

Gemeinsame Stellungnahme der pädiatrischen Fachgesellschaften und Verbände zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung

Diese Stellungnahme fasst die gemeinsame Position der folgenden Verbände und Fachgesellschaften, die in der operativen und konservativen Kinder- und Jugendmedizin tätig sind:

- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
- Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD)
- Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)
- Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen in Deutschland (VLKKD)

Zusätzlich wurde diese Stellungnahme mit weiteren pädiatrischen Spezialgesellschaften, die im Konvent für fachliche Zusammenarbeit der DGKJ organisiert sind, abgestimmt. Diejenigen, die diese Stellungnahme unterstützen, sind unten aufgeführt.

Vorbemerkung:

Wir unterstützen die Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit, dass in die Notfallambulanzen der Kliniken zu viele Patientinnen und Patienten kommen, deren Versorgung im ambulanten Bereich (Ärztlichen Notdienst der KV) erfolgen sollte. Dadurch sind die Wartezeiten für diejenigen Patientinnen und Patienten, die dringend auf die Hilfe in der Notfallambulanz und ggf. eine stationäre Behandlung angewiesen sind, sehr häufig zu lang. Es ist zu begrüßen, dass das Bundesministerium für Gesundheit einen Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt hat, um dieses Problem zu lösen, das gleichermaßen in der Erwachsenen- wie in der Kinder- und Jugendmedizin zu konstatieren ist.

Wir begrüßen es, dass Gemeinsame Notfalleitsysteme (GNL), erreichbar unter 116117 oder 112, sowie integrierte Notfallzentren (INZ) in ausgewählten Krankenhäusern eingerichtet werden sollen. Diese INZ sollen künftig entscheiden, ob Patienten stationär in der Klinik oder ambulant versorgt werden, und die erforderliche ambulante notdienstliche Versorgung leisten.

Ebenso sinnvoll finden wir, dass die ambulante Notfallversorgung zwischen KV, Notfallambulanzen der Krankenhäuser und dem Rettungsdienst besser verzahnt werden soll. Für die weitere Diskussion ist eine klare Begriffsunterscheidung wichtig (siehe Legende).

An dieser sinnvollen Aufteilung muss dringend festgehalten werden, diese hat sich klar bewährt, auch für die Pädiatrie.

Stellungnahme:

Das Ziel, die intersektorale Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher in Ergänzung zu der gestuften Notfallversorgung von Kindern im stationären Bereich ebenfalls neu zu gestalten, findet unsere ausdrückliche Unterstützung. Dieser Zielsetzung haben wir bereits ein gemeinsames Positionspapier, das unter Regie der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) entstand, gewidmet: <https://www.dakj.de/stellungnahmen/forderungen-fuer-eine-weiterentwicklung-der-sektorenebergreifenden-versorgung-des-stationaeren-und-ambulanten-systems-fuer-kinder-und-jugendliche/>.

Ein großer Anteil aller Kontakte im Notdienst betreffen Kinder und Jugendliche. Wir begrüßen daher, dass die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in der Reform ihre angemessene Berücksichtigung finden sollen. Diesbezüglich bleibt der Referentenentwurf aber an einigen Stellen zu vage und bedarf einer expliziteren Ausformulierung.

Die zentralen Forderungen der kinder- und jugendmedizinischen und kinderchirurgischen Fachgesellschaften und Verbände lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Gemeinsames Notfall-Leitsystem mit Vorhaltung spezieller Expertise für kranke Kinder und Jugendliche mit strukturierter auf die pädiatrischen Bedürfnisse angepasste Ersteinschätzung (z.B. SmED, mit eigenem Modul für Kinder und Jugendliche),
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin.
- Einrichtung von speziell ausgewiesenen integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ),
- Ausreichende Anzahl von KINZ für eine bedarfs- und ressourcengerechte und flächendeckende Versorgung,
- Eine zentrale Anlaufstelle für Rettungsdienst und Eltern ohne räumliche Trennung von KINZ und Notaufnahme der Klinik für Kinder und Jugendliche,
- Vereinbarung der gemeinsamen fachlichen Leitung eines KINZ vor Ort im Vertrag zwischen Krankenhaus und KV.

Begründung:

1. Gemeinsames Notfallsystem

A) Gemeinsame Notfallsysteme (GNL) erreichbar unter 116117 und 112 sollen in Zukunft die zentrale Lotsenfunktion für Hilfesuchende in medizinischen Notsituationen zur richtigen Zeit am richtigen Ort übernehmen. Spezifische Expertise für die Einschätzung von kranken Kindern und Jugendlichen im GNL muss sichergestellt sein. Das hierfür entwickelte softwaregestützte Ersteinschätzungsverfahren (SmED-strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) soll verbindlich erhalten bleiben. Ein spezielles pädiatrisches Modul ist für die Einschätzung von Kindern und Jugendlichen zwingend erforderlich.

Erläuterung: Laut Information des ZI der KBV zur Nutzung der 116117 gab es über 8 Mio. Anrufe im Jahr 2019, Tendenz steigend. Über SmED wurden 74 % aller Anrufenden eine ärztliche Beratung empfohlen. Bei bis zu 24 % riet die Software zu einer Behandlung in der Notaufnahme. Etwa 1 % wurde gleich als Notfall erkannt und an den Rettungsdienst weitergeleitet. 7,8 % von den SmED-Assessments betreffen Kinder (0-13 Jahren). Deren Anteil an Notfällen: 0,9 %; 0,5%

Rettungsdienst, 36,3% Notaufnahme, 63,2% Arzt und Telefonkonsultation. Nach der verpflichtenden Etablierung der 116117 24/7 ab dem 1.1.2020 sind weitere Fallzahlsteigerungen zu erwarten. Erfreulich ist, dass laut ZI der KBV schon seit 2018 die Inanspruchnahme der Notaufnahmen bundesweit zurückgegangen, die des Ärztlichen Notdienstes der KV aber angestiegen ist

(<https://www.zi.de/presse/grafikdesmonats/>;

<https://www.zi.de/presse/pressemitteilungen/13-august-2019/>).

- B) Eine kinder- und jugendärztliche Rückspracheebene sollte vorgehalten werden.
- C) Es muss sichergestellt sein, dass pädiatrische Patienten an ein geeignetes integriertes Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche weitergeleitet werden.

2. Integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ)

- A) Aufgrund der hohen Inanspruchnahme des Ärztlichen Notdienstes der KV und der Notfallambulanzen durch kranke oder verletzte Kinder und Jugendliche und der besonderen medizinischen Erfordernisse dieser Patienten müssen spezifische integrierte Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) an Kliniken für Kinder und Jugendliche etabliert werden.
- B) Die KINZ sollen den Patienten an 24 Stunden, sieben Tage in der Woche, als erste Anlaufstelle für die Notfallversorgung dienen. Hier erhalten die Patienten eine Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs, das heißt, in den KINZ soll künftig entschieden werden, ob Patienten stationär in der Klinik für Kinder- und Jugendliche oder ambulant versorgt werden.
- C) Diese KINZ müssen separat betrieben werden. Sie sind an einer Klinik / Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin anzusiedeln und müssen insbesondere die Anforderungen für das Modul Notfallversorgung Kinder (§25) des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 SGB V in den verschiedenen Stufen, mindestens in der Stufe für die stationäre Basisnotfallversorgung erfüllen (vgl. neuer §60 Abs. 3 SGB V).
- D) Eine ausreichende Anzahl von KINZ ist für eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen; die Planung muss den Versorgungsbedarf in der Region abbilden. Auf Länderebene entscheiden die erweiterten Landesausschüsse, in denen Kassen, Kassenärztliche Vereinigung und Landeskrankenhausgesellschaft vertreten sind, unter Beachtung der Planungsvorgaben des G-BA über Standorte für integrierte Notfallzentren.
- E) Die Möglichkeit einer Weiterverlegung an Kliniken einer höheren Notfallversorgungsstufe muss sichergestellt sein; dies umfasst die konservative wie auch die operative Behandlung von Kindern und Jugendlichen.
- F) Die KINZ sollen auf den bereits erfolgreich und mit hoher Akzeptanz etablierten regionalen Versorgungsstrukturen mit Notfallpraxen an Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin aufbauen. Alternativ können sie in Zukunft auch direkt in den Notaufnahmen der Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin eingerichtet werden. Entscheidend ist, dass in den KINZ eine zentrale Anlaufstelle für Rettungsdienst und Eltern geschaffen wird. Nach einer Zuweisung in das KINZ wird dort mittels Triagierung die Dringlichkeit eingeschätzt und entweder eine Direktversorgung oder eine Weiterleitung zur adäquaten Versorgung (z.B. in kinder- und jugendärztliche Praxen während der regulären Praxisöffnungszeiten bzw. in eine stationäre Behandlung in einer Klinik für Kinder- und Jugendliche bzw. Klinik für Kinderchirurgie) eingeleitet.
- G) Bei den vom Rettungsdienst zugewiesenen Patienten ist häufig vor Beginn der Behandlung ein ambulanter Verbleib bzw. eine stationäre Aufnahme nicht sicher vorauszusagen. Eine räumliche Trennung zwischen Notaufnahme der Klinik für Kinder und Jugendliche und KINZ

muss deshalb verhindert werden und würde durch sekundäre Transporte zu einer Gefährdung der Patientensicherheit führen. Weiterhin müssen für viele diagnostische Ressourcen (z.B. spezifische Kinderradiologie, Labor, etc.) in Bezug auf Abklärung bzw. Einleitung der Therapie regelhaft Strukturen einer Klinik für Kinder und Jugendliche in Anspruch genommen werden.

- H) Die beteiligten pädiatrischen und kinderchirurgischen Fachgesellschaften und Verbände sehen in dem vorgelegten Konzept die gesetzliche Festlegung der fachlichen Leitung alleinig durch die Kassenärztlichen Vereinigungen kritisch und empfehlen eine **gemeinsame Leitung der KINZ durch KV und Klinik**. Die fachliche Leitung sollte unbedingt Bestandteil der Vereinbarung nach § 123 Absatz 2 Satz 5 sein und vor Ort aufgrund von fachlichen und organisatorischen Notwendigkeiten, Voraussetzungen und Ressourcen zwischen den Partnern (i.S. einer Führungsvereinbarung) vereinbart werden.
- I) Die rechtliche Konstruktion der KINZ sollte keine neue Rechtsform und damit quasi einen 3. Sektor erforderlich machen, sondern die Partner KV/Vertragsärzte und Klinik zur Kooperation verpflichten. Dies wäre sehr gut als gemeinsamer Betrieb im Sinne des § 1 Abs. 2 BetrVG zu realisieren.
- J) Solange das Krankenhaus zur Versorgung im Notfall verpflichtet ist, wenn ein Patient es aufsucht, sollte kein Abschlag der Vergütung vorgenommen werden. (§ 120 Absatz 1)
- K) Bei Weiterleitung eines Patienten vom KINZ in die stationäre Versorgung eines Krankenhauses dürfen MDK-Fehlbelegungsprüfungen nicht zu Lasten des Krankenhauses durchgeführt werden (§123 Abs. 1).

3. Rettungswesen

- A) Auch bei der Reform des Rettungswesens muss die fachliche Expertise für die Notfallversorgung von kranken Kindern und Jugendlichen im Rettungsdienst verankert sein.
- B) Fahrten und Transporte / Verlegungen sollten auch den Rücktransport einschließen, da dieser sonst nicht geregelt ist. (§60a Abs. 2 Nr. 2 und 3)

Wir sind überzeugt, dass die o.g. Punkte entscheidend sind, um dem besonderen Bedarf kranker Kinder und Jugendlicher gerecht zu werden. Für konkrete Rückfragen und die weitere Diskussion stehen wir Ihnen sehr gerne zur Verfügung.

Legende:

Der **Ärztliche Notdienst** der Kassenärztlichen Vereinigungen behandelt Patienten, deren Erkrankung zu dringend ist, um bis zur nächsten regelmäßigen Sprechstunde eines Arztes zu warten, aber nicht so dringend, dass die Benachrichtigung des Rettungsdienstes nötig wäre. Er wird von Vertragsärztinnen/-ärzten sichergestellt. Der ärztliche Notdienst ist in Deutschland auch Teil des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Paragraph 75 Absatz 1 SGB V.

Notfallambulanzen für kranke Kinder- und Jugendliche an Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin oder Kliniken für Kinderchirurgie versorgen schwer kranke Patienten 24/7. Sie sind gleichzeitig **Notaufnahmen** der entsprechenden Klinik. Sie werden von angestellten Ärztinnen und Ärzten der Krankenhäuser besetzt.

Kontaktdaten:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ):

Prof. Dr. Dominik Schneider, E-Mail: info@dgkj.de, dominik.schneider@klinikumdo.de

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ):

Dr. Thomas Fischbach, E-Mail: thomas.fischbach@uminfo.de, kathrin.jackel-neusser@uminfo.de

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI):

PD Dr. Axel Hübler: E-Mail: a.huebler@skc.de

PD Dr. Florian Hoffmann, E-Mail: florian.hoffmann@med.uni-muenchen.de

Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKind):

Dr. Nicola Lutterbüse, E-Mail: nicola.lutterbuese@gkind.de

Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI):

PD Dr. Florian Hoffmann, E-Mail: florian.hoffmann@med.uni-muenchen.de

Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD):

Prof. Dr. Andreas Trotter: andreas.trotter@gkkn.de

Unterstützt wird diese Stellungnahme von folgenden pädiatrischen Fachgesellschaften im Konvent für fachliche Zusammenarbeit der DGKJ:

- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie
- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie
- Gesellschaft für Neuropädiatrie
- Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie
- Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie