Regelungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

in der Fassung vom 19. April 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.05.2018 B4
in Kraft getreten am 19. Mai 2018

zuletzt geändert am 14. Mai 2020
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 29.05.2020 B8)
in Kraft getreten am 1. Juni 2020

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

I. Allgemeine Vorschrift 4

§ 1 Ziel der Regelung 4

§ 2 Gegenstand der Regelung 4

II. Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen 5

§ 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen 5

§ 4 Spezielle Notfallversorgung 5

§ 5 Grundlagen des Stufenmodells 5

§ 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen 6

§ 7 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren 6

III. Anforderungen an die Basisnotfallversorgung 7

§ 8 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung 7

§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung 7

§ 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung 7

§ 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung 7

§ 12 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung ..8

IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung 9

§ 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung 9

§ 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung 9

§ 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung 10

§ 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung 10

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung.....10

V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung.....11

§ 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung .11

§ 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung 11

§ 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung.....12

§ 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung..12

§ 22 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung.....12

VI. Spezielle Notfallversorgung.....13

§ 23 Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung.....13

§ 24 Modul Schwerverletztenversorgung.....13

§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder.....13

§ 26 Modul Spezialversorgung.....15

§ 27 Modul Schlaganfallversorgung.....15

§ 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen.....15

VII. Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen.....18

§ 29 Inkrafttreten 18

§ 30 Übergangsbestimmungen.....18

§ 31 Evaluation.....18

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

I. Allgemeine Vorschrift

§ 1 Ziel der Regelung

(1) [1]Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt nach einer Folgenabschätzung auf Basis eines Gutachtens und ergänzenden Sekundäranalysen ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. [2]In Abhängigkeit der als Mindestvoraussetzungen für differenzierte Stufen festgelegten strukturellen Voraussetzungen erhalten Krankenhäuser der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für ihre Beteiligung an der Notfallversorgung. [3]Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind verbindliche Abschläge zu erheben.

(2) Mit den nachfolgenden Bestimmungen werden die Grundlagen für die Vertragspartner nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG zur Verhandlung von Zu- und Abschlägen für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen festgelegt.

§ 2 Gegenstand der Regelung

(1) [1]Die Regelung legt die Grundsätze des gestuften Systems der stationären Notfallversorgung fest. [2]Sie definiert darüber hinaus die konkreten Anforderungen zum Erreichen der jeweiligen Stufen.

(2) Mit Blick auf die aus Anlass dieser Regelungen erforderlich werdenden Anpassungen in der Umstrukturierung der Notfallversorgung werden darüber hinaus Übergangsbestimmungen hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die strukturierte Notfallversorgung getroffen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

II. Grundlagen des gestuften Systems von Notfallstrukturen

§ 3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen und Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen

(1) Die Notfallversorgung unterscheidet sich hinsichtlich der Art und des Umfangs der verschiedenen Notfallvorhaltungen und wird in drei Stufen gegliedert:

1. Die Basisnotfallversorgung – Stufe 1: Das Nähere zu den Anforderungen an diese Stufe wird in Abschnitt III geregelt.
2. Die erweiterte Notfallversorgung – Stufe 2: Das Nähere zu den Anforderungen an diese Stufe wird in Abschnitt IV geregelt.
3. Die umfassende Notfallversorgung – Stufe 3: Das Nähere zu den Anforderungen an diese Stufe wird in Abschnitt V geregelt.

(2) [1]Sofern ein Krankenhaus keiner der in Absatz 1 beschriebenen Stufen zuzuordnen ist und darüber hinaus keine der Voraussetzungen der Module nach § 4 erfüllt, nimmt es nicht an dem gestuften System von Notfallstrukturen, nach Maßgabe dieser Regelungen im entgeltrechtlichen Sinne, teil. [2]Unbeschadet der Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen bleiben die allgemeinen Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall unberührt. [3]Krankenhäuser, welche nicht nach Absatz 1 oder Absatz 2 einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet werden, aber die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die entsprechenden Vorgaben der §§ 3 und 4 der Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) erfüllen, werden mindestens der Stufe 1 der Notfallversorgung zugeordnet. [4]Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung können vereinbart werden, sofern die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG Auflagen erlässt, die die Erfüllung der Kriterien gemäß Abschnitt III spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen sicherstellen.

§ 4 Spezielle Notfallversorgung

Abweichend von § 3 Absatz 2 Satz 1 kann die Versorgung besonderer stationärer Notfälle auch strukturiert durch Krankenhäuser erfolgen, die nicht die Anforderungen einer der Abschnitte III - V erfüllen, sofern sie die besonderen Vorgaben eines der Module in Abschnitt VI erfüllen.

§ 5 Grundlagen des Stufenmodells

(1) Das Stufenmodell zur stationären Versorgung von Notfällen legt gemäß den Anforderungen nach § 136c Absatz 4 SGB V für jede Stufe spezifische Vorgaben zu den folgenden Kategorien fest:

1. Art und Anzahl von Fachabteilungen,
2. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals,
3. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten,
4. Medizinisch-technische Ausstattung,
5. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme.

(2) Eine Fachabteilung liegt vor, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Es handelt sich um eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

2. Angestellte Ärzte des Krankenhauses, sind der Fachabteilung zugeordnet, und haben die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer. Ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen, ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.

3. Das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V dies vorsieht und

4. die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben in der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel (zweistellig) gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V vereinbart.

§ 6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen

(1) [1]Die Vorgaben zu den Kategorien nach § 5 Absatz 1 sind von den Krankenhäusern zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) am Standort zu erfüllen, um der jeweiligen Stufe der Notfallversorgung zugeordnet zu werden. [2]Es wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt.

(2) [1]Die Notfallversorgung der Notfallpatienten 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. [2]Die ZNA ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung. [3]Der Zugang zur Zentralen Notaufnahme ist grundsätzlich barrierefrei.

(3) Krankenhäuser, die an einer Stufe des Systems von Notfallstrukturen nach § 3 teilnehmen, sollen zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen.

§ 7 Berücksichtigung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Krankenhäuser, die bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 1 SGB V in Bezug auf die Anforderungen nach den §§ 8 bis 22 unzureichende Qualität aufweisen, können Zuschläge für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung erhalten, sofern die zuständigen Landesbehörden im Einvernehmen mit den Pflegesatzparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG Auflagen zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Fristen zu deren Umsetzung erlassen, die von den Krankenhäusern zu erfüllen sind.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

III. Anforderungen an die Basisnotfallversorgung

Dieser Abschnitt konkretisiert die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 für Krankenhäuser, die an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnehmen.

§ 8 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin am Standort.

§ 9 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung stellen die folgenden Qualifikationen des Fachpersonals sicher:

1. Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.
2. Der unter Nummer 1 genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ und die unter Nummer 1 genannte Pflegekraft verfügt über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“, sobald die jeweiligen Qualifikationen in diesem Land verfügbar sind.
3. Es ist jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.
4. Das unter den Nummern 1 bis 3 genannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.

§ 10 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung halten eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor, von denen mindestens drei zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind.

§ 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung

(1) [1]Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung verfügen über die für die Durchführung von Diagnostik und Therapie nach aktuellem medizinischem Standard erforderliche medizinisch-technische Ausstattung. [2]Insbesondere die folgende medizinisch-technische Ausstattung ist am Standort vorzuhalten:

- ein Schockraum und

  24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung, die auch gegeben ist, wenn sie durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer jederzeit (24 Stunden) sichergestellt wird.

(2) Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung eines Notfallpatienten von dem Krankenhaus der Basisnotfallversorgung in ein Krankenhaus einer höheren Notfallstufe auch auf dem Luftwege, ggf. unter Nutzung eines bodengebundenen Zwischentransports.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 12 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der Basisnotfallversorgung

Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung erfüllen alle der folgenden strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen:

1. Die Aufnahme von Notfällen erfolgt ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme.
2. Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. Alle Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.
3. Die Patientenversorgung wird aussagekräftig dokumentiert und orientiert sich an Minimalstandards. Diese Dokumentation liegt spätestens bei der Entlassung oder Verlegung des Patienten vor.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

IV. Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung

Dieser Abschnitt konkretisiert die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 für Krankenhäuser, die an der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 teilnehmen; die Anforderungen im Abschnitt IV müssen zusätzlich zu den Anforderungen in Abschnitt III erfüllt werden.

§ 13 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der erweiterten Notfallversorgung

(1) Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 8 über insgesamt vier der in den Absätzen 2 (Kategorie A) und 3 (Kategorie B) benannten Fachabteilungen; mindestens zwei davon sind aus der Kategorie A.

(2) Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen an:

1. Neurochirurgie,
2. Orthopädie und Unfallchirurgie,
3. Neurologie,
4. Innere Medizin und Kardiologie,
5. Innere Medizin und Gastroenterologie,
6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

(3) Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an:

1. Innere Medizin und Pneumologie,
2. Kinder- und Jugendmedizin,
3. Kinderkardiologie,
4. Neonatologie,
5. Kinderchirurgie,
6. Gefäßchirurgie,
7. Thoraxchirurgie,
8. Urologie,
9. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
10. Augenheilkunde,
11. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie,
12. Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie.

§ 14 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der erweiterten Notfallversorgung

Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen die unter § 9 genannten Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 15 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der erweiterten Notfallversorgung

[1]Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung halten abweichend von § 10 eine Intensivstation mit mindestens 10 Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind. [2]Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme. [3]Satz 2 findet keine Anwendung vom 1. April bis 30. Juni 2020. [4]Stattdessen ist in dieser Zeit die schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft ausreichend.

§ 16 Medizinisch-technische Ausstattung in der erweiterten Notfallversorgung

(1) Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 grundsätzlich zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort:

1. Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt,
2. kontinuierliche Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI),
3. Magnetresonanztomographie (MRT) und
4. Medizinisch-technische Ausstattung zur Primärdiagnostik des Schlaganfalls und Möglichkeit zur Einleitung einer Initialtherapie (Fibrinolyse oder interventionelle Therapie) und gegebenenfalls zur Verlegung in eine externe Stroke Unit.

(2) [1]Es ist eine Hubschrauberlandestelle vorzuhalten. [2]Bleibt dem Krankenhaus die Genehmigung einer Hubschrauberlandestelle aus Gründen, die außerhalb des Verantwortungsbereiches des Krankenhauses liegen (z.B. Umweltschutz oder städtebauliche Vorschriften), versagt, kann trotz Nichterfüllung der Sätze 1 und 2 eine Einstufung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 erfolgen, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 17 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung

Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 12 folgende strukturelle und prozedurale Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen:

Die zentrale Notfallaufnahme hat eine organisatorisch der Notaufnahme angeschlossene Beobachtungsstation von mindestens 6 Betten; dort sollen Notfallpatienten in der Regel unter 24 Stunden verbleiben, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

V. Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung

Dieser Abschnitt konkretisiert die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 für Krankenhäuser, die an der umfassenden Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 teilnehmen; die Anforderungen im Abschnitt V müssen zusätzlich zu den Anforderungen in den Abschnitten III und IV erfüllt werden.

§ 18 Art und Anzahl der Fachabteilungen in der umfassenden Notfallversorgung

(1) Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 8 über insgesamt sieben der in den Absätzen 2 (Kategorie A) und 3 (Kategorie B) benannten Fachabteilungen; mindestens fünf davon sind aus der Kategorie A.

(2) Der Kategorie A gehören folgende Fachabteilungen an:

1. Neurochirurgie,
2. Orthopädie und Unfallchirurgie,
3. Neurologie,
4. Innere Medizin und Kardiologie,
5. Innere Medizin und Gastroenterologie,
6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

(3) Der Kategorie B gehören folgende Fachabteilungen an:

1. Innere Medizin und Pneumologie,
2. Kinder- und Jugendmedizin,
3. Kinder-Kardiologie,
4. Neonatologie,
5. Kinderchirurgie,
6. Gefäßchirurgie,
7. Thoraxchirurgie,
8. Urologie,
9. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
10. Augenheilkunde,
11. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie,
12. Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie.

§ 19 Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der umfassenden Notfallversorgung

Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung erfüllen die Vorgaben nach § 9.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 20 Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten in der umfassenden Notfallversorgung

[1]Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung halten abweichend von § 10 eine Intensivstation mit mindestens 20 Intensivbetten vor, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind. [2]Es besteht eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme. [3]Satz 2 findet keine Anwendung vom 1. April bis 30. Juni 2020. [4]Stattdessen ist in dieser Zeit die schnellstmögliche Aufnahmebereitschaft ausreichend.

§ 21 Medizinisch-technische Ausstattung in der umfassenden Notfallversorgung

(1) Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 11 zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) über die folgende medizinisch-technische Ausstattung am Standort:

1. Kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt,
2. kontinuierliche Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI),
3. Magnetresonanztomographie (MRT) und
4. medizinisch-technische Ausstattung zur Primärdiagnostik des Schlaganfalls und Möglichkeit zur Einleitung einer Initialtherapie (Fibrinolyse oder interventionelle Therapie) und gegebenenfalls zur Verlegung in eine externe Stroke Unit.

(2) [1]Es ist eine Hubschrauberlandestelle vorzuhalten. [2]Patientenverlegungen auf dem Luftwege sind ohne Zwischentransport möglich. [3]Bleibt dem Krankenhaus die Genehmigung einer Hubschrauberlandestelle aus Gründen, die außerhalb des Verantwortungsbereiches des Krankenhauses liegen (z.B. Umweltschutz oder städtebauliche Vorschriften), versagt, kann trotz Nichterfüllung der Sätze 1 und 2 eine Einstufung nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 erfolgen, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind.

§ 22 Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der umfassenden Notfallversorgung

Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung erfüllen die Vorgaben nach den §§ 12 und 17 zu den strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VI. Spezielle Notfallversorgung

§ 23 Vorgaben zur speziellen Notfallversorgung

[1]Gemäß § 4 können Krankenhäuser aufgrund der Teilnahme an einer speziellen Notfallversorgung einer der in § 3 Absatz 1 benannten Stufen zugeordnet werden. [2]Die Anforderungen nach Satz 1 werden in den §§ 24 bis 28 für die einzelnen Module der speziellen Notfallversorgung festgelegt.

§ 24 Modul Schwerverletztenversorgung

Ein Krankenhaus wird der Stufe der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 zugeordnet, sofern es ein spezialisiertes Krankenhaus ist, das die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012* erfüllt und zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt.

§ 25 Modul Notfallversorgung Kinder

(1) [1]Dieses Modul ist nur für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren anzuwenden. [2]Demgemäß erhalten auch Krankenhäuser, welche nicht die allgemeinen Voraussetzungen der Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1, jedoch die Anforderung der Absätze 2, 3 oder 4 erfüllen, Zuschläge für Patienten unter 18 Jahren.

(2) Ein Krankenhaus wird der Stufe der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 zugeordnet, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Das Krankenhaus verfügt über eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort.
- Das Krankenhaus verfügt über ein dokumentiertes Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept für Kinder und Jugendliche.
- Das Krankenhaus verfügt über ein strukturiertes System zur Behandlungspriorisierung von Notfallpatienten (Triage).
- Jedes Kind und jeder Jugendliche erhält eine Ersteinschätzung und Behandlungspriorisierung innerhalb von 10 Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme.
- Die Notaufnahme verfügt über schriftliche Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen.
- Krankenhäuser, die an einer Stufe des Moduls Notfallversorgung Kinder teilnehmen, sollen zur Versorgung von ambulanten Notfällen eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen schließen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

* Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletzten-Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ein Projekt der „Initiative Qualität und Sicherheit in Orthopädie und Unfallchirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. und des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., Berlin Stand Mai 2012, 2. erweiterte Auflage. Seite 17-18 und Seite 30 (Anhang 1).

(3) Ein Krankenhaus wird der Stufe der erweiterten Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 zugeordnet, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Die Kriterien des § 25 Absatz 2 sind einzuhalten.
- Eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft im Präsenzdienst (24 Stunden an sieben Tagen pro Woche) steht jederzeit für die Versorgung von Notfällen zur Verfügung.
- Krankenhäuser ohne Kinderchirurgie am Standort verfügen über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit mindestens einer Abteilung für Kinderchirurgie, die das Vorgehen bei operativ zu versorgenden Kindern und Jugendlichen regelt.
- Das Krankenhaus bietet die Möglichkeit der gleichzeitigen intensivmedizinischen Versorgung von zwei lebensbedrohlich kranken Kindern am Standort.
- 24-stündige Verfügbarkeit der Magnetresonanztomographie (MRT).
- Es ist eine Hubschrauberlandestelle vorzuhalten. Patientenverlegungen auf dem Luftwege sind ohne Zwischentransport möglich. Bleibt dem Krankenhaus die Genehmigung einer Hubschrauberlandestelle aus Gründen, die außerhalb des Verantwortungsbereiches des Krankenhauses liegen (z.B. Umweltschutz oder städtebauliche Vorschriften), versagt, kann trotz Nichterfüllung der Sätze 1 und 2 eine Einstufung nach § 3 Absatz 1 Nummer 2 erfolgen, sofern alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind.

(4) Ein Krankenhaus wird der Stufe der umfassenden Notfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 zugeordnet, wenn alle der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Die Kriterien des § 25 Absätze 2 und 3 sind einzuhalten.
- Krankenhäuser der umfassenden Notfallversorgung verfügen mindestens über die Fachabteilungen, Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie und Neonatologie am Standort.
- Ärztlicher Präsenzdienst für Kinder- und Jugendmedizin.
- Verfügbarkeit eines Facharztes für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie in 30 Minuten am Patienten.
- Verfügbarkeit eines Facharztes mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen in 30 Minuten am Patienten.
- Ständige OP-Bereitschaft: komplettes OP-Team inkl. Anästhesie mit einer an die Altersgruppe angepassten Ausstattung und Erfahrung.
- Die Klinik verfügt über eine pädiatrische Intensivstation mit mindestens 10 Betten und eine neonatologische Intensivstation Level 1 nach G-BA Richtlinien am Standort.
- Pädiatrisch ausgerichtete Labormedizin bzw. klinisch-chemisches Labor (z.B. Umgang mit kleinen Mengen).
- 24-stündige Verfügbarkeit von Magnetresonanztomographie (MRT), Sonographie, Röntgendiagnostik und Computerotomographie (CT) die auf die besonderen Bedürfnisse pädiatrischer Patienten angepasst sind.
- Das Krankenhaus verfügt über einen genehmigten Hubschrauberlandeplatz oder eine Hubschrauberlandestelle (PIS). Kann das Krankenhaus aufgrund eines

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Fachgutachtens nachweisen, dass der Bau einer Hubschrauberlandestelle aufgrund der Hinderniskulisse nicht möglich ist, gilt dieses Kriterium als erfüllt.

§ 26 Modul Spezialversorgung

(1) [1]Krankenhäuser oder Einrichtungen, welche die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen, nehmen an der strukturierten Notfallversorgung teil; es werden keine Abschläge erhoben. [2]Die Vorhaltekosten für die Notfallversorgung werden für diese Krankenhäuser bereits zielgerichtet über andere Finanzierungsregelungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder anderer Gesetze vergütet. [3]Diese Krankenhäuser erwerben daher keinen Anspruch auf Zuschläge für die Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

(2) Die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen folgende Krankenhäuser oder Einrichtungen:

1. Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind,

2. besondere Einrichtungen gemäß § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG, sofern sie im Landeskrankenhausplan als besondere Einrichtungen in der Notfallversorgung ausgewiesen sind und zu jeder Zeit an der Notfallversorgung teilnehmen,

3. in eng begrenzten Ausnahmefällen Krankenhäuser, die aufgrund krankenhausplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen.

§ 27 Modul Schlaganfallversorgung

Ein Krankenhaus, das die Anforderungen der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) dieser Regelung nicht erfüllt, jedoch über eine Stroke Unit verfügt, entspricht einem Krankenhaus, welches an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnimmt und erhält für die in der Stroke Unit behandelten Fälle Zuschläge.

§ 28 Modul Durchblutungsstörungen am Herzen

Ein Krankenhaus, das die Anforderungen der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) dieser Regelung nicht erfüllt, jedoch über eine Chest Pain Unit (CPU) verfügt, die alle der folgenden Kriterien erfüllt, entspricht einem Krankenhaus, welches an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 teilnimmt und erhält für die in der CPU behandelten Fälle Zuschläge.

1. Räumliche Voraussetzungen:

   - Einer CPU müssen feste Überwachungskapazitäten unter klinischer und organisatorischer Leitung eines Kardiologen zugeordnet werden.

   - Der Bereich der CPU muss exakt definiert und ausgewiesen sein.

   - Die CPU verfügt über mindestens 4 Überwachungsplätze.

   - Ein Herzkatheterlabor innerhalb der Einrichtung ist 365 Tage/24 Stunden verfügbar, Abmeldung nur aus apparativ-technischen Gründen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

2. Apparative Voraussetzungen:

   - EKG-Gerät mit Registrierung von 12 Ableitungen
   - Monitor zur Rhythmusüberwachung und eine nichtinvasive Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie an jedem Überwachungsplatz
   - Transthorakale Echokardiographie innerhalb von 30 Minuten an 365 Tagen im Jahr über 24 Stunden durch einen ausgebildeten Untersucher
   - Komplett ausgestattete Notfalleinheit (u. a. mit Defibrillator, Intubationsbesteck, Sauerstoff, Absaugevorrichtung) und Möglichkeit zur Transportüberwachung (u. a. Monitor, Perfusoren, Transportbeatmungsgerät)
   - 24-stündige Anbindung an eine Notfalllaboreinrichtung. Die Zeit von Blutabnahme bis zur Ergebnisdokumentation darf 45 bis 60 Minuten nicht überschreiten und muss regelmäßig kontrolliert werden. Ist dies nicht möglich, muss eine Point-of-Care-Test-Einheit (POCT) vor Ort zur Bestimmung kardialer Marker verwendet werden. Die Bestimmung einer Blutgasanalyse muss innerhalb von 15 Minuten möglich sein.
   - Bei Schrittmacherpatienten Abfrage des Schrittmachers an 365 Tagen pro Jahr über 24 Stunden mit einer Alarmierungszeit von unter 6 Stunden gewährleisten. Die Möglichkeit zur perkutanen Schrittmachertherapie muss bestehen.
   - Ein Thorax-CT muss jederzeit durchgeführt werden können.

3. Diagnostik:

   - Unmittelbar nach Aufnahme müssen bei jedem Patienten ein EKG mit Registrierung von 12 Ableitungen sowie die posterioren Ableitungen V7 bis V9 geschrieben werden. Bis zur Auswertung durch einen Arzt dürfen nicht mehr als 10 Minuten vergehen.
   - Kontrollen des Troponins sind initial nach Vorstellung sowie 6 bis 9 Stunden nach der Erstmessung.

4. Therapie:

   - Leitliniengerechte Behandlungspfade für die folgenden Krankheitsbilder: ST-Streckenhebungsinfarkt (STEMI), Unterteilung nach angekündigt und unangekündigt, NSTEMI, instabile Angina pectoris, stabile Angina pectoris, hypertensive Entgleisung, akute Lungenembolie, akutes Aortensyndrom, kardiogener Schock, dekompensierte Herzinsuffizienz, Reanimation, ICD-Therapieabgabe, Schrittmacher (SM)-Fehlfunktion, Vorhofflimmern, kardiovaskuläre Prävention, Synkopen.
   - Die Transferzeiten von der CPU zum Herzkatheterlabor dürfen bei Höchstrisikopatienten maximal 15 Minuten betragen.
   - Herzkatheterlabor in der Abteilung mit ständiger personeller Verfügbarkeit zur Akutintervention (365 Tage über 24 Stunden), das nur aus apparativ-technischen Gründen von der Notfallversorgung abgemeldet werden darf.
   - Eine ständige personelle Verfügbarkeit muss gewährleistet sein und mittels Dienstplänen dokumentiert werden können.
   - Intensivstation oder Intermediate-Care-Station ist vorhanden, die Transferzeit darf maximal 15 Minuten betragen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Ständige Möglichkeit zur Durchführung einer konventionellen Röntgendiagnostik sowie einer Computertomographie.

5. Ausbildung:

   - Assistent/in: Mindestens 2 Jahre internistische/kardiologische Berufserfahrung, ausreichende Intensiverfahrung, Echokardiographieerfahrung, Erfahrung auf dem Gebiet der kardiovaskulären Prävention
   - Oberarzt/Oberärztin: Kardiologe
   - Pflege: Spezielle CPU-Schulung
   - Jeder Mitarbeiter muss über sämtliche Behandlungspfade ausreichend informiert und im Umgang mit Patienten mit akutem Thoraxschmerz geschult sein. Diese Behandlungspfade müssen sich an internationalen Leitlinien orientieren und müssen in schriftlicher Form vorliegen. Für alle Mitarbeiter muss ein regelmäßiges Reanimationstraining (Advanced Life Support) stattfinden.

6. Organisation:

   - Leitung: Kardiologe
   - Assistenzärzte: Zuständigkeit 365 Tage/24 Stunden
   - Oberärzte/Fachärzte (Kardiologe): 365 Tage/24 Stunden in Rufbereitschaft, Alarmierung < 30 Minuten
   - Pflegepersonal Präsenz: 365 Tage/24 Stunden; 4:1-Besetzung.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VII. Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

§ 29 Inkrafttreten

Diese Regelung tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

§ 30 Übergangsbestimmungen

(1) [1]Die Vorgaben dieses Beschlusses sind ab dem Inkrafttreten zu erfüllen. [2]Abweichend davon sind die Anforderungen an eine ZNA nach § 6 Absatz 2 und § 12 Nummer 1 spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des Beschlusses zu erfüllen. [3]Davon unberührt bleiben die übrigen Vorgaben der in § 5 Absatz 1 genannten Kategorien, die ab Inkrafttreten des Beschlusses auch dann zu erfüllen sind, wenn die Anforderungen an eine ZNA nach § 6 Absatz 2 noch nicht umgesetzt wurden. [4]Dies gilt insbesondere auch für Standorte mit dezentralen Notaufnahmen. [5]Wenn mit der Erfüllung der Anforderungen nach barrierefreier Zugänglichkeit der ZNA gemäß § 6 Absatz 2 im Einzelfall unvertretbare Mehrkosten verbunden sind, kann die Übergangsfrist verlängert werden. [6]§ 9 Nummer 2 ist spätestens fünf Jahre nach Verfügbarkeit der entsprechenden Weiterbildungen im Land zu erfüllen.

(2) [1]Die Abfrage der Kriterien dieser Regelung erfolgt auf Ebene des Krankenhausstandortes. [2]Ab dem 1. Januar 2020 ist hierfür das Standortkennzeichen gemäß § 293 Absatz 6 SGB V zu verwenden.

§ 31 Evaluation

Fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelung führt der G-BA eine Evaluation durch, die überprüft, ob diese erstmalige Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu einer Zuordnung von Krankenhäusern zu den jeweiligen Stufen im erwarteten Umfang geführt sowie eine Veränderung der Notfallstrukturen bewirkt hat.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.