



Geschäftsstelle:
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn
Telefon +49 (0) 2 28 / 923 922-0
Telefax +49 (0) 2 28 / 923 922-10
Frau Ulrike Fischer
E-Mail: info@hno.org
Homepage: <http://www.hno.org>

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn

Bundesministerium für Gesundheit
Projektgruppe Notfallversorgung
Frau Dr. Alice Süß
Friedrichstraße 108
10117 Berlin
Versand per E-Mail: notfallreform@bmg.bund.de

7. Februar 2020

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Ver.8.1.20)
des Bundesministeriums für Gesundheit**

**hier: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie e. V., Bonn**

Sehr geehrte Frau Dr. Süß,

vielen Dank für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Ver.8.1.20) Stellung nehmen zu dürfen.

Insgesamt begrüßt die Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie die Initiative, eine bundesweite Struktur vorzugeben, die eine solide und hoffentlich leistbare Notdienstversorgung vorsieht. Das Dilemma der überfüllten Klinikambulanzen ist mediennotorisch und die Wahrnehmung eines weitgehend unregulierten Zustandes für Klinikmitarbeiter*innen demotivierend, so dass eine baldige Regelung nötig ist.

Spezifika HNO

Wie Ihnen bekannt sein dürfte, hat die HNO-Heilkunde eine Sonderstellung in der Notdienstversorgung inne, da aufgrund der Spezialisierung die Organisation unterschiedlich gehandhabt wird, wie man das auch aus der Ophthalmologie kennt. Aus diesem Grunde möchten wir zunächst auf die speziellen Belange des HNO-Faches eingehen und dann unsere allgemeinen Kommentare zu dem Gesetzentwurf ausführen

Da eine HNO-ärztliche Versorgung objektiv und vor allem auch in der Wahrnehmung der Bevölkerung eine spezialärztliche Versorgung darstellt, müssen diese Aspekte in Planungen beachtet werden. Es verwundert, dass solche spezialärztlichen Aspekte im Gesetzentwurf lediglich für die Pädiatrie und Psychiatrie adressiert werden (Seite 5 §60 (3); Seite 12 (3)). Wir möchten bewirken, dass dieser Aspekt im Gesetz bereits in gleicher Weise für die HNO-Heilkunde erwähnt wird, um dieses beim G-BA deutlich zu machen.

Präsident:
Prof. Dr. A. Dietz
Univ. HNO-Klinik
Liebigstr. 10-14
04103 Leipzig

Stellv. Präsident:
Prof. Dr. S. Plontke
Univ. HNO-Klinik
Ernst-Grube-Str. 40
06120 Halle/S.

Generalsekretär:
Prof. Dr. Th. Deitmer
DGHNO-KHC
Friedrich-Wilhelm-Str. 2
53113 Bonn

Schriftführer:
Prof. Dr. Dr. H.-J. Welkoborsky
Klinikum Nordstadt, HNO-Klinik
Haltenhoffstr. 41
30167 Hannover

Schatzmeister:
Prof. Dr. K.-W. Delank
HNO-Klinik, Klinikum der
Stadt Ludwigshafen
Bremser Str. 79
67063 Ludwigshafen

Telefon: 03 41 / 9 72 17 00
Telefax: 03 41 / 9 72 17 09
andreas.dietz@medizin.uni-leipzig.de

Telefon: 03 45 / 5 57 17 84
Telefax: 03 45 / 5 57 18 59
stefan.plontke@uk-halle.de

Telefon: 02 28 / 9 23 92 20
Telefax: 02 28 / 9 23 92 210
thomas.deitmer@hno.org

Telefon: 05 11 / 9 70 43 77
Telefax: 05 11 / 9 70 46 42
hans-juergen.welkoborsky@krh.eu

Telefon: 06 21 / 5 03 34 01
Telefax: 06 21 / 5 03 34 03
delankw@klilu.de

Wie allgemein bekannt sind auch die HNO-ärztlichen Notfallambulanzen an Kliniken stark in Anspruch genommen, so dass die jeweiligen diensthabenden Ärztinnen und Ärzte kaum zu einer geregelten Versorgung der stationären Patienten kommen. Die Inanspruchnahmen erfolgen nach den unten genannten Studien und bundesweiter Erfahrung in der Form, dass etwa vier von fünf „Notfall“-Patienten in der Klinik-Ambulanz eigentlich in ambulant HNO-fachärztlicher Versorgung hätten behandelt werden können. Dieser Zustand, durch die Überlastung nicht allen Patienten*innen in gewisserhafter Weise gerecht werden zu können, belastet und demotiviert die Diensthabenden in den Kliniken erheblich.

(M. Bolz, M. Streppel, O. Guntinas-Lichius; Stellenwert der Notfallambulanz einer Universitäts-HNO-Klinik für die ambulante Patienten-Versorgung; Laryngo-Rhino-Otol 2011; 90: 17–22

K. Weigel, G. F. Volk, A. Müller, O. Guntinas-Lichius; Ein Jahr Epistaxisbehandlung in den Notfallambulanzen der Ostthüringer HNO-Kliniken; Laryngo-Rhino-Otol 2016; 95: 837–842

L. Schlicht, O. Guntinas-Lichius; Stellenwert der Notfallambulanz der HNO-Klinik Jena in der ambulanten Patientenversorgung; HNO 2012 · 60:618–621)

Es ist aus mannigfacher Erfahrung festzustellen, dass die Vorschaltung einer allgemeinärztlichen ambulanten Notfallstruktur nur zu einer unwesentlichen Reduktion dieser ungezielten und letztlich nicht notwendigen Inanspruchnahme von HNO-Notfallambulanzen an Kliniken führt.

In der Formulierung der neuen Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer wird in der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin zwar auf vielerlei Diagnostik und Therapie unmittelbar lebensbedrohlicher Zustände eingegangen; eine HNO-typische Weiterbildung ist dort jedoch nicht vorgesehen und wäre sicher auch nur schwierig in einer Zusatzweiterbildung in ausreichender Qualität abzubilden.

Derzeit konnten in Deutschland unterschiedliche Strukturen für eine HNO-Notfallversorgung im Rahmen des ambulanten Sicherstellungsauftrages der KV'en von uns wahrgenommen werden:

1. Mancherorts sind keine spezialisierten HNO-Notdienste von den örtlichen KV'en eingerichtet worden. Vor allem in ländlichen Gebieten sind entweder die Anzahl der für Notdienste zur Verfügung stehenden HNO-Ärzte*innen zu gering oder die Notdienstbezirke zu groß, um eine solche Struktur effizient zu etablieren.
2. Mancherorts sind HNO-Notdienste durch die KV'en organisiert, die häufig an Mittwochnachmittagen bis zum Donnerstagmorgen und ab Freitagnachmittagen bis zum Montagmorgen und an Feiertagen die Notfallversorgung fachspezifisch abdecken. Dieses erfolgt auf unterschiedlichen Wegen:
 - Der HNO-Notdienst findet in den jeweiligen Praxen der HNO-Ärzte statt
 - Der Notdienst findet in einer Notdienstpraxis statt, die nicht an einer Klinik liegt
 - Der Notdienst findet in einer Notdienstpraxis statt, die in unmittelbarer Nähe einer Notfallambulanz einer Klinik liegt.
 - Der Notdienst findet in einer Notdienstpraxis statt, die in die Notfallambulanz einer Klinik integriert ist („gemeinsame Theke“)

In vielen Regionen übernehmen Kliniken an den Samstagen, Sonn- und Feiertagen die Sicherstellung der KV-lichen ambulanten Notfallversorgung über die Abend- und Nachtzeit.

Allgemein lehrt die Erfahrung, dass die oftmals rückblickend nicht gerechtfertigte Inanspruchnahme einer HNO-Spezialambulanz an einer Klinik umso höher ist, je ungünstiger aus Patientensicht diese Versorgung organisiert ist und je schlechter diese Notfallwege kommuniziert sind. Viele Notfallpatienten erkundigen sich vorab nicht über geplante Notfallwege der ambulanten Versorgung, sondern steuern unmittelbar die Notambulanz in der nächstgelegenen HNO-Klinik an.

Eine Ausweisung und Etablierung einer effizienten ambulanten Versorgung von HNO-Notfällen ist deshalb zur Entlastung überlasteter HNO-Klinik-Ambulanzen notwendig und muss im Gesetz erwähnt werden.

Auch in der Definition der Integrierten Notfallzentren (INZ) und somit auch der Notfallstrukturen im stationären Sektor muss der Aspekt der Spezialisierung der HNO-Heilkunde für eine sachgerechte und juristisch vertretbare Notfallversorgung etabliert und anerkannt werden. Es kommen in der Notfallversorgung Erkrankungen auf, die nur mit einem HNO-ärztlichen Facharztstandard behandelt werden können.

Zum Beispiel bei lebensbedrohlichen HNO-Notfällen im Kindesalter (z.B. schwere Nachblutung nach kindlichen Adenotomien oder Tonsillenchirurgie oder obere Atemwegsblockade) muss die Option und ein klar gezeichneter Weg für den Rettungsdienst bestehen, primär - und ohne Umweg über ein pädiatrisches Integriertes Notfallzentrum (INZ) ohne HNO-Präsenz - eine HNO-Klinik anzusteuern. Solche Abläufe müssen in dem GNL etabliert und in der strukturierten Ersteinschätzung beachtet sein.

Allgemeine Aspekte

Leitung der INZ:

Integrierte Notfallzentren (INZ) müssen unter der gemeinsamen und einvernehmlichen Leitung der jeweiligen KV und der jeweiligen Klinik betrieben und fachlich geleitet werden. Hier ist ein integriertes Arbeiten auch im fachlichen Bereich entscheidend für eine reibungslose Funktion an der dort in jeder Individualsituation eines INZ zu verabredenden und gemeinsam zu verantwortenden Schnittstelle notwendig. Man kann, falls das für nötig erachtet werden sollte, ein Schiedsverfahren, zum Beispiel unter der Führung der zuständigen Ärztekammer definieren.

Akzeptanz des neuen Notfallsystems:

Die im Gesetz skizzierten Notfallwege eines Patienten und die neue Definition eines Notfalles (§ 60, Abs.1 bzw. Urteil des BSG) sind für die seit Jahrzehnten gelebte und von Patienten inzwischen beanspruchte Tradition ein „durchgreifender Kulturwandel“. Patienten in Notfallsituationen werden nur schwer am Telefon oder am Tresen einer Notfallpraxis davon zu überzeugen sein, dass ihre Erkrankung oder Beschwerden bis zu einer regulären Dienstzeit einer Praxis warten können oder nach der telefonischen Einschätzung in einen Weg geleitet wird, den der Patient sich nicht so vorgestellt hat. Hier wird den Patienten ein Verweis auf die Rechtsprechung des BSG nicht zufriedenstellen; endlose und emotionale, wenn nicht übergreifige Situationen sind vor Ort zu erwarten und verschlimmern die Situation in Notfallstrukturen weiter. Eine Chance könnte in ausgedehnten Werbemaßnahmen bestehen, die pointiert die sicherlich richtigen Wege dieses Gesetzesplanes vermitteln.

Bedenkt man wie schlecht die Durchdringung der KV-lichen ambulanten Notfallnummer 116117 nach wie vor ist, muss die Durchsetzung der gesetzlichen Pläne im motivierenden und sanktionierenden Sinne massiv erfolgen oder diese sicherlich sinnvolle Steuerung wird sich erst in langen Jahren oder wenigen Jahrzehnten etablieren. Viel Marketing wird hier nötig sein.

Es ist vorgesehen, dass das Krankenhaus ohne INZ eine „Strafe“ in Form eines Honorarabschlages bezahlt, wenn es einen Notfallpatienten behandelt. Soll dieser Mechanismus die Entschlossenheit eines Klinikarztes untermauern, einen Notfallpatienten wegzuschicken? Das ist eine höchstgradig abwegige Gedankenführung und ein Affront an die in den Notfallambulanzen tätigen Ärzte*innen. Der Notfallpatient muss durch Medien gut informiert werden und in dem Falle eine Zusatzgebühr zahlen müssen, um wirkliche Umsteuerungen zu erreichen! Man kann nicht den Polizisten bestrafen, wenn ein Verkehrsteilnehmer falsch fährt!

Welche Klinik bekommt ein INZ

Im Entwurf heißt es ausdrücklich, dass nicht alle Krankenhäuser, die sich bewerben, integrierte Notfallzentren werden. Die Auswahl von Klinikstandorten, die ein INZ betreiben sollen, wird sehr delikat werden, da vielen Kliniken dieses werden tun wollen, um ihr Leistungsprofil darzustellen. Ob die vorgesehenen Verfahren über den G-BA greifen werden, wird daran liegen, wie konsequent diese Pläne politisch vermittelt und verantwortlich und nachhaltig vertreten werden.

Wer integriertes Notfallzentrum wird, entscheidet ein Landesausschuss, der nach unserem Verständnis zu jeweils 25% aus Vertretern der KV und der Krankenhausgesellschaft und zu 50% aus Vertretern der Krankenversicherungen besteht. Die Belange der Universitätsklinik, auf die in der Regel ein Großteil der Notfallversorgung zuläuft, müssen auch beteiligt werden. Ansonsten wäre eine gerechte paritätische Entscheidungsfindung von Akzeptanz erschwert.

Der G-BA wird Strukturmerkmale für die Etablierung eines INZ unter Aspekten der Versorgung in Stadt und Land, Erreichbarkeiten etc. definieren, an denen sich die erweiterten Landesausschüsse orientieren müssen. Es ist davon auszugehen, dass in solchen G-BA-Verfahren auch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften zumindest gehört werden müssen.

Im urbanen Umfeld ist zu erwarten, dass die Krankenhäuser, die nicht zu dem Kreis der INZ gehören (z.B. weil es in der Stadt schon eines oder zwei gibt), auch weiterhin Notfallversorgung anbieten müssen. Sie können sich dem nicht entziehen, gerade auch, wenn sie ein breitgefächertes und spezialisiertes Spektrum vorhalten. Sie müssen dann diese Behandlungen zu deutlich schlechteren Bedingungen und Vergütungen vornehmen, was nicht Ziel einer modernen Notfallversorgung sein kann. Die Notaufnahmen sind jetzt schon überlaufen; dieser Trend wird sich mutmaßlich bei einer beabsichtigten Verminderung der Notfallbehandlungseinrichtungen eher noch verstärken.

Personalkosten und laufende Kosten der INZ müssen in die Diskussion über Personalbemessung eingeführt werden. Der Hinweis, dass auch das Krankenhaus Personal zur Verfügung stellen kann/darf/muss lässt die Diskussion aufkommen, wer diese Kosten trägt. Unklar ist, wer bleibend für den Personalmehraufwand in den INZ aufkommen wird und wer den Personalbedarf nach welchen Kriterien berechnet. Es wird im Entwurf nur von Einrichtungskosten gesprochen. Interessant ist auch die Feststellung, das Gesetz führe zu „nicht quantifizierbaren Einsparungen“ (Punkt D) und auch zu „nicht quantifizierbaren Mehrkosten“ an anderer Stelle.

Gemeinsame Notfalleitsysteme, GNL

Die Gemeinsamen Notfalleitsysteme (GNL) (§133b) sollen nach Abs. 3 ein „qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren von medizinischen Hilfeersuchen und die zum jeweiligen Endpunkt des Einschätzungsverfahrens zu disponierende Versorgung“ benutzen. Dieses sollen die Träger der Rettungsleitstellen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen „vereinbaren“.

Dieser Einschätzungsalgorithmus, der auch nach unserem Verständnis von Nicht-Ärzten bedient werden soll, ist ein sehr diffiziles und komplexes Konstrukt. Es erfordert sowohl die Erfahrung mit unkomplizierten Fällen aber auch mit letztlich kompliziert verlaufenden Fällen, die ausgedehnter stationärer und intensivmedizinischer und/oder unmittelbarer operativer Behandlung bedürfen. Aus diesem Grunde müssen institutionalisiert erfahrene Ärzte stationärer Versorgungsstrukturen jeglicher in Frage kommender Fachgebiete an der „Vereinbarung“ beteiligt sein. Dieses Einschätzungsverfahren soll entsprechend strikt durchgehalten werden und wird somit über „Wohl und Wehe“ eines Notfallpatienten entscheiden. Eine solche Vorgabe kann nicht zwischen einer KV und Trägern des Rettungsdienstes „vereinbart“ werden.

Ein solcher Einschätzungsalgorithmus ähnelt der Komplexität der Erstellung von wissenschaftlichen Leitlinien und muss deshalb in gleicher und bewährter Weise mit den jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und bestenfalls mit der AWMF erstellt werden.

Unklar bleibt nach unserer Lektüre auch, wer die Haftung für Schäden übernehmen wird, die im Zusammenhang mit der Anwendung eines solchen Einschätzungsverfahrens beklagt werden?

Wie wird ein zuverlässiges Ersteinschätzungsverfahren bei Fremdsprachlichkeit ablaufen? Welche Regeln sollen hier etabliert werden?

Wird am Ende eines Einschätzungsverfahrens auch stehen können, dass man dem Patienten empfiehlt, eine Vertragsarztpraxis zu den nächsten Öffnungszeiten aufzusuchen? Es ist hinlänglich bekannt, dass manche Patienten Notfallwege nutzen, um nicht dringliche medizinische Fragen außerhalb des vertragsärztlichen Systems zu klären.

Gerne werden wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft uns für Beratungen für das Ersteinschätzungssystem unter HNO-Aspekten anbieten.

Digitalisierung des Notfallsystems

Digitale Kommunikation im Rettungsdienst und der GNL-Funktionen sind sicherlich sehr gut, da hiermit eine leserliche und unmittelbar übermittelbare Information entsteht.

Es sollte geklärt werden, ob solche Dateneingaben in zeitkritischen Notsituationen überhaupt erfolgen können. Ein Rettungssanitäter und Notarzt müssen nun auch schnell tippen können? Soll eine Sekretariatskraft mitfahren? Wären valide Spracherkennungssysteme nutzbar in der Geräuschumgebung eines Callcenters oder eines Rettungswagens?

Wenn umfassend alle Daten der Patienten weitergegeben werden sollen (§ 133b Abs. 4) stellt sich die Frage nach der Datensicherheit und nach der Einhaltung der Datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Poststationäre Notfälle, Notfälle nach ambulanten Operationen.

In wie weit wird geregelt, wer für poststationäre, postoperative Notsituationen sowie Notsituationen nach ambulanten Operationen zuständig sein wird? Eine Ausweitung ambulanter Operationen ist politisch gewollt. Die aus solchen Tätigkeiten resultierenden Notsituationen könnten nicht dem allgemeinen Notfallsystem, welches hier festgelegt wird, zugeschrieben werden. Hier wäre auch das Informationsdefizit bei Behandlung von Notfällen durch Dritte kritisch und nicht zu verantworten. Stationäre Strukturen wären für ihre Notsituationen wie seit Jahrzehnten ansprechbar, sie würden auch die Fälle übernehmen, die am Krankenhaus von der Fach-Klinik ambulant erbracht wurden.

Bei ambulanten Operationen in Strukturen, die nicht an eine entsprechende Fachklinik angelehnt sind, muss eine verbindliche Klärung und Verpflichtung erfolgen, dass die postoperativen Notfallsituationen in der gleichen Hand bleiben.

Insofern muss es auch eine Grenze der geographischen und verkehrstechnischen Erreichbarkeit geben zwischen dem Ort der ambulanten Operation und dem Wohn- bzw. zeitweiligem Aufenthaltsort des Patienten. Dieses wird derzeit in der Regel vom Medizinischen Dienst negiert!

Fazit:

- Die Realität der Fachlichkeit und Spezialisierung der HNO-Heilkunde muss in der Notfallversorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich beachtet und vorgesehen werden.
- Das assoziierte Krankenhaus muss in die organisatorische und fachliche Einbindung eines INZ eingebunden werden.
- Das vorgesehene Notfall-Versorgungssystem muss in der Bevölkerung breit und vielsprachig kommuniziert werden.
- Ungerechtfertigte und nicht vorgesehene Inanspruchnahmen der Notfallversorgung müssen beim Patienten und nicht beim notdienstleistenden Krankenhaus sanktioniert werden.
- Die erweiterten Landesausschüsse müssen hinreichend mit Interessensvertretern von Kliniken besetzt werden.
- Die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und möglichst die AWMF müssen in die Erstellung des Ersteinschätzungsverfahrens eingebunden sein. Die Organisationsstruktur der AWMF-Leitlinien wäre vorzusehen.
- Für die Digitalisierung der Notfallversorgung muss die Praktikabilität der Dateneingabe in Notfallsituationen und der Datenschutz geklärt sein.
- Für Notfälle in poststationären Fristen und nach ambulanten Operationen muss die Zuständigkeit der Vorbehandelnden fixiert werden.

Für die Berücksichtigung unserer Stellungnahme danken wir Ihnen und stehen für jedwede Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Andreas Dietz
Präsident



Prof. Dr. med. Thomas Deitmer
Generalsekretär