

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung“ der IGES Institut GmbH

Vom 5. Juli 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 5. Juli 2018 beschlossen, den Endbericht der IGES Institut GmbH „Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung“ gemäß Anlage abzunehmen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 5. Juli 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage:

Endbericht der IGES Institut GmbH „Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung“

1. Ergebnisse der Befragung der Krankenhausstandorte
2. Bericht zur Methodik und zu Sonderfragen für den Gemeinsamen Bundesausschuss

Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung

Folgenabschätzung für die Regelungen für ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Kontakt:

Dr. Martin Albrecht
T +49 30 230 809 0
Martin.Albrecht@iges.com

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

Ergebnisse der Befragung der Krankenhausstandorte

Berlin, 31. Mai 2018

Inhalt

Grundgesamtheit und Rücklauf	9
1. Einordnung als Fachklinik oder besondere Einrichtung	10
1.1 Besondere Einrichtung	10
1.2 Derzeitige Teilnahme an der Notfallversorgung	11
1.3 Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß Krankenhausplan	12
1.4 Fachkliniken	13
2. Art und Anzahl der Fachabteilungen	16
3. Anzahl und Qualifikation des vorgehaltenen Personals	22
3.1 Anwesenheit eines Facharztes	22
3.2 Verfügbarkeit eines Facharztes für Innere Medizin	23
3.3 Verfügbarkeit eines Facharztes im Gebiet Chirurgie	24
3.4 Verfügbarkeit eines Facharztes für Anästhesiologie	25
3.5 Kompetenzen in der Fachabteilung Chirurgie	26
3.6 Notfallmedizinische Kompetenzen	27
3.7 Fachspezifische Fortbildungen	28
4. Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten	29
4.1 Intensivstation für die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten	29
4.2 Anzahl der Intensivbetten	29
4.3 Aufnahmebereitschaft bzw. Aufnahmefähigkeit für beatmungspflichtige Patienten	30
5. Medizinisch-technische Ausstattung	31
5.1 Verfügbarkeit medizinisch-technischer Ausstattung	31
5.2 Verfügbarkeit eines Schockraums	33
5.3 Hubschrauberlandestelle bzw. -landeplatz	35
5.4 Stroke Unit	36
6. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme	37
6.1 Vorhandensein einer Zentralen Notaufnahme	37
6.2 Anforderungen an die ZNA	38
6.3 Generelle Anforderungen an die Notaufnahme	47
7. Weitere Angaben	49
8. Schwerverletztenversorgung / Trauma	52
9. Notfallversorgung von Kindern	55
Abbildungen	4

Abbildungen

Abbildung 1:	Verteilung der Rücklaufquote nach Anzahl der Betten	9
Abbildung 2:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach dem Status einer besonderen Einrichtung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG	10
Abbildung 3:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der derzeitigen Teilnahme an der Notfallversorgung	11
Abbildung 4:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß Krankenhausplan	12
Abbildung 5:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Fachklinikstatus	13
Abbildung 6:	Verteilung der Fachkliniken nach der Verfügbarkeit eines Facharztes beim Patienten rund-um-die-Uhr im Rufdienst	14
Abbildung 7:	Verteilung der Fachkliniken nach der Vorhaltung der apparativen und personellen Ausstattung grundsätzlich zu jeder Zeit	15
Abbildung 8:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen einer Fachabteilung für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie differenziert nach den drei Fachabteilungsdefinitionen	16
Abbildung 9:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien gemäß Definition 1 differenziert nach Fachabteilungen	17
Abbildung 10:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien gemäß Definition 2 differenziert nach Fachabteilungen	18
Abbildung 11:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien gemäß Definition 3 differenziert nach Fachabteilungen	19
Abbildung 12:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen eines Versorgungsauftrags gemäß des Landeskrankenhausplans nach Fachgebieten	20
Abbildung 13:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen eines vereinbarten Fachabteilungsschlüssels nach Fachgebieten	21
Abbildung 14:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Anwesenheit eines Facharztes (24/7) nach Facharztkompetenzen	22
Abbildung 15:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Facharztes für Innere Medizin innerhalb von 30 Minuten oder im Rufdienst	23
Abbildung 16:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Facharztes im Fachgebiet Chirurgie innerhalb von 30 Minuten oder im Rufdienst	24

Abbildung 17:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit eines Facharztes für Anästhesiologie innerhalb von 30 Minuten oder im Rufdienst	25
Abbildung 18:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach unfall- und viszeralchirurgischer Kompetenz in der Fachabteilung Chirurgie	26
Abbildung 19:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin" zu jeder Zeit	27
Abbildung 20:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach regelmäßiger Teilnahme des in der Notfallversorgung tätigen Personals an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin	28
Abbildung 21:	Betreiben einer Intensivstation mit Ausstattung für die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten	29
Abbildung 22:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Aufnahmebereitschaft bzw. Aufnahmefähigkeit beatmungspflichtiger Patienten differenziert nach maximal 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme bzw. nach Indikationsstellung in der Notaufnahme	30
Abbildung 23:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit medizinisch-technischer Ausstattung	31
Abbildung 24:	Verteilung der Krankenhausstandorte, die aktuell nicht 24/7 über ein CT verfügen, nach der Möglichkeit, die Anforderung an eine ständigen Verfügbarkeit (24 / 7) eines CT zu erfüllen	32
Abbildung 25:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Schockraums	33
Abbildung 26:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit mindestens eines Schockraums in einer Größe von mindestens 25qm	34
Abbildung 27:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines genehmigten Hubschrauberlandeplatz oder einer Hubschrauberlandestelle	35
Abbildung 28:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit einer Stroke Unit	36
Abbildung 29:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorhandensein einer Zentralen Notaufnahme	37
Abbildung 30:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach dem Anteil der Notfallpatienten der in der Zentralen Notaufnahme angenommen wird	38

Abbildung 31:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme der Patienten	39
Abbildung 32:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Einschätzung der Behandlungspriorität für alle Notfallpatienten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme	40
Abbildung 33:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen einer aussagekräftigen Dokumentation der Patientenversorgung orientiert an Minimalstandards und Vorlage der Dokumentation spätestens bei Entlassung oder Verlegung des Patienten	41
Abbildung 34:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der ständigen Verfügbarkeit (24 / 7) eines für die Notfallversorgung verantwortlichen Arztes und einer Pflegekraft in der ZNA	42
Abbildung 35:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung des Kriteriums der pflegerischen Personalausstattung in der ZNA (mindestens eine Vollkraft je 1.400 Patientenkontakte / Jahr)	43
Abbildung 36:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen einer minimalen Personalstärke von mindestens zwei Pflegekräften pro Schicht (entsprechend ca. elf Vollkraftäquivalenten)	44
Abbildung 37:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Aufnahmestation in der ZNA	45
Abbildung 38:	Verteilung der ZNA mit einer Aufnahmestation nach der Verfügbarkeit von zusätzlich mindestens einer Pflegekraft pro fünf Betten / pro Schicht für die Aufnahmestation	46
Abbildung 39:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Beurteilung des Zugangs zur Notaufnahme	47
Abbildung 40:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach regelmäßiger Teilnahme des in der Notaufnahme tätigen Personals an fachspezifischen Fortbildungen	48
Abbildung 41:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Notdienstpraxis gemäß § 75 Abs. 1b SGB V oder Einbindung der Notfallambulanz in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung	49
Abbildung 42:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Einbindung in telemedizinische Netzwerke für zeitkritische Erkrankungen und Verletzungen zur Gewährleistung der Primärversorgung aller Notfälle	50
Abbildung 43:	Verteilung der Krankenhausstandorte mit einem Perinatalzentrum Level I	51

Abbildung 44:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung	52
Abbildung 45:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Anforderungen an ein regionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung	53
Abbildung 46:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Anforderungen an ein lokales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung	54
Abbildung 47:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin	55
Abbildung 48:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen eines Systems zur Behandlungspriorisierung bzw. eines Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzepts bei Kindern und Jugendlichen	56
Abbildung 49:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Ersteinschätzung und Behandlungspriorisierung innerhalb von 10 Minuten nach Aufnahme für jedes Kind/jeden Jugendlichen	57
Abbildung 50:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit von schriftlichen Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen	58
Abbildung 51:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Abschluss einer Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Versorgung ambulanter Notfälle von Kindern und Jugendlichen	59
Abbildung 52:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft zu jeder Zeit im Präsenzdienst	60
Abbildung 53:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Möglichkeit der gleichzeitigen intensivmedizinischen Versorgung von zwei lebensbedrohlich erkrankten Kindern	61
Abbildung 54:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit der Fachabteilungen Neonatologie und Kinderchirurgie	62
Abbildung 55:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Facharztes für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie jederzeit innerhalb von 30 Minuten	63
Abbildung 56:	Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit eines Facharztes mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen zu jeder Zeit innerhalb von 30 Minuten	64

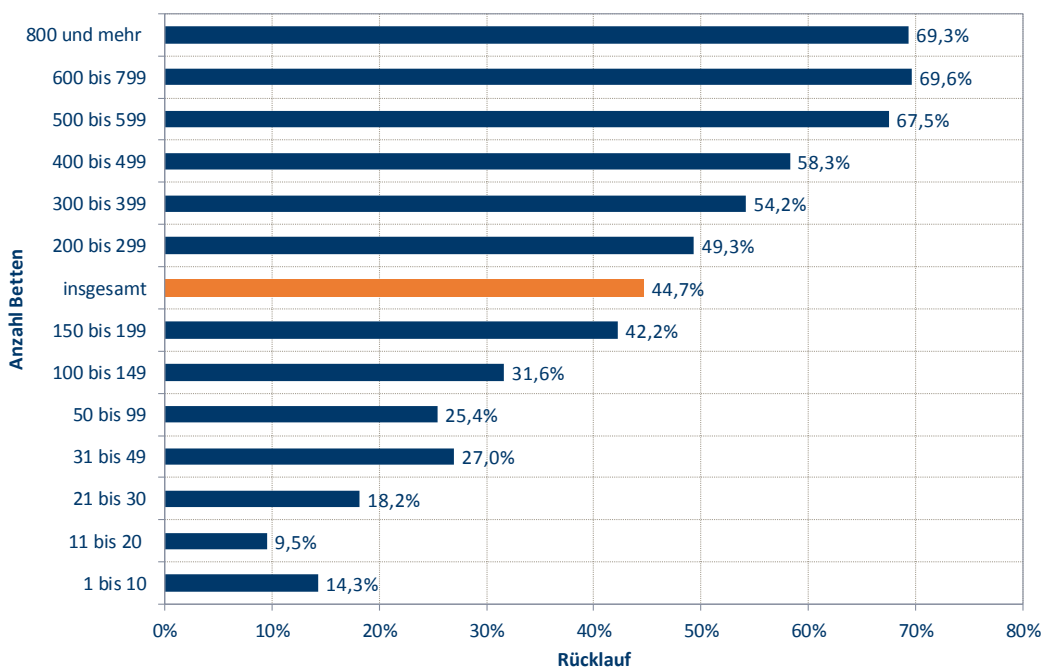
Abbildung 57: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der verfügbaren Ausstattung für die Bedürfnisse pädiatrischer Patienten 65

Grundgesamtheit und Rücklauf

Für die Befragung wurden 1.783 Krankenhausstandorte in Deutschland angeschrieben (Standorte psychiatrischer Krankenhäuser wurden nicht berücksichtigt). Davon waren neun Standorte zum Zeitpunkt des Anschreibens schon geschlossen, 15 Standorte kamen aus verschiedenen Gründen für eine Teilnahme an der Befragung nicht in Betracht, und fünf zusätzlich Standorte wurden von Krankenhäusern nachgemeldet. So ergab sich eine Grundgesamtheit von 1.764 relevanten Krankenhausstandorten. An der Befragung haben sich insgesamt 788 Krankenhausstandorte beteiligt (davon 23 anonym, d. h. ohne Nennung des Krankenhausstandortes). Dies entspricht einer Rücklaufquote von rund 44,7 %.

Krankenhausstandorte mit einer größeren Anzahl an Betten haben sich überdurchschnittlich stark an der Befragung beteiligt (Abbildung 1).

Abbildung 1: Verteilung der Rücklaufquote nach Anzahl der Betten



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Wenn im Folgenden von „Krankenhausstandorten“ die Rede ist, sind immer nur die Krankenhausstandorte gemeint, die sich an der Befragung beteiligt haben.

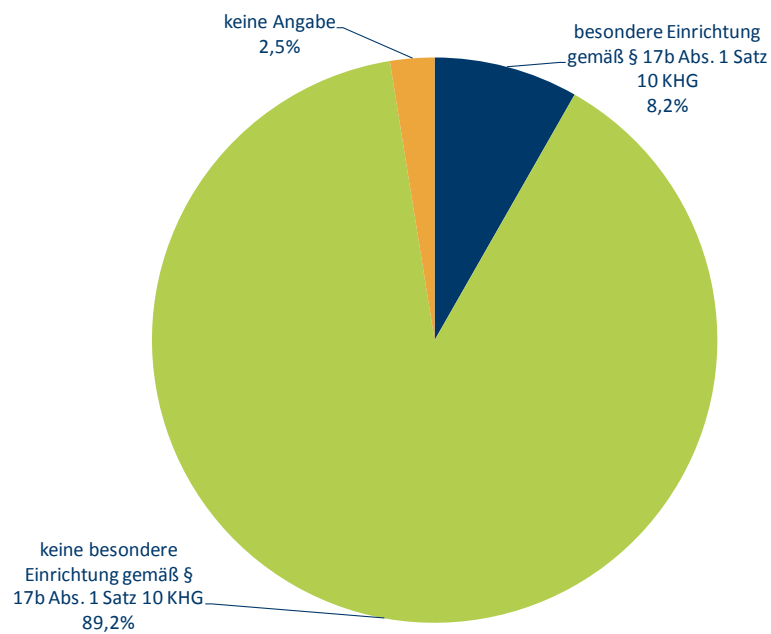
Alle nachfolgend dargestellten Ergebnisse basieren auf den Angaben der Krankenhausstandorte im Fragebogen.

1. Einordnung als Fachklinik oder besondere Einrichtung

1.1 Besondere Einrichtung

Von den 788 Krankenhausstandorten sind 65 (8,2 %) eine besondere Einrichtung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG (Abbildung 2).

Abbildung 2: Verteilung der Krankenhausstandorte nach dem Status einer besonderen Einrichtung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG

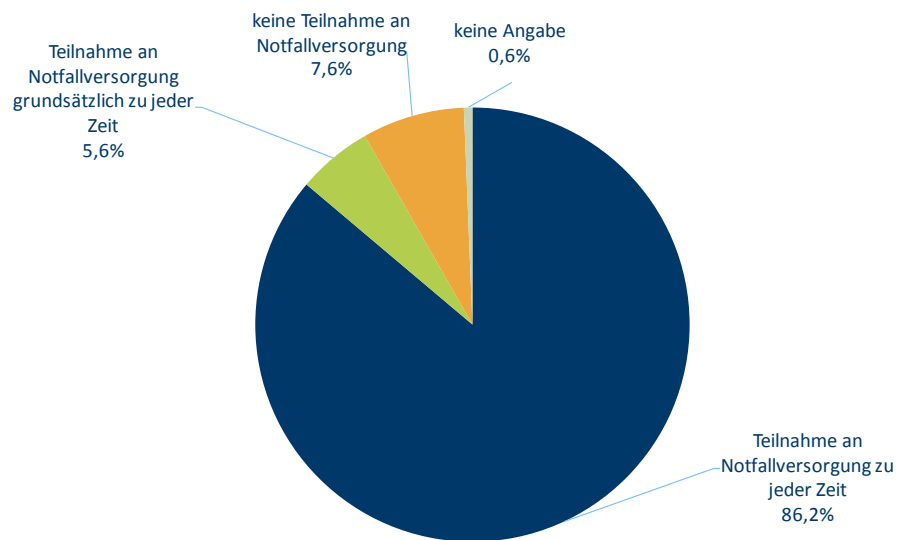


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 788

1.2 Derzeitige Teilnahme an der Notfallversorgung

679 Krankenhausstandorte (86,2%) nehmen derzeit nach eigener Auskunft zu jeder Zeit an der Notfallversorgung teil (Abbildung 3).

Abbildung 3: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der derzeitigen Teilnahme an der Notfallversorgung

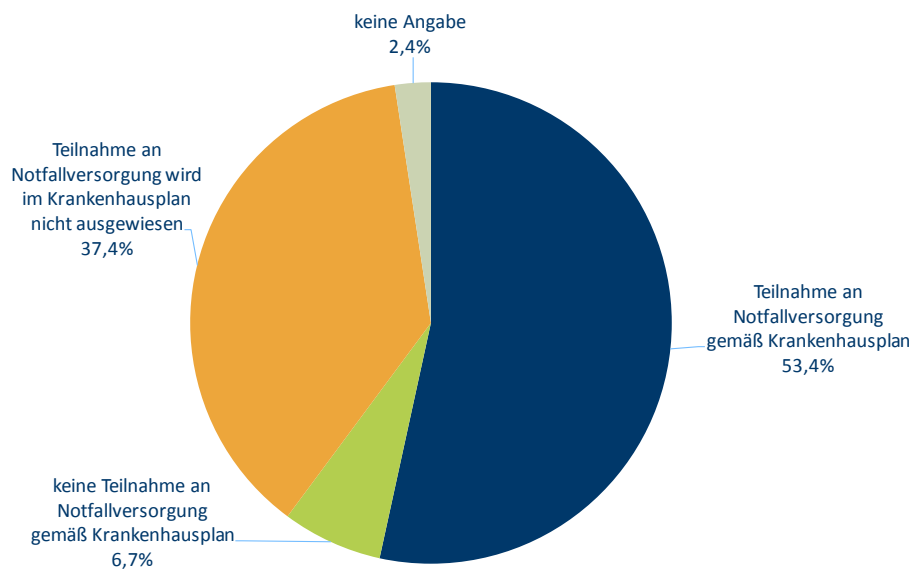


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 788

1.3 Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß Krankenhausplan

An der Notfallversorgung gemäß der Krankenhausplanung nehmen 53,4 % (n = 421) der Krankenhausstandorte teil. 295 Krankenhausstandorte haben angegeben, dass die Teilnahme an der Notfallversorgung im Krankenhausplan nicht ausgewiesen wird (Abbildung 4).

Abbildung 4: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß Krankenhausplan



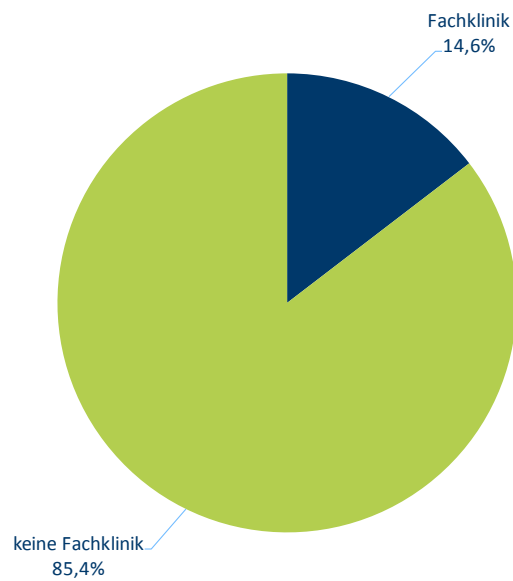
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 788

1.4 Fachkliniken

Anzahl der Fachkliniken

Unter den 788 Krankenhausstandorten sind 115 Fachkliniken (14,6 %) (Abbildung 5). Zwölf der 115 Fachkliniken (10,4 %) sind pädiatrische Fachkliniken.

Abbildung 5: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Fachklinikstatus

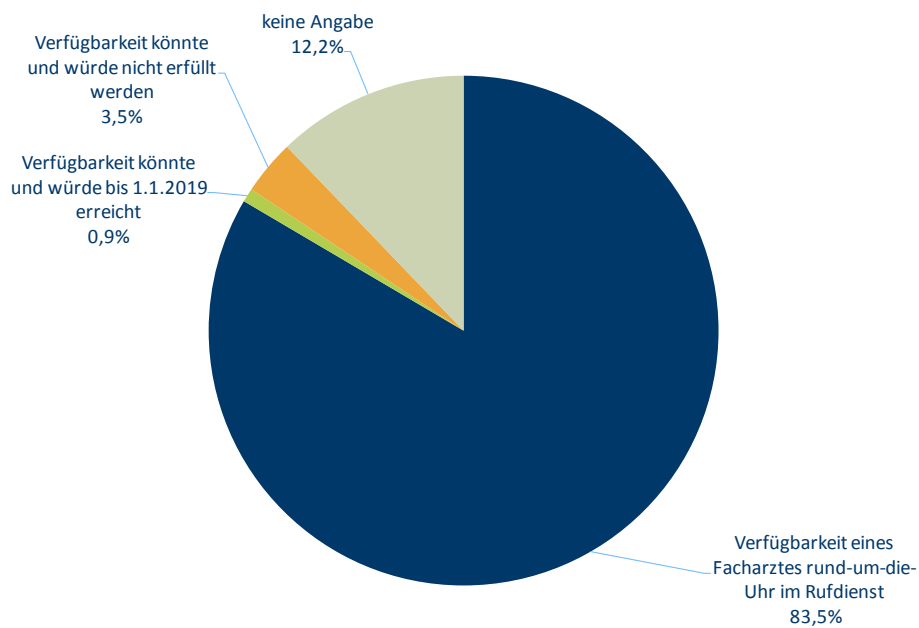


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 788

Verfügbarkeit eines Facharztes beim Patienten rund-um-die-Uhr im Rufdienst

In 96 von 115 Fachkliniken (83,5 %) ist ein Facharzt beim Patienten rund-um-die-Uhr im Rufdienst verfügbar (Abbildung 6).

Abbildung 6: Verteilung der Fachkliniken nach der Verfügbarkeit eines Facharztes beim Patienten rund-um-die-Uhr im Rufdienst

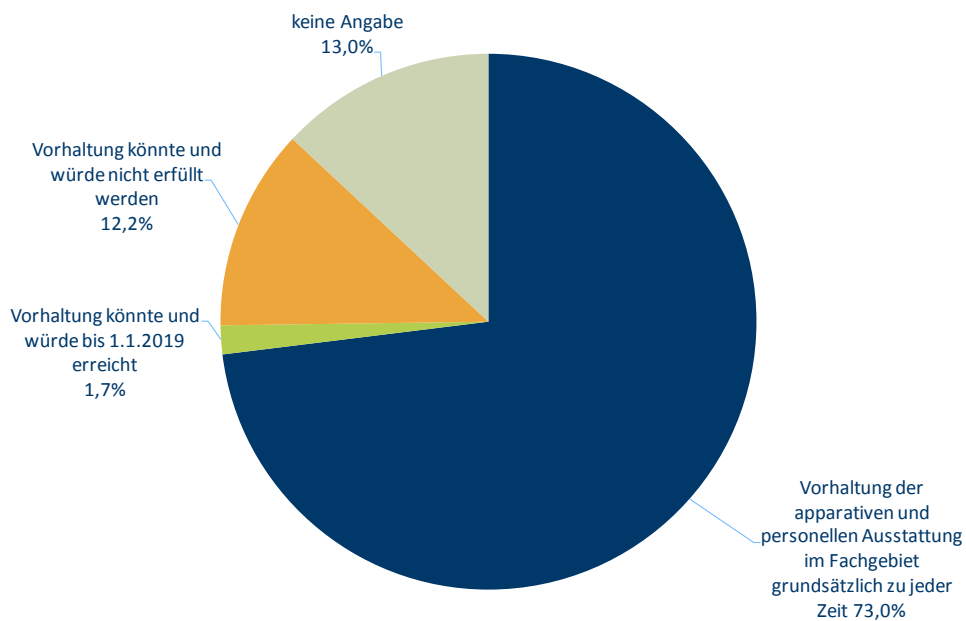


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 115

Vorhaltung der apparativen und personellen Ausstattung grundsätzlich zu jeder Zeit

In 84 von 115 Fachkliniken (73,0 %) wird die apparative und personelle Ausstattung grundsätzlich zu jeder Zeit vorgehalten (Abbildung 7).

Abbildung 7: Verteilung der Fachkliniken nach der Vorhaltung der apparativen und personellen Ausstattung grundsätzlich zu jeder Zeit



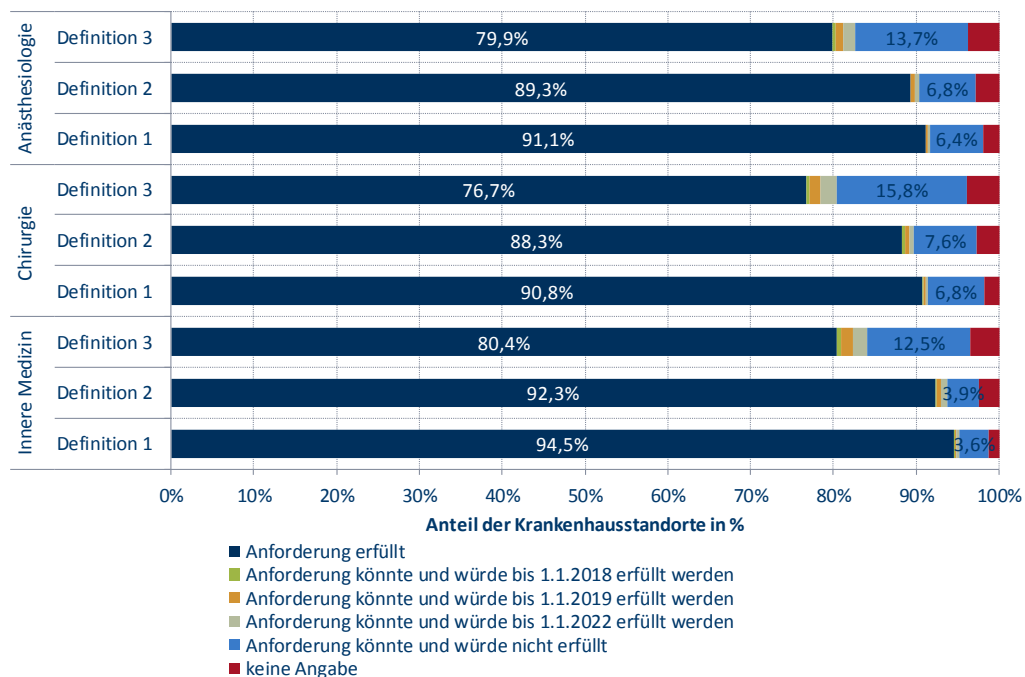
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 115

2. Art und Anzahl der Fachabteilungen

Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie

Mehr als jeder neunte Krankenhausstandort (ohne Betrachtung der Fachkliniken) erfüllt die Anforderungen der Definition 1 für die Fachabteilungen Innere Medizin (94,5 %), Chirurgie (90,8 %) sowie Anästhesiologie (91,1 %), d. h. es handelt sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Krankenhausstandort (Abbildung 8). Die Anforderungen der Definition 3 wurden dagegen – insbesondere für die Fachabteilung Anästhesiologie (79,9 %) – seltener erfüllt.

Abbildung 8: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen einer Fachabteilung für Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie differenziert nach den drei Fachabteilungsdefinitionen



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

Definition 1: Eine Fachabteilung liegt vor, wenn es sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Krankenhausstandort handelt.

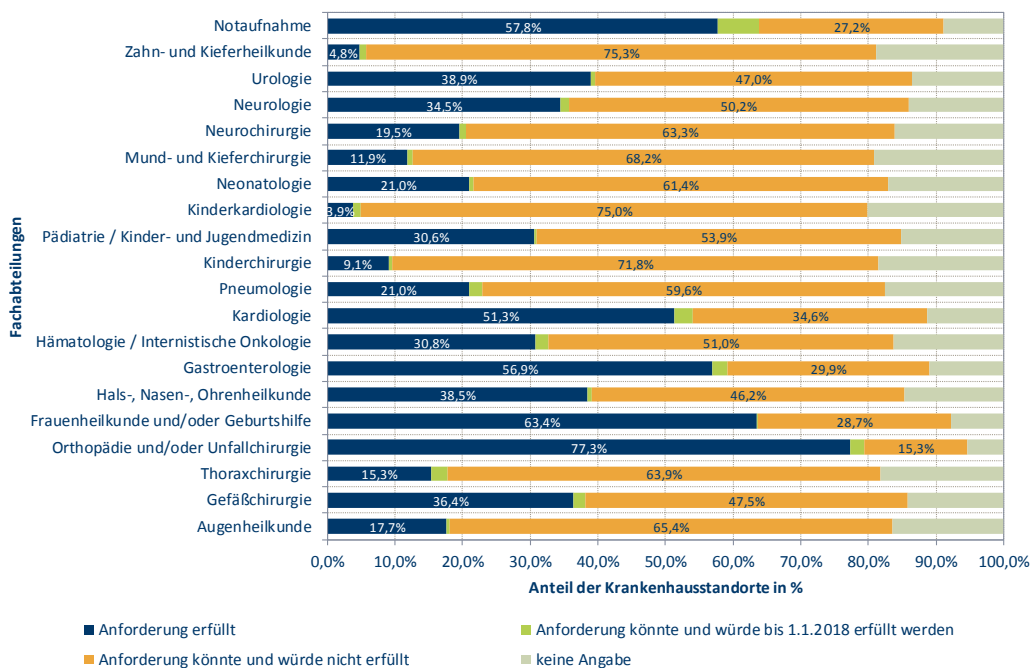
Definition 2: Eine Fachabteilung liegt vor, wenn angestellte Ärzte des Krankenhauses der Fachabteilung zugeordnet sind und die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer haben. Ein angestellter Facharzt mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 / 7) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.

Definition 3: Eine Fachabteilung liegt vor, wenn grundsätzlich zu jeder Zeit (24 / 7) die apparative und personelle Ausstattung zur Behandlung in den genannten Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunkten der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vorgehalten wird.

Vorhandensein weiterer Fachabteilungen gemäß den drei Definitionen

Mehr als die Hälfte der Krankenhausstandorte hat – gemäß den Anforderungen der Definition 1 – eine Fachabteilung für Orthopädie und / oder Unfallchirurgie (77,3 %), Frauenheilkunde und / oder Geburtshilfe (63,4 %), eine Notaufnahme (57,8 %), für Gastroenterologie (56,9 %) oder Kardiologie (51,3 %) (Abbildung 8).

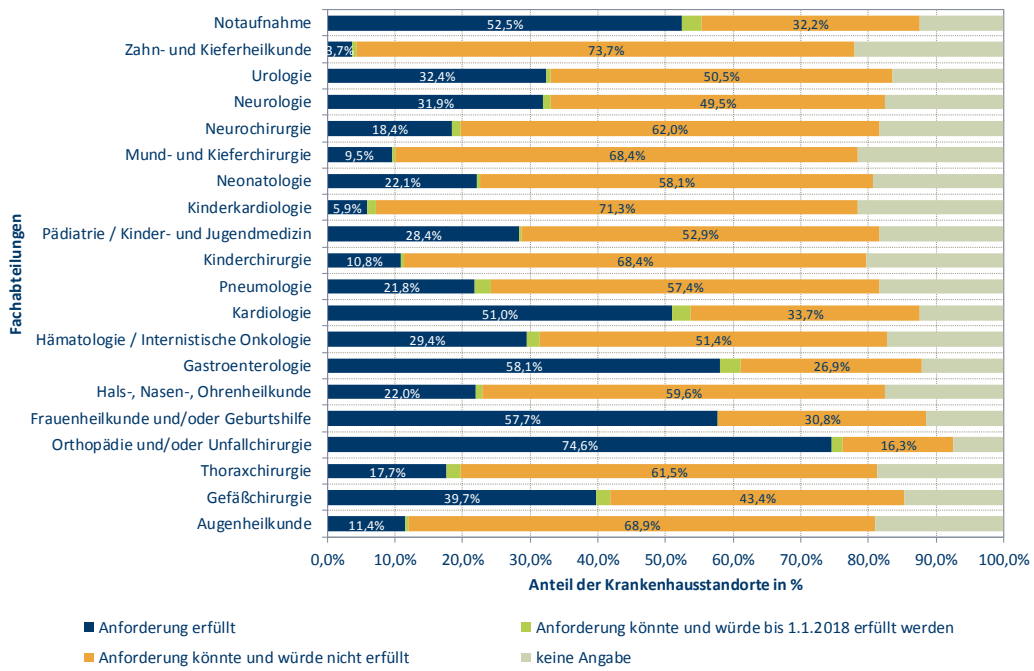
Abbildung 9: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien gemäß Definition 1 differenziert nach Fachabteilungen



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

Eine ähnliche Verteilung der Fachabteilungen ergibt sich gemäß Definition 2 (Abbildung 10).

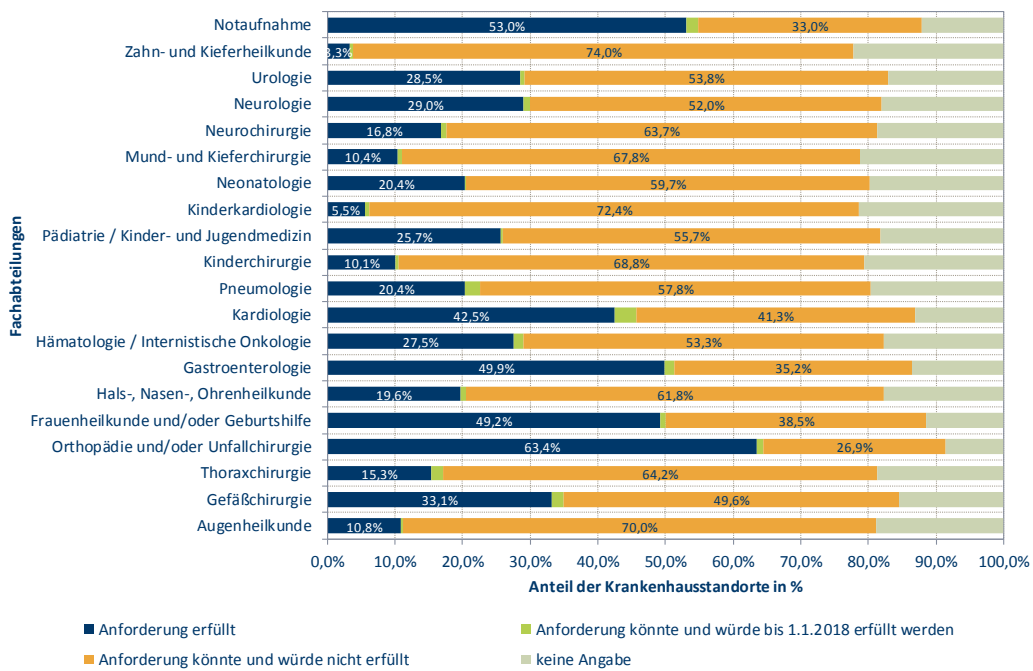
Abbildung 10: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien gemäß Definition 2 differenziert nach Fachabteilungen



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
 Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

Die Anforderungen der Definition 3 erfüllt laut eigenen Angaben ein etwas geringerer Anteil der Krankenhausstandorte (Abbildung 11).

Abbildung 11: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Kriterien gemäß Definition 3 differenziert nach Fachabteilungen

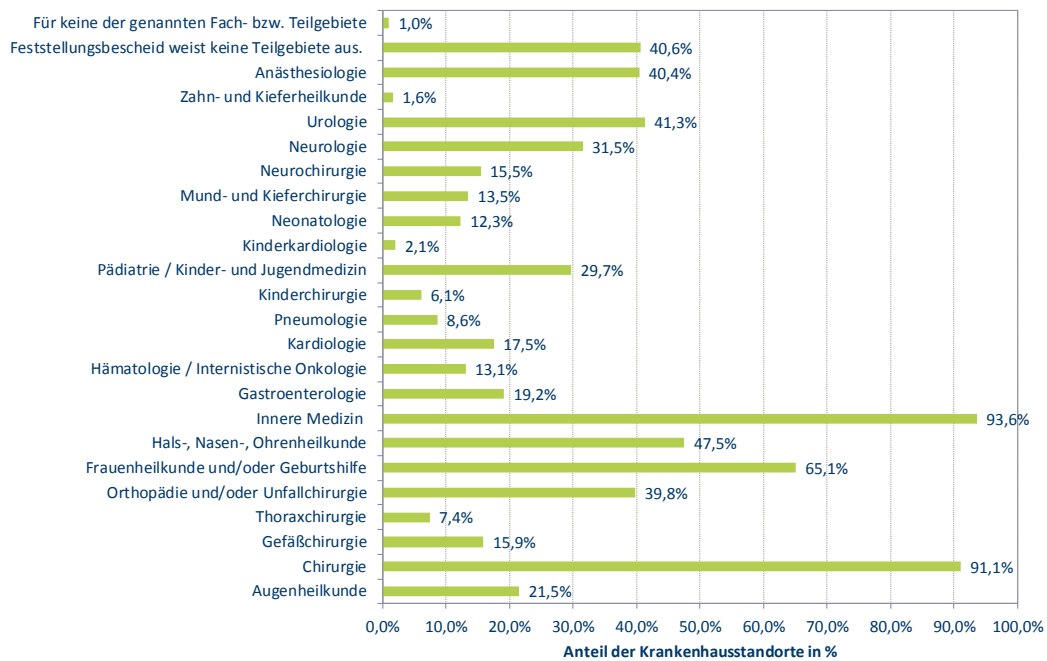


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
 Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

Fachabteilungen mit Versorgungsauftrag gemäß dem Landeskrankenhausplan

Mehr als 90 % der Krankenhausstandorte (ohne Fachkliniken) hat einen Versorgungsauftrag für die Fachgebiete Innere Medizin (93,6 %) und Chirurgie (91,1 %) gemäß dem jeweiligen Landeskrankenhausplan (Abbildung 12).

Abbildung 12: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen eines Versorgungsauftrags gemäß des Landeskrankenhausplans nach Fachgebieten



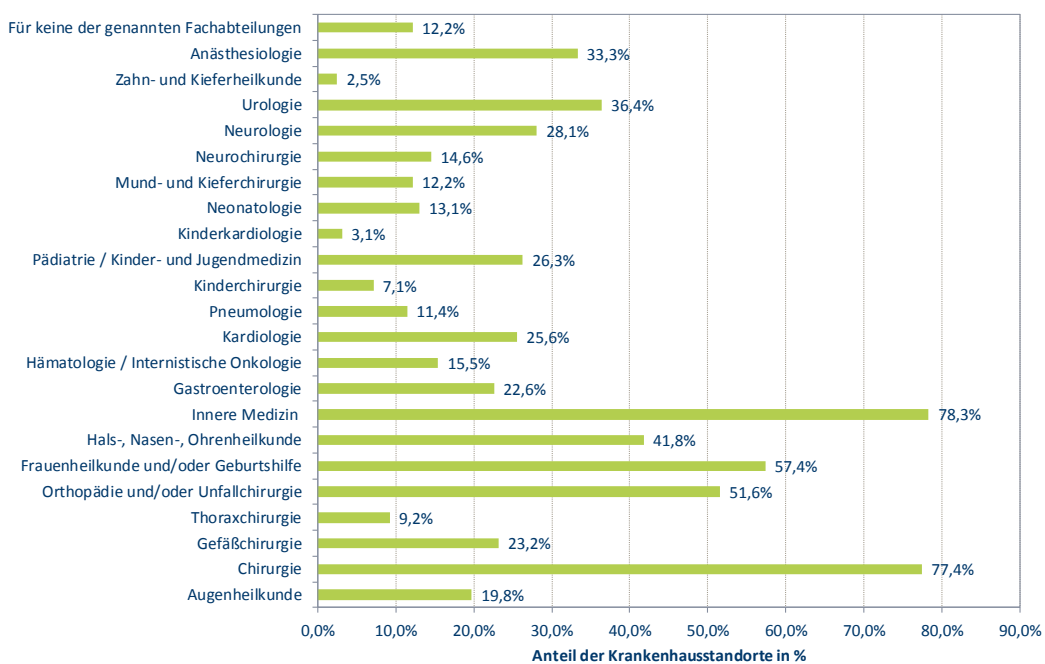
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

Fachabteilungen gemäß der Budgetvereinbarung

Etwas mehr als drei Viertel der Krankenhausstandorte (ohne Fachkliniken) haben mit den Kostenträgern einen Fachabteilungsschlüssel für Innere Medizin (78,3 %) bzw. Chirurgie (77,4 %) vereinbart (Abbildung 13).

Abbildung 13: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen eines vereinbarten Fachabteilungsschlüssels nach Fachgebieten



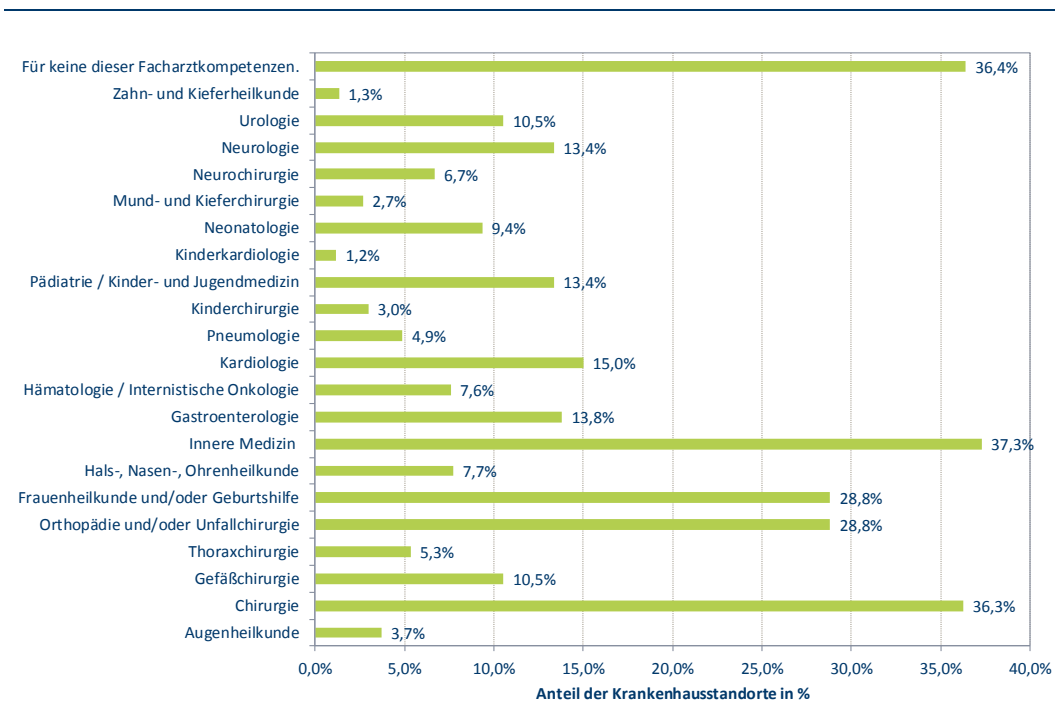
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
 Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

3. Anzahl und Qualifikation des vorgehaltenen Personals

3.1 Anwesenheit eines Facharztes

Rund 36,4 % (n = 245) der Krankenhausstandorte haben in keiner der genannten Facharztkompetenzen jederzeit (24 / 7) einen Facharzt vor Ort (Abbildung 14). In etwas mehr als einem Drittel der Krankenhausstandorte ist jederzeit ein Facharzt der Inneren Medizin bzw. der Chirurgie anwesend.

Abbildung 14: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Anwesenheit eines Facharztes (24/7) nach Facharztkompetenzen



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

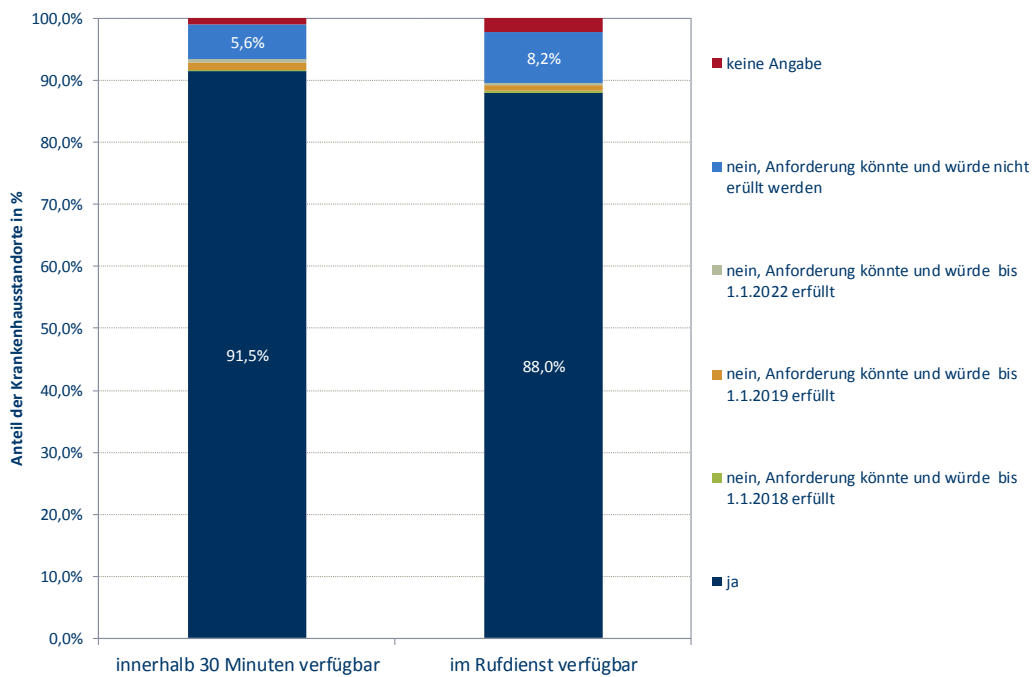
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

In 75,0 % der Krankenhausstandorte (n = 505) ist mindestens ein Facharzt der Gastroenterologie, in 65,7 % (n = 442) ein Facharzt der Kardiologie von 9 bis 17 Uhr anwesend. An 119 Krankenhausstandorten (17,7 %) ist weder ein Facharzt für Gastroenterologie noch ein Facharzt für Kardiologie von 9 bis 17 Uhr anwesend.

3.2 Verfügbarkeit eines Facharztes für Innere Medizin

Bei einem überwiegenden Teil der Krankenhausstandorte (91,5 %, n = 616) ist ein Facharzt für Innere Medizin jederzeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar. Ein Facharzt für Innere Medizin im Rufdienst, der sich unverzüglich zum Patienten begibt, ist in 88 % (n = 592) der Krankenhausstandorte verfügbar (Abbildung 15).

Abbildung 15: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Facharztes für Innere Medizin innerhalb von 30 Minuten oder im Rufdienst

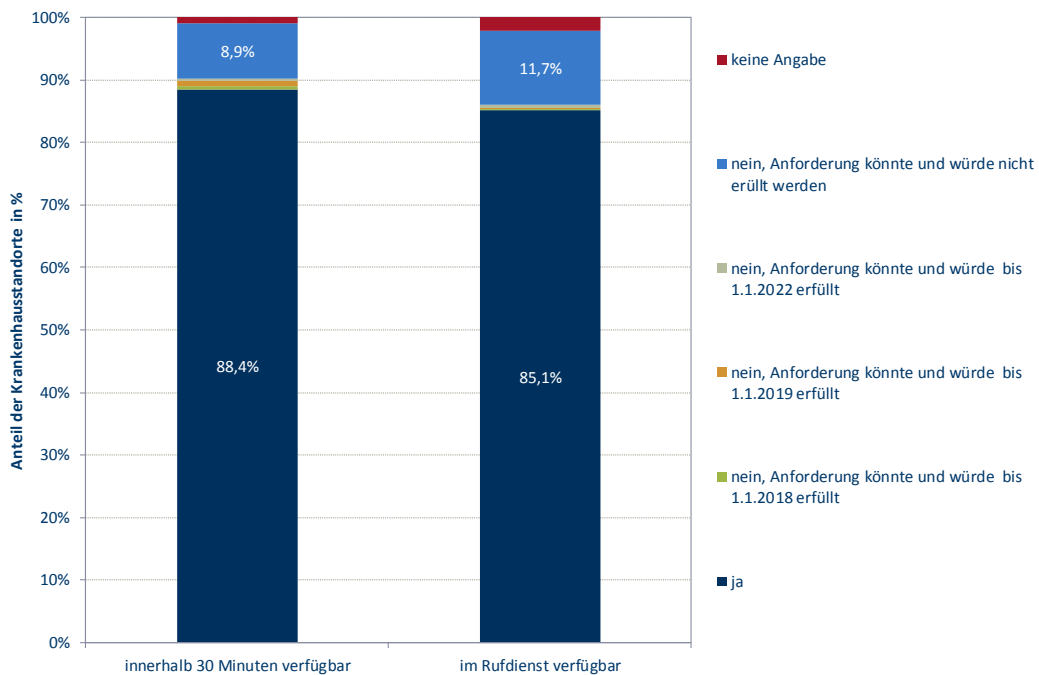


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

3.3 Verfügbarkeit eines Facharztes im Gebiet Chirurgie

Im Fachgebiet Chirurgie ist ein Facharzt in 595 Krankenhausstandorten (88,4 %) innerhalb von 30 Minuten am Patienten und in 573 (85,1 %) im Rufdienst verfügbar (Abbildung 16).

Abbildung 16: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Facharztes im Fachgebiet Chirurgie innerhalb von 30 Minuten oder im Rufdienst

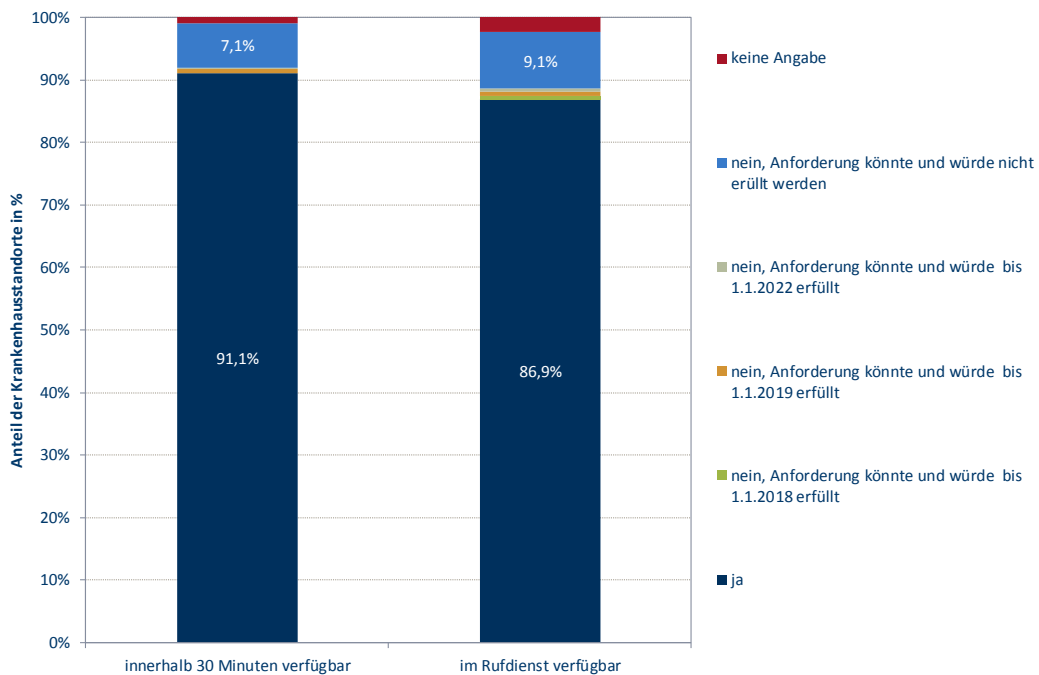


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

3.4 Verfügbarkeit eines Facharztes für Anästhesiologie

Bei 91,1 % der Krankenhausstandorte (n = 613) ist ein Facharzt für Anästhesiologie innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar. Im Rufdienst sind 86,9 % (n = 585) der Fachärzte aus dem Fachgebiet verfügbar (Abbildung 17).

Abbildung 17: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit eines Facharztes für Anästhesiologie innerhalb von 30 Minuten oder im Rufdienst

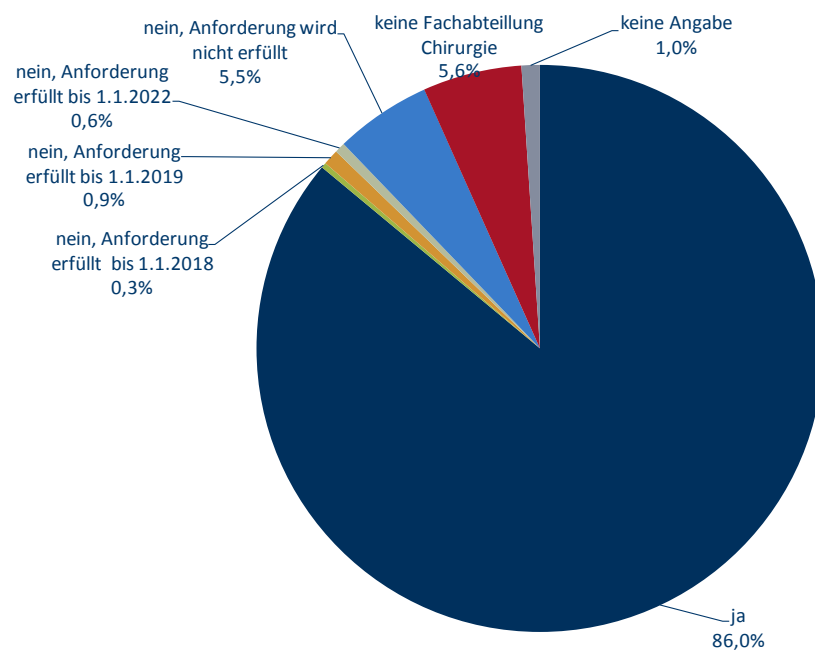


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

3.5 Kompetenzen in der Fachabteilung Chirurgie

Insgesamt verfügen 579 Krankenhausstandorte (86,0 %) über unfall- und viszeralchirurgische Kompetenzen in der Fachabteilung Chirurgie (Abbildung 18).

Abbildung 18: Verteilung der Krankenhausstandorte nach unfall- und viszeralchirurgischer Kompetenz in der Fachabteilung Chirurgie

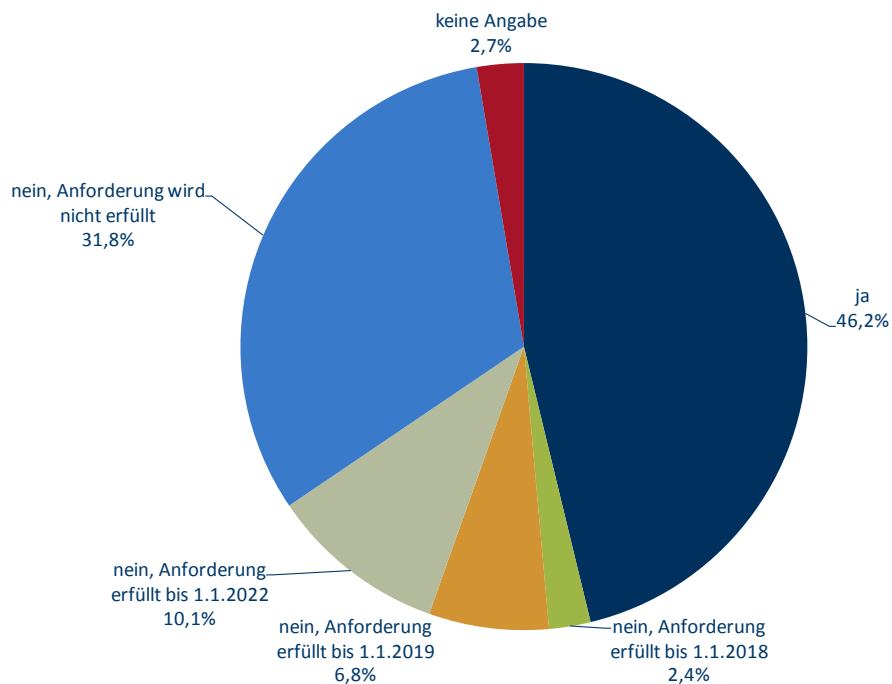


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

3.6 Notfallmedizinische Kompetenzen

In knapp der Hälfte der Krankenhausstandorte (46,2 %, n = 311) ist ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ zu jeder Zeit verfügbar. 31,8 % der Krankenhausstandorte (n = 214) haben angegeben, dass diese Anforderung nicht erfüllt werden könnte und würde (Abbildung 19).

Abbildung 19: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit eines Arztes mit der Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin" zu jeder Zeit

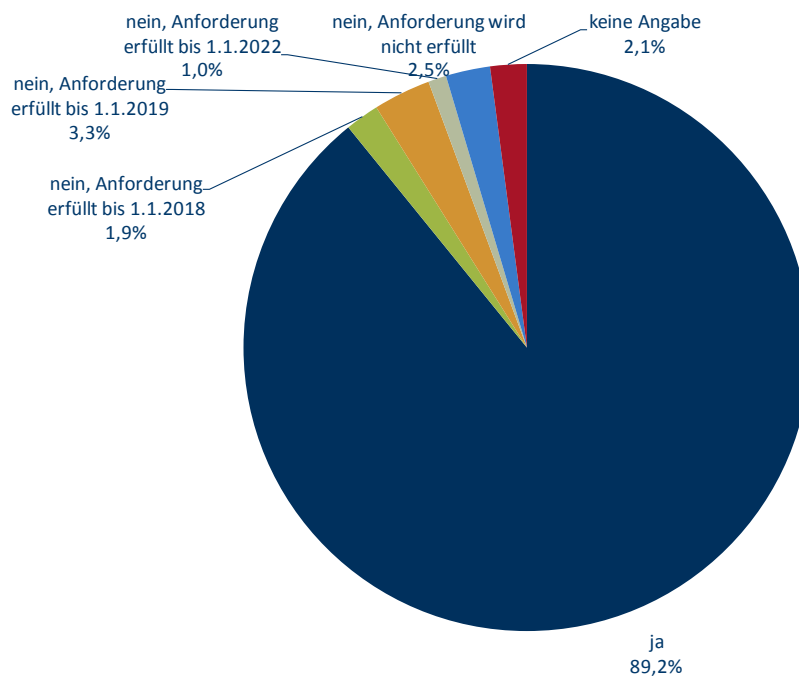


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

3.7 Fachspezifische Fortbildungen

In 89,2 % (n = 600) der Krankenhausstandorte nimmt das in der Notfallversorgung tätige medizinische Personal regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für die Notfallmedizin teil (Abbildung 20).

Abbildung 20: Verteilung der Krankenhausstandorte nach regelmäßiger Teilnahme des in der Notfallversorgung tätigen Personals an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin



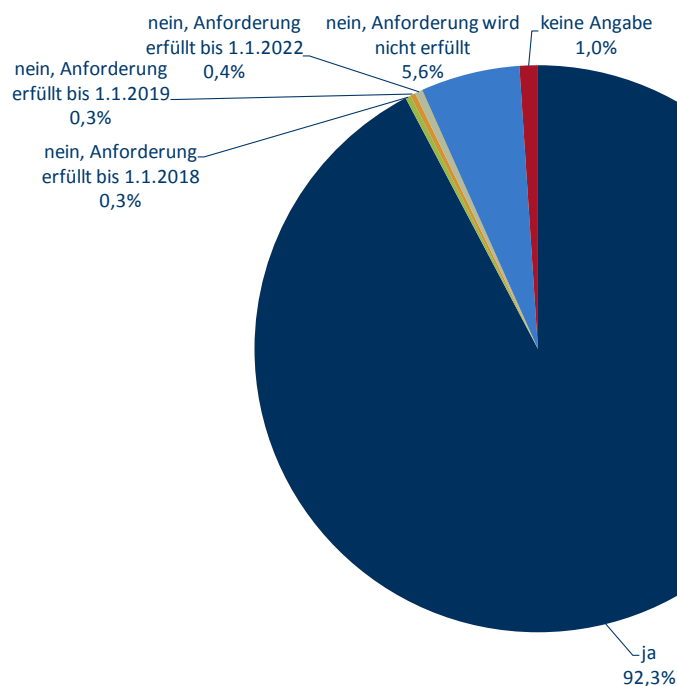
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

4. Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten

4.1 Intensivstation für die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten

Rund 92,3 % (n = 621) der Kliniken betreiben eine Intensivstation, welche auch für die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten ausgestattet ist (Abbildung 21).

Abbildung 21: Betreiben einer Intensivstation mit Ausstattung für die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

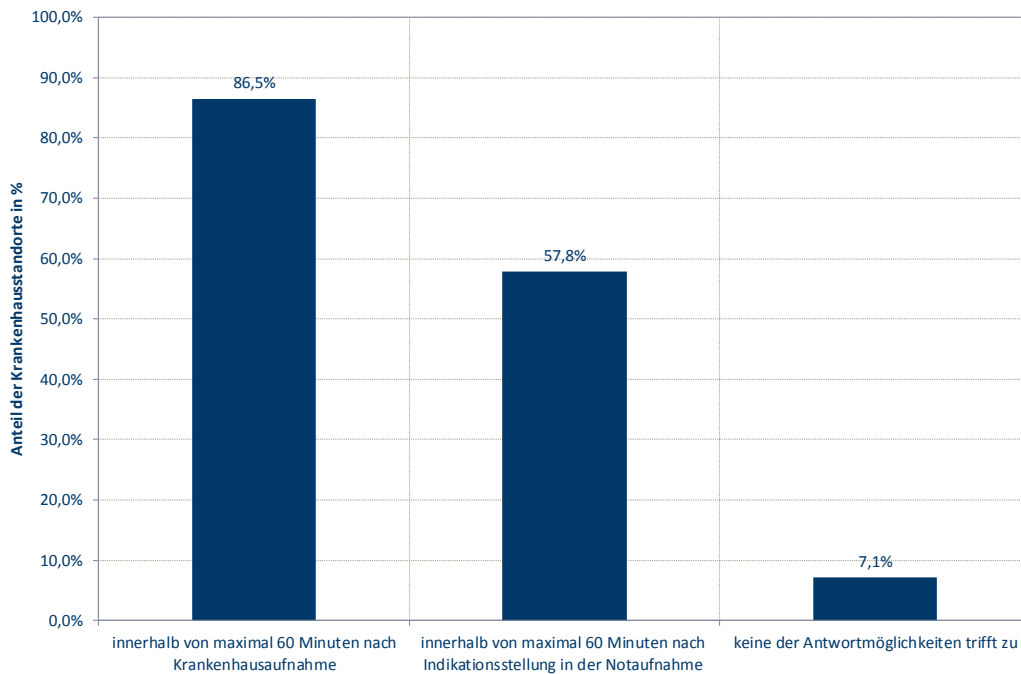
4.2 Anzahl der Intensivbetten

634 Krankenhausstandorte verfügen über Intensivbetten. Die durchschnittliche Anzahl an Intensivbetten beträgt 23,2 Betten. Das Minimum liegt bei zwei Betten, das Maximum bei 281.

4.3 Aufnahmebereitschaft bzw. Aufnahmefähigkeit für beatmungspflichtige Patienten

Rund 86,5 % (n = 582) der Krankenhausstandorte sind innerhalb von 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme für beatmungspflichtige Patienten aufnahmebereit bzw. aufnahmefähig. Innerhalb von 60 Minuten nach Indikationsstellung in der Notaufnahme sind dagegen lediglich 57,8 % der Krankenhausstandorte (n = 389) aufnahmebereit- bzw. fähig (Abbildung 22).

Abbildung 22: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Aufnahmebereitschaft bzw. Aufnahmefähigkeit beatmungspflichtiger Patienten differenziert nach maximal 60 Minuten nach Krankenhausaufnahme bzw. nach Indikationsstellung in der Notaufnahme



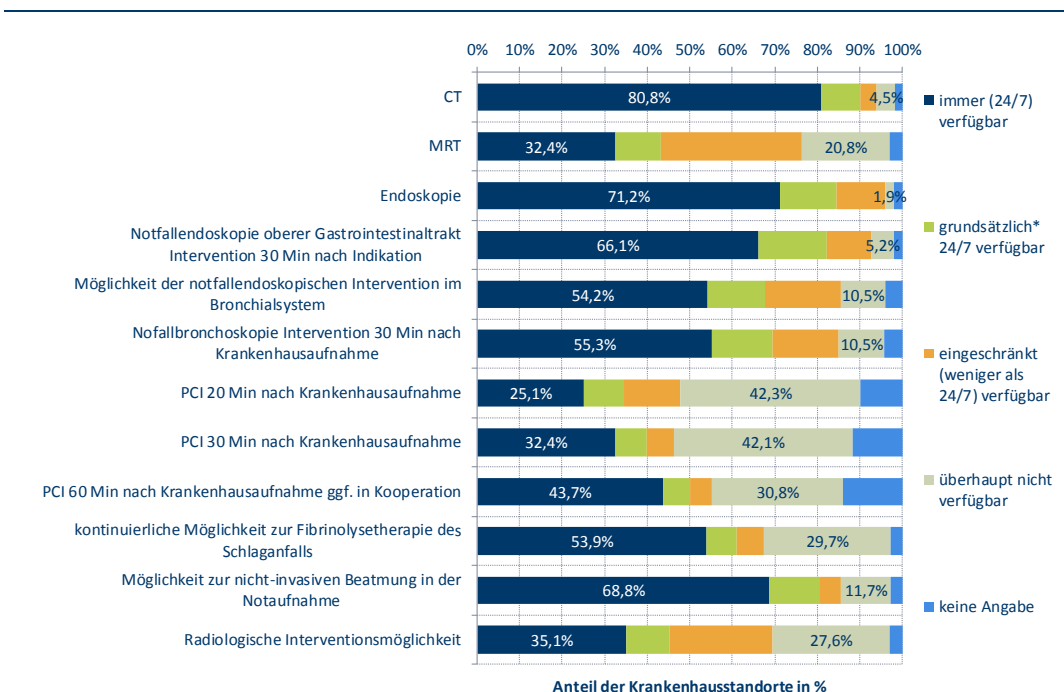
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

5. Medizinisch-technische Ausstattung

5.1 Verfügbarkeit medizinisch-technischer Ausstattung

Rund vier Fünftel (80,8 %) der Krankenhausstandorte verfügen jederzeit (24 / 7) über ein CT (Abbildung 23). Am wenigsten verbreitet ist die Möglichkeit zur PCI 20 Minuten nach Krankenhausaufnahme sowie die ständige Verfügbarkeit eines MRT.

Abbildung 23: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit medizinisch-technischer Ausstattung



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

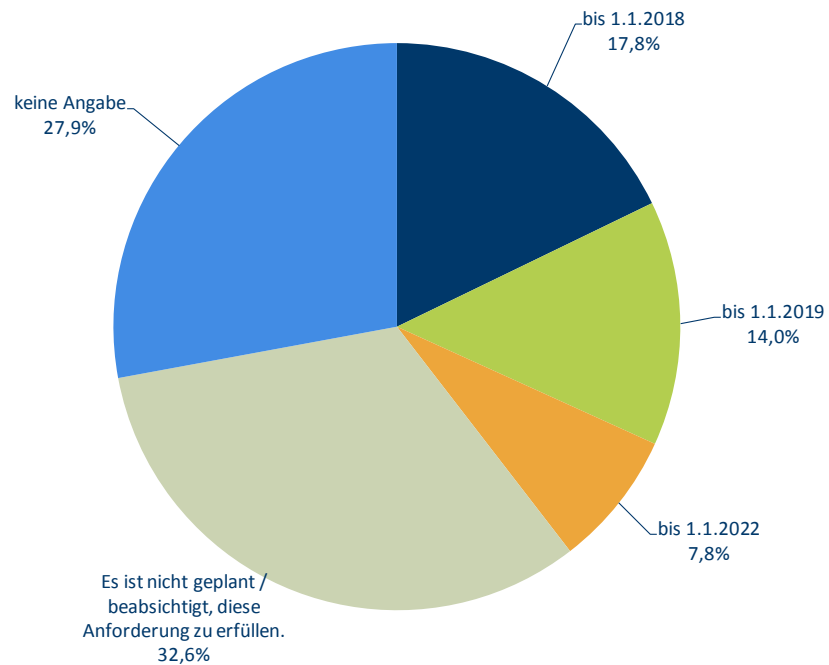
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

*"grundsätzlich" bedeutet bis auf seltene Ausnahmen

In 69,4 % (n = 356) der Krankenhausstandorte, die ein MRT haben, befindet sich dieses in unmittelbarer Nähe zum Schockraum.

Von den Krankenhausstandorten, die sich an der Befragung beteiligt haben, verfügen 129 aktuell nicht ständig (24/7) über ein CT. Unter der Annahme, dass die ständige Verfügbarkeit (24 / 7) eines CT eine wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme an der Notfallversorgung ist, würden 17,8 % dieser Krankenhausstandorte (n = 23) diese Vorgabe bis zum 1.1.2018 erfüllen. Weitere 32,6 % dieser Krankenhausstandorte (n = 42) planen nach eigenen Angaben nicht, diese Anforderung zu erfüllen (Abbildung 24).

Abbildung 24: Verteilung der Krankenhausstandorte, die aktuell nicht 24/7 über ein CT verfügen, nach der Möglichkeit, die Anforderung an eine ständigen Verfügbarkeit (24 / 7) eines CT zu erfüllen



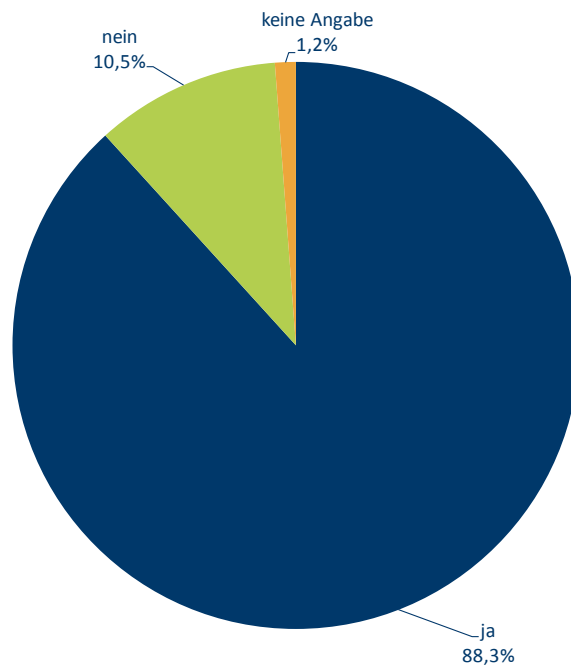
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 129 (nur Krankenhausstandorte, die kein CT 24/7 zur Verfügung haben)

5.2 Verfügbarkeit eines Schockraums

Rund 88,3 % (n = 594) der Krankenhausstandorte verfügen über einen Schockraum (Abbildung 25).

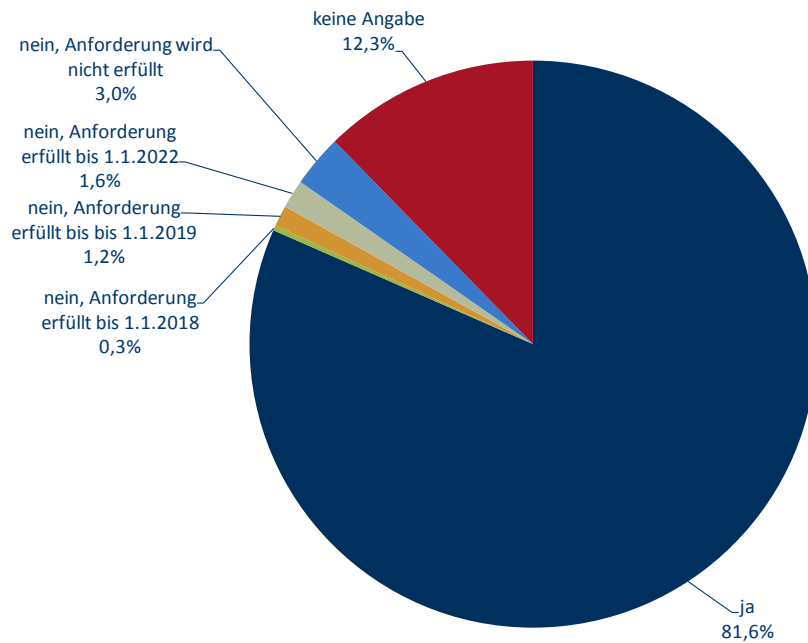
Abbildung 25: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Schockraums



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

In 549 Krankenhausstandorten (81,6 % der Standorte mit einem Schockraum) ist der Schockraum mindestens 25qm groß (Abbildung 26).

Abbildung 26: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit mindestens eines Schockraums in einer Größe von mindestens 25qm



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 594 (nur Krankenhausstandorte mit Schockraum)

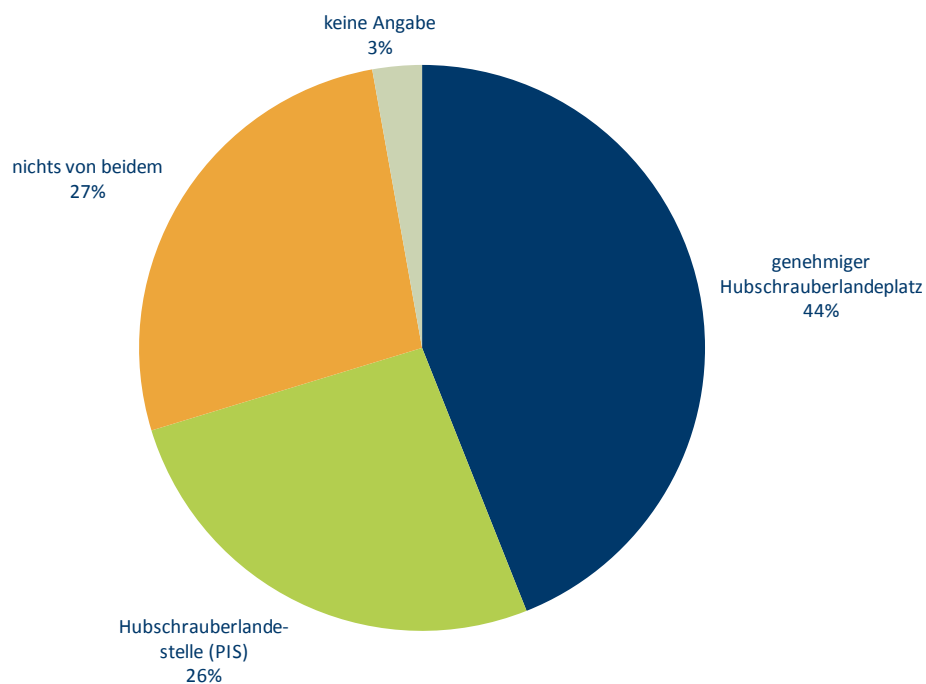
5.3 Hubschrauberlandestelle bzw. -landeplatz

An 44,0 % (n = 296) der Krankenhausstandorte gibt es einen genehmigten Hubschrauberlandeplatz (Abbildung 27). Knapp jedem fünften Krankenhausstandort, der über keinen Hubschrauberlandeplatz verfügt, wurde dieser aus Gründen, die außerhalb des Verantwortungsbereiches des Krankenhausstandortes liegen, versagt.

An 26 % der Krankenhausstandorte gibt es eine Hubschrauberlandestelle (PIS). Den meisten Krankenhausstandorten ohne PIS (93,9 %, n = 170) liegt kein Fachgutachten vor, welches nachweist, dass der Bau einer Hubschrauberlandestelle aufgrund der Hinderniskulisse nicht möglich ist.

An 71,2 % (n = 337) der Krankenhausstandorte mit einem Hubschrauberlandeplatz oder einer -landestelle sind Patientenverlegungen auf dem Luftweg ohne Zwischentransport möglich.

Abbildung 27: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines genehmigten Hubschrauberlandeplatz oder einer Hubschrauberlandestelle

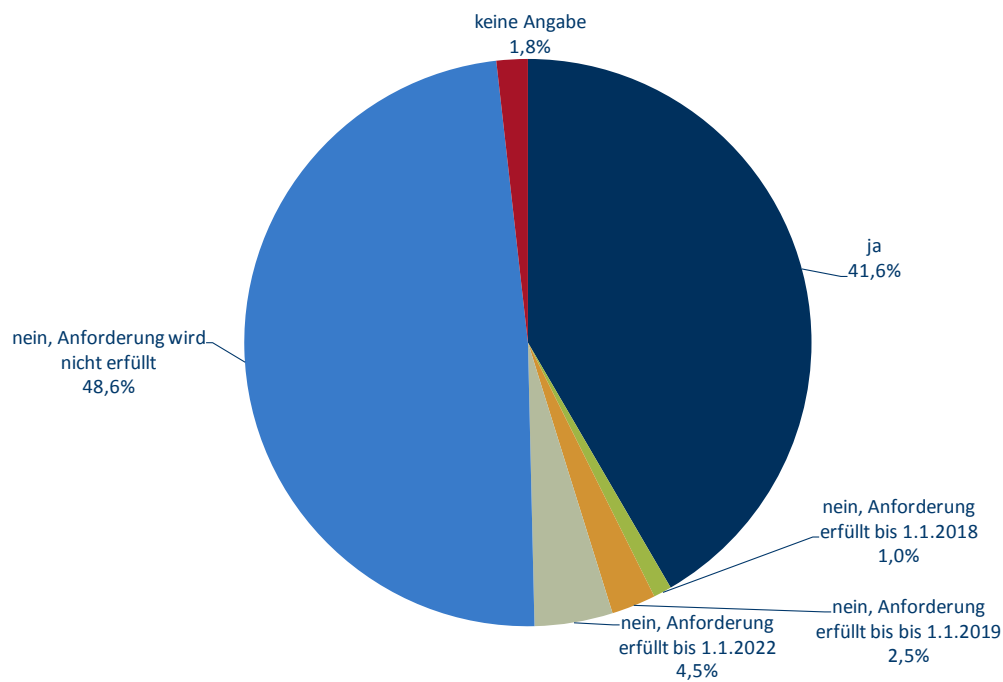


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

5.4 Stroke Unit

Rund 41,6 % (n = 280) der Krankenhausstandorte verfügen über eine Stroke Unit (Abbildung 28). Knapp die Hälfte der Krankenhausstandorte (48,6 %, n = 327) hat angegeben, dass diese Anforderung nicht erfüllt werden könnte und würde.

Abbildung 28: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit einer Stroke Unit



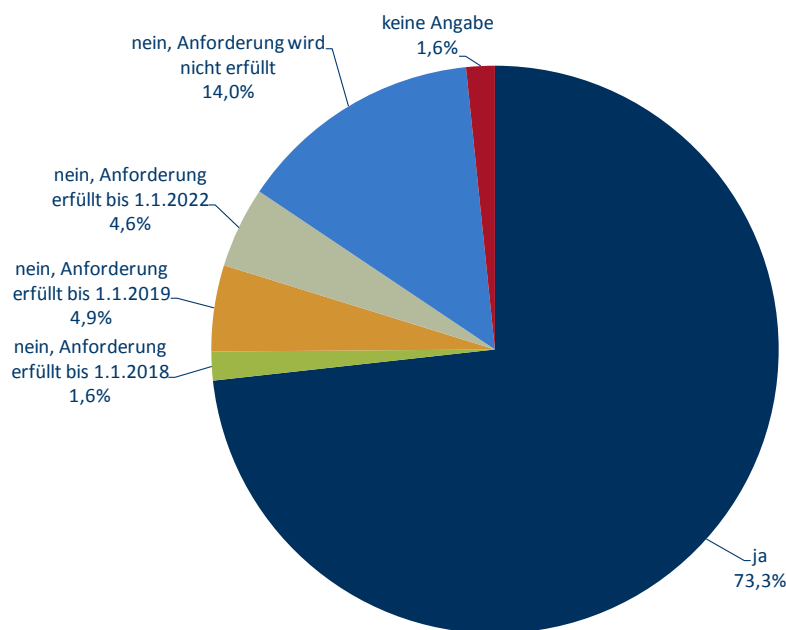
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

6. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme

6.1 Vorhandensein einer Zentralen Notaufnahme

In 73,3 % der Kliniken (n = 493) ist derzeit eine Zentrale Notaufnahme (ZNA) vorhanden (Abbildung 29). Etwas mehr als jedes zehnte Krankenhaus (11,1 %) könnte diese Anforderung bis spätestens 1.1.2022 erfüllen.

Abbildung 29: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorhandensein einer Zentralen Notaufnahme

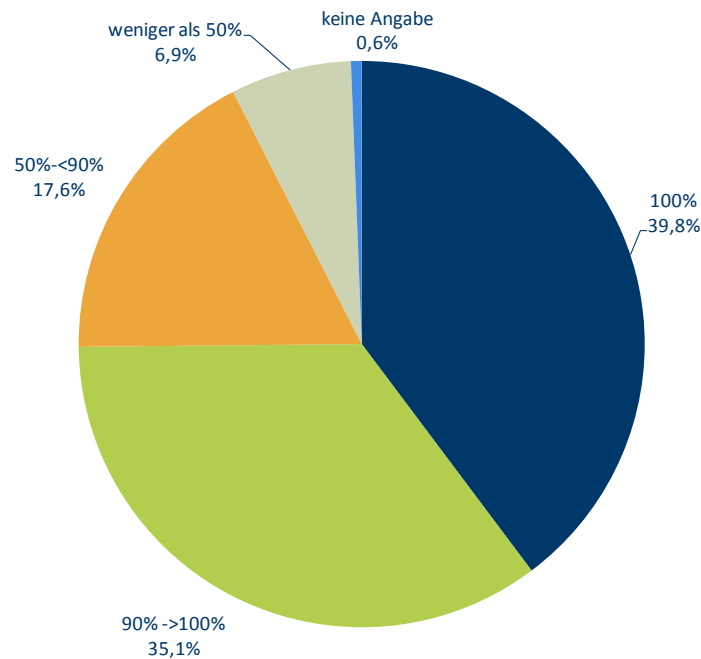


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

6.2 Anforderungen an die ZNA

196 Krankenhausstandorte mit einer Zentralen Notaufnahme (39,8 %) nehmen 100 % der Notfallpatienten – ohne Berücksichtigung der Notfälle von Kindern oder im geburtshilflichen Bereich – in der Zentralen Notaufnahme an (Abbildung 30).

Abbildung 30: Verteilung der Krankenhausstandorte nach dem Anteil der Notfallpatienten der in der Zentralen Notaufnahme angenommen wird



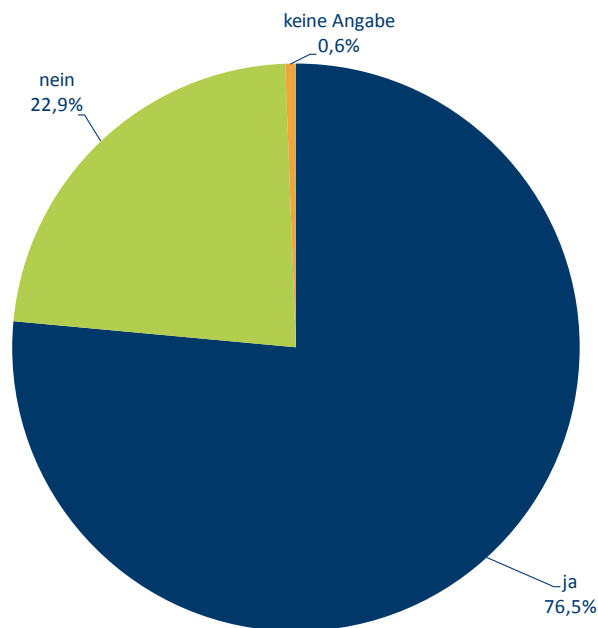
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme); ohne Berücksichtigung von Notfällen von Kindern oder im geburtshilflichen Bereich

In 76,5 % (n = 377) der Krankenhausstandorte mit einer ZNA kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung zur Anwendung (Abbildung 31).

Wenn ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung verwendet wird, hat dieses in 93,6 % der Fälle (n = 353) mindestens vier Stufen.

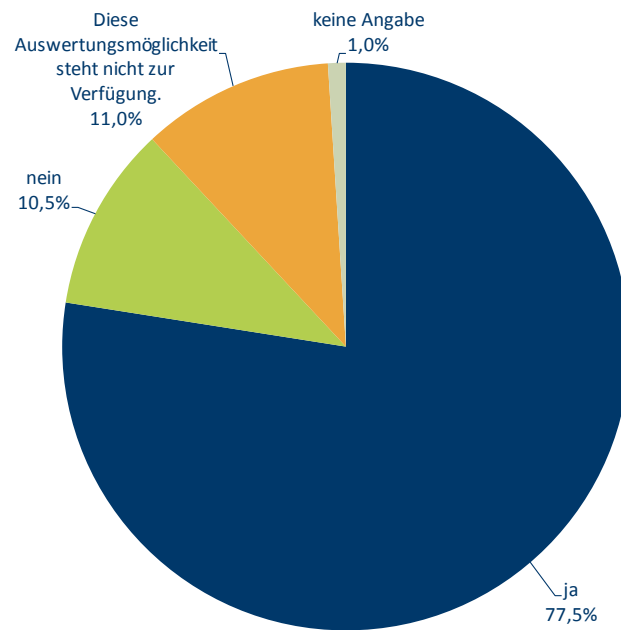
Abbildung 31: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verwendung eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme der Patienten



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

In 77,5 % (n = 382) der Standorte erhalten alle Notfallpatienten des Krankenhausstandortes spätestens nach zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung ihrer Behandlungspriorität (Abbildung 32).

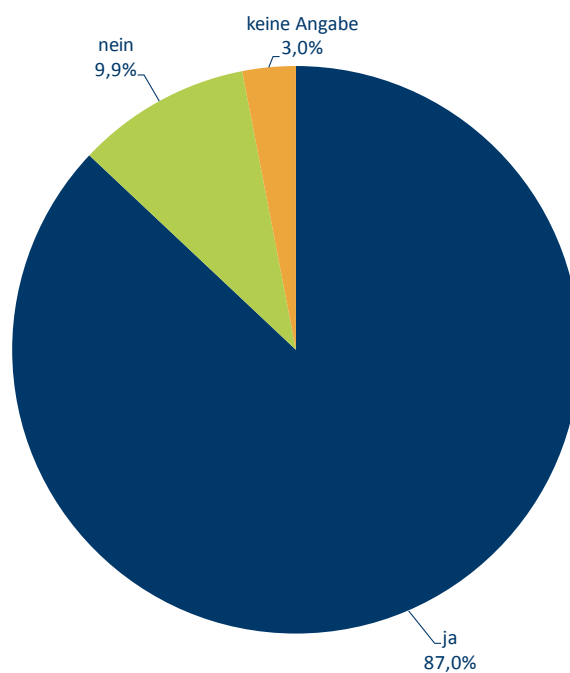
Abbildung 32: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Einschätzung der Behandlungspriorität für alle Notfallpatienten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

Eine aussagekräftige Dokumentation der Patientenversorgung orientiert an Minimalstandards (z. B. denen des Kerndatensatzes Notaufnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin DIVI) und die Vorlage dieser Dokumentation spätestens bei Entlassung gibt an 87 % (n = 429) der Krankenhausstandorte (Abbildung 33).

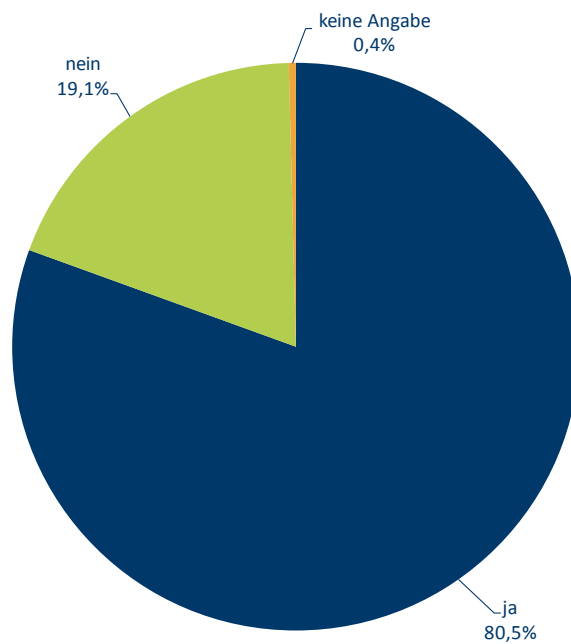
Abbildung 33: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen einer aussagekräftigen Dokumentation der Patientenversorgung orientiert an Minimalstandards und Vorlage der Dokumentation spätestens bei Entlassung oder Verlegung des Patienten



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

In rund 80,5 % (n = 397) der Krankenhausstandorte mit einer ZNA sind ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind, jederzeit (24 / 7) in der ZNA verfügbar und üben den überwiegenden Teil ihrer ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit in der Notaufnahme aus (Abbildung 34).

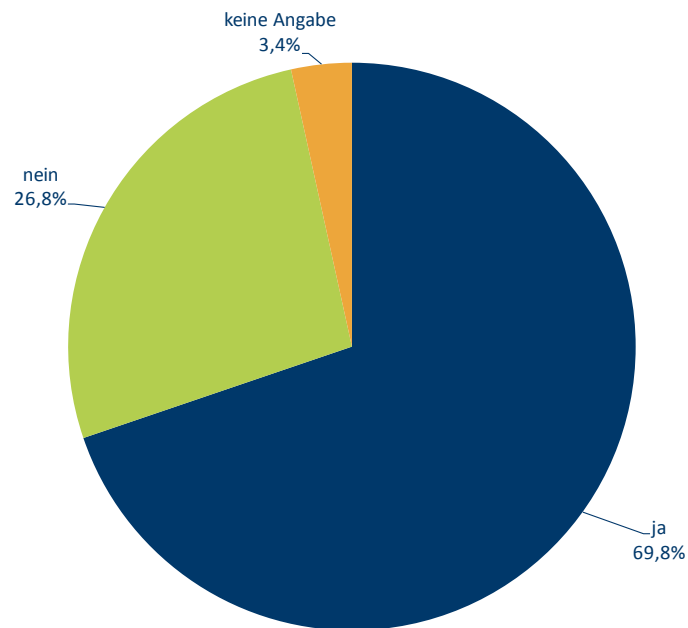
Abbildung 34: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der ständigen Verfügbarkeit (24 / 7) eines für die Notfallversorgung verantwortlichen Arztes und einer Pflegekraft in der ZNA



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

In 344 Kliniken (69,8 %) beträgt die pflegerische Personalausstattung in der ZNA mindestens eine Vollkraft je 1.400 Patientenkontakte / Jahr (ohne Administration) (Abbildung 35).

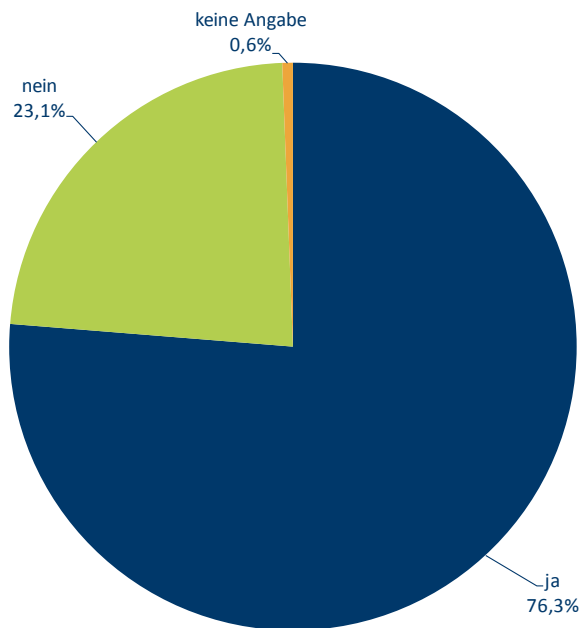
Abbildung 35: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung des Kriteriums der pflegerischen Personalausstattung in der ZNA (mindestens eine Vollkraft je 1.400 Patientenkontakte / Jahr)



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

Die minimale Personalstärke liegt in 376 Krankenhausstandorten (76,3 %) bei mindestens zwei Pflegekräften pro Schicht (entsprechend ca. elf Vollkraftäquivalenten) (Abbildung 36).

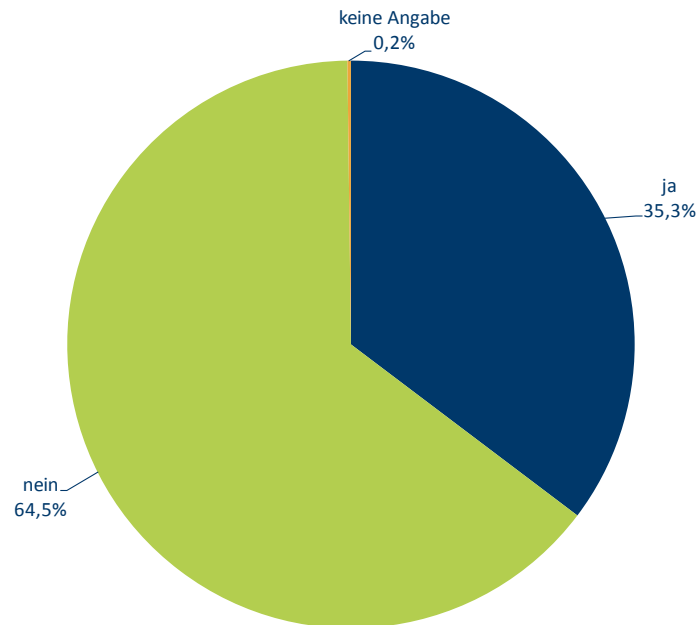
Abbildung 36: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen einer minimalen Personalstärke von mindestens zwei Pflegekräften pro Schicht (entsprechend ca. elf Vollkraftäquivalenten)



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

Die ZNA der Krankenhausstandorte verfügt mehrheitlich (64,5 %, n = 318) nicht über eine Aufnahmestation (Abbildung 37).

Abbildung 37: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Aufnahmestation in der ZNA

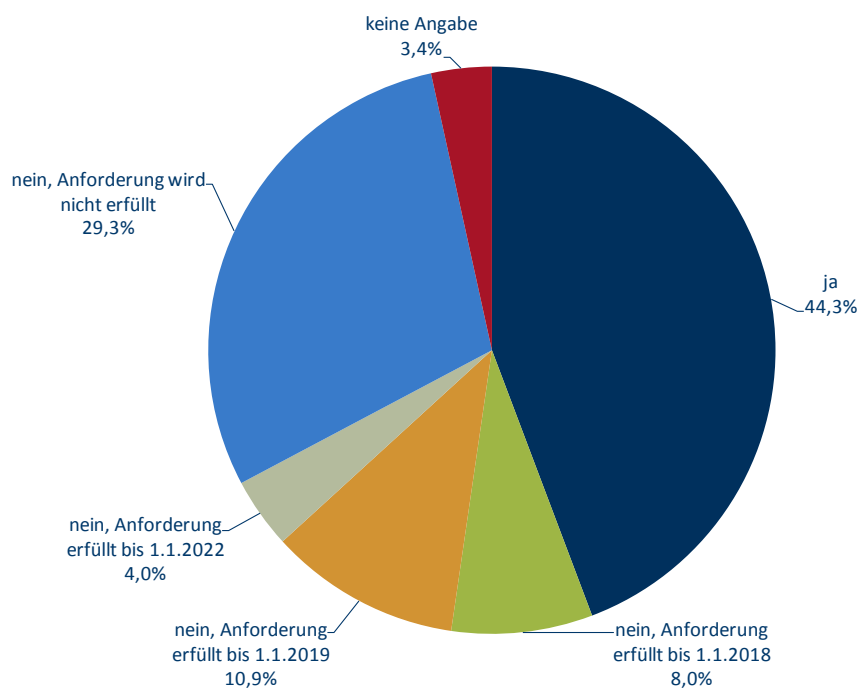


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 493 (nur Krankenhausstandorte mit Zentraler Notaufnahme)

Zur Verfügbarkeit von zusätzlich mindestens einer Pflegekraft pro fünf Betten / pro Schicht für die Aufnahmestation haben 44,3 % (n = 77) der Krankenhausstandorte, bei denen die ZNA über eine Aufnahmestation verfügt, angegeben, dass diese Anforderung erfüllt wird (Abbildung 38).

In 131 Krankenhausstandorten mit einer Aufnahmestation in der ZNA (75,3 %) verfügt die Aufnahmestation über mindestens sechs Betten.

Abbildung 38: Verteilung der ZNA mit einer Aufnahmestation nach der Verfügbarkeit von zusätzlich mindestens einer Pflegekraft pro fünf Betten / pro Schicht für die Aufnahmestation



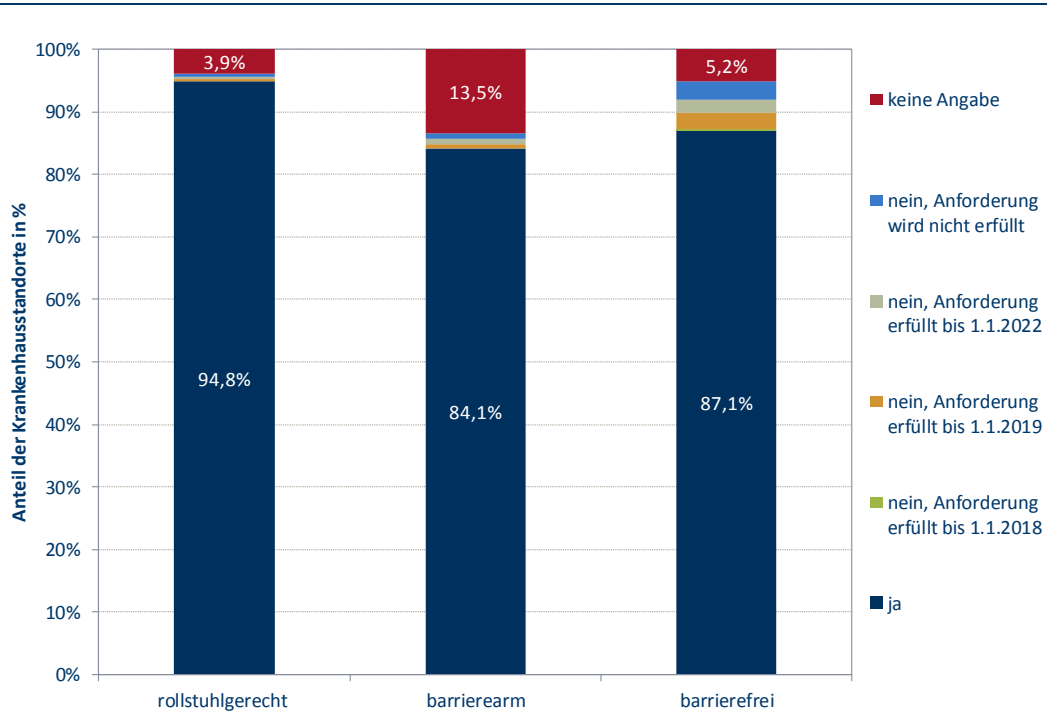
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 174 (nur Krankenhausstandorte, bei denen die ZNA über eine Aufnahmestation verfügt)

6.3 Generelle Anforderungen an die Notaufnahme

In rund 94,8 % (n = 638) der Krankenhausstandorte ist der Zugang zur Notaufnahme rollstuhlgerecht; einen barrierefreien Zugang gibt es in 584 Krankenhausstandorten (87,1 %) (Abbildung 39).

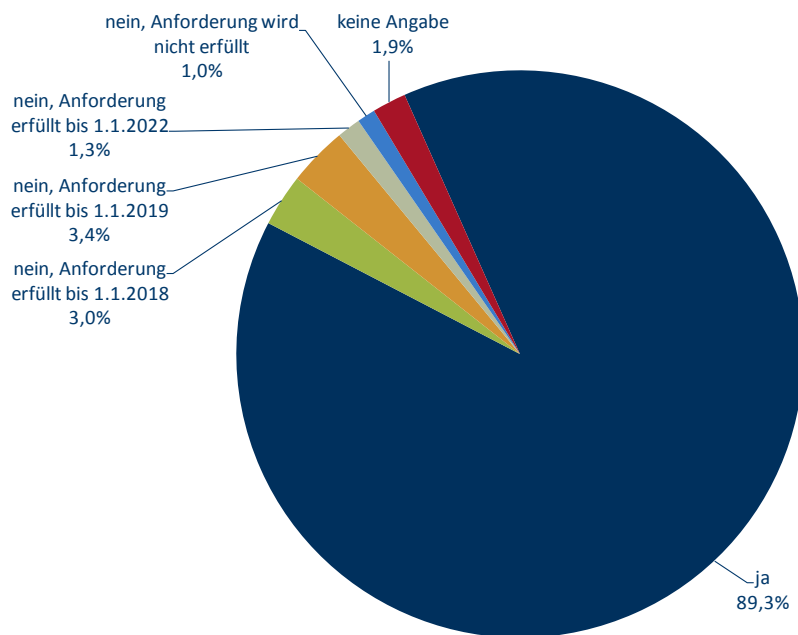
Abbildung 39: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Beurteilung des Zugangs zur Notaufnahme



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

In 89,3 % (n = 601) der Krankenhausstandorte nimmt das in der Notaufnahme tätige Personal regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen teil (Abbildung 40).

Abbildung 40: Verteilung der Krankenhausstandorte nach regelmäßiger Teilnahme des in der Notaufnahme tätigen Personals an fachspezifischen Fortbildungen



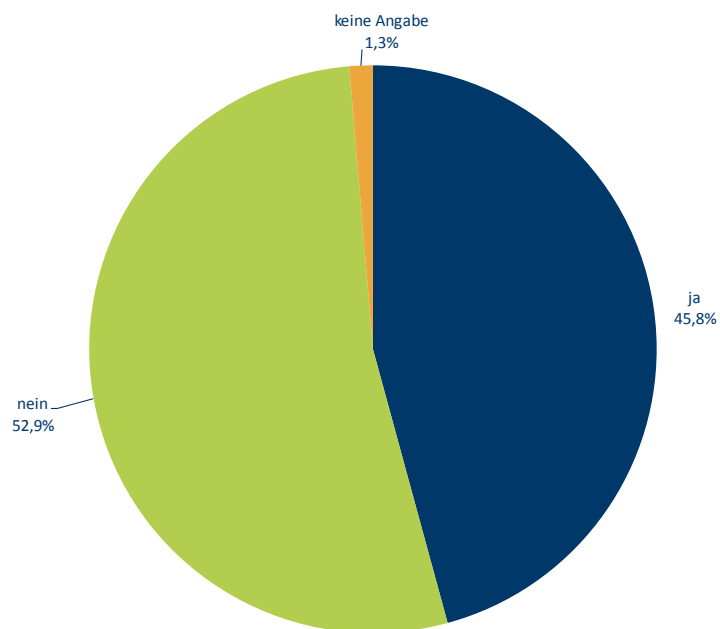
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

7. Weitere Angaben

Notdienstpraxis oder Kooperationsvereinbarung

Von den 673 Krankenhausstandorten (ohne Fachkliniken) haben 48,8 % (n = 308) eine Notdienstpraxis gemäß § 75 Abs. 1b SGB V oder sind in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der KV eingebunden (Abbildung 41).

Abbildung 41: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Notdienstpraxis gemäß § 75 Abs. 1b SGB V oder Einbindung der Notfallambulanz in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung

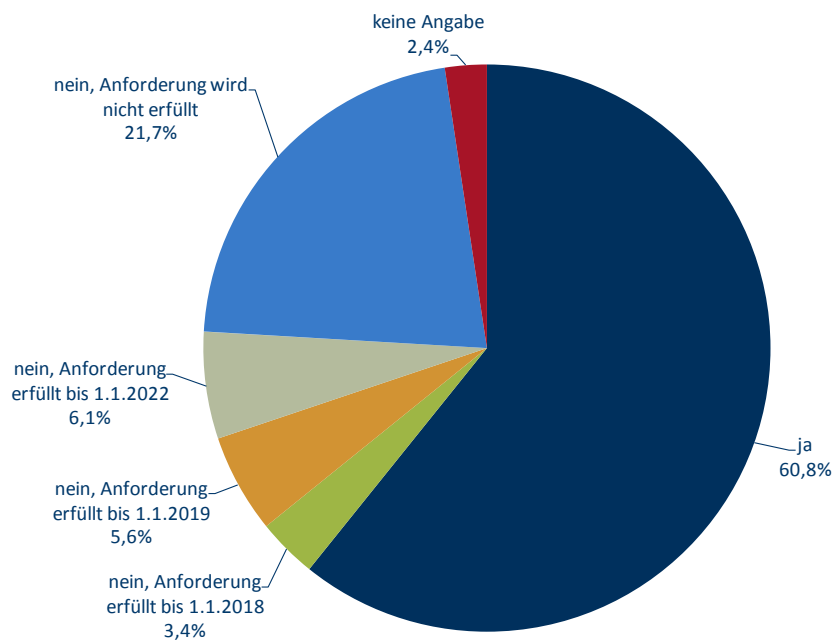


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

Telemedizinische Netzwerke

409 Krankenhausstandorte (60,8 %) sind in telemedizinische Netzwerke für zeitkritische Erkrankungen und Verletzungen zur Gewährleistung der Primärversorgung aller Notfälle eingebunden (Abbildung 42).

Abbildung 42: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Einbindung in telemedizinische Netzwerke für zeitkritische Erkrankungen und Verletzungen zur Gewährleistung der Primärversorgung aller Notfälle

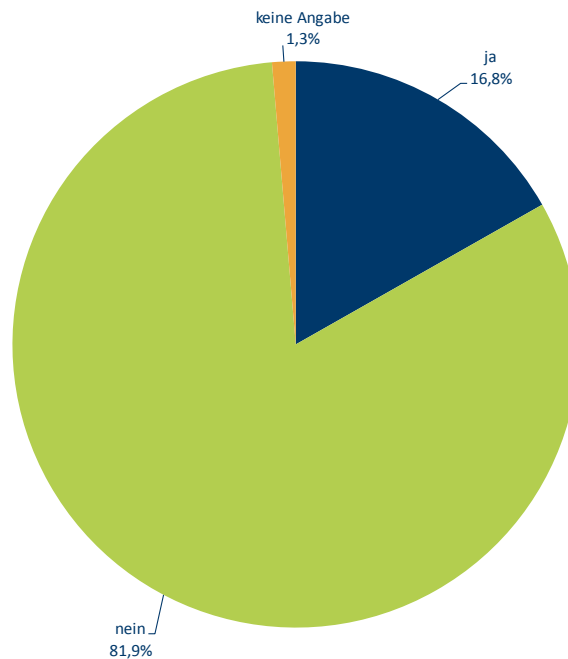


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

Perinatalzentrum Level I

Bei rund 16,8 % (n = 113) der Krankenhausstandorte handelt es sich um ein Perinatalzentrum Level I gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des G-BA (Abbildung 43).

Abbildung 43: Verteilung der Krankenhausstandorte mit einem Perinatalzentrum Level I

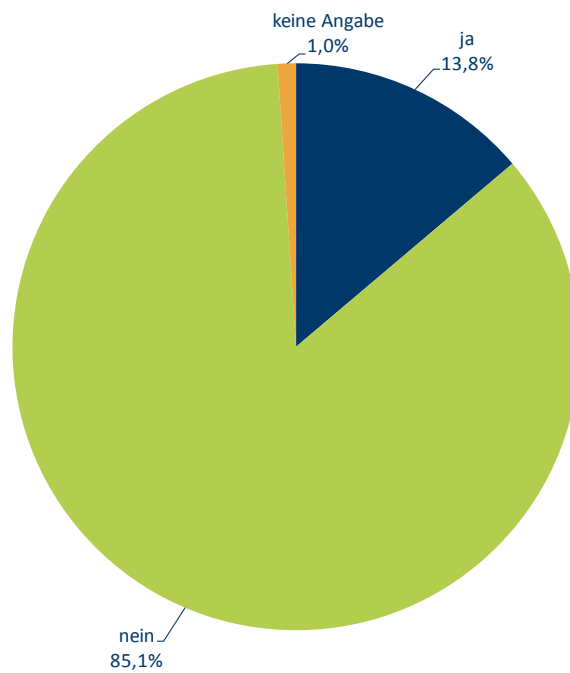


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

8. Schwerverletztenversorgung / Trauma

Rund 13,8 % der Krankenhausstandorte (n = 93) erfüllen die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung (Abbildung 44).

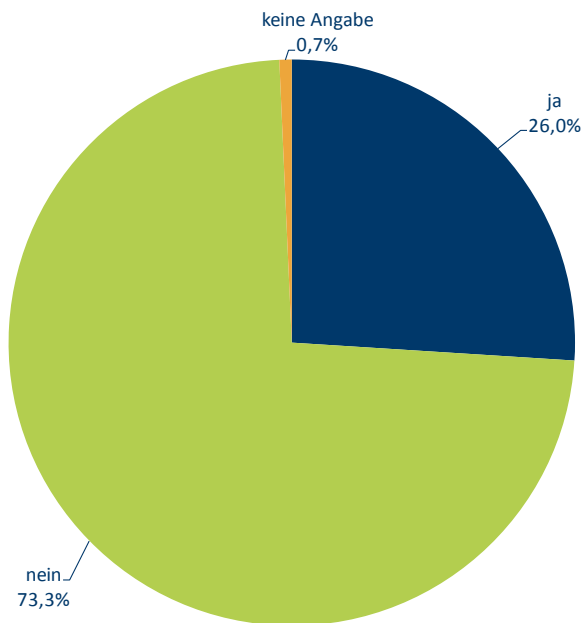
Abbildung 44: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 673 (ohne Fachkliniken)

Rd. 26 % (n = 149) der Krankenhausstandorte (ohne überregionale Traumazentren) erfüllen die Anforderungen an ein regionales Traumazentrum (Abbildung 45).

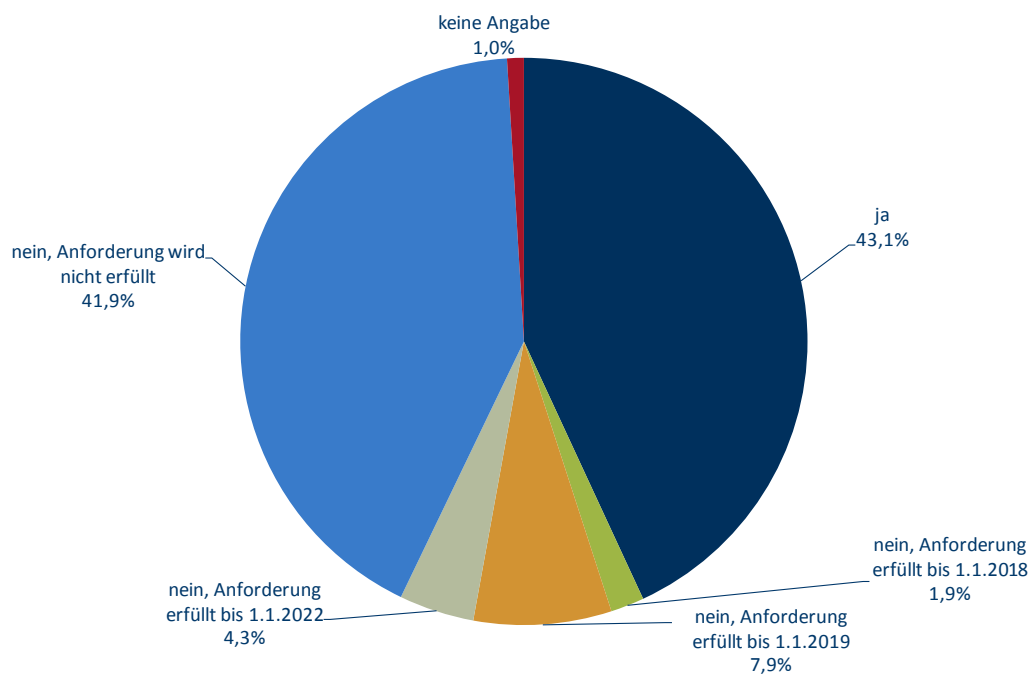
Abbildung 45: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Anforderungen an ein regionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 573 (ohne überregionale Trauma-Zentren)

Rund 43,1 % (n = 181) der Krankenhausstandorte (ohne regionale und überregionale Traumazentren) erfüllen die Anforderungen an ein lokales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung. Rund 41,9 % (n = 176) der Krankenhausstandorte haben angegeben, dass die Anforderung nicht erfüllt werden könnte und würde (Abbildung 46).

Abbildung 46: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Erfüllung der Anforderungen an ein lokales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung



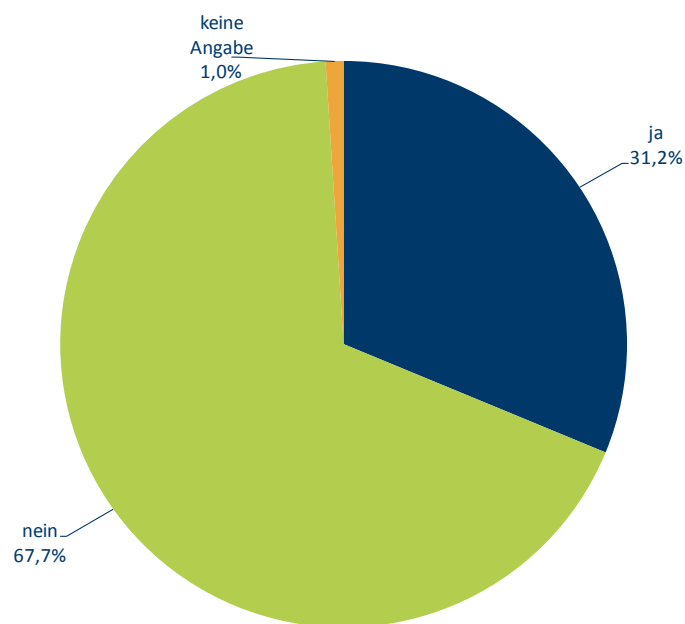
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 420 (ohne überregionale und regionale Traumazentren)

9. Notfallversorgung von Kindern

Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin

Knapp ein Drittel (n = 214) der Krankenhausstandorte verfügen über eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin (Abbildung 47).

Abbildung 47: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin

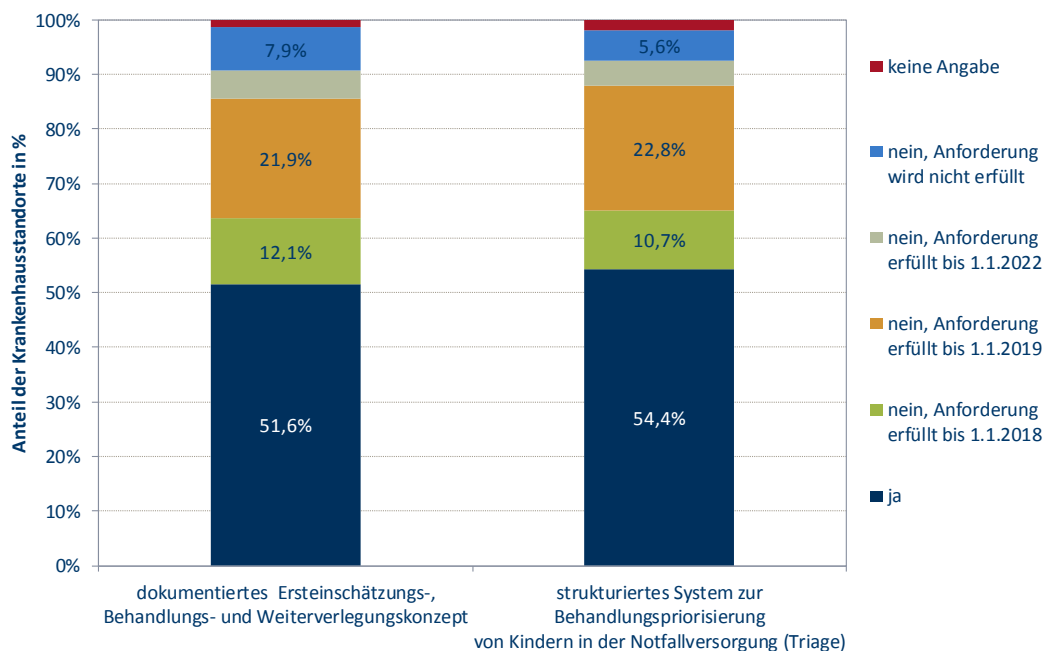


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 685 (Krankenhausstandorte inkl. pädiatrischer Fachkliniken, ohne andere Fachkliniken)

Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept sowie System zur Behandlungspriorisierung

Etwas mehr als die Hälfte der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. der pädiatrischen Fachkliniken verfügt über ein dokumentiertes Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzept für Kinder und Jugendliche (51,6 %, n = 111) bzw. über ein System zur Behandlungspriorisierung (54,4 %, n = 117) (Abbildung 48).

Abbildung 48: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Vorliegen eines Systems zur Behandlungspriorisierung bzw. eines Ersteinschätzungs-, Behandlungs- und Weiterverlegungskonzepts bei Kindern und Jugendlichen

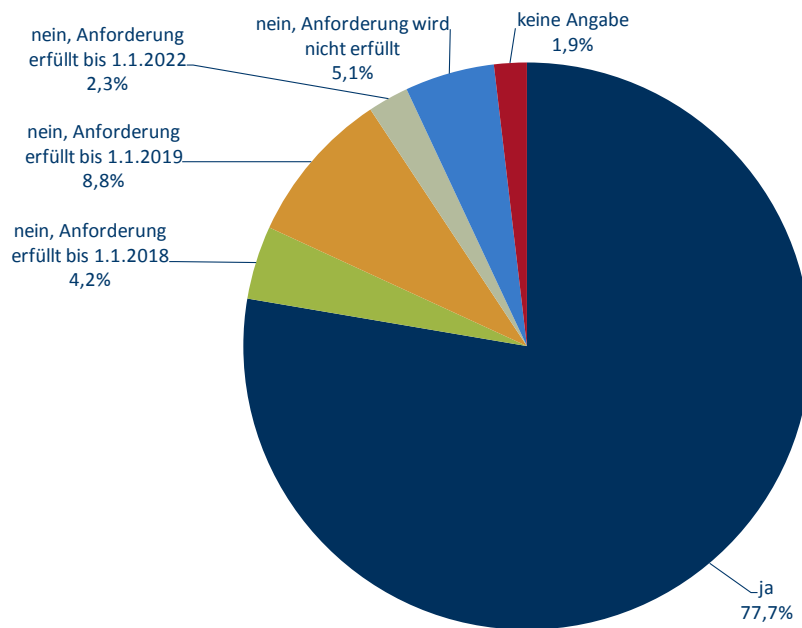


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
 Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

Ersteinschätzung innerhalb von zehn Minuten

In 167 Krankenhausstandorten (77,7 %) erhält jedes Kind/jeder Jugendliche innerhalb von 10 Minuten nach Aufnahme eine Ersteinschätzung und Behandlungspriorisierung (Abbildung 49).

Abbildung 49: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Ersteinschätzung und Behandlungspriorisierung innerhalb von 10 Minuten nach Aufnahme für jedes Kind/jeden Jugendlichen



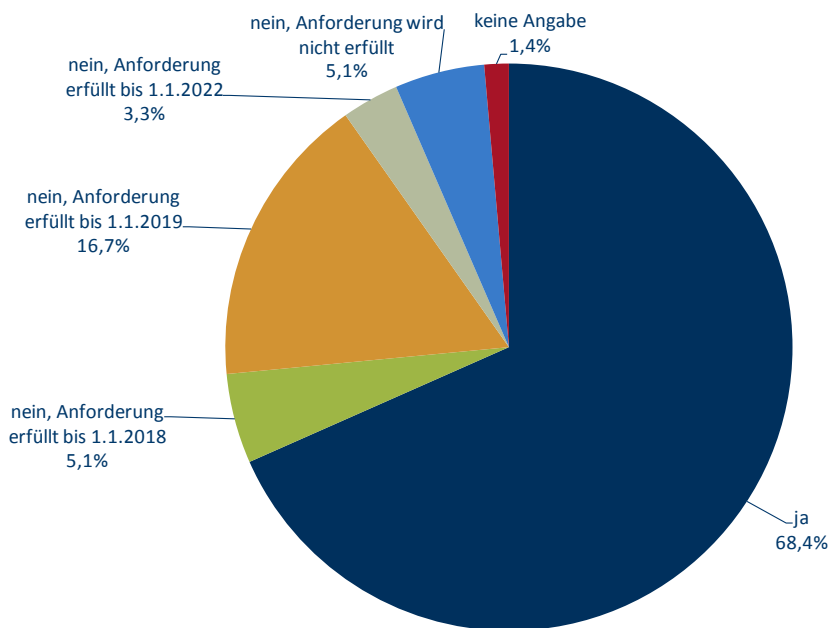
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

Schriftliche Standards für Diagnostik und Therapie

Die Notaufnahme verfügt an 68,4 % (n = 147) der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin bzw. der pädiatrischen Fachkliniken über schriftliche Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen (Abbildung 50).

Abbildung 50: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit von schriftlichen Standards für die Diagnostik und Therapie der meisten Notfallerkrankungen von Kindern und Jugendlichen

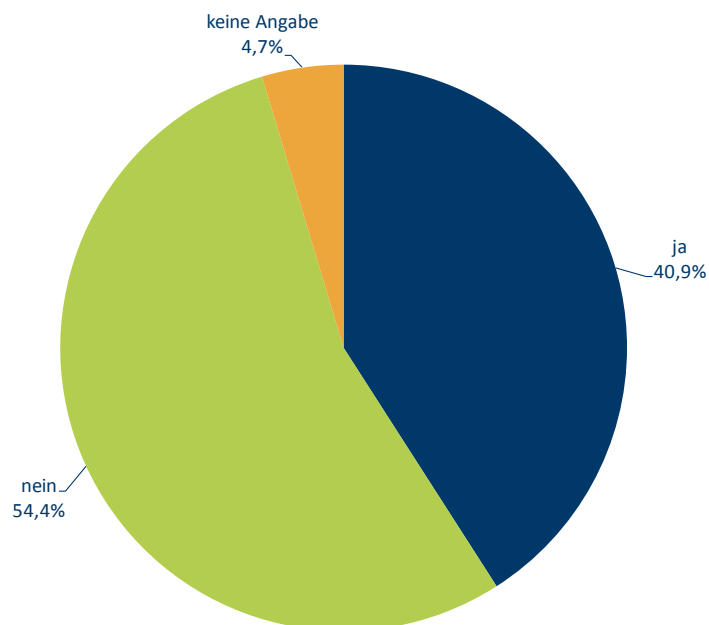


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V

Rund 40,9 % (n = 88) der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin bzw. der pädiatrischen Fachkliniken haben eine Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Versorgung ambulanter Notfälle von Kindern und Jugendlichen abgeschlossen (Abbildung 51).

Abbildung 51: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Abschluss einer Kooperationsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Versorgung ambulanter Notfälle von Kindern und Jugendlichen

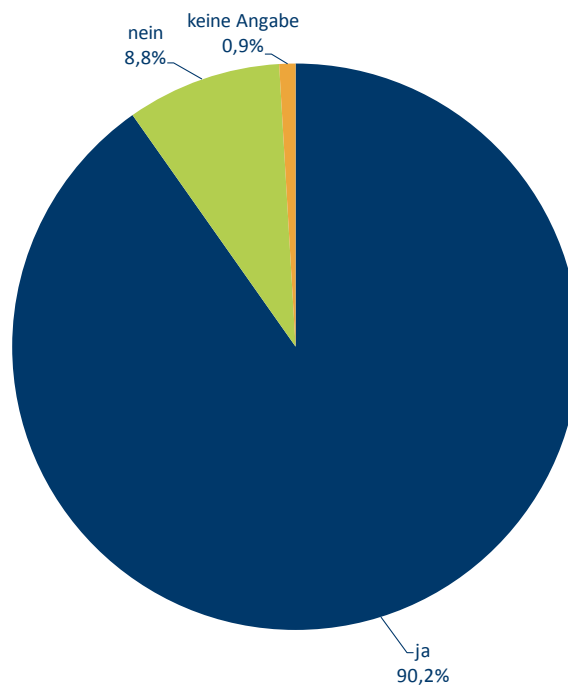


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft im Präsenzdienst

Für die Versorgung von Notfällen steht an 194 Krankenhausstandorten mit einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin bzw. der pädiatrischen Fachkliniken (90,2 %) eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft jederzeit im Präsenzdienst zur Verfügung (Abbildung 52).

Abbildung 52: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft zu jeder Zeit im Präsenzdienst

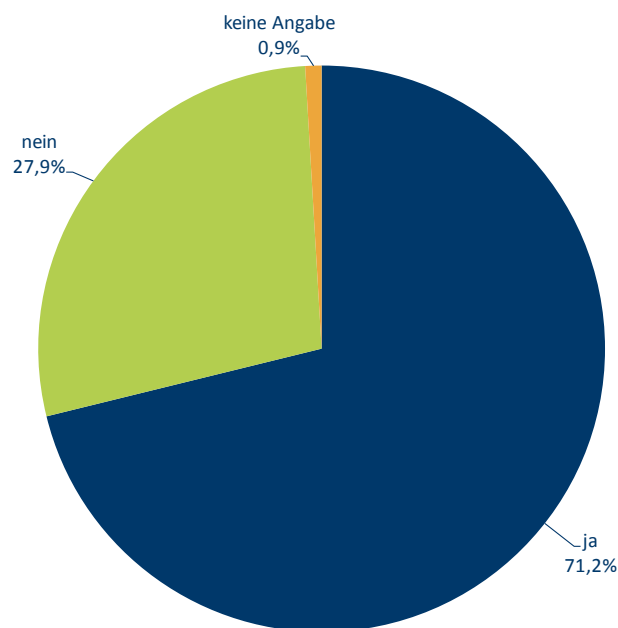


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

Intensivmedizinische Versorgung lebensbedrohlich erkrankter Kinder

Rund 71,2 % (n = 153) der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin bzw. der pädiatrischen Fachkliniken haben die Möglichkeit der gleichzeitigen intensivmedizinischen Versorgung von zwei lebensbedrohlich erkrankten Kindern (Abbildung 53).

Abbildung 53: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Möglichkeit der gleichzeitigen intensivmedizinischen Versorgung von zwei lebensbedrohlich erkrankten Kindern



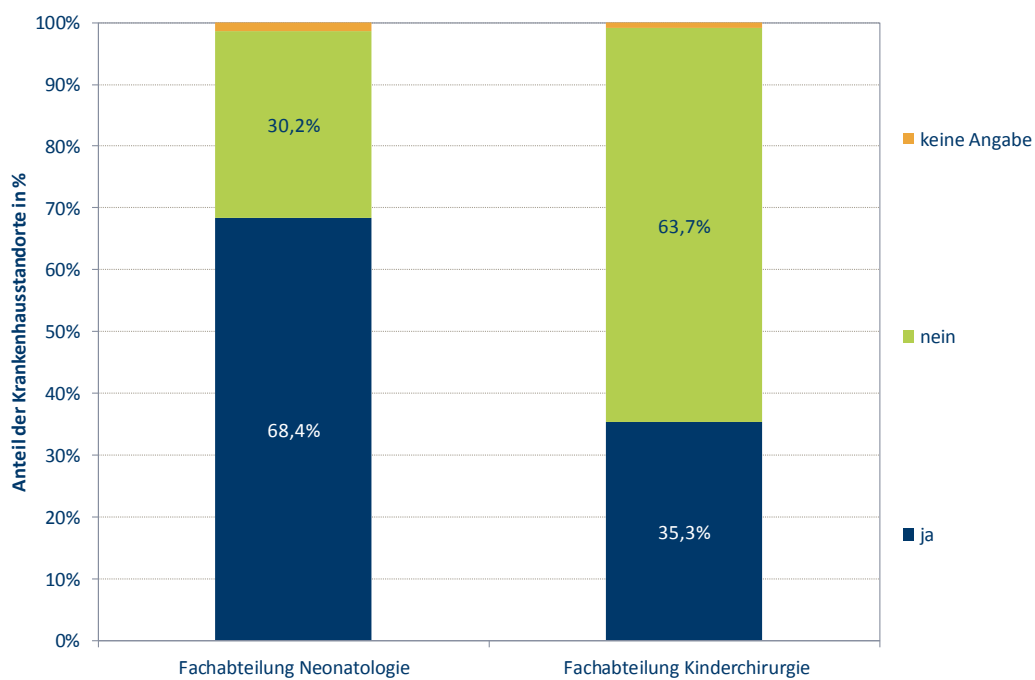
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

Fachabteilungen Neonatologie und Kinderchirurgie

Rund 68,4 % (n = 147) der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. pädiatrische Fachkliniken verfügen über eine Fachabteilung für Neonatologie.

Eine Fachabteilung für Kinderchirurgie gab es dagegen lediglich in etwas mehr als einem Drittel 35,3 % (n = 76) dieser Krankenhausstandorte (Abbildung 54). Von den Krankenhausstandorten mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. pädiatrische Fachkliniken, die keine Abteilung für Kinderchirurgie haben, verfügen rd. 65 % (n = 89) über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit mindestens einer Abteilung für Kinderchirurgie, die das Vorgehen bei operativ zu versorgenden Kindern und Jugendlichen regelt.

Abbildung 54: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit der Fachabteilungen Neonatologie und Kinderchirurgie



Quelle:

IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

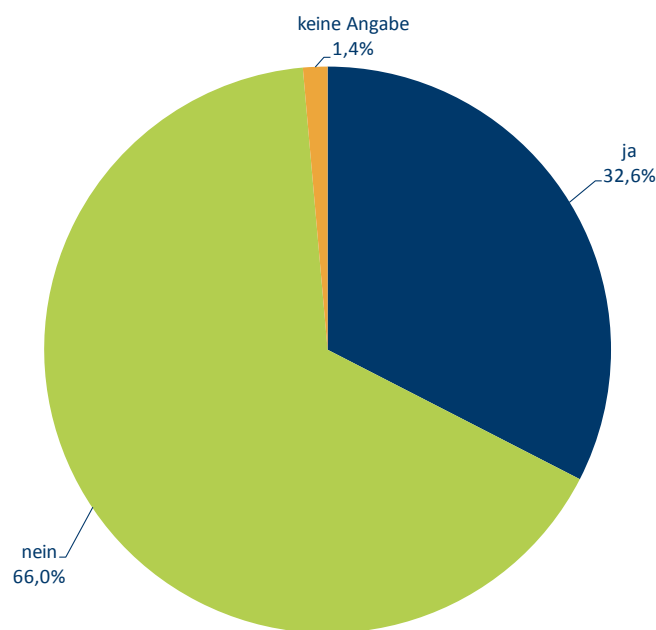
Anmerkung:

n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

Facharzt für Neurochirurgie mit Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie

Bei knapp einem Drittel der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. pädiatrische Fachkliniken (32,6 %, n = 70) kann ein Facharzt für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie zu jeder Zeit (24 / 7) innerhalb von 30 Minuten am Patienten sein (Abbildung 55).

Abbildung 55: Verteilung der Krankenhausstandorte nach Verfügbarkeit eines Facharztes für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie jederzeit innerhalb von 30 Minuten

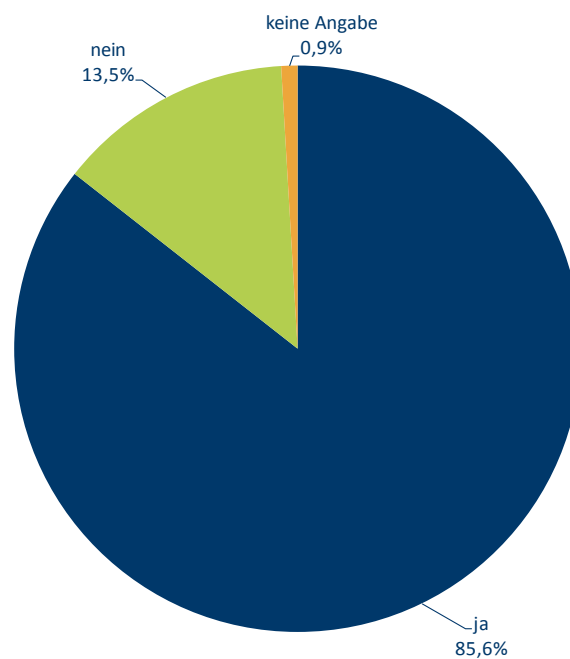


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

Facharzt mit nachgewiesener Erfahrung in Kindernarkosen

In rund 85,6 % (n = 184) der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. einer pädiatrischen Fachklinik kann ein Facharzt mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen zu jeder Zeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten sein (Abbildung 56).

Abbildung 56: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der Verfügbarkeit eines Facharztes mit nachgewiesener Erfahrung bei Kindernarkosen zu jeder Zeit innerhalb von 30 Minuten

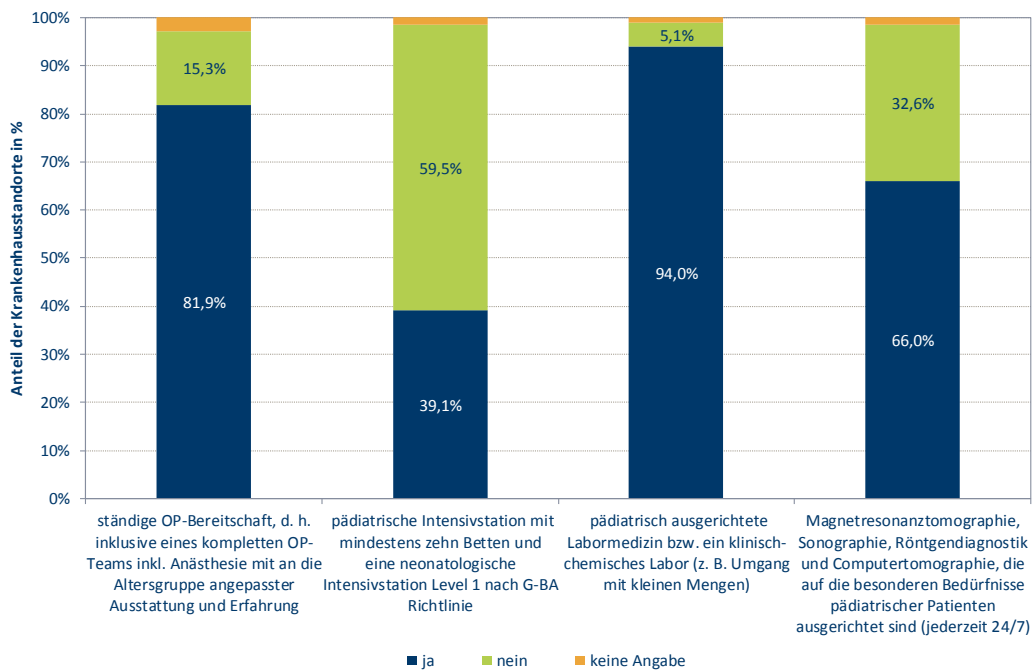


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte
Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

Medizinisch-technische Ausstattung für Kinder und Jugendliche

Die große Mehrheit der Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bzw. pädiatrische Fachkliniken verfügen über eine pädiatrisch ausgerichtete Labormedizin (94,0 %) sowie eine ständige OP-Bereitschaft (81,9 %) (Abbildung 57).

Abbildung 57: Verteilung der Krankenhausstandorte nach der verfügbaren Ausstattung für die Bedürfnisse pädiatrischer Patienten



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte

Anmerkung: n = 215 (nur Krankenhausstandorte mit Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin oder pädiatrische Fachkliniken)

Folgenabschätzung einer gestuften Notfallversorgung

Folgenabschätzung für die Regelungen für ein gestuftes
System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß
§ 136c Absatz 4 SGB V

Kontakt:

Dr. Martin Albrecht
T +49 30 230 809 0
Martin.Albrecht@iges.com

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.com

Bericht zur Methodik und zu Sonderfragen
für den Gemeinsamen Bundesausschuss

Berlin, 13. November 2017

Inhalt

1.	Methodik der Befragung der Krankenhausstandorte in Deutschland	6
1.1	Entwicklung des Fragebogens	6
1.2	Bestimmung der Grundgesamtheit und Aufbereitung der Adressen	7
1.3	Ablauf der Befragung	7
1.4	Anmerkungen und Rückfragen zum Fragebogen	9
1.4.1	Generelle Anmerkungen und Hinweise	9
1.4.2	Spezifische Rückmeldungen zu den einzelnen Fragen	10
1.5	Beteiligung an der Befragung	17
2.	Sicherstellung einer leitliniengerechten Notfallversorgung	18
	Abbildungen	4
	Tabellen	4

Abbildungen

Abbildung 1:	Verteilung der Rücklaufquote nach der Größe der Krankenhäuser (Bettenzahl)	17
--------------	--	----

Tabellen

Tabelle 1:	Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Patienten mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	19
Tabelle 2:	Anforderungen an die klinische Notfallversorgung eines Schlaganfalls und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	20
Tabelle 3:	Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Schwerverletzten/Patienten mit Polytrauma und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	21
Tabelle 4:	Anforderungen an die klinische Notfallversorgung einer Sepsis und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	22
Tabelle 5:	Anforderungen an die klinische Notfallversorgung Patienten mit einem plötzlichen Kreislaufstillstand und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	23
Tabelle 6:	Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Patienten mit ST-Hebungsinfarkt und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	24
Tabelle 7:	Anforderungen an die pädiatrische Notfallversorgung der Tracerdiagnosen und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung	25

1. Methodik der Befragung der Krankenhausstandorte in Deutschland

Alle relevanten Krankenhausstandorte wurden im Rahmen einer Vollerhebung schriftlich (online sowie „Paper & Pencil“) befragt.

1.1 Entwicklung des Fragebogens

Das IGES Institut entwickelte auf Basis des Beschlussentwurfs des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Stand: 12.12.2016) einen Fragebogen.

Die Entwicklung des Fragebogens orientierte sich systematisch an den in dem Beschlussentwurf enthaltenen (spezifischen) Vorgaben in den folgenden Kategorien:

- ◆ Anzahl und Art der Fachabteilungen,
- ◆ Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Personals,
- ◆ Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten,
- ◆ Medizinisch-technische Ausstattung sowie
- ◆ Strukturen und Prozesse der Notaufnahme

sowie den genannten allgemeinen Anforderungen. Des Weiteren wurden die Kriterien der spezifischen Module (z. B. Kindernotfallversorgung, Spezialversorgung) in den Fragebogen aufgenommen.

Eine Zuordnung der abgefragten Kriterien zu den Notfallstufen gemäß den unterschiedlichen Konzepten des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erfolgte im Fragebogen grundsätzlich nicht. Im Fragebogen wurde nur dann auf die unterschiedlichen Konzepte verwiesen, wenn offensichtlich konkurrierende Definitionen abgefragt wurden; eine Zuordnung der Fragen zu den Konzepten war ohne Kenntnis des Beschlussentwurfs nicht möglich.

Grundsätzlich wurde für die Formulierung der Fragen der genaue Wortlaut aus dem Beschlussentwurf verwendet. Eine darüber hinaus gehende bzw. ergänzende Konkretisierung der Inhalte wurde bei dem Entwurf des Fragebogens von IGES nur vorgenommen, soweit sie sich eindeutig aus dem Beschlussentwurf oder den Tragenden Gründen ergab.

In einem Abstimmungstreffen hat das IGES Institut den G-BA sowie die Mitglieder der KG Folgenabschätzung / Notfallversorgung auf der Grundlage eines internen methodischen und inhaltlichen Expertenreviews auf die Formulierungen hingewiesen, die nach seiner Einschätzung näher spezifiziert oder konkretisiert werden sollten, um Rückfragen zu vermeiden. Teilweise konnten Begrifflichkeiten geklärt

werden, teilweise war es expliziter Wunsch der jeweiligen Bänke, dass Formulierungen des Beschlussentwurfs ohne weitere Konkretisierung in den Fragebogen aufgenommen wurden.

Das IGES Institut hat auf der Grundlage der Ergebnisse des Abstimmungstreffens einen Fragebogenentwurf an den G-BA geschickt. Dieser wurde von den Beteiligten kommentiert, von IGES überarbeitet und in einer Telefonkonferenz abgestimmt.

1.2 Bestimmung der Grundgesamtheit und Aufbereitung der Adressen

Die Befragung richtete sich an alle Standorte von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern in Deutschland mit vollstationären Fällen, die zum Zeitpunkt der Befragung in Betrieb und nicht ausschließlich in der psychiatrischen Versorgung tätig waren.

Als primäre Datenquelle für die Adressen der Krankenhausstandorte diente die maschinenlesbare Version der Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2015, die durch den G-BA zur Verfügung gestellt wurde (Veröffentlichungsdatum: Mai 2017).¹ Die in den Qualitätsberichten enthaltenen Adressen der Krankenhausstandorte wurden durch das IGES Institut auf Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben geprüft und bei Bedarf ergänzt bzw. korrigiert.

1.3 Ablauf der Befragung

Versand der Erhebungsunterlagen

Die Erhebungsunterlagen wurden Mitte Juli 2017 postalisch an die Verwaltungsleitungen bzw. kaufmännischen Leitungen der Krankenhausstandorte versendet. Neben dem Fragebogen enthielten die Unterlagen ein Anschreiben des IGES Instituts, ein Begleitschreiben des G-BA sowie einen frankierten und adressierten („Porto zahlt Empfänger“) Rückumschlag.

Das Anschreiben wurde vom IGES Institut entwickelt und mit dem Auftraggeber abgestimmt. Es enthielt eine kurze Einführung zu den Zielen der Befragung sowie Hinweise zum Datenschutz. Des Weiteren waren in dem Schreiben der Internetlink und das Zugangspasswort für den Online-Fragebogen enthalten. Für Rückfragen

¹ Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser wurden für das vorliegende Gutachten nur teilweise bzw. auszugsweise genutzt. Eine vollständige, unveränderte Darstellung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist unter www.g-ba.de zu finden. Bei den obigen Angaben zu den Qualitätsberichten handelt es sich um die Pflichtangaben gemäß § 4 Abs. 5 der Allgemeinen Nutzungsbedingungen des G-BA (Stand 22. Januar 2015). (Abruf unter <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsdaten/qualitaetsbericht/xml-daten/> am 10.11.2017). Die gesetzliche Grundlage für die Qualitätsberichte hat sich durch das KHSG geändert.

zur Befragung bzw. zum Fragebogen wurde sowohl eine Email-Adresse als auch ein Ansprechpartner beim IGES mit Telefonnummer angegeben.

Als Anreiz für die Teilnahme wurden den Krankenhausstandorten zugesagt, dass sie nach Abschluss der Studie aggregierte Auswertungsergebnisse zu den einzelnen Variablen erhalten werden. Die Krankenhausstandorte hatten hierzu die Möglichkeit, einen Ansprechpartner (mit E-Mail-Adresse) zu benennen.

Verlängerung der Bearbeitungsfrist

Der Rücklauf wurde kontinuierlich beobachtet und dem Auftraggeber in regelmäßigen Abständen mitgeteilt. Nach Ablauf der ursprünglich anberaumten Frist wurde aufgrund zahlreicher Rückmeldungen der Krankenhausstandorte, dass die Frist aufgrund der Urlaubszeit nicht eingehalten werden konnte, die Frist verlängert. Hierzu erfolgte eine erneute Pressemitteilung durch den G-BA.

Schließlich wurden alle ausgefüllten Fragebogen in die Auswertungen einbezogen, die dem IGES Institut gesendet wurden. Der letzte Fragebogen ging am 6. Oktober 2017 am IGES Institut ein.

Technische und inhaltliche Rückfragen

Während des gesamten Befragungszeitraumes gab es ein starkes Aufkommen an schriftlichen und telefonischen Rückfragen. Dabei handelte es sich sowohl um technische / organisatorische Rückfragen als auch um inhaltliche Nachfragen zu einzelnen Fragen des Fragebogens.

Bei den organisatorischen Rückfragen war der Hauptgrund der Kontaktaufnahme eine Bitte um den nochmaligen Versand der Erhebungsunterlagen. Ca. 250 Erhebungsunterlagen (rund 14 %) wurden nochmals postalisch versendet, zahlreiche weitere wurden zusätzlich per E-Mail versendet. Des Weiteren baten einige Krankenhäuser darum, den Fragebogen in digitaler Form als pdf-Datei zu erhalten, damit dieser intern weitergegeben werden konnte, sowie um eine Kopie des schon ausgefüllten Fragebogens. Für die Online-Nutzer hat das IGES Institut während der Laufzeit der Befragung ein Online-Tool integriert, so dass die eigenen Antworten am Ende der Befragung als pdf-Datei generiert und gespeichert werden konnten. Die Krankenhausstandorte, die sich vor der Integration dieses Tools online beteiligt haben, erhielten ihre Antworten auf Wunsch auch als pdf-Datei. Weitere Anlässe für Nachfragen waren u. a. Fragen nach Übermittlungsmöglichkeiten der ausgefüllten Fragebögen, Bitten um Fristverlängerung (am Ende der jeweiligen Befragungszeiträume) sowie erwünschte Korrekturen an bereits übermittelten ausgefüllten Fragebögen. Einige Nachfragen bezogen sich auch auf Datenschutzfragen bzw. konkret die Frage, an wen die Befragungsdaten in welcher Form weitergegeben werden.

Inhaltliche Rückfragen gab es von rund 170 Krankenhäusern und acht Organisationen, teilweise mit mehreren Nachfragen² oder mit Stellungnahmen zur besonderen Situation einzelner Krankenhausstandorte. Die Rückfragen legten zum Teil die Vermutung nahe, dass die Krankenhäuser über Antwortalternativen mit Blick auf eine spätere Zuordnung zu den Stufen für die zukünftige Teilnahme an der Notfallversorgung in Erwägung zogen.

Jede vierte Nachfrage bezog sich auf die Vorhaltezeiten, die auf die wöchentliche Arbeitszeit angerechnet werden. Jede zehnte Nachfrage bezog sich auf die Fachabteilungsdefinitionen. Eine detaillierte Beschreibung, welche Rückfragen zu den einzelnen Fragen gestellt wurden bzw. welche Anmerkungen zu einzelnen Fragen gemacht wurden, findet sich in Kapitel 1.4.2.

1.4 Anmerkungen und Rückfragen zum Fragebogen

1.4.1 Generelle Anmerkungen und Hinweise

Neben spezifischen Anmerkungen und Nachfragen zu einzelnen Fragen des Fragebogens gab es auch generelle Anmerkungen und Hinweise, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Zum einen wurde kritisiert, dass bestimmte Aspekte nicht abgefragt wurden und damit bei den Konzepten einer gestuften Notfallversorgung nicht berücksichtigt würden. Dies betraf die folgenden Aspekte:

- ◆ Intermediate Care (IMC) & Intensivkapazitäten
- ◆ Verkehrsanbindungen / Versorgungsgebiete
- ◆ Stroke Units als medizinischer Schwerpunkt

Um ein vollständiges Bild der Notfallversorgungsstrukturen zu erhalten, sei es erforderlich, auch IMC zu berücksichtigen, da Krankenhausstandorte ohne IMC bezüglich intensivmedizinischer Versorgung strukturell schlechter ausgestattet seien als Krankenhausstandorte mit IMC.

Die geographische Lage und Verkehrsanbindung sei ein wesentlicher Faktor, der auch die Vorhaltekosten beeinflusse (v. a. Flächenversorgung versus Innenstadtlage). In diesem Zusammenhang wurde auch für erforderlich gehalten, die lokale / regionale ambulante Notarztversorgung zu berücksichtigen. Wenn im niedergelassenen Vertragsarztbereich (Haus- und Fachärzte) des Einzugsgebietes eines Krankenhausstandortes Defizite bestünden, so müsse zwangsläufig das nächstgelegene Krankenhaus diese Defizite kompensieren. Von Bedeutung seien hier auch die realen Wartezeiten bei den niedergelassenen Arztpraxen.

² Zählt man nur die telefonischen Nachfragen, so waren dies schon rund 300 Nachfragen zu bestimmten Fragen.

Zum anderen äußerten einige Krankenhäuser mit einer „gemischter Versorgungsstruktur“ aus Grund- und Regelversorgung und Schwerpunktbereichen die Sorge, zukünftig lediglich auf die Grund- und Regelversorgung reduziert zu werden.³

Zusätzlich kritisierte der Marburger Bund, dass der Begriff Krankenhausstandort nicht erläutert werde. Daher sei unklar, welche Definition von Krankenhausstandorten der Befragung zugrunde gelegt wurde. Des Weiteren wurde kritisiert, dass bei der Frage nach den Übergangsfristen nicht erkennbar sei, durch welche Umstände (rechtlicher, baulicher oder finanzieller Art) die Antworten geprägt seien.

Des Weiteren wurde von einigen Fachkliniken kommentiert, dass auch sie hohe Vorhaltekosten haben. Es sei nicht nur die „Breite des Versorgungsangebotes“ relevant, sondern auch die „Tiefe der Spezialisierung“. Dies betreffe beispielsweise kardiologische Kindernotfälle.

1.4.2 Spezifische Rückmeldungen zu den einzelnen Fragen

Im Folgenden werden die spezifischen Rückmeldungen zu den einzelnen Fragen – gegliedert nach den Frageblöcken – dargestellt. Die einzelnen Fragen des Fragebogens werden im Folgenden nur erwähnt, wenn es zu mindestens einer Rückfrage bezüglich dieser Frage gekommen ist.

1.4.2.1 Frageblock 1: Einordnung als Fachklinik oder besondere Einrichtung

Frage 1.1.1: Handelt es sich bei Ihrem Krankenhausstandort um eine besondere Einrichtung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG?

Zu dieser Frage kamen Rückfragen, da der § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG nicht bekannt war oder die Inhalte des Paragraphen nicht verständlich waren.

Des Weiteren wurde gefragt, wie damit umzugehen sei, dass „Teile“ des Krankenhausstandortes, wie beispielsweise die Palliativstation, eine besondere Einrichtung seien, nicht jedoch der gesamte Krankenhausstandort.

Frage 1.1.2 Nimmt Ihr Krankenhausstandort derzeit an der Notfallversorgung teil?

Ein Krankenhausstandort nimmt nur tagsüber an der Notfallversorgung teil. Diese Antwortmöglichkeit war nicht vorgesehen und es wurde daher „nein“ angekreuzt.

Frage 1.1.4 Handelt es sich bei Ihrem Krankenhausstandort um eine Fachklinik, d. h. erbringen Sie ausschließlich Leistungen eines Indikationsbereiches?

Einige Nachfragen gab es zur Definition einer Fachklinik bzw. eines Indikationsbereiches: zum einen von Krankenhausstandorten, die im Krankenhausplan als Allge-

³ Diese Rückmeldung kam beispielsweise von einem Krankenhausstandort mit einer Grund- und Regelversorgung für die Bereiche Innere Medizin und Chirurgie sowie einer Schwerpunktversorgung für die Bereiche Neurologie, Frauenheilkunde und Urologie.

meine Krankenhäuser ausgewiesen sind, aber ausschließlich „Kinder und Jugendliche“ behandeln; zum anderen von Krankenhausstandorten, bei denen der Status als Fachklinik nicht im Feststellungsbescheid ausgewiesen ist. Zusätzlich wurde von Krankenhausstandorten nachgefragt, wenn das Behandlungsspektrum mehr als einen Indikationsbereich abdeckt, aber die Klinik trotzdem eine Fachklinik ist (z. B. Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie).

Diese Frage wurde unserer Einschätzung nach teilweise mit strategischen Erwägungen beantwortet. So gab eine „Fachklinik“ für Innere Medizin an, keine Fachklinik zu sein, da vermutlich ein Risiko des Ausschlusses von der Notfallversorgung gesehen wurde. Im Gegensatz dazu hat ein Krankenhausstandort angegeben, eine Fachklinik zu sein, obwohl es nach eigenen Angaben kein war, weil vermutlich über eine Einstufung als solche die weitere Teilnahme an der Notfallversorgung angestrebt wird.

1.4.2.2 Frageblock 2: Art und Anzahl der Fachabteilungen

Frage 2.1.1 und 2.2.1 Definitionen einer Fachabteilung

Einige Krankenhausstandorte fragten explizit nach dem Unterschied zwischen den Definitionen, da sie die Auffassung vertraten, dass die Definitionen nicht ausreichend voneinander unterscheidbar seien. Des Weiteren war teilweise unklar, ob sich diese Frage auch auf Belegabteilungen bezieht. Zusätzlich wurde oftmals nachgefragt, wie die Definitionen zu verstehen seien, wenn verschiedene Teilgebiete unter einer Fachabteilung zusammengefasst sind. Als Beispiel wurden hier die Kardiologie und die Gastroenterologie genannt, wenn diese zur Fachabteilung Innere Medizin gehören.

Zur Definition 1⁴ gab es zwei Nachfragen (die jedoch von mehreren Krankenhausstandorten gestellt wurden): Zum einen wurde gefragt, ob die Definition auch erfüllt ist, wenn die Anästhesiologie keine eigenen Betten vorhält. Zum anderen wurde nachgefragt, ob eine organisatorische Eigenständigkeit vorliegen kann, wenn ein Leiter für zwei Teilgebiete zuständig ist.

Keine expliziten Nachfragen gab es zu Definition 2.⁵ Allerdings wiesen zwei bayerischen Universitätskliniken darauf hin, dass die Ärzte dort verbeamtet seien und nicht angestellt, wie es in der Definition 2 gefordert wird.

⁴ Eine Fachabteilung liegt vor, wenn es sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Krankenhausstandort handelt.

⁵ Eine Fachabteilung liegt vor, wenn angestellte Ärzte des Krankenhauses der Fachabteilung zugeordnet sind und die entsprechenden Qualifikationsnachweise der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer haben. Ein angestellter Facharzt mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 /7) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.

Die häufigsten Nachfragen gab es zu Definition 3⁶, insbesondere zu dem Begriff „vorgehalten“. Hier wurde oftmals nachgefragt, ob dies bedeute, dass zu jeder Zeit ein Facharzt (im Präsenzdienst) anwesend sein müsse. Des Weiteren wurde vielfach der Bezug zur Musterweiterbildungsordnung kritisiert.

Frage 2.3.1 Versorgungsauftrag gemäß Landeskrankenhausplan

Universitätskliniken werden in den Landeskrankenhausplänen in einigen Bundesländern nur im Anhang erwähnt. Hier kam die Nachfrage, ob dies dann trotzdem als Versorgungsauftrag gemäß Landeskrankenhausplan gelten könne. In Bayern werden grundsätzlich Teilgebiete im Landeskrankenhausplan ausgewiesen, nicht jedoch für Universitätskliniken.

Des Weiteren werden in einigen Krankenhausplänen lediglich Schwerpunkte ausgewiesen und keine Teilgebiete.

Frage 2.4.1 Fachabteilungen gemäß Budgetvereinbarungen

Vereinzelte Nachfragen gab es zur Bedeutung der „Zweistellerebene“, da die Budgetvereinbarung auf Vierstellerebene stattfindet.

1.4.2.3 Frageblock 3: Anzahl und Qualifikation des vorgehaltenen Personals

Frage 3.1.1 In welchen der nachfolgend genannten Facharztkompetenzen ist an Ihrem Krankenhausstandort mindestens ein Facharzt jederzeit (24 / 7) anwesend?

Vergleichsweise selten wurde nachgefragt, was mit „anwesend“ gemeint sei und ob auch Rufdienst möglich sei, um die Anforderung zu erfüllen. Des Weiteren fragten einige Krankenhäuser nach, ob dies tatsächlich eine Anforderung in den Konzepten sei, da dies kein Krankenhaus erfülle – irgendwann übernehme immer der Assistenzarzt.

Frage 3.1.2: In welchem der nachfolgend genannten Facharztkompetenzen ist an ihrem Krankenhausstandort mindestens ein Facharzt der folgenden genannten Fachrichtungen mindestens von 9-17 Uhr anwesend?

Bei dieser Frage wurde mehrfach nachgefragt, ob die Zeit von 9 bis 17 Uhr tatsächlich wörtlich zu nehmen sei. Diese widerspreche nämlich bei vielen Krankenhausstandorten die üblichen Schichtzeiten von 7 bis 15 Uhr bzw. 16 Uhr. Des Weiteren war den Befragten nicht klar, ob dieses Kriterium an allen Wochentagen oder nur von Montag bis Freitag zu erfüllen sei.

⁶ Eine Fachabteilung liegt vor, wenn grundsätzlich zu jeder Zeit (24 / 7) die apparative und personelle Ausstattung zur Behandlung in den genannten Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunkten der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vorgehalten wird.

Frage 3.2.1 Bitte nennen Sie die durchschnittliche Anzahl der Stunden pro Woche, in denen im Jahr 2016 an Ihrem Krankenhausstandort mindestens ein Facharzt der genannten Fachrichtungen innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar war und wie viele Vorhaltezeiten (Rufdienst, Bereitschaftsdienst u. ä.) auf die wöchentliche Arbeitszeit angerechnet worden sind

Rund jede zweite Nachfrage bezog sich auf diese Frage. Insbesondere die Frage nach der Anrechnung von „Vorhaltezeiten“ erzeugte Verständnisschwierigkeiten, da Vorhaltezeiten oftmals nicht angerechnet würden, sondern lediglich die Aktivzeiten. Des Weiteren wurde nachgefragt, welchen Zweck diese Frage habe und wofür diese später verwendet werde. Ein weiterer Grund für die Nachfragen war, dass diese Frage von vielen Krankenhausstandorten nicht bzw. nach eigenen Aussagen nicht valide (Schätzwerte) beantwortet werden konnte.

Frage 3.3.1 Ist an Ihrem Krankenhausstandort sichergestellt, dass zu jeder Zeit (24 / 7) ein Facharzt für Innere Medizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten ist?⁷

Zu dieser Frage (in Kombination mit Frage 3.3.2) kamen häufig Nachfragen, insbesondere ob die Anforderung erfüllt werde, wenn ein Facharzt zu jeder Zeit im Rufdienst verfügbar sei. Des Weiteren wurde in diesem Zusammenhang auch häufig nach der Abgrenzung bzw. dem Unterschied zu Frage 3.3.2 gefragt.

Des Weiteren wurde diese Anforderung von einigen Krankenhäusern einerseits als Rufdienst qualifiziert, andererseits aber der Zeitbezug von 30 Minuten als problematisch eingestuft. Ein Dienst, bei dem der Diensthabende sich nicht mehr normal zu Hause aufhalten könne, weil er sonst nicht innerhalb von 30 Minuten am Patienten sein könne, erfülle nicht mehr die Kriterien des normalen Rufdienstes. Auch der Marburger Bund kritisierte in einer Stellungnahme, dass die im Fragebogen formulierte 30-Minuten-Erreichbarkeit sich nicht ohne weitergehende Erläuterung mit dem Instrument der ärztlichen Rufbereitschaft verträge.

Frage 3.3.2 Ist an Ihrem Krankenhausstandort zu jeder Zeit mindestens ein Facharzt für Innere Medizin im Rufdienst verfügbar, der sich unverzüglich zum Patienten begibt?⁸

Zu dieser Frage kam vereinzelt die Nachfrage, was unter „unverzüglich“ zu verstehen sei. Des Weiteren wurde vielfach kritisiert, dass sich die Begriffe „Rufdienst“ und „unverzüglich“ widersprechen.

Mehrfach wurde angemerkt, dass bei der Formulierung der Fragen „Bereitschaftsdienst“ und „Rufdienst“ verwechselt worden seien: So sei die 30-Minuten-Verfügbarkeit im Rufdienst üblich, „unverzüglich beim Patienten“ könne jedoch nur der Bereitschaftsdienst vor Ort sein.

⁷ Entsprechend auch Frage 3.4.1 und 3.5.1 für die Fachgebiete Chirurgie und Anästhesiologie.

⁸ Entsprechend auf Frage 3.4.2 und 3.5.2 für die Fachgebiete Chirurgie und Anästhesiologie.

Frage 3.7.1 Ist ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ zu jeder Zeit an Ihrem Krankenhausstandort verfügbar?

Der Marburger Bund deutete die Frage nach der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ als Frage nach der „Zusatzweiterbildung Notfallmedizin“ und kritisierte, dass eine Frage nach der Zusatzweiterbildung fachlich nicht korrekt sei. Ärzte mit dieser Zusatzweiterbildung seien häufig gerade nicht im Krankenhaus, sondern im präklinischen Bereich tätig.

1.4.2.4 Frageblock 4: Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten**Frage 4.1.2 Wie viele Intensivbetten halten Sie an Ihrem Krankenhausstandort vor?**

Bei dieser Frage wurde teilweise nach einer genaueren Definition eines „Intensivbettes“ gefragt, insbesondere

- ◆ aufgestellte Betten oder Betten laut Feststellungsbescheid?
- ◆ Betten für Kinder und für Erwachsene?
- ◆ auch IMC-Betten?

Frage 4.1.3 Inwieweit ist Ihr Krankenhausstandort auch für beatmungspflichtige Intensivpatienten aufnahmebereit bzw. aufnahmefähig?

Bei dieser Frage wurde nach dem Unterschied zwischen „60 Minuten nach Krankenhausaufnahme“ und „60 Minuten nach Indikationsstellung in der Notaufnahme“ gefragt.

Des Weiteren wurde kritisiert, dass die 60 Minuten viel zu lang seien.

1.4.2.5 Frageblock 5: Medizinisch-technische Ausstattung**Frage 5.1.2 Befindet sich ein MRT in unmittelbarer Nähe zum Schockraum?**

Nachfragen gab es zur Definition „unmittelbare“ Nähe.

Des Weiteren kritisierte der Marburger Bund, dass diese Frage nicht aussagekräftig sei, da es viele baubedingte Gründe dafür gebe, dass ein MRT nicht in unmittelbarer Nähe zum Schockraum platziert werden könne.

Frage 5.2.1: Verfügen Sie an Ihrem Krankenhausstandort über einen Schockraum?

Zu dieser Frage gab es keine Nachfragen der befragten Krankenhausstandorte. Allerdings kritisierte der Marburger Bund in einer Stellungnahme, dass nicht definiert sei, ob damit der polytraumatische Schockraum, der internistische Schockraum oder beide gemeint seien.

Frage 5.2.2: Ist mindestens ein Schockraum mindestens 25 qm groß?

Vereinzelt nachgefragt wurde, aus welcher Quelle (Leitlinien, Empfehlungen) sich die Vorgabe einer Mindestgröße von 25qm ableite.

Frage 5.3.1: Hat Ihr Krankenhausstandort einen genehmigten Hubschrauberlandeplatz?

Ein Krankenhausstandort fragte nach dem Unterschied zwischen einem Hubschrauberlandeplatz und einer Hubschrauberlandestelle.

Bei einem Krankenhausstandort befindet sich der Hubschrauberlandeplatz derzeit im Bau, ist aber genehmigt. Dieser Krankenhausstandort hat die Frage nach dem Hubschrauberlandeplatz daher bejaht.

Frage 5.4.1: Verfügt Ihr Krankenhausstandort über eine Stroke Unit?

Nachgefragt wurde, ob die Stroke Unit zertifiziert sein müsse.

Frage 5.3.3: Hat Ihr Krankenhausstandort eine Hubschrauberlandestelle (PIS)?

Zu dieser Frage wurde zum einen nach der Bedeutung von PIS gefragt, zum anderen wurde gefragt, ob auch „ja“ anzukreuzen sei, wenn die Hubschrauberlandestelle in der Nähe des Krankenhausstandortes sei.

1.4.2.6 Frageblock 6: Strukturen und Prozesse der Notaufnahme**Frage 6.1.1: Gibt es an Ihrem Krankenhausstandort eine Zentrale Notaufnahme?**

Bezüglich der Zentralen Notaufnahme gab es einige Nachfragen zur Definition einer ZNA, nämlich:

- ◆ Muss die eigenständige Leitung ärztlich sein oder genügt eine pflegerische Leitung?
- ◆ Reicht ein Oberarzt für die eigenständige Leitung aus oder muss die ZNA von einem Chefarzt geleitet werden?
- ◆ Ist das Kriterium auch erfüllt, wenn die Notaufnahme organisatorisch zu einer Abteilung gehört, beispielsweise zur Fachabteilung „Innere Medizin“?

Der Marburger Bund gab zu bedenken, dass „eine eigenständige, fachlich unabhängige Leitung“ einer weitergehenden Definition und Spezifizierung bedarf.

Des Weiteren kommentierten einige Universitätskliniken, dass eine ZNA für sie nicht wünschenswert sei, da ansonsten bei einem hohen Patientenaufkommen (z. B. aufgrund eines Unfalls mit vielen Schwerverletzten) der Normalbetrieb auf anderen Notaufnahmen nicht mehr möglich sei. In diesem Zusammenhang wurde kritisiert, dass die einzelnen Merkmale (z. B. Triage) nicht abgefragt würden, wenn keine ZNA vorhanden sei.

Frage 6.1.2: Welcher Anteil der Notfallpatienten – ohne Notfälle von Kindern und ohne Notfälle im geburtshilflichen Bereich – wird in der Zentralen Notaufnahme aufgenommen? Bitte schätzen Sie den Anteil ggf.

Zu dieser Frage wurde nachgefragt, welcher Anteil gemeint sei: der Anteil der Notfallpatienten, die stationär verbleiben (vs. ambulant), oder der Anteil der Notfallpatienten, die in der ZNA aufgenommen werden und nicht über andere Zugangswege.

Frage: 6.1.11 Steht für die Aufnahmestation zusätzlich mindestens eine Pflegekraft pro fünf Betten / pro Schicht zur Verfügung?

Diese Frage wurde in Zusammenhang mit Frage 6.1.9 (mindestens zwei Pflegekräfte pro Schicht) kritisiert, da dies zusammen genommen dann mindestens vier Pflegekräfte für sechs Betten bedeuten würde.

1.4.2.7 Frageblock 7: Weitere Angaben

7.1.1: Verfügt Ihr Krankenhausstandort gemäß § 75 Abs. 1b SGB V über eine Notdienstpraxis oder ist die Notfallambulanz in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der KV eingebunden?

Bezüglich einer Kooperationsvereinbarung wurde gefragt, ob eine Kooperationsvereinbarung ausreiche oder ob alle möglichen Kooperationsvereinbarungen geschlossen sein müssten, um diese Frage zu bejahen.

1.4.2.8 Frageblock 9: Notfallversorgung von Kindern

9.1.3 Verfügt Ihr Krankenhausstandort über ein strukturiertes System zur Behandlungspriorisierung von Kindern in der Notfallversorgung (Triage)?

Nachgefragt wurde, ob das „strukturierte System“ auch ein „validiertes System“ sein müsse.

9.1.12 Ist an Ihrem Krankenhausstandort jederzeit (24 / 7) ein Facharzt für Neurochirurgie mit nachgewiesener Erfahrung in pädiatrischer Neurochirurgie in 30 Minuten am Patienten verfügbar?

Bezüglich dieser Frage wurde nach der Definition des Begriffes „nachgewiesene Erfahrung“ gefragt.

9.1.17 Verfügt Ihr Krankenhausstandort jederzeit (24 / 7) über Magnetresonanztomographie (MRT), Sonographie, Röntgendiagnostik und Computertomographie (CT), die auf die besonderen Bedürfnisse pädiatrischer Patienten ausgerichtet sind?

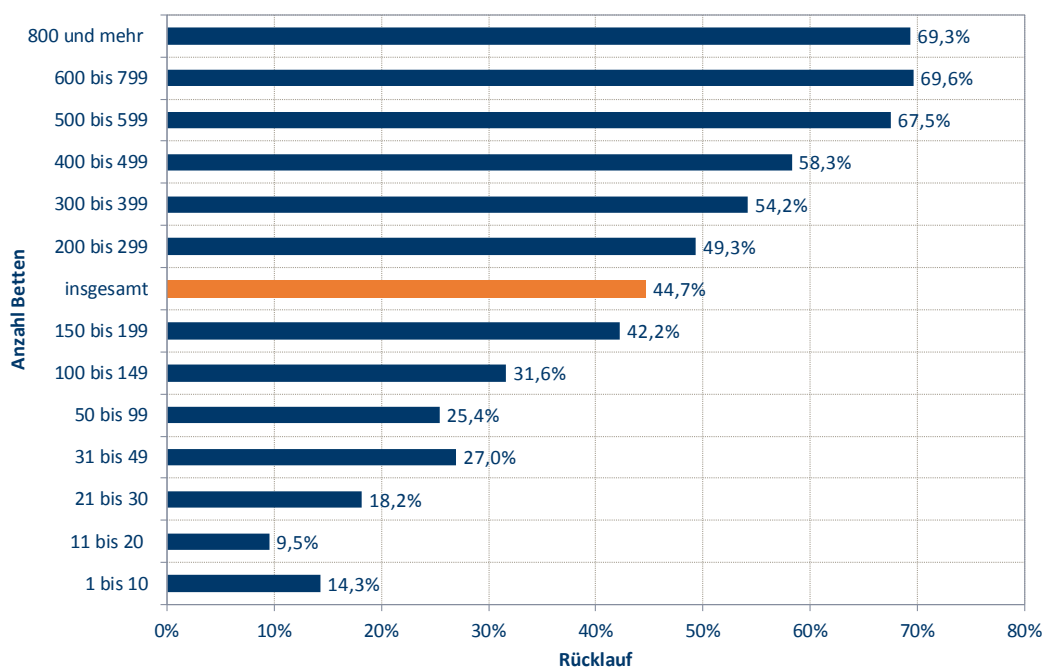
Nachgefragt wurde, ob alle aufgelisteten Geräte vorhanden sein müssten oder ob das Vorhandensein einer Auswahl ausreiche.

1.5 Beteiligung an der Befragung

Von den 1.783 angeschriebenen Krankenhausstandorten in Deutschland (vgl. dazu auch Kapitel 1.2) waren neun Standorte zum Zeitpunkt des Anschreibens schon geschlossen, 15 Standorte kamen aus verschiedenen Gründen für eine Teilnahme an der Befragung nicht in Betracht und fünf zusätzlich Standorte wurden von Krankenhäusern nachgemeldet. So ergab sich eine Grundgesamtheit von 1.764 relevanten Krankenhausstandorten. An der Befragung beteiligten sich insgesamt 788 Krankenhausstandorte (davon 23 anonym, d. h. ohne Nennung des Krankenhausstandortes). Dies entspricht einer Rücklaufquote von insgesamt rund 44,7 %.

Krankenhausstandorte mit einer größeren Anzahl an Betten nahmen überdurchschnittlich häufig an der Befragung teil (Abbildung 1).

Abbildung 1: Verteilung der Rücklaufquote nach der Größe der Krankenhäuser (Bettenzahl)



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Krankenhausstandorte sowie den Daten der Strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2015

2. Sicherstellung einer leitliniengerechten Notfallversorgung

Im Rahmen des Gutachtens zur Folgenabschätzung war zu prüfen, ob/inwieweit die Mindestvoraussetzungen der verschiedenen Konzepte für die Zuordnung zu einer Notfallstufe geeignet sind, die Versorgung von Notfällen gemäß den Vorgaben der Leitlinien, auf welche im Stellungnahme-Verfahren Bezug genommen wird, zu gewährleisten.

Im Projektverlauf wurde der Untersuchungsauftrag durch den Auftraggeber dahingehend modifiziert, dass als Bezugsgröße für die Beurteilung der verschiedenen Konzepte das Eckpunktepapier von Fischer et al. (2016) samt der im Internet verfügbaren Anhänge⁹ herangezogen werden soll. Dieses Papier fokussiert auf sechs besonders notfallrelevante Tracerdiagnosen (schweres Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall, Schwerverletzte/Polytrauma, Sepsis, ST-Hebungsinfarkt, plötzlicher Kreislaufstillstand) und stellt zudem die besonderen Anforderungen an die Versorgung von Kindern mit diesen Indikationen heraus. Für jede dieser sechs Tracerdiagnosen und die pädiatrische Notfallversorgung werden Anforderungen an ein zur Notfallversorgung „geeignetes“ Krankenhaus formuliert und Vorgaben für die maximale Dauer von der Krankenhausaufnahme bis zum Beginn der definitiven Therapie gemacht. Die im Eckpunktepapier enthaltenen Vorgaben zu spezifischen medizinischen Maßnahmen und zur Qualitätssicherung (etwa Teilnahme an einem Register) werden hier nicht berücksichtigt.

Im Folgenden werden diese Anforderungen und Zeitvorgaben für die einzelnen Bereiche dargestellt, und es wird geprüft, ob sich diese Vorgaben in den Konzepten für die gestufte Notfallversorgung gemäß Beschlussentwurf vom 12.12.2016 wiederfinden.

⁹ Vgl. Fischer M, Kehrberger E, Marung H, Moecke H, Prückner S, Trentzsch H, Urban B (2016) Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. Notfall + Rettungsmedizin, August 2016, Vol. 19 Nr. 5: 387-395. Online verfügbar samt Anhängen unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-016-0187-0>

Schweres Schädel-Hirntrauma

Die Anforderungen an die klinische Versorgung von Patienten mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma werden in den Konzepten nur zum Teil erfüllt. Wesentliche Kriterien (jederzeit verfügbares CT, Schockraum) werden im Konzept der DKG erst für die erweiterte Notfallversorgung gefordert (Tabelle 1).

Tabelle 1: Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Patienten mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
zertifiziertes Traumazentrum	ähnlich (Traumazentrum ja, Zertifizierung nein)	Modul Schwerverletztenversorgung	GKV-SV & KBV (überregionales TZ), DKG (Traumazentrum)
neurochirurgische Fachabteilung	nein (ist in Konzepten fakultativ)		
jederzeit einsatzbereites CT	ja / ähnlich	Basis/erweitert	Basis: GKV-SV, PatV, KBV/erweitert: DKG („grundsätzlich zu jeder Zeit“)
Schockraum	ja	Basis/erweitert	Basis: GKV-SV, KBV, LV; erweitert: DKG
Raumfordernde intrakranielle Verletzungen sollen notfallmäßig operativ versorgt werden (innerhalb von 90min nach Notrufeingang; unter der Maßgabe, dass der Patient höchstens 60 Minuten nach Notrufeingang in einer geeigneten Klinik aufgenommen wird)	nein		

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016

Schlaganfall

Die Anforderungen des Eckpunktepapiers an die klinische Notfallversorgung eines Schlaganfalls sind in den Konzepten nur teilweise und nur für die erweiterte oder umfassende Notfallversorgung enthalten (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anforderungen an die klinische Notfallversorgung eines Schlaganfalls und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
zertifizierte Stroke Unit	ähnlich (Stroke Unit ja, aber ohne Zertifizierung)	umfassend/ Modul Schlaganfallversorgung	DKG
24-Stunden CT-Bereitschaft	ja/ähnlich	Basis/ erweitert	Basis: GKV-SV, PatV, KBV; erweitert: DKG („grundsätzlich zu jeder Zeit“)
CT in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme	nein		
die "door-to-needle-time" sollte kürzer als 30 Minuten sein („time is brain“), entsprechend einer Zeit von unter 90 Minuten ab Notrufeingang.	nein		

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016

Schwerverletzte / Polytrauma

Die beiden strukturellen Anforderungen (Traumazentrum, Schockraum) an die Versorgung von schwerverletzten Patienten / Patienten mit einem Polytrauma sind in den Konzepten grundsätzlich enthalten, aber teilweise erst auf den Stufen der erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung (Tabelle 3).

Tabelle 3: Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Schwerverletzten/Patienten mit Polytrauma und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
zertifiziertes überregionales oder regionales Traumazentrum	ähnlich (Traumazentrum ja, Zertifizierung nein)	Modul Schwerverletztenversorgung	GKV-SV & KBV (überregionales TZ), DKG (Traumazentrum)
Schockraum	ja	Basis/erweitert	Basis: GKV-SV, KBV, LV; erweitert: DKG
innerhalb von 90 Minuten nach Notrufeingang Beginn einer lebensrettenden Notfalloperation (unter der Maßgabe, dass der Patient höchstens 60 Minuten nach Notrufeingang in einer geeigneten Klinik aufgenommen wird)	nein		

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016

Sepsis

Die über die allgemeine Notfallversorgung hinausgehenden, spezifischen Anforderungen an die Notfallversorgung von Sepsis-Patienten sind in den Konzepten nicht enthalten (Tabelle 4).

Tabelle 4: Anforderungen an die klinische Notfallversorgung einer Sepsis und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
Schockraum	ja	Basis/ erweitert	Basis: GKV-SV, KBV, LV; DKG (erweitert)
rund um die Uhr einsatzbereite Notaufnahme	ja	Basis	GKV-SV, PatV, KBV
Intensivstation	ja /ähnlich	Basis / ab erweitert	GKV-SV, PatV, KBV, LV; ab erweitert: DKG (Intensivbetten)
rund um die Uhr einsatzbereites CT	ja /ähnlich	Basis/ erweitert	Basis: GKV-SV, PatV, KBV/erweitert: DKG („grundsätzlich zu jeder Zeit“)
rund um die Uhr einsatzbereites Labor	nein		
Möglichkeiten zur Sanierung des Infekt-Fokus mit entsprechender fachspezifischer Qualifikation	nein		
Alle Maßnahmen des Resuscitation-Bündels (außer Antibiotikatherapie) einschließlich Diagnostik und mikrobiologische Probenentnahme innerhalb von 90 Minuten ab Notruf (unter der Maßgabe, dass Patienten mit V.a. Sepsis innerhalb von 60 Minuten nach Notrufeingang in einem geeigneten Krankenhaus eintreffen), dann Beginn der Antibiotikatherapie	nein		

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016

Plötzlicher Kreislaufstillstand

Die Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Patienten mit einem plötzlichen Kreislaufstillstand sind in den Konzepten vielfach – zumindest in ähnlicher Form – enthalten, oft jedoch erst ab der Stufe der erweiterten Notfallversorgung (Tabelle 5).

Tabelle 5: Anforderungen an die klinische Notfallversorgung Patienten mit einem plötzlichen Kreislaufstillstand und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
unmittelbar und jederzeit Möglichkeit zur kardiologischen Katheter-Intervention	ähnlich den Vorgaben zur PCI	erweitert	KBV, GKV-SV (20 Minuten), LV (30 Minuten), DKG (60 Minuten)
unmittelbar und jederzeit Möglichkeit zur CT-Untersuchung	ja/ähnlich	Basis/ erweitert	Basis: GKV-SV, PatV, KBV/erweitert: DKG („grundsätzlich zu jeder Zeit“)
unmittelbar und jederzeit Möglichkeit zur therapeutischen Hypothermie/ zu zielgerichtetem Temperaturmanagement	nein		
unmittelbar und jederzeit Möglichkeit zur standardisierten Intensivtherapie	Ähnlich (Intensivstation; Intensivbetten, Fachabteilung/Facharzt Anästhesiologie, Aufnahmebereitschaft beatmungspflichtige Patienten)	Basis / erweitert / umfassend	je nach Indikator
Behandlung von CPR-Patienten innerhalb von 90 bis 120 Minuten nach rettungsdienstlichem Erstkontakt im Herzkatheterlabor	ähnlich (Minuten bis PCI nach KH-Aufnahme)	erweitert	KBV, GKV-SV (20 Minuten), LV (30 Minuten), DKG (60 Minuten)

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016

ST-Hebungsinfarkt

Bis auf das Schnelllabor zur Infarkt Diagnostik sind die Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Patienten mit ST-Hebungsinfarkt in den Konzepten zumindest in ähnlicher Form enthalten, vielfach jedoch erst ab der Stufe der erweiterten Notfallversorgung (Tabelle 6).

Tabelle 6: Anforderungen an die klinische Notfallversorgung von Patienten mit ST-Hebungsinfarkt und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
Akut-PCI 60 bis spätestens 90 Minuten nach Notrufeingang	ähnlich (Minuten bis PCI nach KH-Aufnahme)	erweitert	KBV, GKV-SV (20 Minuten), LV (30 Minuten), DKG (60 Minuten)
Herzkatheterlabor, das Interventionen jederzeit (24h und 365 Tage) innerhalb von 20 Minuten durchführen kann	ähnlich (Minuten bis PCI nach KH-Aufnahme)	erweitert	KBV, GKV-SV (20 Minuten)
Schnelllabor zur Infarkt Diagnostik	nein		
Intensivstation	ja / ähnlich	Basis / erweitert	ab Basis: GKV-SV, PatV, KBV, LV (Intensivstation); ab erweitert: DKG (Intensivbetten)

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016

Pädiatrische Notfallversorgung

Die besonderen Anforderungen an die pädiatrische Notfallversorgung der Trauerdiagnosen sind in den Konzepten nur zum Teil und oft erst aber der Stufe der erweiterten Notfallversorgung enthalten (Tabelle 7).

Tabelle 7: Anforderungen an die pädiatrische Notfallversorgung der Trauerdiagnosen und die Berücksichtigung dieser Anforderungen in den Konzepten der gestuften Notfallversorgung

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
Schädel-Hirn-Trauma			
Möglichkeit zur sofortigen Intervention (CT, Verlaufs-CCT, Trepanation, eventuell Anlage Hirndrucksonde)	nur CT	Basis/ erweitert	Basis: GKV-SV, PatV, KBV/erweitert: DKG („grundsätzlich zu jeder Zeit“)
Kinderklinik oder etablierte Verfahrensweise zur Weiterverlegung an eine Kinderabteilung oder Kinderklinik mit Kinderchirurgie u. Kinderintensivstation	ja	Basis	GKV-SV, KBV (Klinik verfügt über Weiterverlegungskonzept)
Schlaganfall			
Klinik mit Pediatric Stroke Unit oder eine Kinderklinik mit dienstbereitem Kinderneurologen und CT	nein		
interdisziplinäres Team aus Kinderneurologen, Kinderintensivmediziner, Kinderhämostaseologen und Kinder-Neuroradiologen	nein		
Schwerverletzte/Polytrauma			
Zertifiziertes Traumazentrum DGU	teilweise (TZ ja, Zertifizierung nein)	Modul Schwerverletztensorversorgung	GKV-SV & KBV (überregionales TZ) DKG (Traumazentrum)
Ausstattung des Schockraums gemäß Empfehlung der Gesellschaft für Unfallchirurgie	nein		
Krankenhäuser mit ausgewiesener kindertraumatischer Kompetenz oder einer eigenen Abteilung für Kinderchirurgie	ähnlich	erweitert	GKV-SV, KBV (Kinderchir. oder schriftliche Koop.vereinbarung)

Anforderung an Krankenhaus	in Konzepten enthalten	Stufe, für die Kriterium gilt	Konzepte, die Kriterium enthalten
Krankenhäuser ohne Kinderklinik müssen über eine etablierte Verfahrensweise zur Weiterverlegung an einer Kinderabteilung od. Kinderklinik mit Kinderchirurgie und Kinderintensivstation verfügen	ähnlich	Basis	GKV-SV, KBV (Klinik verfügt über Weiterverlegungskonzept)
ST-Hebungsinfarkt			
Therapiesteuerung durch Kinderkardiologen	nein		
Reanimation bei plötzlichem Kreislaufstillstand			
Kinderintensivstation mit Expertise in der Postreanimationsbehandlung und Möglichkeit eines CCT bei V.a. hypoxisches Hirn-ödem	teilweise / ähnlich	umfassend	GKV-SV, KBV (pädiatrische Intensivstation mit mindestens 10 Betten)

Quelle: IGES auf Basis von Fischer et al. (2016) und G-BA-Beschlussentwurf vom 12.12.2016