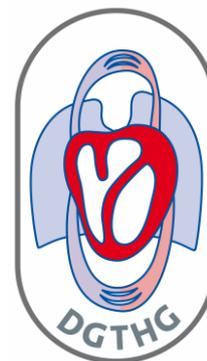


DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR THORAX-, HERZ- UND GEFÄSSCHIRURGIE e.V.

DGTHG • Langenbeck-Virchow-Haus • Luisenstraße 58/59 • 10117 Berlin

An das
Bundesministerium für Gesundheit
z.Hd.
Frau Dr. Alice Süß
Projektgruppe Notfallversorgung
Friedrichstr. 108
11055 Berlin



Der Vorstand

Geschäftsstelle:
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 28004 370
Fax: +49 (0) 30 28004 379
sekretariat@dgthg.de
www.dgthg.de

Tel.: +49 (0) 261 281-3701
Fax: +49 (0) 261 281-3702

nur per E-Mail an Notfallreform@bmg.bund.de

07.02.2020

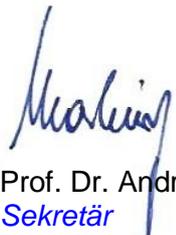
Betr.: Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit:
Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
Hier: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäß-
chirurgie (DGTHG)
Bezug: BMG – Projektgruppe Notfallversorgung, Frau Dr. Alice Süß vom 10.01.2020

Sehr geehrte Frau Süß,

zunächst möchten wir uns im Namen der DGTHG bedanken, dass unsere Fachgesellschaft zu dem o.g. Referentenentwurf Stellung nehmen kann. Ferner möchten wir mitteilen, dass es uns auf Grund langfristig festgelegter Termine leider nicht möglich ist, an der Anhörung am 17. Februar 2020 in Berlin persönlich teilzunehmen.

Unsere schriftliche Stellungnahme übersenden wir als Anlage.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. Andreas Markewitz
Sekretär


Dr. Andreas Beckmann
Geschäftsführer



Stellungnahme der DGTHG zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Die DGTHG begrüßt die Ziele und Absichten des Gesetzes, dass

1. eine bedarfsgerechte und ressourcenschonende Notfallversorgung einer professionellen Steuerung und Vermittlung in die aus medizinischer Sicht gebotene Versorgungsstruktur bedarf,
2. eine integrierte Notfallversorgung benötigt wird, die durch eine verbindliche Kooperation aller handelnden Akteure des Rettungsdienstes und der ambulanten und stationären Notfallversorgung zu erreichen ist und
3. die bisher weitgehend getrennt organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem System der integrierten Notfallversorgung weiter entwickelt werden sollen.

Man erhofft sich auf Seiten des BMG davon, dass eine enge Verzahnung dieser Versorgungsbereiche zu mehr Orientierung für Patientinnen und Patienten, zu kürzeren Wartezeiten, zu einem sinnvollen und effizienten Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen und damit zu einer Verbesserung der Gesamtqualität der medizinischen Notfallversorgung führen wird, eine Hoffnung, der sich die medizinischen Fachgesellschaften sicher uneingeschränkt anschließen können.

Während der – für ein Gesetzgebungsverfahren des Bundes ungewöhnlicherweise - dem Referentenentwurf vorgeschaltete Diskussionsentwurf Hoffnungen weckte, dass sich die Erwartungen des Gesetzgebers cum grano salis erfüllen könnten, lässt der Referentenentwurf leider erhebliche Zweifel daran aufkommen, dass insbesondere die Zentralisierung der Notfallversorgung mit der damit einhergehenden Überwindung der Sektorengrenzen erreicht werden kann. Darüber hinaus erscheint aufgrund der Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung im Referentenentwurf die Qualität der Patientenversorgung potentiell kompromittiert.

Insofern schließt sich die DGTHG den Ausführungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vollinhaltlich an, erlaubt sich aber einige Aspekte beizutragen bzw. zentrale Probleme und Forderungen aus eigener Sicht zu beleuchten.

1. Gemeinsames Notfalleitsystem (GNL) – Zwei Telefonnummern stiften Verwirrung, die 112 reicht völlig.

Ein gemeinsames Notfalleitsystem sollte die Gemeinsamkeit u.a. dadurch unter Beweis stellen, dass es über eine einzige Telefonnummer erreichbar ist, und zwar über die 112, die in der Bevölkerung traditionell seit mehreren Jahrzehnten mit Notfallsituationen assoziiert wird.

Demgegenüber ist die 116 117, wenn überhaupt, eher als die Telefonnummer der Terminservicestellen nach dem TSVG bekannt. Überdies ist es kaum vorstellbar, dass jemand, der sich in einer vermeintlichen oder tatsächlichen medizinischen Notsituation befindet, vor seinem telefonischen Hilferuf abwägt, ob für ihn die Gefahr schwerer gesundheitlicher Schäden besteht oder eher nicht, um dann im positiven Fall die 112 zu wählen oder im negativen Fall die 116 117 zu bemühen.

Zu welchen völlig unnötigen ablauforganisatorischen Schwierigkeiten und der daraus resultierenden Verschwendung von zeitlichen und personellen Ressourcen diese Regelung füh-



ren würde, ist auf S. 44 des Referentenentwurfs beispielhaft aufgeführt. Ein sektorübergreifendes, gemeinsames und patientenzentriertes Konzept sieht anders aus.

2. Integrierte Notfallzentren (INZ) – Leitung setzt Expertise und Anwesenheit voraus

Im Gegensatz zum Diskussionsentwurf, der eine gemeinsame Führung der INZ vorsah, soll nunmehr die KV die Leitung der INZ übernehmen. Dies ist mit allem Nachdruck abzulehnen, da völlig zu Recht nicht nur der GBA in seinem Beschluss über die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern ausreichende fachlich personelle Qualifikationen, wie z.B. die Zusatzweiterbildung klinische Akut- und Notfallmedizin für die Übernahme von Verantwortung in der ärztlichen Notfallversorgung für notwendig hält. Wenn diese für die Zentrale Notaufnahme aufgestellte Forderung für die INZ nicht gelten soll, werden Doppelstrukturen betont. Zudem ist bereits jetzt die Besetzung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in manchen Regionen mehr als schwierig, so dass sich die Frage stellt, wie groß die Attraktivität der Leitung eines INZ für niedergelassene Fachärzte aus dem Bereich sein wird. Die Attraktivität wird nicht steigen, wenn zusätzlich haftungsrechtliche Aspekte oder Fragen des Übernahme- und Organisationsverschuldens in den Blick genommen werden.

Die diesbezügliche Begründung des Referentenentwurfs „*da die Kassenärztliche Vereinigung den Sicherstellungsauftrag für die notdienstliche Versorgung erhält, wird ihr die fachliche Leitung der INZ übertragen*“ klingt logisch, ist aber inhaltlich nicht ausreichend und sollte Anlass sein den Sicherstellungsauftrag außerhalb der Sprechstundenzeiten besser zu regeln.

3. Abschlüsse für Hilfe in Notsituationen – ethisch bedenklich, sachlich unbegründet und Anlass zu Fehlanreizen

Alle Kliniken sind zur Hilfeleistung gesetzlich verpflichtet, die Unterlassung einer Hilfeleistung ist ein Straftatbestand. Unter diesem Aspekt „*die Vergütung der in einem Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen um einen Abschlag von 50 Prozent zu kürzen, wenn an diesem Krankenhaus kein Standort eines integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist*“, ist ethisch mehr als fragwürdig und durch die Begründung „*die Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall in mit diesem Gesetz geschaffene bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen insbesondere in INZ ... zu steuern und zugleich unnötigen Vorhaltungen, Inanspruchnahmen und damit verbundenen vermeidbaren Ausgaben in Krankenhäusern ohne INZ effektiv entgegenzuwirken*“, allenfalls vordergründig gedeckt. Es wird noch einige Zeit unklar bleiben und ist gegenwärtig nicht abschätzbar, wie hoch die Anzahl der INZ sein wird. Dies wird u.a. in Abhängigkeit von der Beantwortung der Frage der regionsbezogenen Erreichbarkeitsrichtwerte und der Vorgaben für eine bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte von den erweiterten Landesausschüssen entschieden werden. Fällt die Zahl der INZ zu gering aus, oder wird der Erreichbarkeitsrichtwert zu hoch angesetzt, werden die Patienten die Notaufnahme eines näher gelegenen Krankenhauses aufsuchen, auch wenn dieses kein INZ hat. Neben der daraus resultierenden fachlich unbegründeten Unsinnigkeit, die Vergütung der ambulanten Behandlung in diesem Fall um die Hälfte zu kürzen, könnte in diesen Häusern der Fehlanreiz der stationären Aufnahme generiert werden, da die Vergütung für die ambulante Notfallbehandlung bereits jetzt nicht kostendeckend ist, und es nach einer Kürzung erst recht nicht sein wird.



4. Klasse statt Masse – macht nur Sinn, wenn die Masse groß genug ist

Nach dem GBA-Beschluss über die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern hätte man eigentlich davon ausgehen können, dass viele Strukturvorgaben für eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung bereits geklärt sind, und die Frage nach den Standorten für ein INZ von vornherein beantwortet ist. Aufgrund der nicht näher begründeten Aussage auf S.39 des Referentenentwurfs, dass *„nicht alle Krankenhäuser, die am Notfallstufensystem für die stationäre Versorgung teilnehmen, ein INZ erhalten können“*, erscheint jedoch die Befürchtung nicht unbegründet, dass die Zahl von Krankenhäusern mit INZ den diesbezüglichen Bedarf nicht decken kann. Aus fachlicher Sicht einerseits und dem besonderen Interesse an der Qualität der Patientenversorgung andererseits ist daher ein hoher Qualitätsanspruch an die Vorgaben für INZ durch den GBA und die Abschätzung der notwendigen Zahl von INZ-Standorten durch die erweiterten Landesausschüsse zu fordern. Die DGTHG geht davon aus, dass bei beiden Prozessen die Expertise der medizinischen Fachgesellschaften Gehör findet und unterstützt daher diesbezügliche Vorschläge für eine Beteiligung an den Entscheidungen.