

## **Stellungnahme der DGINA zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß §120 Absatz 3b SGB V**

Am 06.07.2023 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die „Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfes in der Notfallversorgung gemäß §120, Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungsrichtlinie)“ veröffentlicht.

Diese Richtlinie wurde im G-BA mit der Mehrheit der Stimmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und der drei unparteiischen Mitglieder des G-BA gegen die Stimmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) beschlossen. Die Länder haben sich gegen diesen Beschluss ausgesprochen, die Patientenvertreter enthielten sich.

Ein Stellungnahmeverfahren, um die Expertise von Fachgesellschaften und Verbänden einzuholen, hat zu diesem letzten Entwurf nicht mehr stattgefunden. Dies spiegelt sich deutlich in den inhaltlichen Mängeln des Beschlusses wider.

Der vorliegende Beschluss lässt viele Fragen offen und es bleibt in einigen gravierenden Punkten fraglich, ob die Richtlinie nach Inkrafttreten von den Notfallkliniken objektiv überhaupt erfüllbar ist. Obwohl der Beschluss auch positive Aspekte beinhaltet, die die DGINA ausdrücklich unterstützt, spricht sich die DGINA insgesamt gegen die Richtlinie in der vorliegenden Form aus.

### **Kommentare der DGINA zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung:**

#### **Zu §1 Anwendungsbereich des Ersteinschätzungsverfahrens**

Auszug aus dem Beschlusstext:

##### **§1 Ziel der Richtlinie**

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und 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.

(2) Krankenhäuser dürfen von gesetzlich Krankenversicherten für ambulante Behandlungen grundsätzlich nur in Notfällen im Sinne von § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V in Anspruch genommen werden.

(3) Die Ersteinschätzung dient unabhängig davon, ob das Krankenhaus an der gestuften stationären Notfallversorgung teilnimmt oder nicht, der Feststellung, ob ein für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 SGBV erforderlicher sofortiger Behandlungsbedarf vorliegt

##### **Kommentar der DGINA zu §1:**

Im Paragraphen §1 Absatz 3 wird festgestellt, dass eine Ersteinschätzung, ob eine ambulante Notfallbehandlung am Krankenhaus stattfinden kann, in jedem Krankenhaus stattfinden muss, auch in solchen, die nicht am gestuften Notfallversorgungssystem teilnehmen. Das umfasst auch Belegkliniken.

Allerdings sind die baulichen Vorgaben (Einrichtung einer ZNA bis zum 31.12.2026) und personellen Anforderungen (s.u.) so hoch, dass ein Krankenhaus ohne Stufung der Notfallversorgung diese voraussichtlich nicht erreichen kann. Somit werden nach Ende der Übergangszeit keine ungeplant kommenden gesetzlich versicherten Patienten mehr in solchen Kliniken behandelt und vergütet werden.

#### **Zu §2 Anwendungsbereich des Ersteinschätzungsverfahrens**

Auszug aus dem Beschlusstext:

##### **§2 Anwendungsbereich des Ersteinschätzungsverfahrens**

(1) Bei gesetzlich Krankenversicherten, die mit einem von ihnen für dringend gehaltenen gesundheitlichen Anliegen eigenständig ein Krankenhaus aufsuchen oder bei denen im Rettungswagen kein unmittelbar behandlungsbedürftiger, lebensbedrohlicher Zustand festgestellt wurde (nachfolgend: „die Hilfesuchenden“), ist ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren nach dieser Richtlinie durchzuführen. Hilfesuchende, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung ins Krankenhaus kommen, fallen nicht unter diese Regelung.

(2) Das in dieser Richtlinie geregelte Ersteinschätzungsverfahren erfolgt unter Berücksichtigung des strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten gemäß § 12

*Nummer 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V. Das Ersteinschätzungsverfahren wird in der zentralen Notaufnahme (nachfolgend: „ZNA“) des Krankenhauses durchgeführt. Die ZNA ist eine räumlich abgegrenzte, fachübergreifende Einheit mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung und grundsätzlich barrierefreiem Zugang.*

*(3) Die Vorgaben gelten für sämtliche nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, die für Hilfesuchende ambulante Notfalleleistungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V erbringt.*

### **Kommentar der DGINA zu §2:**

In der Richtlinie wird wiederholt der Begriff des Hilfesuchenden für die Patientinnen und Patienten verwendet: Hilfesuchende haben laut der Richtlinie keinen unmittelbaren behandlungsbedürftigen, lebensbedrohlichen Zustand und müssen deswegen daraufhin ersteingeschätzt werden, ob eine Krankenhausbehandlung notwendig oder eine ambulante Therapie im kassenärztlichen Bereich möglich ist.

Bezüglich der Ersteinschätzung ist dies ein eindeutiger Paradigmenwechsel der Ersteinschätzung im Krankenhaus. Es geht nicht mehr allein um die Festlegung der Behandlungsdringlichkeit, sondern um die Beurteilung der Notwendigkeit einer Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses. Dies kann den berechtigten Interessen der Patientinnen und Patienten, die eine Klinik für Notfallmedizin aufsuchen, durchaus widersprechen. Damit schränkt die Richtlinie die freie Arztwahl, die laut §76 Absatz 1 SGB V im Notfall gilt, insofern ein, als dass nun nicht mehr Patientinnen und Patienten sich als Notfall definieren, sondern als Hilfesuchende bezeichnet werden und erst als Notfall gelten, wenn eine Ersteinschätzung dies festgestellt hat. Dies widerspricht der internationalen und nationalen Definition durch die notfallmedizinischen Fachgesellschaften. Laut dieser liegt ein medizinischer Notfall immer dann vor, wenn „der/die Patient\*in körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweist, für die der/die Patient\*in selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“.

Alle gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten, die die Klinik für Notfallmedizin des Krankenhauses aufsuchen, fallen unter die Richtlinie. Privat- und BG versicherte Patient\*innen werden wegen der fehlenden Regelungskompetenz des SGB V und des G-BA durch die Richtlinie nicht erfasst, auch Patient\*innen mit vertragsärztlicher Einweisung werden von der Richtlinie ausgeschlossen. Für alle diese Patient\*innengruppen empfiehlt die DGINA dennoch, an der bisherigen Praxis einer Ersteinschätzung zur Festlegung der Behandlungsdringlichkeit festzuhalten, damit die Patient\*innensicherheit auch für diese Gruppen gewährleistet ist.

Die G-BA-Richtlinie besagt weiter unten in §5, dass sie für alle Hilfesuchenden gilt. Zudem wird in §2 (2) beschrieben, dass die Ersteinschätzung in der ZNA stattzufinden hat. In diesem Passus widerspricht der Beschluss vom 6.7.2023 dem Beschluss zu gestuften Notfallversorgung nach §136c Absatz 4 SGB V, in dessen Tragenden Gründen zu §12 (1), wo klar beschrieben wird, dass eng begrenzte Ausnahmen wie geburtshilfliche Patientinnen und Kinder nicht über die ZNA aufgenommen und auch dort nicht ersteingeschätzt werden müssen.

Diese Ausnahme stellt für die Versorgung von geburtshilflichen Patientinnen und Kindern einen wichtigen Tatbestand dar. In vielen Krankenhäusern werden geburtshilfliche Patientinnen direkt im Kreißaal aufgenommen. Eine Aufnahme über die ZNA würde zu unnötigen Zeitverzögerungen und erheblichen Unsicherheiten bei den Patientinnen führen. Dies umso mehr, da geburtshilfliche Einheiten räumlich durchaus weiter von der ZNA entfernt sein können. Dies gilt auch für die Versorgung von Kindern. In deutschen Krankenhäusern finden sich für die notfallmedizinische Versorgung von Kindern vier Grundtypen vor:

A Krankenhaus ohne Pädiatrie

B Krankenhaus mit Pädiatrie. Pädiatrische Notfallversorgung in der ZNA

C Krankenhaus mit Pädiatrie. Pädiatrische Notfallversorgung räumlich von der Erwachsenen ZNA getrennt in einer Kindernotaufnahme

D Reines Kinderkrankenhaus

Während die Ersteinschätzungsrichtlinie in Häusern der Gruppe A und B gut anwendbar ist, würde sie in Gruppe C nicht funktionieren und die Versorgung mutmaßlich verschlechtern

bzw. verzögern. Kinder könnten nicht mehr unmittelbar in den auf ihre Bedürfnisse spezialisierten Bereich gebracht und dort versorgt werden. Reine Kinderkrankenhäuser (Gruppe D) haben die geforderten Fachqualifikationen (Notfallpflege und zusatzweitergebildete Akut- und Notfallmediziner\*in) nicht präsent. Aktuell besteht in den meisten Ärztekammerbereichen für Kinder- und Jugendmediziner\*innen auch nicht die Möglichkeit die Zusatzweiterbildung zu erwerben.

Aus diesem Grund schlägt die DGINA vor, analog zum G-BA-Beschluss der gestuften Notfallversorgung die Regelungen der Ersteinschätzung dahingehend zu ergänzen, dass geburtshilfliche Patientinnen nicht in der ZNA ersteingeschätzt werden müssen. Außerdem wäre zu empfehlen, dass bei Krankenhausstandorten, die am Modul Kindernotfallversorgung teilnehmen, die Ersteinschätzung bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren sich ausschließlich nach den Regelungen des §25 (2) des Beschlusses zur gestuften Notfallversorgung nach §136c Absatz 4 SGB V richtet.

Nicht berücksichtigt sind in der Richtlinie die Hilfesuchenden, denen nach telefonischer Ersteinschätzung durch die 116 117 die Vorstellung in der Klinik für Notfallmedizin des Krankenhauses angeraten wurde. Diese Patientinnen und Patienten wurden bereits einer Dringlichkeitseinschätzung unterzogen und sollten im Sinne der Richtlinie wie vertragsärztlich eingewiesene Patient\*innen behandelt werden. Hier muss den Hilfesuchenden durch die KV/116 117 ein Code zur Verfügung gestellt werden, mit dem die Hilfesuchenden in der Notaufnahme anzeigen, dass sie bereits ersteingeschätzt wurden und direkt in der Notaufnahme behandelt werden müssen.

Geschieht dies nicht, so besteht die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme über das Ersteinschätzungsverfahren als nicht dringlich angesehen und mit einem TSS-Code wieder zurück in den vertragsärztlichen Sektor verwiesen wird.

Weiterhin berücksichtigt das Verfahren nicht die besonders vulnerablen Patientengruppen. Ein relevanter Anteil von älteren gebrechlichen Patientinnen und Patienten oder diejenigen mit Behinderung, teils mit kognitiven Einschränkungen, die mit Krankentransport oder Rettungsdienst gebracht werden, würde unter den Vorgaben des Beschlusses weitergeleitet werden müssen. Hierdurch entsteht ein zusätzlicher hoher logistischer rettungsdienstlicher Mehraufwand, zudem sollte eine besondere moralisch-ethische Verpflichtung hinsichtlich einer angemessenen und an die Lebenssituation angepassten Versorgung dieser Patientengruppe eine Weiterleitung ausschließen.

Alle oben genannten Punkte widersprechen dem Anspruch einer sinnvollen Patientensteuerung und sind für die Patientinnen und Patienten unzumutbar.

### **Zu § 3 Anforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren und das Ersteinschätzungsinstrument**

*Auszug aus dem Beschlusstext:*

*§ 3 Anforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren und das Ersteinschätzungsinstrument*

*(1) Für die Ersteinschätzung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs von Hilfesuchenden und der geeigneten Versorgungsebene ist vom Krankenhaus ein qualifiziertes und standardisiertes Verfahren einzusetzen.*

*(2) Das Ersteinschätzungsverfahren muss relevante Symptome und Risikomerkmale für abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe erkennen. Das Ersteinschätzungsverfahren muss ab dem in § 10 Absatz 4 Satz 1 genannten Zeitpunkt folgende Mindestanforderungen erfüllen:*

- a. Patientensicherheit: Unerwünschte Ereignisse müssen durch die Ausgestaltung der Entscheidungskriterien erfasst und, sofern sie auf Fehler im Entscheidungsprozess des Verfahrens zurückzuführen sind, durch Optimierung des Verfahrens für die Zukunft vermieden werden.*
- b. Diskriminationsfähigkeit: Das Ersteinschätzungsverfahren muss sowohl dazu geeignet sein, lebensbedrohliche Zustände und abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe innerhalb von einer Minute zu erkennen als auch Behandlungsanlässe mit geringer oder fehlender Dringlichkeit zu identifizieren. Das Ersteinschätzungsverfahren kann Fälle mit gleicher Leitsymptomatik bei unterschiedlichem Schweregrad unterscheiden. Nebendiagnosen ohne medizinischen Einfluss auf den akuten Behandlungsanlass dürfen sich nicht schweregraderhöhend auswirken. Im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens dürfen ausschließlich medizinische Erfordernisse Einfluss auf die Entscheidung nehmen.*

- c. *Vollständigkeit: Das Ersteinschätzungsverfahren bildet alle in der Akut- und Notfallversorgung auftretenden Behandlungsanlässe ab (z. B. auf der Basis des Canadian Emergency Department Information System (CEDIS-Katalog)) und umfasst alle Altersgruppen.*
- d. *Objektivität: Das Ersteinschätzungsverfahren ermöglicht die Durchführung, Auswertung und Interpretation der Ersteinschätzung unabhängig vom Einsatzort und von der ersteinschätzenden Person.*
- e. *Reliabilität: Das Ergebnis der Ersteinschätzung kann mit dem gleichen oder einem vergleichbaren Ersteinschätzungsverfahren bestätigt werden.*
- f. *Validität: Das Ersteinschätzungsverfahren bestimmt strukturiert und validiert zutreffend zunächst die Behandlungsdringlichkeit von Hilfesuchenden und bildet diese in fünf Dringlichkeitsstufen im Sinne der Triage-Systeme Manchester Triage System (MTS) oder Emergency Severity Index (ESI) (Stufe 1 = höchste Dringlichkeitsstufe, Stufe 5 = niedrigste Dringlichkeitsstufe) ab. Außerdem ermittelt es die Dringlichkeitsgruppen und, sofern erforderlich, die sachgerechte Versorgungsebene nach § 5 Absatz 3.*
- g. *Stand der medizinischen Erkenntnisse: Die notfallmedizinischen Inhalte des Ersteinschätzungsverfahrens müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Dies schließt eine stetige Aktualisierung und Optimierung der Inhalte im Hinblick auf die in diesem Paragraphen formulierten Anforderungen ein.*
- h. *Ergebnisbericht: Möglichkeit der Dokumentation und Ausgabe eines digitalen Ergebnisberichts mit den in § 5 Absatz 4 festgelegten Mindestinhalten.*

(3) *Das Ersteinschätzungsverfahren wird ab dem in § 10 Absatz 4 Satz 2 genannten Zeitpunkt durch ein digitales Assistenzsystem (im Folgenden: Ersteinschätzungsinstrument) unterstützt. Die Mindestanforderungen nach Absatz 2 gelten für das Ersteinschätzungsinstrument entsprechend. Ihre Einhaltung ist in mindestens einer wissenschaftlichen, peer-reviewed veröffentlichten Studie nachzuweisen. Das Ersteinschätzungsinstrument muss zusätzlich folgende Mindestanforderungen erfüllen:*

1. *IT-Fähigkeit und Dokumentationsfähigkeit: Das Ersteinschätzungsinstrument muss eine Schnittstelle enthalten, die anbieterunabhängige Interoperabilität im Gesundheitswesen sowie eine Integration in das IT-System der Notaufnahme zur Dokumentation und Weiterleitung der erhobenen Daten gewährleistet.*
2. *Medizinprodukt: Für das Ersteinschätzungsinstrument muss eine den aktuellen Anforderungen der EU-Verordnung über Medizinprodukte (nachfolgend: MDR) entsprechende Konformitätsbescheinigung durch eine Benannte Stelle als Medizinprodukt (derzeit der Klasse IIa) im Sinne der MDR vorliegen (übergangsweise mindestens eine Konformitätsbescheinigung nach der Medizinprodukterichtlinie MDD)) und ein technischer Rund-um-die-Uhr-Service zur Beseitigung von Störungen bestehen.*

(4) *Das Ersteinschätzungsverfahren wird mit der Festlegung der sachgerechten Versorgungsebene und der zutreffenden Dringlichkeitsstufe oder -gruppe im Sinne von § 5 Absatz 2 bzw. Absatz 3 abgeschlossen.*

(5) *Das Ergebnis des Ersteinschätzungsverfahrens ist grundsätzlich verbindlich. Abweichungen sind fallbezogen im elektronischen Krankenhausinformationssystem (KIS) zu dokumentieren und zu begründen.*

### **Kommentar der DGINA zu §3:**

Die in § 3 Absatz 2 a.-h. geforderten Mindestanforderungen insbesondere in Bezug auf Patientensicherheit sowie Validität und Reliabilität, sind allenfalls durch die üblicherweise verwendeten Ersteinschätzungssysteme ESI/MTS für die Behandlungspriorisierung innerhalb der Klinik für Notfallmedizin zu erfüllen. Diese Systeme sind nachgewiesenermaßen nicht dafür geeignet, eine sichere Verweisung an einen Behandlungsort außerhalb der Klinik für Notfallmedizin zu gewährleisten. Bislang existiert keines der in §3 Absatz 3 geforderten digitalen Ersteinschätzungsinstrumente, die die Mindestanforderungen nach a-h. erfüllen und dies durch eine wissenschaftliche Evaluation nachweisen konnten. Völlig unklar ist, welches Ersteinschätzungsverfahren von Krankenhäusern angewandt werden soll, das die o.a. Anforderungen erfüllt, bis ein Ersteinschätzungsinstrument zur Verfügung steht. In den Tragenden Gründen wurde der Einsatz eines der in Evaluation befindlichen Ersteinschätzungsinstrumente empfohlen, das aber gerade noch nicht die Anforderungen erfüllt. Damit ist das gesamte in der Richtlinie geforderte Ersteinschätzungsverfahren mit Zuordnung einer außerhalb der Notfallklinik oder assoziierter Notdienstpraxis gelegenen Versorgungsebene auf nicht absehbare Zeit nicht durchführbar.

Mit Fokus auf die Patientensicherheit kommen weitere Mängel in den Blick. Patientensicherheit ist im Ersteinschätzungsverfahren gewährleistet, wenn nach Feststellung



einer niedrigen Behandlungsdringlichkeit durch die verzögerte Behandlung kein Schaden entsteht. Ein für die Patientinnen und Patienten sicheres Ersteinschätzungsverfahren muss die Dynamik von Erkrankungen berücksichtigen. Das bedeutet, dass unbedroht erscheinende Patient\*innen mit stabilen Vitalparametern durchaus in kurzer Zeit ein bedrohliches Krankheitsbild entwickeln können. Nicht alle Symptome können ohne gründliche ärztliche Evaluation einer ungefährlichen Krankheit, die verzögert behandelt werden kann, zugeordnet werden.

Patientensicherheit kann nur gewährleistet werden, wenn Patientinnen und Patienten sich jederzeit bei einer Verschlechterung des Zustandes unverzüglich erneut vorstellen können und selbst das Recht haben, eine Überprüfung des Ersteinschätzungsergebnisses durch einen Arzt einzufordern. Weiterhin ist es erforderlich, dass alle Patientinnen und Patienten Informationen über mögliche bedrohliche Krankheitsentwicklungen erhalten. Das bedeutet in einigen Fällen beträchtlichen Diskussionsbedarf sowie kontinuierlich einen erheblichen Informations- und Dokumentationsaufwand.

Die unter §3 Absatz 2 a unter dem Stichwort *Patientensicherheit* geforderte Erfassung unerwünschter Ereignisse stellen die Patientensicherheit nicht sicher, sondern erfasst nur retrospektiv die Fälle der tatsächlich realisierten Patient\*innenschäden. Hierbei handelt es sich um ein System der Qualitätssicherung, das mit zeitlichem Verzug die Patientensicherheit als Reaktion auf eine stattgehabte Patient\*innenschädigung verbessern kann.

Die DGINA fordert hingegen vorausschauende Maßnahmen der Patientensicherung wie oben beschrieben, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die G-BA Richtlinie nur eine wissenschaftliche Untersuchung zur Patientensicherheit vor der Umsetzung der Richtlinie zur Zuordnung in eine Versorgungsebene fordert.

Die Verbindlichkeit des Ersteinschätzungsergebnisses §3 Absatz 5 ist nicht ausreichend definiert. Es bleibt unklar, wem gegenüber die Verbindlichkeit besteht: Gegenüber Kostenträgern, den Weiterbehandlern, den Patient\*innen? Außerdem ist fraglich, für wie lange diese Verbindlichkeit besteht, wie sie gewährleistet werden kann und welche Ausnahmetatbestände akzeptiert werden können.

## **Zu §4 Qualitätsanforderungen an das am Ersteinschätzungsverfahren beteiligte medizinische Personal und Maßnahmen der Qualitätssicherung**

### Auszug aus dem Beschlusstext:

*§ 4 Qualifikationsanforderungen an das am Ersteinschätzungsverfahren beteiligte medizinische Personal und Maßnahmen der Qualitätssicherung*

*(1) Die Ersteinschätzung erfolgt durch vom Krankenhaus eingesetztes Personal (nachfolgend: „Ersteinschätzungskraft“).*

*Am Krankenhausstandort steht jederzeit ärztliches und pflegerisches Personal mit den in Absatz 2 und Absatz 3 genannten Qualifikationen zur Verfügung. Das ärztliche Personal kann von der Ersteinschätzungskraft insbesondere bei Fragen zur Behandlungsdringlichkeit, zur geeigneten Versorgungsebene sowie in den Fällen, in denen die Ersteinschätzungskraft zu einer abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage ist, hinzugezogen werden.*

*(2) Die Ersteinschätzungskraft muss*

*a. Pflegefachkraft mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ oder Notfallsanitäterin oder Notfallsanitäter sein,*

*b. für das Ersteinschätzungsverfahren nach § 5 ausgebildet sein,*

*c. mindestens einmal pro Quartal mit dem Ziel, qualitätsverbessernde Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus zu identifizieren und umzusetzen, an einem Qualitätszirkel zur Besprechung kritischer Ereignisse im Zusammenhang mit der Ersteinschätzung von Hilfesuchenden teilnehmen und mindestens einmal jährlich an einer Fortbildung zum Erkennen von Notfallsymptomen, die Hinweise auf lebensbedrohliche Zustände oder abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe geben, geschult werden.*

*(3) Für die Vorphaltung des ärztlichen Personals am Krankenhausstandort gelten die Anforderungen nach § 9 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.*

### **Kommentar der DGINA zu §4:**

Die Ersteinschätzung von Notfallpatienten ist eine anspruchsvolle und verantwortungsvolle Tätigkeit, entscheidet doch diese Ersteinschätzung maßgeblich über den weiteren

Versorgungspfad der Patienten und hat somit signifikanten Einfluss auf die Patientensicherheit. Die in § 4 der Richtlinie vorgeschriebenen hohen Qualifikationsanforderungen werden deswegen von der DGINA grundsätzlich begrüßt. Die DGINA befürwortet daher auch den vorgesehenen Einsatz von speziell notfallmedizinisch qualifizierten Pflegekräften in dem Ersteinschätzungsverfahren und die Anerkennung der Notwendigkeit, dass diese Qualifikation allein durch im Krankenhaus beschäftigte Mitarbeiter gewährleistet werden kann.

Allerdings schätzt die DGINA die Vorgaben bezüglich der Umsetzung der Qualifikationsanforderungen als unrealistisch ein. Derzeit sind Pflegekräfte mit der erforderlichen Qualifikation Notfallpflege nicht ausreichend verfügbar. Nach Kenntnis der DGINA haben zum jetzigen Zeitpunkt ca. 8000 bis 10.000 Pflegenden die Zusatzqualifikation Notfallpflege erlangt. Wie viele hiervon noch in den Notaufnahmen und in welchem Stellenumfang tätig sind, wird derzeit in einer Studie der DGINA evaluiert.

Die aktuell verfügbaren Notfallpflegenden werden überwiegend in der vom G-BA nach §136c SGB V geforderten Leitungsfunktion und in Hochrisikobereichen der Notfallkliniken wie in der Schockraumversorgung eingesetzt. Bei einer Dauer von 2 Jahren zur Erlangung der Zusatzqualifikation ist auch bis zum 31.12.2026 nicht absehbar, dass die Ersteinschätzung verlässlich 24/7 durch eine Notfallpflegekraft vorgenommen werden kann.

Notfallsanitäter\*innen mit Notfallpflegenden bei der Ersteinschätzung gleichzusetzen, hält die DGINA nicht für sachgerecht. Die Ausbildung der Notfallsanitäter\*innen konzentriert sich rein auf den präklinischen Versorgungsbereich. Gerade für die Erkennung von Gesundheitsstörungen, die eine Zuordnung in den vertragsärztlichen Versorgungsbereich erlauben würde, sind die präklinisch arbeitenden Notfallsanitäter\*innen nicht ausgebildet. Eine Notfallpflegekraft hat eine dreijährige Krankenpflegeausbildung, ein Jahr Berufserfahrung in einer Notaufnahme und zwei Jahre Zusatzqualifikation und damit eine sechsjährige spezialisierte Berufserfahrung nachzuweisen und ist damit für die Anforderungen dieser Richtlinie weit höher als qualifiziert als Notfallsanitäter\*innen mit einer dreijährigen Ausbildung, die zudem nur teilweise als Praktikum in einer ZNA abzuleisten ist. Zudem herrscht im Rettungsdienst ein deutlicher Mangel an Notfallsanitäter\*innen. Insofern macht es keinen Sinn, diese Berufsgruppe für die innerklinische Ersteinschätzung heranzuziehen und hierdurch die innerklinische und präklinische Notfallversorgung in Konkurrenz, um hochqualifiziertes Personal treten zu lassen.

Der Gesetzgeber muss aus Sicht der DGINA anerkennen, dass die jetzige Richtlinie unrealistische Anforderungen bezüglich der Qualifikationsanforderungen stellt und so nicht in Kraft treten sollte. Realistisch und ohne Patientengefährdung umsetzbar wäre es, dauerhaft bis zu einer Evaluation der Richtlinie die Ersteinschätzung von Pflegenden mit zwei Jahren Berufserfahrung in der klinischen Notfallmedizin und zusätzlicher Schulung in dem verwendeten Ersteinschätzungssystem, wie bereits für eine Übergangszeit vorgesehen, durchführen zu lassen.

Bezüglich der Anforderungen an ärztliches Personal, das als Hintergrundversicherung durch die Ersteinschätzungskraft hinzugezogen werden kann, verweisen die Tragenden Gründe zur vorliegenden Richtlinie auf die Richtlinie des G-BA zur Stufung der Notfallversorgung nach §136c SGB V und interpretieren diese in dem Sinne, dass jederzeit ärztliches Personal im Anwesenheitsdienst zur Verfügung steht, welches über die Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügt.

Die Anwesenheit von qualifiziertem ärztlichem Personal im Krankenhaus und in der ZNA ist grundsätzlich zu begrüßen. Im Krankenhaus muss der Facharztstandard eingehalten werden, d.h. dass jeder Arzt so handelt, wie es ein Facharzt des jeweiligen Gebietes nach den aktuellen medizinischen Standards unter Anwendung der erforderlichen Sorgfalt täte. Es gibt keinen Grund, in der Richtlinie für die Ersteinschätzung bezüglich des ärztlichen Personals andere Maßstäbe als beispielsweise für den Einsatz im Schockraum einer Klinik für Notfallmedizin anzulegen. In diesem Sinne sind die Anforderungen an die ärztliche Qualifikation ungerechtfertigterweise zu hoch.

Insbesondere die Auslegung einer anderen G-BA Richtlinie in den Tragenden Gründen dieser Richtlinie mit Ableitung einer 24/7 Präsenz eines Facharztes mit Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin, was in diese Richtlinie nicht explizit steht und auch im Begutachtungslauf des Medizinischen Dienstes nicht so interpretiert wird, ist nicht nachvollziehbar. Eine Umsetzung dieser Anforderung in allen Kliniken mit Notfallstufung würde über 6000 Ärzte mit dieser Qualifikation in Vollzeit im Schichtdienst erfordern, was ein Vielfaches der mittelfristig verfügbaren Anzahl an Ärzten ist

Wie schon bei den Notfallpflegenden gilt auch für das ärztliche Personal, dass derzeit noch nicht ausreichend weitergebildete Ärztinnen und Ärzte mit dieser Zusatzweiterbildung zur Verfügung stehen. Die DGINA schätzt, dass derzeit ca. 1000 Ärzte über die notwendige Qualifikation verfügen, wobei auch nicht alle mit der Zusatzweiterbildung in Kliniken für Notfallmedizin arbeiten. Die Weiterbildung in der „Klinischen Akut- und Notfallmedizin“ nimmt mindestens 7 Jahre in Anspruch und ist aktuell ineffizient, weil in dieser langen Weiterbildungszeit für die Notfallmedizin irrelevante Inhalte vermittelt werden. Um die von der Richtlinie geforderten Qualifikation für „Klinische Akut- und Notfallmedizin 24/7 in ausreichender Verlässlichkeit anbieten zu können, müssten mehr Ärztinnen und Ärzte in kürzerer Zeit diese Qualifikation erwerben können. Dies kann durch die Etablierung einer Fachärztlichkeit „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, die nach 5 Jahren Weiterbildung zu erwerben ist, erreicht werden.

Die DGINA fordert vor diesem Hintergrund eine Qualifizierungsoffensive für die Notfallpflege und die „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, die durch das BMG und das Ministerium für Arbeit und Soziales gefördert und finanziell unterstützt werden sollte.

Die Bundesärztekammer muss aufgefordert werden, das Curriculum für die/den „Fachärztin/ Facharzt für Notfallmedizin“ wie von den Experten der Regierungskommission empfohlen gemeinsam mit der DGINA zeitnah zu erstellen.

## **Zu §5 Durchführung und Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens**

*Auszug aus dem Beschlusstext:*

### *§ 5 Durchführung und Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens*

*(1) Bei allen Hilfesuchenden ist innerhalb von 10 Minuten nach Eintreffen in der ZNA eine Behandlungspriorisierung nach einem fünfstufigen System wie MTS/ESI unter Berücksichtigung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V durchzuführen. Die Prüfung der Weiterleitung der Hilfesuchenden erfolgt nach den in Absatz 2 und Absatz 3 geregelten Grundsätzen.*

*(2) Hilfesuchende der Dringlichkeitsstufen 1 (sofortiger Behandlungsbeginn) und 2 (sehr dringend) im Sinne des Systems nach Absatz 1 werden als ambulanter Notfall durch das Krankenhaus in der ZNA behandelt oder, sofern erforderlich, stationär aufgenommen. Ein weiterführendes Ersteinschätzungsverfahren nach Absatz 3 entfällt.*

*(3) Für alle nicht unter Absatz 2 fallenden Hilfesuchenden wird im Anschluss an diese Prüfung ein weiterführendes Ersteinschätzungsverfahren unter Beachtung der folgenden Bestimmungen durchgeführt, um die Dringlichkeit und die sachgerechte Versorgungsebene zu ermitteln. Dabei ist das Vorliegen von Notfallsymptomen, die Hinweise auf lebensbedrohliche Zustände oder abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe geben, auszuschließen.*

*Feststellung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs nach Dringlichkeitsgruppen*

*Das Ergebnis des weiterführenden Ersteinschätzungsverfahrens für die Dringlichkeitsstufen 3 und höher gibt ein medizinisch vertretbares Zeitfenster bis zur ärztlichen Behandlung vor. Die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs ist gemäß folgender Einteilung nach Dringlichkeitsgruppen zu bestimmen:*

*Dringlichkeitsgruppe 1: Medizinisch vertretbarer Zeitrahmen bis zur Behandlung sollte binnen 24 Stunden beginnen.*

*Dringlichkeitsgruppe 2: Medizinisch vertretbarer Zeitrahmen bis zur Behandlung muss nicht binnen 24 Stunden beginnen.*

*Die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs bestimmt sich nach der Erkrankungsschwere, dem Beschwerdebild und den damit verbundenen Anzeichen und Symptomen.*

*Versorgungsebene zur ambulanten Behandlung von Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 1*

*Das vom Krankenhaus eingesetzte erweiterte Ersteinschätzungsverfahren muss die Ersteinschätzungskraft darin unterstützen, für die Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 1 eine sachgerechte Versorgungsebene zu bestimmen, die die folgende Einteilung umfasst: a) Krankenhaus zur ambulanten Notfallbehandlung gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V und b) vertragsärztliche Versorgung in Notdienstpraxen am oder in unmittelbarer räumlicher Nähe des Krankenhausstandortes; im Sinne dieser Richtlinie sind davon auch Medizinische Versorgungszentren in Trägerschaft des Krankenhauses umfasst.*

*Angabe von Fachrichtungen bei Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 2*

*Für Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 2 ist die zur vertragsärztlichen Behandlung erforderliche Fachrichtung auszuweisen. Dabei ist mindestens nach den folgenden Fachrichtungen zu differenzieren:*

*a) Hausärztliche Versorgung/Allgemeinmedizin, b) Innere Medizin, c) Gynäkologie und Geburtshilfe, d) Urologie, e)*

Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie, f) Kinder- und Jugendmedizin, g) Augenheilkunde, h) Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, i) Dermatologie, j) Neurologie, k) Psychiatrische und nervenärztliche Versorgung.

(4) Jedes Ersteinschätzungsverfahren eines oder einer Hilfesuchenden schließt einen digitalen Ergebnisbericht mit ein, der mindestens folgende Informationen enthalten muss: a) Standortnummer und Kontaktangaben der ZNA des Krankenhauses, b) das genutzte Ersteinschätzungsinstrument, c) Name der durchführenden Ersteinschätzungskraft, d) die Dringlichkeitsgruppe und die Gründe, die zur Einstufung in diese Dringlichkeitsgruppe geführt haben, e) Bei Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 1 zusätzlich die sachgerechte Versorgungsebene einschließlich der Gründe, die zu dieser Einordnung geführt haben, f) Angabe, ob Einbindung ärztlichen Personals in das Ersteinschätzungsverfahren erfolgt ist, und g) ob eine Dokumentation der etwaigen Abweichung von der Empfehlung des Ersteinschätzungsverfahrens durch ärztliches Personal mit Begründung.

Die im Ergebnisbericht enthaltenen Informationen sind fallbezogen im elektronischen KIS zu speichern.

### **Kommentar der DGINA zu §5:**

Positiv ist zu vermerken, dass durch die Richtlinie die Zuständigkeit und Verantwortung für die Ersteinschätzung einschließlich Weiterleitung in eine Notdienstpraxis an das Krankenhaus gegeben wurde und das ineffiziente Konstrukt eines „gemeinsamen Tresens“ von Krankenhaus und KV verlassen wurde.

Bezüglich des Ablaufs der Ersteinschätzung wird die Vorgabe, Patientinnen und Patienten innerhalb von 10 Minuten ersteinzuschätzen, rechtlich nicht nur für stationär aufgenommene, sondern auch für ambulant verbleibende Patient\*innen verbindlich. Inhaltlich bildet die Ausweitung auf ambulante Patient\*innen der Klinik für Notfallmedizin die Realität bezüglich der Ersteinschätzung ab. Allerdings wird nun die Sanktionierbarkeit nach MD-Prüfung bezüglich der Ersteinschätzung auf ambulant zu behandelnde Patient\*innen ausgeweitet. Dabei werden die in der Richtlinie zum §136c SGB V bestehenden Unzulänglichkeiten übernommen, die darin bestehen, dass eine 100%ige Ersteinschätzungsrate innerhalb von 10 min gefordert wird. Zukünftig sollten Erfüllungsquoten definiert werden, die hierzu deutlich besser geeignet wären wie beispielsweise 90% in 10 min und 95% in 15 min.

Nur ein geringer Anteil der Patientinnen und Patienten wird in MTS „rot“ oder „orange“ – analog ESI 1 oder 2 - ersteingeschätzt, was ein „weiterführendes Ersteinschätzungsverfahren“ in den weit überwiegenden Fällen erforderlich macht. In den tragenden Gründen ist angegeben, dass nach Einschätzung des G-BA über die Hälfte der bislang ambulant durch das Krankenhaus behandelten Patient\*innen im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnte.

Diese Feststellung ist fehlerhaft, weil sich gerade in der Ersteinschätzungskategorie 3 viele Patienten finden, die zwar nicht akut bedroht erscheinen, aber eindeutig einer stationären Behandlung bedürfen. Dies trifft insbesondere für Patient\*innen über 55 Jahre zu, die mehrheitlich einer stationären Aufnahme bedürfen. Die in diesen Fällen erforderliche, erweiterte Ersteinschätzung trotz eindeutiger Indikation für eine stationäre Behandlung ist zeitraubend und sinnlos. Auch ist eine Weiterleitung, wie weiter oben dargestellt, mit umfangreichen Dokumentationsaufgaben inkl. Herausgabe eines TSS-Codes und aufwändiger Beratung verbunden.

Die Einteilung in Gruppen von Patientinnen und Patienten, die innerhalb oder außerhalb von 24h gesehen werden müssen, ist willkürlich gewählt. Damit schafft die vorliegende Richtlinie eine Ersteinschätzung in die Kategorien „Behandlung sofort“, „Behandlung sehr dringlich“, „Behandlung innerhalb 24 Stunden“ und „Behandlung > 24 Stunden möglich“. Es gibt weder national noch international eine valide Datengrundlage, die eine Steuerung von Patient\*innen mit akuten Beschwerden durch ein Verfahren mit solchen Zeitfenstern ohne eine mögliche Gefährdung der Patientensicherheit erlaubt.

Faktisch wird durch diese Einteilung die Behandlung von weniger dringlichen Patientinnen und Patienten unnötig verkompliziert, bürokratisiert und verteuert. Die Verweisungspraxis kann dazu führen, dass eine zügige, gezielte und unaufwändige Kurzzeitintervention unterbleibt, weil diese nicht innerhalb 24h Stunden stattfinden muss. Effizienter wäre es, die Kliniken für Notfallmedizin personell so auszustatten, dass sich eine Weiterverweisung erübrigt.



Fraglich ist auch, ob diese Einteilung innerhalb des Ersteinschätzungsverfahrens im Sinne des Gesetzgebers ist, der mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz noch kurzfristig eine Änderung in §120 3b SGB V vorgenommen hat, um die Weiterleitung auf geöffnete Notdienstpraxen am Standort zu begrenzen. Ob sich der G-BA hier über die bestehende Gesetzgebung hinwegsetzt, bleibt durch das BMG juristisch zu prüfen.

In §5 Absatz 3 Punkt 3 wird neben einer Zuordnung zu der Kategorie „Behandlung muss nicht binnen 24 Stunden stattfinden“ auch die Zuordnung zu einer Fachlichkeit gefordert. Dies ist ohne diagnostische Überlegungen, welches Organ für die geschilderte Symptomatik der Notfallpatient\*innen verantwortlich ist, in vielen Fällen nicht möglich. Zur Ermittlung eines potenziell verursachenden Organsystems als Grund für die Vorstellung sind immer anamnestische Daten und gegebenenfalls Untersuchungsbefunde also eine ärztliche Evaluation erforderlich, die aber für diese Patient\*innen laut Richtlinie verbindlich ausgeschlossen werden sollen. Ohne diese ärztliche Evaluation kann eine qualitativ hochwertige und für die Patientinnen und Patienten sichere Weiterleitung nicht gewährleistet werden.

## **Zu § 6 Weiterleitung und Behandlung von Hilfesuchenden**

### Auszug aus dem Beschlusstext:

#### § 6 Weiterleitung und Behandlung von Hilfesuchenden

- (1) Ermittelt das Ersteinschätzungsverfahren für Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 1 die Notdienstpraxen als sachgerechte Versorgungsebene, werden die Hilfesuchenden an diese Notdienstpraxis weitergeleitet, sofern diese zum Zeitpunkt der Durchführung der Ersteinschätzung geöffnet ist oder innerhalb eines vertretbaren Zeitraums öffnen wird. Ist eine Weiterleitung nachweislich nicht möglich oder medizinisch nicht vertretbar, sind die für die Nichtweiterleitung maßgeblichen Gründe (insbesondere: Notdienstpraxis nicht vorhanden oder nicht geöffnet) fallbezogen im elektronischen KIS zu dokumentieren. Die ambulante Notfallbehandlung erfolgt nur in diesen Fällen in der ZNA des Krankenhauses.
- (2) Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 2 erhalten vom Krankenhaus zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle (TSS), dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 SGB V vorliegt, den Vermittlungscode des TSS-Terminbuchungssystems, damit sie – gegebenenfalls mit Unterstützung der TSS der Kassenärztlichen Vereinigungen – einen Termin bei an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten oder medizinischen Versorgungszentren buchen können.
- (3) Die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Zuständigkeitsgebiet sich das ersteinschätzende Krankenhaus befindet, kann es durch weitere Maßnahmen bei der nach Durchführung der erweiterten Ersteinschätzung nach § 5 Absatz 3 empfohlenen Weiterleitung unterstützen, dies umfasst insbesondere regionale Kooperationen (z. B. Partnerpraxen, Kooperationspraxen auf oder in unmittelbarer Nähe des Krankenhausstandortes). Darüber hinaus kann die Kassenärztliche Vereinigung eine Videosprechstunde oder eine telefonische ärztliche Konsultation durch einen von der TSS benannten Arzt oder eine benannte Ärztin anbieten.
- (4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelt in Richtlinien die technischen Anforderungen und das Verfahren für die Nutzung des Terminbuchungssystems der TSS zur Generierung von Vermittlungscode durch ein Krankenhaus.
- (5) Hilfesuchende erhalten in den Fällen, in denen sie nicht durch das Krankenhaus behandelt werden, den Ergebnisbericht nach § 5 Absatz 4. Sofern die Einwilligung des oder der Hilfesuchenden vorliegt, wird der Ergebnisbericht unter Nutzung der Dienste der Telematik-Infrastruktur auch an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin übermittelt.

### **Kommentar der DGINA zu §6:**

Für eine patientensichere Weiterleitung in eine Notdienstpraxis sind nicht allein die Öffnungszeiten, sondern auch die vorgehaltenen Ressourcen und Qualifikationen, die in dieser Praxis zur Verfügung stehen, relevant. Die KV muss deswegen verpflichtet werden, entweder das Qualifikationsniveau und die Ressourcenausstattung der Notdienstpraxis normativ festzulegen oder muss der weiterverweisenden Klinik für Notfallmedizin die dort verfügbaren Qualifikationen für jeden Zeitpunkt transparent darstellen.

Weiterhin müssen die Unterstützungssysteme der KV in Abstimmung mit den Krankenhäusern entwickelt und kostenfrei zur Verfügung gestellt werden

## **Zu §7 Einbeziehung ärztlichen Personals vor der Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung**

Auszug aus dem Beschlusstext:

§ 7 Einbeziehung ärztlichen Personals vor der Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung

Bevor eine Codevergabe für Hilfesuchende der Dringlichkeitsgruppe 2 erfolgt, prüft ein Facharzt oder eine Fachärztin des Krankenhauses, die oder der fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet ist, auf Basis des Ergebnisberichts der Ersteinschätzung gemäß § 5 Absatz 4 den durch das Ersteinschätzungsverfahren vorgeschlagenen Ressourcenbedarf und das vorgeschlagene medizinisch vertretbare Zeitfenster bis zur Behandlung. Die Hinzuziehung kann persönlich oder über eine telemedizinische Anbindung erfolgen.

### **Kommentar der DGINA zu §7:**

Die in diesem Artikel obligat geforderte Hinzuziehung eines der Notfallversorgung eindeutig zugeordneten Facharztes/Fachärztin kann das schon oben im Kommentar zu §5 beschriebene Problem der fehlenden ärztlichen Evaluation nicht ausgleichen. Dieser Facharzt soll nämlich nicht die Patient\*innen, sondern lediglich den von der ersteinschätzenden Pflegekraft erstellten Ergebnisbericht der Ersteinschätzung prüfen. Ohne Patient\*innensichtung kann eine ärztliche Vidierung keine Qualitätssicherung erreichen. Dies entspricht einer ärztlichen Notfallbehandlung nach §76 Absatz 1 Satz 2 SGB V und muss entsprechend vergütet werden.

## **Zu §8 Nachweis über die Durchführung der Ersteinschätzung, Qualitätssicherung**

Auszug aus dem Beschlusstext:

§ 8 Nachweis über die Durchführung der Ersteinschätzung, Qualitätssicherung

(1) Das Krankenhaus benennt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als Voraussetzung für die Abrechnung ambulant in der Notaufnahme behandelter bzw. ersteingeschätzter Fälle die nach § 5 Absatz 1 bis Absatz 3 eingesetzten Ersteinschätzungsverfahren und – instrumente und weist nach, dass es ein ständiges Verfahren der Qualitätssicherung in der Ersteinschätzung implementiert hat. Zudem weist es regelmäßig nach, dass das für die Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens eingesetzte Personal die Anforderungen nach § 4 Absatz 2 und 3 erfüllt.

(2) Mit dem Abrechnungsdatensatz gemäß § 295 SGB V ist nach § 5 Absatz 1 die Dringlichkeitsstufe für die sofortige Behandlungsnotwendigkeit oder sind nach § 5 Absatz 3 die Dringlichkeitsgruppe und bei Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 1 die sachgerechte Versorgungsebene aufzuführen sowie die Begründung, weshalb bei Ermittlung der Notdienstpraxis als sachgerechte Versorgungsebene keine Weiterleitung möglich war.

### **Kommentar der DGINA zu §8:**

Aus Sicht der DGINA erstreckte sich der Auftrag an den G-BA nicht auf die Definition von Voraussetzungen zur Abrechnung der im Rahmen des Verfahrens erbrachten Leistungen. Darüber hinaus besteht durch die Anwendung von Plausibilitätsprüfungen durch KV bereits ein Kontrollinstrument, welches in seiner Auslegung für Krankenhäuser fraglich geeignet ist.

## **Zu §9 Evaluation**

Auszug aus dem Beschlusstext:

§ 9 Evaluation

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft die Auswirkungen dieser Richtlinie hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung der Richtlinie bis zum 31. Dezember 2026. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt dem Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür einen jährlichen Kurzbericht mit folgenden Informationen zur Verfügung:

- a. Anzahl und Diagnosen (ICD-Kode) der ambulant im Krankenhaus behandelten Fälle,
- b. Anzahl und Diagnosen (ICD-Kode) der behandelten Fälle in Notdienstpraxen,
- c. Anzahl der eingelösten Buchungscodes für die TSS je Krankenhausstandort für Hilfesuchende.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die für die Erstellung des Kurzberichts erforderlichen Informationen in aggregierter Form zur Verfügung.

(3) Die Krankenhäuser übermitteln zur Evaluation der Ersteinschätzung nach dieser Richtlinie standortbezogen bis zum 1. März des Folgejahres folgende Daten jeweils für das gesamte vorangehende Kalenderjahr (Erfassungsjahr) (erstmalig zum 1. März 2025) an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Dabei sind folgende Parameter krankenhausbefugten anzugeben:

- a. Verwendetes Ersteinschätzungsinstrument, b. Anzahl der durchgeführten Ersteinschätzungen, c. Anzahl der

sachgerechten Versorgungsebene bei Hilfesuchender Dringlichkeitsgruppe 1, d. Anzahl der zur Behandlung der Hilfesuchenden der Dringlichkeitsgruppe 2 erforderlichen jeweiligen Fachgebiete, e. Anzahl der Zuordnungen je Dringlichkeitsstufe und -gruppe, f. Anzahl der an Notdienstpraxen weitergeleiteten Fälle, g. Anzahl der ausgegebenen TSS-Codes, h. Anzahl der ambulanten Behandlungen in der ZNA, i) Anzahl der vollstationären Behandlungen im Krankenhaus, j) Anzahl der Wiedervorstellungen von Hilfesuchenden innerhalb von 72 Stunden nach Ersteinschätzung, k) Anzahl der Fälle, die aufgrund fehlender Versorgungsangebote der Notdienstpraxis in der ZNA behandelt wurden, l) Anzahl der ärztlich bewerteten Fälle mit korrigierter Ersteinschätzung.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft die an ihn übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert die Einrichtung bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch die Einrichtung ist bis zum 1. Mai des auf das jeweilige Erfassungsjahr folgende Jahr möglich und hat bis zu diesem Zeitpunkt zu erfolgen. Die Daten werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgewertet und die Ergebnisse standort- bzw. KV-bezogen veröffentlicht. Auf Grundlage dieser Daten ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen und die Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Er überprüft im Rahmen der ihm obliegenden Überprüfungspflicht die Anforderungen der Regelungen und deren gegebenenfalls erforderliche Anpassung.

### **Kommentar der DGINA zu §9:**

Grundsätzlich ist die Evaluation der Auswirkungen der Richtlinie zu begrüßen. Aufgrund der eingeschränkten Regelungskompetenz des G-BA bleiben die Fälle mit Einweisungsschein, PKV-Patienten oder BG-Patienten weiter außen vor. Zudem wird in dieser Evaluation nur die Veränderung der Patientenzahlen überprüft (siehe hierzu auch die Anmerkung zur Patientensicherheit unter § 3). Es bleibt unklar, ob die Entscheidung einer Weiterleitung medizinisch korrekt und im Sinne der Patientensicherheit ist. Die o.a. Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind hierzu nicht ausreichend.

### **Zu §10 Geltung, Übergangsregelungen**

Auszug aus dem Beschlusstext:

§ 10 Geltung, Übergangsregelungen

(1) Die Richtlinie ist ab dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens für alle Krankenhäuser im Sinne von § 2 Absatz 3 verbindlich, soweit Absatz 2 bis 5 nichts Abweichendes bestimmen.

(2) Zum Erreichen der Qualifikationsanforderungen des eingesetzten Personals nach § 4 gilt eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2026. Bis zum Erreichen der Übergangsfrist wird für die Pflegekräfte nach § 4 Absatz 2, die das Ersteinschätzungsverfahren durchführen, auf die Anforderung der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ verzichtet. Bis zum Erreichen der Übergangsfrist nach Satz 1 können examinierte Pflegekräfte mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung in der inner- oder außerklinischen Notfallversorgung als Ersteinschätzungskraft gemäß § 4 Absatz 1 eingesetzt werden.

(3) Sofern ein Krankenhaus noch keine ZNA im Sinne von § 2 Absatz 2 Satz 3 dieser Richtlinie hat, kann es das Ersteinschätzungsverfahren nach § 5 und die ambulante Notfallbehandlung übergangsweise bis zum 31. Dezember 2026 an einer zentralen und für die Hilfesuchenden gut erkennbaren Stelle im Krankenhaus durchführen. Die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V bleiben von dieser Bestimmung unberührt.

(4) Spätestens ab dem 1. Juni 2024 muss das Ersteinschätzungsverfahren des Krankenhauses die Anforderungen nach § 3 Absatz 2 erfüllen. Spätestens ab dem 1. März 2025 muss das Ersteinschätzungsverfahren des Krankenhauses durch ein Ersteinschätzungsinstrument im Sinne von § 3 Absatz 3 unterstützt werden.

(5) Die Krankenhäuser erhalten ab dem 1. Januar 2024 von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Möglichkeit zur Generierung von TSS-Codes.“

### **Kommentar der DGINA zu §10:**

Das durch das Krankenhaus durchzuführende Ersteinschätzungsverfahren muss spätestens zum 01. Juni 2024 angewendet werden. Das beinhaltet auch die Gruppierung der ambulant behandelbaren Patienten in die Dringlichkeitsgruppen 1 und 2 auch ohne den Einsatz der zum 01.03.2025 geforderten digitalen Assistenzsysteme. Für die Verordnung einer ambulanten Behandlung außerhalb der Klinik für Notfallmedizin existieren derzeit kein validierten Systeme, so dass immer eine ärztliche Evaluation im Sinne einer Anamnese und eventuell körperlichen Untersuchung erforderlich wird. Dies entspricht einer ärztlichen Notfallbehandlung nach §76 Absatz 1 Satz 2 SGB V.