

Referat 221

Bundesministerium für Gesundheit

Per email: [221@bmg.bund.de](mailto:221@bmg.bund.de)

Dr. Dominik Graf von Stillfried  
Vorstandsvorsitzender

Salzufer 8  
10587 Berlin  
Tel. +49 30 4005 2400  
Fax +49 30 4005 2490  
dstillfried@zi.de

Dr. St / Ga

**Kurzstellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur  
Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GWVG) vom 23.10.2020**

10. November 2020

Sehr geehrter Herr Hiddemann,

das Zentralinstitut (Zi) entwickelt gemeinsam mit der Health Care Quality Systems (HCQS) GmbH die Software Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED). SmED wird seit dem 01.01.2020 in den Terminvermittlungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur telefonischen Ersteinschätzung von Akutfällen gemäß § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V eingesetzt. Grundlage sind die einschlägigen Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 Nrn. 5 und 6 SGB V.

Vor diesem Hintergrund nimmt das Zi zu der beabsichtigten Neuregelung des § 120, Abs. 3b (neu) SGB V wie folgt Stellung.

**Regelungsziel:**

Beabsichtigt wird, die Notaufnahmen dazu zu verpflichten, als Abrechnungsvoraussetzung ambulant zu Lasten der vertragsärztlichen Versorgung erbrachter Leistungen der Notfallversorgung nicht nur die Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit, sondern auch die Notwendigkeit einer Behandlung durch das Krankenhaus nachzuweisen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat zu diesem Zweck einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung einer strukturierten Ersteinschätzung aufzustellen.

**Bewertung:**

Etwa ein Drittel aller Behandlungsfälle in der vertragsärztlichen Versorgung können nach Berechnungen des Zi der Akutversorgung zugerechnet werden (ca. 200 Millionen Fälle pro Jahr). Rund 10 Prozent davon (ca. 20 Millionen Fälle pro Jahr) wenden sich an den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst oder suchen selbständig gemäß § 76 Abs. 1 Satz 2 eine Krankenhausnotaufnahme auf. Als Notfälle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung werden auf Grundlage von § 75 Abs. 1b Satz 3 SGB V etwa 10 Millionen Fälle pro Jahr in Notaufnahmen ambulant behandelt. Die DRG-Statistik weist eine vergleichbare Anzahl von stationären Behandlungsfällen pro Jahr aus, die ungeplant ohne ärztliche Einweisung und somit als Notfälle aufgenommen werden.

Ein erheblicher Teil der Patienten, die sich fußläufig in Notaufnahmen vorstellen sowie ein steigender Anteil von Patienten, die durch den Rettungsdienst eingeliefert werden, könnten vertragsärztlich behandelt werden. Vor dem Hintergrund einer steigenden Direktanspruchnahme der Notaufnahmen durch ambulant behandelbare Patienten wurden in den vergangenen Jahren Maßnahmen ergriffen, um Akutfälle, die einer Behandlung durch eine Notaufnahme nicht bedürfen, in eine Versorgung durch niedergelassene Ärzte zu lenken. Hierzu gehören die Einrichtung von Bereitschaftspraxen an Krankenhäusern und die Erweiterung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen um Aufgaben der Terminvermittlung und speziell der Vermittlung einer angemessenen Versorgung für Akutfälle auf Grundlage einer telefonischen strukturierten medizinischen Ersteinschätzung nach § 75 Abs. 1b Satz 3 Nr. 3 SGB V.

Im Vergleich zu einer unkoordinierten Inanspruchnahme kann hierdurch die Patientensicherheit erhöht werden, wenn ein Crowding von Notaufnahmen durch Akutfälle vermieden, aber dringliche Behandlungsbedarfe rechtzeitig erkannt und in die richtige Versorgungsebene geführt werden können. Bisher ist jedoch nicht gewährleistet, dass die strukturierte Ersteinschätzung von gesundheitlichen Beschwerden etwa im Rettungsdienst, in Notaufnahmen oder in der telefonischen Ersteinschätzung durch die Servicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich der Dringlichkeit und der angemessenen Versorgungsebene zu gleichwertigen Ergebnissen kommen.

Die mit Absatz 3b vorgesehene Regelung ergänzt daher sinnvoll die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Vermittlung einer angemessenen Versorgung in Akutfällen gemäß § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 3 SGB V. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dazu ein Ersteinschätzungsverfahren einzusetzen, das neben einer Bewertung der Dringlichkeit auch Hinweise auf die angemessene Versorgungsebene gibt. Es unterscheidet sich daher systematisch von den Triageverfahren der Notaufnahmen, die einer Priorisierung von Patienten und Ressourcen im Arbeitsprozess der Notaufnahmen dienen und sich daher allein auf die Dringlichkeit der Behandlung beziehen.

Eine entsprechende durch Fachpersonen vorgenommene strukturierte Ersteinschätzung in den zwei Dimensionen ‚Dringlichkeit‘ und ‚Versorgungsebene‘ kann die Anforderung des § 76 Abs. 1 Satz 3 SGB V konkretisieren, nach der gesetzlich Versicherte Krankenhäuser ohne ärztliche Überweisung nur in Notfällen aufsuchen dürfen. Da anfänglich begründete Zweifel bestanden hatten, ob die von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterstützung der telefonischen Ersteinschätzung eingesetzte Software SmED auch geeignet ist, die Ersteinschätzung anwesender Patienten am Empfangstresen von Notaufnahmen und Bereitschaftspraxen zu unterstützen, wurde SmED speziell für diesen Anwendungszweck auch unter Beteiligung von ärztlichen Notaufnahmeleitern so weiterentwickelt, dass Patienten mit Symptomkonstellationen, die einer unverzüglichen Behandlung oder weiteren diagnostischen Abklärung durch ein Krankenhaus bedürfen, schnellstmöglich erkannt und entsprechend in die Arbeitsprozesse der Notaufnahme eingeschleust werden können. Für die Ersteinschätzung der Patienten mit anderen Beschwerdebildern besteht folglich mehr Zeit und die Möglichkeit durch eine etwas differenziertere Erhebung festzustellen, ob eine Behandlung in der Notaufnahme oder durch einen niedergelassenen Arzt zu empfehlen ist. Der Entwicklungsstand der Software wird aktuell einer klinischen Evaluation zugeführt.

Die ausführlichere Erhebung möglicher Risikomerkmale für abwendbar gefährliche Verläufe einschließlich einer eventuellen Berücksichtigung wichtiger Vitalparameter wie Temperatur, Puls, Blutdruck oder Sauerstoffsättigung kann in der Folge auch als Grundlage für eine Weiterleitung des Patienten an eine Praxis dienen, die sich zur kurzfristigen Aufnahme von Akutfällen bereit erklärt hat (Kooperations- oder Partnerpraxis) oder bei weniger dringlichen Anlässen zur Vermittlung eines regelhaften Behandlungstermins durch die Terminservicestelle genutzt werden. Im Zuge der Weiterentwicklung wurde wiederholt deutlich,

...

Seite 3

dass entsprechend verlässliche Alternativen für eine wirksame Umsteuerung fußläufiger Patienten in Notaufnahmen erforderlich sind.

Anders als im Begründungstext zu § 120 Abs. 3b (neu) SGBV nahegelegt, kann mit einem Ersteinschätzungsverfahren nicht beurteilt werden, ob eine ambulante oder stationäre Versorgung durch ein Krankenhaus erforderlich ist. Diese Entscheidung ergibt sich aus den Arbeitsprozessen der Notaufnahme und muss daher weiterhin in der Zuständigkeit der Krankenhausärzte liegen. Andererseits ist die Zuständigkeit für die Definition, ob überhaupt ein Notfall im Sinne der vertragsärztlichen Versorgung vorliegt und das Krankenhaus die angemessene Versorgungsebene darstellt, schlüssig der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugeordnet, um widerspruchsfreie Entscheidungsprozesse im Vergleich zur telefonischen Ersteinschätzung und zur Übernahme von Vermittlungsfällen aus Notaufnahmen (siehe dazu die im gleichen Referentenentwurf vorgesehene Ergänzung des § 75 Abs. 1a SGB V) zu gewährleisten.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Dominik von Stillfried  
Vorstandsvorsitzender