

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) zum
„Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung“**

Der Gesetzesentwurf betrifft sowohl die rettungsdienstliche und notdienstliche Versorgung im präklinischen Bereich als auch die unmittelbar sich daran anschließende Notfallversorgung im innerklinischen Bereich und im ambulanten Bereich niedergelassener Ärzte. Im Folgenden wird zu diesen Abschnitten Stellung genommen.

Die präklinische Notfallversorgung

Eine enge Vernetzung der Notrufnummern 112 und 116117 ist prinzipiell zu begrüßen. Hier sind jedoch grundlegende Voraussetzungen zu schaffen, wie das zu erfolgen hat. Der Abfrage-Algorithmus SmED befindet sich aktuell in einer Evaluierungsphase. Derzeit gibt es für beide Notrufnummern keine Daten, die eine brauchbare Anwendung nachweisen können. Es fehlen aktuell wissenschaftlich fundierte Untersuchungen zu einem geeigneten Abfragesystem, welches die medizinische Problematik der 112 Abfragen (akut vital bedrohliche Krankheitszustände) mit Abfragen der 116/117 (Husten, Schnupfen, Heiserkeit, Rückenschmerzen) kombinieren lässt. Im ungünstigsten Fall drohen kritische Zeitverluste, wenn z. B. am Ende einer langwierigen SmED-Abfrage herauskommt, dass der Patient unmittelbar einen Notarzt benötigt, auch durch lange Warteschleifen Leben gefährdet werden. Bislang liegt eine wissenschaftliche Validierung des SmED nicht vor.

Im Referentenentwurf wird die notärztliche Tätigkeit ausdrücklich von der notdienstlichen Tätigkeit unterschieden und es wird zwischen der notdienstlichen Versorgung in einem INZ und der ambulanten Notfallversorgung (Krankenhaus ohne INZ-Status) differenziert. Des Weiteren wird zwischen Rettungsfahrten, Krankentransporten und Krankenfahrten unterschieden. Solange aber in den Rettungsdienstgesetzen der Länder der Sicherstellungsstellungsauftrag für den Notarzt- und Rettungsdienstsektor unterschiedlich geregelt ist, werden bundesseitige Bestrebungen, den Notarzt- und Rettungsdienst anders zu regeln schwierig werden, da landesrechtliche Regelungen noch Vorrang haben. Es muss Klarheit geschaffen werden, wie mit den Rettungsdienstgesetzen der Länder umzugehen ist, bzw. wo eine Einbindung vorgesehen ist.

Völlig unklar bleibt, inwieweit durch die geplante Gesetzgebung in die Entscheidungskompetenz des Notarztes eingegriffen wird bzw. eingegriffen werden kann. So ist nach der Neuregelung der §§ 60 und 60a die Ersteinschätzung durch das Gemeinsame Notfalleitsystem (GNL) derjenigen des ärztlichen Personals für Leistungen der medizinischen Notfallrettung und für Krankentransporte sowie Krankenfahrten gleichgestellt. Auch die Zielkliniken werden von der GNL vorgegeben; so ist in unklaren (ambulanten) Fällen immer ein INZ anzusteuern und bei stationärer Behandlungsbedürftigkeit sind ausschließlich Einrichtungen der gestuften Notfallversorgung anzufahren.

„Telenotärztliche Leistungen“ werden im Referentenentwurf erwähnt und der „Rufnummer 112“ zugeordnet, aber nicht weiter ausgeführt. Die letztendliche Zuordnung, Vergütung und Gegenfinanzierung bleiben unklar.

Die klinik- und praxisgebundene Notfallversorgung

Die engere Vernetzung von Notfallambulanzen der Kassenärztlichen Vereinigung mit Notaufnahmen der Kliniken ist prinzipiell zu begrüßen. Auch die örtliche Zusammenlegung in einem Krankenhaus der entsprechenden Versorgungsstufen ist begrüßenswert und zum Teil auch schon erfolgreich realisiert. Es ist hierbei gelebte Praxis, dass sämtliche durch den Rettungsdienst eingelieferte Patienten direkt in die Notaufnahme der Klinik verbracht werden, während alle fußläufigen Patienten primär seitens des ärztlichen oder pflegerischen Personals der Klinik triagiert werden und anschließend, je nach Schweregrad der gesundheitlichen Störungen, in die KV-Notfallambulanz oder in die Notaufnahme der Klinik geleitet werden.

Strikt abzulehnen ist hingegen die jetzige Planung, dass der sog. gemeinsame Tresen (welcher in dem INZ, also in der Klinik) eingerichtet werden soll, federführend von den KVen betrieben werden wird. Nach unserem Verständnis soll an den integrierten Notfallzentren nicht nur eine ambulante Versorgung von Patienten geschehen und die stationäre Übernahme von Notfallpatienten ablaufen, sondern es sollen dort auch die Rettungsmittel des jeweiligen Einzugsgebietes der Klinik stationiert sein. Es handelt sich letzten Endes um drei Aufgabengebiete, die innerhalb dieses Zentrums auf einem hohen medizinischen Qualitätsniveau abzubilden sind. Die Qualifikation für die einzelnen Bereiche hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Die in dem KV-Dienst tätigen ärztlichen Kollegen haben auch die Möglichkeit gehabt, sich hieran zu beteiligen. In der Realität ist dieses aber sicherlich nur in einem geringen Maße durchgeführt worden.

Schon seit Jahren ist die notärztliche Tätigkeit mit dem Erwerb einer entsprechenden Zusatzweiterbildung verbunden. Gleiches gilt nun auch seit letztem Jahr für die ärztliche und pflegerische Tätigkeit in einer Notaufnahme. Die angeführten Zusatzweiterbildungen können von den niedergelassenen Kollegen, die bisher an dem KV-ärztlichen Notdienst beteiligt sind, weit überwiegend und daher regelhaft nicht erfüllt werden. Vielmehr ist es Realität, dass die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die an dem KV-Notdienst teilnehmen, aus allen medizinischen Fachbereichen stammen. Letzten Endes hat aber dieser Kollegenkreis in der überwiegenden Anzahl geringere Erfahrung in den Notfällen, die unmittelbar in einer Klinik zu versorgen sind. Des Weiteren hat dieser Kollegenkreis nur rudimentäre Kenntnisse und Erfahrung in der zeitkritisch durchzuführenden Triage der Patienten über alle Fachbereiche, die in einer Notaufnahme vorstellig werden, die zu behandelnden Patienten einzuschätzen und zu entscheiden, welche Verletzungen bzw. gesundheitliche Störung welcher Versorgungsstruktur zugeführt werden muss.

Unter diesen Aspekten erscheint es in höchstem Maße unverständlich, die fachliche Verantwortung für ein integriertes Notfallzentrum der kassenärztlichen Vereinigung in ganzer Konsequenz zu übertragen. Erfolgversprechender und den aktuellen Qualitätsstandards entsprechend ist es vielmehr geboten, die Leitung der integrierten Notfallzentren den Kliniken zu übertragen, da hier in den Zentralen Notaufnahmen neben dem ärztlich erfahrenen Personal auch entsprechend Notfall geschultes Pflegepersonal vorhanden ist. Für beide Berufsgruppen sind mittlerweile entsprechende Zusatzqualifikationen für die Behandlung von Notfallpatienten gesetzlich vorgeschrieben. Sowohl niedergelassene Ärzte als auch medizinisch-technische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer KV-Ambulanz besitzen diese Qualifikationsanforderungen in der Regel nicht.

Auch Krankenhäuser ohne vorgehaltenes INZ werden aufgrund örtlicher Begebenheiten von Patienten aufgesucht werden. Hier besteht die gesetzliche Verpflichtung zur Hilfeleistung, sodass der Vergütungsabschlag von 50% aus Gründen der Versorgungsrealität nicht hingenommen werden kann.

Versorgung von Notfällen bei Arbeitsunfällen

Die Versorgung von Notfällen im Rahmen von Arbeitsunfällen (DGUV) ist ausschließlich durch zugelassene Durchgangsarzte erlaubt, ein INZ hat die Vorgaben der DGUV zu erfüllen. Eine Übernahme der Versorgung durch KV-Ärzte ohne D-Arzt-Zulassung ist somit nicht statthaft.

Die Weiterversorgung von Notfällen, die nicht der weiterführenden Diagnostik und Therapie durch die Krankenhausnotaufnahme zugeführt werden, bedarf personell und räumlich sowie ausstattungsmäßig einer eigenen Einheit, die letztendlich einer Praxisnorm entspricht. Regelmäßig stehen in den KH-Notaufnahmen hierfür keine Räumlichkeiten zur Verfügung. Somit ist der gemeinsame Tresen umsetzbar, die notwendige Weiterversorgung im KV-Bereich außerhalb der normalen Praxisprechzeiten für diese Notfälle ist jedoch nicht möglich. Auch der Verweis von Notfällen an KV-Praxen während der normalen Öffnungszeiten ist logistisch nicht einfach umsetzbar.

Zusammenfassung

Die Etablierung von integrierten Notfallzentren, in denen die Rettungsmittel sowie die KV-Ambulanzen und Zentrale Notaufnahmen in Kliniken zusammengeführt werden, ist grundsätzlich zu begrüßen. Bereits etablierte und gut funktionierende Systeme einer integrierten Notfallversorgung sollten bei der zukünftigen Planung betrachtet werden.

Berücksichtigt werden muss auch die gerade erst initiierte Neustrukturierung der klinischen Notfallversorgung. INZn sollten nur an Kliniken eingerichtet werden, die weiterhin an der Notfallversorgung einen relevanten Anteil in ihrer Region haben und zuschlagsberechtigt sind.

Um eine flächendeckende Versorgung mit INZn zu gewährleisten, sollte auch die Gründung integrierter Zentren an medizinischen Versorgungszentren (MVZ) diskutiert werden, die an den Platz aus der Notfallversorgung ausgeschiedener Kliniken treten können.

Die Leitung der integrierten Notfallzentren sollte den medizinisch verantwortlichen Ärzten mit formeller Qualifikation Notfallmedizin der eingebundenen klinischen Notaufnahme (mit entsprechend qualifiziertem Pflegepersonal: z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger für die Notfallpflege nach DKG) zugeteilt werden. Hiermit verbunden ist die Verantwortung für jegliche Art von Notfallpatienten, unabhängig davon, auf welchem Weg sie vorstellig werden.

Die Versorgung von Notfällen im Rahmen von Arbeitsunfällen (DGUV) ist ausschließlich durch zugelassene Durchgangsarzte erlaubt. Ein INZ hat die Vorgaben der DGUV zu erfüllen. Eine Übernahme der Versorgung dieser Patienten durch KV-Ärzte ohne D-Arzt-Zulassung ist nicht statthaft.

Die Weiterversorgung von Notfällen, die nicht der weiterführenden Diagnostik und Therapie durch die Krankenhausnotaufnahme zugeführt werden, bedarf personell und räumlich sowie ausstattungsmäßig einer eigenen Einheit, die letztendlich einer Praxisnorm entspricht. Regelmäßig stehen in den KH-Notaufnahmen hierfür keine Räumlichkeiten zur Verfügung. Somit ist der gemeinsame Tresen umsetzbar, die notwendige Weiterversorgung im KV-Bereich außerhalb der normalen Praxissprechzeiten für diese Notfälle ist jedoch nicht möglich. Auch der Verweis von Notfällen an KV-Praxen während der normalen Öffnungszeiten ist logistisch nicht einfach umsetzbar.

Die nächsten Schritte sind im Rahmen und nach den Qualitätsvorgaben durch den G-BA vorzunehmen. Die mit dieser Thematik befassten wissenschaftlichen und berufspolitischen Vereinigungen und Gruppierungen müssen zwingend vor einer endgültigen Beschlussfassung einbezogen werden. Die Etablierung eines erweiterten Landesausschusses als Planungsgremium in den einzelnen Bundesländern ist zu begrüßen, allerdings ist ein überwiegendes Stimmgewicht der GKV und KV abzulehnen.

Berlin, 03.02.2020



Generalsekretär DGOU

Generalsekretär DGU

Unter Mitarbeit von Herrn Prof. Dr. Andreas Seekamp, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie Kiel – UKSH.

Konsentiert von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) sowie dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)