

Prof. Dr. Peter Wigge

Gestuftes System von Notfallstrukturen und 24-stündig verfügbare Computertomographie

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurden die Anforderungen an die Notfallstrukturen in den Krankenhäusern neu geregelt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat ein gestuftes System von Notfallstrukturen mit differenzierten Vorgaben für die Notfallstufen beschlossen. Der Beitrag beleuchtet die Anforderungen, die sich im Rahmen dieses gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für eine rund um die Uhr verfügbare Computertomographie ergeben.

1. Das gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern

Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 10. Dezember 2015¹⁾ (BGBl. I, S. 2229, 2249) wurden die Anforderungen an die Notfallstrukturen in den Krankenhäusern gesetzlich neu geregelt.

Gemäß § 136c Absatz 4 SGB V hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zu beschließen. Hierbei sollten für jede Stufe der Notfallversorgung, insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen differenziert festgelegt werden. Die vorgesehene Frist zum Erlass bis zum 31. Dezember 2016 wurde durch das PsychVVG vom 19. Dezember 2016²⁾ bis zum 31. Dezember 2017 verlängert.³⁾ Mit Beschluss vom 19. April 2018 hat der G-BA-Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern erlassen, die am 19. Mai 2018 in Kraft getreten sind.⁴⁾

a. Vorgaben des gestuften Systems von Notfallstrukturen

Das Notfallstufenkonzept soll als Grundlage für eine differenzierte Vergütung von Vorhaltungen in den jeweiligen Notfallstufen dienen. Die Teilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen wird gemäß § 3 Absatz 1 des Beschlusses des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V⁵⁾ vom 19. Mai 2018 in drei Stufen gegliedert:

- eine Stufe der Basisnotfallversorgung (Stufe 1),
- eine Stufe der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) und
- eine Stufe der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3).

In den §§ 5 ff. des Beschlusses legte der G-BA für jede der drei Stufen der Notfallversorgung Vorgaben zu den Kategorien „Art und Anzahl von Fachabteilungen“, „Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals“, „Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten“, „medizinisch-technische Ausstattung“

und „Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme“ fest. Die verschiedenen Arten und die Komplexität an Notfällen, die versorgt werden können, sind von der Basisnotfallstufe bis hin zur umfassenden Notfallstufe aufsteigend. Die einzelnen strukturellen und personellen Vorhaltungen der jeweiligen Stufen sind in den Abschnitten III. bis V. definiert.

§ 1 Absatz 1 S. 2 des Beschlusses des G-BA greift die in § 136c Absatz 4 S. 2 und 3 SGB V enthaltenen Vorgaben der differenzierten Festlegung einzelner Stufen der Notfallversorgung auf und nimmt zugleich auf den in § 9 Absatz 1a Nr. 5 KHEntgG enthaltenen Gedanken Bezug, wonach die Krankenhäuser Zuschläge für ihre Beteiligung und Abschläge für die Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung erhalten, abhängig von der konkreten Stufenzuordnung. Auf der Grundlage dieses Stufensystems haben der GKV-SV und die DKG auf Bundesebene gemäß § 9 Absatz 1a Nr. 5 KHEntgG am 10. Dezember 2018 eine am 1. Januar 2019 in Kraft getretene „Notfallstufenvergütungsvereinbarung“⁶⁾ eingeführt. Darin ist eine jährliche Zuschlagspauschale in Höhe von 153 000 € für die Teilnahme an Stufe 1, von 495 000 € an Stufe 2 und von 688 500 € an Stufe 3 vorgesehen (§ 3 Absatz 1 der Vereinbarung). Sofern die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die Nichtteilnahme eines Krankenhausstandortes an der Notfallversorgung nach § 1 Absatz 1 S. 2 Nr. 7 der Vereinbarung festgestellt haben, erfolgt für jeden vollstationären Behandlungsfall am aufnehmenden Krankenhausstandort ein Rechnungsabschlag in Höhe von 60 €, § 2 Absatz 1 S. 1 der Vereinbarung.

Die Prüfung der Einhaltung der Anforderungen des Notfallstufenkonzepts durch die Krankenhäuser obliegt gemäß § 275a Absatz 1 SGB V dem Medizinischen Dienst, der hierzu Kontrollen nach der Richtlinie des G-BA nach § 137 Absatz 3 SGB V durchführt. Soweit es im Rahmen der Überprüfung durch den MD zu der Feststellung kommt, dass das Krankenhaus nicht die Anforderungen an die Notfallversorgung nach den Abschnitten III. bis V. des Beschlusses des G-BA erfüllt, kann dies zur Aberkennung der Teilnahmeberechtigung an der jeweiligen Notfallstufe und zu den vorgesehenen Abschlägen von 60 € pro Behandlungsfall führen. Insofern ist die Feststellung der Nichtein-

haltung der Vorgaben durch den Medizinischen Dienst unter Umständen mit erheblichen finanziellen Einbußen für die betroffenen Krankenhäuser verbunden.

b. Anforderungen der Basisnotfallversorgung gemäß § 3

Absatz 1 Nr. 1 des G-BA-Beschlusses

Die Basisnotfallversorgung ist in den §§ 3 Absatz 1 Nr. 1, 5 ff. des Beschlusses des G-BA geregelt.

§ 6 des Beschlusses des G-BA (Abschnitt II) sieht zunächst allgemeine Anforderungen vor, die bei allen Stufen erfüllt sein müssen. Zu diesen allgemeinen Anforderungen zählt unter anderem, dass die Mindestvorgaben von den Krankenhäusern jeder Stufe „zu jeder Zeit“, also „24 Stunden an sieben Tagen pro Woche“ am Standort erfüllt werden müssen (§ 6 Absatz 1 S. 1 des Beschlusses). Die Notfallversorgung muss in allen Stufen gemäß § 6 Absatz 2 S. 1 des Beschlusses „ganz überwiegend“ in einer Zentralen Notaufnahme (ZNA) stattfinden, die u. a. eine eigenständige, fachlich unabhängige Leitung aufweisen muss.

Der III. Abschnitt (§§ 8–12 des Beschlusses) konkretisiert sodann die Anforderungen nach § 5 Absatz 1 für Krankenhäuser, die an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Absatz 1 Nr. 1 teilnehmen. § 8 sieht vor, dass ein Krankenhaus für die Zuordnung in die Basisnotfallversorgung (Stufe 1) mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie sowie Innere Medizin am Standort verfügen muss. Die Aufnahme von Notfällen erfolgt ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme (vergleiche § 12 Nr. 2). Hier wird auf der Grundlage eines strukturierten Systems über die Priorität der Behandlung entschieden und der Notfallpatient spätestens zehn Minuten nach der Aufnahme dazu informiert. Gemäß § 9 Nr. 3 des Beschlusses des G-BA muss gewährleistet sein, dass die entsprechende Betreuung durch einen Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist. Für eine möglicherweise angezeigte Intensivbetreuung muss gemäß § 10 eine Intensivstation mit der Kapazität von mindestens sechs Betten vorhanden sein.

Nach § 11 Absatz 1 gelten folgende Voraussetzungen für eine 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung (Hervorhebung durch den Verfasser):

„§ 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung

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

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

c. Auslegung des Begriffs „24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung“

Auslegungsbedürftig ist in diesem Zusammenhang der Begriff der „24-stündig verfügbaren computertomographischen Bildgebung“ im 2. Spiegelstrich.

Vorab ist festzuhalten, dass die Regelung, wie bereits dargestellt, in Zusammenhang mit der Regelung des § 6 Absatz 1 S. 1 zu lesen ist. Danach sind die Vorgaben zu den Kategorien nach § 5 Absatz 1 „von den Krankenhäusern zu jeder Zeit (24 Stunden an sieben Tagen pro Woche) am Standort zu erfüllen, um der jeweiligen Stufe der Notfallversorgung zugeordnet zu werden.“ § 5 Absatz 1 legt für jede Stufe spezifische Vorgaben zu den dort genannten Kategorien (1. Art und Anzahl von Fachabteilungen, 2. Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, 3. Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten, 4. Medizinisch-technische Ausstattung, 5. Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme) fest.

Die Anforderungen in der Regelung nach § 11 Absatz 1 gehören zu der Kategorie „Medizinisch-technische Ausstattung“ in § 5 Absatz 1 Nr. 4. Das bedeutet, dass die computertomographische Bildgebung nach § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich „zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) am Standort zu erfüllen ist“, damit das Krankenhaus der Stufe der Basisnotfallversorgung zugeordnet werden kann.

Welche konkreten strahlenschutzrechtlichen, personellen und medizinischen Anforderungen an die computertomographische Bildgebung im Rahmen der Basisnotfallversorgung gemäß § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich zu stellen sind, regelt der Beschluss des G-BA weder ausdrücklich, noch finden sich hierzu Ausführungen in den sogenannten Tragenden Gründe vom 19. April 2018, die eine Erläuterung zu den einzelnen Paragraphen des Beschlusses abgeben.⁷⁾

Die in § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses geforderte computertomographische Bildgebung wird in den meisten Krankenhäusern im Rahmen des Tagesdienstes durch die Vorhaltung eines Computertomographen, einem Facharzt für Radiologie mit einer Fachkunde in der Computertomographie und einer ausreichenden Anzahl Medizinischer Technologen/-innen für Radiologie (MT-R)⁸⁾ in der radiologischen Abteilung erfüllt, welche die fachlichen Voraussetzungen zur technischen Durchführung von CT-Untersuchungen besitzen. Die radiologische Abteilung wird von einem Facharzt geleitet, der die Gesamtverantwortung für die radiologische Diagnostik trägt. Die Stellung der rechtfertigenden Indikation und die Befundung der CT-Leistungen erfolgt, im Einklang mit den Vorgaben in § 14 Absatz 2 S. 3 StrlSchG, durch die Fachärzte für Radiologie des Krankenhauses.

Es stellt sich unter anderem die Frage, ob nach den Vorgaben in § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des GB-A Beschlusses während der Durchführung der CT-Untersuchungen im Tagdienst die Anwesenheit eines Facharztes für Radiologie für Notfallpatienten gefordert wird, welcher die rechtfertigende Indikation zu stellen und die weiteren notfallleitenden Maßnahmen selbst zu treffen hat. ▶

Gleichermaßen stellt sich die Frage nach dem Erfordernis der tatsächlichen Präsenz eines Facharztes für Radiologie im Rahmen des Bereitschaftsdienstes. In der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen wird die radiologische Versorgung im Bereich der Computertomographie in den meisten Krankenhäusern im Rahmen der teleradiologischen Versorgung sichergestellt. Die Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung der Teleradiologie im Bereich der Computertomographie berechtigt dazu, entsprechende Leistungen im Einklang mit den strahlenschutzrechtlichen Vorgaben im Bereitschaftsdienst erbringen zu dürfen. Einer Klärung bedarf daher die Frage, welche Anforderungen an die teleradiologische Leistungserbringung nach § 5 Absatz 38 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG), vor dem Hintergrund der Strukturvorgaben im Beschluss des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen gemäß § 136c Absatz 4 SGB V gestellt werden können.

Der Beitrag setzt sich daher einerseits mit der Einhaltung der Anforderungen zur Erbringung von computertomographischen Leistungen nach dem Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) und der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) auseinander. Darüber hinaus erfolgt eine Prüfung, ob die Einhaltung der strahlenschutzrechtlichen Vorgaben, insbesondere für die teleradiologische Durchführung von CT-Leistungen, ausreichend ist, um die in § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses normierten Anforderungen zu erfüllen.

2. Verhältnis Strahlenschutz- und Krankenhausrecht

Die gesetzliche Grundlage in § 136c Absatz 4 SGB V zur Einführung eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gehört zu dem im 9. Abschnitt des SGB V (§§ 135 ff. SGB V) geregelten Bereich der Sicherung der Qualität der Leistungserbringung. In § 136c Absatz 4 SGB V und den Beschlüssen des G-BA werden für die Krankenhäuser besondere Voraussetzungen an die berufliche Qualifikation der Ärzte sowie die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen für die Ausführung von Leistungen in der Notfallversorgung festgelegt, von denen die Zulassung zur Teilnahme sowie die Abrechnungsfähigkeit abhängt.

Der Beschluss des G-BA nach § 136c Absatz 4 SGB V stellt, wie auch die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 SGB V, eine außenwirkende Rechtsnorm im Range untergesetzlichen Rechts dar, die von den zugelassenen Krankenhäusern und Krankenkassen unmittelbar zu beachten ist.⁹⁾ Tatbestandlich sind die Entscheidungen des G-BA auf der Grundlage des § 136c Absatz 4 SGB V im ersten Schritt rechtlich voll überprüfbar. Das Bundessozialgericht (BSG) und das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) haben dem Gesetzgeber, dem G-BA und den Vertragspartnern der gemeinsamen Selbstverwaltung bei der Einführung qualitätssichernder Maßnahmen jedoch einen sog. Beurteilungsspielraum eingeräumt, sodass die gesetzgeberische Entscheidung gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbar ist.¹⁰⁾ Danach ist ein gewisser „Überschuss“ an Qualifikationsanforderungen hinzunehmen, die über die Anforderungen in anderen Rechtsbe-

reichen, zum Beispiel dem ärztlichen Berufsrecht, hinausgehen können.

Diese Grundsätze gelten auch für den G-BA als Normgeber über das gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern.¹¹⁾ Bezogen auf die konkrete Ausgestaltung der gesetzgeberischen Regelung eines „gestuften Systems“, darf die sozialgerichtliche Kontrolle zufolge ihre eigenen Wertungen nicht an die Stelle der vom G-BA getroffenen Wertungen setzen. Insofern kann dies zur Konsequenz haben, dass die Vorgaben an die Notfallstrukturen in Krankenhäusern in personeller und technischer Hinsicht höhere Anforderungen stellen als die gesetzlichen Regelungen des Strahlenschutzrechts.

Bei einem rechtlichen Konflikt zwischen den Qualitätsanforderungen in dem Beschluss des G-BA nach § 136c Absatz 4 SGB V mit den Vorgaben anderer gesetzlicher Regelungen haben die Gerichte jedoch zu prüfen, ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums in Gestalt höherrangigen Rechts oder sonstigem materiellen Rechts eingehalten sind.¹²⁾

Zu prüfen ist daher, ob die personellen und technischen Anforderungen an die „24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung“ in § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich in dem Beschluss des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. Mai 2018¹³⁾ über die Genehmigungsanforderungen zur Anwendung ionisierender Strahlung am Menschen nach dem Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) und der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) hinausgehen. Soweit dies der Fall sein sollte, ist klärungsbedürftig, ob diese zusätzlichen Anforderungen von dem gesetzgeberischen Auftrag des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V umfasst sind und ob der Medizinische Dienst, gestützt auf die Vorgaben in dem Beschluss des G-BA, berechtigt ist, Prüfungsmaßnahmen einzuleiten.

3. Durchführung computertomographischer Untersuchungen

Bei der Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe am Menschen besteht der Grundsatz der persönlichen Anwesenheit des Arztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz (§ 83 Absatz 3 S. 3 StrlSchG), der die rechtfertigende Indikation stellt (vergleiche § 119 StrlSchV).

a. Anforderungen nach StrlSchG und StrlSchV

Das StrlSchG und die StrlSchV stellen hohe Anforderungen an die Erbringung von radiologischen Leistungen. § 83 Absatz 3 S. 1 StrlSchG normiert, dass ionisierende Strahlung unmittelbar am Menschen in Ausübung der Heilkunde nur angewendet werden darf, wenn eine Person nach § 145 Absatz 1 Nr. 1 oder 2 StrlSchV hierfür die rechtfertigende Indikation gestellt hat. Die rechtfertigende Indikation, also die Feststellung, ob der gesundheitliche Nutzen der Anwendung am Menschen gegenüber dem Strahlenrisiko überwiegt, kann nur von Ärzten gestellt werden, die die Voraussetzungen nach § 145 Absatz 1 Nr. 1 oder 2 StrlSchV erfüllen; das heißt

„(1) Der Strahlenschutzverantwortliche hat dafür zu sorgen, dass ionisierende Strahlung und radioaktive Stoffe am Menschen nur angewendet werden von Personen, die als Ärzte oder Zahnärzte approbiert sind oder denen die vorübergehende Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufs erlaubt ist, und die

1. entweder die für die Anwendung erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzen oder
2. auf ihrem speziellen Arbeitsgebiet über die für die Anwendung radioaktiver Stoffe und ionisierender Strahlung erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen und unter ständiger Aufsicht und Verantwortung einer der unter Nummer 1 genannten Personen tätig sind. [...]“

Die Durchführung von radiologischen Leistungen ist daher nach der StrlSchV davon abhängig, dass der betreffende Arzt eine Fachkunde besitzt, die entweder für das gesamte Gebiet (Facharzt für Radiologie) oder für ein Teilgebiet besteht. Die Voraussetzungen für den Erwerb und den Erhalt der erforderlichen Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz legen § 47 StrlSchV sowie die Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin vom 22. Dezember 2005,¹⁴⁾ zuletzt geändert durch Rundschreiben 27. Juni 2012¹⁵⁾, fest. Ärzte, die nicht die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzen, sind zur Durchführung von Röntgenleistungen nach § 145 Absatz 1 Nr. 2 StrlSchV nur berechtigt, wenn sie unter ständiger Aufsicht und Verantwortung einer Person nach Nummer 1 tätig sind und über die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen. Demgegenüber sind sie zur Stellung der rechtfertigenden Indikation nicht berechtigt.

Gemäß § 83 Absatz 3 S. 1 StrlSchG darf die radiologische Untersuchung zudem erst dann durchgeführt werden, nachdem der Arzt mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz die rechtfertigende Indikation gestellt hat. Dies setzt eine Risiko-Nutzen-Abwägung im konkreten Einzelfall voraus. Darüber hinaus muss der Arzt, der die rechtfertigende Indikation stellt, diesen nach § 83 Absatz 3 S. 4 StrlSchG vor Ort persönlich untersuchen können. Dies setzt voraus, dass er sich grundsätzlich in räumlicher Nähe zum Patienten aufhält.

b. Teleradiologie

Ausnahmen von den Vorgaben des § 83 Absatz 3 S. 1 StrlSchG bestehen in den Fällen, in denen die Röntgeneinrichtung nach § 5 Absatz 38 StrlSchG im Rahmen der Teleradiologie betrieben wird und eine entsprechende Genehmigung nach § 14 Absatz 2 StrlSchG besteht. Bei der Teleradiologie befindet sich der Arzt, der die rechtfertigende Indikation stellt, nicht persönlich am Ort der technischen Durchführung. Der Teleradiologe hat in diesen Fällen die rechtfertigende Indikation nach §§ 123 Absatz 1 Nr. 1, 145 Absatz 1 Nr. 2 StrlSchV in eingehender Beratung mit dem nach § 14 Absatz 2 Nr. 2 StrlSchG am Ort der technischen Durchführung anwesenden Arzt mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz zu stellen. Hier ist ebenfalls zu beachten, dass auch der Arzt, der in der Teleradiologie

die Verantwortung für die Anwendung der Röntgenstrahlung hat, über die erforderliche Fachkunde verfügen muss (§ 5 Absatz 38 StrlSchG).

Nach § 14 Absatz 2 StrlSchG ist die Erteilung der Genehmigung zur Teleradiologie an folgende Voraussetzungen geknüpft:

„(2) Die Genehmigung für eine Tätigkeit nach § 12 Absatz 1 Nummer 4 zur Teleradiologie wird nur erteilt, wenn neben dem Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 1 und des § 13 Absatz 1

1. die Verfügbarkeit des Teleradiologen während der Untersuchung gewährleistet ist,
2. gewährleistet ist, dass die technische Durchführung durch eine Person erfolgt, die die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzt und die nach der Rechtsverordnung nach § 86 Satz 2 Nummer 6 zur technischen Durchführung der Untersuchung in der Teleradiologie berechtigt ist,
3. gewährleistet ist, dass am Ort der technischen Durchführung ein Arzt mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz anwesend ist,
4. ein Gesamtkonzept für den teleradiologischen Betrieb vorliegt, das
 - a) die erforderliche Verfügbarkeit des Teleradiologiesystems gewährleistet,
 - b) eine im Einzelfall erforderliche persönliche Anwesenheit des Teleradiologen am Ort der technischen Durchführung innerhalb eines für eine Notfallversorgung erforderlichen Zeitraums ermöglicht; in begründeten Fällen kann auch ein anderer Arzt persönlich anwesend sein, der die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzt,
 - c) eine regelmäßige und enge Einbindung des Teleradiologen in den klinischen Betrieb des Strahlenschutzverantwortlichen gewährleistet.“

Hervorzuheben sind insbesondere folgende Anforderungen:

aa. Verfügbarkeit eines Teleradiologen (§ 14 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 StrlSchG)

Voraussetzung für die Genehmigung ist zunächst die Verfügbarkeit des Teleradiologen während der Untersuchung. Dies erfordert, dass der Teleradiologe dem Arzt am Untersuchungsort für Rückfragen durch Telekommunikation zur Verfügung steht.

bb. Personelle Voraussetzungen (§ 14 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 StrlSchG)

Die technische Durchführung der Untersuchung an dem CT-Gerät des Krankenhauses im Rahmen des nach § 14 Absatz 2 S. 2 und 3 StrlSchG genehmigten Zeitraums darf nur von Personen mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz erfolgen, die gemäß § 145 Absatz 2 Nr. 2 oder 3 StrlSchV hierzu berechtigt sind. Danach beschränkt sich der Kreis der berechtigten Personen in der Regel auf MT-R. MFA sind demgegenüber zur technischen Durchführung der Untersuchung innerhalb und außerhalb der Teleradiologie gemäß § 14 Absatz 2 Nr. 2 StrlSchG in der Regel nicht berechtigt, da sie keine Fachkunde im Strahlenschutz besitzen.¹⁶⁾ ▶

Des Weiteren ist nach § 14 Absatz 2 S. 1 Nr. 3 StrlSchG zu gewährleisten, dass am Ort der technischen Durchführung ein Arzt mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz nach § 145 Absatz 1 Nr. 2 StrlSchV anwesend ist. Diese Ärzte müssen zumindest über die Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen, die es ihnen ermöglichen, die Vorgaben des Teleradiologen nachzuvollziehen und gemeinsam mit der oder dem MT-R die Untersuchung durchzuführen. Der fachkundige Arzt muss somit unter Mitwirkung der Personen am Untersuchungsort alle für die rechtfertigende Indikation erforderlichen Informationen erlangen und darüber hinaus auch während der Untersuchung des Patienten erforderlichenfalls Einfluss nehmen können.

cc. Gesamtkonzept für den teleradiologischen Betrieb (§ 14 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 StrSchG)

Die Genehmigung für eine Tätigkeit nach § 12 Absatz 1 Nr. 4 StrlSchG zur Teleradiologie wird zudem nur erteilt, wenn der Genehmigungsbehörde ein Gesamtkonzept für den teleradiologischen Betrieb vorgelegt wird.

Für die vorliegende Untersuchung ist insbesondere die Regelung nach § 14 Absatz 2 Nr. 4 lit. b. StrlSchG interessant, wonach *„eine im Einzelfall erforderliche persönliche Anwesenheit des Teleradiologen am Ort der technischen Durchführung innerhalb eines für eine Notfallversorgung erforderlichen Zeitraums ermöglicht; in begründeten Fällen kann auch ein anderer Arzt persönlich anwesend sein, der die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzt.“*

Organisatorisch ist daher sicherzustellen, dass eine im Einzelfall erforderliche persönliche Anwesenheit des Teleradiologen innerhalb eines für eine Notfallversorgung erforderlichen Zeitraums möglich ist; in begründeten Fällen kann auch ein anderer Arzt persönlich anwesend sein. Diese Vorgabe führt das in § 4 Absatz 4 S. 1 Nr. 6 RöV verankerte Regionalprinzip fort. Das Abstellen auf den Einzelfall soll klarstellen, dass im Regelfall davon auszugehen ist, dass die persönliche Anwesenheit des Teleradiologen nicht erforderlich sein wird. Bei dem *„für eine Notfallversorgung erforderlichen Zeitraum“* handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Der Begriff der *„Notfallversorgung“* umfasst im teleradiologischen Kontext jegliche problematische Untersuchungssituation, die die persönliche Anwesenheit des Teleradiologen erfordert, zum Beispiel bei der Unverträglichkeit eines Kontrastmittels oder der Durchführung akut indizierter Behandlungen oder Untersuchungen. Der erforderliche Zeitraum für das Eintreffen des Teleradiologen sollte grundsätzlich nicht mehr als 45 Minuten betragen, um die Notfallversorgung zu gewährleisten.¹⁷⁾

§ 14 Absatz 2 Nr. 4 lit. b. StrlSchG liegt der Gedanke zugrunde, dass in den Fällen der teleradiologischen Untersuchung eine Ausnahme von dem Grundsatz der persönlichen Anwesenheit des die rechtfertigende Indikation stellenden Arztes gemacht wird. Daher muss sichergestellt sein, dass der Schutz der Gesundheit des Patienten vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung in nahezu gleicher Weise dem Regelfall, bei

dem Arzt mit der vollen Fachkunde im Strahlenschutz persönlich anwesend ist, entspricht. Bei Einhaltung des sog. Regionalprinzips kann der (Tele-)Radiologe – falls notwendig – zeitnah in das teleradiologisch versorgte Krankenhaus kommen und die teleradiologische Untersuchung vor Ort persönlich durch- bzw. zu Ende führen.¹⁸⁾

Ein „begründeter Fall“, der die persönliche Anwesenheit eines anderen Arztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz im Sinne von § 14 Absatz 2 Nr. 4 lit. b. StrlSchG zulässt, liegt beispielsweise vor, wenn der Teleradiologe wegen unvorhergesehener Unabkömmlichkeit aufgrund einer anderweitig vorrangigen Untersuchung eines Patienten ausfällt oder die teleradiologische Verbindung zusammenbricht.¹⁹⁾

dd. Teleradiologie und gestufte Notfallversorgung

Soweit eine teleradiologische Genehmigung auf Seiten des Krankenhauses nach § 14 Absatz 2 StrlSchG vorliegt und deren Anforderungen erfüllt werden, stellt sich die Frage, ob die Zulässigkeit der teleradiologischen Durchführung der computertomographischen Bildgebung dazu führt, dass damit auch die Anforderungen für die Basisnotfallversorgung nach § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses erfüllt werden.

Für die Zeiten des Bereitschaftsdienstes könnte sich die Notwendigkeit ergeben, dass ein Facharzt für Radiologie während der gesamten Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste anwesend sein muss. Zumindest könnte es aufgrund der Vorgaben in § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses erforderlich sein, dass ein Facharzt für Radiologie bei einem Notfall innerhalb einer Zeit von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar sein muss (sog. „Anrückzeit“), wie dies zum Beispiel für die in § 5 Absatz 2 des Beschlusses formulierten personellen Anforderungen an das Vorliegen einer „Fachabteilung“ vorgegeben wird. Damit würde aber die generelle Möglichkeit zur Erfüllung der Vorgaben einer 24-stündig verfügbaren computertomographischen Bildgebung auf die Teleradiologie zurückgreifen zu können, ausgeschlossen oder erheblich beschränkt sein. Vielmehr müsste ein Facharzt mit der computertomografischen Fachkunde, in der Regel ein Radiologe, bei Notfalluntersuchungen nach § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses generell anwesend sein, wobei gegebenenfalls eine Anrückzeit von 30 Minuten akzeptiert würde. Diese Anforderungen könnten dann auch für die während der Leistungserbringung am CT in Rufbereitschaft zur Verfügung stehenden MT-R bestehen.

Die Beantwortung dieser Fragen dürfte in erster Linie von der Auslegung des Begriffs des „Notfalls“ und der weiteren in § 136c Absatz 4 SGB V und dem Beschluss des G-BA verwandten Begriffe der „Notfallversorgung“ und der „Notfallbehandlung“ abhängig sein.

(1) Notfallversorgung im Sinne der Notfalldefinition in der Notfallradiologie

Die Tatsache, dass das Ziel des G-BA Beschlusses nach § 136c Absatz 4 SGB V auch die Stärkung der interdisziplinären Zu-

sammenarbeit in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) von Krankenhäusern beinhalten soll²⁰⁾, könnte auf ein spezielles Verständnis und auf Besonderheiten in der Notfallradiologie oder der speziellen radiologischen Diagnostik in der Intensivmedizin (Situation des sog. Schockraumpatienten) schließen lassen.²¹⁾

Im Rahmen der Notfallradiologie leisten Radiologen ihren Beitrag zur interdisziplinären Akutversorgung von Notfallpatienten in der Notfallmedizin. In der Praxis umfasst die Notfallradiologie zum Beispiel die spezifische radiologische Diagnostik von definitionsgemäß polytraumatisierten Unfallopfern.²²⁾ Die hierfür erforderlichen besonderen radiologischen Kenntnisse und Fähigkeiten sind in der (M)WBO definiert.²³⁾ Vitale Notfallindikationen für eine radiologische Untersuchung wie am Beispiel der CT-Diagnostik des polytraumatisierten Unfallpatienten erfordern in tatsächlicher und zeitlicher Hinsicht ein sofortiges bzw. unmittelbares Tätigwerden des Radiologen am Untersuchungsort ohne Anfahrtswege, sodass ein Abstellen auf die Notfalldefinition bzw. das entsprechende Verständnis in der Notfallradiologie zur Klärung des Begriffs der Notfallversorgung im Rahmen des sogenannten Regionalprinzips schon deshalb logisch zwingend nicht in Betracht kommt. Die vital indizierte Notfalldiagnostik für potenziell Schwerstverletzte ist daher für die teleradiologische Versorgung allein nicht vorgesehen, sondern ergänzend für den in Rufbereitschaft befindlichen Radiologen.²⁴⁾

Die Notfallradiologie bleibt vielmehr 24/7-Präsenzradiologien im Rahmen von interdisziplinären Notaufnahmen vorbehalten, die die bedarfsgerechten logistischen und personellen Kapazitäten (zum Beispiel Schockraum in CT-Nähe, Polytrauma-Team mit Radiologen) vorbehalten.²⁵⁾ Im entsprechenden Versorgungsmodell geht es um eine allgemeine und pauschale Verkürzung der Latenzphase bis zur therapieentscheidenden CT-Untersuchung. Die Notfallradiologie für Schwerstverletzte und polytraumatisierte Unfallpatienten ist damit als Modellfall für die im Regionalprinzip verankerte Notfallversorgung durch den Teleradiologen, der sich hierzu mit einer Anfahrtszeit von maximal 45 Minuten an den Untersuchungsort begibt, nicht geeignet. Diese Ausführungen machen deutlich, dass für schwerstverletzte und polytraumatisierte Notfallpatienten eine CT-Bildgebung mittels Teleradiologie im Rahmen der Notfallversorgung nicht in Betracht kommen dürfte. Es stellt sich aber die Frage, ob der der Regelung in § 136c Absatz 4 SGB V und den Regelungen des G-BA-Beschlusses zugrunde liegende Begriff der „Notfallversorgung“ in diesem engen Kontext auszulegen ist.

(2) Notfallversorgung im Sinne des vertragsärztlichen Notfallbegriffs gemäß § 75 Absatz 1b SGB V

Die Notfallversorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung findet in der Praxis entweder durch den von der KV gemäß § 75 Absatz 1 b SGB V in dringenden Fällen außerhalb der üblichen Sprechstunden einzurichtenden Notdienst oder, im Fall der Nichterreichbarkeit eines zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verpflichteten Arztes, durch Notaufnahmen bzw. Notfallambulanzen der Krankenhäuser statt. Ein

Notfall im Sinne von § 75 Absatz 1 S. 2 SGB V, der nicht dem medizinischen Notfallbegriff entspricht, liegt bereits vor, wenn eine „dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht“. Nach der Rechtsprechung des BSG ist eine dringende Behandlungsbedürftigkeit dann gegeben, „wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern.“²⁶⁾

Der 6. Senat des BSG hat mit Urteil vom 13. Mai 2020²⁷⁾ den Notfallbegriff gemäß § 75 Absatz 1b SGB V wie folgt konkretisiert:

„Bei den Leistungen, die auf der Grundlage des § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V als Notfalleleistungen erbracht und abgerechnet werden, kann es sich nur um solche handeln, die auf die Erstversorgung ausgerichtet sind. In einer Krankenhausambulanz dürfen weder reguläre vertragsärztliche Behandlungen durchgeführt werden, die dem Umfang und der Ausrichtung nach über die Notfallversorgung hinausgehen, noch darf das Krankenhaus regulär Sprechstunden anbieten. Allein der Wunsch eines Versicherten nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus verbunden mit der Geltendmachung akuten Behandlungsbedarfs stellt zu Zeiten regulärer vertragsärztlicher Sprechstunden keinen ‚Notfall‘ im Sinne des § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V dar (...). Ein Vergütungsanspruch besteht nur für solche diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die entweder erforderlich sind, um zu erkennen, ob ein Notfall vorliegt, oder die ggf. für eine Erstversorgung des Patienten notwendig sind. Die Erstversorgung hat sich darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen der Patienten zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären.“

Das LSG Berlin-Brandenburg, welches sich mit der Zulässigkeit des gestuften Systems der Notfallstrukturen in Krankenhäusern auseinandergesetzt und diese für rechtlich zulässig angesehen hat,²⁸⁾ nimmt in seinen Entscheidungen zu dem in § 136c Absatz 4 SGB V und dem G-BA-Beschluss enthaltenen Notfallbegriff auf § 75 Absatz 1b SGB V Stellung. Danach unterliegt der in § 136c Absatz 4 SGB V vorausgesetzte Begriff des „Notfalls“ in der Wendung „Notfallstrukturen“ einem gesicherten Verständnis und auch regelhaftem Gebrauch im Gefüge des SGB V und ist beispielsweise abzugrenzen vom Begriff der „planbaren Leistungen“ (vergleiche § 136b Absatz 1 S. 1 Nr. 2 SGB V).

Das bedeutet im Ergebnis, dass der Begriff der Notfallversorgung in § 136c Absatz 4 SGB V, wie in § 75 Absatz 1b SGB V, lediglich eine Abgrenzung zu den stationären Leistungen beinhaltet, die planbar zum Beispiel aufgrund einer Überweisung oder Einweisung erbracht werden. Ein Notfall liegt daher bereits dann vor, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Krankenhausarzt Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern. Darüber hinaus erfolgt demgegenüber keine weitergehende Kategorisierung des Notfallbegriffs, etwa auf der Grundlage der Notfallstufen nach § 3 Absatz 1 des G-BA Beschlusses. ▶

Auf der Grundlage dieser Definition lässt sich allerdings kaum abschätzen, welche personellen und technischen Anforderungen an die Notfallversorgung einer 24-stündig verfügbaren computertomographischen Bildgebung über die Anforderungen hinaus zu stellen sind, die im Rahmen des Strahlenschutzrechts gefordert werden. Denn anders als für die Anzahl und Qualifikation des allgemein in Krankenhäusern der Basisnotfallversorgung vorzuhaltenden Fachpersonals in § 9 des Beschlusses hat der G-BA für die Vorhaltung von Ärzten und MT-R in der radiologischen Abteilung zur Erbringung von CT-Leistungen keine konkreten Vorgaben gemacht.

(3) Strahlenschutzspezifischer Begriff der Notfallversorgung gemäß § 14 Absatz 2 S. 1 Nr. 4 b StrlSchG

Des Weiteren könnte der Begriff der „Notfallversorgung“ in § 14 Absatz 2 S. 1 Nr. 4 b StrlSchG einen Anhaltspunkt dafür geben, welche Patienten teleradiologisch versorgt werden dürfen. Dem Begriff der „Notfallversorgung“ könnte ein eigenständiger teleradiologischer Begriff zugrunde liegen, der auch notfallmedizinische Notfälle umfasst, aber auch weiter zu verstehen ist. Dafür spricht, dass das nach der Vorläuferregelung in § 3 Absatz 4 S. 1 Nr. 6 RÖV niedergelegte Erfordernis, wonach der Teleradiologe innerhalb eines für eine Notfallversorgung erforderlichen Zeitraumes am Ort der technischen Durchführung eintreffen können musste, nach der amtlichen Begründung „*vor allem das Risiko von Patienten in besonders komplizierten Untersuchungsfällen reduzieren*“ sollte.²⁹⁾

Wie bereits dargestellt worden ist, soll der für die teleradiologische Untersuchung nach § 3 Absatz 4 S. 2 Nr. 1 RÖV verantwortliche Arzt (Teleradiologe) derjenige sein, der im Einzelfall am Ort der technischen Durchführung innerhalb eines für eine Notfallversorgung erforderlichen Zeitraums anwesend ist. Festzustellen ist damit, dass der Ordnungsgeber bei Erlass der Regelung des § 14 Absatz 2 S. 1 Nr. 4 b StrlSchG davon ausgegangen ist, dass Situationen der Notfallversorgung bei teleradiologischen Untersuchungen auftreten können, die eine persönliche Anwesenheit des Teleradiologen am Ort der Untersuchung erforderlich machen. Unter Bezugnahme auf die amtliche Begründung hat der Ordnungsgeber dabei eine Vorstellung von „besonders komplizierten Untersuchungsfällen“ ohne weitere Beschreibung von Situationen oder Benennung von Gründen für potentielle Komplikationen gehabt.

(4) Auslegung des Notfallbegriffs in der Basisnotfallversorgung gemäß § 3 Absatz 1 Nr. 1 des Beschlusses des G-BA

Im Zusammenhang mit der Auslegung des Begriffs der Notfallversorgung ist für die unterschiedlichen Versorgungsstufen nach § 3 Absatz 1 des G-BA Beschlusses festzustellen, dass in medizinischer Hinsicht keine nähere Konkretisierung existiert, welcher Notfallpatient auf welcher Stufe zu behandeln ist. Vorgegeben werden für die einzelnen Stufen nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 bis 5 des G-BA Beschlusses lediglich die Art und die Anzahl der Fachabteilungen, die Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, die Kapazitäten zur Versorgung

von Intensivpatienten, die medizinisch-technische Ausstattung und die Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme.

Das Notfallstufenkonzept soll als Grundlage für eine differenzierte Vergütung von Vorhaltungen in den jeweiligen Notfallstufen dienen. Die verschiedenen Arten und die Komplexität an Notfällen, die versorgt werden können, sind von der Basisnotfallstufe bis hin zur umfassenden Notfallstufe aufsteigend.³⁰⁾ Weitergehende Vorgaben für die medizinischen Entscheidungen der Ärzte in den Zentralen Notaufnahmen eines Krankenhauses trifft das Notfallstufenkonzept in dem G-BA-Beschluss demgegenüber nicht. Die medizinische Entscheidungsfreiheit der Ärzte des Krankenhauses kommt insbesondere in der Regelung in § 11 Absatz 2 des G-BA Beschlusses zum Ausdruck, wonach ausdrücklich „*die Möglichkeit der Weiterverlegung eines Notfallpatienten von dem Krankenhaus der Basisnotfallversorgung in ein Krankenhaus einer höheren Notfallstufe auch auf dem Luftwege, ggf. unter Nutzung eines bodengebundenen Zwischenverkehrs*“ besteht.

Hieraus folgt zunächst, dass die Entscheidung darüber, auf welcher Notfallstufe ein Notfallpatient behandelt wird, ausschließlich in den Verantwortungsbereich der Ärzte des betreffenden Krankenhauses fällt, das von dem Patienten aufgesucht worden ist. Voraussetzung für die Behandlung ist das Vorliegen eines Notfalls, wie ihn die Rechtsprechung des BSG zu § 75 Absatz 1b SGB V definiert hat, wobei eine dringende Behandlungsbedürftigkeit bestehen muss und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Ob ein Notfall in einem Krankenhaus der Basisnotfallversorgung versorgt wird oder ob er weiterverlegt wird, entscheiden das Krankenhaus bzw. dessen Ärzte in eigener Verantwortung. Ebenso entscheiden die Ärzte des Krankenhauses, welche ärztlichen Maßnahmen zur Behandlung des Notfallpatienten eingeleitet werden. Das Krankenhaus hat jedoch sicherzustellen, dass das auf der jeweiligen Notfallstufe vorgegeben ärztliche und nichtärztliche Personal verfügbar ist.

Betrachtet man die Anforderungen an die „*24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung*“ in § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses, ist festzustellen, dass die fachlichen und personellen Anforderungen für die CT-Bildgebung dort nicht näher geregelt werden. So werden zum Beispiel keine Vorgaben hinsichtlich der Präsenz eines Facharztes für Radiologie im Rahmen der Basisnotversorgung oder auf den beiden nächst höheren Versorgungsstufen gemacht. Die in § 9 geregelten Vorgaben zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals in der Basisnotfallversorgung sehen keine Verfügbarkeit eines oder mehrerer Fachärzte für Radiologie und von MT-R vor. Auch werden an die Verfügbarkeit des ärztlichen Personals für die CT-Bildgebung keine zeitlichen Vorgaben gemacht.

In den Tragenden Gründen des G-BA Beschlusses werden die Anforderungen der medizinisch-technischen Ausstattung in der Basisnotfallversorgung gemäß § 11 Absatz 1 des G-BA Beschlusses wie folgt näher umschrieben:³¹⁾

„Zu Absatz 1

Neben der leitliniengerechten Ausstattung stellt diese Regelung zwei zentrale Anforderungen:

- Es ist ein Schockraum vorzuhalten, da die Versorgung der Patienten in einem separaten, speziell für die Versorgung kritisch kranker Patienten ausgestatteten Raum möglich sein muss, in dem die erforderlichen Gerätschaften (zum Beispiel Beatmungsgerät, Röntgen, Sonographie) zur Verfügung stehen.
- Die Computertomographie ist für die Notfalldiagnostik unverzichtbar. Beispiele hierfür sind die Diagnostik von Schlaganfällen und die schnelle Diagnostik von Mehrfachverletzten (Trauma CT).

Die computertomographische Bildgebung kann auch durch einen kooperierenden Leistungserbringer im unmittelbaren räumlichen Bezug gewährleistet werden. [...]“

Hieraus folgt, dass für die Basisnotfallversorgung im Rahmen der Notfalldiagnostik die Untersuchungsmethode der Computertomographie grundsätzlich verfügbar sein muss. Welche technischen und apparativen Anforderungen das CT-Gerät erfüllen muss, schreibt § 11 Absatz 1 des G-BA Beschlusses hingegen nicht vor (demgegenüber: CT, das auf die besonderen Bedürfnisse pädiatrischer Patienten angepasst ist, § 25 Absatz 4; Thorax-CT, § 28 Nr. 2).

Aus § 6 Absatz 1 des G-BA Beschlusses ergibt sich ergänzend, dass die Gewährleistung der CT-Diagnostik von den Krankenhäusern „zu jeder Zeit (24 Stunden an sieben Tagen pro Woche) am Standort“ zu erfüllen ist.

Hierzu führen die Tragenden Gründe zu § 6 Absatz 1 des G-BA Beschlusses zur Erläuterung folgendes aus:³²⁾

„Zu Absatz 1

Hier wird klargestellt, dass das Krankenhaus rund um die Uhr an der Notfallversorgung teilnehmen muss. Krankenhäuser, die zum Beispiel nachts oder am Wochenende nicht aufnahmebereit sind, nehmen nicht an der strukturierten Notfallversorgung im Sinne dieser Regelung teil.“

Die Ausführungen in den Tragenden Gründen erläutern das Erfordernis der Anforderung der „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“, d. h., dass es uneingeschränkt möglich sein muss, für Notfallpatienten ein CT auch in der Nacht durchführen zu lassen. Weitergehende Anforderungen an die Art der Durchführung der computertomographischen Bildgebung, ergeben sich demgegenüber aus dem Beschluss und den Tragenden Gründen nicht. Da jedoch ein Krankenhaus im Rahmen des Betriebes eines CT, insbesondere hinsichtlich der personellen und technischen Anforderungen, an die Vorgaben des StrlSchG und der StrlSchV gebunden ist, gelten für den Betrieb des CT im Rahmen der Notfallversorgung die strahlenschutzrechtlichen Vorgaben als grundlegende Voraussetzung.

§ 11 Absatz 1 des G-BA Beschlusses erweitert die Erfüllung des Kriteriums der computertomographischen Bildgebung in organisatorischer Hinsicht sogar dahingehend, dass diese nicht durch eigenes Krankenhauspersonal sichergestellt werden muss. Vielmehr ist die Ausstattung mit einem CT am Standort des Krankenhauses auch gegeben, wenn die CT-Untersu-

chungen durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer jederzeit (24 Stunden) sichergestellt werden.³³⁾

Das bedeutet, dass ein Krankenhaus, das zum Beispiel nicht über eine radiologische Abteilung oder kein eigenes CT-Gerät verfügt, diese für die Basisnotfallversorgung benötigte Diagnostik auch dadurch vorhalten kann, dass eine radiologische Praxis oder ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) auf dem Gelände des Krankenhauses im Rahmen eines Kooperationsvertrages die Versorgung jederzeit (24 Stunden) übernimmt. Es bedarf daher weder einer eigenen radiologischen Abteilung noch eines am Krankenhaus angestellten Facharztes für Radiologie mit CT-Fachkunde, um die Anforderungen erfüllen zu können.

Aufgrund der Tatsache, dass der G-BA Beschluss für Krankenhäuser nur wenige Vorgaben definiert, wie sie die CT-Notfallversorgung in personeller und technischer Hinsicht zu erbringen haben, bestehen auch keine gesonderten Vorgaben darüber, wie die CT-Notfallversorgung im Tagdienst, in der Nacht sowie an Wochenenden und Feiertagen sichergestellt werden muss. Es finden daher hier ergänzend die bundesgesetzlichen Regelungen zur Teleradiologie nach den §§ 5 Absatz 8, 14 Absatz 2 StrlSchG i. V. m. § 123 StrlSchV als Lex specialis Anwendung, die eine radiologische Diagnostik auf hohem Niveau darstellen, um im Rahmen des Bereitschaftsdienstes die CT-Versorgung sicherzustellen. Daher ist der Einsatz der Teleradiologie auch im Rahmen der Basisnotfallversorgung nach § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses zulässig.

Welche Art von Notfallpatienten im Rahmen der teleradiologischen Diagnostik in der Basisnotfallversorgung untersucht werden dürfen, wird durch die an der Notfallversorgung teilnehmenden Ärzte nach medizinischen Gesichtspunkten entschieden. Wie bereits oben dargestellt, stellt die Teleradiologie im Rahmen der Notfallradiologie für Schwerstverletzte und polytraumatisierte Unfallpatienten eher keine geeignete Maßnahme dar. Diese Patienten werden vom Rettungswagen (RTW) eigenständig in Fachkrankenhäuser oder Universitätskliniken mit einer erweiterten (Stufe 2) oder umfassenden (Stufe 3) Notfallversorgung verlegt. Soweit es in Ausnahmefällen doch zu einer Einlieferung von Schwerstverletzten oder polytraumatisierten Unfallpatienten in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) kommen sollte, bestehen in Ergänzung zu dem Einsatz der Teleradiologie durch die Anwesenheit des Teleradiologen im Rahmen der Durchführung der CT-Untersuchung vor Ort oder die Weiterverlegung des Notfallpatienten in ein Krankenhaus einer höheren Notfallstufe ausreichende medizinische Alternativen der Notfallversorgung. Hierüber entscheiden jedoch die beteiligten Ärzte nach medizinischen Gesichtspunkten.

Eine Verpflichtung, Notfallpatienten im Rahmen der Basisnotfallversorgung ausschließlich im Rahmen einer 24h/7-Präsenzteleradiologie zu versorgen, besteht demgegenüber aufgrund der Regelung in § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA-Beschlusses nicht. ▶

ee. Verfügbarkeit der MT-R während der notfallmäßigen CT-Diagnostik

Die besonderen Anforderungen und Rahmenbedingungen im Krankenhaus sind, auch außerhalb der Notfallversorgung, bisher unter anderem durch die Notwendigkeit der 24-stündigen Rund-um-die-Uhr-Versorgung gekennzeichnet. Allerdings gibt es in den meisten Kliniken keinen radiologischen Bereitschaftsdienst, sondern lediglich eine Rufbereitschaft. Ebenso sind die MT-R einer radiologischen Abteilung im Krankenhaus während der Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste in Rufbereitschaft. Für den Fall eines Notfalls wird die in der Rufbereitschaft befindliche MT-R informiert, sodass nach ihrem Eintreffen mit der Durchführung der CT-Untersuchung begonnen werden kann.

Demgegenüber bestehen keine gesetzlichen Vorgaben, dass sich die/der MT-R einer radiologischen Krankenhausabteilung, zum Beispiel in der Nacht, ausschließlich im Rahmen eines Bereitschaftsdienstes innerhalb des Krankenhauses aufzuhalten hat. Auch nach dem StrlSchG besteht für die/den MT-R keine Vorgabe ihre Tätigkeit in Form eines Bereitschaftsdienstes abzuweisen. Dies gilt ebenfalls für die Teleradiologie. Auch in diesen Fällen ist eine Rufbereitschaft ausreichend. Sicherergestellt werden muss während der Rufbereitschaft lediglich, dass die/der MT-R kurzfristig vor Ort sein kann, um die technische Durchführung der radiologischen Untersuchung an dem Patienten durchzuführen.

Es ist nicht erkennbar, dass diese Handhabung im Rahmen der Gewährleistung der notfallmäßigen CT-Diagnostik nach § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA-Beschlusses anders zu beurteilen wäre. Wie bereits dargelegt, bestehen aufgrund der Regelungen des G-BA Beschlusses für die Ärzte und die MT-R einer radiologischen Abteilung keine rechtlichen Vorgaben, wie die 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung sicherzustellen ist. Anders als das für die Notfallversorgung verfügbare Personal in der ZNA gemäß § 9 Nr. 1 des G-BA Beschlusses werden hierzu keine Aussagen getroffen. Eine rechtliche Verpflichtung, die Sicherstellung der notfallmäßigen CT-Diagnostik im Bereitschaftsdienst durchzuführen, besteht daher für die Ärzte und die MT-R der radiologischen Abteilung eines Krankenhauses nicht.

Eine solche Forderung wäre auch aufgrund der Systematik des G-BA Beschlusses nicht nachvollziehbar. Einerseits fehlt es in § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses an einer eindeutigen Regelung, die eine örtliche Aufenthaltsbeschränkung für die Ärzte und die/den MT-R am Standort des Krankenhauses außerhalb der üblichen Arbeitszeiten ausdrücklich und verbindlich vorgibt. Andererseits bestimmt § 9 Nr. 3 des G-BA-Beschlusses für die Basisnotfallversorgung, dass „jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar“ sein muss.

Das bedeutet, dass auch das für die Notfallversorgung erforderliche ärztliche Personal lediglich im Rahmen einer Rufbereitschaft zur Verfügung stehen muss. In den Tragenden Gründen

zu § 9 des G-BA Beschlusses werden hierzu folgende Ausführungen gemacht:³⁴⁾ (Hervorhebung durch den Verfasser):

„3. Jeweils ein Facharzt der notfallrelevanten Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie muss innerhalb von maximal 30 Minuten am Bett des kritisch kranken Patienten verfügbar sein. Aus fachlicher Sicht ist es unerheblich, ob die Facharztverfügbarkeit zu jeder Zeit in der Fachabteilung durch einen Bereitschaftsdienst oder einen Rufbereitschaftsdienst gewährleistet wird, sofern sichergestellt ist, dass der Rufbereitschaftsdienst innerhalb eines Zeitraums von 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten tätig werden kann. Es wird davon ausgegangen, dass diese Sicherstellung derzeit in der Regel im Rahmen des Rufbereitschaftsdienstes gewährleistet werden kann.“

Die Tragenden Gründe des Beschlusses machen deutlich, dass der G-BA generell auf die Anordnung eines Bereitschaftsdienstes für die an der Notfallversorgung verpflichtend teilnehmenden ärztlichen Fachgebiete verzichtet hat, weil die Rufbereitschaft und die mit ihr verbundene Verfügbarkeit von 30 Minuten als ausreichend angesehen werden, um die Basisnotfallversorgung sicherzustellen.

Das LSG Berlin-Brandenburg³⁵⁾ hält die „Anrückzeit“ von 30 Minuten in den §§ 5 Absatz 2, 9 Nr. 3 des G-BA Beschlusses für zulässig:

„Angesichts der Lebensbedrohlichkeit dieser Notfälle erscheint die 30-Minuten-Regelung ohne Weiteres plausibel. Die konkrete Bestimmung der „Anrückzeit“ spiegelt sich auch in der für Belegärzte auf der Grundlage von § 39 Absatz 5 Nr. 3 BMV-Ä geltenden Regel, wonach Belegarzt nur sein kann, wer innerhalb von 30 Minuten von seiner Wohnung bzw. Praxis aus das Belegkrankenhaus erreichen kann (vergleiche Bundessozialgericht, Urteil vom 17. März 2021, B 6 KA 6/20 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 31f.).“

Für die Ärzte und MT-R, die an der Sicherstellung der notfallmäßigen CT-Diagnostik nach § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA-Beschlusses teilnehmen, existieren, wie bereits ausgeführt, in dem G-BA-Beschluss keine vergleichbaren Regelungen zur Rufbereitschaft und zu einer Anrückzeit. Insofern bestehen für sie keine vergleichbaren Vorgaben und erst Recht keine Verpflichtung zur Durchführung ihrer Tätigkeit im Bereitschaftsdienst. Sicherzustellen ist nach den strahlenschutzrechtlichen Vorgaben demgegenüber, dass der Teleradiologe während der CT-Untersuchung rechtzeitig verfügbar ist (§ 14 Absatz 2 S. 1 Nr. 1 StrlSchG), dass die technische Untersuchung durch die MT-R (§ 14 Absatz 2 S. 1 Nr. 2 StrlSchG) und die Anwesenheit eines Arztes mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz (§ 14 Absatz 2 S. 1 Nr. 3 StrlSchG) gewährleistet ist. Nach diesen Vorgaben besteht weder für die Ärzte noch für die MT-R eine Verpflichtung zur Durchführung der CT-Untersuchungen im Rahmen eines Bereitschaftsdienstes. Vielmehr ist die Rufbereitschaft eine zulässige und in den meisten Krankenhäusern gelebte Praxis, die auch bei Notfällen zu keinen nennenswerten medizinischen Komplikationen führt.

4. Zusammenfassung der Ergebnisse

In den meisten Krankenhäusern werden CT-Untersuchungen auf der Grundlage der strahlenschutzrechtlichen Genehmigungen der zuständigen Behörden im Rahmen des Tagdienstes und darüber hinaus gemäß § 14 Absatz 2 S. 2 und 3 StrlSchG während der Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienstes häufig im Rahmen der Teleradiologie erbracht. Krankenhäuser, die an der Basisnotfallversorgung gemäß § 3 Absatz 1 Nr. 1 des G-BA-Beschlusses des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern teilnehmen, können die Gewährleistung der notfallmäßigen CT-Diagnostik nach § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA-Beschlusses während der Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste im Rahmen der Teleradiologie sicherstellen.

Die personelle und technische Ausstattung, die aufgrund der teleradiologischen Genehmigung gemäß § 14 Absatz 2 StrSchG im Bereich der Versorgung mit CT-Untersuchungen vorzuhalten ist, erfüllt die Anforderungen an die „24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung“ in der Basisnotfallversorgung gemäß § 11 Absatz 1, 2. Spiegelstrich des G-BA-Beschlusses. Für die Durchführung einer notfallmäßigen CT-Untersuchung ist das Vorliegen eines Notfalls im Sinne von § 136c Absatz 4 SGB V Voraussetzung. Dagegen entscheiden die Krankenhäuser bzw. die Ärzte der ZNA im Einzelfall darüber, ob für die Durchführung der CT-Untersuchung die Anwesenheit des Arztes mit CT-Fachkunde am Standort des Krankenhauses nach § 14 Absatz 2 Nr. 4 b StrlSchG erforderlich oder ob eine teleradiologische Untersuchung ausreichend ist.

Die Voraussetzung einer nach § 14 Absatz 2 Nr. 4 b StrlSchG im Einzelfall erforderlichen persönlichen Anwesenheit des Teleradiologen am Ort der Untersuchung ist dann erfüllt, wenn der Standort des Krankenhauses maximal 30 Minuten entfernt ist und der Teleradiologe bis zu seinem Eintreffen im Krankenhaus max. 45 Minuten benötigt. Eine Anwesenheit der MT-R am Standort des Krankenhauses in der Form eines Bereitschaftsdienstes im Rahmen der Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste ist zur Erfüllung der Anforderungen der Basisnotfallversorgung im Rahmen der 24-stündig verfügbaren computertomographischen Bildgebung nicht vorgeschrieben. Die MT-R kann in dem für eine Notfallversorgung erforderlichen Zeitraum im Rahmen eines Rufbereitschaftsdienstes zur Verfügung stehen. Das Krankenhaus hat im Rahmen des Rufbereitschaftsdienstes sicherzustellen, dass die MT-R im Notfall kurzfristig im Krankenhaus anwesend ist.

Anmerkungen

- 1) BGBl. I, Seite 2229, 2249.
- 2) BGBl. I, 2986.
- 3) Siehe hierzu auch BT-Drs. 18/10289 (Neu), Seite 55.
- 4) BAnz AT 18. Mai 2018 B4.
- 5) Abrufbar unter: www.g-ba.de/beschluesse/3301.
- 6) Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu___abschlaege/2018_12_10_Notfallstufenverguetungsvereinbarung.pdf.

- 7) Vergleiche Ziffer 2.11 Zu § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basisnotfallversorgung, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4954/2018-04-19_Not-Kra-R_TrG.pdf.
- 8) Ab dem 1. Januar 2023 führen MTRAs nach § 1 Absatz 1 Nr. 2 MTBG die Berufsbezeichnung „Medizinische/r Technologe/in für Radiologie“ (MT-R).
- 9) Vergleiche LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22. Juni 2022, Az.: L 9 KR 170/19 KL, juris, Rn. 60.
- 10) Vergleiche BSG, Urteil vom 8. März 2000, Az.: B 6 KA 12/99 R -, NZS 2000, S. 577; BVerfG, Beschl. v. 17. Juni 1999, Az.: 1 BvR 2507/97 -, MedR 1999, Seite 560.
- 11) Vergleiche LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22. Juni 2022, Az.: L 9 KR 170/19 KL, juris, Rn. 60.
- 12) Vergleiche BSG, Urteil vom 1. März 2011, B 1 KR 7/10 R.
- 13) Abrufbar unter: www.g-ba.de/beschluesse/3301.
- 14) GMBI. 2006, Nr. 22, Seite 414.
- 15) GMBI. 2012, 724, ber. 1204.
- 16) Die Möglichkeit, dass eine MFA nach § 145 Absatz 2 Nr. 5 StrlSchV, die im Besitz der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz ist unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines Arztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz die technische Durchführung vornehmen kann, greift in der Teleradiologie nicht, da § 123 Absatz 3 StrlSchV auf diesen Personenkreis nicht Bezug nimmt, sodass nur MT-R zur Durchführung berechtigt sind, vergleiche auch BayVGH, Urteil vom 14. April 2008, Az.: 9 B 08.81, BeckRS 2008, 27809 Rn 27; vergleiche Dischinger, Akbarian in Akbarian, Raetzke, StrlSchG, 2022, § 14 Rn. 18.
- 17) Vergleiche BR-Drs. 230/02, 76 zu § 3 Absatz 3 S. 1 Nr. 6 RöV; vergleiche Dischinger, Akbarian in Akbarian, Raetzke, StrlSchG, 2022, § 14 Rn. 22.
- 18) Vergleiche Rosenberg, Rechtsfragen der Telemedizin am Beispiel der Teleradiologie im Rahmen von E-Health, 2016, Seite 120.
- 19) Vergleiche Dischinger, Akbarian in Akbarian, Raetzke, StrlSchG, 2022, § 14 Rn. 22.
- 20) Vergleiche Tragende Gründe, 2.2, Zu § 2, S. 3, www.g-ba.de/beschluesse/3301.
- 21) Vergleiche zur Notfallradiologie, Otto Chan, Praktische Notfallradiologie, 2010; Raby/Bermna/de Lacey, Notfallradiologie, Unfallradiologie, 2016.
- 22) Vergleiche Schaefer-Prokop, Radiologische Diagnostik in der Intensivmedizin, 2009, Vorwort, Seite 1 ff.
- 23) Vergleiche Wolfschmidt/Dierks/Wurmb et al., AINS 2014, 536.
- 24) Vergleiche Grieser, Logistische Materialvorhaltung der Polytraumaversorgung im Schockraum aus radiologischer Sicht, OP-Journal 2020, 60 ff.
- 25) Vergleiche DGU, S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung, 5,147-151.
- 26) Vergleiche BSG, Urteil vom 24. Mai 1972, Az.: 3 RK 25/69, juris, Rdnr. 8; Urteil vom 1. Februar 1995, Az.: 6 RKA 9/94, juris, Rdnr. 17; vergleiche auch Beschluss vom 18. Oktober 2010, Az.: B 3 KR 12/10 B.
- 27) B 6 KA 6/19 R, juris, Rdnr. 21.
- 28) Vergleiche Urteile vom 22. Juni 2022, Az.: L 9 KR 170/19 KL, L 9 KR 179/19 KL, L 9 KR 186/19 KL, L 9 KR 186/19 KL.
- 29) Vergleiche Gesetzentwurf zur Röntgenverordnung vom 25. April 2022, BR-Drs. 230/02, Seite 76.
- 30) Vergleiche Tragende Gründe, 2.3, Zu § 3, S. 4, www.g-ba.de/beschluesse/3301.
- 31) Vergleiche Tragende Gründe, 2.11 Zu § 11, S. 8.
- 32) Vergleiche Tragende Gründe, 2.6 Zu § 6, S. 6.
- 33) Vergleiche Ziffer 2.11, S. 8 der Tragenden Gründe des G-BA-Beschlusses.
- 34) Vergleiche Tragende Gründe, 2.9 Zu § 9, S. 7.
- 35) Urteil vom 22. Juni 2022, Az.: L 9 KR 170/19 KL.

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Peter Wigge, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Rechtsanwälte Wigge, 48151 Münster, www.ra-wigge.de ■