

Anlage 3 Checkliste zum Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen

Selbsteinstufung:

Die medizinische Einrichtung _____

in _____

(Nummer/Kennzeichen/IK-Nummer/Haupt-IK-Nummer des Standorts gemäß dem Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V)

erfüllt zum Stichtag [Datum _____] die Mindestanforderungen für die Versorgung von Patienten mit einer Hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß dieser Checkliste. ja nein

Allgemeine Hinweise:

Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen dieser Richtlinie durch den Medizinischen Dienst (MD) erfolgen gemäß der MD-Qualitätskontroll-RL. Die dafür notwendigen Unterlagen sind für die Prüfungen vorzuhalten.

Die Facharztbezeichnung richtet sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließt auch diejenigen Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Nach § 6 Absatz 1 ist der standortbezogene Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie einschließlich der gegebenenfalls zum Zeitpunkt des Nachweises vorliegenden Abweichungen von den Krankenhäusern stichtagsbezogen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zwischen dem 15. November und dem 31. Dezember eines Jahres zu führen. Für den Fall, dass ein Krankenhaus erstmals, unterjährig oder erneut die von dieser Richtlinie betroffenen Leistungen erbringen möchte, ist ein entsprechender Stichtag zu wählen, an dem alle Mindestanforderungen erfüllt werden.

Unberührt davon ist eine Nichterfüllung einzelner Mindestanforderungen, die nach dem vom Krankenhaus für die Nachweisführung nach Satz 1 und 2 ausgewählten Stichtag auftritt und die länger als 48 Stunden andauert, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich anzuzeigen, ebenso wie deren Wiedererfüllung.

Abschnitt A Allgemeine Mindestanforderungen	ja	nein	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)**
<p>A1.1 Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie oder Unfallchirurgie oder Allgemeine Chirurgie oder Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort (§ 3 Absatz 1a).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>A1.2 Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort (§ 3 Absatz 1a).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p><u>Wenn A1.2 (Fachabteilung für Innere Medizin) mit Nein beantwortet wurde:</u></p> <p>A1.3 Sind die Anforderungen gemäß § 10 Absatz 2* (Ausnahmeregelung) vollständig erfüllt?</p> <p><i>*Hinweis: Abweichend von § 3 Absatz 1 Buchstabe a können Krankenhäuser die Patientenversorgung bis zum 31. Dezember 2025 weiterführen, wenn sie:</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><i>a) im Jahr 2018 Eingriffe, die mit einer der OPS gemäß Anlage 1 kodiert sind, abgerechnet haben und</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><i>b) über eine Fachabteilung für Chirurgie oder Unfallchirurgie (oder über eine vergleichbare Fachabteilung siehe A2.1) verfügen und</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><i>c) die ärztliche Versorgung im Gebiet der Inneren Medizin durch eine täglich 24 stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sicherstellen. Ist die präsenste Ärztin oder der präsenste Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sicherzustellen.</i></p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>A2 Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind (§ 3 Absatz 1b).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

<p>A2.1 Der für die Notfallversorgung benannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“* (§ 3 Absatz 1c).</p> <p><i>*Hinweis: Die Anforderung an die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ ist spätestens ab dem 1. Januar 2026 zu erfüllen.</i></p>	○	○	
<p>A2.2 Die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft verfügt über die Weiterbildung „Notfallpflege“* (§ 3 Absatz 1c).</p> <p><i>*Hinweis: Die Anforderung an die Weiterbildung „Notfallpflege“ ist spätestens ab dem 1. Januar 2026 zu erfüllen.</i></p>	○	○	
<p>A2.3 Der für die Notfallversorgung benannte Arzt und die für die Notfallversorgung benannte Pflegekraft nehmen regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil (§ 3 Absatz 1e).</p>	○	○	
<p>A3 Es ist jeweils ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie* und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar (§ 3 Absatz 1d).</p> <p><i>*Hinweis: Die Anforderung zur Verfügbarkeit eines Facharztes für Chirurgie gilt ebenfalls als erfüllt, wenn ein vergleichbarer Facharzt (Facharzt für Allgemeinchirurgie, Facharzt für Orthopädie oder Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.</i></p>	○	○	
<p>A4.1 Die Intensivstation verfügt über mindestens sechs Intensivtherapiebetten (§ 3 Absatz 1f).</p>	○	○	
<p>A4.2 Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patienten ausgestattet (§ 3 Absatz 1f).</p>	○	○	
<p>A5 Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung (§ 3 Absatz 1g).</p>	○	○	

<p>A6.1 Es ist ein Schockraum verfügbar (§ 3 Absatz 2a).</p>	○	○	
<p>A6.2 Die 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie* ist sichergestellt (§ 3 Absatz 2b).</p> <p><i>*Hinweis: Die computertomographische Bildgebung kann auch durch einen kooperierenden Leistungserbringer im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort jederzeit (24h) sichergestellt werden.</i></p>	○	○	
<p>A7 Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Es ist ausreichend wenn die Hubschrauberlandestelle mit einem boden-gebundenen Zwischentransport* (z.B. mit einem Rettungswagen) erreichbar ist (§ 3 Absatz 3).</p> <p><i>*Hinweis: Die Landestelle muss nicht in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses gelegen sein, sondern ein für Hubschrauberlandungen geeigneter, in einiger Entfernung gelegener Sportplatz oder eine Wiese sind ausreichend.</i></p>	○	○	
<p>Wenn A8 mit Ja beantwortet wird, ist ein Ausfüllen von A1-A7 nicht erforderlich.</p> <p>A8 Alle Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 (siehe Anhang zu Anlage 3) sind erfüllt (§ 10 Absatz 1)*:</p> <p>A - Strukturen und Prozesse Erfüllung aller 12 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3</p> <p>B – Personal</p> <p><u>Ärztliche Leitungsebene</u> Erfüllung aller 2 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3</p> <p><u>Basisteam im Schockraum</u></p>	○	○	

Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<u>Erweitertes Schockraumteam</u>			
Erfüllung aller 13 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<u>Fakultativ verfügbares Personal</u>			
Erfüllung aller 3 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
C - Räumliche Anforderungen			
<u>Notaufnahme</u>			
Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<u>Operationsabteilung</u>			
Erfüllung der Mindestanforderung gemäß dem Anhang zu Anlage 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
D - Voraussetzungen der Intensivstation			
<u>Personelle Ausstattung der Intensivstation</u>			
Erfüllung aller 8 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
E - Ausstattung/apparative Ausstattung			
Erfüllung aller 18 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Erfüllung aller 3 Mindestanforderungen gemäß dem Anhang zu Anlage 3 an die nachfolgende Ausstattung/apparative Ausstattung im OP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
*Hinweis: Der Anhang zu Anlage 3 spezifiziert die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß Weißbuch Schwerverletztenversorgung Stand Mai 2012 (Seite 17ff.) abschließend. Wenn die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Anhang zu Anlage 3 vollständig erfüllt sind, dann gelten die Allgemeinen Mindestanforderungen gemäß § 3 Absatz 1 bis 4 (A1.1 bis A7) als erfüllt (Ausnahmeregelung gemäß § 10 Absatz 1).			

**Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.

Abschnitt B Spezifische Mindestanforderungen	ja	nein	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)**
<p>B1 Die Versorgung der Patienten erfolgt in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung, die eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses ist (§ 4 Absatz 1).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>B2 Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 beschrieben Operationen erfolgt durch oder unter Anleitung und Aufsicht einer Fachärztin oder eines Facharztes für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie (§ 4 Absatz 2).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>B3 Die ärztliche Versorgung in der Fachabteilung ist durch eine täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sichergestellt, die auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet.</p> <p>Ist die präsenste Ärztin oder der präsenste Arzt nicht eine Fachärztin oder ein Facharzt für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie, ist zusätzlich ein Rufbereitschaftsdienst mit eben dieser Qualifikation sichergestellt (§ 4 Absatz 3).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>B4 Die Einrichtung und Ausstattung des Operationssaals lässt sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgungen zu. Entsprechende Implantate und Instrumente stehen jederzeit zur Verfügung (§ 4 Absatz 4).</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>B5 Für Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten. Diese erfolgt durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

<p>Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie oder</p> <p>Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie oder</p> <p>Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie oder</p> <p>Facharzt mit der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie oder</p> <p>Facharzt mit Fachkunde Geriatrie.</p> <p>Der Facharzt mit geriatrischer Kompetenz ist Teil des behandelnden unfallchirurgisch-geriatrischen, multiprofessionellen Teams.</p> <p>Dies kann auch im Wege einer Kooperation gewährleistet werden (§ 4 Absatz 5)*/**.</p> <p><i>*Hinweis: Diese Anforderung ist spätestens ab dem 1. Januar 2027 zu erfüllen.</i></p> <p><i>**Hinweis: Im Falle einer Verlegung eines Patienten oder einer Patientin nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation gemäß § 4 Absätze 5 oder 6 zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort, sind an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die Mindestanforderungen nach § 4 Absätze 5 und 6 der Richtlinie zu erfüllen. Der verlegende Standort trägt bei einer solchen Verlegung nach § 4 Abs. 7 Satz 1 Sorge dafür, dass der Patient oder die Patientin nur an einen kooperierenden Standort verlegt wird, welcher sicherstellen kann, dass diese Mindestanforderungen erfüllt werden. Dies ist vom verlegenden Standort bei jeder Verlegung zu dokumentieren.</i></p>			
<p><u>Wenn B5 mit Nein beantwortet wurde:</u></p> <p>B5.1 Sind die Anforderungen gemäß § 12 Absatz 1*/** erfüllt?</p> <p><i>*Hinweis: Abweichend von § 4 Absatz 5 kann bis zum 31. Dezember 2023 die geriatrische Versorgung der Patienten auch durch Einbezug eines Facharztes für Innere Medizin/ Allgemeinmedizin oder Neurologie und bis zum 31. Dezember 2026 durch einen Facharzt mit geriatrischer Kompetenz auf Anforderung im Sinne eines Konsils sichergestellt werden. Die geriatrische Kompetenz ist durch einen Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie, Facharzt mit der fakultativen Weiterbildung klinische</i></p>	○	○	

<p><i>Geriatric, Facharzt mit Fachkunde Geriatrie zu gewährleisten.</i></p> <p>**Hinweis: Im Falle einer Verlegung eines Patienten oder einer Patientin nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation gemäß § 4 Absätze 5 oder 6 zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort, sind an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die Mindestanforderungen nach § 4 Absätze 5 und 6 der Richtlinie zu erfüllen. Der verlegende Standort trägt bei einer solchen Verlegung nach § 4 Abs. 7 Satz 1 Sorge dafür, dass der Patient oder die Patientin nur an einen kooperierenden Standort verlegt wird, welcher sicherstellen kann, dass diese Mindestanforderungen erfüllt werden. Dies ist vom verlegenden Standort bei jeder Verlegung zu dokumentieren.</p>			
<p>B6 Physiotherapie durch einen Physiotherapeuten/ eine Physiotherapeutin steht täglich für jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung (§ 4 Absatz 6)*.</p> <p>*Hinweis: Im Falle einer Verlegung eines Patienten oder einer Patientin nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation gemäß § 4 Absätze 5 oder 6 zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort, sind an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die Mindestanforderungen nach § 4 Absätze 5 und 6 der Richtlinie zu erfüllen.</p> <p>Der verlegende Standort trägt bei einer solchen Verlegung gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 Sorge dafür, dass der Patient oder die Patientin nur an einen kooperierenden Standort verlegt wird, welcher sicherstellen kann, dass diese Mindestanforderungen erfüllt werden. Dies ist vom verlegenden Standort bei jeder Verlegung zu dokumentieren.</p>	○	○	

****Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.**

Abschnitt C Mindestanforderungen an die Prozessqualität	ja	nein	Freiwillige Angabe der Gründe für die Nichterfüllung (gemäß § 8 Absatz 2)**
C1 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“ gemäß Anlage 2.	○	○	
C2 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von	○	○	

OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams“ gemäß Anlage 2.			
C3 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Operationsverfahren“ gemäß Anlage 2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
C4 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“ gemäß Anlage 2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
C5 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“ gemäß Anlage 2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>C6 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positiven geriatrischen Screening“ gemäß Anlage 2*.</p> <p>*Hinweis: Im Falle einer Verlegung eines Patienten oder einer Patientin nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation gemäß § 4 Absätze 5 oder 6 zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur hat dieser Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positiven geriatrischen Screening“ gemäß Anlage 2 der Richtlinie vorzuhalten.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>C7 Der Krankenhausstandort verfügt über die SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“ gemäß Anlage 2*.</p> <p>*Hinweis: Im Falle einer Verlegung eines Patienten oder einer Patientin nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation gemäß § 4 Absätze 5 oder 6 zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur hat dieser Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“ gemäß Anlage 2 der Richtlinie vorzuhalten.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**Diese Möglichkeit besteht bis zum Abschluss der Evaluation für die Jahre 2021 bis 2025.

Anhang zu Anlage 3

Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung Stand Mai 2012 (Seite 17ff.)

A - Strukturen und Prozesse

1. Klinik/ Fachabteilung für Unfallchirurgie oder Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie ist vorhanden
2. 24-stündige Verfügbarkeit: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie (im Rufdienst innerhalb von 20 bis 30 Minuten anwesend) oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ist gegeben.
3. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20 bis 30 Minuten anwesend): Facharzt für Viszeralchirurgie ist gegeben.
4. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20 bis 30 Minuten anwesend): Facharzt für Anästhesiologie ist gegeben.
5. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20 bis 30 Minuten anwesend): Facharzt für Radiologie ist gegeben.
6. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20 bis 30 Minuten anwesend): Facharzt für Neurochirurgie ist gegeben.
7. 24-stündige Verfügbarkeit (im Rufdienst innerhalb von 20 bis 30 Minuten anwesend) aller sonstigen an der Versorgung von Verletzungen beteiligten Fachdisziplinen ist gegeben.
8. 24-stündige Bereitschaft der Notaufnahme für die Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten ist sichergestellt.
9. 24-stündige Notfalloperationskapazität ist sichergestellt.
10. 24-stündige Vorhaltung entsprechender Intensivkapazität für mindestens zwei gleichzeitig zu behandelnde Schwerverletzte ist gegeben.
11. maßgebliche Beteiligung an der präklinischen Notfallrettung.
12. Klinische Forschung wird betrieben.

B – Personal

Ärztliche Leitungsebene

1. Ein Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie oder ein Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ist Teil der ärztlichen Leitungsebene (Chefarzt/Ärztlicher Direktor). Diese Ärztin/ dieser Arzt verfügt über eine Habilitation oder gleichwertige wissenschaftliche Qualifikation und verfügt über die volle Weiterbildungsbefugnis in der Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie.
2. Ein Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzqualifikation Spezielle Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie ist Teil der Stellvertretung der ärztlichen Leitungsebene.

Basisteam im Schockraum

1. Ein Facharzt bzw. Weiterbildungsassistent für Orthopädie und Unfallchirurgie ist verfügbar.*
2. Ein Weiterbildungsassistent in Orthopädie und Unfallchirurgie oder in Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie oder Weiterbildungsassistent in Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie ist verfügbar.*
3. Ein Facharzt für Anästhesiologie bzw. Weiterbildungsassistent (FA-Standard) ist verfügbar.
4. Ein Facharzt für Radiologie bzw. Weiterbildungsassistent (FA-Standard) ist verfügbar.
5. Zwei Pflegekräfte Chirurgie sind verfügbar.
6. Eine Pflegekraft Anästhesiologie ist verfügbar.
7. Eine medizinisch-technische Radiologiefachkraft (MTRA) ist verfügbar.
8. Transportpersonal ist verfügbar.

*Die Hälfte der im Schockraum eingesetzten verantwortlichen unfallchirurgischen Ärzte (d. h. ein Dienst- und Oberarzt) verfügt über eine Fortbildung im Schockraummanagement in mindestens Advanced-Trauma-Life-Support-(ATLS®-) Kurs-Standard.

Erweitertes Schockraumteam

1. Ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildungsqualifikation Spezielle Unfallchirurgie oder FA für Chirurgie mit SP Unfallchirurgie (Oberarzt) ist innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.*
2. Ein Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (Oberarzt) ist innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.
3. Ein Facharzt für Anästhesiologie (Oberarzt) ist innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.
4. Ein Facharzt für Neurochirurgie (Oberarzt) ist innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.
5. Ein Facharzt für Radiologie (Oberarzt) mit Kenntnissen in interventioneller Radiologie ist innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.

6. Ein Facharzt für Gefäßchirurgie ist innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.
7. Ein Facharzt für Herz- und/oder Thoraxchirurgie ist innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.
8. Ein Facharzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie ist innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.
9. Ein Facharzt für HNO ist innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.
10. Ein Facharzt für Augenheilkunde ist innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.
11. Ein Facharzt für Urologie ist innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.
12. Zwei OP-Pflegekräfte sind innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.
13. Weitere Rufdienste zur gleichzeitigen Versorgung mehrerer Schwerverletzter sind innerhalb von 20 bis 30 Minuten verfügbar.

*Die Hälfte der im Schockraum eingesetzten verantwortlichen unfallchirurgischen Ärzte (d. h. ein Dienst- und Oberarzt) verfügt über eine Fortbildung im Schockraummanagement in mindestens Advanced-Trauma-Life-Support-(ATLS®-) Kurs-Standard.

Fakultativ verfügbares Personal

1. Ein Facharzt für Gynäkologie ist fakultativ verfügbar.
2. Ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung Handchirurgie (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für plastische Chirurgie) ist fakultativ verfügbar.
3. Ein Facharzt für Kinderchirurgie oder Pädiatrie ist fakultativ verfügbar.

C- Räumliche Anforderungen

Notaufnahme

1. Ein Schockraum zur gleichzeitigen Versorgung von mindestens zwei Schwerverletzten mit einer Grundfläche von wenigstens 50 m² oder zwei einzeln nutzbare Schockräume ist vorhanden.
2. Bei Neuplanungen bzw. Umbauten ist in unmittelbarer Nähe des Schockraums eine Computertomografieeinrichtung vorzusehen.
3. Der Schockraum soll sich in räumlicher Nähe zur Krankenanhfahrt, dem Hubschrauberlandeplatz, der radiologischen Abteilung und der Operationsabteilung befinden.
4. Für die zeitnahe Erkennung und Behandlung von Verletzungen einschl. lebensbedrohlicher Körperhöhlenverletzungen wird im Schockraum entweder eine Bildgebung auf Basis von Ultraschall und Röntgen oder eines dort installierten CT vorgehalten.
5. Eine interventionelle Angiografieeinheit wird vorgehalten.
6. In zentralen interdisziplinären Notaufnahmen liegt ein gemeinsam konsentiertes Protokoll mit Darstellung der Verantwortlichkeit der Erstbehandlung von Schwerverletzten vor.
7. In unmittelbarer Nachbarschaft zum Schockraum liegt ein Notfall-OP zur Durchführung von Notfalleingriffen (separates Narkosegerät, OP-Siebe für unfall-, viszeral-, neuro-, thorax- und kieferchirurgische Noteingriffe).
8. Im Schockraum werden alle für die Notfallversorgung erforderlichen Materialien/Instrumente in allen kinderspezifischen Größen vorgehalten.

Operationsabteilung

Es werden Operationssäle für die gleichzeitige Versorgung von zwei Schwerverletzten vorgehalten.

D- Voraussetzungen der Intensivstation

Personelle Ausstattung der Intensivstation

1. Ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation ist Teil der ärztlichen Stationsleitung.
2. Eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie mit hauptamtlicher Tätigkeit auf der Intensivstation ist Teil der pflegerischen Stationsleitung.
3. Ein Weiterbildungsassistent (WA) für bis zu 12 Betten bzw. zwei Weiterbildungsassistenten bei höherer Bettenzahl sind mit 24.365-Präsenz im durchgehenden Schichtdienst verfügbar.
4. Ein Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (durchgehende Anwesenheit im Regeldienst: Anwesenheit innerhalb 20 bis 30 Minuten im Rufdienst) ist verfügbar.
5. Eine Pflegekraft für 2 Behandlungsplätze im Schichtdienst ist verfügbar,
6. Eine Pflegekraft für einen Behandlungsplatz bei besonderen Situationen (schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren, > 60 % Patienten mit Organersatzverfahren) ist verfügbar.
7. Physiotherapie ist verfügbar.
8. Fachspezifische psychologische Betreuung ist verfügbar.

E - Ausstattung/apparative Ausstattung

Nachfolgende Ausstattung/apparative Ausstattung ist in der Notaufnahme verfügbar:

1. Blutspendedienst/ Blutdepot
2. Labor
3. Mikrobiologie
4. Hubschrauberlandeplatz (24-Stunden-Betrieb)
5. Beatmung
6. Pulsoxymetrie
7. Absauganlage
8. Kapnografie
9. Blutgasanalysator (BGA-Gerät)
10. Schnellinfusionssystem
11. EKG-Monitor
12. Defibrillator
13. invasive Druckmessung
14. Not-OP-Sets (Laparotomie, ext. Stabilisierung Becken, Kraniotomie, Thorakotomie, Bülau-Drainage, Perikardpunktion, suprapubische Harnableitung, Bronchoskopie, Schwerstverbranntenerstversorgung)
15. Notfallmedikamente
16. bildgebende Diagnostik (Ultraschallgerät, Gefäßdoppler, konventionelle Röntgen-Diagnostik, CT, Angiografiearbeitsplatz mit Intervention, MRT)
17. Schienen- und Extensionssysteme
18. Temperiersysteme (für Patienten, für Infusionen und Blut)

Nachfolgende Ausstattung/apparative Ausstattung ist im OP-Bereich verfügbar:

1. Temperiersysteme (für Patienten, für Infusionen und Blut)
2. Cell-Saver
3. Röntgen-Bildverstärker