

Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern

– Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19.4.2018 –

Bernhard Dehong, Karlsruhe¹

Im nachfolgenden Beitrag werden die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern skizziert und eingeordnet.

Am 19.5.2018 sind die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern in Kraft getreten². Damit erfüllt der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) etwas verspätet den ihm nach § 136c Abs. 1 SGB V obliegenden Auftrag, bis zum 31.12.2017 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zu beschließen. Der Beschluss des GBA soll der Qualitätssicherung in der stationären Notfallversorgung dienen³, hat für die Krankenhäuser aber vor allem Vergütungsrelevanz: Krankenhäuser, die die vom GBA vorgegebenen strukturellen Anforderungen erfüllen, erhalten je nach Stufe gestaffelte Zuschläge nach § 9 Abs. 1a

Nr. 5 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Mit diesen sollen die Vorhaltekosten für Notfallstrukturen finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die nicht an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, müssen Abschlüsse hinnehmen. Die Höhe der Zu- und Abschläge haben die Vertragspartner auf Bundesebene am 10.12.2018 in einer Notfallstufenvergütungsvereinbarung festgelegt⁴.

Die Stufen im System der stationären Notfallversorgung

Nach dem Beschluss des GBA wird die Teilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen in drei Stufen gegliedert:

- die Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- die erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- die umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Die verschiedenen Arten und die Komplexität an Notfällen, die versorgt werden können, sind von Stufe 1 zu Stufe 3 aufsteigend. Der GBA definiert in seinem Beschluss vom 19.4.2018 die strukturellen und personellen Vorhaltungen in den jeweiligen Stufen. Für jede der drei Stufen enthält der Beschluss des GBA Vorgaben zu den folgenden Kategorien (§ 5 Abs. 1 GBA-Beschluss):

- Art und Anzahl von Fachabteilungen
- Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals
- Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten
- medizinisch-technische Ausstattung
- Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme

Nach § 6 des GBA-Beschlusses sind die vorstehenden Vorgaben 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. Dabei wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 KHG zugrunde gelegt. Danach setzt ein Standort u.a. voraus, dass er Krankenhaus oder Teil eines Krankenhauses ist, eine unmittelbare Patientenversorgung in mindestens einer fachlichen Abteilung stattfindet und bei mehreren Gebäuden der Abstand zwischen den äußeren Gebäuden nicht mehr als 2000 m beträgt, wobei Besonderheiten für „innerhalb einer Fläche eigenständige Standorte“ wie z.B. Ambulanzen gelten können⁵.

In allen Stufen der Notfallversorgung, also auch schon im Rahmen der Basisnotfallversorgung, muss die Aufnahme von Notfällen ganz überwiegend in einer Zentralen Notfall-

1 Rechtsanwalt Dr. jur. Bernhard Dehong, Fachanwalt für Medizinrecht und Arbeitsrecht, Kanzlei für ArztRecht, Karlsruhe

2 Beschluss vom 19.4.2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 18.5.2018 B4

3 Zur Aufgabenverteilung zwischen vertragsärztlich organisiertem Notdienst und ambulanter Notfallversorgung im Krankenhaus vgl. Wenner, Strukturproblem der Gesundheitsversorgung in Deutschland, MedR 2015, 175 ff., 179 f.

4 vgl. dazu näher Lux/Draheim, Zu- und Abschläge für das gestufte System von Notfallstrukturen, Das Krankenhaus 2019, 111 ff.

5 vgl. dazu näher Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Auflage 2018, § 2a KHG, Rdnr. 3 ff.

aufnahme erfolgen, die immer am Krankenhausstandort vorzuhalten ist (§ 6 Abs. 2 in Verbindung mit § 12 Abs. 1 GBA-Beschluss). Diese Zentrale Notaufnahme (ZNA) muss eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung sein. Aufgrund dieser Anforderung haben Krankenhäuser vermehrt ärztliche Leiter für die Zentrale Notfallaufnahme eingestellt bzw. mit bei ihnen bereits tätigen qualifizierten Ärzten Verträge über die fachlich unabhängige Leitung der ZNA abgeschlossen. Ist der ärztliche Leiter der Notaufnahme zusätzlich zu dieser Funktion auch in einer der Fachabteilungen des Krankenhauses (z.B. als Oberarzt) tätig, darf der Chefarzt dieser Abteilung ihm gegenüber bezüglich der Notaufnahme nicht weisungsbehaftet sein⁶.

Nichtteilnahme am gestuften System von Notfallstrukturen

Sofern ein Krankenhaus keiner der drei Stufen der Notfallversorgung zuzuordnen ist und darüber hinaus keine der Voraussetzungen der Module der speziellen Notfallversorgung (§ 4 in Verbindung mit §§ 23 ff. GBA-Beschluss) erfüllt, nimmt es nicht an dem gestuften System von Notfallstrukturen teil. Dies entbindet ein solches Krankenhaus jedoch nicht von der allgemeinen Pflicht zur Hilfeleistung im Notfall. Dies wird in § 3 Abs. 2 GBA-Beschluss ausdrücklich klargestellt. Einem solchen Krankenhaus werden im Falle der notfallmäßigen Aufnahme eines Patienten auch die Behandlungskosten erstattet. Es erhält aber keine Zuschläge.

Der Gemeinsame Bundesausschuss geht davon aus, dass von den derzeit 1748 allgemeinen Krankenhäusern etwa 36% keine Zuschläge erhalten werden⁷. Diese hätten ganz überwiegend auch in der Vergangenheit keine Notfallversorgung erbracht. Der GBA geht davon aus, die fehlende

Teilnahme dieser Krankenhäuser an der gestuften Notfallversorgung und die fehlende Zahlung der Zuschläge würden nicht dazu führen, dass diese Krankenhäuser schließen müssen⁸. Das darf bezweifelt werden.

Es gibt Krankenhäuser, die zwar nicht die Voraussetzungen einer der Notfallversorgungsstufen, wohl aber die Vorgaben der Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 SGBV erfüllen (sogenannte Sicherstellungs-krankenhäuser) und zugleich die notwendigen Vorhaltungen hinsichtlich Art und Anzahl von Fachabteilungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 GBA-Beschluss treffen. Diese Krankenhäuser werden zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung von Notfallpatienten mindestens der Stufe 1 der Notfallversorgung zugeordnet (§ 3 Abs. 2 Satz 3 GBA-Beschluss).

Anforderungen an die Basisnotfallversorgung

Um an der Basisnotfallversorgung teilzunehmen, muss ein Krankenhaus folgende Anforderungen erfüllen. Es muss

- mindestens über die **Fachabteilungen** Chirurgie oder Unfallchirurgie und Innere Medizin am Standort verfügen (§ 8 GBA-Beschluss). § 5 Abs. 2 GBA-Beschluss legt die Anforderungen an eine für die Teilnahme an der gestuften Notfallversorgung relevante Fachabteilung fest. Belegabteilungen erfüllen diese Anforderungen nicht.

- **Die Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals** nach § 9 GBA-Beschluss muss sichergestellt sein. Dazu gehört insbesondere ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt, mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ sowie eine Pflegekraft, mit Zusatzqualifikation „Notfallpflege“.

- eine **Intensivstation** mit mindestens sechs Betten vorhalten, von de-

nen mindestens drei zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind (§ 10 GBA-Beschluss).

- über die in § 11 GBA-Beschluss geforderte medizinisch-technische Ausstattung, u.a. einen **Schockraum** und eine **24-stündlich verfügbare CT-Bildgebung**, verfügen.

- Schließlich müssen die **Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme** den Anforderungen nach § 12 GBA-Beschluss genügen.

Nach § 9 Nr. 3 GBA-Beschluss muss jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein.

Da sich die Anforderung auf den jeweiligen „Bereich“ bezieht, kann ein Krankenhaus diese Anforderung für die Chirurgie entweder mit einem Viszeral- oder einem Unfallchirurgen erfüllen.

Dass innerhalb von maximal 30 Minuten ein Facharzt des jeweiligen Bereichs am Patienten verfügbar sein muss, stellt die Krankenhäuser vor erhebliche Schwierigkeiten. Leisten Fachärzte Schichtdienst oder gibt es einen fachärztlichen Bereitschaftsdienst, kann die zeitliche Anforderung erfüllt werden. In den meisten Krankenhäusern leisten die Fachärzte jedoch Rufbereitschaft (Hintergrunddienst). Der Gemeinsame Bundesausschuss hält dies offensichtlich für unproblematisch. Er führt hierzu in den Tragenden Gründen seines Beschlusses aus: „*Es wird davon ausgegangen, dass diese Sicherstellung derzeit in der Regel im Rahmen des Rufbereitschaftsdienstes gewährleistet werden kann*“⁹.

6 so ausdrücklich GBA, Tragende Gründe zum Beschluss vom 19.4.2018 – Stand 11.10.2018 S. 6

7 GBA - Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern – Antworten auf häufig gestellte Fragen, www.g-ba.de/informationen/richtlinien/103

8 GBA a.a.O. Fußnote 4

9 GBA, Tragende Gründe zum Beschluss vom 19.4.2018 – Stand 11.10.2018 zu § 5 Abs. 2 S.5

Diese Behauptung erweist sich bei genauer Betrachtung jedoch als tückisch. Sie ist für Krankenhäuser, die sich darauf verlassen, mit Risiken behaftet. Rufbereitschaft liegt nur vor, wenn der Arbeitnehmer seinen Aufenthaltsort während des Dienstes frei bestimmen kann. Bei Vorgaben des Arbeitgebers zum Aufenthaltsort liegt Bereitschaftsdienst vor. Gleiches gilt nach der Rechtsprechung der Arbeitsgerichte, wenn der Arbeitgeber durch zu enge zeitliche Vorgaben für die Arbeitsaufnahme im Alarmierungsfall die Bewegungsmöglichkeiten des Arbeitnehmers zu stark einschränkt¹⁰. Nach einer Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts führt die Vorgabe des Arbeitgebers, wonach der Arbeitnehmer im Alarmierungsfall binnen 20 Minuten verfügbar sein muss dazu, dass der Dienst der Sache nach ein Bereitschaftsdienst ist¹¹. Dieses Ergebnis kann ein Krankenhausträger auch nicht dadurch vermeiden, dass er sich von den Ärzten, die einen solchen Dienst leisten, eine „freiwillige“ Selbstverpflichtung zur Arbeitsaufnahme binnen 20 oder 25 Minuten unterschreiben lässt.

Wenn aber ein Facharzt, der sich während eines Dienstes außerhalb des Krankenhauses aufhält, innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein muss, wird er im Re-

gelfall spätestens 25 Minuten nach der Alarmierung im Krankenhaus sein müssen. Eine derartige zeitliche Vorgabe des Krankenhausträgers ist nach der bisherigen Rechtsprechung der Arbeitsgerichte als Anordnung von Bereitschaftsdienst anzusehen. Gewichtige Stimmen in der arbeitsrechtlichen Literatur gehen daher davon aus, dass die Anforderung des GBA, wonach der Facharzt innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein muss, derzeit nicht rechtssicher durch eine Rufbereitschaft gewährleistet werden kann¹².

Leistet der Arzt aber Bereitschaftsdienst, ist die Dienstzeit unabhängig vom tatsächlichen Umfang seiner Inanspruchnahme Arbeitszeit (§ 2 Abs. 1 ArbZeitG)¹³. Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz können mit Bußgeldern geahndet werden. Zudem hat der Arzt Anspruch auf Bereitschaftsdienstvergütung. Vor diesen Konsequenzen schützt kein Hinweis darauf, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in den Tragenden Gründen seines Beschlusses eine andere Auffassung vertritt.

Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung

Die erweiterte Notfallversorgung stellt die mittlere Stufe der Notfallversorgung dar. In dieser Stufe können die meisten Arten von Notfällen versorgt werden¹⁴.

Um an der erweiterten Notfallversorgung teilzunehmen, muss ein Krankenhaus folgende Anforderungen erfüllen. Es muss

- über die **obligatorischen Fachabteilungen der Kernnotfallkompetenz** (Innere Medizin und Chirurgie oder Unfallchirurgie) verfügen;
- **zusätzlich mindestens zwei Fachabteilungen der primären Notfallversorgung (Kategorie A) sowie zwei weitere Fachabteilungen der sekundären Notfallversorgung (Kategorie B) vorhalten** (§ 13 GBA-Beschluss). Der Kategorie A gehören die Fachab-

teilungen Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe an.

- wie in der Stufe 1 **Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals** nach § 9 GBA-Beschluss sicherstellen;

- **eine Intensivstation mit mindestens zehn Intensivbetten** vorhalten, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind. Zudem muss eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme bestehen (§ 15 GBA-Beschluss).

- Die in § 16 GBA-Beschluss geforderte **medizinisch-technische Ausstattung** muss vorhanden sein. Dazu gehört grundsätzlich auch ein Hubschrauberlandeplatz.

- **Die Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme** müssen den Anforderungen des § 17 GBA-Beschluss genügen.

Auch die Fachabteilungen der Kategorien A und B müssen die Voraussetzungen erfüllen, die in § 5 Abs. 2 GBA-Beschluss an eine Fachabteilung gestellt werden. Es müssen also insbesondere angestellte Ärzte des Krankenhauses, mithin weder Honorar- noch Belegärzte, der Fachabteilung zugeordnet sein. Diese Ärzte müssen über die entsprechenden Qualifikationsnachweise nach der Weiterbildungsordnung verfügen. Ein entsprechend qualifizierter Facharzt muss jederzeit (24 Stunden an sieben Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar sein.

Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung

Die umfassende Notfallversorgung stellt die höchste Stufe der stationären Notfallversorgung dar. Um an der

10 vgl. dazu näher Debong, Chefarzt und Rufbereitschaft, ArztR 2013, 285 ff., 286 f. mit Nachweisen zur Rechtsprechung

11 Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 31.1.2002 – 6 AZR 214/00 – ArztR 2002, 207 ff.

12 so z.B. Thüsing, Notfallversorgung und Arbeitszeitrecht, Kurzgutachterliche Stellungnahme auf Anfrage der Deutschen Krankenhausesgesellschaft, der zu dem Ergebnis kommt, dass eine Reaktionszeit von 30 Minuten mit dem Wesen der Rufbereitschaft nicht vereinbar ist. Das Gutachten ist im Internet abrufbar unter: www.dkgev.de/87491.Anlage_Kurzgutachten_„Notfallversorgung_und_Arbeitszeitrecht“

13 Urteil des EuGH vom 3.1.2000 - C-303/98 - ArztR 2000, 335 ff.

14 so GBA, Tragende Gründe zum Beschluss vom 19.4.2018 – Stand 11.10.2018 S. 9

umfassenden Notfallversorgung teilzunehmen, muss ein Krankenhaus folgende Voraussetzungen erfüllen. Es muss

- über die **obligatorischen Fachabteilungen der Kernnotfallkompetenz** (Innere Medizin und Chirurgie oder Unfallchirurgie) verfügen;

- **zusätzlich mindestens fünf Fachabteilungen der primären Notfallversorgung (Kategorie A) sowie zwei weitere Fachabteilungen der sekundären Notfallversorgung (Kategorie B) vorhalten** (§ 18 GBA-Beschluss). Die optionalen Fachabteilungen der Kategorien A und B stimmen mit denen in der erweiterten Notfallversorgung überein.

- **wie in der Stufe 1 Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals** nach § 9 GBA-Beschluss sicherstellen;

- **Eine Intensivstation mit mindestens 20 Intensivbetten** muss vorgehalten werden, die auch zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet sind. Zudem muss wie in der erweiterten Notfallversorgung eine Aufnahmebereitschaft auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten auf die Intensivstation innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme bestehen (§ 20 GBA-Beschluss).

- Die in § 21 GBA-Beschluss geforderte **medizinisch-technische Ausstattung** muss vorgehalten werden. Dazu gehört grundsätzlich auch ein Hubschrauberlandeplatz, der ohne bodengebundenen Zwischentransport (z.B. mit einem Rettungswagen) erreichbar sein muss.

- **Die Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme** müssen den Anforderungen des § 22 GBA-Beschluss genügen.

Spezielle Notfallversorgung

Nach § 4 GBA-Beschluss kann die Versorgung besonderer stationärer Notfälle auch durch Krankenhäuser erfolgen, die zwar nicht die Anforderun-

gen einer der Notfallstufen 1 bis 3, aber die besonderen Vorgaben eines der Module in §§ 24 ff. GBA-Beschluss erfüllen. Es handelt sich dabei um die Module Schwerverletztenversorgung, Notfallversorgung Kinder, Spezialversorgung, Schlaganfallversorgung und Durchblutungsstörungen am Herzen. Diese Module wurden geschaffen, um einerseits die Teilnahme von notfallrelevanten Spezialversorgern (Überregionale Traumazentren, selbstständige Kinderkliniken) an dem gestuften System von Notfallstrukturen zu ermöglichen, die die allgemeinen Notfallstufen nicht erfüllen, weil sie nicht alle der dort geforderten Fachabteilungen vorhalten. Andererseits werden Einrichtungen, die an dem gestuften System von Notfallstrukturen teilnehmen, deren Vorhaltungen aber bereits über andere Finanzierungsinstrumente finanziert werden (psychiatrische Krankenhäuser, besondere Einrichtungen) von einem Abschlag befreit (§ 26 GBA-Beschluss)¹⁵.

Übergangsbestimmungen

Nach § 30 Satz 1 GBA-Beschluss sind dessen Vorgaben ab dem Inkrafttreten, also ab dem 19.5.2018 zu erfüllen. Lediglich für die baulichen Anforderungen an die ZNA und die damit zusammenhängenden Kriterien wie z.B. die fachübergreifende Leitung der ZNA und die Aufnahme der Patienten über die ZNA ist eine Übergangsfrist von drei Jahren bis zum 19.5.2021 vorgesehen. Davon unberührt bleiben jedoch die Anforderungen an die Prozesse der Notfallaufnahme. So muss beispielsweise auch ein Krankenhaus mit mehreren fachspezifischen dezentralen Notaufnahmen im Übergangszeitraum ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung der Patienten einsetzen und die Patientenversorgung aussagekräftig dokumentieren, um an der strukturierten Notfallversorgung teilneh-

men zu können¹⁶.

Die Qualifikationsanforderungen nach § 9 Nr. 2 GBA-Beschluss für das Fachpersonal in der ZNA können gegenwärtig noch nicht in allen Bundesländern bzw. Kammerbezirken erworben werden. Aus diesem Grund ist in § 30 Abs. 1 letzter Satz GBA-Beschluss festgelegt, dass diese Qualifikationen spätestens fünf Jahre nach Verfügbarkeit der entsprechenden Weiterbildungen im Land vorhanden sein müssen.

Schließlich enthält auch § 3 Abs. 2 Satz 4 GBA-Beschluss der Sache nach eine Übergangsregelung. Erfüllt nämlich ein Krankenhaus die Vorgaben der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) noch nicht, beabsichtigt dies aber in Zukunft, können trotzdem Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung vereinbart werden, wenn die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung Auflagen erlässt, die die Erfüllung der Vorgaben spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten sicherstellen¹⁷.

¹⁵ GBA, Tragende Gründe a.a.O. zu § 4 S. 4

¹⁶ GBA, Tragende Gründe a.a.O. zu § 30 S. 15

¹⁷ GBA, Tragende Gründe a.a.O. zu § 3 S. 4