Stellungnahme zum RefE für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH), der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und –abteilungen in Deutschland (GKinD), dem Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und -chirurgen Deutschlands, (VLKKD) und der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)

Datum: 04.12.2025

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Notfallversorgung – vom Rettungsdienst über den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notaufnahmen – steht vor großen demographischen, medizinischen und gesundheitsökonomischen Herausforderungen. Ziel muss es deshalb sein, einer Fehlsteuerung der Patientinnen und Patienten und einer Überlastung der Notfallstrukturen entgegenzuwirken sowie die Vernetzung der Versorgungsbereiche zu verbessern.

Wir begrüßen daher die Gesetzesinitiative zur Reform der Notfallversorgung und insbesondere die geplante Einrichtung von integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) unter pädiatrischer Leitung. Diese werden in Zukunft helfen, eine fachlich qualifizierte intersektorale Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen sicherzustellen. Wir möchten zunächst darauf hinweisen, dass bei deren Versorgung grundsätzlich die konservative und operative Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam bedacht werden müssen. Die chirurgische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die idealerweise durch eine Kinderchirurgie oder je nach Krankheitsbild und örtlicher Gegebenheit auch durch andere Chirurg/-innen vor Ort unter Zuhilfenahme telemedizinischer kinderchirurgischer Expertise erfolgen kann, ist daher bei der Planung von KINZ immer mit zu berücksichtigen. Darüber hinaus sind die Aspekte der radiologischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen in Analogie zu den Regelungen der gestuften Notfallversorgung mit ggf. erforderlicher telemedizinischer/teleradiologischer Integration kinderradiologischer Expertise aufzunehmen.

Der tatsächliche medizinische Bedarf und der verantwortungsbewusste Einsatz von knappen Personalressourcen im Rahmen des Fachkräftemangels in allen Gesundheitsberufen müssen zur Leitschnur einer Reform werden. Für eine effektivere Nutzung der ärztlichen Ressourcen ist es erforderlich, dass Leistungen im Rahmen der Notfallversorgung nicht mehr bedürfnisorientiert, sondern bedarfsorientiert erbracht werden.

Hinsichtlich der Planung und Organisation von INZ und KINZ zum Datenschutz etc. sowie zu der Zusammenarbeit von Rettungsdienst, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern verweisen wir auf die Stellungnahme der DIVI, der wir uns in den wesentlichen Punkten anschließen. Insbesondere ist aus unserer Sicht eine angemessene, zumindest paritätische Beteiligung der Leistungserbringer und Fachvertreter in den erweiterten Landesausschüssen nach §90 von entscheidender Bedeutung – bei KINZ unter Einbeziehung der pädiatrischen Partner. Ergänzend möchten wir anmerken, dass wir die vorgeschlagene Einrichtung eines eigenen Notaufnahme-Fachabteilungsschlüssels für die Kinder- und Jugendmedizin und –chirurgie explizit ablehnen. Im Gegensatz zu INZ sind pädiatrische Notaufnahmen weder inhaltlich noch organisatorisch oder abrechnungstechnisch aus den Kinderkliniken herauszulösen, sondern stellen einen integralen Bestandteil von Kinder- und Jugendkliniken dar. Für die KINZ ist eine eigenständige organisatorische und pädiatrisch-fachliche Leitung unabdingbar. Ein Großteil der im Bereitschaftsdienst anfallenden Fälle erfordern keine Überweisung ins Krankenhaus, sondern sind im Sinne der Patientensteuerung zurück in die sachgerechte Versorgungsebene zu verweisen.

Nr. im Entw.	**Vorschrift**	**Stichwort**	**Stellungnahme**
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 27	Folgeänderung zu § 30 SGB V	
2	§ 30	Einführung eines Anspruchs auf medizinische Notfallrettung	

		1. Voraussetzung: Definition rettungsdienstlicher Notfall 2. Leistungsbestandteile: Notfallmanagement, notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport 3. Notfallmanagement als Vermittlung der erforderlichen Hilfe auf der Grundlage einer digitalen standardisierten Abfrage einschließlich telefonischer Anleitung lebensrettender Sofortmaßnahmen und Einbindung von Ersthelfern durch auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme 4. Notfallmedizinische Versorgung vor Ort und während des Transports durch nichtärztliches Fachpersonal und bei medizinischer Notwendigkeit durch Notärzte 5. Notfalltransport in nächste geeignete Einrichtung und medizinisch zwingende Verlegungen 6. Zuzahlung	
3	§ 60	Krankentransporte, Krankentransportflüge und Krankenfahrten	
4	§ 73	Folgeänderung zu § 60 SGB V	
5	§ 73b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	

6	§ 75	Modifikation des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) für die notdienstliche Akutversorgung 1. Definition und Umfang notdienstlicher Akutversorgung 2. Akutleitstelle, Erreichbarkeitsanforderungen und Vermittlungsreihenfolge	Die in §75 (1b) geforderte Einrichtung eines telefonischen und videounterstützten, 24 Stunden täglich verfügbaren ärztlichen Versorgungsangebotes durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist aufgrund der vergleichsweise kleinen Fachgruppe der Kinder- und Jugendärzt/-innen in der Praxis nicht 24/7 leistbar. Videogestützte Konsultationen können als niederschwelliges Angebot nach einer verbindlichen Ersteinschätzung außerhalb der Praxisöffnungszeiten die pädiatrischen Präsenzdienste entlasten. Sie sind auf Landesebene gerade in kleinen Bundesländern in der Pädiatrie nicht leistbar, da Pädiater/-innen nicht einmal 5% der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ausmachen (Bundesarztregister 2024). Videogestützte Versorgungsangebote sollen daher länderübergreifend organisiert werden.
7	§ 76	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
8	§ 87	Auftrag an erweiterten Bewertungsausschuss: EBM für komplexe Fälle in INZ	
9	§ 87a	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
10	§ 90	Standortbestimmung für INZ durch erweiterten Landesausschuss	
11	§ 90a	Ergänzung Vertreter des Rettungsdienstes in gemeinsamen Landesgremien nach § 90a	
12	§ 92	Klarstellung, dass Richtlinie des G-BA nicht den Notfalltransport umfasst	
13	§ 105	Finanzierung der notdienstlichen Strukturen der KVen durch gemeinsam von KV und	

		Krankenkassen zusätzlich zur Verfügung gestellten Betrag, Beitrag der PKV i.H.v. 7 %	
14	§ 115e	Folgeänderung zu §§ 30, 60 SGB V	
15	§ 116b	Folgeänderung zu § 90 SGB V	
16	§ 120	1. Klarstellung zur Vergütung in den Notdienst einbezogener Ärzte aus Gesamtvergütung 2. Aufhebung des Auftrags an G-BA zum Erlass einer Ersteinschätzungsrichtlinie (Folgeänderung zu § 123c)	
17	§ 123	Integrierte Notfallzentren (INZ) 1. Zusammensetzung und grundsätzliche Funktion 2. Notaufnahme, Notdienstpraxis, Ersteinschätzungsstelle - optional Kooperationspraxis / statt Notdienstpraxis MVZ oder Vertragsarztpraxis in unmittelbarer Nähe 3. Ersteinschätzung und Steuerung innerhalb des INZ, gegenseitige Datenübermittlung 4. Versorgungsvertrag mit Apotheken 5. Telemedizinische Anbindung an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie	

		6. Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Entwicklung von INZ	
	§ 123a	Einrichtung von INZ 1. Standortbestimmung nach gesetzlichen Kriterien 2. Kooperationsvereinbarung, gesetzliche Vorgabe von Mindestöffnungszeiten der Notdienstpraxis, Schiedsregelungen bei Nichtzustandekommen 3. Rahmenvereinbarungen zur Zusammenarbeit in INZ durch KBV, DKG und GKV-SV	In §123a werden Kriterien festgelegt für den Fall, dass in einer Planungsregion mehrere Krankenhäuser für die Einrichtung eines INZ geeignet sind. Die gleichen Kriterien müssen im §123b auch für KINZ Anwendung finden; die Formulierung ist daher analog zu übernehmen.
	§ 123b	Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ), Sonderregelungen für Standortbestimmung	In §123b (1) wird abweichend von §123a (1) dargestellt, dass „der erweiterte Landesausschuss nach §90 Standorte zugelassener Krankenhäuser festlegen **kann**, an denen Integrierte Notfallzentren für Kinder- und Jugendliche eingerichtet werden.“ Der Zusatz „kann“ ist zu streichen und die Formulierung „legt fest“ entsprechend §123a (1) zu wählen – die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bedarf der gleichen Verbindlichkeit wie die von Erwachsenen und darf nicht durch eine „kann“ Regelung aufgeweicht werden. Der Aufbau von Doppelstrukturen muss vermieden werden. So muss sichergestellt werden, dass zu den normalen Öffnungszeiten der Praxen an die Regelversorgung verwiesen wird und eine Dienstverpflichtung von in der ambulanten Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten in diesen Zeiten ausgeschlossen ist.

			Bei der Einrichtung von KINZ sollte, wo möglich und sinnvoll, auf regional bereits gut etablierte Strukturen aufgebaut werden. Den begrenzten Personalressourcen in der Kinder- und Jugendmedizin muss besondere Rechnung getragen werden.
	§ 123c	Ersteinschätzung 1. Vergütung ambulanter Behandlung für Krankenhäuser ohne INZ nur noch nach Ersteinschätzung, die die Unzumutbarkeit einer Verweisung an INZ festgestellt hat 2. Richtlinie des G-BA zu Vorgaben für standardisierte digitale Ersteinschätzung 3. Richtlinie regelt auch Mindestausstattungsanforderungen für Notdienstpraxen 4. Berichtspflicht G-BA zu Auswirkungen der Ersteinschätzung 5. EBM für Ersteinschätzung	In §123c sind analoge Regelungen für die Ersteinschätzung für die KINZ zu formulieren. Die Ersteinschätzung von kranken Kindern und Jugendlichen muss durch Fachpersonen mit Erfahrung in der medizinischen Betreuung kranker Kinder und Jugendlicher und anhand für Kinder und Jugendliche spezifischen, einheitlichen und standardisierten Ersteinschätzungssystemen erfolgen. Die Ersteinschätzung ist Voraussetzung für die anschließende Versorgung. Hierfür wird eine standardisierte Abfrage benötigt, die perspektivisch auch KI gestützt erfolgen kann und erfolgen sollte. Das Ergebnis der Ersteinschätzung muss dokumentiert werden und für die Patientinnen und Patienten verbindlich die weitere Versorgung festlegen. Dabei sollte zwischen vier möglichen Behandlungspfaden differenziert werden: 1. es handelt sich um einen Notfall, der sofort in der Klinik oder im ärztlichen Bereitschaftsdienst behandelt werden muss, bzw. eine stationäre Behandlung in einer Klinik für Kinder und Jugendliche bzw. Klinik für Kinder- und Jugendchirurgie erforderlich macht. 2. der Patient ist dringend behandlungsbedürftig und muss innerhalb der nächsten 24 Stunden gesehen werden – entweder in einer Praxis oder z.B. am Wochenende im ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. je nach Absprache in einem KINZ.

			3. der Patient ist behandlungsbedürftig, kann aber an die Regelversorgung verwiesen werden; die KV-Servicestellen machen Angebote zur weiteren Versorgung. 4. der Patient ist im Grunde nicht behandlungsbedürftig und muss nicht an einen Arzt verwiesen werden. Es ist dringend erforderlich, dass eine Entlassung aus den Räumlichkeiten des Integrierten Notfallzentrums bei Einstufung in die Behandlungspfade 3 und 4 nach qualifizierter Ersteinschätzung auch ohne ärztliche Untersuchung erfolgen kann. Die Ergebnisse der standardisierten Ersteinschätzung müssen evaluiert und zur Weiterentwicklung der für Kinder und Jugendlichen spezifischen Ersteinschätzungssysteme sowie der Behandlungssteuerung genutzt werden. In §123 (4) wird festgelegt, dass für den Fall eines INZ ohne KINZ am gleichen Standort telemedizinische oder telefonische Konsile zu gewährleisten sind. Die Vorgaben für einen solchen telemedizinischen Dienst sind verbindlich zu regeln. Ebenso ist die Finanzierung der dafür erforderlichen Infrastruktur sowie der erbrachten telemedizinischen Beratungsleistungen der KINZ durch die Kostenträger verbindlich zu regeln und auskömmlich sicherzustellen.
18	§ 133	Versorgung mit Leistungen der medizinischen Notfallrettung	

		1. Nur nach Landesrecht vorgesehene oder beauftragte Leistungserbringer 2. Vergütungsverträge für Leistungen nach SGB V erforderlich 3. Transparenzpflicht bezüglich Kalkulationen 4. Berücksichtigung der Rahmenempfehlungen nach § 133b Abs. 1 SGB V 5. Schiedseinrichtung bei Nichtzustandekommen 6. Entsprechende Geltung für Krankentransporte 7. Übergangsregelung	
	§ 133a	Gesundheitsleitsystem 1. Kooperationsvereinbarung zwischen Rettungsleitstelle 112 und Akutleitstelle 116117 auf Antrag der Rettungsleitstelle 2. Verbindliche Absprache, wer welche Fälle übernimmt, und Abstimmung der Abfragesysteme 3. Medienbruchfreie Übergabe von Fällen und Daten 4. Schnittstelle durch KBV zur Verfügung zu stellen 5. Gemeinsames Qualitätsmanagement der Kooperationspartner	

		6. Vermittlung von Krankentransporten und medizinischen komplementären Diensten sowie sonstigen komplementären Diensten für vulnerable Gruppe oder krisenhafte Situationen 7. Bericht KBV zu Entwicklung der Gesundheitsleitsysteme	
	§ 133b	Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung 1. Gremium bei GKV-SV, paritätisches Stimmgewicht zwischen GKV-SV und Ländervertretern, nicht stimmberechtigte Vertreter von Spitzenverbänden der Leistungserbringer und Fachverbänden und Fachgesellschaften sowie BMG 2. Fachliche Rahmenempfehlungen zur medizinischen Notfallrettung; bei Nichtzustandekommen Ersatzvornahme BMG 3. Empfehlungen zur Übermittlung der Daten der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung durch BMG 4. Spezifikationen für eine strukturierte, einheitliche und digitale Dokumentation und Kommunikation	

		unter Beteiligung von KBV, DKG und KIG, Rechtsverordnung durch BMG	
	§ 133c	Digitale Kooperation im Rahmen der Notfall- und Akutversorgung 1. Verpflichtende digitale Notfalldokumentation für alle Beteiligten der Notfall- und Akutversorgung 2. Verpflichtende Nutzung eines Versorgungskapazitätennachweises für Krankenhäuser und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung 3. Anforderungen an auf digitalen Anwendungen basierende Ersthelferalarmierungssysteme	
	§ 133d	Datenübermittlung zur Qualitätssicherung durch alle Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung, Auswertung und Veröffentlichung in anonymisierter Form durch Datenstelle beim GKV-SV	
	§ 133e	Verpflichtender Anschluss an TI für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung und Finanzierung der Ausstattungs- und Betriebskosten, Finanzierungsvereinbarung von GKV-SV, PKV-Verband sowie maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene	

	§ 133f	Förderung der Digitalisierung der medizinischen Notfallrettung 1. Finanzierung von Investitionen in digitale Infrastruktur von 2027 bis 2031 aus dem Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes 2. Abwicklung durch GKV-SV, Richtlinie im Benehmen mit den Ländern zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen 3. Bezeichnete Investitionen können ausschließlich über diesen Weg gefördert werden	
	§ 133g	Koordinierende Leitstelle: Möglichkeit für Landesbehörden, einer einzelnen Leitstelle überregionale Aufgaben zuzuweisen	
19	§ 140f	Antragsrecht Patientenvertretung	
20	§ 291b	Folgeänderung zu § 75 SGB V	
21	§ 294a	Mitteilungspflicht zu vorrangigen Schadensersatzansprüchen auch für Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung	
22	§ 302	Abrechnung der Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Datenübermittlungspflicht	

23	§ 354	Fernzugriff auf ePA durch Leitstellen	
24	§ 370a	Redaktionelle Folgeänderung	
25	§ 377	Redaktionelle Folgeänderung	
26	§ 394	Errichtung eines bundesweiten, öffentlich zugänglichen Katasters automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die für die Benutzung durch Laien vorgesehen sind	
			Art. 2: Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	§ 75	Modifizierte Berichtspflichten der KBV aufgrund der Einführung der Akutleitstellen	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
	§ 12b	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 4: Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
	§ 3	Folgeänderung zu §§ 123, 123b SGB V	
			Art. 5: Änderung des Apothekengesetzes
1	§ 12b	Versorgungsvertrag zur Versorgung von Notdienstpraxen in INZ mit Arzneimitteln zwischen Apothekeninhaber, KV und beteiligtem Krankenhaus	
2	§ 20	Pauschaler Zuschuss für Apotheken mit Versorgungsvertrag	
3	§ 25	Ordnungswidrigkeit	

			Art. 6 Änderung der Apothekenbetriebsordnung
1	§ 1a	Notdienstpraxenversorgende Apotheken	
2	§ 3	Vorgaben zum Personal auch für notdienstpraxenversorgende Apotheken	
3	§ 4	Erlaubnis zweiter Offizin mit Lagerräumen am INZ-Standort	
4	§ 23	Dienstbereitschaft notdienstpraxenversorgender Apotheken	
			Art. 7: Änderung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung
1	§ 12	Folgeänderung zu § 394 SGB V und § 17a Medizinprodukte-Betreiberverordnung	
2	§ 17a	Meldeverpflichtung für Bertreiber von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) an das AED-Kataster	
			Art. 8: Änderung des Betäubungsmittelgesetzes
1	§ 4	Ausnahme von der Erlaubnispflicht für die Ausfuhr und Einfuhr von Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf in angemessenen Mengen	
2	§ 11	Erweiterung der Verordnungsermächtigung auf Regelungen über das Mitführen von Betäubungsmitteln auf Fahrzeugen des Rettungsdienstes im grenzüberschreitenden Verkehr	
			Art. 9: Änderung der Betäubungsmittel-Außenhandelsverordnung

1	§ 13	Ausnahme für Durchfuhr einer angemessenen Menge an Betäubungsmitteln als Rettungsdienstbedarf auf dem Fahrzeug eines ausländischen Rettungsdienstes	
2	§ 15	Ausnahme von Ein- und Ausfuhrgenehmigung für Zubereitungen der in den Anlagen II und III des BtMG aufgeführten Stoffe auf einem Fahr-zeug des Rettungsdienstes in angemessener Menge als Rettungsdienstbedarf	
			Art. 10: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
	§ 19a	Gleichmäßige zeitliche Verteilung der offenen Sprechstunden innerhalb der jeweiligen Arztgruppe	
			Art. 11: Inkrafttreten
	Ggf. weitere Anmerkungen		Zusammenfassend begrüßen wir diese Gesetzesinitiative und sehen in der Einrichtung von KINZ als selbständige, organisatorisch und fachlich unabhängige intersektorale Einrichtungen in Zuordnung zu einer Kinderklinik einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der medizinischen Notfallversorgung in Deutschland. Die Reform der Notfallversorgung sollte mit einer verstärkten Steuerung von Patientinnen und Patienten in geeignete Versorgungsangebote einhergehen, die Grenzen der personellen Ressourcen berücksichtigen und die Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten stärken. Wir erwarten, dass wir als Vertreter der Kinder- und Jugendmedizin uns auch in Zukunft konstruktiv in die Ausarbeitung und Umsetzung der Reform der Notfallversorgung einbringen können.

Kontakt:

DGKJ-Geschäftsstelle: Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin I politik@dgkj.de I www.dgkj.de I Tel. +49 30 3087779-0

Ansprechpersonen:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ):
Präsidentin Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser, Prof. Dr. Dominik Schneider (Konventsprecher)
Berufsverband der Kinder- und Jugend*ärztinnen (BVKJ): Präsident Dr. Michael Hubmann
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI): Präsident Prof. Dr. Florian Hoffmann
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendchirurgie (DGKJCH): Stellvertretender Präsident Prof. Dr. Guido Seitz
Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI): Präsident Prof. Dr. Michael Zemlin
Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und -abteilungen in Deutschland (GKinD): Dr. Bernhard Hoch
Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD): Generalsekretär PD Dr. Andreas Artlich

Die Stellungnahme wird von folgenden DGKJ-Konventgesellschaften unterstützt:

Arbeitsgemeinschaft Digital Health in der Pädiatrie e.V. (AG DHP)
Arbeitsgruppe Kinderschlafmedizin der Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V. (DGSM)
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI)
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e.V. (DGPK)
Deutsche Gesellschaft für pädiatrische und adoleszente Endokrinologie und Diabetologie e.V. (DGPAED)
Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie e.V. (GKJR)
Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V. (GPA)
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE)
Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie e.V. (GPN)
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V. (GPP)
Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e.V. (GPR)
Sektion Pädiatrie der Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)