

An das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, 07.02.2020

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA e.V.) zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (08.01.2020, 11:28 Uhr)

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im vorliegenden Text die gewohnte männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

Die DGINA bedankt sich für die Einladung und die Möglichkeit, zum „Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung“ Stellung nehmen zu können.

Die DGINA vertritt als Fachgesellschaft mit mehr als 1500 Mitgliedern das Interesse der überwiegenden Zahl der Notaufnahmen, die gemäß GBA-Beschluss an der Notfallversorgung teilnehmen. Sie versteht sich als notfallmedizinische und multiprofessionelle Fachgesellschaft, die das Ziel hat, die notfallmedizinische und notfallpflegerische Versorgung in Deutschland weiter zu entwickeln.

Die DGINA unterstützt grundsätzlich die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit zu einer Reform der Notfallversorgung. Wichtige Themen, die aktuell zu einer ineffizienten Notfallversorgung führen, wie die unzureichende präklinische Patientensteuerung und die Sektorentrennung der Notfallversorgung sollen durch das Gesetz besser als bisher geregelt werden. Eine Weiterentwicklung der Notfallversorgung ist vor dem Hintergrund der

Präsident:
Martin Pin

Past Präsident:
Prof. Dr. med. Christoph Dodt

Vizepräsident:
Dipl.-Med. Raik Schäfer

Vizepräsidentin:
Margot Dietz-Wittstock, MSc

Vizepräsident:
Prof. Dr. med. Christian Wrede

Schatzmeister
Dr. med. Daniel Kiefl

Generalsekretärin:
Dr. med. Ranka Marohl

Young DGINA:
Dr. med. Isabel Lück

Leitung Geschäftsstelle:
Karen Jerusalem

Kontakt:
DGINA e.V.
Hohenzollerndamm 152
14199 Berlin

Tel.: +49 176 9540 1733
E-Mail: kontakt@dgina.de
Internet: www.dgina.de

veränderten Bevölkerungsstruktur, dem demographischen Wandel sowie den verbesserten Versorgungsmöglichkeiten durch digitale Datenverarbeitung unabdingbar.

Eine Reform der Notfallversorgung muss in besonderem Maße der Patientenperspektive sowie den notfallmedizinischen und notfallpflegerischen Weiterentwicklungen gerecht werden.

Das Prinzip „ambulant vor stationär“ als Primat in der Auslegung des Referentenentwurfs gefährdet die Patientensicherheit in der Notfallversorgung. Die Festlegung eines Versorgungssektors, ist erst am Ende einer Notfallbehandlung zu treffen. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen und die medizinische Qualifikation entscheiden in einer Akutsituation über die notwendige Versorgungsqualität, die über 24/7/365 aktuell nur im Krankenhaus sektorenübergreifend garantiert werden kann.

Diese sektorenunabhängige Notfallversorgung ist unabdingbar und muss aus Sicht der DGINA folgenden Grundprinzipien folgen:

- **Die medizinische Notfallversorgung ist ein Grundpfeiler der Daseinsvorsorge und muss an allen Orten zu jeder Zeit qualitativ hochwertig für jeden Bürger erbracht werden.**
- **Die Sicht der Patienten muss Leitlinie jeglicher Neustrukturierung sein. Der Patient ist mündig und selbstbestimmt und hat ein Recht auf eine angemessene medizinische Versorgung.**
- **Die Bedürfnisse besonders vulnerabler Patientengruppen müssen spezifisch berücksichtigt werden.**
Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, kognitiver Einschränkung, mit körperlichen Einschränkungen, Patienten mit psychischen Erkrankungen, intoxikierte Patienten und Patienten mit Sprachbarriere sowie Patienten mit Migrationshintergrund müssen, orientiert an den individuellen Bedürfnissen, triagiert, diagnostiziert und behandelt werden.
- **Die Versorgung der ambulanten und stationären Notfallpatienten darf nicht die Anforderungen der gestuften Notfallversorgung unterschreiten.**

Diesen Prinzipien wird der vorliegende Referentenentwurf nicht gerecht. Die aus Sicht der DGINA hierfür notwendigen Maßnahmen werden im Folgenden dargestellt.

1. Gemeinsames Notfalleitsystem (GNL)

Der Referentenentwurf weist dem GNL eine zentrale telefonische Lotsenfunktion in der Steuerung der Patienten zu. Hierbei soll in lebensbedrohlichen Notfällen die von den Rettungsleitstellen verantwortete Rufnummer 112 und in allen anderen Fällen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantwortete Rufnummer 116 117 genutzt werden. Beide Rufnummern stehen 24/7/365 zur Verfügung. Über die GNL sollen auf Basis eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens alle Leistungen der Notfallrettung, des Krankentransportes, eine telemedizinische Versorgung und aufsuchende notdienstliche Versorgung disponiert werden.

Kommentar:

Die DGINA befürwortet eine bessere präklinische Steuerung der Notfallpatienten über das Telefon und andere Medien ausdrücklich.

Durch die Etablierung von zwei Notfallnummern – 112 für lebensbedrohliche Notfälle, 116 117 für alle anderen Notfälle – sind die Patienten gezwungen, selbst zu entscheiden, ob ein lebensbedrohlicher Notfall vorliegt. Dies birgt die Gefahr einer Unterversorgung durch Zeitverluste in der Versorgung lebensbedrohlicher Notfälle, wenn der Patient sich zunächst an die Rufnummer 116 117 wendet. Die Wartezeiten auf einen Kontakt unter beiden Nummern muss so gewählt sein, dass zeitkritische Krankheitszustände (i.e. Schlaganfall, Herzinfarkt, Bewusstseinsstörung etc.) unter beiden Nummern in der gleichen Zeit erkannt und einer korrekten Versorgung zugeordnet werden. Es ist unbedingt erforderlich, dass für beide Rufnummern eine validierte Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Notfalls durch geschultes, hochqualifiziertes medizinisches Personal erfolgt. Zudem ist eine digitale Vernetzung der beiden Notrufnummern unabdingbar, welche in Echtzeit die Disposition der angemessenen Rettungsmittel erlaubt.

Während die Rufnummer 112 als Notfallnummer in der Bevölkerung gut etabliert ist, ist die 116 117 der KV noch nicht hinreichend bekannt. Die Akzeptanz der 116 117 in der Bevölkerung ist abhängig von der Erreichbarkeit und der schnellen, kompetenten Beratung.

Sollte, wie im Referentenentwurf vorgesehen, an einer parallelen Struktur der Notrufnummern festgehalten werden, so müssen für die GNL überprüfbare und messbare Qualitätsziele durch den Gesetzgeber definiert werden und die Einhaltung durch eine externe Qualitätssicherung überprüft werden.

Qualitätsindikatoren können unter anderem sein:

- Erreichbarkeit (angenommene vs. nicht angenommene Anrufe)
- Zeit bis zur Annahme des Anrufs (< 5-mal Klingeln, < 20 Sek.)
- Nachgewiesene medizinische Qualifikation der Disponenten
- Zeitnahe Verfügbarkeit der Hilfsangebote (Praxis, fahrender KV-Dienst etc.)
- Einhaltung von Hilfsfristen
- Quote sekundärer Krankenhauseinweisungen.

§ 60 Medizinische Notfallrettung

„(3) Besteht bei einer Rettungsfahrt noch keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme, ist grundsätzlich das nächstgelegene integrierte Notfallzentrum anzufahren. Ist eine stationäre Aufnahme absehbar, sind grundsätzlich nur solche Krankenhäuser anzufahren, die die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der umfassenden Notfallversorgung oder die Anforderungen für das Modul Notfallversorgung Kinder dieses Beschlusses erfüllen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 bundesweit einheitlich, in welchen Fällen abweichend von den Sätzen 1 und 2 aus Gründen der zielgerichteten Behandlung ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren werden soll. Die besonderen Bedürfnisse bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere Kindern und psychisch Erkrankten, sind zu berücksichtigen.“

Kommentar:

Diese Regelung ist missverständlich und führt zu einer Patientengefährdung, weil es Zustände gibt, die nicht eindeutig einen stationären Behandlungsbedarf des Patienten erkennen lassen, aber sich im weiteren Verlauf als lebensbedrohlich herausstellen. Die Entscheidung bezüglich einer stationären Aufnahme erfordert häufig Mittel, die im Rettungsdienst nicht verfügbar sind und muss immer von einem Arzt getroffen werden. Sie kann nicht im Rettungsdienst gefällt werden. Die DGINA schlägt deswegen vor, dass der Satz umformuliert wird und folgendermaßen lautet:

Besteht bei einer Rettungsfahrt eine eindeutige Indikation für eine ambulante Behandlung, ist grundsätzlich das nächste integrierte Notfallzentrum anzufahren.

Weiterhin weist die DGINA darauf hin, dass es auch geregelt sein muss, dass Patienten, bei denen ein stationärer Behandlungsbedarf vermutet wird oder nicht auszuschließen ist, direkt in die Notaufnahme als stationäre Patienten verbracht werden.

Wichtig ist, dass ein Datentransfer nicht nur vom Rettungsdienst in die Klinik gewährleistet wird, sondern auch vom INZ in die Klinik. Diesbezüglich müssen die Erfordernisse der Datenschutzgrundverordnung in dem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung geregelt werden.

2. Integrierte Notfallzentren (INZ)

Im vorliegenden Referentenentwurf sollen INZ als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtung der medizinischen Notfallversorgung an dafür ausgesuchten Krankenhäusern eingerichtet werden, die von den Patienten als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden. In den INZ soll eine standardisierte, qualifizierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfes, die aus medizinischer Sicht unmittelbare notdienstliche Versorgung oder die Veranlassung einer Krankenhausbehandlung erfolgen.

Die INZ sollen unter der fachlichen Leitung der KVen stehen und von den Krankenhäusern und den KVen gemeinsam betrieben werden.

Sicherstellungsauftrag

§ 75, Absatz 1b

„Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist (notdienstliche Versorgung). Ausgenommen von Satz 1 ist die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die notdienstliche Versorgung durch den Betrieb von integrierten Notfallzentren nach § 123 sowie durch einen telemedizinischen und einen aufsuchenden Bereitschaftsdienst sicher. Zur Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch über die Organisation der notdienstlichen Versorgung treten, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern.“

Kommentar:

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Notfallversorgung bleibt bei der KV und wird auf 24 Stunden an 7 Tage in der Woche ausgedehnt. Die KVen sollen dies unter anderem durch den Betrieb von INZ nach §123 sicherstellen. Dies bedeutet, dass an INZ ganzjährig immer ein Vertragsarzt der KV tätig sein muss. In der Begründung (Seite 38) wird der GBA beauftragt, Regelungen zu treffen, inwieweit statt Vertragsärzten auch im Krankenhaus angestellte Ärzte tätig sein können.

Aus Sicht der DGINA sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Die Notfallversorgung kann nicht mit ausreichender Patientensicherheit ex ante in eine ambulante und stationäre Versorgung getrennt werden, deswegen ist eine Zusammenfassung der Notfallversorgung unter dem Dach eines INZ medizinisch sinnvoll.
- Aufgabe der KV ist es, in der notfallmedizinischen Versorgungskette, Patienten mit niedrigem Gesundheitsrisiko möglichst ambulant zu behandeln. Aufgabe der Krankenhäuser ist es, Patienten mit stationärem Behandlungsbedarf zu versorgen. Deswegen beteiligen sich beide Versorgungsbereiche in ihrem jeweiligen Aufgabenbereich am Sicherstellungsauftrag. Das neue Gesetz muss diesem Umstand Rechnung tragen. Die Gewährleistung der Sicherstellung kann nicht einer der beiden Versorgungsbereiche übertragen werden. Aus Sicht der DGINA ist es Aufgabe der Länder, die Gesundheitsversorgung im Notfall sicherzustellen und die Krankenhäuser und Vertragsärzte dazu heranzuziehen.

- Es ist nicht ausreichend, den **Notdienst** sicherzustellen (z.B. durch Verpflichtung von Vertragsärzten ohne Definition der dazu erforderlichen Qualifikation), sondern es ist erforderlich, die **notfallmedizinisch adäquate Versorgung** aller Notfallpatienten im ambulanten wie stationären Versorgungsbereich für Patienten mit niedrigem und hohem Gesundheitsrisiko sicherzustellen.
- Ausreichend notfallmedizinisch qualifizierte Ärzte sind in Deutschland nicht flächendeckend vorhanden. Bereits jetzt wird die ambulante Notfallversorgung in ganz Deutschland nachts, an Wochenenden und Feiertagen durch die Notaufnahmen sichergestellt. Diese Tatsache begründet, dass der Sicherstellungsauftrag nicht allein der KV übertragen werden kann.

Die DGINA fordert, dass die Sicherstellung der Notfallversorgung durch die Länder gewährleistet wird. Die Notfallversorgung ist ein Kernelement der Daseinsfürsorge und sollte nicht an eine Körperschaft öffentlichen Rechts unter Selbstverwaltung der Ärzte oder der Krankenhäuser delegiert werden.

Krankenhäuser, die sich auf der Grundlage des GBA Beschlusses an der Notfallversorgung beteiligen, sind verpflichtet, ausreichende Versorgungskapazitäten für Notfallpatienten mit stationärem Behandlungsbedarf zur Verfügung zu stellen. Die kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, ausreichend qualifizierte Ärzte in ausreichender Zahl für die Versorgung von Patienten mit niedrigem Gesundheitsrisiko innerhalb der INZ zur Verfügung zu stellen.

§ 123 Integrierte Notfallzentren

„(1) Integrierte Notfallzentren erbringen als zentrale, jederzeit zugängliche Anlaufstellen der Notfallversorgung auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Verfahrens nach Absatz 3 eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs der Hilfesuchenden sowie die aus medizinischer Sicht erforderliche notdienstliche Versorgung. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, sind sie zur Weiterleitung in die stationäre Versorgung des Krankenhauses berechtigt und verpflichtet. Die Kooperationsvorgaben nach § 133b Absatz 4 sind zu beachten.“

(2) Integrierte Notfallzentren werden von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam mit den nach Satz 2 bestimmten Krankenhäusern als räumlich und wirtschaftlich von diesen abgegrenzten Einrichtungen errichtet und betrieben.“

Kommentar:

Absatz (1):

Wesentlich für eine zeitgerechte Behandlung von Notfallpatienten an Kliniken einschließlich INZ ist die frühzeitige Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit mit einem validierten Ersteinschätzungssystem und nicht primär die Abschätzung des medizinischen Versorgungssektors.

Es wird in einem erheblichen Umfang medizinisch notwendig sein, Patienten aus dem INZ in die Notaufnahmen der Kliniken zur weiteren Abklärung und Behandlung weiterzuleiten. Es sollte präzisiert werden, dass dies als ein Teil der stationären Versorgung des Krankenhauses angesehen wird.

Änderungsvorschlag der DGINA:

- *Integrierte Notfallzentren erbringen (...) eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung der medizinischen Dringlichkeit und des medizinischen Versorgungsbedarfs (...).*

Standorte der INZ

„Die erweiterten Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a bestimmen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Vorgaben nach Absatz 3 und unter Beachtung dieser Planungsvorgaben nach Absatz 3 die Krankenhäuser, an denen integrierte Notfallzentren einzurichten sind. Widerspruch und Klage gegen eine Festlegung nach Satz 2 haben keine aufschiebende Wirkung.“

Kommentar:

Die Festlegung der Standorte von INZ muss auf Grundlage von nachvollziehbaren krankenhauplanerischen Kriterien durch die Länder erfolgen. Durch die Besetzung der erweiterten Landesausschüsse und den daraus resultierenden Mehrheitsverhältnissen besteht die Gefahr, dass nicht die geeigneten Standorte ausgewählt werden, sondern solche Krankenhäuser, die den von den KVen vorgelegten Kooperationsverträgen zustimmen.

Änderungsvorschlag der DGINA:

- *Die Festlegung der Standorte von INZ muss durch die Länder erfolgen.*
- *Es müssen bundeseinheitliche Kooperationsverträge geschaffen werden.*

Fachliche Leitung der INZ

„Die fachliche Leitung des integrierten Notfallzentrums obliegt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung.“

Kommentar:

Die fachliche Leitung des INZ bedeutet auch die Übernahme der medizinischen Gesamtverantwortung für das INZ. Die DGINA fordert deswegen, dass nur Ärzte mit nachgewiesener notfallmedizinischer Qualifikation diese Verantwortung übernehmen können. Derzeit sind alle Vertragsärzte verpflichtet, an der ambulanten Notfallversorgung teilzunehmen. Dies schließt auch Ärzte ein, deren Fachrichtung keinen notfallmedizinischen Bezug und die keine oder nur wenig notfallmedizinische Erfahrung besitzen. Hieraus resultiert zwangsläufig ein Qualitätsverlust in der Versorgung von Notfallpatienten und eine Gefährdung der Patientensicherheit.

Änderungsvorschlag der DGINA:

- *Die fachliche Leitung des INZ obliegt ausschließlich Ärzten mit der Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“*
- *Die fachliche Leitung beinhaltet auch die medizinische Gesamtverantwortung für das INZ.*

Betrieb des INZ

„Das Nähere zur Einrichtung und zum Betrieb des integrierten Notfallzentrums vereinbaren die Kassenärztliche Vereinigung und das Krankenhaus innerhalb von sechs Monaten, nachdem das Krankenhaus als Standort eines integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist. In der Vereinbarung ist das Nähere zur wirtschaftlichen und organisatorischen Ausgestaltung des integrierten Notfallzentrums und zur Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 3 sowie insbesondere dazu zu regeln,

1. dass das integrierte Notfallzentrum räumlich derart an das Krankenhaus an- gebunden wird, dass es von den Hilfesuchenden als erste Anlaufstelle für die Notfall- versorgung wahrgenommen wird und

2. dass nach § 75 Absatz 1b Satz 2 in der Fassung vom [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] aufgebaute Strukturen, insbesondere sogenannte Portalpraxen, in das integrierte Notfallzentrum überführt werden.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 bundesweit einheitliche bedarfsbezogene Planungsvorgaben zur Bestimmung der Anzahl und Standorte der integrierten Notfallzentren. Hierzu definiert der Gemeinsame Bundesausschuss

1. regionsbezogene Erreichbarkeitsrichtwerte mit Vorgaben für ein Betroffenheitsmaß und eine bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte als verbindliche Planungskriterien und

2. Ausnahmetatbestände, in denen ein Krankenhaus in zwingend erforderlichen Fällen als Standort eines integrierten Notfallzentrums festgelegt werden kann, obwohl es nicht die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an einer Stufe der Notfallversorgung erfüllt oder nicht in der höchsten, regional verfügbaren Stufe einzuordnen ist.“

Kommentar:

Die Ansiedelung eines INZ an ein Krankenhaus erfordert in diesem Haus eine erhöhte Bettenkapazität für Notfallpatienten. Jeder fünfte erwachsene Notfallpatient (Untersuchung aus München), der sich fußläufig in einer Notaufnahme einer Großstadt vorstellt, benötigt ein stationäres Bett und jeder 7te eine intensivmedizinische Überwachung. Sind keine ausreichenden Bettenkapazitäten vorhanden, fallen vermehrt Sekundärtransporte an Häuser ohne INZ an.

Auch für den Fall der Epidemie, Pandemie, dem Massenanfall von Verletzten und für den Katastrophenfall müssen ausreichend Bettenkapazitäten für die Daseinsvorsorge vorgesehen sein.

Besonders INZ in Ballungsräumen müssen mit zusätzlicher ausreichender Infrastruktur zur Versorgung hoher Patientenzahlen ausgestattet werden (Anfahrtsmöglichkeiten, Parkplätze, Servicepersonal, Wartebereiche, Laborkapazitäten etc.).

In den Richtlinien nach Satz 1 bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss auch bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Leistungserbringung in integrierten Notfallzentren. Hierbei sind insbesondere Vorgaben

- 1. zur räumlichen, personellen und apparativen Ausstattung von integrierten Notfallzentren,*
- 2. zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden und*
- 3. zum Umfang der von den integrierten Notfallzentren zu erbringenden notdienstlichen Versorgung.*

Kommentar zu 1. + 3.:

Bei den zu erstellenden Qualitätsanforderungen sind die DGINA/DIVI Empfehlungen zur Personalqualifikation und Struktur von INZ zu fordern. Diese sind:

Ärztliche Mindestqualifikation:

- o Facharzt für Allgemeinmedizin mit notfallmedizinischer Erfahrung, die in der Notaufnahme eines Krankenhauses erworben wurde.
- o Fähigkeit zur abschließenden Versorgung von kleinen Verletzungen und oberflächlichen Wunden inklusive Wundnaht
- o Basiskenntnisse in der Notfallsonographie von Abdomen, Gefäßen, Bewegungsapparat und Herz
- o Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte nach Strahlenschutzverordnung

Medizinisches Assistenzpersonal

- o Mindestens Medizinische Fachangestellte mit Erfahrung in der Behandlung von Akut- und Notfallpatienten

weitere Merkmale:

Unmittelbarer Zugang zu

- o Notfalllabor
- o Konventionellerradiologischer Diagnostik o EKGGerät
- o Sonographie

Kommentar zu 2.:

Ziel der Ersteinschätzung muss sein, Hochrisikopatienten verlässlich zu identifizieren und die Dringlichkeit der medizinischen Versorgung festzulegen. Es ist kein primäres Ziel, den Patienten einem Versorgungssektor zuzuordnen.

In ganz Deutschland wurde durch den GBA-Beschluss die medizinische Erstsichtung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser bereits flächendeckend etabliert. Diese Systeme (MTS/ESI) sind wissenschaftlich validiert und werden durch speziell geschulte, notfallmedizinische Fachkräfte durchgeführt. Eine doppelte Ersteinschätzung wird aus fachlichen und ökonomischen Gründen abgelehnt.

Stellt sich ein Patient in einem INZ vor, muss er auf jeden Fall ärztlich beurteilt und darf nicht weiterverwiesen werden.

VERGÜTUNG

§ 120 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) b)

In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 76“ die Wörter „Absatz 1 Satz 2 oder“ eingefügt.

Folgender Satz wird angefügt:

„Die Vergütung der in einem Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 ist um einen Abschlag von 50 Prozent zu kürzen, wenn an diesem Krankenhaus kein Standort eines integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 2 Satz 2 festgelegt worden ist oder eine Kooperation nach § 75 Absatz 1b Satz 2 in der Fassung vom ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] nicht vorliegt.“

§60 Abs. 3: Besteht bei einer Rettungsfahrt noch keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme, ist grundsätzlich das nächstgelegene integrierte Notfallzentrum anzufahren. Ist eine stationäre Aufnahme absehbar, sind grundsätzlich nur solche Krankenhäuser anzufahren, die die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der umfassenden Notfallversorgung oder die Anforderungen für das Modul Notfallversorgung Kinder dieses Beschlusses erfüllen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 bundesweit einheitlich, in welchen Fällen abweichend von den Sätzen 1 und 2 aus Gründen der zielgerichteten Behandlung ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren werden soll. Die besonderen Bedürfnisse bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere Kindern und psychisch Erkrankten, sind zu berücksichtigen.“

Kommentar:

Eine Kürzung der Vergütung um 50% für Krankenhäuser, die ambulante ärztliche Leistungen im Rahmen der Notfallversorgung erbringen und nicht Standort eines INZ sind, ist abzulehnen. Zum einen besteht eine gesetzliche Hilfeleistungspflicht und zum anderen hat das Krankenhaus keinerlei Einfluss darauf, welche Patienten sich als Notfall vorstellen. Dies gilt sowohl für fußläufige Notfallpatienten als auch für Patienten, die durch den Rettungsdienst vorgestellt werden und nach Behandlung ambulant verbleiben. Hier gilt der Grundsatz „gleiches Geld für gleiche Leistung“. Die Anfahrt eines Krankenhauses durch den Rettungsdienst, welches kein INZ hat, muss somit einer ärztlichen Verordnung zur Krankenhausbehandlung gleichgestellt sein und entsprechend vergütet werden. Das gilt auch für Einweisungen von niedergelassenen Vertragsärzten.

Nach der Definition der notfallmedizinischen Fachgesellschaften werden alle Personen als Notfall definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für welche der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet. Wenn sich solche Patienten in Notaufnahmen auch ohne INZ vorstellen, müssen sie ärztlich gesehen und damit auch vergütet werden. Die Einschränkung des Vergütungsanspruches zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung auf das Vorliegen einer „rettungsdienstlichen“ Notfalldefinition (Gefahr für Leib und Leben, unzumutbare Schmerzen) führt dazu, dass Hilfeleistungen im Notfall medizinisch-ethisch und auch rechtlich (§76 Satz 2 SGB V; § 323c StGB) zwar geleistet werden müssen, aber nicht bezahlt werden.