



## **Regierungskommission**

für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung

**Vierte Stellungnahme und Empfehlung  
der Regierungskommission für eine moderne  
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

**Reform der Notfall- und Akut-  
versorgung in Deutschland**  
*Integrierte Notfallzentren und  
Integrierte Leitstellen*



# Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen

## Präambel

Eine gut funktionierende Notfall- und Akutversorgung ist essenzieller Bestandteil der Gesundheitsversorgung und damit auch der Daseinsvorsorge einer jeden Gesellschaft. Für Menschen, die sich in einer akuten medizinischen Notlage fühlen, ist es entscheidend, jederzeit unmittelbare direkte Hilfe erhalten zu können und hierbei ein hohes Vertrauen in die Zuverlässigkeit und Qualität der Versorgung zu haben. Dies gilt gleichermaßen für den ambulanten und den stationären Sektor.

In der COVID-19-Pandemie hat sich gezeigt, dass die gut aufgestellte Notfall- und Akutversorgung in Deutschland einen Kollaps des Gesundheitswesens verhindert hat. Gleichzeitig sind – und dies nicht erst seit der Pandemie – die Schwächen des Systems in Bezug auf seine Organisation (z. B. sektorale Trennung der Versorgung mit zu wenig Abstimmung) oder seinen technischen Stand (z. B. Digitalisierung) deutlich geworden. Als besonders gravierend erweisen sich der Mangel und der zunehmende Verlust an qualifiziertem Personal, insbesondere im Pflegebereich.

Die Politik hat den Reformbedarf der Notfall- und Akutversorgung schon länger im Blick. Die Bewältigung künftiger medizinischer und gesundheitsökonomischer Herausforderungen – auch mit Blick auf den demographischen Wandel – erfordert umfassende Veränderungen. Der aktuelle Koalitionsvertrag adressiert – u. a. basierend auf einer Reihe von Gutachten und Stellungnahmen der vergangenen Jahre (z. B. des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018) – das Thema der verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Notaufnahmen (NA) der Krankenhäuser in sogenannten Integrierten Notfallzentren (INZ). Für erforderlich gehalten wird zudem eine bessere Verschränkung der KVen mit den Leitstellen der Notfallrettung, um die Patientensteuerung zu verbessern und damit die Zuordnung zur bedarfsgerechten medizinischen Versorgung sicherzustellen. Ferner wird die Aufnahme des Rettungswesens, das neben der ambulanten und stationären die dritte Säule der Notfall- und Akutversorgung darstellt, als integrierter Leistungsbereich in das SGB V angestrebt.





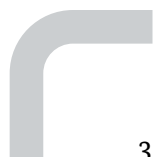
Nicht nur durch die Sichtung und Analyse der bisher schon vorliegenden Gutachten und Stellungnahmen, nach Anhörung von Leistungserbringern und Kostenträgern sowie durch Auswertung von deren schriftlichen Stellungnahmen wurde deutlich, dass die alleinige Betrachtung einzelner Bausteine der Notfall- und Akutversorgung nicht zielführend ist. Eine sinnvolle Reform der Notfall- und Akutversorgung muss das Gesamtsystem in den Blick nehmen und unter Berücksichtigung künftiger Entwicklungen neu denken.

Vor dem Hintergrund der gewachsenen Inanspruchnahme der Notfallversorgung wurde oft eine Unterscheidung „echter“ Notfälle von „offensichtlicher Fehlversorgung“ angemahnt. Für eine Reform des Notfallwesens eignet sich dieses Kriterium jedoch schlecht. Notfallmedizinische Strukturen wie der Notruf 112 oder die Notaufnahme von Krankenhäusern beinhalten per definitionem keine Zugangsbarriere und werden deswegen immer von einem großen Spektrum Hilfesuchender in Anspruch genommen werden. Die Hilfesuchenden definieren für sich selbst den Notfall und befinden sich in der Regel in einer persönlichen Ausnahmesituation. Es wird daher darauf ankommen, dass die Notfall- und Akutversorgung rund um die Uhr in der Lage ist, Hilfesuchende unmittelbar zielgerichtet zur richtigen Versorgung zu steuern. Die Hilfesuchenden definieren den Notfall, das System die Reaktion darauf.

Dass dabei die einzelnen Aspekte untrennbar miteinander verbunden sind, zeigt sich schon am INZ am Krankenhaus, dessen Ausgestaltung Schwerpunkt dieser Stellungnahme ist. Das Thema INZ lässt sich nicht ohne die Patientensteuerung durch eine integrierte (gemeinsame) Leitstelle (KVen „116117“ und Notfallrettung „112“), aber auch nicht ohne Berücksichtigung regionaler Besonderheiten – etwa Ballungsgebiete im Gegensatz zu ländlichen Regionen – betrachten. Insoweit wird auch die Steuerung über eine Leitstelle mit den beiden bekannten Notrufnummern in der vorliegenden Empfehlung behandelt. Darüber hinaus sollen ausführliche Stellungnahmen zur Notfallrettung (Rettungsdienst) und zu anderen für das System essenziellen „mobilen Diensten“, wie etwa wohnortnaher pflegerischer Notfallversorgung, zu einem späteren Zeitpunkt folgen.

Die vorgeschlagenen Neuerungen tangieren Kompetenzen sowohl des Bundes als auch der Länder, weshalb es im Rahmen der Umsetzung eines abgestimmten Vorgehens bedarf.

Nicht im Fokus dieser Stellungnahme steht der primär hausärztliche Bereich, obwohl auch hier eine Notfall- und Akutversorgung im Rahmen der regulären Sprechstunde stattfindet.





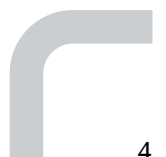
## 1. AUSGANGS-/PROBLEMLAGE

Aufgrund einer stark zunehmenden „Auffangfunktion“ für andere Versorgungsstrukturen leidet die Notfall- und Akutmedizin besonders unter den Defiziten des übrigen Gesundheitswesens, wie etwa der unzureichenden Digitalisierung, dem demographischen Wandel oder dem Personalmangel. Dies wird durch die sektorale Trennung der Notfallmedizin in gleich drei verschiedene und bisher wenig abgestimmte Bereiche verstärkt:

- › **Notaufnahmen der Kliniken**, welche ihre qualitativen Vorgaben durch die Krankenhausplanung der Länder erhalten und nach den Regularien sowohl der ambulanten als auch der stationären Versorgung finanziert werden.
- › **Notfallversorgung der KVen**, sowohl durch die Gesamtheit der Praxen wie auch durch eigene Strukturen (Servicenummer 116117, Notdienstpraxen, fahrende Bereitschaftsdienste)
- › **Notfallrettung in ausschließlicher Zuständigkeit der Länder**, welche bisher im Wesentlichen nur als Transportleistung und nicht im SGB V verankert ist.

**Da sich Hilfesuchende im Akutfall an alle drei Bereiche wenden, müssen Steuerung, Leistungsvorgaben und Finanzierung zukünftig aufeinander abgestimmt sein.**

Auch wenn soziale Faktoren, die Unterversorgung in der patientenzentrierten Grundversorgung und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung eine wesentliche Rolle für Fehlinanspruchnahme spielen und verbessert werden müssen, sind sofortige Maßnahmen zur Stärkung der Notfallversorgung erforderlich. Vulnerable Gruppen sind besonders stark von der Fehlsteuerung und Fehlversorgung betroffen. Es entstehen „Drehtüreffekte“ dadurch, dass Personen nicht adäquat versorgt werden und in der Folge immer wieder das Notfallversorgungssystem in Anspruch nehmen („Frequent Caller“ und „Frequent User“).





## A) Zahlen

- a. Die Gesamtzahl der durch den KV-Bereitschaftsdienst und in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelten Notfallpatientinnen und -patienten (ambulant oder mit stationärer Aufnahme) nahm von 24,9 Millionen im Jahr 2009 auf 27,8 Millionen im Jahr 2019 zu (+ 12 %).
- b. Die Anzahl der darunter befindlichen vom KV-Bereitschaftsdienst behandelten Hilfesuchenden hat von 10,1 Millionen 2009 auf 8,8 Millionen 2019 abgenommen (- 12 %).
- c. Die Zahl der vom Krankenhaus (ambulant oder mit stationärer Aufnahme) behandelten Notfallpatientinnen und -patienten hat damit entsprechend von 14,9 Millionen 2009 auf 19,1 Millionen 2019 zugenommen (+ 28 %). Die Ursachen der gestiegenen Inanspruchnahme sind vielfältig und beinhalten sowohl schwer beeinflussbare oder erwünschte Faktoren (wie die Zunahme der Lebenserwartung, veränderte Morbidität, das Wegbrechen privater Versorgungsnetzwerke und medizinischer Fortschritt) als auch Probleme des Gesundheitssystems (wie Personalmangel, Fehlansätze und Strukturdefizite).
- d. Innerhalb der Kliniken ist die Zahl der ambulant behandelten Notfall-Hilfesuchenden weniger stark gestiegen als die der stationär aufgenommenen Hilfesuchenden. Die Zahl der in den Kliniken ambulant behandelten Hilfesuchenden nahm von 2009 auf 2019 um 24 % zu (von 8,3 Millionen auf 10,3 Millionen), die der stationär aufgenommenen Hilfesuchenden um 33 % (von 6,6 Millionen auf 8,8 Millionen).<sup>1</sup>
- e. Die Anzahl der älteren Hilfesuchenden in Notaufnahmen ist gegenüber der der jüngeren Hilfesuchenden überproportional angestiegen (z. B. 2018 auf 2019 Anstieg der Zahlen bei über 80-Jährigen um 6 % gegenüber 3 % bei den jüngeren Gruppen; während der Pandemie wurde weiterhin ein Anstieg bei den Älteren beobachtet, während bei den Jüngeren die Zahlen zum Teil deutlich rückläufig waren<sup>2</sup>).

<sup>1</sup> Quelle a. bis d.: Recherche Prof. Dr. Busse, u. a. nach Angaben des Statistischen Bundesamts

<sup>2</sup> Quelle: Ergebnis einer Anfrage an das Aktin-Notaufnahmeregister, 2022, Frau Dr. Schirrmeister





- f. Von den Krankenhäusern wird zunehmend eine Fehlanspruchnahme der Notaufnahmen beklagt, z. B. durch Hilfesuchende, die mit dem deutschen Gesundheitssystem nicht vertraut sind, aufgrund zunehmenden 24/7-Anspruchs oder aufgrund zu langer Wartezeiten oder unzureichender interdisziplinärer Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich (vgl. auch<sup>3</sup>, S. 548f).
- g. Über die Schwere und unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit von Erkrankungen als Vorstellungsgrund in Notaufnahmen gibt es differierende Daten. Zum Teil wird die zu niedrige Schwelle der Inanspruchnahme bemängelt, zum Teil wird aber auch von einer Überschätzung der Akuität durch die Hilfesuchenden oder das Personal berichtet. Je nach Erhebung und Selektionskriterien gaben 10 bis 55 % der sich selbstständig in Notaufnahmen vorstellenden Hilfesuchenden eine niedrige Behandlungsdringlichkeit an und erfüllten damit auch aus eigener Sicht nicht die Definition des Notfalls. Diese und auch retrospektive Studien deuten darauf hin, dass – trotz der Bandbreite der Zahlen – ein relevanter Anteil von Hilfesuchenden auch in einer KV-Notdienstpraxis im Krankenhaus behandelt werden könnte.<sup>3,4,5,6</sup>

<sup>3</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018

<sup>4</sup> Schüttig W, Sundmacher L. Ambulatory care-sensitive emergency department cases: a mixed methods approach to systemize and analyze cases in Germany. Eur J Public Health 2019;29:1024-1030

<sup>5</sup> Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Querschnittstudie zur subjektiv empfundenen Behandlungsdringlichkeit und zu den Motiven, die Notfallambulanzen von Krankenhäusern aufzusuchen. Dtsch Arztebl 2017;114:645-652

<sup>6</sup> Somasundaram R, Geissler A, Leidel BA, Wrede C (2016): Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen. Ergebnisse einer Patientenbefragung. Gesundheitswesen 2018;80:621-627





## **B) Strukturen**

- a. Die ambulanten Angebote der KV sind regional sehr unterschiedlich und reichen vielerorts trotz Sicherstellungsauftrag nicht für eine umfassende und abschließende ambulante Akut- und Notfallversorgung rund um die Uhr aus (s. z. B. Hilfesuchendenbefragung<sup>6</sup>).
- b. Die sektoral getrennte Notfallversorgung (KV/Krankenhaus/Notfallrettung) ist in Zuständigkeiten, Planung, Strukturen und Prozessen nicht ausreichend aufeinander abgestimmt, u. a. durch heterogene Strukturen in Bezug auf Öffnungszeiten, Erreichbarkeit und Vorhaltungen.
- c. Die bestehenden Angebote sind für Hilfesuchende und Außenstehende häufig intransparent, was ein relevantes, vermeidbares Sicherheitsrisiko für Hilfesuchende darstellt.
- d. Die Verbindlichkeit der Leistungserbringung im ambulanten und stationären Sektor wird teils unterschiedlich ausgelegt.
- e. Die Kommunikation der Leistungsanbieter (reguläre ambulante Versorgung, KV-Notdienst, Krankenhäuser/Notaufnahmen, Notfallrettung) untereinander ist unzureichend und durch überschießende Datenschutzbestimmungen erschwert. Die IT-Strukturen sind nicht aufeinander abgestimmt.
- f. Hierdurch fehlen in der täglichen notfallmedizinischen Arbeit Vorinformationen und Vorbefunde, was mit erheblichen Risiken für Hilfesuchende einhergehen kann, insbesondere, wenn diese in der Notfallsituation selbst keine Angaben machen können.





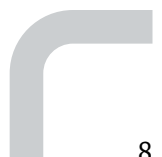
### **C) Personal und Versorgungsqualität**

- a. Im Bereich der Notaufnahmen<sup>7</sup> besteht ein Personalmangel, was auch an der Überlastung des vorhandenen Personals deutlich wird.
- b. Im Unterschied zu anderen Krankenhausabteilungen existiert bislang kein Fachabteilungsschlüssel für Notaufnahmen. In den Notaufnahmen sind bisher auch keine Pflegepersonaluntergrenzen festgeschrieben.<sup>8,9</sup>
- c. In der notfallmedizinischen Professionalisierung gibt es Defizite im ärztlichen und pflegerischen Bereich und bei anderen Qualitätsvorgaben.
- d. Im Unterschied zu den meisten europäischen Ländern gibt es in keiner Landesärztekammer die Facharztqualifikation Notfallmedizin. Der Facharztstandard im Notfallwesen wird heterogen umgesetzt. Im KV-Bereich sind Fachärztinnen und -ärzte tätig, jedoch ist in den verschiedenen KVen unterschiedlich geregelt, welche von ihnen welche Notfälle behandeln dürfen, sodass fachfremde Versorgung vorkommt. In den Krankenhäusern verrichten häufig Nicht-Fachärztinnen und -ärzte den primären Dienst in den Notaufnahmen. Allerdings verfügen fast alle im Notfallwesen tätigen Krankenhäuser zumindest über eine internistische und eine chirurgische Abteilung. Der Facharztstandard muss durch die Verfügbarkeit eines Facharztes oder einer Fachärztin innerhalb von 30 Minuten sichergestellt werden. Die Zusatzqualifikation (präklinische) Notfallmedizin oder die (relativ neue) Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ besitzen nur wenige Ärztinnen und Ärzte des KV-Bereichs oder der Krankenhäuser.

<sup>7</sup> Pin M, Hufner A, Dormann H, Jerusalem K, Dodt C. Notfallkrankenhäuser: Massive Belastungssituationen. Dtsch Arztebl 2022;119: A1392-A1393

<sup>8</sup> Behringer W, Graeff I, Dietz-Wittstock M, Wrede CE, Mersmann J, Pin M, Kumle B, Möckel M, Gries A, Eisenburger P, Exadaktylos A, Dodt C. Empfehlungen der notfallmedizinischen Gesellschaften DGINA, AAEM, SGNOR, DIVI, DGAI und DGIIN zur pflegerischen Besetzung von Klinischen Notfallzentren. Notfall Rettungsmed 2019;22:330-333

<sup>9</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen.html>; abgerufen am 30.10.2022







## **D) Finanzierung**

- a. Die Notfallmedizin hat durch die Vorhaltung von Leistungen eine hohe gesellschaftliche Bedeutung. Die Finanzierung der Vorhaltekosten wird von der Leistungserbringerseite aber als nicht ausreichend angesehen. Die gegenwärtige leistungsabhängige Vergütung von Vorhaltekosten als ein kalkulierter Anteil der fallmengenabhängigen Leistungsvergütung wird dem Wesen von Vorhalteleistungen nicht gerecht, da Vorhalteleistungen auch erbracht werden, wenn keine Behandlung erfolgt.
- b. Die Vergütung ambulanter Fälle in der Notfallversorgung ist bei höherer Komplexität der Fälle und besseren Akut-Therapiemöglichkeiten im Krankenhaus häufig nicht kostendeckend. Damit entsteht ein Fehlanreiz zu einer stationären Aufnahme.
- c. Aus diesen Gründen stehen Investitionen in notwendige Infrastruktur und notwendiges Personal (z. B. gemäß auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Pflegefachpersonalschlüsseln in Notaufnahmen) an.
- d. Im KV-Bereich erfolgt die Vergütung ausschließlich leistungsabhängig über den EBM. Vorhalteleistungen, z. B. für die Leitstelle 116117 und den aufsuchenden Bereitschaftsdienst, werden dadurch nicht aufwandsadäquat vergütet, was zu einem unterschiedlichen Engagement der KVen für diese Bereitschaftsleistungen führt.

**Insgesamt bedingen die momentanen Strukturen eine unnötige Gefährdung der Patientinnen- und Patientensicherheit bei gleichzeitig suboptimaler Effizienz des Ressourceneinsatzes.**





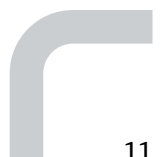
## 2. ZIELE

1. Das übergeordnete Ziel der Reform besteht darin, eine **bedarfs- und zeitgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Notfallversorgung** der Bevölkerung zu gewährleisten. Dabei müssen zudem regionale Besonderheiten berücksichtigt werden. Dies ist sektorenübergreifend, interdisziplinär und mit klaren Verantwortlichkeiten zu organisieren. Die zentralen Kriterien, welche diesem Ziel zugrunde liegen, sind Qualitätsvorgaben wie Struktur, Fallzahlen und Erreichbarkeit. Insbesondere in dünn besiedelten Gebieten sind Doppelstrukturen zu vermeiden, um eine Auslastung der Vorhaltung zu sichern.
2. Die **Angebotsstrukturen der Notfallversorgung sind zu vereinheitlichen** und ihre Planung ist nach den Bevölkerungskriterien abzustimmen.
3. Die Gesamtbevölkerung soll einen verbesserten Zugang zur Notfallversorgung erhalten, **unabhängig von Gesundheitskompetenz, Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Sozialstatus**.
4. Eine Überlastung des Personals muss vermieden werden. Hierzu sind **Personal-Patienten-Schlüssel** einzuführen, für die eine Evidenzbasis zu schaffen ist. Die Schlüssel sollen in regelmäßigen Abständen evaluiert werden.
5. Es gilt, in die Notfallversorgung der Bevölkerung alle klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte miteinzubeziehen. Das umfasst die **Ärztinnen und Ärzte des KV-Bereichs und die im Krankenhaus tätigen**.
6. Der **24/7-Sicherstellungsauftrag der KVen** nach § 75 Abs. 1b SGB V für die ambulante Notfallversorgung bleibt bestehen. Er muss aber genauer definiert und verbindlicher eingefordert werden.
7. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Hilfesuchenden gilt es, z. B. gezielt **Zusatzqualifikationen** und **interprofessionelle Trainings** zu fördern.
8. Die Zuordnung von Hilfesuchenden zu den passenden Strukturen ist künftig stärker **zu steuern**, primär **telefonisch** oder **telemedizinisch**.
9. Hierfür empfiehlt die Regierungskommission den Aufbau **integrierter Leitstellen (ILS)**.
10. An allen Krankenhäusern der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung (entsprechend Level II bzw. III gemäß dritter Empfehlung der Regierungskommission) sollen **integrierte Notfallzentren (INZ)** aufgebaut werden.





11. Damit die Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen flächen- deckend sichergestellt werden kann, empfiehlt die Regierungskommission den Aufbau **integrierter Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ)**. Diese sind an Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sowie Krankenhäusern mit einer pädiatrischen Abteilung einzurichten, welche die Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung Kinder erfüllen.
12. Sollte in dünn besiedelten Gebieten eine regionale Notwendigkeit bestehen, sind INZ oder 24/7-MVZs mit telemedizinischer Anbindung an ein INZ auch an Notfallkrankenhäusern der Basisnotfallversorgung aufzubauen.
13. Für die digitale Vernetzung aller beteiligten Institutionen mit Echtzeit- übermittlung der medizinischen Daten bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage. Dafür empfiehlt die Regierungskommission, eine **elektronische Behandlungsakte** einzuführen. Diese wird zugleich die Qualität, Effizienz und Sicherheit der Hilfesuchenden in der Notfall- medizin steigern, da durch sie die in der Notfallsituation erforderlichen Vorinformationen und Vorbefunde verfügbar gemacht werden. Der Datenschutz ist hierbei in ein angemessenes Verhältnis zum Schutz von Gesundheit und Leben zu setzen.
14. Zudem sollen die Leistungs- und Qualitätsdaten der ambulanten und stationären Akut- und Notfallversorgung transparent dargelegt werden.
15. Weiterhin empfiehlt die Regierungskommission den Aufbau eines **verpflichtenden einheitlichen Terminbuchungssystems**. Dieses soll verbindliche Terminbuchungen für die Zuweisung oder Weiterleitung von Hilfesuchenden in alle an der Notfallversorgung beteiligten Bereiche ermöglichen.
16. Die Notfallversorgung von Erwachsenen und Kindern ist unter Einbeziehung einer Vorhaltekomponente bedarfsgerecht zu finanzieren.





## 3. EMPFEHLUNGEN

### 3.1 Integrierte Leitstellen (ILS)

1. Alle Hilfesuchenden werden initial durch eine integrierte Leitstelle (ILS) nach telefonischer oder telemedizinischer Ersteinschätzung der für sie am besten geeigneten Notfallstruktur zugewiesen. Hierdurch soll vermieden werden, dass erstens Hilfesuchende mit akutem oder umfassendem Notfallbehandlungsbedarf durch ungeeignete Selbstzuweisung in gefährlicher Weise unter- oder überversorgt sind. Zweitens soll somit sichergestellt werden, dass die knappen Ressourcen des Notfallwesens möglichst optimal genutzt werden. Notaufnahmen sollen so möglichst ausschließlich von Hilfesuchenden genutzt werden, die die komplexen Strukturen einer Krankenhaus-Notaufnahme benötigen. Für die übrigen Hilfesuchenden kann so erreicht werden, dass die KV-Praxen im Regel- und im 24-Stunden-Betrieb ihrem Sicherstellungsauftrag umfassender nachkommen.
2. Hierzu sind **flächendeckend integrierte Leitstellen (ILS)** aufzubauen. Die beiden Notrufnummern 112 und 116117 sind zu erhalten, da sie in der Bevölkerung gut bekannt sind (112 besser als 116117) und da bereits bislang ein großer Teil der Anrufenden sich selbst richtig einem hochgradig dringlichen (112) oder weniger dringlichen (116117) Hilfebedarf zuordnet. „Integriert“ bedeutet, dass Anrufe bei beiden Nummern entweder in der gleichen Leitstelle einlaufen (digital gesteuert könnten die beiden Nummern mit unterschiedlicher Priorität bedient werden) oder dass getrennte Leitstellen (112 und 116117) durch feste Strukturen miteinander verbunden sind, sodass ein Rückgriff auf die Strukturen und Ressourcen der anderen Leitstelle und eine unmittelbare Weiterleitung von Anrufenden und erhobenen Daten an den anderen Bereich möglich sind. Je nach bereits vorhandenen Strukturen sind regional unterschiedliche Varianten (gemeinsame Leitstelle oder verbundene Leitstellen) möglich.
3. Eine **unmittelbare Erreichbarkeit** beider Notfallnummern rund um die Uhr muss sichergestellt sein. Für Anrufe bei 112 bedeutet dies sofort, für Anrufe bei 116117 maximal drei Minuten für > 75 % aller Anrufe und maximal zehn Minuten für > 95 % aller Anrufe. Letztgenanntes verhindert, dass Anrufende sich lediglich aufgrund zu langer Wartezeiten („Warteschleife“) an den Notruf 112 wenden. Die unmittelbare Erreichbarkeit des Notrufs 116117 gehört zum Sicherstellungsauftrag der KVen. Geeignete Kontroll- und – bei Überschreiten der Wartezeitvorgaben – Sanktionsmechanismen sind einzuführen.

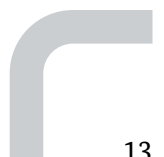




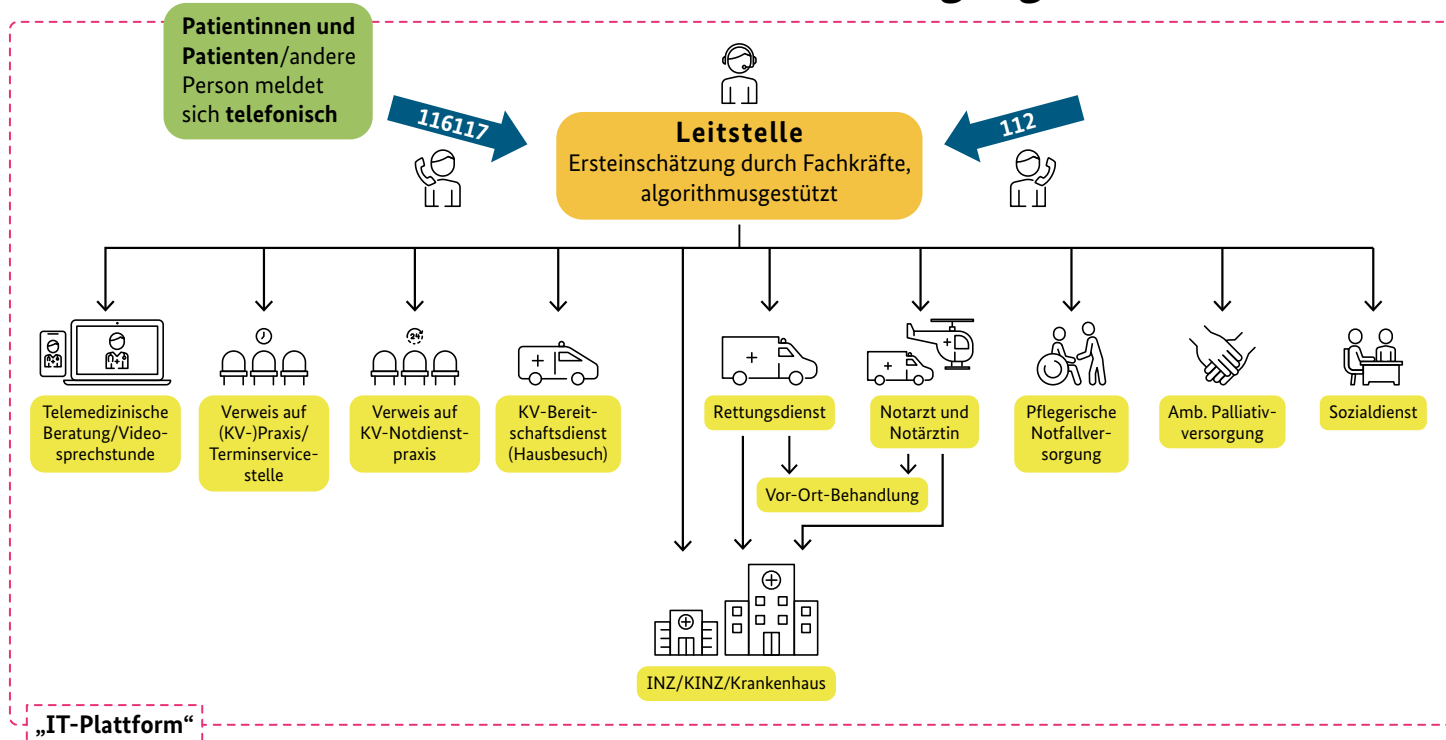
4. Mit standardisierten, wissenschaftlich validierten, softwaregestützten und qualitätsgesicherten **Ersteinschätzungsinstrumenten** sind in den Leitstellen durch medizinisch qualifizierte Fachkräfte Dringlichkeit und unmittelbarer Handlungsbedarf transparent zu ermitteln. In angepasster Form sind diese auch für die Kinder- und Jugendmedizin geeignet.

Hieraus ergibt sich die Zuordnung des Anrufenden (oder der Person, für die angerufen wird) zum geeigneten Versorgungsangebot. Den Leitstellen soll ein breites, gut abgestimmtes Repertoire an Versorgungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Hier soll nach Möglichkeit eine abschließende Behandlung des Notfalls angestrebt werden. Zum **Leistungsangebot** gehören:

- › telemedizinische Beratung (s. unten)
- › Verordnung von Notfallmedikamenten, kombiniert mit einem Botendienst für Arzneimittel
- › Verweis auf eine Vorstellung in einer der nachfolgenden Strukturen. Die Daten werden übertragen und ein verbindlicher Termin wird gebucht:
  - › reguläre (KV-)Praxis zu Öffnungszeiten
  - › KV-Notdienstpraxis
  - › INZ/Notaufnahme
- › Entsendung eines aufsuchenden Dienstes, insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten, vulnerable Gruppen und zeitkritische Notfälle:
  - › KV-Bereitschaftsdienst
  - › pflegerische Notfallversorgung (s. unten)
  - › Krankentransport
  - › Notfallrettung/Notarzt/-ärztin  
(zur Erweiterung der Kompetenzen der Notfallrettung wird sich die Regierungskommission in einer separaten Stellungnahme äußern)
- › spezielle Dienste für vulnerable Gruppen. Dazu zählen insbesondere:
  - › ambulante Palliativversorgung
  - › Akut-Sozialdienst
  - › psychosozialer Kriseninterventionsdienst



## Reform der Notfallversorgung



Quelle: eigene Darstellung.

5. Die Integrierten Leitstellen müssen so vorteilhaft und attraktiv sein, dass für die Bevölkerung ein großer Anreiz besteht, sich in einem medizinischen Notfall primär an die ILS zu wenden. Hierzu gehören unmittelbare Erreichbarkeit (s. 3.1.3.), gute medizinische Beratung und telemedizinische ärztliche Hilfe bei allen hierfür in Betracht kommenden Gesundheitsproblemen (s. 3.1.6.) sowie bei Bedarf terminlich verbindliche und bevorzugte Vermittlung in die Weiterversorgung (s. 2.15. und 3.1.4.). Eine breit angelegte Öffentlichkeitskampagne sollte die Einführung der ILS begleiten. Wenn möglich, ist eine abschließende Beratung ohne Transportnotwendigkeit anzustreben.
6. Leitstellen müssen eine **leistungsfähige, rund um die Uhr erreichbare allgemeinärztliche und kinderärztliche telemedizinische Beratung bzw. Videosprechstunde** einrichten. Zweckmäßig ist, auch Videosprechstunden für spezialisierte Fächer (z. B. Gynäkologie, Augen- und HNO-Heilkunde) aufzubauen. Zwischen mehreren Leitstellen oder bundesweit eingerichtete Kooperationen sind sinnvoll. Die Wartezeit sollte in der Regel zehn Minuten nicht überschreiten. Hierdurch lässt sich einem relevanten Teil von Nothilfesuchenden abschließend helfen bzw. lassen sich die Probleme als Nicht-Akutfälle identifizieren. Alle in der Bevölkerung verbreiteten Videotelefoniesysteme/-programme sollten zur Kommunikation mit der telemedizinischen Beratung eingerichtet werden (Skype, WhatsApp, Zoom, Hangouts, FaceTime usw.). Für Menschen, die keinen eigenen Zugang zu Videotelefonie haben oder sich in der Benutzung



unsicher fühlen, ist zu erwägen, einen derartigen Zugang in Apotheken einzurichten. Für die Akzeptanz telemedizinischer Beratung ist es wichtig, dass der Kontakt schnell, persönlich und mit möglichst geringem technischem Aufwand hergestellt wird (keine langen Warteschleifen, keine komplexen Menüs). Datenschutzaspekte sind zu beachten, aber mit Blick auf eine unkomplizierte Umsetzbarkeit zu begrenzen.

7. Kooperationen mit Online-**Dolmetschdiensten** hinsichtlich der wichtigsten Sprachen und für Gebärdensprache sind, sowohl für die Ersteinschätzung als auch für die telemedizinische Beratung, zu vereinbaren.
8. Für Hilfesuchende mit nicht primär ärztlich zu behandelnden Notfällen ist eine **wohnortnahe pflegerische Notfallversorgung** mit eigenem Kompetenz- und Aufgabenbereich zu ermöglichen und aufzubauen. Dabei muss diese Notfallversorgung als pflegfachliche Leistung definiert und leistungsrechtlich eingeordnet werden. Darin inbegriffen sind Fragen zum Ausmaß möglicher selbstständiger Leistungsbringung und die Finanzierung. Die Substitution ärztlicher Leistungen ist durch entsprechende gesetzliche Änderungen zu ermöglichen und zu regeln (z. B. § 28 Abs. 1 SGB V), damit Pflegefachpersonen selbstständig Assessments, Maßnahmen und Interventionen zur Gesundheitsversorgung übernehmen können. Es ist aufgrund internationaler Erfahrungen davon auszugehen, dass pflegfachliche wohnortnahe Notfallmaßnahmen in Verantwortung von Pflegefachberufen die Versorgung von Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen verbessern und die Zuweisungen in die Notfallaufnahmen verringern. Hierbei ist insbesondere Pflegepersonen mit akademischer Ausbildung oder Weiterbildung im Bereich Notfall ein deutlich erweiterter Aufgaben- und Kompetenzbereich zuzusprechen. Teleärztliche Unterstützungsmöglichkeiten sind regelhaft vorzusehen. Die Beauftragung erfolgt durch die Leitstelle, ggf. nach telemedizinisch-ärztlicher Einschätzung. Die wohnortnahe pflegerische Notfallversorgung mit eigenem Kompetenz- und Aufgabenbereich muss in Ergänzung zu primär ärztlich zu behandelnden Notfällen definiert und zugeordnet werden. Weitere Vorschläge dazu werden in einer separaten Stellungnahme differenzierter entwickelt.





### 3.2 Integrierte Notfallzentren (INZ, KINZ)

1. **Integrierte Notfallzentren (INZ)** sind in allen Krankenhäusern der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2; gut 260 Krankenhäuser in Deutschland) und umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3; gut 160) aufzubauen. Wo regional erforderlich, wird ein integriertes Notfallzentrum auch an Krankenhäusern der Basisnotfallversorgung (G-BA-Stufe 1; Level In gemäß dritter Empfehlung der Regierungskommission) eingerichtet, alternativ ein 24/7-MVZ mit telemedizinischer Anbindung an ein INZ.
2. Ein INZ besteht aus der **Notaufnahme des Krankenhauses**, einer **KV-Notdienstpraxis** im oder direkt am Krankenhaus und einer **zentralen Ersteinschätzungsstelle** („Tresen“). Der Notaufnahme des Krankenhauses stehen bei Bedarf alle diagnostischen Möglichkeiten des Krankenhauses im Rahmen der Notfallversorgung zur Verfügung.
3. An Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sowie Krankenhäusern mit einer pädiatrischen Abteilung, die die Voraussetzungen des Moduls Notfallversorgung Kinder erfüllen (ca. 290), sind **integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ)** aufzubauen. Dies umfasst auch Häuser der Basisnotfallversorgung, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. KINZ sind analog zu INZ (s. 3.2.2.) strukturiert. Die Dienstzeiten sind hier ggf. bedarfsgerecht auszurichten. In allen übrigen INZ ist 24/7 eine telemedizinische Verbindung zu einem KINZ sicherzustellen.
4. Die KV-Notdienstpraxen in den INZ sind in Krankenhäusern der Notfallstufe 2 mindestens wie folgt zu öffnen: mo. bis fr. 14 bis 22 Uhr; sa., so., feiertags 9 bis 21 Uhr. In den Krankenhäusern der Notfallstufe 3 sind die KV-Notdienstpraxen in der Regel 24/7 zu betreiben. Für die verbindliche Planung der Öffnungszeiten an INZ und KINZ ist ein regionales Gremium einzurichten, an dem neben Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Ärzte und Ärztinnen, der KV und des Krankenhauses auch Vertreterinnen und Vertreter der Länder oder der kommunalen Planungsbehörden beteiligt sind. Die Planung soll auf einer verlässlichen Datenbasis, insbesondere zur Inanspruchnahme bzw. zum Patientenaufkommen, beruhen. Hierfür schlägt die Regierungskommission die Einführung eines GKV-Routinedaten-gestützten Versorgungsmonitorings vor, das auch für andere Maßnahmen, etwa im Bereich des Qualitäts- und Patientensicherheitsmanagements, wichtig ist.
5. Für die Einrichtung der KV-Notdienstpraxen in den INZ soll eine angemessene zusätzlich zu gewährende **Investitionskostenunterstützung** bereitgestellt werden. Politisch ist zu entscheiden, inwieweit darüber hinaus die erweiterten Aufgaben der KVen in den ILS und INZ finanziell zu unterstützen sind.







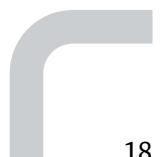
6. Über die **Leitung der integrierten Notfallzentren** führen zuständige KV und Krankenhaus eine Einigung herbei. Kommt keine Einigung zustande, leitet das Krankenhaus das INZ. Die INZ-Leitung entscheidet, durch wen die Ersteinschätzung durchgeführt wird und wer über die weitere Versorgung der Hilfesuchenden entscheidet, einschließlich der Zuweisung in die KV-Notdienstpraxis oder in die Notaufnahme. Diese Ersteinschätzung muss durch qualifiziertes Personal und unter Verwendung eines **standardisierten Algorithmus/Ersteinschätzungsinstruments** durchgeführt werden. Da derzeit kein Ersteinschätzungsinstrument für die Zuordnung von Patienten und Patientinnen in die beiden Bereiche validiert ist, wird – bis ein derartiges validiertes Instrument vorliegt – die Entscheidung durch das qualifizierte Personal und soweit erforderlich unter Hinzuziehung eines Arztes/einer Ärztin nach medizinischen Kriterien getroffen. Diese Entscheidung und die parallel durchzuführende Beurteilung nach einem standardisierten Algorithmus müssen transparent erfolgen und für alle Beteiligten gut nachvollziehbar dokumentiert werden. Für die Ersteinschätzung von kranken Kindern und Jugendlichen sind hierfür geeignete Algorithmen zu verwenden (z. B. Manchester Triage System oder South African Triage System in entsprechender pädiatrischer Anpassung).
7. Im INZ sind unter gleichberechtigter Beteiligung von KV und Krankenhaus ein **Organisationsgremium**, ein einheitliches Qualitätsmanagement und regelmäßige Besprechungen einzurichten.
8. Die INZ sind zu einem festzulegenden Stichtag in Betrieb zu nehmen, wobei ein gestuftes Vorgehen sinnvoll sein kann, z. B. beginnend mit INZ in den Krankenhäusern der Notfallstufe 3 und der Notfallstufe 2 zu einem späteren Zeitpunkt.
9. Für die KV-Notdienstpraxen und für die Notaufnahmen werden **Qualitäts-Mindeststandards** für die technische und personelle Ausstattung und Qualifikation des Personals entwickelt, die sich je nach Notfallstufe unterscheiden können. Die Regierungskommission empfiehlt die Entwicklung eines Fachabteilungsschlüssels für Notaufnahmen. Umsetzbarkeit und Verbindlichkeit des Fachabteilungsschlüssels sind zu prüfen.
10. Die **Spezialisierung der Pflegeberufe für Notfallmedizin** ist zu fördern, u. a. durch die Einrichtung und Förderung postgradualer, konsekutiver Masterstudiengänge. Stufenweise, beginnend z. B. in Pilotkliniken, soll es spezialisierten Pflegepersonen zunehmend ermöglicht werden, definierte Notfälle oder Teilaspekte von Notfällen eigenständig zu behandeln (Erweiterung des Scope of Practice). Gesetzliche Vorgaben sind entsprechend zu verändern.





11. Als **Mindest-Personalausstattung** für Pflegeberufe in den Notaufnahmen soll ein **verbindlicher Schlüssel** festgelegt und bei der Gestaltung der Finanzierung berücksichtigt werden. Der Schlüssel soll perspektivisch auf Evidenz basiert und regelmäßig evaluiert werden. Verschiedene Fachgesellschaften empfehlen 1200 Behandlungsfälle pro Vollkraft und Jahr.<sup>10</sup> Zugleich dürfen starre Personal-Patienten-Schlüssel nicht die Versorgung der Bevölkerung gefährden, etwa wenn diese aufgrund eines starken Anfalls von Notfallpatienten oder aufgrund von Fachkräftemangel nicht eingehalten werden können. Für die an vielen Notaufnahmen angegliederten Beobachtungsstationen sind ebenfalls verbindliche Pflegegeschlüssel vorzusehen. Hierzu wird sich die Regierungskommission gesondert äußern.
12. Ärztinnen und Ärzte der KV-Notdienstpraxen und des aufsuchenden KV-Bereitschaftsdienstes sollen über **Facharztstitel** für Innere Medizin, Chirurgie, Allgemeinmedizin oder Anästhesie oder über eine **Weiterqualifikation in Notfallmedizin** verfügen. Eine derartige Weiterqualifikation kann von den Landesärztekammern angeboten werden (Zusatzqualifikation Klinische Akut- und Notfallmedizin), soll aber zusätzlich auch von den KVen organisiert, angeboten und gefördert werden.
13. In den Notaufnahmen der Krankenhäuser muss die Umsetzung der G-BA-Vorgaben zum Eintreffen eines Facharztes oder einer Fachärztin 24/7 sichergestellt sein. Die Qualifikation der ärztlichen Leitung der Notaufnahme muss den G-BA-Vorgaben entsprechen.
14. Zur weiteren Verbesserung der Behandlungsqualität wird die Einrichtung eines **Facharztstitels Notfallmedizin** empfohlen. Perspektivisch sollen die INZ bzw. die Notaufnahmen in den INZ von solchen Fachärzten und -ärztinnen geleitet werden.
15. INZ an Krankenhäusern der Notfallstufe 3 sollen ein **telemedizinisches 24/7-Angebot** für die kollegiale Beratung von INZ und Notaufnahmen niedrigerer Notfallstufen sowie für die aufsuchenden Dienste aufbauen, insbesondere für an ihrem Haus verfügbare Spezialfächer (etwa Augenheilkunde, Urologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde).

<sup>10</sup> Behringer W, Gräff I, Dietz-Wittstock M, Wrede CE, Mersmann J, Pin M, Kumle B, Möckel M, Gries A, Eisenburger P, Exadaktylos A, Dodt C. Empfehlungen der notfallmedizinischen Gesellschaften DGINA, AAEM, SGNOR, DIVI, DGAI und DGIIN zur pflegerischen Besetzung von Klinischen Notfallzentren. Notfall Rettungsmed 2019;22:330-333





16. Die KV-Notdienstpraxen sind mit mindestens einem Arzt oder einer Ärztin sowie einem bzw. einer **medizinischen Fachangestellten oder Pflegefachperson** zu besetzen. Für die Stellen des oder der medizinischen Fachangestellten bzw. Pflegefachperson kommen drei Varianten im Betracht, wobei sich die Beteiligten des INZ vor Ort über die passende Variante einigen sollen: a) schichtweise Besetzung aus dem Pool der im KV-Bereich tätigen medizinischen Fachangestellten (gelegentliche zusätzliche Dienste in der KV-Notdienstpraxis); b) Besetzung durch im Krankenhaus angestellte Pflegefachpersonen bzw. medizinische Fachangestellte (die KV muss in dieser Variante dem Krankenhaus die Kosten vergüten); c) Anstellung eigener medizinischer Fachangestellter für die KV-Notdienstpraxis durch die KV (angesichts des gegenwärtigen Personalmangels vermutlich nicht flächendeckend umsetzbar). [Vorteil Varianten b) und c): größere Personalkonstanz in der KV-Notdienstpraxis.]
17. Die KV-Notdienstpraxis darf auf die für ihre Behandlungen erforderlichen **Diagnostikmöglichkeiten** des Krankenhauses zugreifen (z. B. Labor, Röntgen) und fordert dies in Form einer Überweisung beim Krankenhaus an. Das Krankenhaus rechnet die Leistungen mit der KV ab. Das Vorgehen wird analog zur üblichen Beauftragung zwischen zwei KV-Leistungserbringern durchgeführt.
18. KV und Krankenhaus entscheiden gemeinsam nach den regionalen Gegebenheiten über die bestmögliche Raumlösung für die KV-Notdienstpraxis. Anzustreben ist, dass das Krankenhaus der KV hierfür mindestens zwei **geeignete Räume** zur Miete oder in anderweitiger Form zur Verfügung stellt. Die Höhe der Miete oder anderweitigen Vergütung für die Raumüberlassung darf maximal das Ortsübliche betragen und sollte im Geist der Kooperation festgelegt werden. Alternativen zur Raumüberlassung durch das Krankenhaus sind die Anmietung von Räumen durch die KV in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus oder die Errichtung geeigneter Räume auf dem oder am Krankenhaugelände.
19. Die KV-Notdienstpraxis sollte in den eigenen Räumen mit dort vorhandenem Gerät EKGs ableiten und Blutentnahmen durchführen können (Analyse der Blutproben hingegen üblicherweise im Krankenhauslabor; s. oben).
20. Der **aufsuchende KV-Bereitschaftsdienst** bleibt erhalten und ist zu einem flächendeckenden 24/7-Angebot auszubauen, um auch immobile Patientinnen und Patienten mit akuten, aber nicht stationär behandlungsbedürftigen Krankheitsbildern zu versorgen und damit nicht erforderliche Transporte in ein INZ oder gar unnötige stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Dies gilt in besonderer Weise für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen, für die eine stationäre Aufnahme mit Wechsel der vertrauten Umgebung häufig ein besonderes Risiko darstellt. Der Bereitschaftsdienst wird perspektivisch durch entsprechend qualifizierte Pflegekräfte ausgebaut.



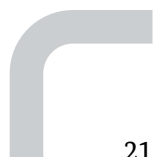


21. Die Beteiligung am INZ in der beschriebenen Weise ist sowohl für die KVen als auch für die Krankenhäuser verpflichtend. Beide Seiten erfüllen hiermit Teile ihrer **Sicherstellungs- bzw. gesetzlichen Aufträge**. KVen und Krankenhäuser wiederum müssen die Vergütung und die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass die Arbeit im INZ auch für das dort tätige Personal attraktiv ist.
22. Zur **Finanzierung** sind verschiedene Varianten denkbar.
- ▶ Nach **Variante 1** werden KV-Praxen und Notaufnahmen innerhalb der jeweils bestehenden Systeme vergütet. Die Vergütung der KV-Notdienstpraxen ist somit als Teil des Sicherstellungsauftrags aus den KV-Mitteln zu realisieren. Die Vergütung des beteiligten Personals regelt die zuständige KV. Aufgrund der schlecht vorhersagbaren Zahl der zu behandelnden Personen erscheint es sinnvoll, dass die KVen mit den Ärztinnen und Ärzten eine Vorhaltepauschale und eine leistungsbezogene Vergütung vereinbaren. Die Vergütung der Notaufnahmen setzt sich in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Regierungskommission zu einer grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung zukünftig aus einer 60-prozentigen Vorhaltepauschale und einer fallbezogenen Pauschale zusammen. Die Fallpauschale sollte den variablen Aufwand bei der Notfallversorgung des Patienten bzw. der Patientin berücksichtigen. Es sollen nur wenige, gut differenzierbare Fallpauschalen geschaffen werden. Hierbei sind Aufwand und Leistungen aller Berufsgruppen zu berücksichtigen.
  - ▶ Nach **Variante 2** werden im Rahmen einer grundlegenden Reform des Vergütungssystems sowohl KV-Praxen als auch Notaufnahmen aus einem gemeinsamen Finanzierungstopf nach einheitlichen Kriterien vergütet. Der Finanzierungstopf speist sich sowohl aus Geldern, die bislang den KVen zur Verfügung stehen, als auch aus Geldern, die bislang den Krankenhäusern zur Vergütung stehen. Es gilt das Prinzip „Gleiches Geld für gleiche Leistung“, wobei hierbei zu berücksichtigen ist, dass sich Schwere und Komplexität der zu behandelnden Notfälle aufgrund der besseren Steuerung der Patientinnen und Patienten zwischen KV-Praxen und Notaufnahmen unterscheiden und dass Praxen und Krankenhäuser unterschiedliche Vorhalteleistungen erbringen.





23. Für jeden Tag, an dem die KV eine Notdienstpraxis nicht zu den vereinbarten Zeiten betreibt oder die Notfallpraxis nicht oder nur unzureichend besetzt oder sie anderweitig Qualitätsstandards nicht erfüllt oder der Notfallpraxis zugewiesene Patientinnen und Patienten nicht versorgt, ist eine Ausgleichszahlung der KV zu leisten. Der Ausgleichsbetrag muss deutlich höher liegen als die durch die Nichterfüllung eingesparten Kosten. Bestehen die Einschränkungen nur für einen Teil des Tages, ist die Ausgleichszahlung anteilmäßig zu zahlen.
24. Für jede Stunde, in der eine Notaufnahme die Facharzteerreichbarkeit (nach G-BA-Kriterien) nicht erfüllt oder sich von der Annahme von Hilfesuchenden abmeldet (z. B. in IVENA oder bei der Leitstelle), ist eine Ausgleichszahlung des Krankenhauses zu leisten.
25. Unter Wahrung des Datenschutzes werden alle Bereiche eines integrierten Notfallzentrums **digital vernetzt** – mit Echtzeitübermittlung der medizinischen Notfalldaten an die übernehmende Stelle innerhalb des INZ. Finanzielle Mittel zur Schaffung dieser IT-Infrastruktur werden im Rahmen der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser gesondert gewährt und ausgewiesen.
26. Zudem wird eine einheitliche, unbürokratische Möglichkeit zur Medikamentenvergabe und Krankschreibung für alle am INZ beteiligten Ärztinnen und Ärzte geschaffen.





**Diese Stellungnahme ist im Internet abrufbar unter:**

[www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauskommission-stellungnahme-notfallversorgung.pdf)

Diese Stellungnahme wurde einstimmig von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung verabschiedet.

**Mitglieder der Regierungskommission  
sind (in alphabetischer Reihenfolge):**

Prof. Dr. Boris Augurzky  
Prof. Dr. Tom Bschor  
Prof. Dr. Reinhard Busse  
Prof. Dr. Jörg Dötsch  
Michaela Evans  
Prof. Dr. Dagmar Felix  
Irmtraud Gürkan  
Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg  
Prof. Dr. Martina Hasseler  
Prof. Dr. Stefan Huster  
Prof. Dr. Christian Karagiannidis  
Prof. Dr. Thorsten Kingreen  
Prof. Dr. Heyo Kroemer  
Prof. Dr. Laura Münkler  
Prof. Dr. Jochen Schmitt  
Prof. Dr. Rajan Somasundaram  
Prof. Dr. Leonie Sundmacher





**Regierungskommission**  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung



## IMPRESSUM:

**Regierungskommission  
für eine moderne und bedarfsgerechte  
Krankenhausversorgung**

**Leiter und Koordinator:**

Prof. Dr. med. Tom Bschor  
c/o Bundesministerium für Gesundheit  
Mauerstraße 29, 10117 Berlin

**Postanschrift:** 11055 Berlin  
Krankenhauskommission@bmg.bund.de

**Veröffentlichung:** 13. Februar 2023

