

Stellungnahme

Nürnberg, 24. Juni 2024

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG)

Bearbeitungsstand: 03.06.2024 15:59

Grundsätzliche Bewertung des Entwurfes:

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) begrüßen grundsätzlich die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform der Notfallversorgung in Deutschland. Die geplanten Maßnahmen zielen darauf ab, die bestehenden Defizite in der Akut- und Notfallversorgung zu adressieren und eine effizientere Steuerung der Patienten zu gewährleisten. Wir möchten jedoch auf einige wesentliche Aspekte hinweisen und unsere Positionen einbringen, um die geplanten Änderungen weiter zu optimieren.

Stellungnahme im Einzelnen:

1. Integrierte Notfallzentren

1.1. Zu § 123 SGB V „Integrierte Notfallzentren“ Absatz 1 und § 123a „Einrichtung von Integrierten Notfallzentren“ Absatz 1

Beabsichtigte Regelung:

Standorte der zugelassenen Krankenhäuser für Integrierte Notfallzentren (INZ) sollen vom erweiterten Landesauschuss nach § 90 Abs. 4a SGB V bestimmt werden. Voraussetzung für die Bestimmung ist die Notfallstufe Basisnotfallversorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Bei der Bestimmung der Standorte sollen u. a. die Erreichbarkeit von 30 Fahrminuten für mindestens 95% der Bevölkerung in einer Planungsregion berücksichtigt werden.

Zwischen dem jeweiligen Krankenhausträger und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung muss eine Kooperationsvereinbarung zur Organisation des INZ geschlossen werden.

INZ bestehen nach dem vorliegenden Referentenentwurf aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in unmittelbarer räumlicher Nähe zum Krankenhaus und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Die Ersteinschätzungsstelle soll in der Regel vom Krankenhaus geleitet werden, sofern keine andere Vereinbarung zwischen dem Krankenhaus und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung getroffen wurde. In einem INZ soll eine digitale Fallübergabe erfolgen. Außerhalb der Öffnungszeiten soll die jeweilige KV geeignete Vertragsärzte und MVZ in die Kooperation einbeziehen.

Stellungnahme:

Der im SVR-Gutachten von 2018 angeführte „gemeinsamer Tresen“ findet im jetzt vorliegenden Referentenentwurf zumindest teilweise seinen Niederschlag in der Ersteinschätzungsstelle des INZ. DGAI und BDA begrüßen hierbei die Leitung der Ersteinschätzungsstelle durch das Krankenhaus.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, die organisatorischen Abläufe in einer Kooperationsvereinbarung zwischen Krankenhaus und KV zu regeln und somit dem notwendigen sektorübergreifenden Ansatz Rechnung zu tragen.

Die Einführung der im Referentenentwurf aktuell geplanten INZ-Strukturen gehen mit einem zusätzlichen Personalbedarf im KV-Bereich einher. Zur Gewährleistung einer generalistischen Betrachtung eines Patienten fordern DGAI und BDA, für diese Versorgung ausschließlich Allgemeinärzte oder allgemeinärztlich tätige Internisten vorzusehen. Neben dem ärztlichen Personal muss zudem nicht-ärztliches Personal (MFA oder Pflegekräfte) im INZ 24/7/365 zur Verfügung gestellt werden.

1.2. Zu § 123 SGB V „Integrierte Notfallzentren“ Absatz 2, 3 und 4

Beabsichtigte Regelung:

Absatz 2 regelt, dass in der Ersteinschätzungsstelle des INZ die Behandlungsdringlichkeit von selbständig das INZ aufsuchenden Personen erfolgt. Hierbei soll ein standardisiertes Ersteinschätzungsinstrument zur Anwendung kommen. Die Ersteinschätzung beinhaltet die Festlegung der geeigneten Versorgungsebene innerhalb des INZ. Beim Erfordernis einer ambulanten Weiterbehandlung soll den Patienten ein Termin in der ambulanten Versorgung über die KV-Terminservicestellen angeboten werden. Gemäß Absatz 3 soll der G-BA in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach in Kraft-Treten des Gesetzes u. a. die Vorgaben an das Ersteinschätzungsinstrument regeln. Darüber hinaus hat der G-BA die personellen Mindestanforderungen des INZ in der Richtlinie zu regeln. Den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist durch den G-BA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Bewertungsausschuss Ärzte hat bis zum übernächsten Quartal nach in Kraft-Treten die Vergütung der Ersteinschätzung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab festzulegen.

Stellungnahme:

Ohne der Richtlinie des G-BA vorgreifen zu wollen weisen DGAI und BDA darauf hin, dass zur Ersteinschätzung das bereits von notfallmedizinischen Fachgesellschaften umfassend kritisierte und unzureichend validierte Ersteinschätzungssystem „SmED“ am Krankenhaus nicht zur Anwendung kommen darf. Das Ersteinschätzungssystem „SmED“ ist aus Sicht klinisch tätiger Akut- und Notfallmediziner bisher nicht wissenschaftlich fundiert evaluiert (prospektiv, randomisiert und peer reviewed) und daher für die Einschätzung einer Dringlichkeit nicht geeignet. Bereits jetzt werden in den Zentralen Notaufnahmen nach den Vorgaben der stationären Notfallversorgung des G-BA aus 2018 zertifizierte und wissenschaftliche evaluierte Ersteinschätzungsverfahren, die dem „SmED“ deutlich überlegen sind, vorgehalten und umgesetzt.

DGAI und BDA begrüßen ausdrücklich, dass die Vergütung der Ersteinschätzung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab geregelt werden soll. Durch die explizite Regelung, dass die Vergütung unabhängig von der nach der Ersteinschätzung erfolgenden Weiterbehandlung erfolgt, wird hiermit eine Finanzierungslücke geschlossen.

Die Festlegung von Mindest-Öffnungszeiten für kooperierende Notdienstpraxen wird begrüßt. Die festgelegten Öffnungszeiten scheinen jedoch nicht ausreichend, um eine umfassende Akut- und Notfallversorgung durch und innerhalb der INZ sicherzustellen. Hierzu sind Öffnungszeiten der Notdienstpraxen nach 21 Uhr dringend erforderlich, um die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten.

1.3. Zu § 123 SGB V Absatz 6 und § 123b SGB V Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche

Beabsichtigte Regelung:

Gemäß §123b kann der Landesauschuss Krankenhäuser bestimmen an denen spezielle INZ für Kindern und Jugendlichen eingerichtet werden. Die Voraussetzung für ein INZ für Kinder und Jugendlichen ist das Modul Notfallversorgung Kinder des G-BA. Existiert am Standort eines INZ kein INZ für Kinder und Jugendliche soll die Versorgung über telemedizinische oder telefonische Konsilien durch Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin erfolgen.

Stellungnahme:

Bei der Einrichtung eines spezifischen INZ für Kinder und Jugendliche muss gewährleistet sein, dass dieses an das INZ nach § 123 SGB V angeschlossen und organisatorisch vernetzt ist. Ansonsten besteht die Gefahr von redundanten Parallelstrukturen, die die Versorgung erschweren können.

2. Vertragsärztlicher Notdienst / Sicherstellungsauftrag / Akutleitstelle

2.1. Zu §75 SGB V Absatz 1b

Beabsichtigte Regelung:

Bisher war der vertragsärztliche Notdienst in sprechstundenfreien Zeiten vom Sicherstellungsauftrag umfasst. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen soll durch die Neuregelung auf eine vertragsärztliche Erstversorgung 24 Stunden täglich ausgeweitet und vom neuen Begriff „der notdienstlichen Akutversorgung“ umfasst werden. Diese Erstversorgung soll auf die kurzfristig erforderlichen Maßnahmen begrenzt werden. Die notdienstliche Akutversorgung soll durch die Beteiligung an INZ, telefonische und videounterstützte Versorgungsangebote und einen aufsuchenden Dienst sichergestellt werden. Der aufsuchende Dienst soll auch durch qualifiziertes nichtärztliches Personal unter ärztlicher Anordnung und Verantwortung erfolgen. Die Möglichkeiten zur Kooperation mit nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Krankenhäusern und Rettungsdiensten bleiben bestehen.

Stellungnahme:

Die Einführung einer 24 Stunden verfügbaren notdienstlichen Akutversorgung wird - wie die Einrichtung von INZ - mit einem zusätzlichen Personalbedarf im KV-Bereich einhergehen. Es bleibt jedoch unklar, wie für ein 24/7/365-Versorgungssystem der KV die notwendigen personellen ärztlichen Ressourcen gedeckt werden sollen, da diese Ärzte schlichtweg zumindest mittelfristig nicht im Gesundheitssystem vorhanden sind. Um die personellen Voraussetzungen für eine gut funktionierende Notfallversorgung zu gewährleisten, sollte daher unbedingt in § 23c Absatz 3 SGB IV geregelt werden, dass neben der Tätigkeit als Notarzt im Rettungsdienst auch die Tätigkeit als Arzt im Notdienst der KV (sog. Poolärzte) als sozialversicherungsfrei gilt.

Der im Referentenentwurf vorgesehene Einsatz von qualifiziertem Nicht-ärztlichen Personal im Rahmen der aufsuchenden Dienste kann - vor allem vor dem Hintergrund des o. g. ärztlichen Personalmangels - einen Beitrag zur Sicherstellung der notdienstlichen Akutversorgung leisten. Die entsprechenden Ausbildungscurricula sollten um die spezifischen Anforderungen in diesem Bereich erweitert werden.

Das aktuelle Projekt OPTIMAL@NRW¹ untersucht einen neuen intersektoralen Ansatz der Akutversorgung pflegebedürftiger geriatrischer Personen. Insbesondere der Einsatz mobiler Nicht-ärztlicher Praxisassistenten mit Zusatzaufgaben NÄPa(Z) ist hierbei von besonderem Interesse. Die erforderlichen Kompetenzen für nichtärztliche Praxisassistenten werden untersucht und definiert, um einen Vorschlag zur Modifizierung des Ausbildungscurriculums der Bundesärztekammer zu erarbeiten. Im Rahmen des Projektes wurde ferner ein Rechtsgutachten zur Delegation unter telemedizinischer Supervision an Assistenzberufe erstellt, welches zur Verfügung gestellt werden kann.

2.2. Zu §75 SGB V Absatz 1c und § 133a SGB V „Gesundheitsleitsystem“

Beabsichtigte Regelung:

Gemäß §75 Absatz c sollen die KVen zusätzlich zu den bestehenden Terminservicestellen Akutleitstellen einrichten, die 24 Stunden täglich unter einer einheitlichen Rufnummer erreichbar ist. Innerhalb von drei Minuten sollen 75 Prozent und innerhalb von zehn Minuten 95 Prozent der Anrufe entgegengenommen werden. Für Personen, die von einer akuten Behandlungsnotwendigkeit ausgehen soll auf Grundlage eines bundesweiten, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens die medizinische Versorgung vermittelt werden - ggf. auch telefonische oder videogestützte ärztliche Konsultation. Auf Antrag des Trägers einer Rettungsleitstelle ist die jeweilige KV zur Kooperation verpflichtet. Die Notrufabfragen der Rettungsleitstellen und die Ersteinschätzungsverfahren der Akutleitstellen sind aufeinander abzustimmen. Im Falle einer Kooperation sollen Rettungsleitstellen und Akutleitstellen verbindlich digital zusammenarbeiten und ein Gesundheitsleitsystem bilden.

Stellungnahme:

DGAI und BDA begrüßen die Einrichtung von Akutleitstellen im Bereich der KVen und unterstreichen hierbei insbesondere die Notwendigkeit der Möglichkeit einer digitalen Fallweitergabe im Rahmen der Kooperationen von Rettungsleitstellen und Akutleitstellen. Die technische Abstimmung der Rettungsleitstellen und der Akutleitstellen der KVen wird für dringend notwendig erachtet. Das dadurch zu etablierende Gesundheitsleitsystem kann die vielfach bestehenden Lücken in der notdienstlichen Versorgung schließen, hängt allerdings von den technischen Voraussetzungen und dem Willen zur Kooperation der Träger der Rettungsleitstellen ab. Wünschenswert wäre, dass in der Abstimmung zwischen Gesetzgeber und Landesgesundheitsministerien die gesetzlichen Grundlagen so aufeinander abgestimmt werden, dass Kooperationen flächendeckend verpflichtend werden.

Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die bundesweite Vorhaltung des Notrufes 112 für die Bevölkerung unabdingbar und ein europäisches Ziel (Euronotruf) ist. Sie ist etabliert und einem Großteil der Bevölkerung bekannt. Die Rufnummer 116117 ist der Bevölkerung nicht in dem Ausmaß bekannt. Es ist davon auszugehen, dass Hilfesuchende nach wie vor primär die 112 anwählen werden. Aus Sicht von DGAI und BDA ist nach wie vor die Notfallnummer (112) zu präferieren und die nachfolgende technische Weitergabe in Kooperationsvereinbarungen an andere Versorgungseinheiten (116117) zu präferieren. Es ist sicherzustellen, dass die bereits an einer Stelle erhobenen Patienten- oder einsatztaktischen Daten an die jeweils andere Leitstelle digital übergeben werden können.

¹ Brücken, D., Unterkofler, J., Pauge, S. et al. Optimal@NRW: optimized acute care of nursing home residents using an intersectoral telemedical cooperation network — study protocol for a stepped-wedge trial. *Trials* 23, 814 (2022). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06613-1>