

DIVI e.V. | Luisenstr. 45 | 10117 Berlin

An das
Bundesministerium für Gesundheit
z.Hd.
Herrn Till-Christian Hiddemann
Leiter Referat 221
11055 Berlin

Berlin, den 12.11.2020

Nur per E-Mail an: 221@bmg.bund.de

Betr.: Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
Hier: Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
Bezug: E-Mail 221@bmg.bund.de vom 29.10.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchten wir uns im Namen der DIVI bedanken, dass unsere Gesellschaft zu dem o.g. Projekt Stellung beziehen kann.

Unsere Stellungnahme finden Sie als Anlage.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Andreas Markewitz
medizinischer Geschäftsführer



Prof. Dr. André Gries
*Sprecher der Sektion Strukturen
Klinische Akut und Notfallmedizin*

Präsident
Prof. Dr. med. U. Janssens

Vizepräsidenten
Prof. Dr. med. Dr. h.c. S. Schwab
Prof. Dr. med. G. Marx, FRCA

Generalsekretär
Prof. Dr. med. F. Walcher

Schatzmeister
Prof. Dr. med. B. Böttiger

Schriftführer
PD Dr. med. F. Hoffmann

Vertreterin der außerordentlichen Mitglieder
Frau Dr. med. J. Haunschild

Vertreter der nichtärztlichen Mitglieder
Th. van der Hooven

Beisitzer
PD Dr. med. A. Hübler
Prof. Dr. med. S. Kluge
Frau PD Dr. med. H. Niehaus
Prof. Dr. med. A. Unterberg

Kongresspräsident

2020
Prof. Dr. med. E. Rickels

2021
Prof. Dr. med. H.-J. Busch

Geschäftsstelle der DIVI
Prof. Dr. med. A. Markewitz
med. Geschäftsführer
Volker Parvu, Dipl. Inf.
Geschäftsführer
Luisenstraße 45
10117 Berlin
Tel +49 30 4000 5607
Fax +49 30 4000 5637

Eingetragen im Vereinsregister
Düsseldorf VR5548
St.Nr. 27/640/59133

Bankverbindung
Deutsche Bank Köln
IBAN DE06 3707 0060 0252 0344 00
BIC DEUTDE33XXX

Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Der Gesetzentwurf hat das Ziel, die Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft der GKV zu erhalten und die Versorgung zielgerichtet weiterzuentwickeln, wozu Leistungen ebenso wie die Qualität und Transparenz in der Versorgung verbessert, Netzwerke gestärkt und strukturelle Verwerfungen beseitigt werden sollen.

Daher umfasst der Gesetzentwurf eine große Zahl von Änderungen und Ergänzungen unterschiedlichster Gesetze, die das Gesundheitswesen betreffen. Dazu zählen auch Ergänzungen des **§ 120 SGB V**, der die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen zum Inhalt hat. Aufgrund ihrer Kompetenz und Expertise erlaubt sich die DIVI nur zu diesem Paragraphen im Folgenden Stellung zu nehmen.

Zunächst fällt auf, dass das Thema „Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen“ weder unter A. „Problem und Ziel“ noch unter B. „Lösung“ des Entwurfs erwähnt wird.

Unabhängig davon sind die **vorgesehenen Ergänzungen** in der vorliegenden Form für die in der Notfallversorgung an einem Krankenhaus Tätigen aus den nachstehend aufgeführten Gründen **inakzeptabel**.

Federführung der KBV bei der Entwicklung des Ersteinschätzungsinstruments nicht nachvollziehbar

Unsere Kritik richtet sich insbesondere gegen den Satz 1 des neu eingeführten **Abs. 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.“

Es kann nicht sein, dass die KBV als Vertreterin des ambulanten Sektors die Federführung bei der Entwicklung eines Verfahrens erhält, das an der Schnittstelle zum stationären Sektor eingesetzt werden soll und für den stationären Sektor Vergütungsrelevanz entwickelt. Selbst ein Mitspracherecht der KBV bei der Verfahrensentwicklung ist nur dann angemessen, wenn die Vergütung der ambulant erbrachten Krankenhausleistungen vollständig aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erfolgt.

Die im Besonderen Teil des Entwurfs auf S.82 als Erklärung angegebene Begründung kann ebenfalls nicht überzeugen:

„Angesichts des Regelungsziels, vertragsärztlich zu versorgende Patientinnen und Patienten der richtigen Versorgungsebene zuzuführen, wird das Verfahren in der Verantwortung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entwickelt.“

Diese Begründung lässt sich nicht nachvollziehen, da auch die anderen Beteiligten (DKG und GKV-SV) sicher in der Lage sind, „vertragsärztlich zu versorgende Patientinnen und Patienten der richtigen Versorgungsebene zuzuführen“. Zumindest die im Entwurf nicht korrekt als „Notfallambulanz“ bezeichneten Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser haben dies in der Vergangenheit zur Genüge unter Beweis gestellt.

Die Kopplung von Verwendung des Ersteinschätzungsinstruments und Vergütung ist nicht zielführend und fachlich falsch

Die obligate Verbindung des Einsatzes eines Ersteinschätzungssystems mit der Leistungsvergütung geht an der Realität vorbei, da eine sichere ex ante Zuordnung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit in zahlreichen Fällen unmittelbar bei Eintreffen der Patienten nicht sicher möglich ist. Die bislang erfolgende Betrachtung von Abrechnungszahlen ex post als Grundlage zur Bewertung der Behandlungsdringlichkeit ist daher falsch.

SmED ist in der vorliegenden Form als alleiniges Ersteinschätzungsinstrument ungeeignet

In der Erklärung zum Ersteinschätzungsverfahren auf S. 82 wird weiter ausgeführt:

„Bei dem Verfahren handelt es sich um ein qualifiziertes und standardisiertes, softwarebasiertes Abfragesystem, welches beim ersten Kontakt zwischen dem Hilfesuchenden, der die Notfallambulanz des Krankenhauses aufsucht, und dem Krankenhauspersonal zum Einsatz kommt.“

Wenngleich das Ersteinschätzungsinstrument nicht konkret mit Namen benannt wird, ist doch unschwer erkennbar, dass es sich hier um das von der KBV und dem Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (ZI) seit einiger Zeit propagierte System SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung für Deutschland) handelt.

Dazu hat die für diese Fragestellungen fachlich zuständige DIVI – Sektion Strukturen Klinische Akut und Notfallmedizin folgende Stellungnahme verfasst:

Aktuell werden in Zentralen Notaufnahmen in Deutschland überwiegend Ersteinschätzungskonzepte basierend auf MTS (Manchester-Triage-Skala) bzw. ESI (Emergency Severity Index) angewandt. Das momentan durch das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (ZI) in Bearbeitung befindliche ursprünglich in der Schweiz eingesetzte Ersteinschätzungssystem SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung für Deutschland) bietet seit Anfang 2020 für den ambulanten Bereich zur Disposition in den Arztpraxen bzw. den Telefonservicestellen sicherlich eine Unterstützung und stellt eine Verbesserung dar. Bisher erfolgte hier keinerlei standardisierte bzw. abgestimmte telefonische Ersteinschätzung.

Die im Beirat des ZI zur Weiterentwicklung von SmED eingebundenen Vertreter der DIVI haben mehrfach zum Ausdruck gebracht:

1. SmED ist in der aktuellen Form nicht ohne Weiteres für den Einsatz am gemeinsamen Tresen bzw. in den Zentralen Notaufnahmen geeignet und muss ggf. modifiziert werden.
2. Ein solches System kann auch nicht durch die KBV vorgegeben bzw. eingeführt werden, sondern bedarf zwingend einer Abstimmung und Konsentierung mit den für die Notfallversorgung in der Klinik zuständigen Fachgesellschaften.
3. Eine Ersteinschätzung muss sich aus Sicht der Fachgesellschaften zwingend an der Dringlichkeit und dem inhaltlichen Bedarf der akut- bzw. notfall-medizinischen Versorgung des Patienten orientieren.

Weiter müssen ökonomische Interessen als Grundlage der Steuerung von Patienten ausgeschlossen sein. Darüber hinaus können nur standardisierte und definierte Versorgungsgebiete disponiert werden.

Weitere Voraussetzungen für eine angemessene Notfallversorgung sind notwendig

Die Sektion fügt die folgenden notwendigen Voraussetzungen hinzu, die bei der weiteren Ausgestaltung der Strukturen der Notfallversorgung für eine qualitativ angemessene und für die Patienten sichere ambulante Versorgung unbedingt Beachtung finden sollten:

Zur sicheren Steuerung der Patienten und im Versorgungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der Krankenhäuser müssen klare Voraussetzungen geschaffen werden. Eine eindeutige Definition und Standardisierung der Versorgungsstrukturen und -möglichkeiten gerade im ambulanten KV-Bereich ist notwendig. Die notwendigen Strukturen in den Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser, d.h. im stationären Sektor wurden durch den GBA-Beschluss 2018 definiert und vorgegeben. Für den ambulanten Sektor, den die KV verantwortet, gibt es keine einheitlichen Vorgaben. Auch für den KV-Bereich muss daher klargestellt werden:

- Verbindlich zu erbringende Leistungen
- Umfang von Labor- und Radiologieleistungen
- Definition der zur Versorgung der Patienten in Frage kommenden Einrichtungen
- Betriebszeiten
- fachliche Qualifikation der dort eingesetzten Kolleginnen und Kollegen.

Im Rahmen der durch die KV aktuell organisierenden KV-Notdienste und dem Betrieb von KV-Notdienstpraxen ist momentan die Qualifikation der eingesetzten Kolleginnen und Kollegen völlig inhomogen und eine Standardisierung nicht zu erkennen.

Zusammengefasst **fordert die DIVI den Gesetzgeber auf**, die vorgesehenen **Ergänzungen des §120 SGB V zu streichen** und weitere gesetzliche Bestimmungen zur Ausgestaltung der Strukturen der Notfallversorgung erst nach **Vorliegen belastbarer Ergebnisse zum Ersteinschätzungsverfahren** und einem u.a. darauf basierenden **Konsens der in der Praxis Beteiligten** zu erlassen.