



Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V

Die DGINA hat bereits im Februar 2021 in einer Pressemitteilung zum Entwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG), in dem der § 120 Absatz 3b des SGB V eingeführt wurde, darauf hingewiesen, dass kein wissenschaftlich validiertes Ersteinschätzungssystem existiert, das automatisiert die Behandlungsdringlichkeit feststellen und zusätzlich auch die Steuerung in die richtige Versorgungsebene sicher gewährleisten kann. Die Etablierung eines Ersteinschätzungssystems zur Patientensteuerung ist nicht sinnvoll, solange nicht geklärt ist, wie die unterschiedlichen Versorgungsebenen vernetzt sind, welches Leistungsspektrum sie aufweisen bzw. zu welchen Zeiten dieses verfügbar ist und wie das Gesamtkonzept einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung sein soll; siehe auch <https://www.dgina.de/news/gemeinsame-pressemitteilung-keine-experimente-mit-der-patientensicherheit-110>.

Das Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vom 27.04.2022 im Namen der AOLG an das Bundesministerium für Gesundheit, in dem die Bundesländer eine Aussetzung des Handlungsauftrages an den G-BA bis mindestens zum 30.06.2024 fordern, bestätigt diese Einschätzung und führt aus, dass auch weiterhin kein Ersteinschätzungssystem existiert, das die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, die ärztlich ungesehen aus dem Krankenhaus/der Notaufnahme heraus weitergeleitet werden sollen, gewährleisten kann und Studienergebnisse hierzu frühestens 2024 vorliegen werden. Weiterhin sollten die Planungen des BMG in Hinsicht auf die zukünftige Ausgestaltung der Notfallversorgung abgewartet werden.

Die DGINA schließt sich der Ansicht der Länder vollumfänglich an und fordert eine Aussetzung, mindestens aber eine Verlängerung der Festlegungen zum § 120 Absatz 3b des SGB V bis zu einem Zeitpunkt, zu dem eine mögliche Weiterleitung von Patienten ohne potentielle Gefährdung der Patientensicherheit in wissenschaftlichen Studien sowie andere Aspekte, wie z.B. der Haftungsfrage, nachgewiesen bzw. geklärt worden sind.

Für den Fall einer Nichtaussetzung des Verfahrens kommentiert die DGINA untenstehend die Entwürfe des G-BA unter dem Vorbehalt, dass wesentliche Strukturen, die für solche Festlegungen erforderlich sind, noch nicht bzw. nicht flächendeckend existieren und erst in einer Notfallreform des BMG beraten werden müssen. Auch erschwert die Übersendung mehrerer Entwürfe die Kommentierung erheblich und ist als inakzeptabel anzusehen.

Aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung geht die DGINA noch auf einzelne Punkte in den Stellungnahmen ein:

- Voraussetzung für eine sinnvolle Beteiligung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung ist eine Einrichtung von 24/7 geöffneten Notdienstpraxen in an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern, zumindest aber die der Stufe der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung.
- Da zur Weiterleitung von Patientinnen und Patienten außerhalb des Krankenhausstandortes überhaupt keine validen Daten vorliegen, bleibt auch eine Festlegung von Zeiten, innerhalb derer Patientinnen und Patienten ärztlich gesehen

werden sollen, ohne jegliche wissenschaftliche Grundlage. Die Unterschiede in den Entwürfen bis zu 30 Tagen (Entwurf A) bzw. 72h (Entwurf C) reflektieren dies eindrücklich. Eine Festlegung kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht getroffen werden.

- Die etablierten 5-stufigen Ersteinschätzungssysteme nach Dringlichkeit (z.B. MTS, ESI) sind nachweislich nicht dazu geeignet, eine Versorgungsstufe festzulegen. Eine Anwendung dieser Systeme zur Steuerung in Versorgungsebenen außerhalb des Krankenhausstandortes gefährdet in großem Maße die Patientensicherheit.
- Aufgrund der hohen Anforderungen von Ersteinschätzungssystemen mit automatisierter Patientenweiterleitung an die Patientensicherheit ist eine externe Zertifizierung, eine interne sowie externe Qualitätssicherung über das IQTIG unvermeidlich. Die in Entwurf D §6 – 9 dargelegten Anforderungen könnten als Lastenheft für solche Systeme dienen.
- Die Anforderungen an das durchzuführende ärztliche und pflegerische Personal implizieren, dass die Ersteinschätzung von Kräften des Krankenhauses vorgenommen wird. Aufgrund des Anspruchs einer 24/7-Durchführung ist dies auch nicht anders möglich. Damit würde aber die Verantwortung für den „Gemeinsamen Tresen“ klar bei den Krankenhäusern liegen müssen.
- Eine Festlegung der ärztlichen Qualifikation zum jetzigen Zeitpunkt ist nicht zielführend, da eine Weiterleitung von Patienten außerhalb des Standortes aufgrund der nicht vorhandenen validierten Systeme nicht in Frage kommt.
- Wenn sich ein Ersteinschätzungssystem für eine Weiterleitung von Patienten als geeignet herausstellt, muss vor einer Implementierung gewährleistet sein, dass eine elektronische Buchung von Terminen in Partnerpraxen über TSS 24/7 sowohl auf Seiten der KV als auch auf Seiten der Krankenhäuser verfügbar ist.
- Wenn sich mehrere Ersteinschätzungssysteme als geeignet herausstellen und entsprechend zertifiziert werden, obliegt die Entscheidung über das eingesetzte System dem Krankenhaus.

Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin DGINA e.V.	
29.05.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung / Kommentar
Stellungnahme Entwurf A	
§ 1, (1)	Nach den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern sind validierte Systeme zur Ersteinschätzung vorzuhalten. Die in Deutschland meist genutzten Systeme sind das Manchester Triage System (MTS) und der Emergency Severity Index (ESI). Beide Systeme legen die Behandlungsdringlichkeit von Notfallpatienten fest und geben die maximale Zeit bis zum Arztkontakt vor. Die „Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und

29.05.2022

	<p><i>standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden“</i> sind nicht zu erfüllen, da aktuell kein wissenschaftlich validiertes System existiert, welches unter Berücksichtigung der Patientensicherheit die Weiterleitung von Patienten zu einer Behandlung außerhalb des Krankenhauses nachgewiesen hat.</p> <p>Zur Umsetzung des §1 (1) ist eine wissenschaftliche Validierung von Ersteinschätzungssystemen hinsichtlich der kombinierten Kriterien Behandlungsdringlichkeit und Versorgungsebene auf der Basis definierter Leistungsspektren aller Versorgungsebenen erforderlich.</p>
<p>§ 1, (2)</p>	<p>Im Entwurf wird für die Vergütung ambulanter Leistungen von Notfällen vorausgesetzt, dass auf Basis eines (bisher nicht existenten) Ersteinschätzungssystems ein sofortiger Behandlungsbedarf besteht. Die Notwendigkeit einer Behandlung im Krankenhaus ist jedoch zum Beispiel auch für Patienten mit nicht dringlichem Behandlungsbedarf gegeben, wenn für diese Behandlung die spezifischen Ressourcen des Krankenhauses erforderlich sind, der Patient aufgrund einer eingeschränkten Mobilität nur mit erhöhtem logistischen Aufwand und mit einer, für den Patienten nicht zumutbaren Belastung in einer entfernten Praxis vorgestellt werden kann.</p> <p>Der „sofortige Behandlungsbedarf“ ist als Kriterium für die Auslösung einer Vergütung von ambulanten Leistungen am Krankenhaus nicht tauglich und weder medizinisch noch aus sozialen Gesichtspunkte definiert. Zudem würde dadurch eine Vergütung ohne vorherige Diagnosestellung ausgelöst.</p>
<p>§ 2, (1)</p>	<p>Die Weiterleitung von Patienten in vertragsärztliche Strukturen außerhalb des Krankenhauses innerhalb von 30 Fahrminuten oder 7 Tagen ist aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz hinsichtlich eines Ersteinschätzungsverfahrens keinesfalls möglich. Die Fahrzeit von 30 Minuten setzt voraus, dass ältere, alleinstehende Patienten z.B. in den Nachtstunden mit öffentlichen Verkehrsmitteln diese erreichen können. Der Zeitraum von 7 Tagen ist willkürlich festgelegt und entbehrt jeder Evidenz, so dass Haftungsfragen vorprogrammiert sind.</p>
<p>§ 2, (3)</p>	<p>Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten ist richtig.</p> <p>Hinweis: Bei Patienten, die durch die „Ressource Rettungsdienst“ vorgestellt werden, ist durch hoch qualifiziertes medizinisches Personal (Notfallsanitäter) bereits die Entscheidung getroffen worden, dass zur Behandlung die Mittel des Krankenhauses notwendig sind. Für</p>

29.05.2022

diese Patienten ist eine Weiterleitung nicht sinnvoll.

§ 2, (4)

Insgesamt sind die Anforderungen an die ersteinschätzende Kraft sehr hoch.

4 a. Bei ersteinschätzenden Pflegekräften mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ ist die zweijährige Berufserfahrung per se gegeben.

4 b. Schulung in der Anwendung des verwendeten Ersteinschätzungsinstrumentes ist unabdingbar. Der Schulungserfolg muss überprüfbar sein.

4 c / d. Die Teilnahme an ½ jährlichen Qualitätszirkeln und regelmäßigen (mindestens 3 monatlichen) notfallmedizinischen Fortbildungen sollte für alle Mitarbeitende, die bei der Ersteinschätzung involviert sind, angeboten werden.

Anforderung an ersteinschätzende Kraft:

- Notfallmedizinisch qualifizierter Gesundheitsberuf (idealerweise Notfallpflege) mit mindestens 2-jähriger Erfahrung in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin in einer zentralen Notaufnahme. Die Schulung in der Anwendung des verwendeten Ersteinschätzungsinstrumentes ist unabdingbar. Der Schulungserfolg muss überprüfbar sein.

§ 2, (5)

Grundsätzlich ist die Forderung, dass ein Facharzt mit der ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin verfügbar sein sollte, zu unterstützen. Aufgrund der Tatsache, dass der Erwerb der ZWB in einigen Bundesländern erst seit 1 Jahr möglich ist, sind Ärzte mit der ZWB noch nicht ausreichend verfügbar. Unter Einrichtung einer Übergangsregelung sollte die Qualifikation „mindestens Facharztstandard in einem notfallmedizinisch assoziierten Fach mit mindestens 1 Jahr klinische Tätigkeit in der Notaufnahme“ gefordert werden.

§ 3, (1)

1 a. Zustimmung

1 b. Zustimmung

1 c. Die Ermittlung der Behandlungsdringlichkeit in einem 5-stufigen System ist nachvollziehbar, wenn dies auf der Basis von MTS oder ESI

29.05.2022

erfolgt. Vor dem Hintergrund eines neu zu entwickelnden Systems kann theoretisch auch eine höhere Anzahl von Stufen in Betracht kommen. Ein 5-stufiges System muss Mindestvoraussetzung sein, um alleine die Behandlungsdringlichkeit wissenschaftlich evident darzustellen und eine Integration in das Patientenflusskonzept einer Notaufnahme zu gewährleisten.

1 d. Der komplette Abschnitt 1 d. ist abzulehnen und in dieser Form nicht begründbar und gefährdet die Patientensicherheit.

- Es existieren aktuell keine wissenschaftlich evaluierten Ersteinschätzungssysteme, die mit hinreichender Evidenz eine Weiterleitung von Patienten in Versorgungsstrukturen außerhalb des Krankenhauses ermöglichen. Aktuelle Studien untersuchen die Weiterleitung in Notdienstpraxen in unmittelbarer Nähe zur Notaufnahme. Studienergebnisse, die eine Weiterleitung in Versorgungsebenen außerhalb des Krankenhauses bewerten, werden innerhalb der nächsten Jahre nicht vorliegen.
- Für die Festlegung einer Zeitspanne, innerhalb der sich ein Patient nach Ersteinschätzung und Festlegung der Versorgungsebene „Partnerpraxis“ unter Ausschluss einer Patientengefährdung vorstellen kann, liegen ebenfalls bislang keine wissenschaftlichen Daten vor. Weder für Leitsymptome noch für bestehende und bekannte Diagnosen sind weltweit derartige Zeitspannen definiert.

Die Entscheidung, ob eine Weiterleitung / Weiterbehandlung in eine/r ambulanten Versorgungsstruktur möglich ist, setzt eine umfassende Behandlung (Diagnostik und ärztliche Konsultation) in der Notaufnahme voraus. Diese ist auf Basis der Ersteinschätzung hier nicht vorgesehen und wird zudem auch nicht vergütet.

1 e. Eine Empfehlung zum voraussichtlichen Ressourcenbedarf kann durch das System, nur auf Basis der Ersteinschätzung, schwerlich getätigt werden. Die Abschätzung der erforderlichen Ressourcen ist nur durch eine eingehende ärztliche Anamnese und Untersuchung mit nachfolgender Differentialdiagnosestellung in der Notaufnahme möglich. Andernfalls können Situationen entstehen, in denen der Patient zunächst in die ambulante Versorgungsebene verwiesen wird und von dort, nach jetzt erstmaliger ärztlicher Untersuchung, zur weiteren Diagnostik in die Klinik eingewiesen wird.

1 f. – g. Zustimmung. Dokumentation und Information sind Voraussetzung.

§ 3, (2)

2 c. Eine Priorisierung der Notdienstpraxis im Krankenhaus /in der Notaufnahme gegenüber einer entfernten Partnerpraxis ist richtig.

29.05.2022

	<p>Letztlich erübrigt sich die Differenzierung, da es für die gefahrlose Weiterleitung in eine Partnerpraxis bisher keine Evidenz gibt. Auch die Festlegung auf die Stufen 3 – 5 erübrigt sich, da das Ersteinschätzungssystem noch nicht existent ist</p> <p>2 d. Die Weiterleitung an eine Partnerpraxis, die innerhalb eines 30-Minuten-PKW-Fahrzeitenradius erfolgen soll, berücksichtigt nicht die Mobilitätsfähigkeit der Patienten. Kein PKW vorhanden, Fahrtzeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Taxifahrt mit Kosten zu Lasten des Patienten oder der Klinik oder des Vertragsarztes? Krankentransport? Auch der saisonale Einfluss auf die Mobilität z.B. in den Wintermonaten in ländlichen Regionen bleibt unberücksichtigt. Da ein relevanter Anteil der dann in einer Partnerpraxis ambulant erstbehandelnden Patienten erwartungsgemäß wieder in eine Klinik eingewiesen werden wird, sind weitere Folgekosten und eine Mehrfachbelastung der Rettungsdienste vorprogrammiert.</p> <p>2 e. Die Prüfung zur Weiterleitung in eine Partnerpraxis durch einen Arzt mit der ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin stellt somit eine Qualifikationsanforderung dar, die über der Qualifikation von Ärzten in der Notaufnahme liegt, die kritisch kranke Patienten der MTS / ESI Stufen 1 und 2 behandeln.</p>
<p>§ 4, (1)</p>	<p>Analog zu den vorstehenden Ausführungen besteht keine wissenschaftliche Evidenz für eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Krankenhauses, die innerhalb eines 30-Minuten PKW-Fahrtzeitradius zu erreichen sind und die eine Gefährdung der Patientensicherheit ausschließt.</p> <p>Weiterhin bleibt unklar, wie über 24h / 7d eine vollständige Abdeckung für jede Fachrichtung im Notdienst durch die KV gewährleistet wird. Bisher wird diese Leistung in ganz Deutschland zwischen 21 Uhr und 8 Uhr in über 90% von den Notaufnahmen der Kliniken gewährleistet, aber formal im Rahmen von Kooperationsverträgen der KV zugeschrieben. Die KVen verweigern sowohl in den Notdienstpraxen als auch in den Partnerpraxen eine 24h / 7d Bereitschaft aus wirtschaftlichen Gründen. Auch das Fahrdienstangebot der KVen wurde durch Zusammenlegung von Regionen weiter ausgedünnt, sodass aufgrund der zunehmenden Entfernungen zwischen den Einsatzorten nur noch wenige Patienten ambulant vor Ort behandelt werden können. Das Partnerpraxisprinzip kann dann unterstützt werden, wenn für die meist frequentierten Fachspezialitäten eine 24h / 7 d Bereitschaft organisiert werden kann. Die bisherigen Kooperationsverträge mit den Kliniken führen in weiten Teilen Deutschlands bereits jetzt zu einer nächtlichen Überlastung von ambulanten Patienten. Somit wird durch diese Regelung ein</p>

Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin DGINA e.V.	
29.05.2022	
	<p>zusätzlicher Bedarf generiert, der durch die KV nicht getragen werden kann, sondern die Notaufnahmen zu Unzeiten überlastet.</p> <p>Die detaillierte Steuerung in die angegebenen Facharztgruppen ist über das Ersteinschätzungssystem nicht verfügbar/möglich und auch nicht validiert. Eine Steuerung in die Facharztgruppen ist nur durch eingehende ärztliche Untersuchung und Anamnese möglich.</p>
§ 5	<p>Der Ergebnisbericht sollte in einer datenschutzkonformen Cloud-Lösung gespeichert werden, auf die Krankenhaus und KV Zugriff haben. Die Anlage einer elektronischen Patientenakte im KIS des Krankenhauses widerspricht der Intention, die Patienten/„Hilfesuchenden“ nicht in die Behandlungsabläufe des Krankenhauses einzuschließen.</p>
§ 6, (1)	<p>Qualitätsanforderungen an ein Ersteinschätzungssystem zu definieren ist zu begrüßen und notwendig. Allerdings ist (wie bereits oben mehrfach beschrieben) davon auszugehen, dass es in absehbarer Zukunft kein wissenschaftlich validiertes Ersteinschätzungssystem geben wird, welches die dargestellten Qualitätskriterien auf der Basis definierter Rahmenbedingungen erfüllt.</p> <p>1 c. Sehr kritischer Absatz. Nebendiagnosen und soziale Faktoren haben einen erheblichen Einfluss auf die Entscheidungen und es ist unverständlich, warum dies im Entscheidungsalgorithmus nicht abgebildet werden soll. Vulnerable Patientengruppen (kognitiv eingeschränkte Patienten, körperlich Behinderte, chronisch Kranke, ältere Alleinstehende, infektiöse Patienten,) werden durch diesen Absatz offensichtlich benachteiligt.</p>
§ 6, (2) (3)	<p>Die Erhebung der Daten ist prinzipiell sinnvoll, stellen diese doch grundsätzlich die erbrachten Leistungen im KV Bereich dar und machen diese überprüfbar. Eine Analyse der so erhobenen Daten sollte aber im Monatsintervall erfolgen und nicht erst mit Zeitverzögerungen nach einem Quartal. Eine Definition über die zu erbringenden Leistungen fehlt jedoch, ebenso wie die hieraus abzuleitenden Konsequenzen.</p> <p>Die Weiterleitung der Daten an das IQTIG ist zu begrüßen, sollte jedoch gleichermaßen für das Krankenhaus und die KV gelten .</p>
§ 7	<ul style="list-style-type: none"> - Es fehlt eine Regelung, die die Konsequenzen festlegt, wenn ein Ersteinschätzungssystem die Anforderungen nicht erfüllt. Die Weiterleitung in Versorgungsstrukturen ausserhalb des Krankenhauses müsste dann komplett ausgesetzt werden und der Vergütungsanspruch für alle Notaufnahmepatienten

29.05.2022

weiterbestehen. Im Grunde gibt es dann auch keine Grundlage für die pflegerischen und ärztlichen Personalvorgaben zur Ersteinschätzung mehr, so dass die komplette Richtlinie ausgesetzt werden sollte.

- Es fehlt die Festlegung, wer die Ersteinschätzung betreibt (Krankenhaus oder KV ?) und damit z.B. auch medizinisch haftungsrechtliche Konsequenzen bei fehlerhafter Anwendung trägt. Die KV kann keinesfalls Betreiber werden, da ihr als Organisation die medizinisch fachliche Qualifikation im Anwendungsszenario fehlt. Wird die Ersteinschätzung im Rahmen der Delegation vollzogen, so sollte auch die ärztliche Qualifikation hierzu definiert sein.
- Haftungsfragen sind unter verschiedenen Perspektiven nicht abschließend geklärt.
- Wenn mehr als ein Ersteinschätzungssystem die Anforderungen erfüllt, können dann mehrere Systeme nebeneinander existieren? Wer trifft die Auswahl? Ist die Anforderung an ein einheitliches System über die Sektoren hinweg damit noch zu gewährleisten (und ist es überhaupt möglich und nötig)?

Da zu erwarten ist, dass die Ersteinschätzungssysteme im Hinblick auf künstliche Intelligenz und Profil-/Mustererkennung in den nächsten Jahren einen deutlichen Wissenszuwachs erfahren werden, sollte eine Durchlässigkeit im Hinblick auf die zu implementierenden System geschaffen werden, um unter Qualitätsgesichtspunkten eine kontinuierliche Verbesserung zu ermöglichen und die Standards im Laufe der Jahre unter Patientensicherheitsaspekten weiter anheben zu können. Ein starres System für ganz Deutschland ist abzulehnen, da damit auch jeder wissenschaftliche Weiterentwicklungsmöglichkeit blockiert wird und die Patienten nicht an den neuesten medizinischen Entwicklungen, wie z.B. im Leitlinienprozess seit Jahren etabliert, profitieren können.

Stellungnahme Entwurf B

§ 1, (2)

Es ist richtig, dass Patienten, die mit einer Einweisung vorstellig werden, keine Evaluation hinsichtlich einer Weiterleitung in die vertragsärztlichen Strukturen außerhalb des Krankenhauses benötigen . Dies muss auch für Patienten gelten, die mit einer Einweisung aus einer Notdienstpraxis vorstellig werden.

29.05.2022

<p>§ 1, (3) (4)</p>	<p>Die Aussetzung der Ersteinschätzung für die Kinderversorgung ist nicht schlüssig.</p> <p>Die Verpflichtung zur Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit nach MTS/ESI muss bestehen bleiben. Zum einen sind diese Systeme international im Einsatz und zum anderen wird die Validität zur Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit durch zahlreiche international publizierte und referenzierbare Publikationen untermauert.</p>
<p>§ 2 (3)</p>	<p><u>Analog zur Stellungnahme in Entwurf A</u></p> <p><u>Anforderung an ersteinschätzende Kraft:</u></p> <p>- Notfallmedizinisch qualifizierter Gesundheitsberuf (idealerweise Notfallpflege) mit mindestens 2-jähriger Erfahrung in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin in einer zentralen Notaufnahme. Die Schulung in der Anwendung des verwendeten Ersteinschätzungsinstrumentes ist unabdingbar. Der Schulungserfolg muss überprüfbar sein.</p>
<p>§ 3 (1)</p>	<p>a., b., c. stellen die aktuellen Anforderungen an Ersteinschätzungssysteme (ESI / MTS) dar.</p> <p>Eine Weiterleitung aufgrund dieser Ersteinschätzung in Partnerpraxen ist aufgrund fehlender wissenschaftlicher Evidenz nicht möglich. Siehe Kommentare in Entwurf A.</p>
<p>§ 3, (2)</p>	<p>Die Berücksichtigung der Dringlichkeitsstufen 1-3 für eine Behandlung im Krankenhaus ist richtig und aus den Erfahrungen der Fachgesellschaft notwendig.</p>
<p>§ 3, (3)</p>	<p>Die Weiterleitung und Einhaltung von Behandlungszeiten auf Basis der Fahrtzeitenregelung ist nicht tauglich.</p> <p>Siehe Kommentar in Entwurf A</p> <p>2 d. Die Weiterleitung an eine Partnerpraxis, die innerhalb eines 30-Minuten-PKW-Fahrtzeitenradius erfolgen soll, berücksichtigt nicht die Mobilität der Patienten. Kein PKW vorhanden, Fahrtzeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Taxifahrt mit Kosten zu Lasten des Patienten oder der Klinik oder des Vertragsarztes? Krankentransport?</p>
<p>§ 3, (4)</p>	<p>Wie bereits in Entwurf A beschrieben, ist eine Weiterleitung in eine nicht im bzw. am Krankenhaus etablierte Notdienstpraxis nicht möglich. Für die gefahrlose Weiterleitung in Partnerpraxen gibt es</p>

29.05.2022

	keine wissenschaftliche Evidenz. Eine Weiterleitung kann allenfalls nach ausführlicher ärztlicher Untersuchung und Anamnese (NICHT „Sichtung“!) erfolgen. Die hierfür aufgewendeten zeitlichen Ressourcen müssen entsprechend vergütet werden.
§ 3, (5)	Siehe Kommentar in Entwurf A (Cloud Lösung) Eintrag in die elektronische Gesundheitsakte sinnvoll
§ 4, (1)	Damit besteht für die KV keine umfassende Erfüllung des Sicherstellungsauftrages mehr. Sollte sich am Krankenhaus eine Notdienstpraxis mit 24/7 Verfügbarkeit befinden, so ist diese in die Versorgung einzubinden
§ 4, (2) (3) (4)	Die Bereitstellung von Informationen zur Verfügbarkeit von Notdienstpraxen und Partnerpraxen ist zwingend erforderlich und muss in das Ersteinschätzungssystem integriert sein. Die hierfür erforderlichen Daten müssen von der KV in das System übermittelt werden und automatisiert am Ende des Ersteinschätzungsprozesses im Ergebnis mitgeteilt werden. Darüber hinaus muss die KV Sorge tragen, dass neben der Verfügbarkeit auch die Versorgungsqualität und Strukturqualität gewährleistet ist.
§ 5, (1) (2) (3)	Die Übermittlung der Daten und die Evaluation der Prozesse im Krankenhaus ist nachvollziehbar. Allerdings fehlt die Evaluation der Prozesse in den Notdienst- und Partnerpraxen. Hier müssen ebenfalls die Daten erfasst und übermittelt werden. Im Besonderen müssen die Patientenströme erfasst werden, die nach einer Weiterleitung wieder in das Krankenhaus zurück oder in eine weitere fachärztliche Behandlung überwiesen werden.
Stellungnahme Entwurf C	
§ 3 (1)	Abweichend von den Entwürfen A und B wird hier erstmalig der Begriff der „Triagekraft“ verwendet und festgelegt, dass dies vom Krankenhaus eingesetztes (finanziertes?) Personal ist. Die Qualifikationen sind analog zu den Entwürfen A und B anzusetzen. Abweichend von dem Entwurf C werden folgende Anforderungen an die ersteinschätzende Kraft für notwendig gehalten:

29.05.2022

	<p><u>Anforderung an ersteinschätzende Kraft:</u></p> <p>- Notfallmedizinisch qualifizierter Gesundheitsberuf (idealerweise Notfallpflege) mit mindestens 2-jähriger Erfahrung in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin in einer zentralen Notaufnahme. Die Schulung in der Anwendung des verwendeten Ersteinschätzungsinstrumentes ist unabdingbar. Der Schulungserfolg muss überprüfbar sein.</p>
<p>§ 3, (2)</p>	<p>Auch hier wird ein neuer Terminus „Notfallambulanz“ eingeführt. Entsprechend dem G-BA Beschluss zur Stufung der stationären Notfallversorgung sollte hier einheitlich von „zentraler Notaufnahme“ gesprochen werden.</p> <p>Zur ärztlichen Qualifikation siehe Kommentar zu §2 Entwurf A</p>
<p>§ 4 (1)</p>	<p>Wird im Rahmen des GBA Beschluss zur Stufung der stationären Notfallversorgung bereits so umgesetzt.</p>
<p>§ 4 (2) (3)</p>	<p>Wie bereits in den Kommentaren in Entwurf A und B ausführlich dargestellt, liegen hierzu keine wissenschaftlich validierten Daten vor.</p> <p>Es existieren keine Ersteinschätzungssysteme mit hinreichender wissenschaftlicher Evidenz.</p>
<p>§ 5 (1)</p>	<p>Nicht das Krankenhaus hat zu prüfen, ob eine vertragsärztliche Einrichtung zur Verfügung steht, sondern die KV hat dem Krankenhaus und/oder dem Patienten mitzuteilen, welche vertragsärztlichen Ressourcen zur Verfügung stehen. (Bringschuld der KV).</p> <p>Die in § 5 umfänglich beschriebenen Aufgaben sind nicht mehr Aufgaben des Krankenhauses, wenn nach einer Ersteinschätzung die Entscheidung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gefallen ist.</p>
<p>§ 6</p>	<p>Wie bereits in den Kommentaren in Entwurf A und B ausführlich dargestellt, liegen hierzu keine wissenschaftlich validierten Daten vor.</p> <p>Es existieren keine Ersteinschätzungssysteme mit hinreichender wissenschaftlicher Evidenz.</p>
<p>§ 8</p>	<p>Statt der Formulierung hier in Entwurf C wird die Formulierung in § 6 -</p>

Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin DGINA e.V.	
29.05.2022	
§ 9 § 10	§9 in Entwurf D vorgeschlagen.
Stellungnahme Entwurf D	
§1	Ziel ist eine koordinierte ambulante Notfallversorgung im Sinne der o.g. Paragraphen. Eine Entlastung der Notaufnahme kann nur dann realisiert werden, wenn die Notdienstpraxen 24h / 7d verfügbar sind, um eine Überlastung der Notaufnahmen zu Unzeiten zu vermeiden. Bisher werden die Notaufnahmen im Rahmen der KV Kooperationsverträge mit den Kliniken vor allem in den Nachtstunden von ambulanten Patienten überlastet. Ein Erstsichtungsinstrument würde dann aufgrund der fehlenden Verfügbarkeit von Weiterleitungsmöglichkeiten ad absurdum geführt werden, da dann wieder in der Notaufnahme – wegen Kooperation – die Behandlung stattfindet. Eine Überbürokratisierung wäre die Folge ohne einen Mehrwert für die Effizienz oder die Patientenbedürfnisse.
§2	Abs. 4/5) Die pädiatrischen Patienten und auch die Spezialversorger bedürfen wie alle anderen Patienten eines validierten Ersteinschätzungsinstrumentes. Von daher sollte keine Differenzierung im Prozess zwischen den Patientengruppen erfolgen, um nicht andere Patientengruppen durch Nichtanwendung zu bevorzugen oder zu benachteiligen. Die Wirkung eines Ersteinschätzungsinstrumentes entfaltet sich in der Regel in der Crowding Situation, so dass dann in jedem Fall eine Erstsichtung zur Festlegung des Zeitintervalls bis zum Arztkontakt objektiv und valide erfolgen muss. Eine Erstsichtung kann dann ausgesetzt werden, wenn der Patient ohne Wartezeit behandelt werden kann.
§5	Abs. 2) Alle Patienten müssen eine Ersteinschätzung nach Behandlungspriorität erhalten, um im Falle einer Notaufnahmebehandlung sofort in den Patientenfluss der Notaufnahmen integriert werden zu können. Abs. 5) Die Festlegung auf einen cut off bei einem bisher nicht existenten System ist nicht sinnvoll. Abs. 6) Wenn diese im Entwurf D gewählte Formulierung impliziert, dass die Notdienstpraxis im Krankenhaus oder in der Notaufnahme integriert ist, ist diese Formulierung zu unterstützen.

29.05.2022

§ 10

Die Regelungen zum Inkrafttreten in Entwurf D werden ausdrücklich unterstützt und sollten auch in den anderen Entwürfen berücksichtigt werden.

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin DGINA e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	