Aufnahmefähigkeit < 60 min	45 (71,43)			
<b>Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten (§ 20): Stufe III</b>		45 (22,61)	143 (71,86)	11 (5,53)	199
	Mind. 20 Intensivbetten	9 (20,00)			45
	Aufnahmefähigkeit < 60 min	28 (62,22)			

Tabelle 17: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen der Erwachsenen Notfallversorgung: Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple-Choice-Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
<b>Medizinisch-technische Ausstattung (§ 11): Stufe I</b>		26 (7,18)	315 (87,02)	21 (5,80)	362
	Vorhalten eines Schockraums	5 (19,23)			26
	CT 24 h verfügbar	8 (30,77)			
	Weiterverlegung auch per Luftweg	5 (19,23)			
<b>Medizinisch-technische Ausstattung (§ 16): Stufe II</b>		21 (8,50)	209 (84,62)	17 (6,88)	247
	Vorhalten eines Schockraums	1 (4,76)			21
	CT 24 h verfügbar	1 (4,76)			
	Notfallendoskopie GI-Trakt	1 (4,76)			
	PCI 24 h/7 d	3 (14,29)			
	MRT 24 h/7 d	7 (33,33)			
	Schlaganfall-Diagnostik u. Lysemöglichkeit	2 (9,52)			
	Hubschrauberlandestelle	5 (23,81)			
<b>Medizinisch-technische Ausstattung (§ 21): Stufe III</b>		12 (7,79)	135 (87,66)	7 (4,55)	154
	Vorhalten eines Schockraums	0 (0,00)			12
	CT 24 h verfügbar	5 (41,67)			
	Notfallendoskopie GI-Trakt	2 (16,67)			
	PCI 24 h/7 d	2 (16,67)			
	MRT 24 h/7 d	4 (33,33)			
	Schlaganfall-Diagnostik u. Lysemöglichkeit	3 (25,00)			
	Hubschrauberlandestelle	1 (8,33)			
	Patientenverlegung auf dem Luftweg	4 (33,33)			

Tabelle 17: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen der Erwachsenen Notfallversorgung: Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple-Choice-Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
<b>Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 12): Stufe I</b>		88 (19,01)	349 (75,38)	26 (5,62)	463
<b>Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 17): Stufe II</b>	Aufnahme von Notfällen in der ZNA	15 (17,05)			88
	Strukturierte Behandlungspriorisierung	18 (20,45)			
	Ersteinschätzung ≤ 10 min nach Aufnahme	62 (70,45)			
	Standardisierte, zeitnahe Dokumentation	23 (26,14)			
<b>Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 22): Stufe III</b>		97 (31,60)	193 (62,87)	17 (5,54)	307
	Aufnahme von Notfällen in der ZNA	12 (12,37)			97
	Strukturierte Behandlungspriorisierung	10 (10,31)			
	Ersteinschätzung ≤ 10 min nach Aufnahme	60 (61,86)			
	Standardisierte, zeitnahe Dokumentation	15 (15,46)			
	Beobachtungsstation mit mind. 6 Betten	43 (44,33)			
<b>Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme (§ 22): Stufe III</b>		71 (35,68)	116 (58,29)	12 (6,03)	199
	Aufnahme von Notfällen in der ZNA	10 (14,08)			71
	Strukturierte Behandlungspriorisierung	3 (4,23)			
	Ersteinschätzung ≤ 10 min nach Aufnahme	51 (71,83)			
	Standardisierte, zeitnahe Dokumentation	9 (12,68)			
	Beobachtungsstation mit mind. 6 Betten	25 (35,21)			

Tabelle 17: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen der Erwachsenen Notfallversorgung: Ergebnisse des Online-Surveys  
(mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl			
Single Choice Fragen	Absätze	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
Multiple-Choice-Fragen					
a. Die GG für Multiple-Choice-Fragen entspricht der Anzahl der vorherigen „Ja“-Antworten. Daher kann die Summe der Prozentzahlen bei den Multiple-Choice Antworten über 100 % entsprechen.					
ANÄ: Anästhesie; CH: Chirurgie; CT: Computertomografie; FA: Facharzt; GI: Gastrointestinal; GG: Grundgesamtheit; k. A.: keine Angabe; KV: Kassenärztliche Vereinigung; MED: Innere Medizin; MRT: Magnetresonanztomografie; n: Anzahl; PCI: perkutane koronare Intervention; UCH: Unfallchirurgie; ZNA: Zentrale Notaufnahme; 24 h/7 d: 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche					

Tabelle 18: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Schwerverletztenversorgung (§ 24): Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

<b>Notfallstufen-Regelungen Anforderungen</b>		<b>Antwortanzahl</b>			
<b>Single Choice Fragen</b>	<b>Absätze Multiple-Choice-Fragen</b>	<b>ja n (%)<sup>a</sup></b>	<b>nein n (%)</b>	<b>k. A. n (%)</b>	<b>GG</b>
<b>Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Aufgaben eines überregionalen Traumazentrums</b>		2 (14,29)	12 (85,71)	0 (0,00)	14
	Sekundärverlegung im Verbund	0 (0,00)			2
	Patienten mit speziellen Verletzungen	0 (0,00)			
	Beteiligung am Katastrophenschutz	0 (0,00)			
	Fachspezifische Fort- und Weiterbildung	2 (100,00)			
	Beteiligung an klinischen Studien	0 (0,00)			
	Verbesserung durch QS-Verfahren	0 (0,00)			
	Interklinische. Fortbildung, Qzirkel im TNW	0 (0,00)			
	Übernahme spez. Maßnahmen im TNW	0 (0,00)			
<b>Schwierigkeiten bei Struktur- und Prozessqualität</b>		2 (14,29)	11 (78,57)	1 (7,14)	14
	Klinik für UCH oder UCH und Orthopädie	0 (0,00)			2
	24 h FA für ORTH, UCH	0 (0,00)			
	24 h FA für Viszeralchirurgie	0 (0,00)			
	24 h FA für Anästhesiologie	0 (0,00)			
	24 h FA für Radiologie	0 (0,00)			
	24 h FA für Neurochirurgie	0 (0,00)			
	24 h sonstige erforderlichen Fachdisziplinen	1 (50,00)			
	24 h Versorg. von mind. 2 Schwerverletzten	0 (0,00)			
	24 h Notfallopérationskapazität	0 (0,00)			

Tabelle 18: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Schwerverletztenversorgung (§ 24): Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

<b>Notfallstufen-Regelungen Anforderungen</b>		<b>Antwortanzahl</b>			
<b>Single Choice Fragen</b>	<b>Absätze Multiple-Choice-Fragen</b>	<b>ja n (%)<sup>a</sup></b>	<b>nein n (%)</b>	<b>k. A. n (%)</b>	<b>GG</b>
	24 h Intensivkapazität für 2 Schwerverletzte	1 (50,00)			
	Beteiligung an präklinischer Notfallrettung	0 (0,00)			
	Klinische Forschung	0 (0,00)			
<b>Schwierigkeiten mit der Personellen Ausstattung</b>		3 (21,43)	10 (71,43)	1 (7,14)	14
	Ärztliche Leitungsebene: FA ORTH u. UCH, spez. UCH, Schwerpunkt UCH	0 (0,00)			3
	Ärztliche Leitungsebene: Habilitation oder gleichwertige Qualifikation	0 (0,00)			
	Ärztliche Leitungsebene: Volle Weiterbildungsbefugnis Spezielle UCH	0 (0,00)			
	Ärztliche Leitungsebene: Stellvertretung UCH, spezielle UCH oder Schwerpunkt	0 (0,00)			
	Basisteam Schockraum: FA/Weiterbildungsassistent ORTH u. UCH	0 (0,00)			3
	Basisteam Schockraum: Weiterbildungsassistent ORTH u. UCH, VisccH, ACH	0 (0,00)			
	Basisteam Schockraum: FA Anästhesiologie (FA-Standard)	0 (0,00)			
	Basisteam Schockraum: FA Radiologie (FA-Standard)	0 (0,00)			
	Basisteam Schockraum: Pflegekräfte Chirurgie	1 (33,33)			
	Basisteam Schockraum: Pflegekräfte Anästhesiologie	0 (0,00)			
	Basisteam Schockraum: med. techn. Radiologiefachkraft (MTRA)	0 (0,00)			

Tabelle 18: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Scherverletztenversorgung (§ 24): Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

<b>Notfallstufen-Regelungen Anforderungen</b>		<b>Antwortanzahl</b>			
<b>Single Choice Fragen</b>	<b>Absätze Multiple-Choice-Fragen</b>	<b>ja n (%)<sup>a</sup></b>	<b>nein n (%)</b>	<b>k. A. n (%)</b>	<b>GG</b>
	Basisteam Schockraum: Transportpersonal	1 (33,33)			
	Erweitertes Schockraumteam: FA ORTH u. UCH, spez. UCH, Schwerpunkt UCH	0 (0,00)			3
	Erweitertes Schockraumteam FA Viszeralchirurgie / ACH (OA)	0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Anästhesiologie (OA)	0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Neurochirurgie (OA)	0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Radiologie (OA) inkl. interventioneller Radiologie	0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Gefäßchirurgie (OA)	1 (33,33)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Herz- und / oder Thoraxchirurgie	1 (33,33)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA HNO	0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Augenheilkunde	0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA für Urologie	0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam 2 OP-Pflegekräfte	0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam Weitere erforderliche Rufdienste	1 (33,33)			
	Fakultativ: FA für Gynäkologie	0 (0,00)			3

Tabelle 18: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Schwerverletztenversorgung (§ 24): Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

<b>Notfallstufen-Regelungen Anforderungen</b>		<b>Antwortanzahl</b>			
<b>Single Choice Fragen</b>	<b>Absätze Multiple-Choice-Fragen</b>	<b>ja n (%)<sup>a</sup></b>	<b>nein n (%)</b>	<b>k. A. n (%)</b>	<b>GG</b>
	Fakultativ: FA mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie (Orthopädie und UCH oder plastische Chirurgie)	0 (0,00)			
	FA für Kinderchirurgie oder Pädiatrie	0 (0,00)			
<b>Schwierigkeiten mit den Räumlichen Anforderungen</b>		0 (0,00)	13 (92,86)	1 (7,14)	14
	Notaufnahme: Schockraum mind. 2 Schwerverletzte	0 (0,00)			0
	Notaufnahme: CT in der Nähe des Schockraums	0 (0,00)			
	Notaufnahme: Lokalisation des Schockraums	0 (0,00)			
	Notaufnahme: Bildgebung auf Basis eines CT	0 (0,00)			
	Notaufnahme: Interdisziplinäre Organisation	0 (0,00)			
	Notaufnahme: Schockraum liegt ein Notfall-OP zur Durchführung von Notfalleingriffen	0 (0,00)			
	Notaufnahme: Vorhalten kinderspezifisch Materialien	0 (0,00)			
	Operationsabteilung: Bereitstellung von Operationsräumen für die Versorgung von 2 Schwerverletzten	0 (0,00)			

Tabelle 18: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Schwerverletztenversorgung (§ 24): Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

<b>Notfallstufen-Regelungen Anforderungen</b>		<b>Antwortanzahl</b>			
<b>Single Choice Fragen</b>	<b>Absätze Multiple-Choice-Fragen</b>	<b>ja n (%)<sup>a</sup></b>	<b>nein n (%)</b>	<b>k. A. n (%)</b>	<b>GG</b>
<b>Intensivmedizinische Anforderungen</b>		1 (7,14)	12 (85,71)	1 (7,14)	14
	Struktur u. Ausstattung der ICU nach DIVI	0 (0,00)			1
	Struktur für intensivmedizinisch Komplexbehandlung (OPS)	0 (0,00)			
	Ärztliche Stationsleitung	0 (0,00)			
	Pflegerische Stationsleitung	0 (0,00)			
	Weiterbildungsassistenten 24 h/365 d	0 (0,00)			
	FA mit Zusatz Intensivmedizin kurzfristig erreichbar	0 (0,00)			
	1 Pflegekraft für 2 Behandlungsplätze im Schichtdienst	1 (100,00)			
	1 Pflegekraft für 1 Behandlungsplatz bei bes. Situationen	1 (100,00)			
	Physiotherapie	0 (0,00)			
	Fachspezifische psychologische Betreuung	0 (0,00)			
<b>Teilnahme an der Notfallversorgung</b> <b>Schwierigkeiten bei d. Umsetzung der Anforderungen 24 h/7 d</b>		0 (0,00)	13 (92,86)	1 (7,14)	14

a. Die GG für Multiple-Choice-Fragen entspricht der Anzahl der vorherigen „Ja“-Antworten. Daher kann die Summe der Prozentzahlen bei den Multiple Choice Antworten über 100 % entsprechen.

ACH: Allgemeinchirurgie; CT: Computertomografie; DIVI: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin; FA: Fachärztin bzw. Facharzt; GG: Grundgesamtheit; HNO: Hals-Nasen-Ohren; ICU: Intensivstation; k. A.: keine Angabe; n: Anzahl; ORTH: Orthopädie; OA: Oberarzt; OP: Operation; OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel; QS: Qualitätssicherung; Qzirkel: Qualitätszirkel; TNW: Trauma-Netzwerk; UCH: Unfallchirurgie; VisCH: Viszeralchirurgie; 24 h/7 d: 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche

Tabelle 19: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Notfallversorgung Kinder (§ 25): Ergebnisse des Online Surveys (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple-Choice-Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
<b>Anforderungen des Modules Notfallstufen-Kinder: Stufe I</b>		5 (9,62)	47 (90,38)	0 (0,00)	52
<b>Anforderungen des Modules Notfallstufen-Kinder: Stufe I</b>	Fachabteilung. Kinder- und Jugendmedizin	1 (20,00)	5		
	Behandlungsmanagement Konzepte	1 (20,00)			
	Strukturiertes System der Triage	1 (20,00)			
	Ersteinschätzung innerhalb 10 min	2 (40,00)			
	Standards für Diagnostik und Therapie	1 (20,00)			
	Kooperationsvereinbarung mit KV	3 (60,00)			
<b>Anforderungen des Modules Notfallstufen-Kinder: Stufe II</b>		23 (22,33)	80 (77,67)	0 (0,00)	103
<b>Anforderungen des Modules Notfallstufen-Kinder: Stufe II</b>	Fachabteilung. Kinder- und Jugendmedizin	5 (21,74)	23		
	Behandlungsmanagement Konzepte	5 (21,74)			
	Strukturiertes System der Triage	7 (30,43)			
	Ersteinschätzung innerhalb 10 min	9 (39,13)			
	Standards für Diagnostik und Therapie	6 (26,09)			
	Kooperationsvereinbarung mit KV	10 (43,48)			
	Gesundheit.- und Kinderkrankenpflegekraft	8 (34,78)			
	Kooperation mit Abteilung für Kinderchirurgie	2 (8,70)			
	Intensivmedizin 2 Plätze verfügbar	8 (34,78)			
	MRT 24h	10 (43,48)			
	Hubschrauberlandestelle	4 (17,39)			

Tabelle 19: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Notfallversorgung Kinder (§ 25): Ergebnisse des Online Surveys (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple-Choice-Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
<b>Anforderungen des Modules Notfallstufen-Kinder: Stufe III</b>		14 (20,29)	54 (78,26)	1 (1,45)	69
	FAbt. Kinder-Jugendmedizin, KiChir, Neonatologie	2 (14,29)	14		
	Ärztlicher Präsenzdienst	1 (7,14)			
	FA Neurochirurgie, päd. NeuroChir.	2 (14,29)			
	FA pädiatrische Anästhesie innerhalb 30 min	0 (0,00)			
	Ständige OP-Bereitschaft	0 (0,00)			
	Pädiatrisch ICU 10 Betten, Neonatologische ICU	7 (50,00)			
	Pädiatrisch ausgerichtete Labormedizin	0 (0,00)			
	MRT, Sono, Röntgen, CT pädiatr., 24 h	3 (21,43)			
<p>a. Die GG für Multiple-Choice-Fragen entspricht der Anzahl der vorherigen „Ja“-Antworten. Daher kann die Summe der Prozentzahlen bei den Multiple Choice Antworten über 100 % entsprechen.</p> <p>CT: Computertomografie; FA: Facharzt; FAbt: Fachabteilung; GG: Grundgesamtheit; ICU: Intensivstation; k. A.: keine Angabe; KiChir: Kinderchirurgie; KV: Kassenärztliche Vereinigung; n: Anzahl; MRT: Magnetresonanztomografie; NeuroChir: Neurochirurgie; OP: Operation, Sono: Sonografie</p>					

Tabelle 20: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Spezialversorgung (§ 26): Ergebnisse des Online-Surveys

<b>Spezialversorgungsgruppen</b>	<b>Notfallstufen-Regelungen Anforderungen</b>	<b>Antwortanzahl</b>			
		<b>ja n (%)</b>	<b>nein n (%)</b>	<b>k. A. n (%)</b>	<b>GG</b>
Gruppe 1: Einrichtungen mit Vergütung außerhalb des DRG Systems (Absatz 2-Nummer 1)					
	Herausforderungen bei der Eingliederung in die Notfallregelungen	8 (22,22)	26 (72,22)	2 (5,56)	36
Gruppe 2: Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG (Absatz 2-Nummer 2)					
	Herausforderungen bei der Eingliederung in die Notfallregelungen	4 (28,57)	10 (71,43)	0 (0,00)	14
Gruppe 3: Schwerpunkt-KH, erforderlich für die Notfallversorgung (Absatz 2-Nummer 3)					
	Herausforderungen bei der Eingliederung in die Notfallregelungen	30 (52,63)	24 (42,11)	3 (5,26)	57
	Sind alle relevante Fachbereiche in den Regelungen vorhanden?	41 (71,93)	12 (21,05)	4 (7,02)	57
DRG: Diagnostic Related Groups; GG: Grundgesamtheit; k. A.: keine Angabe; KH: Krankenhaus KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz; n: Anzahl					

Tabelle 21: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen des Moduls Schlaganfallversorgung (§ 27): Ergebnisse des Online-Surveys

<b>Notfallstufen-Regelungen Anforderungen</b>	<b>Antwortanzahl</b>			
	<b>ja n (%)</b>	<b>nein n (%)</b>	<b>k. A. n (%)</b>	<b>GG</b>
Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Moduls Schlaganfallversorgung	3 (9,68)	28 (90,32)	0 (0,00)	31
k. A.: keine Angabe; GG: Grundgesamtheit; n: Anzahl				

Tabelle 22: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Durchblutungsstörungen am Herzen (§ 28): Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

<b>Notfallstufen-Regelungen Anforderungen</b>		<b>Antwortanzahl</b>			
<b>Single Choice Fragen</b>	<b>Absätze Multiple-Choice-Fragen</b>	<b>ja n (%)<sup>a</sup></b>	<b>nein n (%)</b>	<b>k. A. n (%)</b>	<b>GG</b>
<b>Schwierigkeiten bei den räumlichen Anforderungen (Nummer 1)</b>		3 (12,50)	20 (83,33)	1 (4,17)	24
	Überwachungskapazitäten unter Leitung Kardiologie	1 (33,33)			3
	Genaue Definition und Ausweisung der CPU	2 (66,67)			
	Mind. 4 Überwachungsplätze	0 (0,00)			
	Herzkatheterlabor 365 d/24 h	0 (0,00)			
<b>Schwierigkeiten bei der Umsetzung der apparativen Anforderungen (Nummer 2)</b>		2 (8,33)	20 (83,33)	2 (8,33)	24
	EKG Gerät mit Registrierung von 12 Ableitungen	0 (0,00)			2
	Monitore zur Rhythmus-, RR- und O2-Überwachung	0 (0,00)			
	Transthorakale Echokardiographie in 30 min 365 d / 24 h	0 (0,00)			
	Komplett ausgestattete Notfalleinheit u. Transportüberwachung.	0 (0,00)			
	24 h Anbindung an ein Notfalllabor	0 (0,00)			
	Schrittmacherabfrage innerhalb 6 h, perkutanen. SM-Therapie	0 (0,00)			
	Thorax-CT jederzeit möglich	0 (0,00)			
<b>Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Diagnostik (Nummer 3)</b>		3 (12,50)	20 (83,33)	1 (4,17)	24

Tabelle 22: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Durchblutungsstörungen am Herzen (§ 28): Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

<b>Notfallstufen-Regelungen Anforderungen</b>		<b>Antwortanzahl</b>			
<b>Single Choice Fragen</b>	<b>Absätze Multiple-Choice-Fragen</b>	<b>ja n (%)<sup>a</sup></b>	<b>nein n (%)</b>	<b>k. A. n (%)</b>	<b>GG</b>
	Aufnahme EKG mit 12 Ableitungen, Auswertung < 10 min	1 (33,33)			3
	Troponinkontrolle initial, nach 6 h und 9 h	2 (66,67)			
<b>Schwierigkeiten bei d. Umsetzung der Anforderungen Therapie (Nummer 4)</b>		2 (8,33)	21 (87,50)	1 (4,17)	24
	Behandlungspfade für STEMI, NSTEMI etc.	0 (0,00)			2
	Transferzeiten vom d. CPU zum HzKatheterlabor < 15 min	0 (0,00)			
	Herzkatheterlabor mit ständiger Möglichkeit zur Intervention	0 (0,00)			
	Ständige personelle Verfügbarkeit, Dokumentation im Dienstplan	1 (50,00)			
	ICU oder Intermediate Care mit Transferzeit < 15 min	0 (0,00)			
	Ständige Verfügbarkeit von Röntgen und CT	1 (50,00)			
<b>Schwierigkeiten mit den Anforderungen an die Ausbildung (Nummer 5)</b>		3 (12,50)	20 (83,33)	1 (4,17)	24
	Assistent/in	2 (66,67)			3
	Oberarzt/Oberärztin Kardiologie	0 (0,00)			
	Pflege: spezielle CPU-Schulung	2 (66,67)			
	Spezifische Schulung aller Mitarbeitenden	0 (0,00)			
<b>Schwierigkeiten bei der Organisation (Nummer 6)</b>		2 (8,33)	21 (87,50)	1 (4,17)	24

Tabelle 22: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen des Moduls Durchblutungsstörungen am Herzen (§ 28): Ergebnisse des Online-Surveys (mehrseitige Tabelle)

<b>Notfallstufen-Regelungen Anforderungen</b>		<b>Antwortanzahl</b>			
<b>Single Choice Fragen</b>	<b>Absätze Multiple-Choice-Fragen</b>	<b>ja n (%)<sup>a</sup></b>	<b>nein n (%)</b>	<b>k. A. n (%)</b>	<b>GG</b>
	Leitung: Kardiologe	0 (0,00)			
	Assistenzärzte: Zuständigkeit 365 d/24 h	1 (50,00)			
	Oberärzte / Fachärzte (Kardiologie): 365 d/24 h, < 30 min	2 (100,00)			2
	Pflegepersonal Präsenz: 365 d/24 h, 4:1 Besetzung	0 (0,00)			

a. Der GG für Multiple-Choice-Fragen entspricht der Anzahl der vorherigen „Ja“-Antworten. Daher kann die Summe der Prozentzahlen bei den multiple Choice Antworten über 100 % entsprechen.

CPU: Chest-Pain-Unit; CT: Computertomografie; EKG: Elektrokardiogramm; GG: Grundgesamtheit; HzKatheterlabor: Herzkatheterlabor; ICU: Intensivstation; k. A.: keine Angabe; n: Anzahl; NSTEMI: Nicht-ST-Hebungsinfarkt, SM: Schrittmacher; STEMI: ST-Hebungsinfarkt

## A.2.2 Qualitative Ergebnisse

Tabelle 23: Allgemeine Anforderungen § 6 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Absatz 1	Die größten Herausforderungen bei der Umsetzung der allgemeinen Anforderungen an die Notfallversorgung in Krankenhäusern liegen in der 24/7-Verfügbarkeit von Fachkräften. Dies wird vor allem auf den Mangel an qualifiziertem medizinischem und pflegerischem Personal zurückgeführt, insbesondere in den Bereichen Anästhesie, Notfallmedizin und Notfallpflege.	k. A.	k. A.
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Wir haben einen Akut- und Notfallmediziner, der auch Leiter der ZNA ist; die Erfüllung „24/7“ mussten wir mit einem Kooperationsvertrag mit einer anderen Klinik vorhalten.</i></li> <li>▪ <i>Verfügbarkeit des qualifizierten ärztlichen Personals, v. a. Anästhesie und Notfallmedizin</i></li> </ul>		
Absatz 2	Die Definition des Begriffs „überwiegend in einer ZNA“ ist unklar, insbesondere bei mehreren Anlaufstellen für Notfallpatientinnen und -patienten.	k. A.	Es gibt keine spezifische Definition zu dem Begriff „Barrierefreiheit“, also es ist nicht klar, ob es sich auf die bauliche, kommunikative oder motorische Barrierefreiheit bezieht. Die MDs beziehen sich bei der Prüfung aber eher auf den Zugang und die Ausschilderung der Notaufnahme, sprich bauliche und motorische Barrierefreiheit. Zudem hat jeder Altbau eine Ausnahmegenehmigung, was eine Prüfung erschwert.

Tabelle 23: Allgemeine Anforderungen § 6 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	<b>Zitat</b>		
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Begriff „überwiegend“ ist nicht klar definiert, wenn es mehrere Anlaufstellen für Notfallpatientinnen und -patienten gibt (z. B. eine Stroke Unit, eine Geburtsklinik und eine ZNA).</li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ein Punkt ist zum Beispiel auch das Thema Barrierefreiheit in der Richtlinie. [...] Das hat bei uns durchaus zu Diskussionen in mehreren Krankenhäusern geführt, denn es steht jetzt einfach in der Richtlinie, die ZNA, also die Notaufnahme ist grundsätzlich barrierefrei, und mehr steht da nicht drin. (Person 1 des MD)</li> </ul>		
Absatz 3	<p>Die geforderten Kooperationsvereinbarungen mit der KV werden häufig nicht genehmigt oder sind nur schwer umzusetzen. Ein Grund dafür ist, dass bereits andere Krankenhäuser in der Umgebung eine KV-Notfallpraxis haben oder eine Kooperationsvereinbarung mit einer anderen Klinik in der Umgebung geschlossen wurde.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es besteht schon an einer anderen Klinik in der Stadt eine KV-Notfallpraxis, sodass die Bemühungen nicht erfolgreich sind.</li> </ul> <p><i>Fokusgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei uns sind ein ganz großes Problem die Verhandlungen mit der KV gewesen. Die KV hatte bei uns überhaupt kein Interesse, irgendeine integrierte Notfallpraxis zu machen, und hat das auch in anderen Häusern [...] wirklich abgelehnt. (FG 3)</li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Also da haben wir eigentlich insofern keine Schwierigkeiten gehabt, dass immer irgend ein Schriftstück da war, was das Bemühen des Krankenhauses zum Ausdruck gebracht hat, so eine Ambulanz anzubinden. Aber ich muss sagen, also mindestens in der Hälfte der Fälle konnte die KV das gar nicht bedienen. Also da gab es immer irgendwie jahrelangen Schriftverkehr und mangelnde Umsetzung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung. (Person 1 des MD)</li> </ul>	<p>Eine Herausforderung bei der Umsetzung einer Kooperationsvereinbarung mit der KV ist das scheinbar fehlende Interesse dieser.</p>	<p>Die Problematik besteht nicht in der Nachweiserbringung seitens der Krankenhäuser, dass sie sich um eine Kooperationsvereinbarung mit der KV bemühen, sondern darin, dass schätzungsweise bei der Hälfte der Fälle die KV die Anfrage nicht bedienen kann.</p>

FG: Teilnehmende(n) der Fokusgruppe; k. A.: keine Angabe; KV: Kassenärztlichen Vereinigung; MD: Medizinischer Dienst; ZNA: Zentrale Notaufnahme

Tabelle 24: Art und Anzahl der Fachabteilungen § 8, § 13, § 18 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p>Die Verfügbarkeit von Fachärztinnen / Fachärzten für Chirurgie sowie die Sicherstellung eines ausreichenden Leistungsvolumens stellen Herausforderungen für die Vorhaltung der Chirurgie als eigenständige Fachabteilung dar. Unverständnis besteht, wieso Krankenhäuser in der Basisstufe mit vorhandenen Fachabteilungen „Innere Medizin und Kardiologie“ und „Innere Medizin und Gastroenterologie“ zusätzlich den Nachweis einer „Allgemeinen Inneren Medizin“ erbringen müssen. Hier fehlt aus Sicht der Befragten bei der Basisnotfallversorgung eine Konkretisierung, welche Kombinationen von spezialisierten Fachabteilungen der Inneren Medizin und Chirurgie als gleichwertig zur Allgemeinen Inneren Medizin bzw. Chirurgie gesehen werden. Krankenhäuser, die weitere Fachabteilungen aufbauen müssen, stehen vor der Herausforderung, diese nicht nur räumlich, sondern auch personell ausstatten zu müssen. Hierzu fehlen u. a. erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte mit entsprechender formaler Qualifikation. Darüber hinaus führten Unklarheiten in der Richtlinienformulierung zu Fehlinterpretationen zwischen Krankenhaus und MD. Zudem stellt die Definition einer Fachabteilung eine wesentliche Herausforderung dar.</p>	<p>Die Zuordnung und Auswahl der Fachabteilungen zu den Kategorien A und B für die erweiterte und umfassende Notfallversorgung erscheint nicht nachvollziehbar. Zudem wird die Ansicht geäußert, dass die Eingruppierung in die Notfallstufen zu sehr an fachabteilungsspezifischen Aspekten hänge.</p>	k. A.

Tabelle 24: Art und Anzahl der Fachabteilungen § 8, § 13, § 18 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Probleme gibt es, in die erweiterte Notfallversorgung zu gelangen [...], hier fehlen einfach notwendige Fachärzte am Markt (teilweise &gt; 2 Jahre Suche, z. B. eines Gastroenterologen).</li> <li>▪ Insbesondere in der Chirurgie: [Das gibt es ] eine Kollegin in der Unfallchirurgie, die seit über einem Jahrzehnt dort als Oberärztin tätig ist und operiert, aber fachlich „nur“ Chirurgin und nicht Unfallchirurgin ist, sodass ein Dienstplan mit ihr im Hintergrund formal keine 24/7-Unfallchirurgie darstellt und die Abteilung nicht anerkannt wurde. Ähnliches würde bei einer Fachabteilung Viszeralchirurgie drohen, da diese häufig (langjährig erfahrene!) Allgemeinchirurgen beschäftigen. Hier geht es letztlich nicht um Qualität, sondern um Qualifikation auf einem Papier. Es sollte aber äquivalent abbildbar / genehmigungsfähig sein, da kleine Häuser sonst zunehmend Probleme bekommen werden.</li> <li>▪ Es gibt mehrere parallele Dienstplanlinien für die Innere Medizin.</li> <li>▪ Die Richtlinie war in ihrer Formulierung so komplex, dass seitens der Sachbearbeiter des Krankenhauses hier eine Fehlinterpretation der Richtlinie zu Schwierigkeiten mit dem MD-Prüfer geführt hat (unterschiedliche Auslegung der Richtlinie auf beiden Seiten).</li> <li>▪ Im Rahmen der Prüfung wurde neben den in Kategorie A genannten Fachabteilungen „Innere Medizin und Kardiologie“ und „Innere Medizin und Gastroenterologie“ der Nachweis einer Fachabteilung „(Allgemeine) Innere Medizin“ gefordert. Dies entspricht nicht dem tatsächlichen Organisationsmodell hier am Standort, was vermutlich für die große Mehrzahl der Kliniken gilt. Hier wird künstlich eine Nachweispflicht generiert, die nicht den Realitäten der Krankenhauslandschaft entspricht. Dementsprechend sollte ergänzt werden, dass bei Vorhaltung von spezialisierten internistischen Abteilungen kein Nachweis einer Allgemeinen Inneren Medizin aus der Basisstufe mehr erforderlich ist. Für die Chirurgie gilt dies entsprechend nicht. Hier ist nämlich im Gegensatz zur Inneren Medizin die Allgemeine Chirurgie / Viszeralchirurgie in der Basisstufe enthalten und taucht bei den Kategorien A / B des § 13 nicht mehr auf. Die Regelungen sind insofern auch inkonsistent.</li> </ul> <p><i>Fokusgruppe:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Und die Art der Fachabteilung, [nämlich] die Auswahl der Fachabteilungen der Kategorie A sind nicht nachvollziehbar. Warum steht da eine Neurochirurgie, während eine Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, [das] alles Kategorie B ist? (FG 3)</li> <li>▪ Ich möchte noch mal [...] darauf hinweisen, dass sich aus meiner Sicht die Eingruppierung in den Notfallstufen zu sehr an krankenhausplanerischen und ja politisch fachabteilungsspezifischen Dingen richtet. (FG 3)</li> </ul>		

FG: Teilnehmende(n) der Fokusgruppe 3; k. A.: keine Angabe; MD: Medizinischer Dienst

Tabelle 25: Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals § 9, § 14, § 19 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Nr. 1	k. A.	k. A.	Die Formulierung „im Bedarfsfall verfügbar“ ist zu unspezifisch bzw. es ist nicht klar definiert, was darunter verstanden wird. Es bestehen Unsicherheiten, ob die in § 9 Abs. 1, Satz 1 geforderte fachärztlich verantwortliche Person identisch mit der leitenden ärztlichen Person entsprechend § 6 Abs. 2 Satz 2 ist.
	<p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Was heißt im Bedarfsfall? [...] Man kann im Bedarfsfall nicht anfangen zu telefonieren, um herauszufinden, wer von den Leitenden Zeit hat. Es muss irgendwo stehen, wer verantwortlich ist, und der Begriff muss definiert sein. (Person 2 des MD)</li> <li>▪ Dann kommt § 9, wo eben von einer verantwortlichen Ärztin / einem verantwortlichen Arzt gesprochen wird, und dass der zur Notaufnahme gehören soll. Und der muss ja quasi auch irgendwie immer erreichbar sein, weil er ja gegebenenfalls im Bedarfsfall mit seinem Fachwissen zur Verfügung stehen muss. Mehr findet man dann in § 9 nicht. Wenn man dann in die „Tragenden Gründe“ schaut zu § 9, sagen die, dass diese Ärztin / dieser Arzt, der ja eine besondere Zusatzbezeichnung haben muss, die verantwortliche Ärztin / der verantwortliche Arzt, dass das eine leitend tätige Ärztin / ein leitend tätiger Arzt sein muss. Und da kommt man dann in die Schwierigkeit. Ein Leiter ist ja eine Person, eine fachlich unabhängige Leitung. Und dann sagt uns § 9, so, der soll jetzt noch eine bestimmte Zusatzqualifikation haben, aber er soll auch im Bedarfsfall immer mal oder generell in der Notaufnahme verfügbar sein. Das schaffe ich mit einem ja nicht mehr. Wer darf es denn dann jetzt sein? Darf das, oder besser gesagt, ist wirklich unbedingt der Chef, der Leiter der Notaufnahme da gemeint? Es gibt ja dann halt auch mal Ärzte, die sich da irgendwie qualifiziert haben und ein besonderes Wissen haben und trotzdem nicht der Leiter sind, aber in der Notaufnahme mitarbeiten. Also da ist immer so dieser Fokus auf diese leitend tätige Ärztin / diesen leitend tätigen Arzt. Ist das jetzt derselbe wie in § 6 oder ist es in § 9 noch eine andere Möglichkeit? Also da sind wir oftmals darüber gestolpert. (Person 1 des MD)</li> </ul>		

Tabelle 25: Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals § 9, § 14, § 19 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Nr. 2	<p>Die Krankenhäuser schildern, dass auf dem Arbeitsmarkt nicht genügend Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ sowie Pflegekräfte mit der Fachweiterbildung „Notfallpflege“ verfügbar sind. Insbesondere in ländlichen, strukturschwachen Regionen gestaltet sich die Personalgewinnung schwierig und die Abwerbung von weitergebildetem Fachpersonal durch größere Häuser erschwert die Einhaltung der Anforderungen. Zudem sind die Weiterbildungen aufwendig und zeitintensiv, sodass es schwierig ist, genügend Personal freizustellen und auszubilden. Hinzu kommt, dass die Weiterbildungsplätze und -möglichkeiten rar sind. Weitere Probleme sind die Anerkennung anderer Qualifikationen, die Abgrenzung zwischen Notfall- und Regelbetrieb sowie die Konkretisierung der Fortbildungsanforderungen. Eine weitere Herausforderung liegt im Interpretationspielraum ungenauer Anforderungen; u. a. wird auf die Begrifflichkeiten „Bedarfsfall“ und „regelmäßige Fortbildungen“ hingewiesen. Diese führen in den MD-Prüfungen zu unterschiedlichen Auslegungen.</p>	<p>Eine Herausforderung ist die Erfüllung der Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals. Aufgrund des Fachkräftemangels haben Krankenhäuser Schwierigkeiten, Pflegepersonal mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ einzustellen. Die Qualifizierung von Personal bedeutet zudem, dass die Personen während der Weiterbildungszeiten am Krankenhausstandort selbst nicht verfügbar sind. Darüber hinaus herrscht eine hohe Fluktuation bei den Pflegekräften mit der Zusatzweiterbildung „Notfallpflege“. Als weitere Herausforderung werden die unterschiedlichen Regelungen zu Weiterbildungsanforderungen und -genehmigungen zwischen den Bundesländern und Ärztekammern gesehen.</p>	<p>Hinsichtlich der Verfügbarkeit der Zusatzweiterbildungssangebote in den einzelnen Bundesländern bestehen unterschiedliche Bedingungen. Die Formulierung „ab Verfügbarkeit im jeweiligen Land“ wird als zu unpräzise erachtet, da nicht eindeutig definiert ist, ob sich dies auf die Bekanntgabe des Weiterbildungsangebots oder das tatsächliche Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung (WBO) bezieht. Aufgrund der zeitlichen Differenz zwischen Bekanntgabe und Inkrafttreten erfolgt bei Bezug auf die Bekanntgabe eine kürzere Übergangszeit als bei Bezug auf das Inkrafttreten der WBO. Darüber hinaus stellt der Mangel an Personal mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ eine Herausforderung dar. Problematisch ist, dass die Notfallmedizin nicht als eigenständige Fachabteilung und die Weiterbildung nicht als Qualifikation anerkannt wird.</p>

Tabelle 25: Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals § 9, § 14, § 19 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ			
	Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
		Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat				
<i>Online-Survey-Freitexte:</i>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegekräfte mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ sind nicht in ausreichender Zahl auf dem Arbeitsmarkt vorhanden, neu ausgebildete Kräfte werden abgeworben; die Erfüllung ist so zeitweise nur durch zusätzliche Dienste (Überstunden) zu gewährleisten.</li> <li>▪ Es mangelt erheblich an Ausbildungsmöglichkeiten für Klinische Notfall- und Akutmedizin.</li> </ul>				
<i>Fokusgruppen:</i>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Also, ich leite die Ambulanz und habe auch die Zusatzbezeichnung Klinische Akut- und Notfallmedizin, wir brauchen aber dringend jemanden, der das auch noch hat, und wir kriegen einfach keinen. Wir können auch nicht ausbilden, weil für die Ausbildung braucht man ja 2. Und ich weiß, dass es hier im [Region] fast allen Kliniken so geht, dass die einfach zu wenig Ärzte haben, die diese Zusatzbezeichnung haben. Und dass das ein ganz großes Problem ist. (FG 3)</li> <li>▪ Wir brauchen einheitliche Regelungen der einzelnen Ärztekammern, eine bundeseinheitliche Regelung für die Ausbildung zur Klinischen Notfall- und Akutmedizin. (FG 2)</li> </ul>				
<i>Experteninterviews:</i>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja, was ist dann das Bestimmungsdatum? Bei vielen waren es nur Tage, die dazwischen lagen. Aber wenn das solche Ausmaße annimmt, dass sich diese Daten ein halbes Jahr unterscheiden können, dann müsste man es idealerweise vielleicht anders formulieren, dass man sagt, „ab Verfügbarkeit“ bedeutet Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung. (Person 1 des MD)</li> <li>▪ Da hat sich jetzt die Besonderheit aufgetan, dass das eine große Streubreite hat innerhalb unseres Gesamtlandes. Vielleicht auch damit eine gewisse Ungerechtigkeit, muss man auch sagen. Habe ich meine Weiterbildung schnell auf die Beine gestellt, natürlich habe ich dann vielleicht ein bisschen mehr Zeit, jemanden auszubilden. (Person 1 des MD)</li> <li>▪ Sie finden erst mal nicht genug zusätzl. qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte. [...] Man braucht einen Arzt für Notfallmedizin, der irgendwie da ist, bis zum Oberarzt-Hintergrunddienst ist. Da es ja gar keine eigene Fachabteilung gibt. [...] Und deswegen wird Notfallmedizin gar nicht als eigenständiges Fach gesehen. Und sie sehen es halt nicht als Qualifikation. (Person des INZ)</li> </ul>				

Tabelle 25: Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals § 9, § 14, § 19 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Nr. 3	Es wird angemerkt, dass die 30-minütige Verfügbarkeit der Fachärztinnen bzw. Fachärzte entweder den Wohnort in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus oder die Einführung eines Vor-Ort-Bereitschaftsdienstes von Fachärztinnen bzw. Fachärzten jeder Disziplin erfordert. Dies ist besonders in abgelegenen ländlichen Regionen kaum realisierbar und hat Anwesenheiten mit Übernachtung im Krankenhaus zur Folge. Die Sicherstellung einer adäquaten Vertretung im Falle von Urlaub, Krankheit oder Weiterbildung der leitenden Ärztinnen bzw. Ärzte stellt ebenfalls eine Herausforderung dar.	Die Vorgabe, dass jeweils eine Fachärztin bzw. ein Facharzt der Bereiche Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten an den Patientinnen und Patienten verfügbar sein muss, wird als schwer umsetzbar betrachtet.	k. A.
	<p><i>Online-Survey-Freitext</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Ein] längerer Anfahrtsweg hat zum Erfüllen der Vorgaben keinen Rufbereitschaftsdienst, sondern Anwesenheit mit Übernachtung im Krankenhaus zufolge.</li> </ul> <p><i>Fokusgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Rufdienstüberschneidungen, die 30 Minuten für den Chirurgen, Internisten und Anästhesisten, diese 30-Minuten-Paralleldienste in einem kleinen Haus zu organisieren, zu dem normalen Abteilungsrufdienst – das ist ein Riesenproblem. (FG 1)</li> </ul>		
Nr. 4	k. A.	k. A.	Der Terminus „regelmäßige Fortbildung“ wird als zu unspezifisch und nicht ausreichend definiert betrachtet.

Tabelle 25: Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals § 9, § 14, § 19 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ . Da müsste man bei der Richtlinien-Entwicklung, sag ich mal, ein bisschen mehr darauf achten, dass man dann entweder die Dinge normiert und sagt eben 1 Mal im Quartal oder 1 Mal im halben Jahr. Es war bei uns teilweise auch ein Problem an der Stelle. (Person 1 des MD)</li> <li>▪ [...] dass auch unklar definiert ist, welche Art von Fortbildung da drinsteht. [...] Was heißt das, „regelmäßig“? 1 Mal im Jahr? Steht nicht drin, ist nicht klar geregelt. (Person des INZ)</li> </ul>		

FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; INZ: Integriertes Notfallzentrum; k. A.: keine Angabe; MD: Medizinischer Dienst; WBO: Weiterbildungsordnung

Tabelle 26: Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten § 10, § 15, § 20 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	Eine Vielzahl von Krankenhäusern sieht sich mit Schwierigkeiten konfrontiert, Patienten innerhalb eines Zeitrahmens von 60 Minuten auf eine Intensivstation zu verlegen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Intensivstationen häufig mit Patienten belegt sind und es an freien Intensivbetten mangelt. Zudem ergeben sich Herausforderungen hinsichtlich der Verfügbarkeit von Fachpersonal, da ein Defizit an Intensivpflegekräften zu verzeichnen ist. In einigen Fällen kommt es aufgrund des Personalmangels zur Sperrung von Intensivbetten, was die Aufnahmefähigkeit weiter einschränkt. Insbesondere in Zeiten einer hohen Auslastung der Intensivstationen, wie es in den Wintermonaten häufig der Fall ist, kann eine Einhaltung der 60-Minuten-Vorgabe nicht gewährleistet werden. In solchen Situationen ist eine z. T. eine intensivmedizinische Behandlung der Patienten in der Notaufnahme erforderlich. Insbesondere kleinere Krankenhäuser in peripheren Regionen	Die Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl an Intensivbetten wird insbesondere in kleineren Krankenhäusern als herausfordernd empfunden.	Die Verwendung des Begriffs „Intensivstation“ erweist sich als zu unspezifisch. In den Notfallstufen-Regelungen sowie in den Tragenden Gründen finden sich keine Vorgaben bezüglich des ärztlichen oder pflegerischen Personals zur §-10-Kapazität zur Versorgung von Intensivpatientinnen und -patienten.

Tabelle 26: Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten § 10, § 15, § 20 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	sehen sich mit der Herausforderung konfrontiert, die gesetzlichen Vorgaben zur Mindestvorhaltung von Intensivbetten zu erfüllen. Hinsichtlich der strukturellen und personellen Vorgaben an eine „Intensivstation“ bestehen Unklarheiten. Beispielsweise ist eine Sicherstellung einer 24/7-Präsenz von Ärzten auf der Intensivstation schwierig zu realisieren und nicht in den Notfallstufen-Regelungen festgelegt, wird aber bei der MD-Prüfung erwartet.		
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Insbesondere in den Wintermonaten / Infektionszeiten [sind] häufig alle Intensivstationen auch im Umkreis ausgelastet.</i></li> <li>▪ <i>Wenn alle Plätze mit Intensivpatienten belegt sind, ist es unrealistisch, innerhalb von 60 Minuten ein Bett zu generieren. Versorgung inkl. sämtlicher intensivmedizinischer Maßnahmen erfolgt dann zwangsläufig, z. T. über Stunden in der ZNA. [Es erfolgt eine] ärztliche Bindung durch zahlreiche Telefonate, um Patienten auf andere Intensivstation zu verlegen.</i></li> </ul> <p><i>Fokusgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Und für uns ist es auch nicht ganz einfach, die Strukturvoraussetzung von mindestens 6 Holdingplätzen bereitzustellen, in einem relativ kleinen Haus diese Plätze dann vorzuhalten, wo sie doch nicht immer belegt sind, also dieses Strukturmerkmal, dass dort unbedingt 6 Plätze in der Nähe des ZNA-Holdingbereichs vorgehalten werden müssen. (FG 1)</i></li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Also wir in [Bundesland] haben ein Riesenproblem mit dem Begriff Intensivstation, mit 6 Betten und 3 Beatmungsgeräten. [...] Die Krankenhäuser sind der Auffassung, ich brauche eine Station, da steht ein Schild dran [mit] „Intensivstation“. Da stehen 6 Betten und 3 Beatmungsgeräte. [...] Und wir [MD] sind der Auffassung, dass diese Betten und Beatmungsgeräte keine Patienten versorgen, sondern dass man da Personal zu braucht [...] Und das ist nirgendwo definiert. (Person 1 des MD)</i></li> </ul>		

FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; MD: Medizinischer Dienst; ZNA: Zentrale Notaufnahme

Tabelle 27: Medizinisch-technische Ausstattung § 11 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Absatz 1	<p>Die primären Herausforderungen sind die hohen Kosten der geforderten medizinisch-technische Ausstattung. Zum einen, weil deren regelhafte Notwendigkeit eher kritisch gesehen wird. Zum anderen sind die Kosten für die qualifizierte Bedienung, die Wartung veralteter oder die Neuanschaffung fehlender diagnostischer Geräte hoch. Des Weiteren ist unklar, ob ein Radiologe bzw. eine Radiologin für das CT immer vor Ort sein muss oder ob eine telemedizinische Versorgung ausreichend ist. Die räumlichen Voraussetzungen und erforderlichen Umbauarbeiten bilden zusätzliche Herausforderung, insbesondere wenn andere nahe gelegene Versorgungseinheiten hier Grenzen bilden. Unklar ist auch, ob eine telemedizinische gesteuerte Diagnostik, insbesondere bei bildgebenden Verfahren, eingesetzt werden kann und kompatibel mit den strengen Vorgaben für Teleradiologie mit Fernsteuerung ist. Probleme werden auch bei der Genehmigung von extern betriebener Radiologie und CT beschrieben, u. a. weil auch hier die Anforderungen unklar sind.</p>	k. A.	<p>Hinweise auf die genaue Ausgestaltung der Kooperation hinsichtlich der computertomografischen Bildgebung fehlen. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass sie eine Tele-Radiologie umfasst. Darüber hinaus ist nicht klar definiert, welche Anforderungen ein Schockraum im Rahmen der Notfallstufen-Regelungen erfüllen muss.</p>

Tabelle 27: Medizinisch-technische Ausstattung § 11 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	<b>Zitat</b>		
<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es ist unklar, ob ein Radiologe für das CT immer vor Ort sein muss oder ob eine telemedizinische Versorgung reicht.</li> <li>▪ [Bei dem] Röntgen-Fachpersonal besteht ein Personalmangel. Die Voraussetzungen [für] Teleradiologie mit Fernsteuerung CT sind sehr streng, es müssen Ärzte mit CT-Schein vor Ort sein.</li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Und da stellt sich natürlich bei einer 24/7-Versorgung die Frage, meinen wir hier jetzt mit Kooperation, dass jemand aus Poliklinik oder Versorgungszentrum XY ins Krankenhaus kommt und das CT betreut? Oder wäre da auch Tele-Radiologie inkludiert als Möglichkeit? Das ist hier noch nicht ganz klargelegt. (Person 1 des MD)</li> <li>▪ Ich kann Ihnen genau sagen, ich habe denen einen Schockraum gezeigt. Und im Schockraum, weil es ein kleines Haus ist, in dem kleinen Schockraum war ein Oxylog, also ein tragbares Beatmungsgerät. Ich kann den Patienten beatmen. Das habe ich angekreidet, weil kein Narkosegerät drinsteht. Wer sagt mir, wo steht drin, dass ich ein Narkosegerät haben muss? Wo? Steht ja nicht drin. Dann war der Zielbogen im Nebenraum [aufgestellt]. Der Zielbogen muss binnen so und so viele Minuten [...]. Steht das irgendwo drin? Nein. Auf welche Schockraumausstattung beziehen Sie sich? Es gibt ja einen Hinweis. Es gibt aber keine Leitlinie dazu. Was ist ein Schockraum? (INZ)</li> </ul>			
Absatz 2	<p>Die Umsetzung von Hubschrauberlandeplätzen für Krankenhäuser stellt eine Herausforderung dar, da nur wenige über einen eingetragenen Landeplatz verfügen.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einen geeigneten Hubschrauberlandeplatz zu finden, ist für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung mit der Stufe Basisnotfallversorgung meiner Meinung nach generell schwierig umzusetzen. Viele Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung verfügen nicht über einen eingetragenen Landeplatz für RTH.</li> </ul>	k. A.	k. A.
CT: Computertomografie; INZ: Integriertes Notfallzentrum; k. A.: keine Angabe; MD: Medizinischer Dienst; RTH: Rettungshubschrauber			

Tabelle 28: Medizinisch-technische Ausstattung § 16 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Absatz 1	<p>Eine Herausforderung besteht darin, dass das eine MRT mit hohen Kosten verbunden ist und aus medizinischer Perspektive nicht notwendig erscheint. Zudem ist eine Unterrepräsentation des Personals in medizinisch-technischen Positionen, insbesondere der Medizinisch-Technischen Radiologie-Assistentinnen und -Assistenten, festzustellen. Die bestehenden Kooperationsverträge, welche eine 24/7-Betreibung zu sichern, erweisen sich als unzureichend. Daraüber hinaus bestehen Herausforderungen in der Sicherstellung der kontinuierlichen Verfügbarkeit von MRT-Geräten, der Installation eines CT in unmittelbarer Nähe des Schockraums sowie in der Bereitstellung von ausreichend qualifiziertem Personal und Intensivbetten. Zudem herrscht Unklarheit darüber, inwiefern die medizinisch-technische Ausstattung die Bereitstellung der Geräte umfasst und ob eine permanente personelle Besetzung (mit ärztlichem und pflegerischem Personal) für den Schockraum erforderlich ist.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>MRT: verursacht immense Kosten, Personalknappheit MTRA, medizinisch völlig unnötig!</i></li> <li>▪ <i>Selbst bestehende Kooperationsverträge mit einer zugesicherten 24/7-Betreibung reichen nicht aus, sondern es müssen zusätzlich eigene 24/7-Dienstreihen mit den entsprechenden Fachärzten, in diesem Fall Kardiologen, vorgehalten werden; dies ist eine Auflage, die meines Erachtens weit über das Vorhalten einer medizinisch-technischen Ausstattung hinausgeht.</i></li> <li>▪ <i>Einbau eines CT in unmittelbarer Nähe des Schockraums</i></li> </ul>	k. A.	k. A.

Tabelle 28: Medizinisch-technische Ausstattung § 16 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Absatz 2	Der Bau des Hubschrauberlandeplatzes, der hauptsächlich für Sekundärverlegungen und nicht für Primärzuweisungen genutzt wird, ist mit hohen Kosten verbunden.	k. A.	k. A.
	<p><i>Online Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Der] Hubschrauberlandeplatz musste extra gebaut werden und hat das Haus Unsummen gekostet. Dieser wird hauptsächlich für Sekundärverlegungen genutzt und nicht für Primärzuweisungen.</li> </ul>		

CT: Computertomografie; k. A.: keine Angabe; MRT: Magnetresonanztomografie; MTRA: Medizinisch-Technische Radiologieassistenz

Tabelle 29: Medizinisch-technische Ausstattung § 21

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Absatz 1	Es ergeben sich Herausforderungen hinsichtlich der 24-stündigen Verfügbarkeit, die auf eine unzureichende Anzahl an Personalressourcen sowie die Verfügbarkeit eines MRT zurückzuführen sind.	k. A.	k. A.
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufgrund von Personalmangel ist eine 24-stündige Verfügbarkeit nicht immer sichergestellt, wobei sie vollumfänglich geplant wird.</li> </ul>		
Absatz 2	Eine Verlegung ohne Zwischentransport stellt bei vorbestehenden Strukturen eine Herausforderung dar.	k. A.	k. A.
	<p><i>Online Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hubschrauberlandeplätze bestehen bereits seit Jahren und sind nicht ohne Weiteres verlegbar. Die Verlegung ohne Zwischentransport kann daher eine Herausforderung sein bei vorbestehenden Strukturen.</li> </ul>		
k. A.: keine Angabe; MRT: Magnetresonanztomograf			

Tabelle 30: Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme § 12, § 17, § 22 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
§ 12, Nr. 2	Die Einhaltung der Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten ist für viele der befragten Krankenhäuser eine große Herausforderung. Als Gründe sind hier fehlende Triage-Räume, ein hohes Patientinnen- und Patientenaufkommen, Zeitverzögerungen in der administrativen Aufnahme, die beispielsweise durch Sprachbarrieren entstehen können, Personalmangel, insbesondere in der Pflege, die Trennung von Patientenadministration und Triage, die Priorisierung zwischen Ersteinschätzung und akuter Versorgung bei Personalmangel, dezentrale Versorgungsstrukturen und fehlende Weiterbildungsangebote zum Triage-System zu nennen. Darüber hinaus sind die Anforderungen hinsichtlich des Startzeitpunkts der 10-minütigen Frist nicht definiert.	Die Einhaltung von 10 Minuten für die Ersteinschätzung wird als kaum realisierbar gesehen. Gleichzeitig wird die fehlende Evidenz zu dieser Zeitvorgabe thematisiert.	Die Richtlinie fordert alleinig, dass die Patientinnen und Patienten eine Behandlungspriorisierung spätestens 10 Minuten nach Eintreffen erhalten. Es wird jedoch nicht gefordert, dass die Behandlung auch innerhalb der ermittelten Priorisierungsfrist beginnt. Im Rahmen der Sorgfaltspflicht wurde daher die Zeit bis zum Beginn der ärztlichen Versorgung anhand des festgestellten Behandlungsbedarfs geprüft. Dies ist jedoch aus juristischer Perspektive im Streitfall nicht haltbar, da es in den Notfallstufen-Regelungen nicht explizit gefordert ist.

Tabelle 30: Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme § 12, § 17, § 22 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ					
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen					
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews			
	<b>Zitat</b>					
<i>Online-Survey-Freitexte:</i>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Prozess der administrativen Aufnahme benötigt unter Umständen mehr Zeit (Sprachbarrieren, fehlende oder inkorrekte Angaben), sodass die Triage-Zeit von 10 Minuten nicht eingehalten werden kann.</i></li> <li>▪ <i>Die valide Ersteinschätzung bedarf, gerade in Stoßzeiten, eines manchmal kurzfristig hohen Personalaufwands, um die 10 Minuten jederzeit einzuhalten. Gerade in kleinen Teams muss man hier eine Interessensabwägung machen, ob die Ersteinschätzung oder die akute Versorgung der schon vorhandenen Patienten im Vordergrund steht.</i></li> <li>▪ <i>Es gibt nur sehr wenige Weiterbildungsinstitute, die Schulungen des Triage-Systems anbieten.</i></li> </ul>						
<i>Fokusgruppen:</i>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Häufig sind ja in den Notaufnahmen auch Patientenströme getrennt, fußläufig versus liegend. Und da muss man einfach auch ehrlich zugeben, wenn 10 Leute vorm Tresen stehen und 3 [...] [Rettungsdienste] in der gleichen Zeit kommen, ist das durch 1 Person de facto nicht schaffbar, diese 10 Minuten einzuhalten. (FG 3)</i></li> <li>▪ <i>Was ich nicht gut finde, und dafür gibt es keinerlei Evidenz, ist die Triage innerhalb von 10 Minuten. Es gibt weder national noch international Literatur, die belegt, dass dieses Qualitätskriterium tatsächlich ein Qualitätskriterium ist. [...] Wir haben eine Arbeitsgruppe gegründet, um Qualitätskriterien für die Triage festzulegen seitens der DGNA. Da kann ich nur sagen, wir haben eine umfassende Literaturrecherche gemacht, und es gibt keinerlei Evidenz dafür, dass dieses 10-Minuten-Intervall einen Benefit bringt [...]. (FG 3)</i></li> </ul>						
<i>Experteninterviews:</i>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Und genau das dürfte ich bisher nicht prüfen. Also wir haben es mitgemacht aus Sorgfaltspflicht, hätten es aber nie ausfechten können, [...] wenn es, sag ich mal, auf eine juristische Auseinandersetzung, weil es ebenso dann im Wortlaut nie drinsteht, dass die Anwendung damit gemeint ist. Also wenn ich nur feststelle, in 10 Minuten, ja, der braucht ganz dringend einen Arzt, da prüft die Richtlinie an keiner Stelle, ob der Arzt auch vorbeikommt, ob die ärztliche Versorgung, [das] ist eigentlich das Kerngebiet der Notfallstufen-Regelungen, überhaupt in Kraft tritt. (Person 1 des MD)</i></li> </ul>						

Tabelle 30: Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme § 12, § 17, § 22 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ			
	Zusammenfassung der Aussagen			
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews	
Zitat				
§ 12, Nr. 3	<p>Die Dokumentationsanforderung wird als komplex und in der Folge zeitintensiv erlebt. Darüber hinaus fehlen Minimalstandards für die Dokumentation. Die Dokumentation ist außerdem dadurch beeinträchtigt, dass sie nur mit einer geringen Anzahl an Mitarbeitenden durchgeführt werden kann, während die Zahl der Patientinnen und Patienten steigt. Darüber hinaus ist die Formulierung „aussagekräftig“ hier zu unpräzise.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minimalstandards der Dokumentation [sind] nicht definiert.</li> <li>▪ Was ist „aussagekräftig“?</li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Und da ist der Hauptpunkt „Arztbindung mit Bürokratie“. Wir haben ja durchschnittlich 50 Minuten Arztbindungszeit pro Patient pro Jahr. (Wo 2 / 3 mindestens auf bürokratische Sachen geht [wie] Aufklärung und Patientenrechtegesetz. Dokumentation, Dokumentation, Dokumentation. Ja, das ist ganz wichtig. Wir haben immer noch nicht in allen Bereichen der IT- durchgesetzt. (Person des INZ)</li> </ul>	k. A.	<p>Die Dokumentation nimmt einen Großteil der Arztbindungszeit pro Patientin oder Patient ein. Es fehlen digitale Lösungen zur Vereinfachung.</p>	

Tabelle 30: Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme § 12, § 17, § 22 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
§ 17 Satz 2	<p>Hinsichtlich der geforderten Beobachtungsstation stehen Krankenhäuser vor dem Problem, dass die baulichen Gegebenheiten in manchen Notaufnahmen die Einrichtung einer Beobachtungsstation oder eine direkte Anbindung an die Notaufnahme kaum zulassen. Darüber hinaus sehen sich Krankenhäuser mit der Herausforderung konfrontiert, dass nicht ausreichend Personal für die Beobachtungsstation zur Verfügung steht. Des Weiteren wird angemerkt, dass die Beobachtungsstation einen erheblichen Platzbedarf aufweist, jedoch kaum genutzt wird. Es wird darauf hingewiesen, dass Patientinnen und Patienten von der Beobachtungsstation zu spät verlegt oder entlassen werden und die Beobachtungsstation folglich als reguläre Station genutzt wird. In der Konsequenz verweilen die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt über drei Tage auf der Beobachtungsstation.</p> <p><b>Online-Survey-Freitexte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Die Beobachtungsstation wird als normale Station genutzt; dort liegen die Patienten im Durchschnitt über 3 Tage.</i></li> <li>▪ <i>[Es bestehen] Schwierigkeiten bei der Etablierung einer Beobachtungsstation.</i></li> <li>▪ <i>Es gibt kein Personal für die Beobachtungsstation. Es gibt nicht genug Raumkapazität, daher wird die Beobachtungsstation als zusätzliche Untersuchungskabinen missbraucht.</i></li> </ul>	k. A.	k. A.
DGINA: Deutsche Gesellschaft für Notfallmedizin; FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; INZ: Integriertes Notfallzentrum; IT: Informationstechnologie; k. A.: keine Angabe; MD: Medizinischer Dienst			

Tabelle 31: Modul Scherverletztenversorgung § 24 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p>Für das Notfallzentrum fehlt eine Mindestanforderung als Berechnungsgrundlage; in der Folge stehen häufig nicht genug Stellen zur Verfügung. Die oft knappe Besetzung erschwert zudem die Qualifizierung des Personals. Im neuen Weißbuch wurde die Bezeichnung „Pflegekräfte Chirurgie“ korrigiert, aber es bleibt unklar, was genau unter „Transportpersonal“ verstanden wird. Außerdem gibt es keinen Ruf- oder Bereitschaftsdienst für Pflegekräfte in diesem Setting. Es ist anspruchsvoll, an einem nicht universitären Standort die Disziplinen „Gefäßchirurgie“ und „Herz- und / oder Thoraxchirurgie“ vorzuhalten. Bei Kooperationen mit Partnerkliniken sind diese nicht immer bereit oder in der Lage, die geforderten Nachweise wie Dienstpläne und Qualifikationsnachweise herauszugeben, teilweise mit Verweis auf ein Veto des Personalrates.</p>	<p>Es bestehen Unklarheiten hinsichtlich der anzuwendenden Standards: Obwohl das Weißbuch Scherverletztenversorgung in der Version von 2019 in einigen Fällen Gültigkeit besitzt, wird vielerorts weiterhin auf die Fassung von 2012 Bezug genommen. Darüber hinaus bestehen strukturelle Defizite in der Weiterbildungspflicht. Trotz der hohen Anforderungen an die Scherverletztenversorgung gibt es hier keine gesetzlich verpflichtende Weiterbildung in der Notfallpflege oder klinischen Notfallmedizin. Dies führt zu geringer Motivation seitens der Kliniken, in umfassende Qualifizierungsmaßnahmen zu investieren, insbesondere wenn der unmittelbare Nutzen aus Sicht der Krankenhausleitungen nicht erkennbar ist. Die befragten Krankenhäuser berichten auch von einem erheblichen Klärungsbedarf hinsichtlich der Definition und Anzahl der einzusetzenden Pflegefachkräfte. Insbesondere wird kritisiert, dass der Begriff „Pflegekraft“ nicht hinreichend präzisiert sei, sodass regelmäßig nicht pflegerische Berufsgruppen – wie Anästhesietechnische Assistenz, Operationstechnische Assistenz, Medizinische Fachangestellte sowie Transportpersonal – irrtümlich als Pflegefachkräfte im Stellenplan berücksichtigt würden, obwohl sie diesen Status nicht</p>	<p>Gemäß den Notfallstufen-Regelungen, in denen die Anforderungen des Weißbuchs 2012 gefordert werden, finden Zertifizierungen, die im Jahr 2019 erworben wurden, keine Berücksichtigung. In den tragenden Gründen wurde eine Änderung auf das Jahr 2019 festgehalten, jedoch wurde diese in den Regelungen der Notfallstufen nicht implementiert.</p>

Tabelle 31: Modul Scherverletztenversorgung § 24 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
		erfüllen. Zusätzlich verschärft der bestehende Fachkräftemangel die Problematik: Viele Krankenhäuser sehen sich außerstande, die geforderte Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatzqualifikation „KLINAM“ sicherzustellen.	
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufgrund von Personalmangel ist es schwer, Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter in Fort- sowie Weiterbildungen zu schicken. Mit Personalmangel ist auch gemeint, dass nicht genügend Stellen für das Notfallzentrum zur Verfügung stehen, da es keine Mindestanforderung als Berechnungsgrundlage gibt.</li> <li>▪ [Es ist eine] sehr herausfordernde Anforderung, die folgenden Disziplinen an einem nicht universitären [...] Standort bereitzuhalten: Facharzt für Gefäßchirurgie, Facharzt für Herz- und / oder Thoraxchirurgie.</li> <li>▪ Bei Kooperationen sind die Partnerkliniken nicht immer bereit oder in der Lage, die in der Prüfung geforderten Nachweise (Dienstpläne, Qualifikationsnachweise) herauszugeben, teilweise mit Verweis auf ein Veto des örtlichen Personalrates.</li> <li>▪ Zum Glück ist die Bezeichnung Pflegekräfte Chirurgie im neuen Weißbuch bereits korrigiert worden. Was wird hier unter Transportpersonal beschrieben? Dies halten wir nicht vor, zumal dies qualifiziertes Personal sein müsste. Ein Ruf oder Bereitschaftsdienst für Pflegekräfte ist ebenfalls für dieses Setting nicht implementiert.</li> <li>▪ Im laufenden Betrieb [ist eine] 2:1- bzw. 1:1-Personalbindung nicht in jeder einzelnen Schicht verlässlich abbildbar.</li> </ul>		

Tabelle 31: Modul Schwerverletztenversorgung § 24 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p><b>Fokusgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ich klinke mich da auch noch mal kurz ein, also ich glaube, dass es wirklich ein großes Problem für uns ist, dass zum einen [das] Weißbuch 2012 zu beachten ist, [zum anderen das] Weißbuch 2019, und wir bis auf den § 6 nichts aus dem G-BA-Beschluss wirklich erfüllen müssen. Also wir sind komplett als Schwerstverletztenversorger bei diesem G-BA-Beschluss außen vor. Und das macht es für uns zum einen schwierig, uns auf die Zukunft vorzubereiten, weil wir nicht wissen, was kommt. Und 2012 ist jetzt 13 Jahre her, was da drinsteht, ist komplett überholt. (FG 4)</li> <li>▪ Was natürlich auch bedeutet, dass die Vorgaben im Weißbuch geltend sind und nicht primär die Vorgaben im G-BA-Beschluss, heißt also auch, zumindest so verstehe ich das aktuell, dass wir weder [eine] Notfallpflege noch KLINAM[-Ärzte] vorhalten müssen. Und das ist natürlich auch ein deutlicher Standortnachteil im Gegensatz zu anderen Kliniken. Weil wenn man sich das jetzt mal anguckt und man quasi sagt, okay, dann brauchen wir ja weder Notfallpflege noch [...] auch Ärzt*innen mit Zusatzbezeichnung, dann fragt man sich natürlich, vor allem auch als Pflegekraft, okay, wenn ich mich da nicht fachweiterbilden kann, warum sollte ich da dann arbeiten? (FG 4)</li> <li>▪ Da steht noch kein klinischer Akut- und Notfallmediziner drin. Da gibt es die Fachpflege Notfallmedizin nicht. Da wird noch unterschieden zwischen den Pflegekräften einer chirurgischen und einer internistischen Notaufnahme. Da kommt auch das Wort, glaube ich, Transportpfleger her, wenn ich das richtig im Kopf habe. (FG 4)</li> <li>▪ Also ich würde das so sehen, dass man noch mal darüber sprechen muss, wie die Personalbesetzungen generell der Pflege sinnvoll durchgeführt werden kann, weil ich ja vor allem, auch wenn ich jetzt noch mal auf das Weißbuch gucke, pro Polytrauma da 2 Pflegefachkräfte brauche. Und vielleicht auch das Wort Pflegekraft mal streichen und da Pflegefachkraft daraus machen, weil es immer auch wieder Häuser gibt, die dann ATA, OTA, MFA etc. [anführen], die zählen alle zum Pflegepool, sind aber keine Pflegekräfte. Aber es ist halt trotzdem so, dass es als Pflegekraft gewertet wird. (FG 4)</li> <li>▪ Und wir sehen ein großes Problem darin, dass wir für das Schwerstverletzenmodul keine Klinischen Akut- und Notfallmediziner gewinnen können, weil die meisten Unfallchirurgen auf das schlichtweg keine Lust haben und es für uns wenig Sinn macht, Internisten, Gynäkologen mit [Zusatzzweiterbildung] KLINAM einzustellen, weil bei uns die Anzahl der Patienten einfach zu 99,9 % unfallchirurgisch ist, und wir auch große Probleme haben, fachweitergebildete Krankenpflege[kräfte] zu halten, weil wir doch ein sehr eingeschränktes Spektrum in der Notaufnahme haben. (FG 4)</li> </ul>		

Tabelle 31: Modul Scherverletztenversorgung § 24 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inzwischen sind alle Krankenhäuser über das Weißbuch 2019 zertifiziert. Das heißt, diese Zertifikate können wir nicht anerkennen, weil in der Richtlinie das Weißbuch 2012 gefordert wird. Uns ist bekannt, dass der G-BA diesen Sachverhalt schon mehrfach diskutiert hat. Und es gab auch schon Tragende Gründe, die eine Umstellung auf das Weißbuch 2019 begründet haben. Der zugehörige Beschluss wurde aber nie umgesetzt. (Person 2 des MD)</li> <li>▪ Also die Maßgabe wäre ja gewesen, wir müssen das Krankenhaus prüfen oder es hätte ein Zertifikat von 2012 vorliegen müssen. Das hatte zu dem Beginn der Notfallstufen-Regelungen ja schon kaum noch jemand vorzuweisen. Da hatten die ja alle schon das 2019. Und dann kam noch erschwerend hinzu, dass eben die Anforderung von 2019 niedrigschwelliger als die von 2012 waren. Und das lösen wir bis heute so, dass wir dann 2012 prüfen. Also zumindest wir haben uns einen Abgleich gemacht. Was sind die Unterschiede zwischen 2012 und 2019 und prüfen dann zumindest gezielt die Kriterien ab, die 2012 strenger gesehen wurden als 2019. (Person 1 des MD)</li> </ul>		

ATA: Anästhesietechnische Assistenz; FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; KLINAM: Klinische Akut- und Notfallmedizin; MD: Medizinischer Dienst; MFA: Medizinische Fachangestellte / Medizinische Fachangestellte; OTA: Operationstechnische Assistenz

Tabelle 32: Modul Notfallversorgung Kinder: § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Abs. 2	<p>Eine zentrale Herausforderung besteht darin, dass Anmeldung und Triage räumlich getrennt erfolgen, was aufgrund baulicher Gegebenheiten zu zeitlichen Verzögerungen führt. Bei Notfällen der Triage-Kategorie Rot entstehen keine Zeitverluste, da das Behandlungsteam umgehend zum Übergabepunkt der Patientin oder des Patienten gerufen wird. In den Fällen der Triage-Kategorien Gelb und Grün hingegen lassen sich aufgrund der baulichen Struktur keine optimierten Wege zwischen Anmeldung und Station realisieren, was zu unvermeidbaren Verzögerungen führt. Hinsichtlich der Triage zeigt sich zusätzlich, dass die angewandte Methodik ursprünglich für die Versorgung Erwachsener konzipiert wurde. Die damit betrauten Fachkräfte verfügen häufig nicht über die erforderliche Spezialisierung im Umgang mit Säuglingen und Kindern, was zu weiteren Problemen in der Ersteinschätzung führt. Die Einhaltung der Vorgabe, innerhalb von 10 Minuten nach der Anmeldung eine Ersteinschätzung durchzuführen, wird als eine dauerhafte Herausforderung beschrieben. Erschwerend kommt hinzu, dass die Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bei bestehenden KV-Notdiensten in der Umgebung abgelehnt werden.</p>	<p>Die aktuellen Regelungen setzen identische Standards in der Kinder- und Erwachsenennotfallversorgung voraus, obwohl die Weiterbildungsinhalte – etwa zur Notfallpflegekraft oder zur Zusatzbezeichnung KLINAM – stark auf die Erwachsenenmedizin fokussiert sind und in der pädiatrischen Praxis als wenig relevant gelten. Dies führt zu einer geringen Weiterbildungsbereitschaft bei pädiatrisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzten und Pflegefachkräften. Zudem verschärft der Rückgang an Berufsanhängerinnen und Berufsanhängern in der Kinderkrankenzpflege die Situation. Der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigte sowie die verlängerte Weiterbildungsdauer in Teilzeitmodellen wirken sich zusätzlich hemmend aus. Auch die generalistische Pflegeausbildung wird kritisch gesehen, da pädiatrische Inhalte unzureichend abgebildet sind.</p>	k. A.

Tabelle 32: Modul Notfallversorgung Kinder: § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Anmeldung und die Triage erfolgen an unterschiedlichen Stellen, was aufgrund der baulichen Gegebenheiten zu Verzögerungen führt. Bei Notfällen (Triage Rot) treten keine Zeitverluste auf, da das Behandlungsteam unmittelbar zum Übergabepunkt des Patienten gerufen wird. In Fällen mit Triage Gelb oder Grün lässt sich der Weg von der Anmeldung zur Station baulich nicht optimieren, was zu unvermeidbaren Verzögerungen führt.</li> <li>▪ Die Triage ist für die Erwachsenen ausgelegt und die Triage-Kraft ist nicht auf Baby- bis Kindsalter spezialisiert.</li> <li>▪ 10 Minuten zwischen Anmeldung und Ersteinschätzung zu 100 % ist immer eine Herausforderung.</li> <li>▪ Die örtliche KV lehnt es ab, neben dem KV-Notdienst der Stadt, weitere Notdienste zu besetzen. Obwohl wir das gesamte Umland mitversorgen.</li> </ul> <p><i>Fokusgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Klinische Akut- und Notfallmedizin, ich meine, man kann das für den Standort natürlich sehen, dass man das im internistischen Bereich erfüllt und dadurch den Kinderbereich mit abdeckt. Aber das ist, glaube ich, nicht das Ziel. Das Ziel müsste sein, dass das Pädiatrie-spezifisch wird oder als Bedingung rausgenommen wird. Oder aber es gibt eine klare Regelung für eine pädiatrische Akut- und Notfallmedizin. Denn wenn ich ärztliches Personal jetzt in die Ausbildung schicke, dann ist das ärztliche Personal die nächsten 2 Jahre weg. Es lernt über 1,5 Jahre Dinge, die es danach nicht mehr anwendet und ist vielleicht ein halbes Jahr in einer pädiatrischen Notaufnahme. [...]. Es muss entweder etwas pädiatrisch Spezifisches geben oder aber man lässt es ganz weg. Also da kann auch keine Übergangsfrist helfen. [FG5]</li> </ul>		

Tabelle 32: Modul Notfallversorgung Kinder: § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Abs. 3	<p>Der bestehende Personalmangel sowie die Auswirkungen der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung führen in der Kindernotaufnahme zu einer unzureichenden Verfügbarkeit von pädiatrisch qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Personal. Zudem stellt die Anwendung eines primär auf Erwachsene ausgerichteten Triage-Systems im kinderärztlichen Kontext eine zusätzliche Herausforderung dar, da die spezifischen Bedürfnisse von Säuglingen und Kindern nicht ausreichend berücksichtigt werden. Auch die 24/7-Verfügbarkeit im Hinblick auf ein MRT-Gerät ist oft nicht gegeben, da entsprechendes Personal fehlt.</p> <p><b>Online-Survey-Freitexte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Drohender Fachkräftemangel für fachspezifische Versorgung der Stationen und der Notaufnahme mit Kinderkrankenpflegekräften</i></li> <li>▪ <i>Triage-System von Erwachsenen lässt sich nur bedingt auf Kinder übertragen.</i></li> <li>▪ <i>Personaleinsatz für 24/7-MRT problematisch.</i></li> </ul> <p><b>Fokusgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Aber ich muss grundsätzlich bei Notfällen abschätzen können, habe ich die Zeit, ein MRT anzufertigen. Oder ist es etwas, wo ich quasi auch eben ein schnelles CT fahren kann. Dass ein MRT vor Ort verfügbar sein sollte, ja, aber ob es dann wirklich 24/7 bespielt werden muss, das ist immer die Frage, wie das quasi geprüft wird. Weil ich glaube, dass man, auch selbst wenn man es jetzt 18 Stunden am Tag verfügbar hätte, wäre das vollkommen in Ordnung für eine Notfallversorgung dieser Stufe. [FG5, B4]</i></li> </ul>	<p>Gerade in der pädiatrischen Notfallversorgung ist die Durchführung einer MRT mit erhöhtem personellem Aufwand verbunden, was insbesondere nachts die Nutzung einschränkt. Zwar wird der diagnostische Nutzen einer MRT anerkannt – gerade aufgrund der fehlenden Strahlenbelastung –, jedoch ist dessen praktische Verfügbarkeit im 24/7-Betrieb schwierig. Vorgeschlagen wird, dass in spezifischen Fällen auf die schnelleren, wenn auch strahlenbelastenden Alternativen des CT ausgewichen werden kann.</p>	k. A.

Tabelle 32: Modul Notfallversorgung Kinder: § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Abs. 4	<p>Der Nachweis der Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie mit entsprechender pädiatrischer Erfahrung gestaltet sich ebenfalls problematisch, da eine eigenständige Weiterbildung im Bereich der pädiatrischen Neurochirurgie nicht existiert. Die unscharfe Formulierung der Anforderungen führt zu Unsicherheiten, sodass Nachweise mitunter aufgrund von Unklarheiten bei der Nachweiserbringung nicht akzeptiert werden. Auch die Formulierung „Facharzt mit nachgewiesener Erfahrung in Kindernarkosen / komplettes OP-Team inkl. Anästhesie mit einer an die Altersgruppe angepassten Ausstattung und Erfahrung“ ist zu unspezifisch, da der Umfang der erforderlichen Erfahrung nicht eindeutig definiert ist. Darüber hinaus bestehen Unklarheiten hinsichtlich der Regelungen für Randzeiten sowohl in der Neurochirurgie als auch in der Radiologie. Insbesondere im Bereich der Radiologie ist unklar, ob eine allgemeine Durchleuchtungseinrichtung für die Versorgung von Kindern ausreichend ist oder ob spezifische, kindgerechte Geräte erforderlich sind. Zudem wird berichtet, dass die vorge-</p>	<p>Die derzeit erforderliche Anwesenheit einer Fachärztin oder eines Facharztes für Neurochirurgie in der Kindernotaufnahme innerhalb von 30 Minuten wird als Herausforderung angesehen, da das Kind normalerweise zur weiteren Untersuchung in die erforderliche Abteilung verlegt wird. Die Einrichtung eines Hubschrauberlandeplatzes ist baurechtlich nicht in allen Krankenhäusern realisierbar.</p>	k. A.

Tabelle 32: Modul Notfallversorgung Kinder: § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p>schriebene Bettenanzahl von 10 pädiatrischen Patientenbetten als zu hoch eingeschätzt wird, da i. d. R. kein entsprechender Bedarf besteht und zudem nicht genügend Pflegepersonal zur Verfügung steht. Die vollständige Durchführung der Triage innerhalb von 10 Minuten wird als wenig realistisch beschrieben. Darüber hinaus variieren die Interpretationen der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) zwischen den Bundesländern: Während in einigen Bundesländern Bereitschaftsdienste anerkannt werden, gilt dies in anderen lediglich für das Drei-Schicht-System. Schließlich werden schwere Notfälle über den Erwachsenen-Schockraum abgewickelt, der sich in etwa 150 Metern Luftlinie entfernt befindet, was zu Präsenzproblemen beim pflegerischen Fachpersonal führt. Aus baulichen Gründen ist die Errichtung eines Hubschrauberlandeplatzes nicht immer realisierbar.</p>	k. A.	k. A.

Tabelle 32: Modul Notfallversorgung Kinder: § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei diesen Anforderungen bleibt unklar, wie sie nachgewiesen werden können. So gibt es im Haus zwar Neurochirurgen mit Erfahrung in der pädiatrischen Neurochirurgie, ob diese dem Prüfer dann allerdings ausreicht, ist unklar. Was ist in den Randzeiten? Wenn ich zwar einen erfahrenen Neurochirurgen am Standort habe, dieser aber ggf. nicht über die nachweisbare Erfahrung bei Kindern verfügt? Reicht die Erfahrung bei Jugendlichen als Erfahrung aus? Was ist denn überhaupt in diesem Zusammenhang ein „Kind“? Gleiches gilt für die Radiologie. Wir haben zwar Kinderradiologen, diese sind jedoch nicht 24/7 da. In Randzeiten springt die Allgemeine Radiologie ein. Welche Erfahrung benötigt der erfahrene Radiologe? Kann ein Kind in eine normale Durchleuchtungseinrichtung oder muss es hier spezifische geben? Was sind denn in diesem Zusammenhang die „besonderen Bedürfnisse“? Ohne definierte Konkretisierung bleibt es im Ermessen des Prüfers, die vorgelegten Nachweise zu akzeptieren.</li> <li>▪ Die Interpretation bei den einzelnen Prüfungen des MD ist hier auch sehr verschieden; in manchen Bundesländern werden Bereitschaftsdienste anerkannt in anderen nur (Drei-)Schicht-System. Die Formulierung ist, anders als in der G-BA-Richtlinie Neonatologie, sehr unklar. Ferner ist die 100 %Regelung für die Triage binnen 10 Minuten für alle Menschen, die praktische Erfahrung in Notfall- und Intensivmedizin haben, völlig absurd. In diesen Bereichen kann es keine 100 % geben. Es gibt einfach Situationen, in denen das gesamte Team in der Betreuung, zum Beispiel einer Eskalation bei einem psychiatrisch erkrankten Patienten, gebunden ist, und niemand Zeit hat, einen Triage-Bogen am Computer auszufüllen.</li> <li>▪ Trauma werden über den Erwachsenen-Schockraum abgewickelt in 150 Meter Luftlinie Entfernung. Damit Präsenzprobleme für das pflegerische Fachpersonal.</li> </ul> <p><i>Fokusgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kann es sein, dass sich diese Aussage auch auf diese Verfügbarkeit von Neurochirurgen in 30 Minuten am Bett bezieht? Weil das sind tatsächlich so Sachen, ich brauche jemanden der entscheidet, das Kind muss zum Neurochirurgen, und dann wird das Kind zum Neurochirurgen gebracht. Weil das macht in unserem Setting keinen Sinn, einen Neurochirurgen erst an das Patientenbett zu kriegen, damit er dann die Entscheidung trifft, okay, ich nehme es dann einfach gleich mit und operiere es. Das macht für uns überhaupt keinen Sinn, sondern da ist es in vielen Fällen sinnvoll. [FG5]</li> <li>▪ Es ist ja baulich nicht unbedingt immer möglich. Also um diesen Punkt zu erfüllen, habe ich einen Bauantrag bei der Stadt gestellt, dass ich gerne im Weltkulturerbe [Ort] einen Hubschrauberlandeplatz hätte. Dann haben die mir den Vogel gezeigt. Ich habe dem MD das Schreiben hingelegt, dass wir leider keinen Hubschrauberlandeplatz bauen dürfen, weil das nicht ins Weltkulturerbe passt, und damit war das dann auch erledigt. Und wir versorgen genauso gut die Kinder ohne Hubschrauberlandeplatz. [FG 5]</li> </ul>		

Tabelle 32: Modul Notfallversorgung Kinder: § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
CT: Computertomografie; FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; k. A. keine Angabe; KLINAM: Klinische Akut- und Notfallmedizin; KV: Kassenärztliche Vereinigung; MD: Medizinischer Dienst; MRT: Magnetresonanztomografie; OP: Operation			

Tabelle 33: Modul Spezialversorgung § 26 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Abs. 2	Die Anerkennung als Spezialversorger in der Notfallversorgung gestaltet sich oft als langwierig, auch weil die Anforderungen und Voraussetzungen unklar sind und / oder spezifische Fachkliniken, wie z. B. Tropen- und Reisemedizin, zu selten sind. Standortbedingte Besonderheiten, wie große Entfernung zu anderen Kliniken, erschweren die Umsetzung zusätzlich. In Bezug auf den Fachbereich Orthopädie / Kinderorthopädie ist die Ausweisung eines Spezialversorgers im G-BA-Beschluss (gem. § 136c Abs. 4 SGB V) strukturell nicht definiert.	Es fehlt eine verpflichtende Einbindung der KV-Praxen in die Notfallversorgung; so verweisen KV-Praxen aufgrund von Personalmangel und fehlender Ausstattung für die Akutdiagnostik bei ambulanten Notfallpatientinnen und -patienten häufig an die Krankenhäuser, insbesondere an die Spezialversorger. Diese übernehmen diese Aufgaben im Rahmen der regulären Notfallversorgung, ohne dass die Krankenhausplanung ausreichend auf diese regionalen Versorgungsbedarfe abgestimmt ist. Bei der Zuweisung von Leistungsgruppen werden die spezifischen Notfallanforderungen kleiner Spezialversorger nicht hinreichend berücksichtigt. Dies führt dazu, dass bestimmte akute Behandlungsfälle nicht vor Ort versorgt werden können, was zu längeren Transportzeiten und potenziellen Versorgungslücken führt. Darüber hinaus äußern die Krankenhäuser die Sorge, dass Fachkräfte die Arbeit an Spezialversorger-Krankenhäusern meiden könnten, da dort keine verbindlichen Weiterbildungsanforderungen in der Akut- und Notfallmedizin bestehen.	Es fehlt ein konkretisiertes Anforderungsprofil für die Krankenhäuser mit Modul Spezialversorgung.

	<p><b>Online-Survey-Freitexte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachbereich Tropen- und Reisemedizin kommt selten vor und hatte somit niemand als Spezialversorger auf dem Schirm.</li> <li>▪ Der Prozess, um als Spezialversorger ernannt zu werden, war sehr langwierig und somit lange unklar.</li> <li>▪ Die Ausweisung eines Spezialversorgers im Fachbereich Orthopädie / Kinderorthopädie ist im G-BA-Beschluss (gem. § 136c Abs. 4 SGB V) strukturell nicht definiert und musste durch unsere Klinik ausführlich über einen langjährigen Prozess dargelegt werden.</li> </ul> <p><b>Fokusgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hinzu kommt, dass die angegliederten Praxen, also ungefähr 10 % bis 20 % dieser Patienten, die eigentlich, sagen wir mal, nicht in der Notaufnahme von ihrem Schweregrad zuzuordnen sind, werden trotzdem wieder eingewiesen, weil die Ressource Sonografie, Labor und Röntgen zum Beispiel traumatologischer Patienten. Das fehlt natürlich in diesen Notfallpraxen und das ist so ein Pingpong-Spiel. Das heißt, es wäre schön, wenn man tatsächlich noch besser filtern könnte [...]. (FG 7)</li> <li>▪ Dann muss ich ehrlich sagen, wenn Sie in so Vorstellungsgesprächen sitzen, ist mit einer der ersten Fragen, von vor allem der jungen Generation: „Äh, wie ist es denn bei Ihnen im Haus? Wann kann ich in die Weiterbildung gehen? Wie lange Wartezeit habe ich da?“ Und wenn ich da ehrlich wäre, wenn ich zum Beispiel niemanden schicken würde und dem sage, na ja, wir bieten hier keine Weiterbildung an, dann sagt der junge Kollege / die junge Kollegin, alles klar, dann gehe ich in ein anderes Haus, weil ich will mich einfach fortführen und ich finde die Weiterbildung toll, und dann gewinnt man so halt auch keine Pflegekräfte. (FG 7)</li> </ul> <p><b>Experteninterviews:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In diesem Modul ist unklar, wie wir das prüfen sollen. Wir sollten einen Auftrag zu diesem Modul erhalten. Auf Nachfrage bei der beauftragenden Stelle, was wir genau an dem Standort aufgrund deren Vereinbarung mit dem Krankenhaus überprüfen sollen, haben wir keine detaillierte Antwort erhalten. Wir müssten beispielsweise wissen, ob wir das Vorhandensein einer ZNA, einer Fachabteilung oder eine grundsätzliche personelle Anwesenheit überprüfen sollen. Daraufhin hat sich die beauftragende Stelle mit dem Haus geeinigt, dass man die Beauftragung erst mal aufschiebt. [...] Weil der Vereinbarung keine Details zu entnehmen waren. (Person 2 des MD)</li> <li>▪ Also Spezialversorgung [...]. Da frage ich mich immer über die Sinnhaftigkeit dahinter. Es gibt weder Zu- noch Abschläge. Da denke ich mir „Was prüfe ich jetzt?“ Und dann fragt man sich ja wirklich bei so einem Spezialversorger Psychiatrische Klinik. Also die können mir alles erzählen und ich könnte es nicht ablehnen. Also da müsste wirklich was Eklatantes sein. Es sind entspannte Prüfungen, weil irgendwas erzählen die immer. Aber man hat überhaupt keinen Prüfrahmen, keine Struktur, dass da jemand sagt, dein Facharzt muss jetzt anwesend sein oder der muss, ich müsste den genauso gut akzeptieren, wenn der bei Ankunft des psychiatrischen Patienten von zu Hause kommt, im Rufdienst ist. Also da gibt es ja überhaupt gar keine, die müssen mir ja einfach nur sagen, nimmt 24/7 an der Notfallversorgung teil. Klammer auf, egal wie. Und das macht eigentlich gar keinen Sinn. (Person 1 des MD)</li> </ul>
<p>FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; KV: Kassenärztliche Vereinigung; MD: Medizinischer Dienst; SGB: Sozialgesetzbuch; ZNA: Zentrale Notaufnahme</p>	

Tabelle 34: Modul Schlaganfallversorgung § 27

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p>Die Konkurrenz zwischen zertifizierten Stroke Units und benachbarten Kliniken, die ebenfalls Schlaganfall-Versorgung anbieten, führt zu Doppelstrukturen, welche die Personalsituation erschweren.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Hauptproblem in unserer Versorgungsregion besteht darin, dass in dem benachbarten Klinikum in [Ort] ([Krankenhaus]) seit einigen Jahren eine „internistische Schlaganfall-Station“ mit auch wenigen Neurologen betrieben wird, ohne dass diese im Bettenplan oder im Krankenhausstrukturplan vorgesehen ist. Das führt dazu, dass damit in dieser Region ([Region]) zwei Stroke Units sich Konkurrenz machen: einerseits unsere (d. h. die dem [Krankenhaus] bzw. die der hiesigen Klinik für Neurologie Zugehörige) und andererseits eine zweite (die sich irritierenderweise „[Name Zentrum]“ nennt, die aber weder einer Klinik für Neurologie angebunden ist, noch im Krankenhausplan vorgesehen ist). Eine Zertifizierung durch die DSG hat zudem nur die hiesige („regionale Stroke Unit“ der Klinik für Neurologie am [Krankenhaus, Ort]), die Stroke Unit am [Krankenhaus] ist weder im Bettenplan vorgesehen noch zertifiziert. D. h. hier existieren Doppelstrukturen, die eine erschwerte Personalsituation bzw. Effizienz und Qualitätssicherung erschweren.</li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie ist das Modul Schlaganfallversorgung zu überprüfen? Wann liegt eine Stroke Unit vor? Das muss definiert werden. Entweder muss auf die Kriterien der Fachgesellschaften oder auf die Struktur-OPS-Kriterien abgestellt werden. [...] Es muss ja auch überprüfbar sein. (Person 2 des MD)</li> </ul>	k. A.	Es ist nicht festgelegt, welche Qualitätskriterien oder OPS-Kriterien greifen. Entsprechend ist unklar, was geprüft werden soll.

DSG: Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft; FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; k. A.: keine Angabe; KV: Kassenärztliche Vereinigung; MD: Medizinischer Dienst; OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel

Tabelle 35: Modul Durchblutungsstörungen am Herzen § 28 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Nr. 1	In vielen Fällen behindert die feste Zuordnung betriebliche Belange (Effizienz) und stellt für die CPU hohe bürokratische Hürden dar. In der Formulierung „Der Bereich der CPU muss exakt definiert und ausgewiesen sein“ wird der Begriff „exakt“ als unspezifisch erachtet und lässt Raum für Interpretation.	k. A.	k. A.
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Die feste Zuordnung konterkariert in vielen Fällen betriebliche Belange (Effizienzen); für CPU hohe bürokratische Hürden. Die „exakte“ Definition ist ein unbestimmter Begriff und ist interpretierbar.</i></li> </ul>		
Nr. 2	Es herrschen hohe Anforderungen an die Notfallmedizin im Modul Chest Pain, ohne eine gesicherte Refinanzierung. Da dieser Bereich typischerweise mit erheblichem Aufwand verbunden ist und wirtschaftlich selten kostendeckend arbeitet, führt er häufig zu finanziellen Defiziten.	k. A.	k. A.
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Hohe Anforderungen festlegen und Refinanzierung nicht gewährleisten darf nicht geschehen. Notfallmedizin ist i. d. R. nicht kostendeckend, meist hochaufwendig und defizitär.</i></li> </ul>		

Tabelle 35: Modul Durchblutungsstörungen am Herzen § 28 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Nr. 3	<p>Es besteht eine Diskrepanz zwischen der leitliniengerechten Behandlung und den Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen. Die Bestimmung von Troponin nach Leitlinie steht im Widerspruch zu den Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen. Da die Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen Prüfungsinhalt des Medizinischen Dienstes sind, führt eine leitliniengerechte Behandlung zu negativen Prüfungsergebnissen. Darüber hinaus liegen die Herausforderungen in einer nachvollziehbaren Dokumentation.</p>	<p>Bei den diagnostischen Vorgaben zur Troponin-Kontrolle besteht ein Spannungsverhältnis zwischen den bestehenden regulatorischen Anforderungen (0 / 6 / 9-Stunden-Schema) und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, der mittlerweile eine frühzeitige Diagnostik mittels hochsensitiver Troponin-Tests nach nur einer Stunde vorsieht.</p>	<p>Die Anforderungen des Moduls „Durchblutungsstörungen am Herzen“ sind nicht mehr zeitgemäß und entsprechen nicht den aktuellen medizinischen Standards. Die leitliniengerechte Umsetzung von Leistungen würde formal bei dem Modul durchfallen, allerdings wird sie in den Prüfungen akzeptiert.</p>
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Diskrepanz zwischen der leitliniengerechten Behandlung und der formalen Anforderung führt zum negativen MD-Bescheid.</i></li> <li>▪ <i>Die Abnahmen des Troponins nach Leitlinie der DGK widersprechen den Anforderungen der G-BA-Richtlinie.</i></li> <li>▪ <i>Die Herausforderungen liegen vor allem in der nachvollziehbaren Dokumentation. Beispielsweise wird die Befundung eines EKG nicht gesondert mit Zeitstempel dokumentiert.</i></li> </ul> <p><i>Fokusgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Das Problem ist halt wirklich, dass der G-BA nicht unterscheidet zwischen diesen hochsensitiven und den konventionellen Tests. Also die gehen immer noch von den konventionellen aus und dann wäre es richtig mit den 6 bis 9 Stunden. Das ist aber absolut nicht zeitgemäß. (FG 4)</i></li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Es gibt auch Probleme beim Modul Durchblutungsstörungen am Herzen. Die Mindestanforderungen sind z. T. veraltet. Beispielsweise wird Troponin heutzutage nicht mehr nach drei und sechs Stunden bestimmt, da es inzwischen hochsensitive Troponin-Bestimmungen gibt. Diese werden in der Regel in Stunde 0 und 1 oder 2 erfasst. Grundsätzlich würde damit jedes Haus, welches sich an die aktuellen Leitlinien hält, formal bei dem Modul durchfallen. Diese Mindestanforderung würden wir dann aus medizinischen Gesichtspunkten bei leitliniengerechter Medizin dennoch als erfüllt bewerten. (Person 2 des MD)</i></li> </ul>		

Tabelle 35: Modul Durchblutungsstörungen am Herzen § 28 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Nr. 4	Für die CPU liegt oft kein gesonderter Dienstplan vor, weil die Besetzung durch die Intensivmedizin abgedeckt wird. Der Nachweis der ständigen Verfügbarkeit mittels Dienstplans ist so nicht möglich.	k. A.	k. A.
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Es liegt kein gesonderter Dienstplan der CPU vor; die Besetzung wird durch die Intensivmedizin abgedeckt.</i></li> </ul>		
Nr. 5	Die Einarbeitungszeit kardiologischer Fachärztinnen und -ärzte, kombiniert mit fehlender intensivmedizinischer Erfahrung, sowie die begrenzte Verfügbarkeit von Weiterbildungsplätzen stellen zusätzliche Hürden bei der Erfüllung der Anforderungen dar. Hinzu kommen die hohen Kosten und temporären Personalausfälle im Zuge der Teilnahme an Weiterbildungen.	k. A.	k. A.
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Einarbeitungszeit des Kardiologen zu [...] [niedrig], teilweise sehr unerfahren, keine bis wenig Intensiverfahrung</i></li> <li>▪ <i>wenige Plätze, hohe Kosten und Personalausfall</i></li> </ul>		

Tabelle 35: Modul Durchblutungsstörungen am Herzen § 28 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Nr. 6	<p>In der Diskussion mit dem MD wurden unterschiedliche Standpunkte in Bezug auf die Einbeziehung von Belegärztinnen und -ärzten in der Notfallversorgung deutlich. Gemäß der Entscheidung des Schiedsstellenverfahrens wird die Auffassung des Krankenhauses bestätigt, dass die Notfallversorgung CPU auch belegärztlich erfolgen kann. Darüber hinaus erweist sich die Nachbesetzung von Assistenzkräften als problematisch.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Da wir eine belegärztliche fachärztliche Besetzung haben, gab es hinsichtlich der Berücksichtigung von Belegärzten in der Notfallversorgung Streitpunkte mit dem MD; Schiedsstellenverfahren hat unsere Auffassung als Krankenhaus bestätigt, dass die Notfallversorgung CPU auch belegärztlich erfolgen kann.</i></li> </ul>	k. A.	k. A.

CPU: Chest Pain Unit; DGK: Deutsche Gesellschaft für Kardiologie; EKG: Elektrokardiogramm; FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; k. A.: keine Angabe; MD: Medizinischer Dienst

Tabelle 36: Übergangsbestimmungen § 30

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Abs. 1	k. A.	Hinsichtlich der Übergangsregelung wird befürchtet, dass bei Auslaufen dieser nicht genügend Personal zur Verfügung steht, um die Personalanforderungen in der Notaufnahme zu erfüllen.	k. A.
	<p><b>Fokusgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aber am 1.05. enden diese Übergangsregelungen im Land [Bundesland]. Dementsprechend mit 3 Klinischen Akut- und Notfallmedizinern bin ich halt knapp in der Lage, diesen Dienstplan nur aus dem Kernteam zu stemmen. Aber Sie können sich vorstellen, einer ist immer im Urlaub, einer ist mal krank, einer will auf Fortbildung gehen. Das bedeutet dann schon 15 Dienste im Schnitt in so einem Monat, wo nur 2 da sind für beide. Da ist überhaupt keine Ausfallsicherung da [...]. (FG 1)</li> </ul>		
FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe, k. A.: keine Angabe			

Tabelle 37: Besondere Schwierigkeiten für Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag und Bedarfsnotwendigkeit<sup>a</sup>

Zusammenfassung der Aussagen	Zitat
Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag sehen sich oft mit einer geringen Anzahl an Fachärztinnen und -ärzten konfrontiert. Zusätzlich erschwert die Freistellung von Personal für Weiterbildungen die Aufrechterhaltung der Routineversorgung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wir können auch nicht ausbilden, weil für die Ausbildung braucht man ja 2. Und ich weiß, dass es hier im [Region] fast allen Kliniken so geht, dass die einfach zu wenig Ärzte haben, die diese Zusatzbezeichnung haben. Und dass das ein ganz großes Problem ist. (FG 2)</li> </ul>
FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe a. ausschließlich aus Fokusgruppe 2	

### A.3 Fragestellung 1b

#### A.3.1 Qualitative Ergebnisse

Tabelle 38: Allgemeine Anforderungen § 6 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Absatz / Satz / Nummer	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteneinterviews
	Zitat		
1	Eine Ergänzung zum Umgang mit kurzfristigen unplanbaren Ausfällen bei grundsätzlicher Erfüllung der Anforderungen wäre wünschenswert. Darüber hinaus soll eine rechtliche Grundlage und Einigkeit darüber herbeizuführen, welche Patientinnen und Patienten in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) behandelt werden sollen. Es wird vorgeschlagen, Satz 2 auf Notfallpatientinnen und -patienten zu beschränken, die nicht durch den Rettungsdienst eingeliefert werden.	k. A.	k. A.
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konkretisierung, wie mit kurzfristigen unplanbaren Ausfällen (Technik, Personal) umzugehen ist. Beispielsweise: „die Vorgabe 24/7 gilt als erfüllt, wenn die Voraussetzungen grundsätzlich gegeben sind. Kurzfristige Ausfälle mit einer Dauer von weniger als xx Tagen sind damit abgedeckt“.</li> <li>▪ Ergänzung siehe eckige Klammern: (2) Die Notfallversorgung der Notfallpatienten, [die nicht durch den Rettungsdienst eingeliefert werden,] findet in Krankenhäusern, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach den §§ 3 und 4 teilnehmen, ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme, die immer am Krankenhausstandort vorzuhalten ist, statt.</li> </ul>		

Tabelle 38: Allgemeine Anforderungen § 6 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
2	<p>Es wird eine Konkretisierung bzw. Eingrenzung der Patientenklientel auf Notfälle, die nicht durch den Rettungsdienst eingeliefert werden, vorgeschlagen. Zudem wird angemerkt, dass eine Definition der ZNA als eigenständige Fachabteilung erfolgen sollte. Des Weiteren bedarf es einer Definition des Terminus „barrierefrei“.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Vorgabe müsste sein, dass die ZNA eine eigenständige Fachabteilung sein muss. Die aktuelle Definition ist schwammig und lässt damit viel Interpretationsspielraum, sodass seitens der Klinik-Geschäftsführungen bestimmt oft keine Notwendigkeit gesehen wird, die ZNA als eigenständige Abteilung zu stärken.</li> <li>▪ Barrierefrei sollte erläutert bzw. konkreter definiert werden. Diese weite Begrifflichkeit bietet dem Medizinischen Dienst erheblichen Spielraum.</li> <li>▪ Ergänzung siehe eckige Klammern: (2) Die Notfallversorgung der Notfallpatienten, [die nicht durch den Rettungsdienst eingeliefert werden,] findet in Krankenhäusern, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach den §§ 3 und 4 teilnehmen, ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA), die immer am Krankenhausstandort vorzuhalten ist, statt. 2Die ZNA ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung. 3Der Zugang zur Zentralen Notaufnahme ist grundsätzlich barrierefrei.</li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine Barrierefreiheit können wir als medizinisches Fachpersonal nicht wirklich überprüfen, da es für jeden Altbau eine Ausnahmegenehmigung gibt [...]. Wir können daher nur beurteilen, was offensichtlich ist: Beschilderung, Zuwegung (Treppe, Fahrstuhl, Rampe etc.). Es wäre gut, wenn die Barrierefreiheit in der Richtlinie definiert wäre, also welche Voraussetzungen erforderlich sind. (Person 2 des MD)</li> <li>▪ Da habe ich gesagt, Bitte eine klare Definition, was Barrierefreiheit beim Zugang angeht. (Person des INZ)</li> </ul>	k. A.	Sowohl der Medizinische Dienst als auch die befragte Person des INZ betonen die Notwendigkeit einer präzisen Definition des Begriffs „barrierefrei“ und wie konkret es umgesetzt werden muss.

Tabelle 38: Allgemeine Anforderungen § 6 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
3	Die KVen sollen stärker in die Verantwortung für das Zustandekommen einer Kooperation genommen werden. Außerdem gibt es den Wunsch, die Kooperation zu intensivieren und auszubauen. Konkret geht es um die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums. Es wurde auch eine verpflichtende Teilnahme am „Gemeinsamen Tresen“ für die KVen vorgeschlagen. Die aktuelle Kooperationsvereinbarung sollte konkretisiert und die gemeinsame Nutzung technischer Geräte berücksichtigt werden. Zudem wird eine verpflichtende Portalpraxis der KV vorgeschlagen, die an 7 Tagen die Woche von 9 bis 22 Uhr besetzt sein muss.	Die KV soll zur Kooperation mit den Krankenhäusern verpflichtet und auf einen gemeinsamen Tresen, wie im Notfallgesetz vorgeschlagen, ausgeweitet werden. Darüber hinaus sollte eine KV-Anlaufstelle an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung stehen, um die Notaufnahme zu entlasten.	k. A.

Tabelle 38: Allgemeine Anforderungen § 6 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ					
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen					
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews			
	<b>Zitat</b>					
<i>Online-Survey-Freitexte:</i>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konkrete und nachhaltige Verpflichtung der KVen zur Sicherstellung der Notfallversorgung im ambulanten Sektor; verpflichtende Teilnahme am „gemeinsamen Tresen“ für die KV; ggf. Sanktionsmaßnahmen vereinbaren. Unsere Notaufnahme wird nach wie vor von Patienten aus dem Bereich der KV-Notfallversorgung (kein stationärer Behandlungsbedarf) überrannt.</li> <li>▪ Verpflichtende Portalpraxis durch die KV, welche an 7 Tage die Woche von 9 Uhr bis 22 Uhr besetzt sein muss.</li> </ul>						
<i>Fokusgruppen:</i>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [...] für mich wäre das ein ganz wichtiger Punkt, dass man die KV verpflichtet, ihren Versorgungsauftrag für solche KVen und ambulanten Patienten auch unbedingt zu erfüllen. Und in dem Punkt finde ich es eben ganz wichtig, dass man und wenn man da in einer Art und Weise wie auch immer Zwang ausübt an die KVen und dass diese gemeinsamen Tresen, die gemeinsamen Notaufnahmen verpflichtend eingeführt werden, weil wir, wie gesagt, werden mit diesen Patienten überschwemmt, was uns ja bei der Versorgung der anderen, die wirklichen stationären Handlungsbedarf haben, durchaus in Not bringt. (FG 2)</li> <li>▪ Was dann aber auch heißen würde, dass man gesetzgeberseits auch einfach sagen muss „Na gut, es muss für jeden Mitbürger 24/7 365 Tage, so wie eine Notaufnahme auch, die Möglichkeit einer KV-Anlaufstelle geben. [...] Und die 116 117, auch das ist meines Erachtens gescheitert, denn jeden Tag erlebe ich das, dass die Patienten alles richtig machen. Sie erreichen ihren Hausarzt nicht, bekommen keinen Termin, wählen die 116 117, kriegen dort dann gesagt, mit Bagatellen, ja, dann gehen Sie in die nächste Notaufnahme. Nein, das ist tatsächlich so nicht zielführend. Also gesetzgeberisch ganz klar 24/7 Möglichkeiten der Erreichbarkeit. [...] Ja, und diese Möglichkeit muss geschaffen werden, und zwar flächendeckend. Und das würde uns dann auch wieder unserer Kernkompetenz mehr Zeit überlassen. (FG 3)</li> </ul>						
FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; INZ: Integriertes Notfallzentrum; k. A.: keine Angabe; KV: Kassenärztliche Vereinigung; MD: Medizinischer Dienst; ZNA: Zentrale Notaufnahme						

Tabelle 39: Art und Anzahl der Fachabteilungen § 8, § 13, § 18 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p>Der Begriff „Fachabteilung“ sollte präzise definiert und die Vorgaben der Fachabteilungen bzw. die Zuordnung in die Kategorien A und B sollten überarbeitet werden. Beispielsweise wird vorgeschlagen, die Fachabteilungen Orthopädie und Unfallchirurgie getrennt aufzuführen oder andere Fachabteilungen wie die Viszeralchirurgie, Pädiatrie oder Geriatrie, Neurochirurgie, optional Thoraxchirurgie, Kardiochirurgie sowie Klinische Akut- und Notfallmedizin zu ergänzen. Weitere Vorschläge sehen eine Integration der Inneren Medizin sowie Neurologie, Pneumologie und Kardiologie in Kategorie A vor. Alternativ zur Geriatrie ist für die Befragten auch eine allgemeinmedizinisch geführte Station für hochaltrige Patientinnen und Patienten mit hohem Pflegebedarf vorstellbar. Angeregt wird in diesem Zusammenhang auch, dass Fachabteilungs-Äquivalente Berücksichtigung finden und spezialisierte Einheiten wie Stroke Units oder eigenständige Neuroabteilungen gestärkt werden. Darüber hinaus wird eine verbindlichere und präzisere Vorgabe zu den Fachabteilungen bzw. vorzuhaltenden Disziplinen verlangt, um Kooperationen mit Fachabteilungen externer Partnerinnen und Partner in räumlicher Nähe zu erleichtern.</p>	<p>Die Befragten erachten eine klare Definition der Fachabteilungen, welche zu einer umfassenden Notfallversorgung zwingend dazugehören, als medizinisch sinnvoll. Es sollte darauf geachtet werden, dass keine Wahlmöglichkeiten bestehen. Ein weiterer Vorschlag ist, die Anforderungen über die vorzuhaltenden Fachabteilungen aus den Notfallstufen-Regelungen zu entfernen und stattdessen die Leistungsgruppen zu nutzen.</p>	k. A.

Tabelle 39: Art und Anzahl der Fachabteilungen § 8, § 13, § 18 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ					
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen					
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews			
	<b>Zitat</b>					
<i>Online-Survey-Freitexte:</i>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn fachliche Anforderungen ohne eigene Fachabteilungsschlüssel erfüllt sind, erkennbar z. B. an voller Weiterbildungsbefugnis in Verbindung mit entsprechend qualifiziertem Rufdienst, dann sollte das Fachabteilungs-Äquivalent berücksichtigt werden; anderenfalls müssten künstlich Fachabteilungen separiert werden, um die Notfallstufenvorgabe für die erweiterte Notfallversorgung zu erfüllen.</li> <li>▪ Fachabteilung „Klinische Notfallversorgung“ muss etabliert werden.</li> <li>▪ Trennung Orthopädie und Unfallchirurgie; Aufnahme Pneumologie und Kardiologie in Gruppe A</li> <li>▪ Berücksichtigung von Subdisziplinen in großen Fachabteilungen (Pädiatrie oder Chirurgie)</li> <li>▪ Aufnahme der Abteilung Viszeralchirurgie in den Fachabteilungsschlüssel, da diese Fachabteilung einen nicht unerheblichen Anteil an Notfallpatienten abdeckt.</li> <li>▪ Kooperation einzelner Fachabteilungen / Funktionen sollte bei räumlicher Nähe zu einem Partner ermöglicht werden.</li> <li>▪ Wiedereinführung Pädiatrie, Wiedereinführung Entbindung, Stärkung der Abteilung Gynäkologie</li> </ul>						
<i>Fokusgruppen:</i>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ich halte es persönlich aus medizinischer Sicht für sinnvoll, wenn man sagt, umfassende Versorgungsstufe muss definiert sein. Diese oder jene Fachabteilungen gehören definitiv dazu. Man kann sich das nicht noch mit einer Kategorie-B-Abteilung dann zusammen mauscheln, dass man eben diese ausreichenden Abteilungen da hat. (FG 3)</li> <li>▪ Eine solche Logik würde ich mir vom G-BA allein wegen der gleichzeitigen Planbarkeit wünschen. Also dass wir uns von der Fachabteilungslogik für die Notfallstufen trennen und nach Leistungsgruppen, die zugewiesen sind, verhalten. Denn alles andere ergibt bei der Krankenhausstrukturreform, die nicht mehr auf Fachabteilung abzielt, keinen Sinn, weil ich sonst eine Doppelstruktur vorhalten muss in der Überlegung. (FG 1)</li> </ul>						
FG: Teilnehmende(n) der Fokusgruppe; k. A.: keine Angabe						

Tabelle 40: Anzahl und Qualifikation des vorhandenen Fachpersonals § 9, § 14, § 19 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ			
	Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
		Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat				
Nr. 1		<p>Einigen Teilnehmenden ist unklar, wieso die verantwortliche Ärztin oder der verantwortliche Arzt die Qualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ vorweisen soll, und empfehlen dies zu konkretisieren oder zu streichen. Da unklar ist, ob die pflegerische Leitung die Qualifikation „Notfallpflege“ aufweisen muss oder ob dies nur für die Schichtleitung gilt, sollte dies spezifiziert werden. Zudem wird die Implementierung eines Rufdienstes für die Notfallpflege gefordert. Darüber hinaus wird eine Konkretisierung der Formulierung „im Bedarfsfall verfügbar“ erbeten.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aus meiner Sicht müssen diese verantwortlichen Ärzte die Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin nicht haben, um genauso gut und adäquat Notfälle versorgen zu können.</li> <li>▪ Für die Pflege ist unklar, ob die pflegerische Leitung die Qualifikation Notfallpflege haben muss oder ob das nur für die Schichtleitung gilt. Bitte spezifizieren.</li> <li>▪ Einrichten eines Rufdienstes durch weitergebildete Fachpflegekräfte. Die Notaufnahmen sind durch viele verschiedene Professionen abgedeckt, beispielsweise MTAs. Das führt dazu, dass nicht nur Fachpflegekräfte mit Weiterbildung Notfallpflege eingesetzt sind.</li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Was heißt im Bedarfsfall? [...] Man kann im Bedarfsfall nicht anfangen zu telefonieren, um herauszufinden, wer von den Leitenden Zeit hat. Es muss irgendwo stehen, wer verantwortlich ist und der Begriff muss definiert sein. (Person 2 des MD)</li> <li>▪ Da würden wir uns, glaube ich, mal wünschen [...], dass da noch [...] eine Klärung geschaffen wird, wen man dort sehen möchte. Ob das vielleicht auch tatsächlich Leitung im Sinne von Fachkompetenz oder so zu verstehen ist, dass man hier gar nicht den organisatorischen Leiter da unbedingt festbinden muss. (Person 1 des MD)</li> </ul>	k. A.	Es besteht die Notwendigkeit einer präzisen Definition der Begriffe „verantwortlicher Arzt“ und „im Bedarfsfall verfügbar“. Insbesondere sollte festgelegt werden, ob eine fachliche oder eine organisatorische Leitung gefordert ist.

Tabelle 40: Anzahl und Qualifikation des vorhandenen Fachpersonals § 9, § 14, § 19 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Nr. 2	<p>Im Rahmen der Notfallversorgung wird eine Gleichstellung der Pflege-Weiterbildungen „Anästhesie / Intensivmedizin“ und „Notfallpflege“ angeregt, da die Lerninhalte der beiden Weiterbildungen also nahezu identisch eingestuft werden. Auch die Anerkennung von Modulen aus anderen Qualifikationen sollte in Betracht gezogen werden. Für die Qualifizierung zum Facharzt Klinische Akut- und Notfallmedizin wird vorgeschlagen, die Anforderungen durch CME-Punkte oder Ähnliches zu konkretisieren. Außerdem besteht der Wunsch nach einer weiteren Konkretisierung des Personalbedarfs, konkret um bundesweit einheitlich klare Kriterien zur Anzahl des Personals pro Menge an Patientenkontakten.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ verkürzte Fachweiterbildung für erfahrenes Personal</li> <li>▪ Anrechnung von Berufserfahrung im Bereich Notaufnahme auf die Gesamtdauer der [...] [Weiterbildung], niedrigere Zugangshürden zur Qualifikation</li> <li>▪ Vorgaben, was Weiterbildungen sind (z. B. CME-Punkte, Basic Life Support, ATLS, ACLS ...)</li> </ul>	<p>Um die gestellten Anforderungen zu erfüllen, sollten Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin in die Personalmatrix einbezogen werden, da sie bereits über Erfahrung als Fachärztinnen und Fachärzten verfügen. Ergänzend wurde vorgeschlagen, dass sie einen gewissen Teil ihrer Weiterbildung bereits abgeschlossen haben müssen, bevor sie zur Erfüllung der Anforderungen hinzugerechnet werden können. Darüber werden klare Personalaufgaben im ärztlichen und pflegerischen Bereich gefordert.</p>	<p>Zur Konkretisierung der aktuellen Formulierung „ab Verfügbarkeit im jeweiligen Land“ wird die Formulierung „ab Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung“ vorgeschlagen.</p>

Tabelle 40: Anzahl und Qualifikation des vorhandenen Fachpersonals § 9, § 14, § 19 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Weiterbildung Anästhesie / Intensiv MUSS gleichgestellt werden mit der Notfallpflege-Weiterbildung. Wenn man sich die Lerneinheiten anguckt, ist kein großer Unterschied in den Weiterbildungen. Eine Weiterbildung Anästhesie / Intensiv geht sogar noch tiefer in die Notfallversorgung: Beatmung, Reanimation, Krankheitslehre und so weiter.</li> <li>▪ Einfache Anrechenbarkeit von absolvierten Modulen anderer Fachweiterbildungen mit gleichem Inhalt (z. B. Weiterbildung Anästhesie und Intensivmedizin). Möglichkeit, fehlende Module einzeln zu absolvieren (ohne eine gesamte Kursdauer von 2 Jahren mitlaufen zu müssen). Solange Fachkräftemangel und damit verbundener Fluktuation in den Bereichen, die Quote im überwiegenden Anteil (bundesweit) nicht erreicht werden kann, sollte über einen weiteren Zeitraum der besonderen Prüfung oder einer verkürzen Version unter Erfüllung bestimmter Bedingungen ernsthaft nachgedacht werden.</li> <li>▪ Konkretisieren des Personalbedarfs</li> </ul> <p>Fokusgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Personaldiskussionen würden wahrscheinlich schon erheblich erleichtert werden, wenn es möglich wäre, Weiterbildungsassistenten Klinischer Akut- und Notfallmedizin in die Personalmatrix mit einzubeziehen. Sprich, wenn die voll gelten würden als Klinische Akut- und Notfallmediziner in ihrer Anwesenheit. Das sind Fachärzte, sie sind in Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin. Ich denke, da könnte man vielleicht darüber nachdenken, ob man so ein ganz klein bisschen die Tür in diese Richtung öffnet, denn das würde einiges, glaube ich, erleichtern für die Anforderungen. (FG 1)</li> <li>▪ Und dann denke ich, brauchen wir dringend einen Personalschlüssel, einen einheitlichen, also so was wie Personaluntergrenzen, auch Pflegepersonal, das an Patientenzahlen, sozusagen, angeglichen ist und uns einen Schlüssel an die Hand gibt, mit wie vielen und nicht nur mit welcher Qualifikation wir in die Arbeit gehen müssen. (FG 3)</li> </ul> <p>Experteninterviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aber wenn das solche Ausmaße annimmt, dass sich diese Daten ein halbes Jahr unterscheiden können, dann müsste man es idealerweise vielleicht anders formulieren, dass man sagt, ab der Verfügbarkeit bedeutet ab Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung. (Person 1 des MD)</li> </ul>		

Tabelle 40: Anzahl und Qualifikation des vorhandenen Fachpersonals § 9, § 14, § 19 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Nr. 3	Es werden konträre Vorschläge zur Weiterentwicklung gemacht: Einerseits sollte die Anforderung der fachärztlichen Anwesenheit innerhalb von 30 Minuten in eine ärztliche Anwesenheit mit verpflichtender Möglichkeit zur fachärztlichen Konsultation geändert werden. Da aus Sicht der Krankenhäuser die 30 Minuten im Rufdienst nicht immer einzuhalten sind, sollte die Zeitvorgabe zudem auf 45 Minuten verlängert werden. Ein anderer Vorschlag sieht vor, dass verankert wird, dass Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Akut- und Notfallmedizin zur Sicherstellung der Qualität der Notfallversorgung über 24 Stunden an 7 Tagen vor Ort verfügbar sind.	k. A.	k. A.
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ärztliche Anwesenheit in 30 Minuten (auch Assistenzarzt möglich) mit Möglichkeit zur Konsultation eines Facharztes</li> <li>▪ 30 Minuten am Patienten verfügbar ist im Rufdienst nicht immer zuverlässig erreichbar. Ist diese Zeitvorgabe notwendig? Innerhalb 45 Minuten wäre eine sinnvolle bedarfsgerechte und erreichbare Vorgabe.</li> <li>▪ Meiner Meinung nach sollten hier ebenfalls gesetzlich verankert werden, dass Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Akut- und Notfallmedizin 24/7 verfügbar vor Ort sind. Dies muss gesetzlich verankert werden, da es sonst erhebliche Schwankungen in der Qualität der Notfallversorgung, gerade an den Wochenenden, gibt!</li> </ul>		

Tabelle 40: Anzahl und Qualifikation des vorhandenen Fachpersonals § 9, § 14, § 19 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Nr. 4	k. A.	k. A.	Es wird eine Konkretisierung der Formulierung „regelmäßige Fortbildung“ vorgeschlagen, nämlich „ein Mal im Quartal“ oder „ein Mal im halben Jahr“. Gleichzeitig ist unklar, welche Fortbildungen unter diese Kategorie fallen, um die Anforderung zu erfüllen.
	<p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Ja, genau, solche Sachen mit solchen Begrifflichkeiten. Da müsste man bei der Richtlinienschaffung oder Verbesserung, sag ich mal, ein bisschen mehr darauf achten, dass man dann entweder die Dinge normiert, und sagt eben, ein Mal im Quartal oder ein Mal im halben Jahr. (Person 1 des MD)</i></li> <li>▪ <i>Es kommen immer wieder der Punkt, wenn alle Fragen, die Ärzte bilden sich regelmäßig fort. Was heißt das, „regelmäßig“? „Ein Mal im Jahr?“ Steht nicht drin, ist nicht klar geregelt. (Person des INZ)</i></li> </ul>		
ACLS: Advanced Cardiovascular Life Support; ATLS: Advance Trauma Life Support; CME: Continuing Medical Education; FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; INZ: Integriertes Notfallzentrum; k. A.: keine Angabe; MD: Medizinischer Dienst, MTA: Medizinisch-technische Assistenz			

Tabelle 41: Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten § 10, § 15, § 20 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p>Die Vorschläge reichen von einer Definition der Begriffe „Intensivstation“ und „beatmungspflichtig“ über die Einrichtung zentraler Übergabepunkte, der Erweiterung von Monitorkapazitäten außerhalb der Intensivstationen bis hin zu Vorgaben zur Reservevorhaltung von Kapazitäten für ungeplante Aufnahmen. Des Weiteren besteht der Wunsch nach einer verpflichtenden Festlegung fachgesellschaftlich definierter und regelmäßig geprüfter Kriterien, um eine qualitativ hochwertige Versorgung von High-Care-Patientinnen und -Patienten kontinuierlich zu gewährleisten. Hinsichtlich der Kapazität von Intensivbetten fehlt den Befragten eine Festlegung für die Bettenbelegung. Daher wird vorgeschlagen, die Aufnahme von intensivpflichtigen Notfällen bei „grüner Kapazität“ zu verpflichten und eine gesetzliche Regelung zur Verlegung von Intensivpatientinnen und -patienten zu implementieren. In Bezug auf das Personal variieren die Vorschläge von einer vorübergehenden Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, die Einführung eines Rufdienstes Intensivpflege bis hin zu einer Erhöhung des Personalschlüssels</p>	<p>Bei den Anforderungen an die erweiterte und umfassende Notfallversorgung zur Aufnahme von beatmungspflichtigen Notfällen auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten sollte stärker im Fokus stehen, dass die Patientinnen und Patienten adäquat und gut versorgt werden, dabei sei es – so die Befragten – nicht zwangsläufig relevant, ob diese nach 60 Minuten auf der Intensivstation, in der Decision Unit oder im Schockraum seien.</p>	<p>Es besteht der Wunsch nach mehr Klarheit hinsichtlich der Begriffe.</p>

Tabelle 41: Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten § 10, § 15, § 20 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	auf Intensivstationen. Auch die Differenzierung der Vorgaben für die verschiedenen Versorgungsstufen sowie eine Lockerung der 60-Minuten-Vorgabe für die Übernahme beatmeter Patientinnen und Patienten auf 90 Minuten oder eine Streichung der Vorgabe sehen die Befragten als Entwicklungspotenzial für die Notfallstufen-Regelungen. Darüber hinaus könnte die Integration neuer Konzepte in die Notfallversorgung, z. B. „Emergency Critical Care Units“ oder „Critical Care Providing Teams“, die Übergänge zwischen Notfall- und Intensivmedizin verbessern.		
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ja eine Klarstellung was Intensivstation bedeutet</li> <li>▪ IMC- und Stroke-Betten sollten in die Definition zum Intensivbett klar mit einbezogen werden.</li> <li>▪ Definition von Beatmungspflicht</li> <li>▪ Streichen des Zusatzes „beatmungspflichtige“</li> <li>▪ Wir brauchen IMC-Plätze, also Aufteilung ITS (High Care) und IMC (Intermediate Care) besser lösen.</li> <li>▪ Kontingente für ZNA-Patientinnen und -Patienten freihalten. Alternativ Emergency-Critical-Care-Betten in ZNAs fordern und fördern.</li> <li>▪ Es benötigt einen zentralen Übergabepunkt, inklusive einem konservativen (Nicht Traumapatienten-)Schockraummanagement und einer zentralen Bettenkoordination mit Zugriff auf alle Intensivstationen.</li> <li>▪ Es wäre sehr sinnvoll, die Monitorkapazitäten außerhalb der ITS zu erweitern. Dadurch können die ITS entlastet und Kapazitäten für eindeutig intensivpflichtige Patienten besser verfügbar gemacht werden. Intensivpflicht und Monitorpflicht sind 2 verschiedene Dinge.</li> <li>▪ Die Vorgabe des G-BA, die Übernahme eines beatmeten Patienten binnen 60 Minuten, ist unrealistisch. Die mediane Beatmungsdauer in der</li> </ul>		

Tabelle 41: Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten § 10, § 15, § 20 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Notaufnahme beträgt 7 Stunden. 15 % der Patienten müssen aufgrund von IMC und ICU-Kapazitätsmangel in externe Häuser verlegt werden. Daher muss diese Vorgabe aufgelockert werden.</li> <li>▪ Hier sollten, wie z. B. bei der traumatologischen Schockraumversorgung, fachgesellschaftlich definierte und regelmäßig geprüfte Kriterien verpflichtend festgelegt werden, um eine qualitativ hochwertige Versorgung von High-Care-Patientinnen und -Patienten durchgehend zu gewährleisten.</li> <li>▪ Für Notfälle sollte eine Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung erfolgen.</li> </ul> <p>Fokusgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wir müssen gucken, dass wir beatmungspflichtige Patienten adäquat und gut versorgen können, wenn wir Level II oder Level III arbeiten. Dabei ist es völlig egal, ob die nach 60 Minuten auf der Intensivstation sind oder ob die in der Decision Unit oder im Schockraum oder wo auch immer sind. Wir müssen nur nachhalten, dass wir das eben gut können. Also weg von einfachen Strukturanforderungen, die man mit einem Satz auf einer SOP irgendwie locker für jeden Kaufmann hinbiegen kann, hin zu tatsächlich echten Strukturprozedur-Verbesserungen, das wäre mein Credo. (FG 3)</li> </ul> <p>Experteninterviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ganz klare Definition von Begrifflichkeiten. [...] Was damit gemeint ist, [...] mit dem Begriff „Intensivstation“. (Person 2 des MD)</li> </ul>		

FG: Teilnehmende(n) der Fokusgruppe; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; ICU: Intensive Care Unit; IMC: Intermediate-Care-Station; ITS: Intensivtherapiestation; MD: Medizinischer Dienst; SOP: Standard Operating Procedure; ZNA: Zentrale Notaufnahme

Tabelle 42: Medizinisch-technische Ausstattung § 11, § 16, § 21 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Absatz 1	<p>Die Ausstattung von Notaufnahmen und Schockräumen sollte gemäß den Empfehlungen der Fachgesellschaften oder konkreten Vorgaben in den Regelungen ergänzt werden. Es wird insbesondere empfohlen, Vorgaben zur Art, zu den Ausstattungsmerkmalen und zur Anzahl der vorzu haltenden Geräte an den kalkulierten Patientenzahlen auszurichten. Für den Schockraum wird u. a. folgende Ausstattung vorgeschlagen: Beatmung, NIV, hochvolumige Sauerstofftherapie, Videolaryngoskopie, Lysetherapie, Temperaturmanagement, invasive Kreislaufüberwachung, Liquordiagnostik, Blutungsmanagement, Antidot, Blutgasanalyse, POC-Ultraschall, 2-Kanal-EKG, Echokardiografie, Sonografie und Duplexsonografie, Röntgen (konventionell und Durchleuchtung), Videolaryngoskopie, Endoskopie, CT, MRT, Bronchoskopie, Ultraschall und POCT-INR. In Bezug auf die Anforderung einer MRT-Untersuchung wird eine Präzisierung derselben erbeten. Ein alternativer Vorschlag sieht eine Exklusion der MRT aus der erweiterten Notfallversorgung vor. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, für die Anforderungen unter Nummer 3 (MRT)</p>	k. A.	<p>Es sollten konkrete Anforderungen an den Schockraum formuliert werden. Konkret wird vorgeschlagen, dass der Schockraum mit einer fest installierten Röntgenanlage, einem CT-Scanner, einem Beatmungsgerät und einem Monitoring-System ausgestattet sein soll. Gemäß der Vorgabe, dass eine „24-stündig verfügbare computertomografische Bildgebung auch gegeben ist, wenn sie durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer jederzeit (24 Stunden) sichergestellt wird“, wird vorgeschlagen, die Formulierung in den Notfallstufen-Regelungen zu spezifizieren, indem außerhalb der Regelarbeitszeit auch eine Tele-Radiologie in Kooperation angeboten werden kann.</p>

Tabelle 42: Medizinisch-technische Ausstattung § 11, § 16, § 21 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p>und 4 (medizinisch-technische Ausstattung zur Primärdiagnostik des Schlaganfalls und Möglichkeit zur Einleitung einer Initialtherapie in der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung die Option von Kooperationen, z. B. mit Fachärzten vorzusehen. Auch wird um Klarstellung gebeten, ob ein Haus der Basisversorgung eine 24-stündige Präsenz von Operationspersonal und Endoskopiekapazitäten vorhalten muss.</p>		
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Definition Schockraum: Beatmung, NIV, High-Flow-Sauerstofftherapie, Videolaryngoskopie, Lysetherapie, Temperaturmanagement, invasive Kreislaufüberwachung, Liquordiagnostik, Blutungsmanagement, Antidot; &gt; 95 % aller Notaufnahmen sind nicht Schockraumpatienten. Hierzu gibt es keine Anforderung! Bitte außerdem Blutgasanalyse, POC-Ultraschall, 12-Kanal-EKG.</i></li> <li>▪ <i>MRT am Standort ist nicht unbedingt notwendig, da i. d. R. kein Notfall-MRT erbracht wird / werden muss.</i></li> <li>▪ <i>Eine klare Vorgabe von Mindestgeräten wäre manchmal hilfreich, z.B. wie schon gefordert: ein CT, Röntgen [...] auch kleinere Geräte wie ein Sonografie-Gerät pro 5000 Patientinnen / Patienten, oder der Schockraum braucht ein Videolaryngoskop usw. [...] Dies würde bei der Beschaffung helfen.</i></li> <li>▪ <i>Auch hier gibt es klare Empfehlungen der Fachgesellschaften zur Ausstattung von Notaufnahmen. Diese Empfehlungen sollten zu verbindlichen Vorgaben werden.</i></li> <li>▪ <i>Notwendigkeit in der Notaufnahme: Die Notaufnahme sollte über Notfallultraschalldiagnostik, einschließlich Echokardiografie, Sonografie und Duplexsonografie, verfügen. Röntgen (konventionell und Durchleuchtung). Videolaryngoskopie, Blutgasanalyse. Notwendigkeit im Krankenhaus: Endoskopie, CT (Computertomografie), MRT (Magnetresonanztomografie), Bronchoskopie</i></li> <li>▪ <i>Ultraschall, Blutgasanalyse und POCT-INR, Bilddiagnostik wie CT; MRT-Verfügbarkeit muss gewährleistet sein. Auch die Qualität der Ausstattung. CT-Geräte als 64-Zeiler sind einfach kein State of the Art für Level II und III [...] Hier muss ein Minimum genannt werden, was die Geräte leisten können müssen.</i></li> </ul>		

Tabelle 42: Medizinisch-technische Ausstattung § 11, § 16, § 21 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Nummern 3 und 4 sollten mit einem Kooperationsvertrag für die Fachärzte (die ggf. aus einem benachbarten Haus in 30 Minuten zur Verfügung stehen) hinreichend abgebildet sein, sofern die medizinisch-technische Ausstattung (Endoskopie, Durchleuchtung, Katheter ...) im Haus der Notaufnahme vorliegt. Hier sollte am wirklichen Bedarf (wie oft kommt eine Situation vor, dass zeitgleich Notfalluntersuchungen ohne Zeitverzögerung durchgeführt werden müssen?) geplant und nicht unrealistische Szenarien generiert werden, die doppelte 24/7-Facharztschienen erforderlich machen.</li> </ul> <p>Experteninterviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das wäre natürlich auch schön, wenn das irgendwie definiert wäre, welche Voraussetzungen dafür gegeben sind, auch für einen Schockraum. Wobei ich mir sicherlich mehr unter dem Schockraum vorstelle, als das, was ich häufig sehe. Also der müsste für mich noch anders ausgestattet sein. [...] Natürlich würde ich mich freuen, wenn der G-BA sagt, da muss eine festverbaute Röntgenanlage drin sein, da muss ein CT drin sein, da muss ein Beatmungsgerät drin sein, da muss ein Monitoring drin sein, und es müssen für die und die Situationen folgende Sachen vorgehalten werden. (Person 2 des MD)</li> <li>▪ Das ist hier noch nicht ganz klargelegt. Ich denke im Zuge der Zeit Tele-Radiologie [...] müsste [es das] dann [...] uns vielleicht [...] auch einfacher machen, weil dann kann man einen Kooperationsvertrag prüfen und [...]. Jetzt muss man immer erst mal klären, okay, bis 16:00 Uhr ist das so, und dann ist das vielleicht so, dann macht das der, und der kommt auch ins Haus. Da muss man viel mehr fragen, als wenn jetzt von Anfang an klar wäre, ja, ab 16:00 Uhr ist Kooperation, Tele-Radiologie, geht einfacher. Also da wäre es schön, wenn die neuen Regelungen dann noch ein bisschen mehr hergeben, auch an der Stelle. (Person 1 des MD)</li> <li>▪ Auf welche Schockraumausstattung beziehen Sie sich? Es gibt ja einen Hinweis. Es gibt aber keine Leitlinie dazu. Was ist ein Schockraum? (Person des INZ)</li> </ul>		
Absatz 2	Hubschrauberlandeplätze sollen als Anforderung für Krankenhäuser in Großstädten und die, die der Basisnotfallversorgung angehören, entfallen.	k. A.	k. A.
	<p>Online-Survey-Freitexte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hubschrauberlandeplatz als Forderung in Großstädten entfernen</li> <li>▪ Die Anforderungen für Hubschrauberlandeplätze für Häuser der Stufe I laufen sachlich ins Leere und sollten entfallen.</li> </ul>		

Tabelle 42: Medizinisch-technische Ausstattung § 11, § 16, § 21 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
CT: Computertomografie; EKG: Elektrokardiografie; GB-A: Gemeinsamer Bundesausschuss; ICU: Intensive Care Unit; INR: International Normalized Ratio; INZ: Integriertes Notfallzentrum; MD: Medizinischer Dienst; MRT: Magnetresonanztomografie; NIV: nicht invasive Beatmung; POC: Point of Care; POCT: Point of Care Testing			

Tabelle 43: Strukturen und Prozesse der Notaufnahme § 12, § 17, § 22 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Nr. 2	<p>Eine Vielzahl an Vorschlägen zielt darauf ab, die 10-Minuten-Regel für die Ersteinschätzung der Behandlungspriorität auszuweiten, mit Toleranzgrenzen zu ergänzen, durch eine reduzierte Erfüllungsquote aufzuweichen oder gänzlich zu streichen. Die Vorstellungen hinsichtlich des Erfüllungsgrades variieren dabei zwischen 60 und 100 %, zum Teil kombiniert mit einer Staffelung der Erfüllungszeit. Darüber hinaus wird angefragt, die Notfälle, bei denen keine Krankenhausbehandlung notwendig ist, durch eine prähospitale Triage zu den erforderlichen Versorgungsstrukturen zu leiten, um die Notaufnahmen zu entlasten. Dies schließt eine bessere Vernetzung von Rettungsdienst und Notaufnahme ein. Auch die Einführung eines bundesweit einheitlichen Triage-Systems sowie ein verpflichtender Triage-Kurs für alle Pflegefachkräfte und medizinische Fachangestellte werden vorgeschlagen. Vorstellbar sei zur Sicherstellung der Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten auch der Einsatz einer zusätzlichen Triage-Kraft in den Spitzenzeiten (Montag bis Freitag von 11:30 bis 18:00 Uhr).</p>	<p>Die Befragten sind der Ansicht, dass die Ersteinschätzung von Notfallpatientinnen und -patienten, und damit die Beurteilung, wie schnell eine Ärztin / ein Arzt beim Notfall sein sollte, durch eine Pflegefachkraft geleistet werden könnte.</p>	<p>Es wird der Vorschlag unterbreitet, dass validierte Systeme in Deutschland klar benannt werden oder zumindest die Validierungskriterien offengelegt werden. Es wird der Vorschlag unterbreitet, dass der Absatz 2 insofern angepasst wird, dass neben der Durchführungszeit der Triage auch die Einhaltung bzw. Umsetzung der ermittelten Ersteinschätzung gefordert wird.</p>

Tabelle 43: Strukturen und Prozesse der Notaufnahme § 12, § 17, § 22 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	Dies würde jedoch bedeuten, dass der Bedarf in der Personalberechnung berücksichtigt werden müsste. Darüber hinaus bedarf es – so die Befragten – einer klaren Definition, wann genau die Messung der Zeit für die Triage startet und wann sie endet.		
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Den 10-Minuten-Marker komplett abschaffen und durch das Wort „zeitnah“ ersetzen</li> <li>▪ Triage-Zeiten verlängern</li> <li>▪ Erfassung des Zeitpunktes des Betretens der ZNA (Ticketautomat) und dem Beginn der Triage. Die 10-Minuten-Frist sollte dann zu 75 % erfüllt werden, die 15-Minuten-Frist zu 85 % und die 20-Minuten-Frist zu 95 %. Das wären realistische Zahlen und bundesweit vergleichbare Zahlen.</li> <li>▪ Vorschlag: 60 % innerhalb von 10 Minuten, weitere 30 % innerhalb von 20 Minuten nach Krankenhausaufnahme</li> <li>▪ Einhaltung der 10-Minuten-Grenze kann bei voller Notaufnahme zulasten der Qualität gehen. Für sinnvoller halten würden wir die Einführung einer „Erfüllungsquote“ von z. B. 90 %, sodass man auf extreme Belegungssituationen flexibel reagieren in der Lage wäre. Lieber Qualitätsprüfungen statt „Quantitätsprüfungen“.</li> <li>▪ Anpassung: Quote zur Triagierung innerhalb von 10 Minuten auf 95 %.</li> <li>▪ Abschwächung des Ziels, dass 100 % der Patienten in 10 Minuten triagiert sein müssen; Ziel z. B. 80 %,</li> <li>▪ höherer Personalschlüssel, um eine problemlose Triage und Versorgung sicherzustellen</li> <li>▪ Eine digitale Verbindung mit dem Rettungsdienst würde die Prozesse und die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten auf eine noch höhere Stufe heben, da durch die Vorbefunde aus dem RTW schneller und adäquater reagiert werden könnte und bestimmte Prozesse schon vor dem Eintreffen der Patientinnen und Patienten gestartet werden könnten.</li> <li>▪ Bundesweite Einigung auf ein einziges allgemeingültiges Triage-System (auch von den KV-Praxen genutzt), welches u. a. auch Inhalt der Fachweiterbildung Notfallpflege ist.</li> </ul>		

Tabelle 43: Strukturen und Prozesse der Notaufnahme § 12, § 17, § 22 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle Pflege[fach]kräfte und alle MFAs haben einen MTS-Triagierungskurs. Die Triagierungskraft verfügt über ein räumlich abgetrenntes Triagerungszimmer.</li> <li>▪ Um die Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten sicherzustellen, sollte in den Spitzzeiten (Mo–Fr, 11:30–18:00) eine zusätzliche Triagekraft eingesetzt werden. Das würde aber bedeuten, dass der Bedarf in der Personalberechnung berücksichtigt werden müsste.</li> <li>▪ Fernhalten von Patienten ohne Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung durch prähospitale Triage</li> <li>▪ Toleranzgrenze von 5 % mit beispielsweise bis zu 15 Minuten Ersteinschätzungszeit. Alternativ sollte der BEGINN der Ersteinschätzung, innerhalb von 10 Minuten, zur Erfüllung der Vorgaben ausreichend sein; aktuell ist die Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten nach Aufnahme abzuschließen; digitalisierte Zusendung der Dokumente innerhalb von 24 Stunden (z. B. per E-Mail) oder via digitales Portal (datenschutzkonform) abrufbar durch den Patienten mittel Code-Eingabe am Folgetag.</li> </ul> <p>Fokusgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Und die Triage durch eine erfahrene Pflegefachkraft, die erste Einschätzung, es geht um die Ersteinschätzung, finde ich völlig in Ordnung. Ein Notarzt, ein Schockraumpatient wird natürlich immer eine ärztliche Übergabe bekommen. Aber dieser Erstkontakt und diese Ersteinschätzung, wie schnell muss ein Arzt die Patientin / den Patienten sehen, das kann durchaus von Pflege geleistet werden und das läuft auch bei uns recht gut. (FG 2)</li> </ul> <p>Experteninterviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn beispielsweise ein validiertes Triage-System gefordert wird, dann wäre es hilfreich, wenn beispielsweise in den „Tragenden Gründen“ ausgeführt wird, welche diese zum Zeitpunkt des Beschlusses in Deutschland sind. [...] Aktuell bleibt nur eine eigene Literaturrecherche, um herauszufinden, welche Systeme aktuell in Deutschland zur Verfügung stehen und welche davon validiert sind. (Person 2 des MD)</li> <li>▪ Und genau das durfte ich bisher nicht prüfen. Also wir haben es mitgemacht aus Sorgfaltspflicht, hätten es aber nie ausfechten können, [...] wenn es aus, sag ich mal, auf eine juristische Auseinandersetzung, weil es [...] dann im Wortlaut nie drinsteht, dass die Anwendung damit gemeint ist. Also wenn ich nur feststelle, in 10 Minuten, ja, der braucht ganz dringend einen Arzt, da prüft die Richtlinie an keiner Stelle, ob der Arzt auch vorbeikommt, ob die ärztliche Versorgung beginnt, ist eigentlich das Kerngebiet der Notfallstufen-Regelung. Dort bricht es ab. Also da würde ich mir einfach wünschen, dass da drinsteht, dass man auch diese Einhaltung der ermittelten Ersteinschätzung oder die Umsetzung der ermittelten Ersteinschätzung mit abprüfen darf oder dass die dann darunter mit verstanden wird. (Person 1 des MD)</li> </ul>			

Tabelle 43: Strukturen und Prozesse der Notaufnahme § 12, § 17, § 22 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Nr. 3	<p>Da die Formulierung „aussagekräftig“ Spielraum lässt, wird vorgeschlagen, die Minimalstandards für die Dokumentation zu definieren, den bürokratischen und dokumentarischen Aufwand zu minimieren und eine obligatorische Erfassung der erbrachten Leistung in der Notaufnahme einzuführen. Es wird angeregt, dass diese Form der Dokumentation über ein digitales Notaufnahme-Informationssystem erfolgen sollte. Zudem wird eine interne Leistungsverrechnung für jede Fachabteilung empfohlen. Das Ziel dieser Maßnahme besteht in der Schaffung von Transparenz hinsichtlich des Anteils der von der Notaufnahme an stationär erbrachten Leistungen. Alternativ ist für die Befragten auch die Leistungserfassung über eine eigenständige Fachabteilung Notfallmedizin vorstellbar.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Präzisierung der Anforderung „aussagekräftig dokumentiert“</li> <li>▪ fest definierte Vorgaben zu der Beobachtungsstation, Dokumentation, administrativen Führung (Assesments etc.)</li> <li>▪ Für die Dokumentation muss ein Notaufnahme-Informationssystem vorhanden sein; dies sollte verpflichtend sein, ebenso für die Prozesssteuerung.</li> <li>▪ Notfallmedizin muss als eigene Abteilung gelten. Es muss Notfallpatienten geben und keine weitere Zuordnung. Das EDV-System muss daran angepasst werden. Dafür benötigt es aber eine Personalvorhaltung.</li> </ul>	k. A.	k. A.

EDV: elektronische Datenverarbeitung; FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; k. A.: keine Angaben; KV: Kassenärztliche Vereinigung; MD: Medizinischer Dienst, MFA: Medizinische Fachangestellte / Medizinischer Fachangestellter; MTS: Manchester-Triage-System; RTW: Rettungswagen; ZNA: Zentrale Notaufnahme

Tabelle 44: Strukturen und Prozesse der Notaufnahme § 17 und § 22 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Satz 2	Im Hinblick auf die Beobachtungsstation wird angeregt, die Definition „personelle und technische Ausstattung der Beobachtungsstation“ in den Notfallstufen-Regelungen zu konkretisieren, ggf. auch in Abhängigkeit von der Notfallstufe. Auch wird eine räumliche Trennung von der ZNA vorgeschlagen, wobei auch festgelegt werden sollte, ob die Beobachtungsstation als eigenständige Station vorgehalten werden muss und wie der Belegungsstatus Berücksichtigung finden kann (u. a Maximalanzahl von Patientinnen / Patienten in bestimmten Level-of-Care-Stufen). Gegebenenfalls sollte hier eine Übergangsfrist festgelegt werden. Aber auch Aussagen, diese Nummer aus den Regelungen zu streichen, da die Beobachtungsstation als nicht notwendig erachtet wird, waren vorhanden.	k. A.	k. A.
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Klare Definition, was eine Beobachtungsstation ist und wie diese ausgestattet sein muss bzw. wie schnell diese von der Notfallaufnahme zu erreichen sein sollte; Übergangszeit bis zur vollständigen Umsetzung der neuen Definition</i></li> <li>▪ <i>die Beobachtungsstation zwingend räumlich von der ZNA trennen</i></li> <li>▪ <i>klare Regeln für die Beobachtungsstation festlegen; bei Nichteinhalten Strafzahlung; Vorgabe, dass es einen Belegungsstatus geben muss</i></li> <li>▪ <i>Konkretisierung des Belegungsstatus der Beobachtungsstation (z. B. maximal Level-of-Care-1-Patienten für Beobachtungsstation oder Festlegung Personalschlüssel, äquivalent zur IMC).</i></li> </ul>		
k. A.: keine Angaben; IMC: Intermediate Care; ZNA: Zentrale Notaufnahme			

Tabelle 45: Vorgaben zur speziellen Versorgung § 23

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p>Es ist sinnvoll, eine Klarstellung in den Richtlinien vorzunehmen, in welchen Modulen, in welcher Form und in welchem Umfang auch Belegärzte in der Notfallversorgung eingebunden und berücksichtigt werden können.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Klarstellung in den Richtlinien, in welcher Modulen und in welcher Form und Umfang auch Belegärzte in der Notfallversorgung eingebunden und berücksichtigt werden können.</i></li> </ul>	k. A.	k. A.
k. A.: keine Angaben			

Tabelle 46: Modul Scherverletztenversorgung § 24 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p>Es wird die Berücksichtigung des Weißbuchs 2019 gewünscht. Zudem werden Mindestanforderungen, die Stärke der Notfallpflege gewünscht. Weiterhin sollte die Klinik nicht für die Dekontamination von Patientinnen und Patienten zuständig sein, da dies eine behördliche Aufgabe der Feuerwehr ist. Stattdessen sollte ein Dekontaminationsfahrzeug von der Feuerwehr bereitgestellt und koordiniert werden, da das medizinische Personal in der Notaufnahme bei einem Massenanfall von Verletzten stark in die Versorgung Scherverletzter eingebunden ist. Die Leitung einer Zentralen Notaufnahme in einem überregionalen Traumazentrum sollte von einer Fachärztin / einem Facharzt für Unfallchirurgie wahrgenommen werden, die / der weisungsungebunden arbeiten kann und mindestens ständige Vertretung der Durchgangsärztin / des Durchgangsarztes ist. Vorgeschlagen wird, dass diese Aufgabe eine Fachärztin / ein Facharzt oder eine Weiterbildungsassistentin / ein Weiterbildungsassistent, geschult in der Erkennung zu erwartender Unfall-Verletzungsfolgen, übernehmen kann. Es wird vorgeschlagen, eine personelle Besetzung analog zu den geltenden Personalanlagen</p>	<p>Es sollte eine Angleichung der personellen Anforderungen für Krankenhäuser mit dem Modul Scherverletztenversorgung an jene der übrigen Notaufnahmen erfolgen. Insbesondere betrifft dies die Forderung nach Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatzqualifikation KLINAM sowie nach Pflegefachkräften mit einer Weiterbildung in der Notfallpflege. Eine solche Standardisierung würde nicht nur die Versorgungsqualität erhöhen, sondern auch zur Vergleichbarkeit und Klarheit in der Umsetzung der Vorgaben beitragen. Einige Krankenhäuser unterstützen eine Anhebung der Stellenmindestanforderungen in der Scherverletztenversorgung.</p>	<p>Es wird empfohlen, die Anforderungen an die aktuellen medizinischen Erkenntnisse und das aktuelle Weißbuch anzupassen.</p>

Tabelle 46: Modul Schwerverletztenversorgung § 24 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p>tergrenzen festzulegen. Darüber hinaus sollten die Anforderungen an Ausstattung, Räumlichkeiten und medizinische Geräte in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen definiert werden.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Nutzung des aktuellen Weißbuches für Zertifizierungen (2019)</i></li> <li>▪ <i>Die Leitung einer ZNA muss auch im Hinblick auf die Maßgaben des SGB VII zwingend von einem Facharzt für Unfallchirurgie wahrgenommen werden. Dieser muss nach dem SGB VII weisungsungebunden arbeiten können, mindestens muss er ständiger Vertreter des Durchgangsarztes sein. In überregionalen Traumazentren muss jeder Unfallpatient primär von einem Unfallchirurgen gesehen werden. Mindestens ein(e) Weiterbildungsassistent(in), geschult in der Erkennung zu erwartender Unfall-Verletzungsfolgen infolge bestimmter Unfallereignisse, kann diese Aufgabe in der ZNA erfüllen.</i></li> <li>▪ <i>Stärkung der Notfallpflege; in der Pflege werden viele Berufsgruppen subsumiert, die nicht primär Pflege gelernt haben. Eine Notfallpflegefachkraft kann die Tätigkeiten der Anästhesiepflege übernehmen! Unter Notfallpflege versteht sich eine Pflegefachkraft mit Fachweiterbildung Notfallpflege.</i></li> <li>▪ <i>Die Klinik sollte nicht für die Dekontamination von Patienten zuständig sein, da dies eine behördliche Aufgabe der Feuerwehr ist. Hierfür sollte ein Dekon-Zug von der Feuerwehr bereitgestellt werden, der von der Feuerwehr koordiniert wird, da das medizinische Personal in der Notaufnahme bei einem Massenanfall von Verletzten stark in die Versorgung Schwerverletzter eingebunden ist.</i></li> </ul> <p><i>Fokusgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Ich finde vor allem auch, wenn man die Schwerverletztenversorgung anbietet, gerade da müsste ja die Weiterbildung vorgeschrieben sein. Und es kann meiner Meinung nach nicht sein, dass nur die Auflagen vom Weißbuch gelten und ich weder eine KLINAM auf ärztlicher Seite benötige, noch eine Fachweiterbildung Notfallpflege. (FG 4)</i></li> <li>▪ <i>Wir brauchen sicher keine CPU, wir brauchen sicher keinen vollständig ausgebildeten Kardiologen bei uns, aber wir brauchen zumindest eine Basisabdeckung in Form von Klinischen Akut- und Notfallmedizinern, die ansprechbar sind. (FG 4)</i></li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Es sind Anpassungen an die aktuellen medizinischen Erkenntnisse erforderlich, insbesondere beim Modul Schwerverletztenversorgung und Modul Durchblutungsstörung am Herzen. (Person 2 des MD)</i></li> </ul>		

Tabelle 46: Modul Scherverletztenversorgung § 24 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
CPU: Chest Pain Unit; FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; KLINAM: Klinische Akut- und Notfallmedizin; SGB: Sozialgesetzbuch; MD: Medizinischer Dienst; ZNA: Zentrale Notaufnahme			

Tabelle 47: Modul Notfallversorgung Kinder § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Absatz 2	<p>Es wird vorgeschlagen, eine personelle Besetzung analog zu den geltenden Personaluntergrenzen festzulegen. Darüber hinaus sollten die Anforderungen an Ausstattung, Räumlichkeiten und medizinische Geräte in Abhängigkeit vom Patientenaufkommen definiert werden. Ein weiterer Vorschlag beinhaltet die Anpassung der Vorgaben zur Ersteinschätzung, die flächendeckende Einführung eines KV-Kindersitzes an allen Krankenhäusern mit pädiatrischer Versorgung sowie die verpflichtende Implementierung eines gemeinsamen Tresens mit der ZNA Pädiatrie. Zusätzlich wird eine Überprüfung der „24/7“ verfügbaren kinderkrankenpflegerischen Versorgung angeregt.</p> <p><b>Online-Survey-Freitexte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überprüfung der Notwendigkeit der 24/7-Kinderkrankenpflege</li> <li>▪ Aufnahme von personeller Besetzung (ähnlich Personaluntergrenzen), Aufnahme von Anforderungen für Ausstattung Räumlichkeiten / Geräte in Abhängigkeit von Patientenaufkommen</li> <li>▪ Änderung der Forderung 100 % bei Ersteinschätzung, KV-Kindersitz an allen Krankenhäusern mit einer Pädiatrie verpflichtend, gemeinsamer Tresen</li> </ul> <p><b>Fokusgruppe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Und durch die Integrierten Notfallzentren würde da auf jeden Fall schon mal eine deutlich größere Verantwortung oder auch eine größere Verbindlichkeit für die KV gesetzlich geregelt werden. Und natürlich auch mit der Frage, wer kümmert sich organisatorisch, wer ist organisatorisch verantwortlich. Natürlich [hätten] auch die Kliniken noch mal eine andere Möglichkeit, auch hier gestaltend mit einzutreten. Also ich hoffe, dass das Gesetz kommt, denn es würde vieles erleichtern in der ambulanten Notfallversorgung für die Krankenhäuser. (FG 5)</li> </ul>	<p>Aus der bisherigen Soll-Regelung hinsichtlich des Notfallgesetzes zur Kooperation mit der KV in der Notfallversorgung wird die Ableitung einer verbindlichen Muss-Regelung für die Notfallstufen-Regelungen vorgeschlagen, um die KV zu verpflichten, entsprechende Strukturen dauerhaft und verlässlich vorzuhalten.</p>	k. A.

Absatz 3	<p>Aufgrund des hohen Zulaufs, auch von eigentlich ambulant zu versorgenden Kindern und Jugendlichen, wird ein erhöhter Bedarf an ärztlichem und pflegerischem Fachpersonal in der pädiatrischen Notaufnahme hervorgehoben; dies gilt insbesondere für die Abdeckung von Stoßzeiten. Zur Bewältigung des gestiegenen Patientenaufkommens sind häufig räumliche Erweiterungen und Umstrukturierungen der Notaufnahme erforderlich. Besonders die Kindernotaufnahme sollte in separaten Räumlichkeiten erfolgen. Darüber hinaus wünschen die Befragten eine klare Trennung sowie eine bessere Verzahnung zwischen stationären und ambulanten Strukturen. Hierzu gehört eine Ausweitung des KV-Notdienstes, um die Überlastung der Notaufnahmen zu reduzieren. Ebenso wird die verpflichtende Anwesenheit einer KV-Ärztin / eines KV-Arztes während Zeiten der Praxisschließung vorgeschlagen. Auch wird vorgeschlagen, den derzeitig hohen Dokumentationsaufwand zu reduzieren, um mehr Zeit für die direkte Notfallversorgung zu ermöglichen. Zudem wird eine Anpassung im Sinne einer Ausdehnung der Vorgaben bezüglich der Triage-Zeiten und -Quoten vorgeschlagen. Hinsichtlich Personalrekrutierung können sich die Befragten Anreize in Form einer Vergütungsanpassung sowie eine höhere Wertschätzung für Pflegepersonal der Kinderkrankenpflege vorstellen. Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich der pädiatrischen Notfallmedizin werden ebenfalls als notwendig erachtet.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p>	k. A.	k. A.
----------	---	-------	-------

Tabelle 47: Modul Notfallversorgung Kinder § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	<b>Zitat</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Hinblick darauf, dass die Notfallambulanzen einen großen Zulauf haben und das Arbeitsaufkommen stark zugenommen hat, wäre der Einsatz von mehr Personal (ärztlich und auch pflegerisch) zu erstreben.</li> <li>▪ Die Notfallversorgung von Kindern sollte in dafür vorgesehenen separaten Räumen stattfinden. Eine klare Trennung von stationären und ambulanten Strukturen ist notwendig. Der Einsatz von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen muss mit einer Bezahlung als Expertinnen- und Experten wertgeschätzt in Anlehnung der Notfallpflege ZNA vorgesehen werden. Eine Zuweisung von „Notfallpatienten der Pädiatrie“ sollte immer über Einweisung eines ambulanten, niedergelassenen Kinderarztes vorgeschaltet werden, d. h. hier ist ein Angebot für 24/7 durch die KV zu schaffen. Sämtliche personellen und strukturellen Vorhaltekosten müssen finanziert werden. Die Vergütung eines ambulanten Notfalls, der in der Klinik behandelt wird, muss höher liegen als in ambulanten Praxen.</li> <li>▪ Die Kassenärztliche Vereinigung muss die Sicherstellung der Versorgung von ambulanten pädiatrischen Notfällen, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, zwingend übernehmen. Ein kinderärztlicher Notdienst ist erforderlich, um die pädiatrische Notfallversorgung im Krankenhaus zu entlasten bzw. diese sicherzustellen. Eine übermäßige Inanspruchnahme der Kinder-Notfallaufnahme durch ambulante (leichte) Fälle ist momentan Hauptursache für Überlastung.</li> <li>▪ Die Anwesenheit eines KV-Arztes sollte gesetzlich verpflichtend sein in den Zeiten, in denen die Praxen geschlossen sind. Die Haupttätigkeit der Kindernotaufnahmen sind aktuell in der Regel die Tätigkeiten einer Kinderarztpraxis. Die massive Unterversorgung mit niedergelassenen Kinderärzten muss als Erstes angegangen werden.</li> <li>▪ Kontinuierliche Weiterbildung sowohl des pflegerischen als auch ärztlichen Personals in den Bereichen Notfallpflege Pädiatrie beziehungsweise Klinische Notfall- und Akutmedizin Pädiatrie. Im Zuge dessen auch geeignete Finanzierung für notwendige Freistellungen / Rotationen erforderlich. Zudem Fristen so anpassen, dass bundesweit ausreichend Personen entsprechend qualifiziert werden können und somit ein kostenintensiver Wettbewerb um Fachkräfte vermieden wird.</li> </ul>			

Tabelle 47: Modul Notfallversorgung Kinder § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Absatz 4	<p>Es wird vorgeschlagen, die ärztliche Personal-ausstattung sowie die Anforderungen an deren Kompetenzen zu erhöhen. Außerdem empfehlen einige der Befragten, dass eine Fach- oder Oberärztin bzw. ein Fach- oder Oberarzt 24 Stunden / 7 Tage die Woche vor Ort verfügbar sein sollte. Hinsichtlich des Pflegepersonals wird vorgeschlagen, dass in jeder Schicht mindestens 1 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachkraft oder 1 Pflegefachkraft mit pädiatrischer Spezialisierung tätig sein sollte, ergänzt durch 1 weitere Pflegefachkraft aus der Erwachsenenpflege mit Erfahrung in der Pädiatrie. Die Qualifikationsanforderungen für die ärztliche und pflegerische Leitung der Kindernotaufnahme sollten konkretisiert werden. Da sich der Zugang zur Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin für Pädiaterinnen und Pädiater schwierig gestaltet, wird vorgeschlagen, eine eigenständige Weiterbildung „Pädiatrische Akut- und Notfallmedizin“ und analog dazu für das Pflegepersonal eine „Pädiatrische Notfallpflege“ zu etablieren und</p>	<p>Im Hinblick auf diagnostische und therapeutische Entscheidungsprozesse wird auf die besondere Bedeutung einer schnellen, qualifizierten fachärztlichen Einschätzung hingewiesen. In diesem Kontext erscheinen telemedizinische Angebote als sinnvolle Alternative zu dem derzeit geforderten Präsenz einer/ eines diagnostisch tätigen Fachärztin bzw. Facharztes einer innerhalb von 30 Minuten am Patientenbett.</p>	k. A.

Tabelle 47: Modul Notfallversorgung Kinder § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	als Anforderung festzulegen. Hinsichtlich der Intensivversorgung wird eine Reduktion der erforderlichen Intensivbetten vorgeschlagen, da die starre Vorgabe von 10 Betten für pädiatrische Patientinnen und Patienten als nicht bedarfsgerecht gesehen wird und in der Praxis meist weniger Intensivbetten benötigt werden. Eine flexible gemeinsame Nutzung der Intensivbetten für Pädiatrie und Neonatologie wird als sinnvoll erachtet. Organisatorisch wird eine formale Trennung der pädiatrischen von den Erwachsenen-medizinischen Bereichen empfohlen, wobei Kooperationsverträge zur Verfügbarkeit einer Kinderneurochirurgie flexibler gestaltet werden sollten. Hinsichtlich der Schnittstellen zur Primärversorgung zeigt sich, dass der Großteil der Patientinnen und Patienten keine Versorgung in der Notfallambulanz benötigt, sondern ambulant oder in einer KV-Notfallpraxis versorgt werden könnte. Daher wird eine Verlagerung der akuten Notfallversorgung in die Kliniken bei gleichzeitiger Schaffung von Teilnahmeoptionen für niedergelassene Pädiaterinnen bzw. Pädiater empfohlen. Auch sollten		

Tabelle 47: Modul Notfallversorgung Kinder § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	<b>Zitat</b>		
	die Öffnungszeiten der Kindernotfallpraxen ausgeweitet und die Erreichbarkeit eines Kinder- und Jugendpsychiaters innerhalb von 30 Minuten sichergestellt werden. Eine verbesserte Vernetzung der Kinderkliniken sowie der Einsatz von Telemedizin könnten die Versorgung zusätzlich optimieren. In finanzieller Hinsicht wird eine auskömmliche Refinanzierung der Pflege durch Zulagen als notwendig erachtet, ebenso wie eine echte Vorhaltevergütung für die Kinderkliniken.		
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Personaldecke des ärztlichen Dienstes erhöhen bzw. deren Kompetenz. Nicht vor dem dritten Ausbildungsjahr. Fach- / Oberärztin bzw. Fach- / Oberarzt vor Ort 24 Stunden.</i></li> <li>▪ <i>Zahl der erforderlichen Intensivbetten reduzieren, sogar für uns als großen Maximalversorger nicht schaffbar</i></li> <li>▪ <i>Es dürfen nur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegepersonal in einer PÄD-ZNA arbeiten laut Richtlinie. Dies ist unbedingt an die generalistische Ausbildung anzupassen. Auch erfahrene Pflegefachkräfte [aus der Erwachsenen-Versorgung] können in der PÄD-ZNA arbeiten. Mein Vorschlag wäre, dass immer eine Kinderkrankenpflegefachkraft, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachkraft oder Pflegefachfrau / -mann mit Vertiefung in der Schicht sein sollte und eine zweite Pflegefachkraft auch mit einer 3-jährigen Ausbildung in der Erwachsenenpflege dort arbeiten darf.</i></li> <li>▪ <i>Ich würde mir verbindliche Vorgaben für die Personalausstattung wünschen, ähnlich wie in anderen Fachgebieten.</i></li> </ul>		

Tabelle 47: Modul Notfallversorgung Kinder § 25 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteneinterviews
	Zitat		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für die Kindernotfallversorgung gibt es keine richtigen Qualitätsanforderungen. Weder die ärztliche noch die pflegerische Leitung müssen die ZWB klinische Akut- und Notfallmedizin oder Notfallpflege haben. Beim ärztlichen Personal muss aber leider konstatiert werden, dass der Erwerb der ZWB für eine Pädiaterin / einen Pädiater fast nicht möglich ist.</li> <li>▪ Im Bereich der Kindermedizin wäre eine bessere Vernetzung der Kinderkliniken untereinander sinnvoll (s. MHH PIN-Netzwerk, IVENA-Bettenmonitor). Auch die Telemedizin wird zukünftig die Versorgung pädiatrischer [Patientinnen und] Patienten verbessern (s. Projekte der MHH und Uni Dresden).</li> <li>▪ Erweiterung der Öffnungszeiten der Kindernotfallpraxis. Gewährleistung einer [KJP-Fachärztin / eines] KJP-Facharztes innerhalb von 30 Minuten vor Ort am Patienten</li> <li>▪ Für die Pädiatrie empfehle ich, die Notfallversorgung in die Hände der Kliniken zu legen und den niedergelassenen [Ärztinnen bzw.] Ärzten Teilnahmeoptionen einzuräumen.</li> <li>▪ Fokusgruppen:</li> <li>▪ Man muss irgendwie Bilder schicken können, man braucht eine Einschätzung und dann wird die Entscheidung getroffen, hopp oder top, also ist es was zu operieren und dann muss das Kind verlegt werden. Dafür muss ich nicht erst den Neurochirurgen aus dem Bett holen, in die Kinderklinik zerren, um dann festzustellen, mit ihm zu diskutieren, dass er es doch wieder mitnimmt. Also da würden telemedizinische Angebote als Alternative zu den 30 Minuten am Bett in vielen Fällen sinnvoller sein. (FG 5)</li> </ul>		
FG: Teilnehmende(n) der Fokusgruppe; IVENA: Interdisziplinärer Versorgungsnachweis; k. A. keine Angabe; KJP: Kinder- und Jugendpsychiatrie; KV: Kassenärztliche Vereinigung; MHH: Medizinische Hochschule Hannover; PÄD: Pädiatrie; PIN: Pädiatrisches Intensivnetzwerk; ZNA: Zentrale Notaufnahme; ZWB: Zusatzweiterbildung			

Tabelle 48: Modul Spezialversorgung § 26 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
	<p>Die Vorschläge zur Anpassung der Notfallstufen-Regelungen umfassen mehrere Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Auflösung der Sektoren ambulant und stationär</li> <li>▪ die Beibehaltung der Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser in ländlichen Gebieten, da diese nicht alle geltenden Vorgaben erfüllen können, jedoch eine essenzielle Versorgungsfunktion innehaben</li> <li>▪ die Einbindung von Fachkliniken sowie eine transparente Kommunikation der Erwartungen</li> <li>▪ die Gleichstellung von Spezialversorgern mit Häusern der Basisnotfallversorgung</li> <li>▪ die Berücksichtigung von Kooperationsmodellen mit Nachbarkliniken zum Erhalt der Notfallstufe</li> <li>▪ die Konzentration der Planung der Notfallversorgung auf die Rolle von Fachkliniken und Spezialversorgern</li> <li>▪ die Integration der Psychiatrie, Geriatrie und Intensivstation in die Notfallstufen-Regelungen.</li> <li>▪ klare Vorgaben zur apparativen Mindestausstattung</li> </ul>	<p>Für die Weiterentwicklung der Spezialversorgung werden mehrere zentrale Handlungsbedarfe benannt. Erstens wird eine transparente und nachvollziehbare Definition der Anforderungen an Krankenhäuser zur Erlangung des Spezialversorger-Status gefordert. Zweitens müsse die Krankenhausplanung in ländlichen Regionen stärker bedarfsoorientiert erfolgen, wobei auch die vertragsärztlichen Strukturen, insbesondere die KV-Praxen, verpflichtend in die Notfallversorgung eingebunden werden sollten.</p>	<p>Es wird als sinnvoll erachtet, die Rahmenbedingungen für das Fachgebiet zu definieren und Anforderungen zu benennen.</p>

Tabelle 48: Modul Spezialversorgung § 26 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die präzise Formulierung für die fachliche Mindestvorhaltung von ärztlichem Personal über alle Dienstgrade hinweg, d. h. eine Erweiterung um Assistenzärztinnen und -ärzte.</li> </ul> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Die an der Notfallversorgung teilnehmenden Spezialversorger sollten gleichgestellt werden wie Häuser der Basisnotfallversorgung (Stufe 1).</i></li> <li>▪ <i>klare Vorgaben zur apparativen Mindestausstattung; klare Formulierung für die fachliche Mindestvorhaltung von ärztlichem Personal über alle Dienstgrade hinweg - also Erweiterung um Weiterbildungsassistentinnen / Weiterbildungsassistenten; klare Maßgabe zur Trennung elektives Geschäft vs. Notfallgeschäft</i></li> <li>▪ <i>Kooperationsmodelle mit Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern zum Erhalt der Notfallstufe, z. B. Chirurgie, Neurologie, Anästhesie in 4 Kilometern Entfernung</i></li> <li>▪ <i>Auflösen der Sektoren ambulant und stationär; es dürfen nur Kliniken profitieren, die auch an der Notfallversorgung teilnehmen.</i></li> </ul> <p><i>Fokusgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Also, und mein Wunsch wäre es tatsächlich, dass man das ja, ich sage mal, nicht nach diesen harten Faktoren oder Mindestmerkmalen dann gestaltet so eine Spezialversorgung, sondern dass man sich die Bedingungen vor Ort wirklich noch mal explizit anschaut. (FG 7)</i></li> <li>▪ <i>Wir müssen KV-Kooperationsvereinbarungen nachweisen. Die KV hat gerade ihre KV-Notfallpraxis bei uns in [Ort] gekündigt und jetzt müssen wir die noch bitten, einen Kooperationsvertrag zu kriegen. Trotz mehrfacher Aufforderung bekommen wir den nicht. (FG 7)</i></li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Wie gesagt, dann müssten die Rahmenbedingungen aber geklärt werden, wenn es [...] so eine Prüfung sein soll, oder wenn man sich sagt, das Modul ist wichtig, auch die Patienten müssen immer notfallmäßig versorgt werden, und das ist uns wichtig, dann müssen aber ähnliche Rahmenbedingungen für das Fachgebiet vielleicht aufgestellt werden an die Notfallversorgung [...]. (Person 1 des MD)</i></li> </ul>		

FG: Teilnehmende(n) der Fokusgruppe; KV: Kassenärztliche Vereinigung; MD: Medizinischer Dienst

Tabelle 49: Modul Schlaganfallversorgung § 27(mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<p>Statt einer 24/7-MTRA-Präsenz in Stroke Units sollten Wartezeiten und Door-to-CT-Zeiten ein höheres Gewicht bei der Qualität oder der Zertifizierung haben. Die Anforderungen sollten sich am realen medizinischen Prozess und an den aktuellen medizinischen Standards orientieren, z. B. bei der Aufzeichnung der Door-to-Needle-Zeit und der Lysezeit sollte die Berechnung in einigen Fällen korrekt ab Auftreten der Symptome und nicht ab Auftreten der Aufnahme erfolgen. Bei der Erfassung der Door-to-Needle-Zeit sollte berücksichtigt werden, dass es sich um ein Zweitereignis handeln kann. Zudem sollten weitere Komplikationen wie Lungenembolie oder intrakranielle Blutungen erfasst werden. Der Ausbau des präklinischen Informationsmanagements, z. B. durch Systeme wie „Stroke Angel“, wird empfohlen. Ineffiziente Doppelstrukturen und konkurrierende Patientenströme sollten vermieden werden, indem Kooperationskonzepte mit Zusammenlegung der Stroke Units umgesetzt werden. Ideal wäre eine Schließung von nicht zertifizierten konkurrierenden Stroke Units, wobei eine regionale Stroke-Versorgung sichergestellt werden muss, um die Frühbehandlung nicht zu gefährden.</p>	<p>Eine engere Zusammenarbeit mit Notärztinnen und Notärzten ist erforderlich, um Patientinnen und Patienten mit spezifischen Krankheitsbildern – etwa Schlaganfall – gezielt in spezialisierte Versorgungseinheiten zu steuern. Dies verbessert sowohl die Effizienz der Rettungskette als auch die Versorgungsqualität.</p>	<p>Es besteht die Notwendigkeit, die Anforderungen an die Stroke Unit zu konkretisieren. Hierzu ist die Nennung der zuständigen Fachgesellschaft oder der Struktur der OPS-Kriterien erforderlich.</p>

Tabelle 49: Modul Schlaganfallversorgung § 27(mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	Fachkliniken ohne eigenständige Innere Medizin sollten bei der Definition der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ berücksichtigt werden, wenn eine enge Kooperation mit niedergelassenen internistischen / kardiologischen Praxen besteht. Die Versorgung geht über ein reines Schlaganfall-Modul hinaus, weshalb die Expertise einer Fachklinik für Neurologie erforderlich ist.		
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wir haben im Rahmen der Stroke-Zertifizierung festgestellt, dass eine 24/7-MTRA-Präsenz für Fachkliniken, aus wirtschaftlicher Sicht, nicht wirklich umsetzbar ist für Stroke Units. In Hessen haben wir einer der besten Door-to-CT- und Door-to-Needle-Zeiten, obwohl die MTRAs nicht in der Klinik schlafen. Was damit zu tun hat, dass aufgrund von IVENA und der Wohnortnähe unserer MTRAs diese zu 99 % vor den Patienten eintreffen und diese samt Rettungsdienst keine Wartezeiten für das CT haben. Wir raten dringend davon ab, derartige Entwicklungen in den Qualitätsanforderungen der Schlaganfallversorgung in Erwägung zu ziehen oder zu etablieren. Vielmehr sollten Wartezeiten, aufgrund zum Beispiel der Mehrfachbeanspruchung der Radiologie oder Door-to-CT-Zeiten, ein höheres Gewicht bei der Qualität oder der Zertifizierung haben.</li> <li>▪ Die Erfassung der „door to needle time“: Wenn beispielsweise ein Patient um 08:00 Uhr mit einer TIA aufgenommen wurde, die Symptomatik schon bei Eintreffen wieder regredient ist und der gleiche Patient um 12:30 Uhr des Aufnahmetages dann einen richtigen Schlaganfall erleidet, der lysiert wird, so wird eine „door to needle time“ von der Aufnahme ab 08:00 Uhr berechnet, obwohl genau genommen dies ein neuer „inhouse stroke“ / Zweitereignis ist und die Lysezeitberechnung ab Auftreten der Symptome dann korrekterweise erfolgen sollte. Ebenso wäre es in so einem Fall schön, die Uhrzeit der erneuten Bildgebung eingeben zu können. Gut wäre auch, wenn im Bogen sonstige Komplikationen aufgenommen würden, die dazu führen können, dass ein Patient eine längere Verweildauer hat, z. B. LAE oder sonstige Erkrankungen. Zudem sollte bei intraarterieller Therapie auch als Komplikation intrazerebrale Blutung als direkte Folge abgefragt werden. TICI &gt;2b als Rekanalisationsziel zu erreichen, ist natürlich erstrebenswert, aber nicht jeden Preis.</li> </ul>		

Tabelle 49: Modul Schlaganfallversorgung § 27(mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regelung des Ausbaus zum präklinischen Informationsmanagement, derzeit IVENA; Möglichkeit zur weiteren Übermittlung von Daten (z. B. „Stroke Angel“, s. BW, wünschenswert)</li> <li>▪ [Durch konkurrierendes Haus in wenigen Minuten Entfernung], ist die eigene zertifizierte Stroke Unit in einer neurologischen Klinik [...] nicht voll ausgelastet, [ebenso wie die] [...]. Das heißt, [es gibt] ineffiziente Doppelstrukturen und konkurrierende / unklare Patienten-Ströme [...]. Ideal [ist] daher für die Zukunft [ein] Kooperationskonzept der Klinikleitung mit Zusammenlegung beider Stroke Units [unter] gemeinsamer Führung; (ideal natürlich unter der Plan-neurologischen-Klinik), aber dann evtl. auch mit größerer neuroradiologischer Interventions-Kompetenz und geordneten Patienten-Strömen.</li> <li>▪ Ideal wäre [die] Schließung der zweiten, nicht zertifizierten konkurrierenden Stroke Unit am Krankenhaus und [die] Verbesserung einer gemeinsamen Notfallversorgung zwischen den beiden Krankenhäusern, ideal[erweise] mit einer gemeinsamen Notfallaufnahme und Stroke Unit. [Alternativ] wäre zumindest [...] eine eng geregelte Kooperation [wünschenswert] (über die beiden Träger hinweg und [...] [ohne die] bestehende Doppelstruktur). Im Idealfall [gäbe es eine] gemeinsam betriebene Thrombektomie-Institution in [Ort] (z. B. „Drip and Drive“ / Flying-Doctor-Modell)</li> <li>▪ Aus meiner Sicht geht die Versorgung weit über ein Modul hinaus; auch dafür reicht die Expertise einer Fachklinik für Neurologie absolut aus.</li> </ul> <p><b>Fokusgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt muss man aber auch sagen, wir haben auch das Problem mit den Notärzten, dass bei uns die Patienten, die Hirnblutungen haben, eben auch nicht direkt in unseren Kliniken aufschlagen. Die werden dann tatsächlich häufig auch mit dem Hubschrauber wegtransportiert nach [Ort] oder nach [Ort] und kommen dann anschließend, weil mangels Intensivkapazitäten wieder nach [Ort] in unsere neurologische Intensivstation. (FG 4)</li> </ul> <p><b>Experteninterviews:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie ist das Modul Schlaganfallversorgung zu überprüfen? Entweder muss auf die Fachgesellschaftskriterien [...] oder auf die Struktur OPS-Kriterien abgestellt [werden]. Es muss ja auch überprüfbar sein. (Person 2 des MD)</li> </ul>		

BW: Baden-Württemberg; CT: Computertomografie; FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; IVENA: Interdisziplinärer Versorgungsnachweis; LAE: Lungenarterienembolie; MD: Medizinischer Dienst; MTRA: Medizinisch-Technische Radiologieassistenz; OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel; TIA: transitorische ischämische Attacke; TICI: Thrombolysis in Cerebral Ischemia

Tabelle 50: Modul Durchblutungsstörungen am Herzen § 28 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Nr. 1	<p>Es wird vorgeschlagen, dass eine CPU auch in eine andere Einheit, z. B. eine ICU oder IMC, integriert sein kann und nicht als eigenständige Einheit vorgehalten werden muss. Für die organisatorische Leitung wird alternativ zur Kardiologin / zum Kardiologen auch die Öffnung für Notfallmedizinerinnen / Notfallmediziner vorgeschlagen.</p> <p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>CPU sollte integrierbar sein, bspw. in eine ICU, IMC. Leitung Kardiologe muss nicht sein, erreichbarer Kardiologe sollte genügen. Erfahrene Notfallmediziner können mit den CPU-Krankheitsbildern umgehen.</i></li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>Aber es wäre natürlich viel besser, wenn diese Richtlinien immer zeitnah den entsprechenden medizinischen Sachverhalten angepasst werden würden. Also hier hat der G-BA bei der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie abgeschrieben, aber die haben das inzwischen zweimal aktualisiert [...] Also formal geht es nicht, davon abzuweichen. (Person 2 des MD)</i></li> </ul>	k. A.	<p>Es wird empfohlen, die Anforderungen an die aktuellen medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Dazu wird vorgeschlagen, die Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zu nutzen.</p>

Tabelle 50: Modul Durchblutungsstörungen am Herzen § 28 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
Zitat			
Nr. 3	Routinemäßige Ableitungen von V7–9 werden als nicht erforderlich erachtet, da sie wichtige Zeit bei der Patientin oder dem Patienten kosten. Stattdessen sollten diese Ableitungen nur bei klinischer Indikation durchgeführt werden. Außerdem sind Troponin-Tests nach 6 und 9 Stunden nicht mehr zeitgemäß. Es wird empfohlen, die formalen Anforderungen der G-BA-Richtlinie an die leitliniengerechte Behandlung in Bezug auf Troponin anzupassen.	Auf regulatorischer Ebene besteht ein Anpassungsbedarf hinsichtlich der Diagnostikstandards bei Myokardischämien. Die aktuellen Vorgaben des G-BA zur Troponinkontrolle (0/6/9-Stunden-Schema) berücksichtigen nicht die Fortschritte der medizinischen Diagnostik, insbesondere die Verfügbarkeit hochsensitiver Troponintests, die bereits nach einer Stunde valide Aussagen ermöglichen. Um eine evidenzbasierte Versorgung zu gewährleisten, sollten die bestehenden Regelungen daher kontinuierlich an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und an die klinische Praxis angepasst werden.	Es wird empfohlen, die Anforderungen an die aktuellen medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Dazu wird vorgeschlagen die Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zu nutzen.
	<p><i>Online-Survey-Freitexte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine routinemäßige Ableitung V7–9 halten wir für nicht erforderlich. Wichtige Zeit beim Patienten geht verloren. Nur wenn klinisch indiziert, sind V7–9 oder auch rechtspräkordiale Ableitungen sinnvoll. Troponintest 6 und 9 Stunden sind nicht mehr zeitgemäß.</li> </ul> <p><i>Fokusgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Problem ist [...], dass der G-BA nicht unterscheidet zwischen diesen hochsensitiven und den konventionellen Tests. [...] Das ist aber absolut nicht mehr zeitgemäß. Wir haben hier nur hochsensitive Tests, [...]. Die aktuelle Empfehlung ist, 1 bis 2 Stunden noch mal neu zu testen. Das halten wir auch ein. Also unserer Meinung nach ist unsere Versorgung qualitativ hochwertiger (FG 4).</li> </ul> <p><i>Experteninterviews:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aber es wäre natürlich viel besser, wenn diese Richtlinien immer zeitnah den entsprechenden medizinischen Sachverhalten angepasst werden würden. Also hier hat der G-BA bei der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie abgeschrieben und die haben das inzwischen zweimal erneuert. Also dann kann man ja wieder abschreiben. Also formal geht es nicht, davon abzuweichen. (Person 2 des MD)</li> </ul>		

Tabelle 50: Modul Durchblutungsstörungen am Herzen § 28 (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
<b>Nr. 4</b>	Im Falle eines Ausfalls oder parallelen Einsatzes eines CT sollte eine Angiografie alternativ durchgeführt werden dürfen.	k. A.	k. A.
	<i>Online-Survey-Freitexte:</i> <i>Hier sollte im Fall des Ausfalls bzw. parallelen Einsatzes eines CT eine Angiografie alternativ durchgeführt werden dürfen.</i>		
<b>Nr. 5</b>	Es wird vorgeschlagen, die Einarbeitungszeit des ärztlichen Personals gesetzlich zu regeln und eine Personalbemessung für Ärztinnen und Ärzte einzuführen.	k. A.	Es wird vorgeschlagen, die Einarbeitungszeit des ärztlichen Personals gesetzlich zu regeln und eine Personalbemessung für Ärztinnen und Ärzte einzuführen.
	<i>Online-Survey-Freitexte:</i> <i>Einarbeitungszeit des ärztlichen Dienstes gesetzlich regeln und eine Personalbemessung für Ärzte einführen</i>		
<b>Nr. 6</b>	Es ist sinnvoll, eine Klarstellung in den Richtlinien vorzunehmen, in welchen Modulen, in welcher Form und in welchem Umfang auch Belegärztinnen und Belegärzte in der Notfallversorgung eingebunden und berücksichtigt werden können.	k. A.	k. A.
	<i>Online-Survey-Freitexte:</i> <i>Klarstellung in den Richtlinien, in welcher Modulen und in welcher Form und Umfang auch Belegärzte in der Notfallversorgung eingebunden und berücksichtigt werden können.</i>		
CPU: Chest Pain Unit; CT: Computertomografie; FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; ICU: Intensive Care Unit; IMC: Intermediate Care; k. A.: keine Angaben; MD: Medizinischer Dienst			

Tabelle 51: Übergangsbestimmungen § 30

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
Absatz 1	k. A.	k. A.	Es besteht ein Mangel an Personal mit Zusatzqualifikation, sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich. Das führt zu einem Bedarf an einer verlängerten Übergangsfrist. Das liegt vor allem daran, dass das Personal während der zweijährigen Weiterbildung nicht in der eigenen Klinik verfügbar ist und oft auch nicht dorthin zurückkehrt.
	<p>Experteninterviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Wir haben die Schwierigkeit, die ausgebildeten Ärzte zu bekommen, die ausgebildeten Pflegekräfte zu bekommen. Aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen in der Pflege gehen immer mehr Leute von Bord, die wir im Rahmen der Übergangsqualifikation relativ einfach bekommen haben. Jetzt müssen wir sie für 2½ Jahre wegschicken. Das heißt, da überlegen sich viele Kliniken, ob sie die wegschicken können, weil sie dann ja wieder auf dem Flur fehlen. [...] Das heißt, wir müssen eigentlich auch eine Verlängerung der Übergangsfristen haben, denn wir haben nicht genug Leute. (INZ)</i></li> </ul>		
INZ: Integriertes Notfallzentrum; k. A.: keine Angabe			

Tabelle 52: Evaluation § 31

Notfallstufen-Regelungen	Qualitativ		
Absatz / Satz / Nummer	Zusammenfassung der Aussagen		
	Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
	Zitat		
	k. A.	k. A.	Es wird der Bedarf gesehen, zeitlich engere Evaluationen der Notfallstufen-Regelungen durchzuführen, um die Dynamik der medizinischen Entwicklung zu berücksichtigen.
	<p>Experteninterviews:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Also meiner Meinung nach müssten engere Evaluationen gerade bei solchen Themen erfolgen, wo viel Dynamik [...] in der medizinischen Entwicklung ist. (Person 2 des MD)</i></li> </ul>		
k. A.: keine Angabe; MD: Medizinischer Dienst			

Tabelle 53: Besondere Weiterentwicklungsbedarfen für Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag und Bedarfsnotwendigkeit<sup>a</sup>

Zusammenfassung der Aussagen	Zitat
Es besteht weiterer Entwicklungsbedarf: Auch Krankenhäuser, die aus einem dringenden Bedarf entstehen, fordern eine Kompensation für die vorübergehende Abwesenheit von Personal aufgrund von Fortbildungen.	<p><i>Fokusgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Die Fachweiterbildung im Zeitraum von 2 Jahren braucht, in der der oder die Auszubildende überwiegend nicht in der eigenen Notaufnahme, sondern in anderen Krankenhäusern eingesetzt wird, und man braucht deswegen a) das finanziell entsprechend teuer ist und zum anderen die Personen einem dann auch nicht zur Verfügung steht. Das heißt diese Weiterbildung, es muss klar gemacht werden, dass diese Weiterbildung eben eine zusätzliche erhebliche Belastung für das Krankenhaus ist, wenn sie das macht. (FG2)</i></li> </ul>
a. Ausschließlich aus der Fokusgruppe 2 FG: Teilnehmende(n) der Fokusgruppe	

## A.4 Fragestellung 2

### A.4.1 Deskriptive Ergebnisse

Tabelle 54: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zur Erwachsenen Notfallversorgung (§ 6 bis § 22) nach Krankenhauseidichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
Allgemeine Anforderungen (Stufen I bis III)		78 (29,10)	188 (70,15)	2 (0,75)	268	42 (31,30)	91 (67,90)	1 (0,75)	134	95 (38,62)	149 (60,57)	2 (0,81)	246
Art und Anzahl der Fachabteilungen: Stufe I	Erfüllung 24 h/7 d	49 (62,82)			78	29 (69,05)			42	66 (69,47)			95
	Primäre ZNA Versorgung	16 (20,51)				3 (7,14)				14 (14,74)			
	Kooperation mit KV	34 (43,59)				20 (47,62)				21 (22,11)			
Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Abteilungen CH, UCH, MED		0 (0,00)	5 (83,33)	1 (16,67)	6	1 (50,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	2	2 (50,00)	1 (25,00)	1 (25,00)	4

Tabelle 54: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zur Erwachsenen Notfallversorgung (§ 6 bis § 22) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
<b>Art und Anzahl der Fachabteilungen: Stufe II</b>		5 (6,25)	70 (87,50)	5 (6,25)	80	2 (5,56)	33 (91,67)	1 (2,78)	36	2 (3,12)	60 (93,75)	2 (3,12)	64
<b>Art und Anzahl der Fachabteilungen: Stufe III</b>	Abteilungen CH, UCH, MED	1 (20,00)			5	0 (0,00)			2	1 (50,00)			2
	4 Abteilungen, 2 in Kategorie A	4 (80,00)				2 (100,00)				2 (100,00)			
<b>Anzahl und Qualifikation des vorzuhalgenden Fachpersonals (Stufen I bis III)</b>		1 (1,85)	50 (92,59)	3 (5,56)	54	1 (7,69)	12 (92,3)	0 (0,00)	13	4 (8,16)	44 (89,80)	1 (2,04)	49
	Abteilungen CH, UCH, MED	0 (0,00)			1	0 (0)			1	2 (50,00)			4
	7 Abteilungen, davon 5 in Kategorie A	0 (0,00)				0 (0)				3 (75,00)			
		108 (47,16)	120 (52,40)	1 (0,44)	229	68 (61,26)	40 (36,04)	3 (2,70)	111	102 (52,85)	88 (45,60)	3 (1,55)	193
	Eindeutige Verantwortlichkeit	37 (34,26)			108	29 (42,65)			68	37 (36,27)			102

Tabelle 54: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zur Erwachsenen Notfallversorgung (§ 6 bis § 22) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Zusatzqualifikation für ärztliches und pflegerisches Personal	59 (54,63)				45 (66,18)				56 (54,90)			
	Verfügbarkeit FA CH, MED, ANÄ	20 (18,52)				12 (17,65)				15 (14,71)			
	Das Personal nimmt an fachspezifischen Fortbildungen teil	19 (17,59)				13 (19,12)				27 (26,47)			
Kapazität Intensivpatienten: Stufe I		4 (3,88)	94 (91,26)	5 (4,85)	103	5 (6,41)	70 (89,74)	3 (3,85)	78	16 (14,41)	91 (81,98)	4 (3,60)	111
Min. 6 Intensivbetten		0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4	4 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4	8 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	8
Kapazität Intensivpatienten: Stufe II		20 (21,05)	71 (74,74)	4 (4,21)	95	8 (19,51)	32 (78,05)	1 (2,44)	41	16 (21,92)	56 (76,71)	1 (1,37)	73
	Mind. 10 Intensivbetten	4 (20,00)			20	1 (12,50)			8	4 (25,00)			16
	Aufnahmebereitschaft < 60 min	18 (90,00)				5 (62,50)				12 (75,00)			

Tabelle 54: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zur Erwachsenen Notfallversorgung (§ 6 bis § 22) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
Kapazität Intensivpatienten: Stufe III		14 (20,00)	53 (75,71)	3 (4,29)	70	8 (53,33)	6 (40,00)	1 (6,67)	15	17 (27,42)	44 (70,97)	1 (1,61)	62
Medizinisch- technische Ausstattung: Stufe I	Mind. 20 Intensivbetten	4 (28,57)			14	1 (12,50)			8	4 (23,53)			17
	Aufnahmebereits- chaft < 60 min	10 (71,43)				6 (75,00)				9 (52,94)			
Medizinisch- technische Ausstattung: Stufe I		4 (4,82)	77 (92,70)	2 (2,41)	83	6 (8,82)	60 (88,24)	2 (2,94)	68	8 (9,30)	74 (86,05)	4 (4,65)	86
Medizinisch- technische Ausstattung: Stufe II	Vorhalten eines Shockraums	0 (0,00)			4	0 (0,00)			6	3 (37,50)			8
	CT 24 h verfügbar	0 (0,00)				2 (33,33)				2 (25,00)			
	Weiterverlegung auch per Luftweg	2 (50,00)				1 (16,67)				0 (0,00)			
Medizinisch- technische Ausstattung: Stufe II		4 (5,00)	72 (90,00)	4 (5,00)	80	3 (8,33)	31 (86,11)	2 (5,56)	36	4 (6,25)	58 (90,62)	2 (3,12)	64
	Vorhalten eines Shockraums	1 (25,00)			4	0 (0,00)			3	0 (0,00)			4
	CT 24 h verfügbar	0 (0,00)				0 (0,00)				0 (0,00)			

Tabelle 54: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zur Erwachsenen Notfallversorgung (§ 6 bis § 22) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Notfallendoskopie GI-Trakt	0 (0,00)				0 (0,00)				1 (25,00)			
	PCI 24 h/7 d	1 (25,00)				1 (33,33)				0 (0,00)			
	MRT 24 h/7 d	1 (25,00)				2 (66,67)				2 (50,00)			
	Schlaganfall-Diagnostik und. Lysemöglichkeit	1 (25,00)				0 (0,00)				0 (0,00)			
	Hubschrauberlandestelle	1 (25,00)				1 (33,30)				1 (25,00)			
Medizinisch-technische Ausstattung: Stufe III		3 (5,56)	49 (90,74)	2 (3,70)	54	1 (7,69)	12 (92,31)	0 (0,00)	13	7 (14,29)	42 (85,71)	0 (0,00)	49
	Vorhalten eines Schockraums	0 (0,00)			3	0 (0,00)			1	0 (0,00)			7
	CT 24 h verfügbar	1 (33,30)				0 (0,00)				4 (57,14)			
	Notfallendoskopie GI-Trakt	0 (0,00)				0 (0,00)				2 (28,57)			
	PCI 24 h/ 7d	0 (0,00)				0 (0,00)				2 (28,57)			
	MRT 24 h/7 d	1 (33,30)				1 (100,00)				2 (28,57)			

Tabelle 54: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zur Erwachsenen Notfallversorgung (§ 6 bis § 22) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Schlaganfall- Diagnostik und. Lysemöglichkeit	0 (0,00)				0 (0,00)				3 (42,86)			
	Hubschrauber- landestelle	0 (0,00)				0 (0,00)				1 (14,29)			
	Patientenverle- gung auf dem Luftweg	1 (33,30)				1 (100,00)				2 (28,57)			
Strukturen und Prozesse: Stufe I		19 (18,45)	80 (77,67)	4 (3,88)	103	10 (12,82)	65 (83,3)	3 (3,85)	78	30 (27,03)	78 (70,27)	3 (2,70)	111
	Aufnahme von Notfällen in der ZNA	3 (15,79)			19	3 (30,00)			10	7 (23,33)			30
	strukturierte Behandlungs- priorisierung	1 (5,26)				3 (30,00)				8 (26,67)			
	Ersteinschätzung ≤ 10 min nach Aufnahme	10 (52,63)				8 (80,00)				21 (70,00)			
	standardisierte, zeitnahe Dokumentation	3 (15,79)				6 (60,00)				6 (20,00)			
Strukturen und Prozesse: Stufe II		26 (27,37)	64 (67,37)	5 (5,26)	95	19 (46,34)	21 (51,22)	1 (2,44)	41	26 (35,62)	46 (63,01)	1 (1,37)	73

Tabelle 54: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zur Erwachsenen Notfallversorgung (§ 6 bis § 22) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Aufnahme von Notfällen in der ZNA	4 (15,38)			26	3 (15,79)			19	3 (11,54)			26
	Strukturierte Behandlungs-priorisierung	1 (3,85)				2 (10,53)				4 (15,38)			
	Ersteinschätzung ≤ 10 min nach Aufnahme	17 (65,38)				12 (63,16)				16 (61,54)			
	standardisierte, zeitnahe Dokumentation	3 (11,54)				5 (26,32)				3 (11,54)			
	Beobachtungs-station mit mind. 6 Betten	12 (46,15)				10 (52,63)				11 (42,31)			
Strukturen und Prozesse: Stufe III		20 (28,57)	46 (65,71)	4 (5,71)	70	7 (46,67)	7 (46,67)	1 (6,67)	15	27 (43,55)	34 (54,84)	1 (1,61)	62
	Aufnahme von Notfällen in der ZNA	3 (15,00)			20	1 (14,29)			7	5 (18,52)			27
	Strukturierte Behandlungs-priorisierung	0 (0,00)				0 (0,00)				2 (7,41)			

Tabelle 54: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zur Erwachsenen Notfallversorgung (§ 6 bis § 22) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Ersteinschätzung ≤ 10 min nach Aufnahme	14 (70,00)				5 (71,43)				22 (81,48)			
	Standardisierte, zeitnahe Dokumentation	2 (10,00)				1 (14,29)				4 (14,81)			
	Beobachtungs- station mit mind. 6 Betten	9 (45,00)				3 (42,86)				6 (22,22)			
<p>a. Die GG für Multiple-Choice-Fragen entspricht der Anzahl der vorherigen „Ja“-Antworten. Daher kann die Summe der Prozentzahlen bei den multiple Choice Antworten über 100 % entsprechen.</p> <p>ANÄ: Anästhesie; CH: Chirurgie; CT: Computertomografie; FA: Facharzt; GI: Gastrointestinal; GG: Grundgesamt; k. A.: keine Angabe; KV: Kassenärztliche Vereinigung; MED: Innere Medizin; MRT: Magnetresonanztomografie; n: Anzahl; PCI: perkutane koronare Intervention; UCH: Unfallchirurgie; ZNA: Zentrale Notaufnahme; 24 h/7 d: 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche</p>													

Tabelle 55: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Schwerverletztenversorgung (§ 24) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Aufgaben eines überregionalen Traumazentrums		0 (0,00)	2 (100,0)	0 (0,00)	2	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	2 (22,20)	7 (77,70)	0 (0,00)	9
Sekundärverlegung im Verbund	Sekundärverlegung im Verbund	-				-				0 (0,00)			
	Patienten mit speziellen Verletzungen	-				-				0 (0,00)			
	Beteiligung am Katastrophenschutz	-				-				0 (0,00)			
	Fachspezifische Fort- und Weiterbildung	-				-				2 (100,00)			2
	Beteiligung an klinischen Studien	-				-				0 (0,00)			
	Verbesserung durch QS-Verfahren	-				-				0 (0,00)			
	Interklin. Fortbildung, Qzirkel im TNW	-				-				0 (0,00)			
	Übernahme spez. Maßnahmen im TNW	-				-				0 (0,00)			

Tabelle 55: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Schwerverletztenversorgung (§ 24) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
Schwierigkeiten bei Struktur- und Prozessqualität		1 (50,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	2	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	0 (0,00)	8 (88,80)	1 (11,10)	9
	Klinik für UCH oder UCH und Orthopädie	0 (0,00)	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	24 h FA für ORTH, UCH	0 (0,00)				-				-			
	24 h FA für Viszeralchirurgie	0 (0,00)				-				-			
	24 h FA für Anästhesiologie	0 (0,00)				-				-			
	24 h FA für Radiologie	0 (0,00)				-				-			
	24 h FA für Neurochirurgie	0 (0,00)				-				-			
	24 h sonstige erforderlichen Fachdisziplinen	0 (0,00)				-				-			
	24 h Versorg. von mind. 2 Schwerverletzten	0 (0,00)				-				-			
	24 h Notfallopérationskapazität	0 (0,00)				-				-			
	24h Intensivkapazität für 2 Schwerverletzte	1 (100,0)				-				-			

Tabelle 55: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Schwerverletztenversorgung (§ 24) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Beteiligung an präklinischer Notfallrettung	0 (0,00)				-				-			
	Klinische Forschung	0 (0,00)				-				-			
Schwierigkeiten mit der Personellen Ausstattung		1 (50,0)	1 (50,00)	0 (0,00)	2	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	1 (11,10)	7 (77,70)	1 (11,10)	9
	Ärztliche Leitungsebene: FA ORTH u. UCH, spez. UCH, Schwerpunkt UCH	0 (0,00)			1	-				0 (0,00)			1
	Ärztliche Leitungsebene: Habilitation oder gleichwert. Qualifikation	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Ärztliche Leitungsebene: Volle Weiterbildungsbefugnis spezielle UCH	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Ärztliche Leitungsebene: Stellvertretung UCH, spezielle UCH od. Schwerpunkt	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Basisteam Schockraum: FA/Weiterbildungsassistent Orth u. UCH	0 (0,00)			1	-				0 (0,00)			1
	Basisteam Schockraum: Weiterbildungsassistent Orth u. UCH, VisccH, ACH	0 (0,00)				-				0 (0,00)			

Tabelle 55: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Schwerverletztenversorgung (§ 24) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Basisteam Schockraum: FA Anästhesiologie (FA-Standard)	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Basisteam Schockraum: FA Radiologie (FA-Standard)	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Basisteam Schockraum: Pflegekräfte Chirurgie	0 (0,00)				-				1 (100,0)			
	Basisteam Schockraum: Pflegekraft Anästhesiologie	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Basisteam Schockraum: med. techn. Radiologiefachkraft (MTRA)	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Basisteam Schockraum: Transportpersonal	0 (0,00)				-				1 (100,0)			
	Erweitertes Schockraumteam: FA ORTH u. UCH, spez. UCH, Schwerpunkt UCH	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Viszeralchirurgie/Allg.CH (Oberarzt OA)	0 (0,00)			1	-			-	0 (0,00)			1
	Erweitertes Schockraumteam FA Anästhesiologie (OA)	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Neurochirurgie (OA)	0 (0,00)				-				0 (0,00)			

Tabelle 55: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Schwerverletztenversorgung (§ 24) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Erweitertes Schockraumteam FA Radiologie (OA) inkl. intervent. Radiologie	0 (0,00)			-					0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Gefäßchirurgie (OA)	0 (0,00)			-					0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Herz- und/oder Thoraxchirurgie,	0 (0,00)			-					0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie,	0 (0,00)			-					0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA HNO	0 (0,00)			-					0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA Augenheilkunde	0 (0,00)			-					0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam FA für Urologie	0 (0,00)			-					0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam 2 OP-Pflegekräfte	0 (0,00)			-					0 (0,00)			
	Erweitertes Schockraumteam Weitere erforderliche Rufdienste	0 (0,00)			-					1 (100,0)			
	Fakultativ: FA für Gynäkologie	0 (0,00)			1	-				0 (0,00)			1

Tabelle 55: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Schwerverletztenversorgung (§ 24) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Fakultativ: FA mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie (Orthopädie und UCH oder plastische Chirurgie)	0 (0,00)			-					0 (0,00)			
	FA für Kinderchirurgie oder Pädiatrie	0 (0,00)			-					0 (0,00)			
Schwierigkeiten mit den Räumlichen Anforderungen		0 (0,00)	2 (100,0)	0 (0,00)	2	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	0 (0,00)	8 (88,80)	1 (11,10)	9
	Notaufnahme: Schockraum mind. 2 Schwerverletzte	-			-					-			
	Notaufnahme: CT in der Nähe des Schockraums	-			-					-			
	Notaufnahme: Lokalisation des Schockraums	-			-					-			
	Notaufnahme: Bildgebung auf Basis eines CT	-			-					-			
	Notaufnahme: Interdisziplinäre Organisation	-			-					-			
	Notaufnahme: Schockraum liegt ein Not-fall-OP zur Durchführung von Notfall-eingriffen	-			-					-			

Tabelle 55: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Scherverletztenversorgung (§ 24) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Notaufnahme: Vorhalten kinderspezifische. Materialien	-				-				-			
	Operationsabteilung: Bereitstellung von Operationssälen für die Versorgung von 2 Scherverletzten	-				-				-			
Intensivmedizinische Anforderungen		0 (0,00)	2 (100,0)	0 (0,00)	2	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	0 (0,00)	8 (88,80)	1 (11,10)	9
	Struktur u. Ausstattung der ICU nach DIVI	-				-				-			
	Struktur für intensivmedizinisch. Komplexbehandlung (OPS)	-				-				-			
	Ärztliche Stationsleitung	-				-				-			
	Pflegerische Stationsleitung	-				-				-			
	Weiterbildungsassistenten 24/365	-				-				-			
	Facharzt m. Zusatz Intensivmedizin kurzfristig erreichbar	-				-				-			
	1 Pflegekraft für 2 Behandlungsplätze im Schichtdienst	-				-				-			

Tabelle 55: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Schwerverletztenversorgung (§ 24) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	1 Pflegekraft für 1 Behandlungsplatz bei bes. Situationen	-				-				-			
	Physiotherapie	-				-				-			
	Fachspezifische psychologische Betreuung	-				-				-			
<b>Teilnahme an der Notfallversorgung Schwierigkeiten bei d. Umsetzung der Anforderungen 24 h/7 d</b>		0 (0,00)	2 (100,0)	0 (0,00)	2	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	0 (0,00)	8 (88,80)	1 (11,10)	9
<p>a. Die GG für Multiple-Choice-Fragen entspricht der Anzahl der vorherigen „Ja“-Antworten. Daher kann die Summe der Prozentzahlen bei den multiple Choice Antworten über 100 % entsprechen.</p> <p>ACH: Allgemeinchirurgie; CT: Computertomografie; DIVI: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin; FA: Facharzt; GG: Grundgesamt; HNO: Hals-Nasen-Ohren; ICU: Intensive Care Unit; k. A.: keine Angabe; n: Anzahl; ORTH: Orthopädie; OA: Oberarzt; OP: Operation; OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel; QS: Qualitätssicherung; Qzirkel: Qualitätszirkel; TNW: TraumaNetzwerk; UCH: Unfallchirurgie; VisCH: Viszeralchirurgie; 24 h/7 d: 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche</p>													

Tabelle 56: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Notfallversorgung Kinder (§ 25) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
<b>Anforderungen des Modules Notfallstufen-Kinder: Stufe I</b>		2 (33,30)	4 (66,60)	0 (0,00)	6	1 (6,67)	14 (93,33)	0 (0,00)	15	1 (10,00)	9 (90,00)	0 (0,00)	10
	Fachabteilung. Kinder- und Jugendmedizin	0 (0,00)			2	0 (0,00)			1	0 (0,00)			1
	Behandlungsmanagement Konzepte	0 (0,00)				0 (0,00)				0 (0,00)			
	Strukturiertes System der Triage	0 (0,00)				0 (0,00)				0 (0,00)			
	Ersteinschätzung innerhalb 10 min	0 (0,00)				0 (0,00)				1 (100,00)			
	Standards für Diagnostik und Therapie	0 (0,00)				0 (0,00)				0 (0,00)			
	Kooperationsvereinbarung mit KV	1 (50,00)				0 (0,00)				1 (100,00)			
<b>Anforderungen des Modules Notfallstufen-Kinder: Stufe II</b>		0 (0,00)	15 (100,00)	0 (0,00)	15	1 (10,00)	9 (90,00)	0 (0,00)	10	8 (28,57)	20 (71,43)	0 (0,00)	28
	Fachabteilung. Kinder- und Jugendmedizin	-			-	0 (0)			1	2 (25,00)			8
	Behandlungsmanagement Konzepte	-				0 (0)				3 (37,50)			
	Strukturiertes System der Triage	-				0 (0,00)				2 (25,00)			

Tabelle 56: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Notfallversorgung Kinder (§ 25) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Ersteinschätzung innerhalb 10 min	-				0 (0,00)				4 (50,00)			
	Standards für Diagnostik und Therapie	-				0 (0,00)				3 (37,50)			
	Kooperationsvereinbarung mit KV	-				0 (0,00)				5 (62,50)			
	Gesundheit- und Kinderkrankenpflegekraft	-				0 (0,00)				3 (37,50)			
	Kooperation mit Abt. f. Kinderchirurgie	-				0 (0,00)				1 (12,50)			
	Intensivmedizin 2 Plätze verfügbar	-				1 (100,00)				3 (37,50)			
	MRT 24 h	-				0 (0,00)				4 (50)			
	Hubschrauberlandestelle	-				0 (0,00)				1 (12,50)			
Anforderungen des Modules Notfallstufen-Kinder: Stufe III		1 (12,50)	7 (87,50)	0 (0,00)	8	2 (33,33)	4 (66,67)	0 (0,00)	6	7 (22,58)	23 (74,19)	1 (3,23)	31
	FAbt. Kinder-Jugendmedizin, KiChir, Neonatologie	0 (0,00)			1	1 (50,00)			2	0 (0,00)			7

Tabelle 56: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Notfallversorgung Kinder (§ 25) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Ärztlicher Präsenzdienst	0 (0,00)				1 (50,00)				0 (0,00)			
	FA Neurochirurgie, Pädiatrie NeuroChir.	0 (0,00)				0 (0,00)				0 (0,00)			
	FA Pädiatriatrie. Anästhesie. innerhalb 30 min	0 (0,00)				0 (0,00)				0 (0,00)			
	Ständige OP-Bereitschaft	0 (0,00)				0 (0,00)				0 (0,00)			
	Pädiatrische. ICU 10 Betten, Neonatologie. ICU	1 (100,00)				2 (100,0 0)				2 (28,57)			
	Pädiatrisch. ausgerichtete Labormedizin	0 (0,00)				0 (0,00)				0 (0,00)			
	MRT, Sono, Röntgen, CT pädiatrisch., 24 h	0 (0,00)				0 (0,00)				1 (14,29)			
<p>a. Die GG für Multiple-Choice-Fragen entspricht der Anzahl der vorherigen „Ja“-Antworten. Daher kann die Summe der Prozentzahlen bei den multiple Choice Antworten über 100 % entsprechen.</p> <p>CT: Computertomografie; FA: Facharzt; FAbt: Fachabteilung; GG: Grundgesamt; ICU: Intensive Care Unit; k. A.: keine Angabe; KiChir: Kinderchirurgie; KV: Kassenärztliche Vereinigung; n: Anzahl; MRT: Magnetresonanztomografie; NeuroChir: Neurochirurgie; OP: Operation, Sono: Sonografie</p>													

Tabelle 57: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen des Moduls Spezialversorgung (§ 26) nach Krankenhausdichte

Spezialversorgungsgruppen	Notfallstufen-Regelungen Anforderungen	Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
		ja n (%)	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%)	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%)	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
Gruppe 1: Einrichtungen mit Vergütung außerhalb des DRG Systems (§ 26, Abs. 2, Nr. 1)													
	Herausforderungen bei der Eingliederung in die Notfallregelungen	6 (60,00)	3 (30,00)	1 (10,00)	10	1 (50,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	2	1 (33,33)	2 (66,67)	0 (0,00)	3
Gruppe 2: Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG (§ 26, Abs. 2, Nr. 2)													
	Herausforderungen bei der Eingliederung in die Notfallregelungen	3 (75,00)	1 (25,00)	0 (0,00)	4	0 (0,00)	2 (100,00)	0 (0,00)	2	1 (33,33)	2 (66,67)	0 (0,00)	3
Gruppe 3: Schwerpunkt-KH, erforderlich für die Notfallversorgung (§ 26, Abs. 2, Nr. 3)													
	Herausforderungen bei der Eingliederung in die Notfallregelungen	8 (61,54)	5 (38,46)	0 (0,00)	13	3 (37,50)	5 (62,50)	0 (0,00)	8	6 (54,55)	5 (45,45)	0 (0,00)	11
	Sind alle relevanten Fachbereiche in den Regelungen vorhanden?	11 (84,62)	2 (15,38)	0 (0,00)	13	7 (87,50)	1 (12,50)	0 (0,00)	8	7 (63,64)	4 (36,36)	0 (0,00)	11

DRG: Diagnostic Related Groups; GG: Grundgesamt; k. A.: keine Angabe; KH: Krankenhaus KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz; n: Anzahl

Tabelle 58: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Schlaganfallversorgung (§ 27) nach Krankenhausdichte

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen	Antwortanzahl											
	Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
	ja n (%)	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%)	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%)	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Moduls Schlaganfallversorgung	0 (0,00)	4 (100,00)	0 (0,00)	4	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	2 (22,22)	7 (77,78)	0 (0,00)	9
k. A.: keine Angabe; GG: Grundgesamt; n: Anzahl												

Tabelle 59: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (§ 28) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
Schwierigkeiten bei den räumlichen Anforderungen		1 (16,67)	5 (83,33)	0 (0,00)	6	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	1 (10,00)	9 (90,00)	0 (0,00)	10
Schwierigkeiten bei den räumlichen Anforderungen	Überwachungskapazitäten unter Leitung Kardiologie	0 (0,00)			1	-			-	1 (100,00)			1
	Genaue Definition und Ausweisung der CPU	0 (0,00)				-				1 (100,00)			
	Mind. 5 Überwachungsplätze	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Herzkatheterlabor 365/24	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
Schwierigkeiten bei der Umsetzung der apparativen Anforderungen		1 (16,67)	5 (83,33)	0 (0,00)	6	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	1 (10,00)	9 (90,00)	0 (0,00)	10
Schwierigkeiten bei der Umsetzung der apparativen Anforderungen	EKG Gerät mit Registrierung von 12 Ableitungen	0 (0,00)			1	-			-	0 (0,00)			1
	Monitore zur Rhythmus-, RR- und O2-Überwachung	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Transthorakale Echokardiographie in 30 min 365 d/24 h	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Komplett ausgestattete Notfalleinheit u. Transportüberwachung.	0 (0,00)				-				0 (0,00)			

Tabelle 59: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (§ 28) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	24 h Anbindung an ein Notfalllabor	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Schrittmacherabfrage innerhalb 6 h, perkutanie. SM-Therapie	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
	Thorax-CT jederzeit möglich	0 (0,00)				-				0 (0,00)			
<b>Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Diagnostik</b>		0 (0,00)	6 (100,0 0)	0 (0,00)	6	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	2 (20,00)	8 (80,00)	0 (0,00)	10
	Aufnahme EKG mit 12 Ableitungen, Auswertung < 10 min	-			-	-			-	1 (50,00)			2
	Troponinkontrolle initial, nach 6 h und 9 h	-				-				1 (50,00)			
<b>Schwierigkeiten bei d. Umsetzung der Anforderungen Therapie</b>		0 (0,00)	6 (100,0 0)	0 (0,00)	6	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	2 (20,00)	8 (80,00)	0 (0,00)	10
	Behandlungspfade für STEMI, NSTEMI etc.	-			-	-			-	0 (0,00)			2
	Transferzeiten von d. CPU zum HzKatheterlabor < 15 min	-				-				0 (0,00)			

Tabelle 59: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (§ 28) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
	Herzkatheterlabor mit ständiger Möglichkeit zur Intervention	-				-				0 (0,00)			
	Ständige personelle Verfügbarkeit, Dokumentation im Dienstplan	-				-				1 (50,00)			
	ICU od. Intermediate Care mit Transferzeit < 15 min	-				-				0 (0,00)			
	Ständige Verfügbarkeit von Röntgen und CT	-				-				1 (50,00)			
Schwierigkeiten mit den Anforderungen an die Ausbildung		0 (0,00)	6 (100,0 0)	0 (0,00)	6	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	1 (10,00)	9 (90,00)	0 (0,00)	10
	Assistent/in	-			-	-			-	0 (0,00)			1
	Oberarzt / Oberärztin Kardiologie	-			-	-			-	0 (0,00)			
	Pflege: spezielle CPU-Schulung	-			-	-			-	1 (100,0 0)			
	Spezifische Schulung aller Mitarbeitenden	-			-	-			-	0 (0,00)			

Tabelle 59: Schwierigkeiten bei der Umsetzung die Anforderungen zu den Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (§ 28) nach Krankenhausdichte (mehrseitige Tabelle)

Notfallstufen-Regelungen Anforderungen		Antwortanzahl											
		Hohe Versorgungsdichte				Geringe Versorgungsdichte				Mittlere Versorgungsdichte			
Single Choice Fragen	Absätze Multiple Choice Fragen	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG	ja n (%) <sup>a</sup>	nein n (%)	k. A. n (%)	GG
Schwierigkeiten bei der Organisation		0 (0,00)	6 (100,0 0)	0 (0,00)	6	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0	0 (0,00)	10 (100,0 0)	0 (0,00)	10
	Leitung: Kardiologe	-			-	-			-	-			-
	Assistenzärztinnen und -ärzte: Zuständigkeit 365 d/24 h	-			-	-			-	-			-
	Oberärzte/Fachärzte (Kardiologie): 365 d/24 h, < 30 min	-			-	-			-	-			-
	Pflegepersonal Präsenz: 365 d/24 h, 4:1 Besetzung	-			-	-			-	-			-
a. Der GG für Multiple-Choice-Fragen entspricht der Anzahl der vorherigen „Ja“-Antworten. Daher kann die Summe der Prozentzahlen bei den multiple Choice Antworten über 100 % entsprechen.													
CPU: Chest-Pain-Unit; CT: Computertomografie; EKG: Elektrokardiogramm; GG: Grundgesamt; ICU: Intensive Care Unit; k. A.: keine Angabe; n: Anzahl; NSTEMI: Nicht-ST-Hebungsinfarkt, SM: Schrittmacher; STEMI: ST-Hebungsinfarkt													

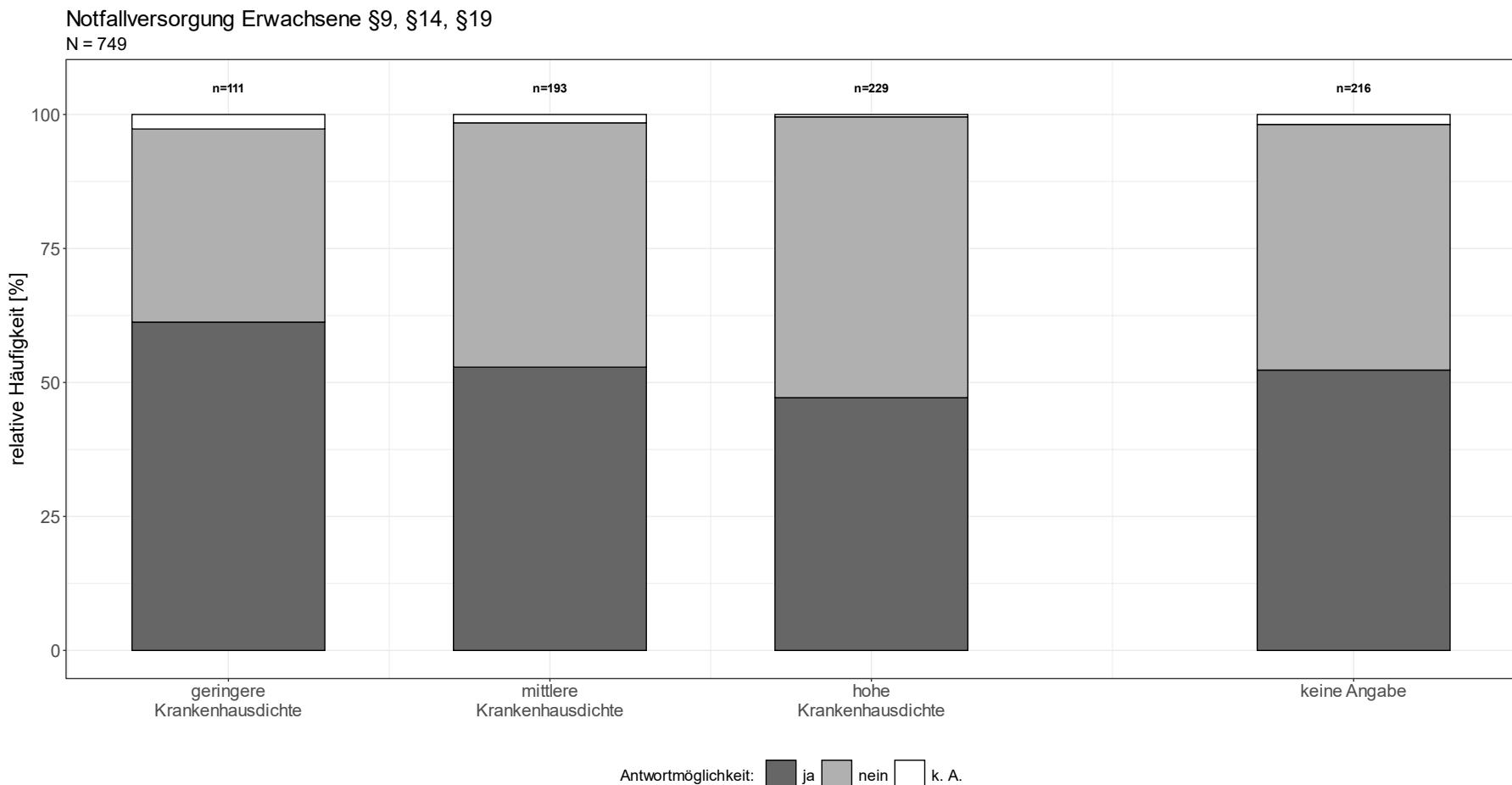


Abbildung 1: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Notfallversorgung Erwachsenen (§ 9, § 14, und § 19) nach Krankenhausdichte.

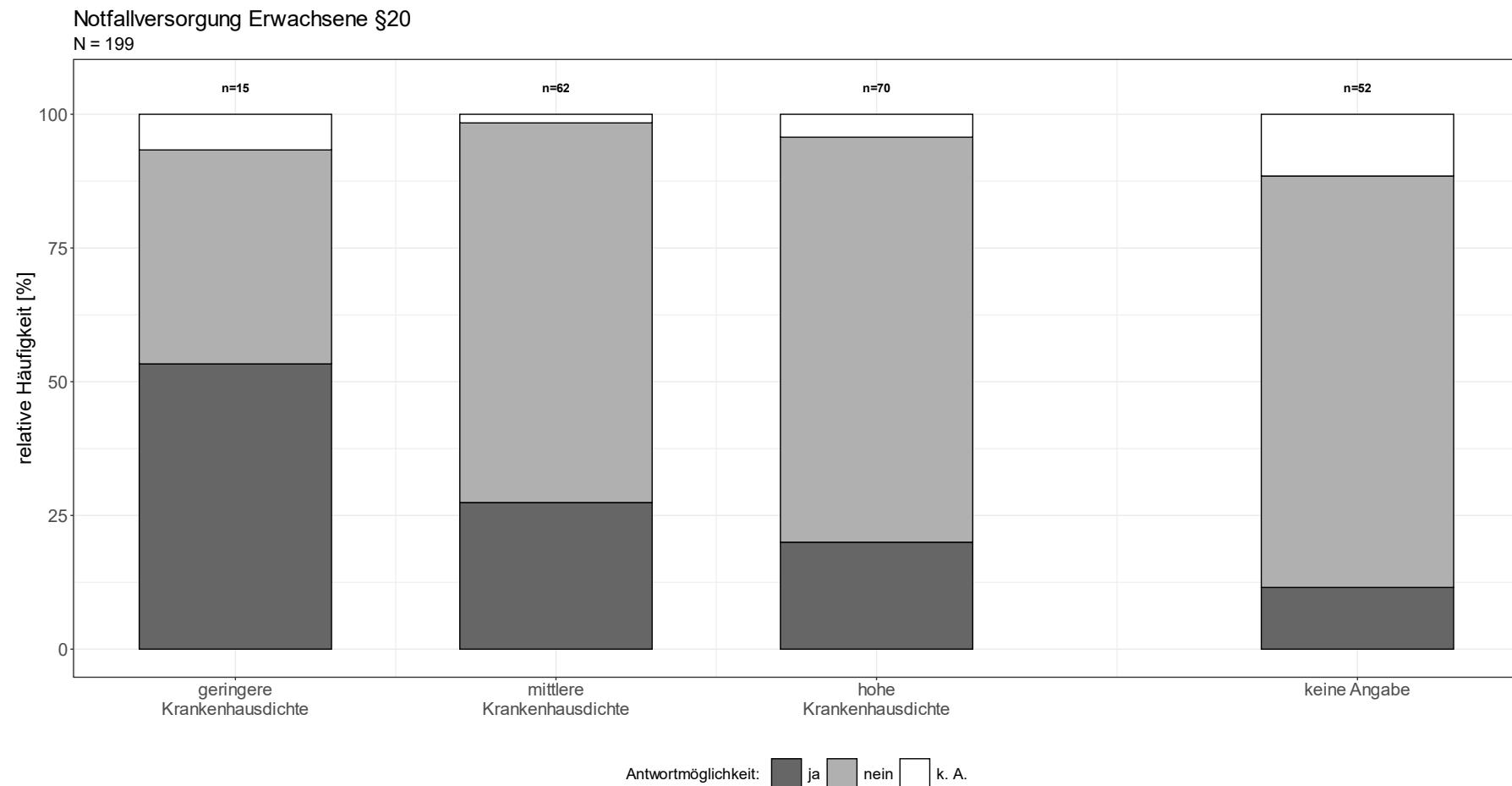


Abbildung 2: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderung zur Kapazität für die Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung Erwachsene (§ 20) nach Krankenhausdichte

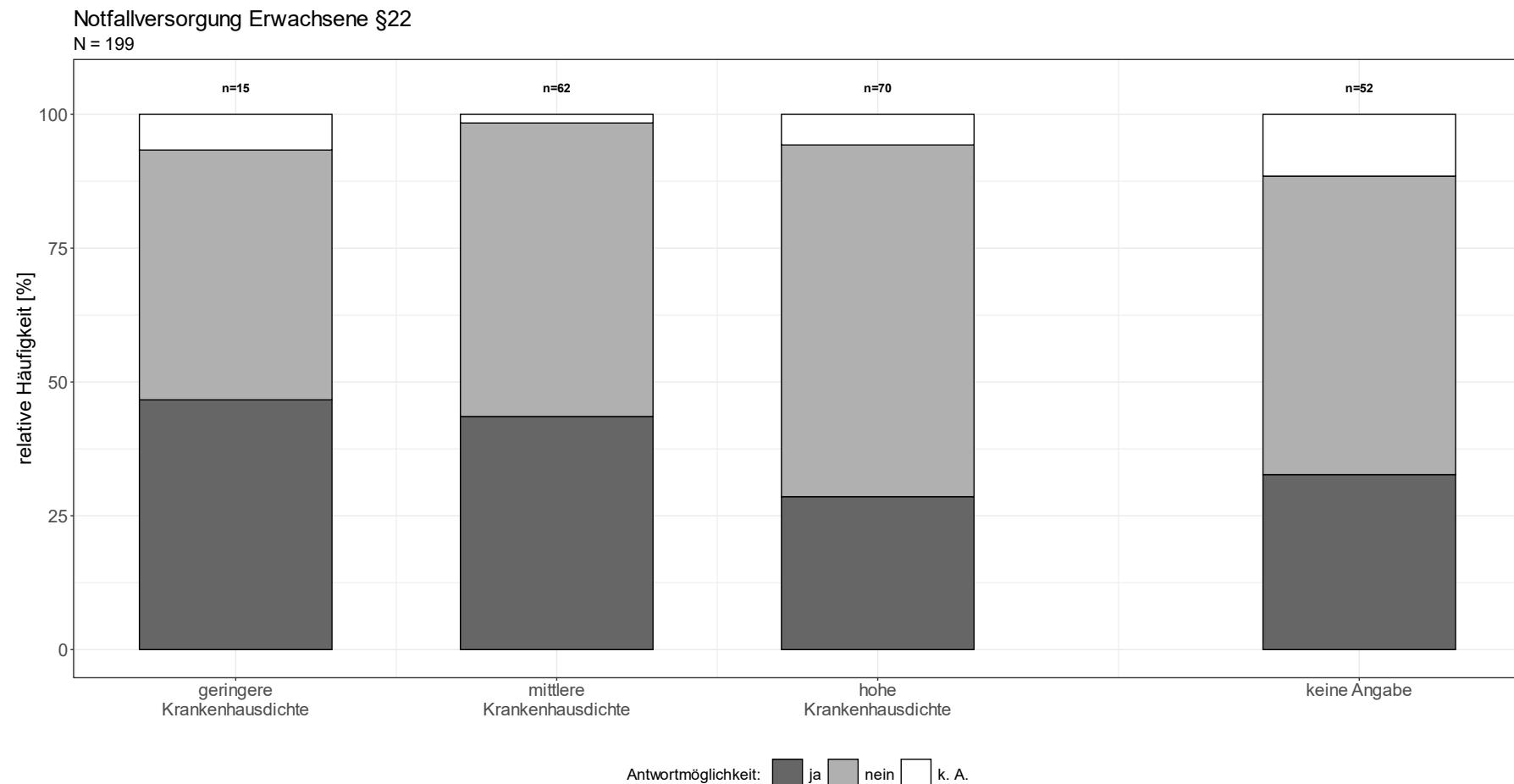


Abbildung 3: Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Anforderungen zu den Strukturen und Prozessen der Notfallaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung Erwachsene (§ 22) nach Krankenhausdichte.

#### A.4.2 Qualitative Ergebnisse

Tabelle 60: Saisonale Schwankungen

Zusammenfassung der Aussagen zur hohen Dichte	Zusammenfassung der Aussagen zur niedrigen Dichte
k. A.	Von Befragten der Krankenhäuser aus Regionen mit geringer Krankenhausdichte wird angemerkt, dass in Tourismusregionen saisonale Schwankungen in der Zahl der Notfallpatientinnen und -patienten zu verzeichnen sind.
<p><b>Fokusgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Also sprich, wir sind der medizinische Hauptversorger für die Tourismusregion um die Stadt [Ort] und die [Ort] herum. Das heißt, wir sind extrem saisonalen Schwankungen unterworfen. Also das beginnt jetzt in diesen Tagen, also mit Ostern, und endet dann in der Regel so zum Ende Oktober, die Hauptsaison. Dann gibt es noch mal so einen Peak über Weihnachten, Neujahr, also ähnlich wie die Skigebiete. (FG 1)</i></li> <li>▪ <i>In der Sommerregion verdreifacht sich hier die Bevölkerungszahl, wenn die Gynäkologie wegbricht, die Pädiatrie wegbricht, wenn die Menschen, die dann auch als Urlauber kommen, die sehen nur ein Krankenhausschild hier, die denken, hier wird ihnen geholfen, und dann muss man hier weiter abweisen Richtung [Ort] oder sonst was an elendige Fahrzeiten. (FG 2)</i></li> </ul>	
FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; k. A.: keine Angabe	

Tabelle 61: Krankenhausschließungen

Zusammenfassung der Aussagen zur hohen Dichte	Zusammenfassung der Aussagen zur niedrigen Dichte
k. A.	Eine Vielzahl an Krankenhäusern in Regionen mit einer geringen Krankenhausdichte kämpft mit Insolvenz und Schließung. Dies führt dazu, dass weiterhin bestehende Krankenhäuser mit dem Wegbrechen dieser Krankenhäuser und dem daraus resultierenden Zustrom an Notfallpatientinnen und -patienten konfrontiert sind, wofür sie meist nicht ausgelegt sind.

**Fokusgruppen:**

- *Wir haben die besondere Situation, dass unser Nachbarkrankenhaus in [Ort], das gerade vor der Schließung steht, und wir auch immer wieder angerufen werden, die Notfallversorgung wochenweise, wenn nicht gar für Monate zu übernehmen. [...] Unsere zentrale Notaufnahme ist baulich nicht ganz dafür ausgestattet, so große Mengen an Patienten aufzunehmen, sodass es hier noch mal demnächst einen Fördermittelantrag gibt und baulich wir uns etwas erweitern müssen und besser aufstellen müssen. (FG 1)*
- *Was wir beobachten, als ich angefangen habe, im Jahre 2023, waren es noch um die 25 000 Patientenkontakte pro Jahr. Jetzt sind wir in 2024 kumulativ bei 27 100. Am kleinen Standort ist es von 14 800 auf 18 000 gestiegen. Insofern, wir merken jetzt schon auch, dass um uns herum Kliniken die Notfallversorgung einschränken oder gar kaputtgehen. In unserem Nachbarlandkreis ist ein Krankenhauskonstrukt nun insolvent. Eine Notaufnahme wird komplett geschlossen, die IMC, Intensivstation, wird geschlossen, und beim anderen Standort befindet sich jetzt so ein Rettungsverfahren gerade [...] Wir wissen nicht, ob dieser Landkreis überhaupt in einem Jahr noch überhaupt ein Krankenhaus haben wird. Insofern wir rechnen damit, dass die Patientenzahlen bei uns steigen. (FG 1)*
- *[...] im Bereich der Spezialversorger, die ja eben durch die Länder hier ausgewiesen werden können und dann von einem Zu- und einem Abschlag sozusagen jeweils befreit sind, haben wir hier deutlich mehr Vereinbarungen, als wir das angenommen haben. Und es ist auch zwischen den Ländern sehr unterschiedlich. [...] Und da würden wir einen Bedarf sehen, dass man hier sich noch mal konkretere Kriterien überlegt, nach denen diese Ausnahmen tatsächlich möglich sein sollten, um hier dann auch bundesweit irgendwie ein einheitliches Vorgehen an der Stelle zu haben. (FG 6)*

FG: Teilnehmende(n) der Fokusgruppe; IMC: Intermediate Care k. A.: keine Angabe

Tabelle 62: Anfahrt / Erreichbarkeit

Zusammenfassung der Aussagen zur hohen Dichte	Zusammenfassung der Aussagen zur niedrigen Dichte
k. A.	Die Anfahrtswege sind mit einem hohen Zeitaufwand verbunden und die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist oft eingeschränkt.

**Fokusgruppen:**

- *Wie gesagt, zum Teil kommen die Patienten mit einem Rettungswagen aus anderthalb Stunde gefahren. (FG 1)*
- *Hier fährt kein Bus, hier fährt kein Zug. Das muss man mit eigenem Pkw machen. (FG 2)*

FG: Teilnehmende(n) der Fokusgruppe; k. A.: keine Angabe; PKW: Personenkraftwagen

Tabelle 63: Entlassmanagement / Abtransport / Weiterverlegung

Zusammenfassung der Aussagen zur hohen Dichte	Zusammenfassung der Aussagen zur niedrigen Dichte
k. A.	Teilnehmende aus Regionen mit geringer Krankenhausdichte berichten von fehlender Infrastruktur und hohen Distanzen zum Wohnort, was insbesondere die Entlassung älterer Patientinnen und Patienten erschwert. Gleichzeitig stehen Krankenhäuser aus Regionen mit geringer Versorgungsdichte vor dem Problem einer fehlenden Anbindung an Pflegeeinrichtungen oder ähnlichen Einrichtungen, um pflegebedürftige Personen zu entlassen.
<i>Fokusgruppen:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Ansonsten haben wir das Problem, dass wir häufiger einen Exit-Block haben [...]. Und man hat auch immer das Problem die Anbindung an Pflegeeinrichtungen, das ist manchmal auch sehr schleppend, wenn Patienten, die vorher zu Hause gewohnt haben, jetzt aber einer Pflege bedürfen. Da einen Pflegeplatz zu bekommen, verzögert auch den Entlasszeitpunkt. Was wiederum dazu führt, dass wir dann eben verstärkt Patientinnen und Patienten in der ZNA behalten, teilweise inzwischen auch über 24 Stunden hinaus. (FG 1)</i></li> <li>▪ <i>[...] und dann haben wir nachts das Problem, dass sie nicht zurückkommen. Dass es da einfach keine Strukturen gibt, dass es keine Versorgungsstrukturen gibt für die immer älter werdenden Menschen, und das ja auch gar nicht so wirklich im Krankenhaus dann abgebildet werden kann. Also man sieht zunehmend eine Verwahrlosung der Menschen in der Häuslichkeit, weil die ambulanten Strukturen einfach fehlen. (FG 1)</i></li> <li>▪ <i>Man muss vielleicht auch darüber nachdenken, [...] die Taxiunternehmen, die unsere Patienten wieder nach Hause bringen, die sagen teilweise, sie wollen unsere Patienten nicht mehr transportieren, weil die Krankenkassen das nicht bezahlen. Das heißt, die Patienten müssen es entweder selbst bezahlen oder wenn sie Pflegestufe 3 haben oder aber eine Befreiung, dann müssen sie es nicht bezahlen. Aber tatsächlich ist es so, dass wir manchmal entweder sehr rüde sein müssen, weil unsere Patienten dann einfach, egal wie alt sie sind, in den Wartebereich setzen müssen oder aber tatsächlich dann natürlich aus Mitgefühl auch akzeptieren, dass diese Patienten dann in unserer Notaufnahme verbleiben, bis sie dann am nächsten Morgen vielleicht dann abgeholt werden können von Angehörigen oder dann wieder vom Taxidienst, weil die Krankenkassen zahlen eben nur dann, wenn die Patienten auch über Nacht geblieben sind. (FG 1)</i></li> </ul>	

FG: Teilnehmende(n) der Fokusgruppe; k. A.: keine Angabe; ZNA: Zentrale Notaufnahme

Tabelle 64: Bedarfsmaß pro Notfallstufe

Zusammenfassung der Aussagen zur hohen Dichte	Zusammenfassung der Aussagen zur niedrigen Dichte
Es wird befürchtet, dass immer mehr Krankenhäuser das Ziel haben, eine höhere Versorgungsstufe anzustreben. Um eine Überversorgung in bestimmten Regionen zu vermeiden, wäre es wichtig, ein Bedarfsmaß festzulegen.	k. A.
<p><i>Fokusgruppen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Was sich im Laufe der Zeit gezeigt hat, ist allerdings, dass sich immer mehr Basisversorger auf den Weg gemacht haben in eine höhere Stufe. Wir haben im Zeitverlauf ja eine deutliche Entwicklung in Richtung der erweiterten und umfassenden Notfallstufe erreicht. Das ist ja erst mal positiv, dass wir so viele sehr umfassende Strukturen hier haben. Das führt aber auch zu einem Punkt, dass man sich aus unserer Sicht jetzt auch mal Gedanken machen müsste über ein Bedarfsmaß. [...] Es wird aber nicht die Frage gestellt, ob in einer Region das Ganze in Übereinstimmung mit dem Bedarf gebracht wurde, oder ob vielleicht an einzelnen Stellen auch eine Überversorgung besteht, insbesondere in den Ballungsgebieten. (FG6)</li> </ul>	
FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; k. A.: keine Angabe	

Tabelle 65: Ambulante Fälle

Zusammenfassung der Aussagen zur hohen Dichte	Zusammenfassung der Aussagen zur niedrigen Dichte
<p>In Regionen sowohl hoher als auch niedriger Versorgungsdichte ist ein zunehmender Anstieg der ambulanten Patienten und Patientinnen zu beobachten. Als Ursachen hierfür werden zum einen eine unzureichende Patientensteuerung, zum anderen ein unzureichendes Angebot an ambulanter Versorgung angeführt. Die teilnehmenden Krankenhäuser schlagen daher vor, die Steuerung der Patientenströme und insbesondere ein geeigneten EinschätzungsInstrument in den Regelungen zu verankern.</p>	
<p><b>Fokusgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wir sind tatsächlich nur ein Haus der Schwerpunktversorgung mit Anteilen der Maximalversorgung [...]. Ich habe [...] davor tatsächlich im ländlichen Basisversorger 3 Jahre chefärztlich [...] die Notaufnahme [verantwortet]. Von daher habe ich immer beide Perspektiven so ein bisschen im Blick, die verschiedenen Herausforderungen. Was aber für beide Standorte zutraf und auch weiter zutrifft, ist eben auch das Thema der Patientensteuerung. Wir erleben sowohl hier im Ballungsraum als auch im ländlichen Bereich ein Wegbrechen sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, sodass die Notaufnahmen einfach gezwungen sind, viele, viele Patienten aufzufangen, die an anderer Stelle durchs Raster fallen. (FG 3)</li> <li>▪ Bei uns ist eigentlich auch das drängendste Problem, die Patientensteuerung – fehlende Steuerung, dass bei uns, sozusagen, alles aufschlägt und eigentlich auch keiner stationärer Behandlung bedürfte, einfach weil sie ambulant keine Versorgung finden. (FG 3)</li> <li>▪ Also ich sehe einen großen Bedarf, wie gerade schon dargestellt, in der Regelung zur Steuerung der Patientenströme. Insbesondere eine Auswahl eines geeigneten EinschätzungsInstruments für die Steuerung der Patientenströme. Und hier ist, glaube ich, das neue Konzept, was im Notfallgesetz, im Entwurf zumindest, vorgesehen war, mit der Einrichtung einer neuen Leitstellenstruktur wichtig und sinnvoll. (FG 3)</li> <li>▪ Dann kommt noch dazu, dass wir natürlich bemerken, dass auch dadurch, dass es immer weniger Hausärzte gibt, dass insgesamt vielleicht die Einstellung in der Bevölkerung sich auch verändert hat, wann man ein Krankenhaus aufsuchen muss. Also das ist ja sehr, sehr niedrigschwellig geworden, mit welchen Problemen die kommen. Das heißt, wir werden überschwemmt mit Bagatellproblemen, und es ist nicht immer einfach, je nach Tageszeit, diesen Patienten dann auch zu sagen, dass sie zum Beispiel dann in eine Praxis gehen müssen, weil dann ist oft das Argument „mein Hausarzt ist im Urlaub, es gibt keine Vertretung“ oder sie sind einfach schon so alt und gebrechlich, haben sie es gerade eben ins Krankenhaus geschafft, und man kann denen gar nicht zumuten, dass sie jetzt noch mal wieder losgehen und woanders hinfahren. Und man weiß auch tatsächlich oft nicht, wohin. Kontakte zu den Hausärzten ist oft schwer, weil wir keine direkten haben Durchwahlnummern zu den Hausärzten. (FG 1)</li> <li>▪ [...] und der absolut schwache ambulante Sektor, dass auch jetzt am Freitagnachmittag, schon bevor die Praxen zumachen, die Praxen einen Einweisungsschein schreiben und in die Notaufnahme zum Thromboseausschluss schicken, obwohl sie alle ein Ultraschallgerät haben. Das sind eben Dinge, die können wir zunehmend nicht mehr nachvollziehen, dass die Kliniken sehr, sehr stark, sehr, sehr straff kontrolliert werden und der ambulante Sektor sein Ding machen kann und eben nicht so stark ist, wie er tut. (FG 1)</li> </ul>	

FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe

Tabelle 66: Personal

Zusammenfassung der Aussagen zur hohen Dichte	Zusammenfassung der Aussagen zur niedrigen Dichte
Regionen mit geringer und mit hoher Krankenhausdichte berichten von geringen Personalressourcen, aufgrund von Akquise-Problemen. Zudem besteht in Regionen mit geringer Krankenhausdichte die Herausforderung, dass qualifiziertes Personal schnell von Maximalversorgern abgeworben werden.	
<p><b>Fokusgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wir haben sehr wohl immer wieder passagere Kapazitätsmeldungen vornehmen müssen, weil einfach die ja ungeplanten Personalausfälle so gravierend sind. Also riesige AU-Raten, die sich einfach auch dadurch erklären lassen, dass das nach Stellenplan berechnete Personal einfach vorne und hinten sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Sektor nicht ausreicht, um alle neuralgischen Funktionen innerhalb der Notaufnahme zu besetzen, was einfach eine permanente Dauerbelastung / Überlastung des Personals bedeutet. (FG 3)</li> <li>▪ Und auch das Problem, das wenn wir jemanden haben, dass er dann gleich abgeworben wird, wiederum. (FG 1)</li> </ul>	
AU: Arbeitsunfähigkeit; FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe	

Tabelle 67: Kooperation mit anderen Krankenhäusern

Zusammenfassung der Aussagen zur hohen Dichte	Zusammenfassung der Aussagen zur niedrigen Dichte
Sowohl in Regionen mit niedriger als auch mit hoher Krankenhausdichte wird eine Vernetzung bzw. Kooperation zwischen Krankenhäusern als sinnvoll erachtet. Neben Kooperationen hinsichtlich der medizinischen (telemedizinischen) Notfallversorgung betrifft dies auch Kooperationen bezogen auf die Fort- und Weiterbildungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich.	
<p><b>Fokusgruppen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ich halte sehr viel davon, hier tatsächlich sich zu vernetzen mit den regionalen Krankenhäusern, um die Weiterbildung zum einen für die Zusatzweiterbildung im ärztlichen Bereich, aber auch die Notfallpflege tatsächlich praktikabel umzusetzen. (FG 3)</li> <li>▪ Unsere Notaufnahme hat 30 000 Kontakte im Jahr, davon sind 3000 Kinder oder unter 18-Jährige, nennen wir es so, mit unterschiedlichsten Altersstufen. Ich möchte aber dazu sagen, dass wir keine Pädiatrie haben. Deswegen müssen wir mit unseren Hauptkooperationspartnern auch Telemedizin oder machen das in paar bundesweiten Pilotprojekten. (FG1)</li> </ul>	
FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe	

## A.5 Fragestellung 3

### A.5.1 Qualitative Ergebnisse

Tabelle 68: Notfallmedizin als eigene Fachlichkeit

Zusammenfassung der Aussagen		
Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
<b>Zitat</b>		
Es wird vorgeschlagen, die Notfallmedizin als eigenständige Fachdisziplin mit einem eigenen fachärztlichen Qualifizierungsprofil zu etablieren. So soll eine klare fachliche Verantwortung und Kompetenz geschaffen und die derzeitige Heterogenität der Fachrichtungen in der Notfallmedizin überwunden werden.	k. A.	Notfallmedizin sollte als eigenständige Fachdisziplin implementiert werden.
<i>Online-Survey-Freitexte:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <i>Notfallmedizin als eigene Fachlichkeit</i></li></ul> <i>Experteninterview:</i> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <i>[Es ist wichtig], dass man Notfallmedizin als eigene Fachlichkeit im Gesamten sieht und nicht nur als Organisationseinheit. [...] Weil wir uns professionalisieren müssen. (INZ)</i></li></ul>		
INZ: Integriertes Notfallzentrum; k. A.: keine Angabe		

Tabelle 69: Personaluntergrenzen

Zusammenfassung der Aussagen		
Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
<b>Zitat</b>		
Eine Festlegung einer Mindestzahl für pflegerische, ärztliche und fachärztliche Besetzungen, in Abhängigkeit von Patientenzahlen, wird als sinnvoll erachtet.	k. A.	Es wird angeregt, Personaluntergrenzen für die ärztliche und pflegerische notfallmedizinische Versorgung einzuführen, um eine Entlastung des Personals zu bewirken und die Qualität der Versorgung zu gewährleisten.
<i>Online-Survey-Freitexte:</i>		
▪ <i>Es fehlen klare Angaben für Personaluntergrenzen anhand der Patientenkontakte.</i>		
<i>Experteninterview:</i>		
▪ <i>Es fehlt, und das ist essenziell, im G-BA eine Personaluntergrenze. (INZ)</i>		
G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; INZ: Integriertes Notfallzentrum; k. A.: keine Angabe		

Tabelle 70: Strukturiertes Belegungs- und Entlassmanagement

Zusammenfassung der Aussagen		
Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
<b>Zitat</b>		
Die Implementierung eines Belegungs- und Entlassmanagements für sämtliche Abteilungen eines Krankenhauses wird angeregt. Ein verpflichtendes Reporting und Monitoring bezüglich Crowding, Abmeldung und Verlegungszeiten wird als sinnvoll erachtet. Die Höchstbehandlungsdauer in der ZNA ist ein weiterer Punkt, der einer Klärung bedarf.	k. A.	Es bedarf eines Systems, um Patientinnen und Patienten aus der Notaufnahme versorgungsgerecht abfließen zu lassen.
<i>Online-Survey-Freitexte:</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Es bedarf der] Vorhaltung eines Belegungs- und Entlassmanagements (für alle Abteilungen eines Krankenhauses).</li> <li>▪ [Es bedarf eines] verpflichtenden Reportings / Monitorings hinsichtlich Crowding / Abmeldung / Verlegungszeiten etc.</li> <li>▪ [Es bedarf einer] Höchstbehandlungsdauer in der ZNA.</li> <li>▪ [Es bedarf einer] Vorhaltung eines Belegungs- und Entlassmanagements (für alle Abteilungen eines Krankenhauses): u. a. Nachweis von Slotbetten für stationär zu versorgende Notfallpatienten.</li> </ul>		
<i>Experteninterview:</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es ist nicht das Inputproblem. Wir kriegen das Throughput auch, aber wir haben in Deutschland einen Exitblock. Und ich glaube, das ist der Punkt, wenn wir Notaufnahme verbessern wollen, müssen wir dafür sorgen, an [...] [dieser] Schraube zu drehen. (INZ)</li> </ul>		
INZ: Integriertes Notfallzentrum; k. A.: keine Angabe; ZNA: Zentrale Notaufnahme		

Tabelle 71: Intersektorale Zusammenarbeit

Zusammenfassung der Aussagen		
Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
<b>Zitat</b>		
Eine Verzahnung mit dem ambulanten Sektor, insbesondere mit KV-Notfallpraxen und MVZs, um eine funktionierende intersektorale Notfallversorgung zu gewährleisten, sollte in den Notfallstufen-Regelungen festgelegt werden.	Es wird eine engere Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Notfallambulanzen gefordert, die nicht dem Zufall überlassen, sondern extern durchgesetzt werden sollte.	k. A.
<i>Online-Survey-Freitexte:</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn wir Notaufnahme künftig entlassen wollen und wir die Patientin / den Patienten den geeigneten Versorgungssektor schicken wollen, benötigen wir ein funktionierendes ambulantes System, das nicht nur darauf fußt, „Einweisungen“ ins Krankenhaus zu schreiben. Denn [aktuell müssen] die Patientinnen und Patienten, die mit Einweisung kommen, [...] die ZNA-Strukturen durchlaufen, bevor sie in eine Weiterbehandlung (MVZ, Arztpraxis etc.) geleitet werden.</li> <li>▪ Bessere Verzahnung für intersektorale Prozesse, d. h. MVZ, KV-Notfallpraxis und ZNA; also echte INZ-Strukturen festlegen und die KV zwingen, diese apparativ und personell auskömmlich zu besetzen; das kann nicht immer zulasten von Kliniken gehen.</li> <li>▪ Vorgeschaltete KV-Versorgung. Dabei müsste der gängigen Überweisungsstrategie ohne vorherige medizinische Versorgung (Untersuchung und Therapie-Einleitung) juristisch abgesichert begegnet werden.</li> <li>▪ Die Art der Zusammenarbeit von KV und Notfallambulanz kann nicht der Bereitschaft zur Zusammenarbeit der beiden Partner überlassen werden. Sie muss ggf. von extern durchgesetzt werden.</li> </ul>		
<i>Fokusgruppen:</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In [Ort] haben wir es so, dass am Mittwochnachmittag und an Feiertagen ganztägig und am Wochenende ganztägig die niedergelassenen Kinderärzte für einen Notdienst zuständig sind. Den Rest der Zeit haben sie an die KV abgetreten, mit gutem Geld. Aber das, was die KV bringt, die 116 117, ist leider übersichtlich und entsprechend fällt wieder ganz viel an die Notaufnahme zurück. Da denke ich mir, da kann man die Gelder anders verteilen und besser verteilen und entsprechend die Versorgung der Kinder maßgeblich verbessern. (FG 5)</li> <li>▪ Wie kann es sein, dass die KV, die den Versorgungsauftrag hat, sich einfach so zurückziehen kann? Wir kriegen den G-BA vorgesetzt, und wir müssen hierzu hinarbeiten, um diese Sachen zu erfüllen. Und die KV nimmt sich per Handstreich einfach raus. Da erwarte ich dann vom Gesetzgeber wiederum, dass er da nachbuttert und die KV wieder auf den Weg ihrer Aufgabe zurückdrängt. (FG 5)</li> </ul>		
FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; INZ: Integriertes Notfallzentrum; KV: Kassenärztlicher Vereinigung; k. A.: keine Angabe; MVZ: medizinisches Versorgungszentrum; ZNA: Zentrale Notaufnahme		

Tabelle 72: Beschränkung des Prüfzeitraums

Zusammenfassung der Aussagen		
Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
<b>Zitat</b>		
k. A.	Die Zeitintervalle, die im Rahmen der MD-Prüfung beobachtet werden, variieren bundesweit. Für Krankenhäuser, die über einen längeren Zeitraum hinweg die Nachweise erbringen müssen, resultiert daraus ein hoher Ressourcenaufwand. In dem hier relevanten Zeitraum erschwert die Prüfung jedes einzelnen Tages durch den MD das Bestehen der Anforderungen.	Die Zeitintervalle, die im Rahmen der MD-Prüfung beobachtet werden, variieren bundesweit. Für den MD, der häufig jeden einzelnen Tag in diesem Zeitraum prüfen muss, resultiert daraus ein hoher Ressourcen- und Zeitaufwand.
Fokusgruppen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [...] wir hatten 18 Monate Prüfzeitraum statt 3. Das ist dann auch schon sehr beachtlich. Also da werden schon unterschiedliche Maßstäbe rangenommen und man muss dann mit Sachen bestehen, wo man den Dienstplan täglich auf die Minute kontrolliert bekommt. Das sind schon Herausforderungen von 18 Monaten. Das war sportlich für uns. Aber das scheint eben auch gar keine Einheitlichkeit zu geben. (FG2)</li> </ul>		
Experteninterview:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Und mir persönlich, aber das liegt halt an Niedersachsen, wäre auch geholfen, wenn der Prüfzeitraum beschränkt wird auf maximal 6 Monate. Und das würden auch viele Häuser begrüßen, weil es ist ein Riesenaufwand für 24 Monate, sämtliche Unterlagen des fluktuierenden Personals vorzuhalten. (Person 2 des MD)</li> <li>▪ Ja, die Masse an Unterlagen und Informationen, die da in kürzester Zeit verarbeitet werden müssen. Das ist superanstrengend. Also ich war gestern bei einer Prüfung und Montag selber. Ich bin heute platt. Also ich kann nicht mehr gut denken. Das sind echte Herausforderungen. (Person 2 des MD)</li> <li>▪ Aber wenn es komplex ist, dann gucken wir uns tatsächlich fast jeden Tag an, ja, oder sogar jeden Tag. (Person 2 des MD)</li> </ul>		
FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; k. A.: keine Angabe; MD: Medizinischer Dienst		

Tabelle 73: Ergänzung zur speziellen Notfallversorgung

Zusammenfassung der Aussagen		
Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
<b>Zitat</b>		
Es besteht die Notwendigkeit, Spezialversorger für Tropen- und Reisemedizin, Seltene Erkrankungen, Menschen mit Beeinträchtigungen sowie spezialisierte Teilgebiete der Orthopädie und Inneren Medizin zu berücksichtigen. Für diese Fachkliniken wird eine separate Notfallstufe gefordert, um ihrem spezifischen Auftrag gerecht zu werden, beispielsweise der Grundversorgung in der Allgemeinen Inneren Medizin.	Es wird vorgeschlagen, Kriterien zu ergänzen, um ein bundeseinheitliches Vorgehen für die Ausweisung eines Krankenhauses als Spezialversorgung festzulegen.	k. A.
<b>Online-Survey-Freitexte:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [Es bedarf] Spezialversorger für: Tropen- und Reisemedizin und Seltene Erkrankungen, Menschen mit Beeinträchtigungen. Fachkliniken sind in der Notfallversorgung eingebunden und benötigen deshalb eine separate Notfallstufe für deren konkreten Auftrag: z. B. Grundversorgung Allgemeine Innere Medizin in der Region.</li> <li>▪ Das Modul Spezialversorger „Orthopädie und Kinderorthopädie“ fehlt, insbesondere im Sinne der Wechsel- und Revisionsendoprothetik, seltenen Implantatgrößen bzw. Implantatbesonderheiten, der Tumororthopädie, der Rheumaorthopädie, komplexen Patientenfällen und der Spezialisierung in der Kinderorthopädie / Kinderneuroorthopädie.</li> </ul>		
<b>Fokusgruppen:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Bereich der Spezialversorger, die ja eben durch die Länder hier ausgewiesen werden können und dann von einem Zu- und einem Abschlag, sozusagen, jeweils befreit sind, haben wir hier deutlich mehr Vereinbarungen, als wir das angenommen haben. Und es ist auch zwischen den Ländern sehr unterschiedlich. [...] Und da würden wir einen Bedarf sehen, dass man hier sich noch mal konkretere Kriterien überlegt, nach denen diese Ausnahmen tatsächlich möglich sein sollten, um hier dann auch bundesweit irgendwie ein einheitliches Vorgehen an der Stelle zu haben. (FG 6)</li> </ul>		
FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; k. A.: keine Angabe		

Tabelle 74: Zertifizierung eines Traumazentrums

Zusammenfassung der Aussagen		
Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
<b>Zitat</b>		
Ein DGU-Traumazentrums-Zertifikat sollte anerkannt werden ohne weitere Prüfung durch den MD, um Doppelarbeit zu vermeiden.	k. A.	Aktuelle Zertifikate sollten anerkannt werden und auf eine zusätzliche Prüfung durch den MD verzichtet werden.
<i>Online-Survey-Freitexte:</i>		
▪ <i>Klare Ansage, dass Zertifizierung als überregionales Traumazentrum anzuerkennen und eine nochmalige Prüfung der bereits geprüften Punkte nicht erfolgen darf: Die Doppelarbeit nimmt uns noch mehr Zeit am Patienten weg. Ein Verfahren zur Bewertung der externen Prüfer und des externen Prüfverfahrens.</i>		
<i>Experteninterview:</i>		
▪ <i>Dann wäre also, dann könnte man das Modul vollständig umformulieren, indem man sagt: Kannst du das aktuell geltende Zertifikat vorlegen, ist das Modul bestanden. Also da brauche ich gar keinen Medizinischen Dienst eigentlich dazu. [...] würde uns allen Arbeit sparen. (Person 1 des MD)</i>		
k. A.: keine Angabe; MD: Medizinischer Dienst		

Tabelle 75: Strukturelle und organisatorische Ausgestaltung der Kindernotaufnahme

Zusammenfassung der Aussagen		
Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
<b>Zitat</b>		
Es besteht der Wunsch nach einer Trennung von Kinder- und Erwachsenen-Notaufnahme mit spezifischen Kriterien für die Kinder-Notaufnahme.	Sollten INZs in die Notfallstufen-Regelungen aufgenommen werden, so sollte neben dem INZ für die Erwachsenenversorgung auch ein integriertes Notfallzentrum für die Kindernotfallversorgung aufgenommen werden.	k. A.
<i>Online-Survey-Freitexte:</i>		
▪ <i>Klare Definition, ob die Notaufnahme einer Kinderklinik getrennt von der Notaufnahme für Erwachsene betrachtet wird und wie perspektivisch eine gemeinsame Betrachtung erfolgen, wenn INZ / KINZ geplant werden.</i>		
<i>Fokusgruppen:</i>		
▪ <i>Dann haben wir das Thema der Integrierten Notfallzentren, die ja auch für Kinder irgendwann mal kommen sollten. (FG 5)</i>		
FG: Teilnehmende(n) der Fokusgruppe; INZ: Integriertes Notfallzentrum; k. A.: keine Angabe; KINZ: Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche		

Tabelle 76: Komplikationsmanagement bei Schlaganfall

Zusammenfassung der Aussagen		
Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
<b>Zitat</b>		
Es wird ein verpflichtendes und prüfbares Komplikationsmanagement für Schlaganfallnotfälle in der Notaufnahme gefordert, dass auch die Nachverfolgung von falsch abgewiesenen Patientinnen und Patienten (Stroke-Chamäleon) und Komplikationen nach intraarterieller Therapie umfasst. Zudem sollte die Weiterverlegung in höhere Versorgungsstufen, insbesondere bei seltenen oder komplizierten Schlaganfällen, systematisch erfasst werden.	k. A.	k. A.
<b>Online-Survey-Freitexte:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Es fehlt für die Notaufnahme von Schlaganfallpatienten ein verpflichtendes und prüfbares Komplikationsmanagement, gerne „Mortality &amp; Morbidity“ genannt. Das heißt, welche Patienten wurden falsch weggeschickt (Stroke-Chamäleon) und welche Komplikationen ergab es (Feedback von der Stroke Unit). Wie viele Patienten wurden NICHT weiterverlegt in die nächsthöhere Versorgungsstufe (z. B. bei seltenen / komplizierten Schlaganfällen, z. B. Vaskulitis).</i></li> </ul>		
k. A.: keine Angabe		

Tabelle 77: Zertifizierung und Qualität von Stroke Units

Zusammenfassung der Aussagen		
Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
<b>Zitat</b>		
Es wird betont, dass Stroke Units über ein gültiges Zertifikat der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft verfügen sollten, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten.	Telemedizinkonsile sollen anerkannt werden, um die Notwendigkeit einer ärztlichen Präsenz vor Ort zu überwinden.	Aktuelle Zertifikate sollten anerkannt werden und auf eine zusätzliche Prüfung durch den MD verzichtet werden.
<i>Online-Survey-Freitexte:</i>		
▪ Die Stroke Unit sollte über ein gültiges Zertifikat der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft verfügen. Es existieren immer noch zu viele sogenannte Stroke Units und Notaufnahmen, die Schlaganfallpatienten behandeln und inhaltlich damit völlig überfordert sind. Leider lohnt sich das immer noch finanziell, sowohl für die entsprechenden Häuser als auch für die Kostenträger (geringeres aber immer noch lukratives Honorar im Vergleich zu einer neurologischen Schlaganfallkomplextherapie).		
<i>Fokusgruppen:</i>		
▪ Und auch, dass klargestellt wird, dass Telemedizinkonsile, wir wollen alle in Richtung Telemedizin gehen, dass die auch anerkannt werden und es nicht dann immer noch heißt, es muss der Arzt vor Ort sein. (FG 7)		
<i>Experteninterview:</i>		
▪ Bei dem Modul Stroke Unit, da sind wir auch wieder beim Thema Zertifikat [...]. Die legen mir ein Zertifikat vor, sie sind eine zertifizierte Stroke Unit. [...] Da ist eigentlich auch 24/7 eine ärztliche Versorgung vorgegeben. Was will ich dann jetzt noch mal prüfen? Das ist eigentlich, das wäre dann maximal noch für Häuser, die vielleicht nicht zertifiziert sind und sich als Schlaganfalleinheit fühlen. [...] wird sich aber dann mit den Leistungsgruppen-Zuteilungen garantiert nivellieren. Macht also perspektivisch für mich auch keinen Prüf-Sinn. [...] (Person 1 des MD)		
FG: Teilnehmende(n) der Fokusgruppe; MD: Medizinischer Dienst		

Tabelle 78: Weiterbildung Regelungsbedarf für Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag und Bedarfsnotwendigkeit

Zusammenfassung der Aussagen		
Freitexte	Fokusgruppen	Experteninterviews
<b>Zitat</b>		
k. A.	Für Krankenhäuser mit Sicherstellungszuschlag und Bedarfsnotwendigkeit wird eine bundeseinheitliche Regelung der Weiterbildung und Qualifizierung des Personals in der Notfallmedizin gefordert. Idealerweise erfolgt diese durch die Ärztekammern	k. A.
<i>Fokusgruppen:</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Wir brauchen einheitliche Regelungen der einzelnen Ärztekammern, eine bundeseinheitliche Regelung für die Ausbildung zur Klinischen Notfall- und Akutmedizin. Unsere Ärztekammer hier im Land [Bundesland] macht uns das Leben doch dann recht schwer, was die Qualifikation betrifft. (FG2)</i></li> </ul>		
FG: Teilnehmende(r) der Fokusgruppe; k. A.: keine Angabe		

## A.6 Fragestellung 4a

### A.6.1 Ergebnisse der Fokusgruppe 6 sowie des Experteninterviews mit dem InEK

Tabelle 79: Ergebnisse der Fokusgruppe 6

Zusammenfassung der Aussagen der Fokusgruppe 6*	Zitate
<p>Es wurde sich für eine Weiterentwicklung der Notfallstufen-Regelungen und eine Anpassung an das Leistungsgruppensystem ausgesprochen. Die bereits bestehende Verbindung zwischen beiden Systemen (Notfallstufen als Anforderung der sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen vereinzelter Leistungsgruppen) könne weiterausgebaut und die Art und Anzahl der geforderten Fachabteilungen von Notfallstufen durch die entsprechenden Leistungsgruppen ersetzt werden. Dies kann insbesondere auch für die spezielle Notfallversorgung (Module) relevant sein, da als Voraussetzung für das Anbieten bestimmter Module entsprechende Leistungsgruppen zugewiesen sein müssen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Und es gibt ja auch jetzt schon bereits Verbindungen zwischen dem Notfallstufenkonzept des G-BA und dem Leistungsgruppensystem, in dem einige der in Anlage 1 zu § 135e SGB V definierten Leistungsgruppen im Anforderungsbereich „Sonstige, Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ die Erfüllung bestimmter Notfallstufenvoraussetzungen nach dem G-BA-Konzept vorsehen. Und diese Verzahnung könnte man weiter fortentwickeln und mit dieser Aufgabe könnte zum Beispiel der Ausschuss nach § 135e, Abs. 3, SGB V betraut werden.</i></li> <li>▪ <i>[...] und für eine solche Verzahnung sollte man dann zum Beispiel nicht mehr, wie es jetzt der Fall ist, auf Art und Anzahl von Fachabteilungen als ein Zuordnungskriterium zu einer bestimmten Notfallstufe abstellen, sondern maßgeblich sollten dann die jeweils zugewiesenen Leistungsgruppen sein.</i></li> </ul>

\* ausschließlich hinsichtlich des Anpassungsbedarfes anhand des KHVVG

Abs.: Absatz; G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; KHVVG: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz; SGB: Sozialgesetzbuch

Tabelle 80: Inhaltsanalyse des Experteninterviews – InEK (mehrseitige Tabelle)

Hauptcode	Subcode	Zusammenfassung der Aussagen
Rolle des InEK bei den Notfallstufen-Regelungen	Surrogat für Zuordnung / Ermittlung der LG (Intensivmedizin) und deren Bedeutung für das LG-System	Das InEK verwendet die Notfallstufen als Surrogat bei der Ermittlung der LG Intensivmedizin. Statt der Festlegung neuer Qualitätskriterien für die LG wurde sich an den bereits bestehenden Notfallstufen orientiert. Vereinfachend wurde dabei angenommen, dass beim Vorliegen einer Notfallstufe automatisch die LG Intensivmedizin vorliegt. Die LG Intensivmedizin ist für das LG-System von besonderer Bedeutung, da einige LG, beispielsweise die Allgemeinchirurgie oder Neurochirurgie, die Intensivmedizin als verwandte LG erbringen müssen.
Auswirkungen der Einführung der LG auf die Notfallstufen-Regelungen	kein notwendiger Anpassungsbedarf	Es besteht kein notwendiger Bedarf, die Notfallstufen-Regelung an das LG-System anzupassen.
	gleichzeitiges Vorhandensein von LGs und Notfallstufen	Die Notfallstufen-Regelung bzw. die verwandten LG können für die Einführung von Strukturkriterien in den LG genutzt werden. So können die Anforderungen einer Notfallstufe mit denen einer LG übereinstimmen. Beide Systeme können jedoch auch für sich allein in keiner Verbindung zueinanderstehen, sodass sich nicht zwingend ein Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelung ergibt.
	Vorhalten von Notfallstrukturen über Strukturkriterien der LGs und OPS-Codes	Notfallstrukturen können auch in den OPS-Codes festgelegten Strukturvorgaben definiert sein. Ein Beispiel hierfür stellt die LG Stroke Unit dar. So wird ein Fall dieser LG zugeordnet, wenn die entsprechenden OPS-Codes erfüllt sind.
Anpassungsbedarf der Notfallstufen-Regelungen infolge LG-Einführung	Anpassungsmöglichkeiten / Synergieeffekte	Es gibt sinnvolle Ansätze, nach denen man die Notfallstufen-Regelung an das LG-System anpassen könnte.
	Erfüllung der Kriterien der LGs durch die Notfallstufen-Regelungen	Zunächst sind die Notfallvoraussetzungen für die verschiedenen Leistungsgruppen zu definieren. Notfallstrukturen können innerhalb bestimmter Leistungsgruppen über die Strukturkriterien definiert werden. Deren Inhalte können mit den Anforderungen der Notfallstufen oder (neuer) Module übereinstimmen und somit hinreichend abgedeckt werden. Sie können aber auch nur teilweise übereinstimmen und müssen dann durch weitere Kriterien ergänzt werden. Bei der Festlegung neuer Leistungsgruppen können somit für die individuelle Leistungsgruppe relevante Anforderungen der Notfallstufen modulhaft herangezogen werden. Sofern man jedoch ausschließlich die Notfallstufen-Regelung für die Festlegung der Notfallstrukturen nutzen möchte, müsste man diese so gestalten, dass sie die notwendigen Kriterien der Leistungsgruppen erfüllt.
	Beschreibung der Anforderungen der Notfallstufen durch LGs	Es wird für unrealistisch gehalten, dass die Anforderungen der Notfallstufen durch die Leistungsgruppen ersetzt werden.

Tabelle 80: Inhaltsanalyse des Experteninterviews – InEK (mehrseitige Tabelle)

Hauptcode	Subcode	Zusammenfassung der Aussagen
Probleme	fehlende Nachvollziehbarkeit der Nutzung von Notfallstrukturen	Es muss zwischen der fallbezogenen Definition eines Notfalls und der Inanspruchnahme von Notfallstrukturen differenziert werden.
	fallbezogene Zuweisung zu einer LG	Ein Behandlungsfall kann nur einer einzigen Leistungsgruppe zugeordnet werden. Notfälle sind in unterschiedlichen Leistungsgruppen vertreten, z. B. in der Leistungsgruppe Intensivmedizin oder Stroke Unit, sodass das Attribut Notfall durch die Zuordnung zu einer Leistungsgruppe verloren gehen würde.
	fehlende Definition eines Notfalls	Es gibt keine inhaltliche fallbezogene Definition eines Notfalls. Es gibt lediglich eine Definition von bestimmten vorzuhaltenden Notfallstrukturen (siehe Notfallstufen-Regelung). Nicht jeder Fall, der diese Strukturen in Anspruch nimmt, ist jedoch ein Notfall. Aus diesem Grund ist es schwierig, den Notfall einem Fall zuzuordnen. Selbst bei vorliegender Definition eines Notfalls würde aufgrund der Zuordnung eines Falls zu einer einzigen Leistungsgruppe das Attribut Notfall verloren gehen.
	keine Abbildung differenzierter Strukturkriterien in Notfallstufen	In den Notfallstufen werden lediglich übergreifend vorzuhaltenden Strukturkriterien je Stufe dargestellt. Dies ermöglicht keine weitere Differenzierung in die einzelnen Strukturkriterien je Leistungsgruppe bzw. der Erbringung verwandter Leistungsgruppen. So erfordert beispielsweise die Leistungsgruppe Schlaganfall eine differenzierte Betrachtung der vorzuhaltenden Notfallstrukturen je Behandlung eines Schlaganfalls.
	zu kleinteilige Ausgestaltung der LG durch die NSR	Die Notfallstufen-Regelung legt in den jeweiligen Stufen eine übergeordnete Struktur an vorzuhaltenden Notfallkriterien fest. Für die Behandlung von Notfällen (je Leistungsgruppe) können jedoch auch nur Teile davon relevant sein. Würden die Notfallstufen dahingehend angepasst werden, dass sie die Kriterien der jeweiligen Leistungsgruppe erfüllen, könnte dies deshalb zu einer zu modularen bzw. in Teilen zu kleinteiligen Ausgestaltung der Leistungsgruppen führen.
	Entwicklung der NSR vor dem LG-System	Die Notfallstufen-Regelung wurde vor dem Leistungsgruppensystem eingeführt und ist nicht auf das Leistungsgruppensystem abgestimmt.

InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus; KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz; KHVVG: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz; LG: Leistungsgruppe; OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel

## A.7 Fragestellung 4b

### A.7.1 Textvergleich Notfallreform mit den Notfallstufen-Regelungen: Details der Ergebnisse

Tabelle 81: Umsetzung INZ – Allgemein (mehrseitige Tabelle)

Thema	Notfallreform (geplante Änderung im SGB V: §, Abs./Nr.)	Notfallstufen-Regelungen (Bezug: §, Abs./Nr.)	Potenzieller Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen
Umsetzung INZ – Aufbau und Verortung	Ein INZ besteht aus der Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung zur notdienstlichen Akutversorgung (Notdienstpraxis) in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des betreffenden Krankenhausstandorts und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle, die auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung zusammenarbeiten. (§ 123, Abs. 1)	bisher nicht vorgesehen	Der Aufbau des INZ und die Kooperationsvereinbarung als Grundlage für die Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsebenen im INZ ist bisher in den Notfallstufen-Regelungen nicht thematisiert.
Einrichtung von INZs	Ein Krankenhausstandort kann als Standort für die Einrichtung eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt werden, wenn dieser Krankenhausstandort die Voraussetzungen der Notfallstufe Basisnotfallversorgung erfüllt und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren überwiegen. (§ 123a, Abs. 1, Satz 1)	bisher nicht vorgesehen	ergänzende Anforderung an die Notfallstufe Basisnotfallversorgung integrieren

Tabelle 81: Umsetzung INZ – Allgemein (mehrseitige Tabelle)

<b>Thema</b>	<b>Notfallreform</b> (geplante Änderung im SGB V: §, Abs./Nr.)	<b>Notfallstufen-Regelungen</b> (Bezug: §, Abs./Nr.)	<b>Potenzieller Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen</b>
Besonderheiten: Festlegung eines INZ-Standorts bei hoher Krankenhausdichte	<p>Wenn in einer Planungsregion mehrere Krankenhausstandorte für die Einrichtung eines INZ gleich geeignet sind, sollen vorrangig Krankenhausstandorte als Standort für die Einrichtung eines INZ festgelegt werden,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die die Voraussetzungen einer höheren Notfallstufe erfüllen oder eine nach anderen Kriterien, insbesondere Fallzahlen, leistungsfähigere Notaufnahme aufweisen,</li> <li>2. die notfallmedizinisch relevante Fachabteilungen vorhalten und</li> <li>3. in denen Notdienstpraxen unmittelbar in der Notaufnahme eingerichtet werden können.</li> </ol> <p>(§ 123a, Abs. 1, Satz 3)</p>	bisher nicht vorgesehen	Kriterien zur Festlegung eines INZ-Standorts bei hoher Krankenhausdichte
Kriterien für die Einrichtung eines INZ	<p>Kriterien für die Einrichtung eines INZ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erreichbarkeit des Standorts mit einem Kraftfahrzeug innerhalb einer Fahrzeit von 30 Minuten für mindestens 95 Prozent der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,</li> </ol>	bisher nicht vorgesehen	Festlegen von Kriterien, die bei der Einrichtung eines INZ berücksichtigt werden müssen

Tabelle 81: Umsetzung INZ – Allgemein (mehrseitige Tabelle)

<b>Thema</b>	<b>Notfallreform</b> (geplante Änderung im SGB V: §, Abs./Nr.)	<b>Notfallstufen-Regelungen</b> (Bezug: §, Abs./Nr.)	<b>Potenzieller Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen</b>
	<p>2. Zahl der zu versorgenden Menschen in einer Planungsregion,</p> <p>3. Erreichbarkeit des Standorts mit dem öffentlichen Personennahverkehr,</p> <p>4. Bestehen einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Notaufnahme des Krankenhausstandorts und</p> <p>5. Möglichkeit einer Kooperation mit Vertragsärztinnen / Vertragsärzten oder Medizinischen Versorgungszentren im Umkreis des Standorts.</p> <p>(§ 123a, Abs. 1, Satz 2)</p>		
Zeitraum der Organisation	Zur Organisation des Integrierten Notfallzentrums schließen die Kassenärztliche Vereinigung und der Krankenhausträger innerhalb von 9 Monaten, nachdem der betreffende Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, eine Kooperationsvereinbarung. [...] Es soll ein gemeinsames Qualitätsmanagement durchgeführt werden (§ 123a, Abs. 2).	bisher nicht vorgesehen	Nach Festlegung als INZ-Standort muss eine Kooperationsvereinbarung innerhalb von 9 Monaten getroffen werden.
Abs: Absatz; INZ: Integriertes Notfallzentrum; SGB: Sozialgesetzbuch			

Tabelle 82: Sicherstellung der Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen (mehrseitige Tabelle)

Thema	Notfallreform (geplante Änderung im SGB V: §, Abs. / Nr.)	Notfallstufen-Regelungen (Bezug: §, Abs. / Nr.)	Potenzieller Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen
Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen allgemein	<p>Integrierte Notfallzentren haben bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine Unterstützung durch telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu gewährleisten, wenn an ihrem Standort kein Integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche vorhanden ist. Sie haben darüber hinaus bei Hinweisen auf eine vorliegende psychische Erkrankung eine Unterstützung durch telemedizinische oder telefonische Konsilien von Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie zu gewährleisten, wenn an ihrem Standort keine Fachabteilung für Psychiatrie vorhanden ist. [...].</p> <p>(§ 123, Abs. 4 und § 123b)</p>	bisher nicht enthalten	Sicherstellung der Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen, auch bei Hinweisen auf eine psychische Erkrankung, wenn am Standort kein INZ für Kinder und Jugendliche vorhanden ist.
Anforderungen an die Einrichtung eines INZ für Kinder und Jugendliche	<p>Voraussetzung für die Einrichtung eines INZ für Kinder und Jugendliche ist, dass ein Krankenhausstandort die Anforderungen gemäß § 25 der Notfallstufen-Regelungen erfüllt und keine berechtigten Interessen des Krankenhauses oder der Kasenärztlichen Vereinigung entgegenstehen, die das Interesse an einer flächendeckenden Versorgung mit Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche überwiegen.</p> <p>(§ 123b, Abs. 1)</p>	bisher nicht enthalten	ergänzende Anforderung an ein INZ für Kinder und Jugendliche in das Modul Notfallversorgung Kinder integrieren

Tabelle 82: Sicherstellung der Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen (mehrseitige Tabelle)

<b>Thema</b>	<b>Notfallreform</b> (geplante Änderung im SGB V: §, Abs. / Nr.)	<b>Notfallstufen-Regelungen</b> (Bezug: §, Abs. / Nr.)	<b>Potenzieller Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen</b>
Vermittlung von Behandlungsterminen durch die KVen	Die KVen sollen verpflichtet werden, INZ für Kinder und Jugendliche Behandlungstermine an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zu vermitteln. (§ 75, Abs. 1a, nach dem neuen Satz 17 und Ersatz des Abs. 1b durch die neuen Abs. 1b bis 1f)	bisher nicht enthalten	Ergänzende Anforderungen an die Kooperationsvereinbarungen bei Installation eines INZ für Kinder und Jugendliche sind erforderlich.
Abs.: Absatz: INZ; Integriertes Notfallzentrum; KV: Kassenärztliche Vereinigung; SGB: Sozialgesetzbuch			

Tabelle 83: Zentrale Ersteinschätzungsstelle und das Ersteinschätzungsverfahren (mehrseitige Tabelle)

<b>Thema</b>	<b>Notfallreform</b> (geplante Änderung im SGB V: §, Abs. / Nr.)	<b>Notfallstufen-Regelungen</b> (Bezug: §, Abs. / Nr.)	<b>Potenzieller Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen</b>
Ersteinschätzungsverfahren (Triage vorstationäre Versorgung)	Wesentliches Element des Integrierten Notfallzentrums ist die zentrale Ersteinschätzungsstelle, die Hilfesuchende der richtigen Struktur innerhalb des Integrierten Notfallzentrums zuweist. Perspektivisch soll dies über eine standardisierte, qualifizierte und digitale Ersteinschätzung geschehen, sobald eine solche als validiertes und patientensicheres Instrument zur Verfügung steht. (§ 123, Abs. 1 und 2)	Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. (§ 12, Nr. 2)	Erweiterung der Notfallstufen-Regelungen um ein stationär vorgesetztes standardisiertes digitales Ersteinschätzungsverfahren zur Behandlungspriorisierung
Vorgaben hinsichtlich Ersteinschätzung und Ersteinschätzungsstelle	<p>In der Kooperationsvereinbarung soll Näheres u. a. zu folgenden Punkten vereinbart werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchführung der Ersteinschätzung,</li> <li>▪ Organisation und personelle Besetzung der zentralen Ersteinschätzungsstelle, einschließlich der notwendigen Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals,</li> <li>▪ Anmietung oder Bereitstellung von Räumlichkeiten, Einrichtung und Verbrauchsmaterial der Notdienstpraxis,</li> <li>▪ Nutzung der technischen und diagnostischen Einrichtungen des Krankenhauses durch die Notdienstpraxis, einschließlich der hierfür zu entrichtenden Entgelten.</li> </ul>	bisher nicht enthalten	Inhalte der Kooperationsvereinbarung zur Ersteinschätzung und Ersteinschätzungsstelle festlegen

Tabelle 83: Zentrale Ersteinschätzungsstelle und das Ersteinschätzungsverfahren (mehrseitige Tabelle)

<b>Thema</b>	<b>Notfallreform</b> (geplante Änderung im SGB V: §, Abs. / Nr.)	<b>Notfallstufen-Regelungen</b> (Bezug: §, Abs. / Nr.)	<b>Potenzieller Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen</b>
	Sollte eine Kooperationsvereinbarung nicht in vorgegebener Zeit zustande kommen, wird eine unabhängige Schiedsperson eingebunden. (§ 123a, Abs. 1 und 3)		
INZ – Verantwortung Ersteinschätzung	<p>Die fachliche und datenschutzrechtliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle und ihre fachliche Leitung obliegen dem Krankenhaus, wenn in der Kooperationsvereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist [...]. Die jeweilige Kooperationspraxis muss organisatorisch und technisch so mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und der Kooperationspraxis möglich ist.</p> <p>(§ 123, Abs. 1)</p> <p>Für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbstständig ein Integriertes Notfallzentrum aufsuchen, trifft die zentrale Ersteinschätzungsstelle eine Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums.</p> <p>(§ 123, Abs. 2, Satz 1)</p>	bisher nicht vorgesehen	Festhalten, dass die fachliche und datenschutzrechtliche Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzung dem Krankenhaus obliegt

Abs.: Absatz; INZ: Integriertes Notfallzentrum; SGB: Sozialgesetzbuch

Tabelle 84: Kooperationsvereinbarung mit der KV zur Versorgung von ambulanten Notfällen (mehrseitige Tabelle)

<b>Thema</b>	<b>Notfallreform</b> (geplante Änderung im SGB V: §, Abs. / Nr.)	<b>Notfallstufen-Regelungen</b> (Bezug: §, Abs. / Nr.)	<b>Potenzieller Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen</b>
Umsetzung INZ – Kooperationsvereinbarung	<p>Wird ein Standort eines zugelassenen Krankenhauses als Standort eines INZ festgelegt, sind dieses Krankenhaus und die zuständige Kassenärztlichen Vereinigung zur Einrichtung eines INZ verpflichtet. Hierfür ist eine Kooperationsvereinbarung abzuschließen.</p> <p>(§ 123, Abs. 1)</p> <p>Näheres zu den organisatorischen, strukturellen, technischen und personellen Inhalten der Kooperationsvereinbarung zu ergänzen (§ 123a, Abs. 2)</p>	bisher nicht vorgesehen	Nach Festlegung eines Krankenhausstandorts als Standort eines INZ: Festhalten der Verpflichtung zum Aufbau eines INZ für das Krankenhaus und die zuständige KV und zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung.
Gewährleistung ambulanter Behandlungstermine	<p>Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Integrierten Notfallzentren die Vermittlung von Behandlungsterminen bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern zu ermöglichen.</p> <p>(§ 75, Abs. 1a, Satz 18 neu)</p>	bisher nicht vorgesehen	Verpflichtung der KVen zur Vermittlung von vertragsärztlichen Behandlungsterminen für Patientinnen und Patienten, die entsprechend der Ersteinschätzung ambulant weiterversorgt werden können.

Tabelle 84: Kooperationsvereinbarung mit der KV zur Versorgung von ambulanten Notfällen (mehrseitige Tabelle)

Thema	Notfallreform (geplante Änderung im SGB V: §, Abs. / Nr.)	Notfallstufen-Regelungen (Bezug: §, Abs. / Nr.)	Potenzieller Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen
Erreichbarkeit aller Versorgungsbereiche	Außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis sollen die Vertragspartner des Integrierten Notfallzentrums geeignete, im Umkreis des jeweiligen Krankenhausstandortes gelegene Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren (Kooperationspraxen) in die Kooperationsvereinbarung einbeziehen. Die jeweilige Kooperationspraxis muss organisatorisch und technisch so mit dem Integrierten Notfallzentrum vernetzt sein, dass eine zeitlich nahtlose, rückverfolgbare und digitale Fallübergabe zwischen dem Integrierten Notfallzentrum und der Kooperationspraxis möglich ist. (§ 123, Abs. 1)	24/7-Verfügbarkeit ärztlicher und pflegerischer Versorgung im stationären Notfallzentrum. (§ 6, Abs. 1 und Konkretisierungen unter III–VI)	Verfügbarkeit der notdienstlichen Akutversorgung über die KV auch über die Öffnungszeiten der im INZ integrierten Notfallpraxis hinaus und Festlegung der Anforderungen an die Fallübergabe zwischen INZ und Kooperationspraxis.
Kooperationsvereinbarung mit der KV zur Versorgung von ambulanten Notfällen	Die KV stellen die notdienstliche Akutversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem ambulanten Behandlungsbedarf durch die Beteiligung an INZ für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche sicher. Sie werden zudem verpflichtet, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche sowohl eine telemedizinische als auch eine aufsuchende notdienstliche Versorgung bereitzustellen. (§ 75, Abs. 1b)	Im Rahmen des Notdienstes sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen spätestens ab dem 31. März 2022 ergänzend auch telemedizinische Leistungen zur Verfügung stellen. (§ 6, Abs. 3, Satz 6)	Erweiterung der Notfallstufen-Regelungen um die Verpflichtung der KV zur ambulanten Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten mit akutem ambulantem Behandlungsbedarf im Rahmen des INZ.

Abs.: Absatz; INZ; Integriertes Notfallzentrum; KVen: Kassenärztliche Vereinigungen; SGB: Sozialgesetzbuch

Tabelle 85: Explizit formulierte Anforderungen an den G-BA

<b>Thema</b>	<b>Notfallreform</b> (geplante Änderung im SGB V: §, Absatz / Nr.)	<b>Notfallstufen-Regelungen</b> (Bezug: §, Absatz / Nr.)	<b>Potenzieller Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen</b>
Anforderung an den G-BA	Der Gemeinsame Bundesausschuss soll unter Berücksichtigung der Notfallstufen-Regelungen in einer Richtlinie Vorgaben für das standardisierte digitale Ersteinschätzungsinstrument, Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren sowie Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung dieser Anforderungen festlegen. (§ 123 neu, Abs. 3)	bisher nicht enthalten	Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument, Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen in Integrierten Notfallzentren sowie Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung dieser Anforderungen festlegen.
Konkrete Regelungsbedarfe für den G-BA hinsichtlich der Ersteinschätzung	Der G-BA regelt in einer Richtlinie die Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbstständig einen Krankenhausstandort aufsuchen. Für Krankenhausstandorte, die Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt auf Basis der Ersteinschätzung eine Entscheidung über die geeignete Versorgungsebene innerhalb des Integrierten Notfallzentrums unter Berücksichtigung einer in § 123 Abs. 1, Satz 7 genannten Kooperation.	bisher nicht enthalten	siehe Zeile „Anforderung an den G-BA“

Tabelle 85: Explizit formulierte Anforderungen an den G-BA

Thema	Notfallreform (geplante Änderung im SGB V: §, Absatz / Nr.)	Notfallstufen-Regelungen (Bezug: §, Absatz / Nr.)	Potenzieller Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen
	<p>Für Krankenhausstandorte, die nicht Teil eines Integrierten Notfallzentrums sind, erfolgt auf Basis der Ersteinschätzung eine Entscheidung über die Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder die Behandlung am Krankenhausstandort. Dabei ist auch das Nähere vorzugeben</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zur Steuerung und Behandlungspriorisierung innerhalb eines Integrierten Notfallzentrums,</li> <li>2. zur Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum oder zur Behandlung am Krankenhausstandort,</li> <li>3. zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Weiterleitung an ein Integriertes Notfallzentrum,</li> <li>4. zum Nachweis der Einhaltung der geregelten Vorgaben durch die digitale Ersteinschätzung,</li> <li>5. zur Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,</li> <li>6. zum Zeitpunkt, ab dem die Ersteinschätzung zu verwenden ist.</li> </ol> <p>(§ 123c Abs. 2)</p>		

Tabelle 85: Explizit formulierte Anforderungen an den G-BA

<b>Thema</b>	<b>Notfallreform</b> (geplante Änderung im SGB V: §, Absatz / Nr.)	<b>Notfallstufen-Regelungen</b> (Bezug: §, Absatz / Nr.)	<b>Potenzieller Anpassungsbedarf für die Notfallstufen-Regelungen</b>
Konkrete Regelungsbedarfe für den G-BA hinsichtlich der Mindestanforderungen an die Notdienstpraxen und der Leistungserbringer in Integrierten Notfallzentren	<p>Die Richtlinie regelt zudem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1. Mindestanforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxen und der Leistungserbringer in Integrierten Notfallzentren sowie der Kooperationspraxen,</li> <li>▪ 2. Vorgaben zum Nachweis und zur Kontrolle der Einhaltung der geregelten Mindestanforderungen und</li> <li>▪ 3. das Nähere zur Erfüllung der Prüfungs- und Berichtspflichten des Gemeinsamen Bundesausschusses.</li> </ul> <p>(§ 123c Abs. 2)</p>	bisher nicht enthalten	siehe Zeile „Anforderung an den G-BA“
Evaluation der Richtlinie	<p>Der G-BA hat die Auswirkungen hinsichtlich der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Notdienstpraxen und der Leistungserbringer sowie auf die Patientenversorgung und die Erforderlichkeit einer Anpassung der Richtlinie zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2028 über das Ergebnis dieser Prüfung zu berichten.</p> <p>(§ 123c Abs. 2)</p>	bisher nicht enthalten	Zeitpunkt zur nächsten Evaluation der Richtlinie und Berichtsdatum an das BMG aufnehmen

Abs.: Absatz; BMG: Bundesministerium für Gesundheit; G-BA: Gemeinsame Bundesausschuss; SGB: Sozialgesetzbuch

### A.7.2 Integriertes Notfallzentrum (INZ): Details der Ergebnisse

Tabelle 86: Inhaltsanalyse des Experteninterviews – INZ (mehrseitige Tabelle)

Hauptcode	Subcode	Zusammenfassung der Aussagen
		Zitat
Ziel und Prozesse des INZ	Ziel des INZ	<p>Das Ziel des INZ ist eine Verschmelzung der Sektoren, das heißt das Angebot von ambulanter und stationärer Notfallmedizin an einem Ort mit einem vorgesetzten Tresen zur Triage in den entsprechenden Sektor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Wir haben immer zum Angloamerikanischen gesehen und da hat uns die Welt ja vorgemacht, es gibt „Acute und Emergency Care“ in England, es gibt einen „Emergency Room“, es gibt „Acute Care“. Das machen sie seit Jahrzehnten. Warum machen wir das nicht? Und diese Idee haben wir schon vor 15 Jahren aufgegriffen und haben dann aber mit dem INZ uns bestätigt gesehen.</i></li> </ul>
		<p>Das INZ trägt zur Qualitätsverbesserung bei, indem es ambulante Fälle abfängt und somit die Notaufnahmen entlastet. Dadurch hat das Personal Zeit und Kapazitäten, um sich um die ernsthaften Notfälle zu kümmern.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Wir haben hier über das ganze Jahr 24 % Entlastung der Notaufnahmen geschafft. [...] Das ist eine ganze Menge.</i></li> </ul>
	Umsetzungsprozess des INZ	<p>Die Umsetzung des INZ ist in hohem Maße vom Engagement der beteiligten Akteurinnen und Akteure und von der politischen Akzeptanz abhängig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Die Behörde ist mitgegangen, die KV ist mitgegangen mit der Behörde und auch die Politik. Unser Krankenhausgeschäftsführer ist mitgegangen und unsere Chefärzte haben gesagt, wir gucken uns das mal an, [...]</i></li> </ul>
		<p>Eine Notaufnahme ausschließlich für stationär aufzunehmende Patientinnen und Patienten ist praktisch nicht realisierbar. Es kommen auch Patientinnen und Patienten, die eigentlich ambulant versorgt werden könnten. Aus diesem Grund wäre ein Ort, welcher ambulante und stationäre Versorgung gewährleistet, relevant.</p>

Tabelle 86: Inhaltsanalyse des Experteninterviews – INZ (mehrseitige Tabelle)

<b>Hauptcode</b>	<b>Subcode</b>	<b>Zusammenfassung der Aussagen</b>
		<b>Zitat</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Es gibt keine stationäre Aufnahme alleine nur für stationäre Patienten, weil man ja nicht weiß, und die ich stationär aufnehmen würde, kann ich nicht aufnehmen, weil ich gegebenenfalls keine Betten habe.</i></li> <li>▪ <i>[...] es kommen ja viel zu viel Patienten, die falsch in der Notaufnahme sind, in die Notaufnahme hinein, weil sie keine Hausärzte haben [...].</i></li> </ul>
Berührungspunkte zwischen Notfallstufen-Regelungen und INZ	Anknüpfungspunkte	<p>Zwischen dem INZ und den bestehenden Notfallstufen-Regelungen bestehen derzeit nur lose Anknüpfungspunkte. Die Notfallstufen-Regelungen gelten ausschließlich für den stationären Sektor. Es sollte also eigentlich keine Überschneidungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich des INZ geben. Da die Notaufnahme jedoch auch ambulante Versorgung leistet, ist eine vollständige Trennung nicht möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Es gibt den Punkt, dass die Notfallstufen-Regelung ja eigentlich nur den ambulanten, den stationären teilnehmen. Also eigentlich dürfte es zwischen dem ambulanten Schenkel des INZ und dem stationären Schenkel des INZ gar keine Überschneidungen geben. Ja, aber wir haben vorhin beim Rundgang ja schon festgehalten, dass die Notaufnahme ja über den stationären Bedarf, der eigentlich nur in der untergesetzlichen Norm geregelt ist, ja trotzdem ambulante Versorgung machen muss. So, und deswegen haben wir schon den Punkt. Wir haben die ersten Schwierigkeiten.</i></li> </ul>
	kein Grenzen zwischen der Notaufnahme und dem INZ	<p>In der Praxis bleibt die Struktur des INZ, insbesondere in Abgrenzung zur klassischen Notaufnahme, unklar. Eine klar definierte Grenze zwischen Notaufnahme und INZ existiert nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Wir haben es nicht beschrieben, wo die Grenze zwischen Notaufnahme und INZ dann ist.</i></li> </ul>
	Rolle des INZ bei der Erfüllung der Notfallstufen-Anforderungen	<p>Es besteht kein direkter Zusammenhang zwischen Umsetzung des INZ und den Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen; es erleichtert daher das Erfüllen der Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Gar nicht, [...] das heißt, ich könnte schon sagen [...] nein, kann ich nicht.</i></li> </ul>

Tabelle 86: Inhaltsanalyse des Experteninterviews – INZ (mehrseitige Tabelle)

<b>Hauptcode</b>	<b>Subcode</b>	<b>Zusammenfassung der Aussagen</b>
		<b>Zitat</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Ich habe noch einen mit der Pflege. Deswegen habe ich ihn schon fast vergessen. Ach ja, auch eine Unklarheit. Da ist die Übergangsregelung für die Pflege binnen 5 Jahren auf Landesebene drin geschrieben, genau wie für die für die ärztliche Qualifikation. Also, es ist eine Pflegekraft 24/7 binnen 30 Minuten nach Patienten mit der Zusatzweiterbildung Pflege. Frage 1: Früher dachte man, es bezieht sich nur auf die Leitung. Das tut es ja nicht. Das haben wir beim Arzt ja gelernt. Da hätten ja über die Leitlinie das hinten reingegeben. Wir haben es eigentlich anders gemeint. Dann habe ich noch die Leitung gemeint, im G-BA, aber es ist anders eingegeben worden.</i></li> </ul>
Herausforderungen für das INZ	Kooperation mit der KV	<p>Die Zuständigkeiten zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung sind häufig nicht eindeutig geregelt, was in der Praxis zu Abstimmungsproblemen führt. Besonders problematisch ist, dass das INZ häufig zwischen den Zuständigkeiten der KV und der Krankenhausleitung steht, ohne klare rechtliche Grundlage oder einheitliche Vorgaben zur operativen Zusammenarbeit. Es gibt keine standardisierten Kooperationsmodelle, und oft müssen individuelle und informelle Lösungen gefunden werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Dann ist die KV ausgestiegen, weil sie ein relativ großes Minus nach den 2 Jahren bekommen hat und das die aus deren eigenen Geldern finanzieren müssten. Und das ist auch verständlich, dass eine Vertreterversammlung sagt, okay, das möchte ich nicht mehr, weil warum sollen wir aus unseren Geldern was bezahlen, was eigentlich über den Staat refinanziert werden sollte. Wir hatten gehofft, dass mit der Ampelregierung das schneller funktioniert.</i></li> </ul>
	Alternativen zur KV-Kooperation	<p>Es wird eine Ausweitung der Kooperation von den KV-Notfallpraxen auf integrierte MVZs vorgeschlagen. Ziel dieser Maßnahme ist es, den ambulanten Sektor in die Notfallversorgung zu integrieren, sodass ambulante Leistungen aus den MVZs finanziert werden.</p>

Tabelle 86: Inhaltsanalyse des Experteninterviews – INZ (mehrseitige Tabelle)

<b>Hauptcode</b>	<b>Subcode</b>	<b>Zusammenfassung der Aussagen</b>
		<b>Zitat</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Wir würden beim INZ nicht die Anwesenheit der Praxis zu regeln, sondern man sagt ja nur, man hat eine Kooperation mit einer KV-Praxis. Da steht ja drin. Und wenn ihr nicht zustande kommt, dann muss man das Bemühen nachweisen. [...] Da gelten aber nur KV-Notfallpraxen. Warum gelten in diesem Bereich nicht auch integrierte MVZs? So war das ja auch eine Art von Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich. Auch das wurde, da haben wir die Berührung, dass wir zwar keine KV-Kooperation mehr haben, aber wir haben KV-Anteile drin. Und jede KV ist es ja nur so wichtig, dass die Leistungen, die ambulant erbracht werden sollen, aus dem KV-Topf genommen werden. Und wenn wir die in unserem MVZ bespielen, nehmen wir die Leistung ja aus dem KV-Topf. Deswegen eigentlich muss es dort heißen, es muss eine Kooperation mit der KV-Notfallpraxis geben oder KV-Anteile, meinewegen auch in Form von MVZs müssen in der Kooperation gehalten werden. Also für mich wäre zum Beispiel ein Krankenhaus, das keine KV-Notfallpraxis hat, aber im MVZ genauso haltbar in der Notfallstufe wie ein Krankenhaus, das nur eine KV-Notfallpraxis hat.</i></li> </ul>
	KI bzw. digitale Unterstützung in der Behandlung	<p>Es wird sich eine verstärkte Digitalisierung gewünscht, um dem Personal die Arbeit zu erleichtern, beispielsweise durch KI (ChatGPT) in der Behandlung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Zulassung für KI in der Behandlung. Ganz wichtig, wo wird KI mit gesehen? Heutzutage können Sie viel über ChatGPT machen. Ist auf amerikanischen Servern. Warum haben wir diese Möglichkeit nicht? Deutschland ist da sehr weit hinterher, was Förderung von künstlicher Intelligenz ist.</i></li> </ul>
Weiterentwicklungsbedarf im Hinblick auf die Integration von INZs	eigene Norm für INZs in der Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	<p>Es wird eine eigene Norm des G-BA für INZs gewünscht, da eine Trennung des stationären vom ambulanten Sektor nicht möglich ist und eine Verbindung dieser beiden Sektoren daher notwendig ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Aber meinten wir 7, 8 Konstrukte in dem G-BA, die alle in der Norm geregelt sind. Ich glaube, wir brauchen eine eigene Norm im G-BA für diese INZs.</i></li> </ul>
	Einordnung des INZ im Notfallstufensystem	Das INZ sollte in den Notfallstufen-Regelungen als eigene Stufe integriert sein oder als „Add-on“ mit Krankenhäusern der Stufe 2 und 3 kombinierbar sein.

Tabelle 86: Inhaltsanalyse des Experteninterviews – INZ (mehrseitige Tabelle)

<b>Hauptcode</b>	<b>Subcode</b>	<b>Zusammenfassung der Aussagen</b>
		<b>Zitat</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Wir erweitern die G-BA Stufenregelung um die Stufe INZ [...] Das ist genauso gibt Stufe 1, 2, 3. Und dann gibt es 2 mit INZ und 3 mit INZ. Ich würde nämlich die Stufe-1-Häuser aus dieser Finanzversorgung komplett rauslassen. Ich würde sagen, es können auch nur hochklassige Stufe-2- oder -3-Häuser sein.</i></li> </ul>
G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss; GPT: Generative Pre-trained Transformer; INZ: Integriertes Notfallzentrum; KI: Künstliche Intelligenz; KV: Kassenärztliche Vereinigung; MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum;		

## Anhang B Offenlegung von Beziehungen des Auftragnehmers

Im Folgenden sind die Beziehungen der Auftragnehmerinnen und Auftragnehmer zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangaben der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Offenlegung von Beziehungen“. Die in diesem Formblatt aufgeführten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

### Auftragnehmerinnen und Auftragnehmer

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Dr. Christof Veith	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Jan-Frederik Marx	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Sarah Beckmann	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Sina Ebert	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Carolin Gurisch	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Sarah Koens	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Kendra Sommer	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Im „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ wurden folgende 7 Fragen gestellt:

*Frage 1:* Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor bei einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband angestellt oder für diese / dieses / diesen selbstständig oder ehrenamtlich tätig bzw. sind oder waren Sie freiberuflich in eigener Praxis tätig?

*Frage 2:* Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor eine Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. eine Klinik, eine Einrichtung der Selbstverwaltung, eine Fachgesellschaft, ein Auftragsforschungsinstitut), ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Medizinproduktehersteller oder einen industriellen Interessenverband beraten (z. B. als Gutachter/-in, Auftragnehmer, in Zusammenhang mit klinischen Studien als Mitglied eines sogenannten Advisory Boards / eines Data Safety Monitoring Boards [DSMB] oder Steering Committees)?

*Frage 3:* Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten (z. B. für Vorträge, Schulungstätigkeiten, Stellungnahmen oder Artikel)?

*Frage 4:* Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband sogenannte Drittmittel erhalten (d. h. finanzielle Unterstützung z. B. für Forschungsaktivitäten, die Durchführung klinischer Studien, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen)? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

*Frage 5:* Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber bzw. Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen, z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren für Fortbildungen / Kongresse erhalten von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen,

einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

*Frage 6:* Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einem Auftragsforschungsinstitut), eines pharmazeutischen Unternehmens, eines Medizinprodukteherstellers oder eines industriellen Interessenverbands? Besitzen Sie Anteile eines sogenannten Branchenfonds, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Medizinproduktehersteller ausgerichtet ist? Besitzen Sie Patente für ein pharmazeutisches Erzeugnis, ein Medizinprodukt, eine medizinische Methode oder Gebrauchsmuster für ein pharmazeutisches Erzeugnis oder ein Medizinprodukt?

*Frage 7:* Sind oder waren Sie jemals an der Erstellung einer medizinischen Leitlinie oder klinischen Studie beteiligt, die eine mit diesem Projekt vergleichbare Thematik behandelt/e? Gibt es sonstige Umstände, die aus Sicht von unvoreingenommenen Betrachtenden als Interessenkonflikt bewertet werden können, z. B. Aktivitäten in gesundheitsbezogenen Interessengruppierungen bzw. Selbsthilfegruppen, politische, akademische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen?