

Berlin, 12.11.2020

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA eV) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

Bearbeitungsstand: 23.10.2020 7:26 Uhr

Auszug:

20. § 120 wird wie folgt geändert:

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

b) Nach Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Zur Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit sowie als Abrechnungsvoraussetzung der Leistungen von Notfallambulanzen der Krankenhäuser hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich an Notfallambulanzen der Krankenhäuser wenden, im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufzustellen. Die Vorgaben nach Satz 1 haben auch das Nähere

1. zum Nachweis der Durchführung der Ersteinschätzung zum Zwecke der Abrechnung sowie zur Form und zum Inhalt der Abrechnungsunterlagen
- und
2. zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall des § 75 Absatz 1a Satz 4 vorliegt, zu enthalten.“

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

Kommentar der DGINA

- ⇒ Der Gesetzesentwurf basiert bereits im Grundsatz auf einer falschen **Definition des medizinischen Notfalls**. Außerdem kann die Definition eines Notfalls nicht durch eine ex post Betrachtung festgelegt werden. Die im Entwurf enthaltene Um-Definition der Notfall-Patient*innen als „Hilfesuchenden“ ist aus Sicht der DGINA nicht richtig.

Nach internationaler und nationaler Übereinkunft liegt ein medizinischer Notfall immer dann vor, wenn *„der Patient körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweist, für die der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“*. Die Daseinsfürsorge des Staates gilt für alle diese Notfallpatienten gleichermaßen. Die Definition des Bundessozialgerichtes, dass ein Notfall immer dann vorliegt, wenn für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten die Zeit fehlt, kann keine Grundlage für die Definition eines Notfallpatienten bleiben.

Die DGINA fordert, dass bei der Gesetzgebung zur Notfallversorgung grundsätzlich die internationale Definition für Notfallpatienten verwendet wird.

- ⇒ Zur **Ersteinschätzung** der medizinischen Behandlungsdringlichkeit sind in den zentralen Notaufnahmen aller an der Notfallversorgung zugelassenen Krankenhäuser bereits validierte und langjährig bewährte Systeme (MTS, ESI) etabliert. Diese Ersteinschätzung muss nach der Vorgabe des G-BA für alle Patient*innen innerhalb von zehn Minuten nach Eintreffen der Patient*innen durchgeführt werden.
- Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Einführung einer im Krankenhaus nochmals durch die Kassenärztliche Vereinigung vorgeschalteten Einschätzung dient nicht dem Ziel, die Behandlungsdringlichkeit festzulegen, sondern der Steuerung in einen Versorgungssektor und als Abrechnungsvoraussetzung für die Krankenhäuser. Damit wäre auch verbunden, dass Patient*innen aufgrund des „Vor-Triage-Systems“ der KV ohne ärztliche Untersuchung oder Arztkontakt weggeschickt werden können. Entsprechend ergeben sich folgende Einwände:
- 1) Aktuell ist in Deutschland für diesen Zweck kein wissenschaftlich evaluiertes und validiertes System verfügbar.
 - 2) Eine Weiterleitung von Notfallpatient*innen ohne ärztlichen Kontakt nur aufgrund einer Triage stellt eine erhebliche Gefährdung der Patientensicherheit dar.
 - 3) Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Ersteinschätzungssystem für einen Hochrisikosektor wie Notaufnahmen festlegen. Hierzu fehlt sowohl die Kompetenz wie auch die Zuständigkeit.

Die DGINA fordert, dass ausschließlich wissenschaftlich validierte Systeme mit dem Ziel der Festlegung der Behandlungsdringlichkeit in Notaufnahmen Anwendung finden, die von den Notaufnahmen in eigener Zuständigkeit festgelegt werden.

Die DGINA fordert, dass KEIN*E Notfallpatient*in ohne Arztkontakt aus einer Notaufnahme weggeschickt werden darf.

Im Gesetzesentwurf ist vorgesehen, dass für Notfallpatient*innen, die aufgrund der „KV – Ersteinschätzung“ nicht in der Notaufnahme behandelt werden sollen, für die aber dennoch eine Behandlung in der Notaufnahme erfolgt, hierfür keine Vergütung stattfindet.

Dies wird zwangsläufig zu nicht vergüteten Behandlungen führen, weil entweder die Behandlung medizinisch geboten erscheint oder sich Patienten*innen nicht wegschicken lassen. Zudem würde es zu haftungsrechtlichen und berufsrechtlichen Konflikten führen, wenn aufgrund der „KV – Ersteinschätzung“ die Untersuchung in der Notaufnahme verweigert wird. Es ist ungeklärt, ob die Verantwortung in diesen Fällen dann bei der KV oder bei dem Krankenhaus liegt.

Die DGINA fordert, dass aufgrund der „Ersteinschätzung durch die KV-Triage“ keine ärztliche Untersuchung in der Notaufnahme verweigert werden darf. Eine Untersuchung in der Notaufnahme ist eine erbrachte ärztliche Leistung und muss auch entsprechend vergütet werden.

Zusammenfassung:

Aufgrund der o.a. Punkte fordert die DGINA e.V., die Änderung des §120 komplett zu streichen.