

BDA/DGAI, Roritzerstraße 27, 90419 Nürnberg

Bundesministerium für Gesundheit
Projektgruppe Notfallversorgung
z.Hd. Frau Dr. Alice Süß
11055 Berlin

HAUPTGESCHÄFTSFÜHRER

Prof. Dr. med. Alexander Schleppers

Telefon: 0911 / 933 78 11
Telefax: 0911 / 393 81 95
E-Mail: aschleppers@t-online.de

04. Februar 2020

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform der Notfallversorgung

Referentenentwurf Stand: 08.01.2020, 11:28 Uhr

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) vertreten mehr als 27.000 Anästhesisten, davon ca. 16.000 Notfallmediziner aus der prähospitalen und klinischen Notfallversorgung im stationären wie ambulanten Sektor. Die DGAI und der BDA begrüßen den Reformwillen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform der Notfallversorgung. Im Sinne einer patientenzentrierten Notfallversorgung ist das Vorhaben, die bestehenden Sektorengrenzen aufzuheben, um so eine Versorgung auf einem hohen qualitativen Niveau zu sichern, der richtige Weg.

Der Referentenentwurf weist jedoch in seiner aktuellen Form erhebliche Mängel auf. Diese zeigen wir auf und unterbreiten konstruktive Lösungen:

Gemeinsames Notfalleitsystem (GNL)

DGAI und BDA lehnen eine Parallelstruktur zweier Notfallnummern ab und plädieren für eine Notfallnummer 112 mit sekundärer Weiterleitung an 116117.

Begründung:

Die bundesweite Vorhaltung des Notrufes **112** für die Bevölkerung ist unabdingbares wie europäisches Ziel (**Euronotruf**). Sie ist etabliert und einem Großteil der Bevölkerung bekannt. Die seitens der Kassenärztlichen Vereinigung für die Telefonservicestellen vorge-

sehene Telefonnummer 116117 soll nun der Bevölkerung bekannt gemacht werden. Der Hilfesuchende muss sich nunmehr als medizinischer Laie entscheiden, welche Telefonnummer für welchen Fall die richtige ist. Das ist für den Laien verwirrend und gefährlich! **Um eine Unterversorgung bei kritischen Notfällen zu vermeiden, ist vielmehr eine Notfallnummer (112) und die nachfolgende technische Weitergabe an andere Versorgungseinheiten (116117) zu präferieren.** Dies wird zu einem gesteigerten Aufkommen an Anrufen in den 112-Leitstellen führen, die hierfür zu ertüchtigen sind. Die Konzentration auf Großleitstellen (112) ist hierbei ein Lösungsansatz, um Kompetenzen zu bündeln, Spitzenbedarfe abzubilden und Redundanzen zu schaffen.

Insofern dennoch daran festgehalten werden sollte, die 112 und die 116117 parallel zu betreiben, ist es unabdingbar, dass eingehende Anrufe standardisiert entgegengenommen und lebensbedrohliche Notfälle schnellstmöglich identifiziert, bearbeitet und gegebenenfalls weitergeleitet werden. Eine örtliche Zusammenlegung ist weder umsetzbar und sinnvoll noch notwendig. Eine digitale Zusammenlegung hingegen ist nicht nur möglich, sondern unabdingbar, da sie eine **schnellstmögliche Weiterleitung** der durch die Dispatcher bereits **aufgenommenen administrativen Datensätze in beide Richtungen** erlaubt. Darüber hinaus muss die Erreichbarkeit der 116117 optimiert werden, da aktuell eine kurzfristige Kontaktaufnahme mit einem Dispatcher nicht flächendeckend möglich ist.

Integrierte Notfallzentren (INZ)

DGAI und BDA lehnen ein INZ unter alleiniger Leitung der KV ab und plädieren für eine gemeinsame Leitung von KV und Klinik.

Begründung:

Als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtung der medizinischen Notfallversorgung können INZ als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden. **DGAI und BDA sprechen sich klar für eine gemeinsame inhaltliche und räumliche Verortung der INZ im Krankenhaus aus.** Der aktuelle Gesetzesentwurf widerspricht sich allerdings aktuell bei Ausführungen zur Struktur von INZ.

Der im SVR-Gutachten angeführte „**gemeinsame Tresen**“ findet im jetzt vorliegenden Referentenentwurf keine Erwähnung mehr. **Ein INZ muss aber durch Krankenhausärzte und niedergelassene Kollegen gemeinsam geführt und betrieben werden.** Dies ist eine Möglichkeit, dem sektorenübergreifenden Ansatz der Notfallreform Rechnung zu tragen.

Wir benötigen eine sektorenverbindende Notfallmedizin unter fachlichen und patientenzentrierten Gesichtspunkten. **Die Differenzierung ambulant/stationär ist oft eine Ex-post-Betrachtung und nicht im Erstkontakt von Bedeutung. Zunächst müssen medizinisch fachliche Sachargumente, die mittels einer fachlichen standardisierten und wissenschaftlich fundierten Ersteinschätzung erhoben werden, zählen und nicht „ambulant“ oder „stationär“.** Die fachliche Leitung eines INZ kann daher nicht wie geplant alleine der KV übertragen werden.

Die fachliche Leitung eines INZ alleine durch die KV hätte zur Konsequenz, dass zukünftig eine **Ersteinschätzung und Initialbehandlung unter fachlicher Leitung der KV im Hoheitsgebiet eines Krankenhauses**, das hinsichtlich der notfallmedizinischen Expertise in der Notaufnahme durch den G-BA-Beschluss zu einem gestuften System von Notfall-

strukturen in Krankenhäusern gemäß §136c Absatz 4 SGB V hohen Qualifikationsvorgaben und -anforderungen unterliegt, erfolgen soll.

Zur Ersteinschätzung darf das bisher von **notfallmedizinischen Fachgesellschaften umfassend kritisierte und unzureichend validierte Ersteinschätzungssystem „SmED“** am Krankenhaus nicht zur Anwendung kommen. Das Ersteinschätzungssystem SmED ist aus Sicht der klinisch tätigen Notfallmediziner für die Ersteinschätzung nicht geeignet. Bereits jetzt werden in den Zentralen Notaufnahmen nach den Vorgaben der stationären Notfallversorgung des G-BA aus 2018 zertifizierte und wissenschaftliche evaluierte Ersteinschätzungsverfahren, die dem SmED deutlich überlegen sind, vorgehalten und umgesetzt.

Krankenhäuser, die durch den erweiterten Landesausschuss kein INZ erhalten, dennoch aber gesetzeskonforme Akutversorgung vornehmen, sollten nach Meinung von DGAI und BDA nicht mit 50 % Leistungsabschlag bestraft werden. Zumindest wer eine frühzeitige Triage durchführt, sollte nicht durch Abschlüsse bedroht sein. Darüber hinaus sollte im Gesetzesentwurf festgeschrieben werden, dass Zuführungen in Notaufnahmen über INZ, Haus- und Fachärzte sowie den Rettungsdienst als „ärztliche Einweisungen“ frei von Abschlagszahlungen sind.

Die Einführung der im Gesetzesentwurf aktuell geplanten INZ-Strukturen geht mit einem zusätzlichen Personalbedarf im KV-Bereich einher. Zur Gewährleistung einer generalistischen Betrachtung eines Patienten fordern BDA und DGAI diese Versorgung nur durch Allgemeinärzte oder allgemeinärztlich tätige Internisten. **Es bleibt jedoch unklar, wie für ein 24/7/365-Versorgungssystem der KV die notwendigen personellen ärztlichen Ressourcen gedeckt werden sollen, da diese Ärzte schlichtweg zumindest mittelfristig nicht im Gesundheitssystem vorhanden sind.** Neben dem ärztlichen Personal muss aber auch nicht-ärztliches Personal (MFA oder Pflegekräfte) im INZ 24/7/365 zur Verfügung gestellt werden.

Rettungsdienst als eigenständiger Leistungsbereich

DGAI und BDA begrüßen, den Rettungsdienst zukünftig als eigenen medizinischen Bereich vorzusehen, und plädieren dafür, das eingesetzte Fachpersonal mit definierten und regelmäßig zu schulenden Kompetenzen unter der Verantwortung des zuständigen ärztlichen Leiters im Rahmen der Delegation auszustatten. Die Substitution ärztlicher Leistungen wird abgelehnt.

Begründung:

Wir halten es für richtig, dass der Rettungsdienst nicht ausschließlich auf seine Transportleistung beschränkt wird. Die medizinische Versorgung muss vorrangig betrachtet und Grundlage einer entsprechenden Vergütung, aber auch Vorhaltung sein. Inwiefern hierfür ein eigenständiger Bereich im SGB V notwendig sein wird, ist diskussionsbedürftig und bedarf einer kritischen Betrachtung.

Insbesondere die aktuell angedachte Finanzierung ist so nicht zukunftsfähig. Die Umsetzung in das sogenannte Vertragsmodell gemäß § 133 Abs. 1 SGBV wird dazu führen, dass daraus extreme negative Strukturveränderungen im Rettungsdienst re-

sultieren. Es wird befürchtet, dass die durch die Kostenträger zu refinanzierenden Kosten auf die Betriebskosten reduziert werden und Investitions- und Vorhaltungskosten durch die Länder finanziert werden müssen.

Im Hinblick auf Innovationen und eine Weiterentwicklung des Rettungsdienstes sehen wir die geplante Zuständigkeit des G-BA mit den aktuellen Strukturen und Bewertungssystemen kritisch. Gerade in der prähospitalen Notfallmedizin sind randomisierte Studien nicht oder nur sehr eingeschränkt durchführbar. Internationale Studien mit vergleichbaren Qualitätsdefiziten im Hinblick auf Randomisierung, Verblindung etc. können nicht 1:1 auf das deutsche Rettungsdienstsystem übertragen und deren Ergebnisse übernommen werden.

Deutschlandweit fehlt ein einheitliches, wissenschaftlich fundiertes und trägerunabhängiges Qualitätsmanagement für alle Bereiche der prähospitalen rettungs-dienstlichen und notärztlichen, aber auch klinischen Versorgung. Regionale Unterschiede, die sich auch auf die Finanzierung auswirken können, sind so nicht beurteilbar.

Das eingesetzte Fachpersonal ist aus Sicht von DGAI und BDA mit definierten und regelmäßig zu schulenden Kompetenzen unter der Verantwortung des zuständigen ärztlichen Leiters auszustatten. Hierbei können Landeslösungen für die Maßnahmenkataloge zur Anwendung kommen. Aus Sicht von DGAI und BDA sind die ärztlich delegierten Maßnahmen einheitlich und regional übergreifend zu definieren, um einheitliche Versorgungsstrategien definieren zu können. Insbesondere unter dem Aspekt der Erlernbarkeit und des Beherrschens von sogenannten ärztlichen Maßnahmen ist die Beteiligung von betroffenen Fachgesellschaften und die Beachtung von klinischen Erfahrungen notwendig. **BDA und DGAI lehnen eine Substitution ärztlicher Leistungen auch in diesem Bereich ab.**

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Alexander Schleppers
Hauptgeschäftsführer
Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.