



Anforderungen an eine 24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung im Rahmen des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern

Inhalt

- 1. Das gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern**
 - a. Vorgaben des gestuften Systems von Notfallstrukturen**
 - b. Anforderungen der Basisnotfallversorgung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 des G-BA-Beschlusses**
 - c. Auslegung des Begriffs „24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung“**
- 2. Verhältnis Strahlenschutz und Krankenhausrecht**
- 3. Durchführung computertomographischer Untersuchungen**
 - a. Anforderungen nach StrlSchG und StrlSchV**
 - b. Teleradiologie**
 - aa. Verfügbarkeit eines Teleradiologen (§ 14 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 StrSchG)**
 - bb. Personelle Voraussetzungen (§ 14 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 und 3 StrSchG)**
 - cc. Gesamtkonzept für den teleradiologischen Betrieb (§ 14 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 StrSchG)**
 - dd. Teleradiologie und gestufte Notfallversorgung**
 - (1) Notfallversorgung im Sinne der Notfalldefinition in der Notfallradiologie**
 - (2) Notfallversorgung im Sinne des vertragsärztlichen Notfallbegriffs gemäß § 75 Abs. 1b SGB V**
 - (3) Strahlenschutzspezifischer Begriff der Notfallversorgung gemäß § 14 Abs. 2 S. 1 Nr. 4b StrlSchG**
 - (4) Auslegung des Notfallbegriffs in der Basisnotfallversorgung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 des Beschlusses des G-BA**
 - ee. Verfügbarkeit der MT-R während der notfallmäßigen CT-Diagnostik**
- 4. Zusammenfassung der Ergebnisse**

1. Das gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern

Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) vom 10.12.2015 (BGBl. I, S. 2229, 2249.) wurden die Anforderungen an die Notfallstrukturen in den Krankenhäusern gesetzlich neu geregelt.

Gemäß § 136c Abs. 4 SGB V hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31.12.2016 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 31.12.2016 wurde durch das PsychVVG vom 19.12.2016 (BGBl. I, 2986.) bis zum 31.12.2017 verlängert (Siehe hierzu auch BT-Drs. 18/10 289 (Neu), S. 55.). Mit Beschluss vom 19.04.2018 hat der G-BA-Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern erlassen, die am 19.05.2018 in Kraft getreten sind (BAnz AT 18.05.2018 B4.)

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 Abs. 1 des Beschlusses des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V (Abrufbar unter: www.g-ba.de/beschluesse/3301.) vom 19.05.2018 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 Abs. 1 S. 2 des Beschlusses des G-BA greift die in § 136c Abs. 4 S. 2 und 3 SGB V enthaltenen Vorgaben der differenzierten Festlegung einzelner Stufen der Notfallversorgung auf und nimmt zugleich auf den in § 9 Abs. 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 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG am 10.12.2018 eine am 1.01.2019 in Kraft getretene „Notfallstufenvergütungsvereinbarung“ (Abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu___abschlaege/2018_12_10_Notfallstufenverguetungsvereinbarung.pdf.) eingeführt. Darin ist eine jährliche Zuschlagspauschale in Höhe von 153.000,00 Euro für die Teilnahme an Stufe 1, von 495.000,00 Euro an Stufe 2 und von 688.500,00 Euro an Stufe 3 vorgesehen (§ 3 Abs. 1 der Vereinbarung). Sofern die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die Nichtteilnahme eines Krankenhausstandortes an der Notfallversorgung nach § 1 Abs. 1 S. 2 Nr. 7 der Vereinbarung festgestellt haben, erfolgt für jeden vollstationären Behandlungsfall am aufnehmenden Krankenhausstandort ein Rechnungsabschlag in Höhe von 60 Euro (§ 2 Abs. 1 S. 1 der Vereinbarung).

Die Prüfung der Einhaltung der Anforderungen des Notfallstufenkonzepts durch die Krankenhäuser obliegt gemäß § 275a Abs. 1 SGB V dem Medizinischen Dienst, der hierzu Kontrollen nach der Richtlinie des G-BA nach § 137 Abs. 3 SGB V durchführt. Soweit es im Rahmen der Überprüfung durch den Medizinischen Dienst 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 Euro pro Behandlungsfall führen. Insofern ist die Feststellung der Nichteinhaltung der Vorgaben durch den Medizinischen Dienst unter Umständen mit erheblichen finanziellen Einbußen für die betroffenen Krankenhäuser verbunden.

b. Anforderungen der Basisnotfallversorgung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 des G-BA-Beschlusses

Die Basisnotfallversorgung ist in den §§ 3 Abs. 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 7 Tagen pro Woche“ am Standort erfüllt werden müssen (§ 6 Abs. 1 S. 1 des Beschlusses). Die Notfallversorgung muss in allen Stufen gemäß § 6 Abs. 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 Abs. 1 für Krankenhäuser, die an der Basisnotfallversorgung nach § 3 Abs. 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 (vgl. § 12 Nr. 2). Hier wird auf der Grundlage eines strukturierten Systems über die Priorität der Behandlung entschieden und der Notfallpatient spätestens 10 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 Abs. 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*
- *eine 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 Abs. 1 S. 1 zu lesen ist. Danach sind die Vorgaben zu den Kategorien nach § 5 Abs. 1 „von den Krankenhäusern zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) am Standort zu erfüllen, um der jeweiligen Stufe der Notfallversorgung zugeordnet zu werden.“ § 5 Abs. 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 Abs. 1 gehören zu der Kategorie „Medizinisch-technische Ausstattung“ in § 5 Abs. 1 Nr. 4. Das bedeutet, dass die computertomographische Bildgebung nach § 11 Abs. 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 zu werden kann.

Welche konkreten strahlenschutzrechtlichen, personellen und medizinischen Anforderungen an die computertomographische Bildgebung im Rahmen der Basisnotfallversorgung gemäß § 11 Abs. 1, 2. Spiegelstrich zu stellen sind, regelt der Beschluss des G-BA weder ausdrücklich, noch finden sich

hierzu Ausführungen in den sogenannten Tragen- den Gründen vom 19.04.2018, die eine Erläute- rung zu den einzelnen Paragraphen des Beschlus- ses abgeben (Vgl. Ziffer 2.11 Zu § 11 Medizinisch-technische Ausstattung in der Basis- notfallversorgung, abrufbar unter: [https://www.g- ba.de/downloads/40-268-4954/2018-04-19_Not- Kra-R_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4954/2018-04-19_Not- Kra-R_TrG.pdf)).

Die in § 11 Abs. 1, 2. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses geforderte computertomographische Bildgebung wird in den meisten Krankenhäusern im Rahmen des Tagesdienstes durch die Vorhal- tung eines Computertomographen, eines Fachar- ztes für Radiologie mit einer Fachkunde in der Computertomographie und einer ausreichenden Anzahl Medizinischen Technologen/innen für Ra- diologie (MT-R (Ab dem 01.01.2023 führen MTRAs nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 MTBG die Berufsbezeichnung „Medizinische/r Technologe/in für Radiologie“ (MT-R)) in der radiologischen Abteilung erfüllt, welche die fachlichen Voraussetzungen zur tech- nischen Durchführung von CT-Untersuchungen besitzen. Die radiologische Abteilung wird von einem Facharzt geleitet, der die Gesamtverant- wortung für die radiologische Diagnostik trägt. Die Stellung der rechtfertigenden Indikation und die Befundung der CT-Leistungen erfolgt, im Ein- klang mit den Vorgaben in § 14 Abs. 2 S. 3 Strl- SchG, durch die Fachärzte für Radiologie des Krankenhauses.

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

Klärungsbedürftig ist auch das Erfordernis der tatsächlichen Präsenz eines Facharztes für Radio- logie im Rahmen des Bereitschaftsdienstes. In der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen wird die radiologische Versorgung im Bereich der Computertomographie in den meisten Kranken- häusern im Rahmen der teleradiologischen Ver- sorgung sichergestellt. Die Erteilung einer Geneh- migung zur Durchführung der Teleradiologie im Bereich der Computertomographie berechtigt dazu, entsprechende Leistungen im Einklang mit den strahlenschutzrechtlichen Vorgaben im Be- reitschaftsdienst erbringen zu dürfen.

Einer Klärung bedarf daher die Frage, welche An- forderungen an die teleradiologische Leistungs- erbringung nach § 5 Abs. 38 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG), vor dem Hintergrund der Strukturvor- gaben in dem Beschluss des G-BA über die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V gestellt werden können. Diese Fragestellung wird nachfolgend rechtlich beleuchtet.

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

2. Verhältnis Strahlenschutz und Kranken- hausrecht

Die gesetzliche Grundlage in § 136c Abs. 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 Quali- tät der Leistungserbringung. In § 136c Abs. 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 Abs. 4 SGB V stellt, wie auch die Richtliniennach § 92 Abs. 1 SGB V, eine außenwirksame Rechtsnorm im Range untergesetzlichen Rechts dar, die von den zugelassenen Krankenhäu- sern und Krankenkassen unmittelbar zu beach- ten ist (Vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. vom 22.06.2022, Az.: L 9 KR 170/19 KL, juris, Rn. 60). Tatbestandlich sind die Entscheidungen des G-BA auf der Grundlage des § 136c Abs. 4 SGB V im ersten Schritt rechtlich voll über- prüfbar. 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 (Vgl. BSG, Urt. v. 8.3.2000, Az.: B 6 KA 12/99 R -, NZS 2000, S. 577; BVerfG, Beschl. v. 17.6.1999, Az.: 1 BvR 2507/97 -, MedR 1999, S. 560). Danach ist ein gewisser „Überschuss“ an Qualifikationsanforderungen hinzunehmen, die über die Anforderungen in anderen Rechtsbereichen, z. B. dem ärztlichen Berufsrecht, hinausgehen können.

Diese Grundsätze gelten auch für den G-BA als Normgeber über das gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (Vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.06.2022, Az.: L 9 KR 170/19 KL, juris, Rn. 60). 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. Insoweit 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 Abs. 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 sonstigen materiellen Rechts eingehalten sind (Vgl. BSG, Urteil vom 01.03.2011, B 1 KR 7/10 R).

Zu prüfen ist daher vorliegend, ob die personellen und technischen Anforderungen an die „24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung“ in § 11 Abs. 1, 2. Spiegelstrich in dem Beschluss des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V vom 19.05.2018 (Abrufbar unter: www.g-ba.de/beschluesse/3301.) 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 Abs. 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 Abs. 3 S. 3 StrlSchG), der die rechtfertigende Indikation stellt (vgl. § 119 StrlSchV).

a. Anforderungen nach StrlSchG und StrlSchV

Das StrlSchG und die StrlSchV stellen hohe Anforderungen an die Erbringung von radiologischen Leistungen. § 83 Abs. 3 S. 1 StrlSchG normiert, dass ionisierende Strahlung unmittelbar am Menschen in Ausübung der Heilkunde nur angewendet werden darf, wenn eine Person nach § 145 Abs. 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 Abs. 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 (GMBI. 2006, Nr. 22, S. 414.), zuletzt geändert durch Rundschreiben 27.06.2012 (GMBI. 2012, 724, ber. 1204.) fest. Ärzte, die nicht die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzen, sind zur Durchführung von Röntgenleistungen nach § 145 Abs. 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 Abs. 3 S. 1 StrlSchG darf die radiologische Untersuchung zudem erst 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, den Patienten nach § 83 Abs. 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 Abs. 3 S. 1 StrlSchG bestehen in den Fällen, in denen die Röntgeneinrichtung nach § 5 Abs. 38 StrlSchG im Rahmen der Teleradiologie betrieben wird und eine entsprechende Genehmigung nach § 14 Abs. 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 Abs. 1 Nr. 1, 145 Abs. 1 Nr. 2 StrlSchV in eingehender Beratung mit dem nach § 14 Abs. 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 Abs. 38 StrlSchG).

Nach § 14 Abs. 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,*
 - a) *das 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 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 StrSchG)

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 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 und 3 StrSchG)

Die technische Durchführung der Untersuchung an dem CT-Gerät des Krankenhauses im Rahmen des nach § 14 Abs. 2 S. 2 und 3 StrlSchG genehmigten Zeitraums darf nur von Personen mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz erfolgen, die gemäß § 145 Abs. 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 Abs. 2 Nr. 2 StrlSchG in der Regel nicht berechtigt, da sie keine Fachkunde im Strahlenschutz besitzen (Die Möglichkeit, dass eine MFA nach § 145 Abs. 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 Abs. 3 StrlSchV auf diesen Personenkreis nicht Bezug nimmt, so dass nur MT-R zur Durchführung berechtigt sind, vgl. auch BayVGH, Ur. vom 14.04.2008, Az.: 9 B 08.81, BeckRS 2008, 27 809 Rn 27; vgl. *Dischinger, Akbarian* in *Abkarian, Raetzke, StrlSchG, 2022, § 14 Rn. 18*).

Des Weiteren ist nach § 14 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 StrlSchG zu gewährleisten, dass am Ort der technischen Durchführung ein Arzt mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz nach § 145 Abs. 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 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 StrSchG)

Die Genehmigung für eine Tätigkeit nach § 12 Abs. 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 Abs. 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 wird; 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 Abs. 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, z.B. 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 (Vgl. BR-Drs. 230/02, 76 zu § 3 Abs. 3 S. 1 Nr. 6 RöV; vgl. *Dischinger, Akbarian* in *Abkarian, Raetzke, StrlSchG, 2022, § 14 Rn. 22*).

§ 14 Abs. 2 Nr. 4 lit. b. StrlSchG liegt der Gedanke zu Grunde, 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 ein 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.

Ein „begründeter Fall“, der die persönliche Anwesenheit eines anderen Arztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz im Sinne von § 14 Abs. 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 (Vgl. *Dischinger, Akbarian* in *Abkarian, Raetzke, StrlSchG, 2022, § 14 Rn. 22*).

dd. Teleradiologie und gestufte Notfallversorgung

Soweit eine teleradiologische Genehmigung auf Seiten des Krankenhauses nach § 14 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 z.B. für die in § 5 Abs. 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 computertomographischen Fachkunde, in der Regel ein Radiologe, bei Notfalluntersuchungen nach § 11 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 4 SGB V auch die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) von Krankenhäusern beinhalten soll (Vgl. *Tragende Gründe, 2.2, Zu § 2, S. 3, www.g-ba.de/beschluesse/3301*) 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 (Vgl. zur Notfallradiologie, *Otto Chan, Praktische Notfallradiologie, 2010; Raby/Bermna/de Lacey, Notfallradiologie, Unfallradiologie, 2016*).

Im Rahmen der Notfallradiologie leisten Radiologen ihren Beitrag zur interdisziplinären Akutversorgung von Notfallpatienten in der Notfallmedizin. In der Praxis umfasst die Notfallradiologie z.B. die spezifische radiologische Diagnostik von definitionsgemäß polytraumatisierten Unfallopfern (Vgl. *Schaefer-Prokop, Radiologische Diagnostik in der Intensivmedizin, 2009, Vorwort, S.1 ff.*). Die hierfür erforderlichen besonderen radiologischen Kenntnisse und Fähigkeiten sind in der (M)WBO definiert (Vgl. *Wolfschmidt/Dierks/Wurmb et al., AINS 2014, 536*). 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 Zurücklegung von Anfahrtswegen, 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 denklogisch zwingend aus tatsächlichen Gründen nicht in Betracht kommt. Die vital indizierte Notfalldiagnostik für potenziell Schwerverletzte ist daher für die teleradiologische Versorgung allein nicht vorgesehen, sondern ergänzend für

den in Rufbereitschaft befindlichen Radiologen (Vgl. *Grieser*, Logistische Materialvorhaltung der Polytraumaversorgung im Schockraum aus radiologischer Sicht, OP-Journal 2020, 60 ff.).

Die Notfallradiologie bleibt vielmehr 24/7-Präsenzradiologien im Rahmen von interdisziplinären Notaufnahmen vorbehalten, die die bedarfsgerechten logistischen und personellen Kapazitäten (z. B. Schockraum in CT-Nähe, Polytrauma-Team mit Radiologen) vorbehalten (Vgl. DGU, S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung, S.147–151). 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 max. 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 Abs. 4 SGB V und den Regelungen des GBA-Beschlusses zu Grunde liegende Begriff der „Notfallversorgung“ in diesem engen Kontext auszulegen ist.

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

Die Notfallversorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung findet in der Praxis entweder durch den von der KV, gemäß § 75 Abs. 1b 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 Abs. 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.“ (Vgl. BSG, Urteil vom 24.05.1972, Az.: 3 RK 25/69, juris, Rdnr. 8; Urteil vom 01.02.1995, Az.: 6 RKA 9/94, juris, Rdnr. 17; vgl. auch Beschluss vom 18.10.2010, Az.: B 3 KR 12/10 B).

Der 6. Senat des BSG hat mit Urteil vom 13.05.2020 (B 6 KA 6/19 R, juris, Rdnr. 21) den Notfallbegriff gemäß § 75 Abs. 1b SGB V wie folgt konkretisiert:

„Bei den Leistungen, die auf der Grundlage des § 76 Abs. 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 Krankenhauserambulanz 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 Abs. 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 (Vgl. Urteile vom 22.06.2022, 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), nimmt in seinen Entscheidungen zu dem in § 136c Abs. 4 SGB V und dem G-BA-Beschluss enthaltenen Notfallbegriff auf § 75 Abs. 1b SGB V Stellung. Danach unterliegt der in § 136c Abs. 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“

(vgl. § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V).

Das bedeutet im Ergebnis, dass der Begriff der Notfallversorgung in § 136c Abs. 4 SGB V, wie in § 75 Abs. 1b SGB V, lediglich eine Abgrenzung zu den stationären Leistungen beinhaltet, die planbar z. B. 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, z.B. auf der Grundlage der Notfallstufen nach § 3 Abs. 1 des G-BA Beschlusses.

Auf der Grundlage dieser Definition lässt sich allerdings kaum abschätzen, welche persönlichen 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 Abs.2 S. 1 Nr. 4b StrlSchG

Des Weiteren könnte der Begriff der „Notfallversorgung“ in § 14 Abs. 2 S. 1 Nr. 4b 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 Abs. 4 S. 1 Nr. 6 RöV niedergelegte Erfordernis, wonach der Teleradiologe innerhalb eines für eine Notfallversorgung erforderlichen Zeitraumes am Ort der technischen Durchführung eintreffen konnte, nach der amtlichen Begründung „vor allem das Risiko von Patienten in besonders komplizierten Untersuchungsfällen reduzieren“ sollte (Vgl. Gesetzentwurf zur Röntgenverordnung vom 25.04.2022, BR-Drs. 230/02, S. 76).

Wie bereits dargestellt worden ist, soll der für die teleradiologische Untersuchung nach § 3 Abs. 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 Abs. 2 S. 1 Nr. 4b 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 potenzielle Komplikationen gehabt.

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

Im Zusammenhang mit der Auslegung des Begriffs der Notfallversorgung ist für die unterschiedlichen Versorgungsstufen nach § 3 Abs. 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 Abs. 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 (Vgl. Tragende Gründe, 2.3, Zu § 3, S. 4, www.g-ba.de/beschluesse/3301). 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 Abs. 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 Luftweg, ggf. unter Nutzung eines bodengebundenen Zwischentransports“, 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 Abs. 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 vorgegebene ärztliche und nichtärztliche Personal verfügbar ist.

Betrachtet man die Anforderungen an die „24-stündig verfügbare computertomographische Bildgebung“ in § 11 Abs. 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 z. B. 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 Abs. 1 des G-BA-Beschlusses wie folgt näher umschrieben (Vgl. Tragende Gründe, 2.11 Zu § 11, S. 8):

„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 (z. B. 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 Mehrfachverletzungen (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 Abs. 1 des G-BA Beschlusses hingegen nicht vor (demgegenüber: CT, das auf die besonderen Bedürfnisse pädiatrischer Patienten angepasst ist, § 25 Abs. 4; Thorax-CT, § 28 Nr. 2).

Aus § 6 Abs. 1 des G-BA-Beschlusses ergibt sich ergänzend, dass die Gewährleistung der CT-Diagnostik von den Krankenhäusern „zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) am Standort“ zu erfüllen ist.

Hierzu führen die Tragenden Gründe zu § 6 Abs. 1 des G-BA-Beschlusses zur Erläuterung folgendes aus (Vgl. Tragende Gründe, 2.6 Zu § 6, S. 6.):

„Zu Absatz 1

Hier wird klargestellt, dass das Krankenhaus rund um die Uhr an der Notfallversorgung teilnehmen muss. Krankenhäuser, die z. B. 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 Abs. 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-Untersuchungen durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer jederzeit (24 Stunden) sichergestellt werden (Vgl. Ziffer 2.11, S. 8 der Tragenden Gründe des G-BA-Beschlusses).

Das bedeutet, dass ein Krankenhaus, welches z. B. 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 Abs. 8, 14 Abs. 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 Abs. 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 24/7-Präsenzradiologie zu versorgen, besteht demgegenüber aufgrund der Regelung in § 11 Abs. 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, so dass 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, z. B. 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 abzuleisten. 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 Abs. 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 Abs. 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 (Vgl. Tragende Gründe, 2.9 Zu § 9, S. 7): (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-Brandenburg (Urteil vom 22.06.2022, Az.: L 9 KR 170/19 KL) hält die „Anrückzeit“ von 30 Minuten in den §§ 5 Abs. 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 Abs. 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 (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 17. März 2021, B 6 KA 6/20 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 31 f.).“

Für die Ärzte und MT-R, die an der Sicherstellung der notfallmäßigen CT-Diagnostik nach § 11 Abs. 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 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 StrlSchG), dass die technische Untersuchung durch die MT-R (§ 14 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 StrlSchG) und die Anwesenheit eines Arztes mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz (§ 14 Abs. 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 Abs. 2 S. 2 und 3 StrlSchG während des Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienstes häufig im Rahmen der Teleradiologie erbracht. Krankenhäuser, die an der Basisnotfallversorgung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 des G-BA-Beschlusses des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern teilnehmen, können die Gewährleistung der notfallmäßigen CT-Diagnostik nach § 11 Abs. 1, 2. Spiegelstrich des GB-A-Beschlusses während der Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste im Rahmen der Teleradiologie sicherstellen.

Die personelle und technische Ausstattung, die aufgrund der teleradiologischen Genehmigung gemäß § 14 Abs. 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 Abs. 1, 2. Spiegelstrich des GB-A-Beschlusses. Für die Durchführung einer notfallmäßigen CT-Untersuchung ist das Vorliegen eines Notfalls im Sinne von § 136c Abs. 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 Abs. 2 Nr. 4b StrlSchG erforderlich oder ob eine teleradiologische Untersuchung ausreichend ist.

Die Voraussetzung einer nach § 14 Abs. 2 Nr. 4b 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. ■

Impressum Prof. Dr. Peter Wigge
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

www.radiologie-und-recht.de

Rechtsanwälte Wigge
Scharnhorststr. 40
48 151 Münster
Tel.: (0251) 53 595-0
Fax: (0251) 53 595-99
Internet: www.ra-wigge.de
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de