

DEGAM Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Notfallversorgung V1

Vor dem Hintergrund überlasteter Notfallambulanzen bei dauerhaft hohem Patientenaufkommen und häufiger Inanspruchnahme von Patienten ohne medizinischen Notfall wurde der Bedarf einer grundlegenden Reform der Notfallversorgung deutlich und derzeit der entsprechende Referentenentwurf für Gesetzesänderungen vorgelegt.

Das Ziel des Gesetzes ist laut Einführungstext:

" ... die bisher weitgehend getrennt organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem System der integrierten Notfallversorgung weiter zu entwickeln. Eine enge Verzahnung dieser Versorgungsbereiche wird 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..."

Dafür vorgeschlagene Maßnahmen sind:

1. Gemeinsames Notfallsystem (GNL) für medizinische Notfallrettung, Krankentransporte und eine telemedizinische oder aufsuchende notdienstliche Versorgung

Referentenentwurf: *"...Vorgesehen ist eine umfassende Kooperation der an der medizinischen Notfallversorgung Beteiligten, die sich ganz wesentlich auf eine digitale Vernetzung und eine zentrale Steuerung durch das GNL stützt. Künftig sollen medizinische Notfalldaten zur Weiterversorgung sowie verfügbare Ressourcen und Versorgungskapazitäten der an der Notfallversorgung Beteiligten digital erfasst und in Echtzeit übertragen werden..."*

DEGAM - Stellungnahme:

Die Regelungen werden im Wesentlichen begrüßt und sollten ergänzt werden um

1.1 Regelungen zu einer gemeinsamen Nutzung einer internetgestützten Notfallekte und

1.2 einer vorgeschalteten Einbeziehung der hausärztlichen Behandlungsebene bei Maßnahmen des Rettungsdienstes.

Begründung:

Zu 1.1 Gerade bei den Multimorbiden und bei häufigen Nutzern des Notdienstes ist eine gute Information über Vorbehandlungen wichtig. Bisher wird aus Datenschutzgründen eine Informationsweitergabe erheblich erschwert oder sogar unmöglich gemacht. Deswegen ist hier eine gesetzliche Regelung zumindest für eine notdienstinterne Weitergabe von Informationen dringend erforderlich.

Der Sachverständigenrat forderte in seinem Gutachten von 2018 eine stärkere digitale Vernetzung: SVR 2018 -1016. *"... Innerhalb der INZs müssen die Daten für alle Beteiligten jederzeit transparent sein, aber auch nach außen werden entsprechende Schnittstellen zu den ILS und zum Rettungsdienst sowie zum ärztlichen Hausbesuchsdienst, zu Palliative-Care-Teams etc. benötigt..."*

SVR 2018-1017. *"...Neben der besseren Datenvergleichbarkeit und -verfügbarkeit im Rettungsdienst sind daher auch für die klinische Weiterversorgung der Notfallpatienten eine einrichtungs- bzw. sektorübergreifende elektronische Patientenakte mit definierten Qualitätsindikatoren und deren regelmäßige Auswertung elementar..."*

Zu 1.2 Während der Praxisöffnungszeiten sollte vom Rettungsdienst außer in erkennbaren Notfällen die hausärztliche Versorgungsebene eingebunden werden, um eine Über- Unter- und Fehlversorgung

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

zu vermeiden. Unter § 60 Medizinische Notfallrettung steht unter Absatz 3: „...Besteht bei einer Rettungsfahrt noch keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme, ist grundsätzlich das nächstgelegene integrierte Notfallzentrum anzufahren.“ Dies ist oft kosten- und personalsparender durch Rücksprache mit dem Hausarzt bereits telefonisch zu regeln. Alternativ sind Hausarzt- oder Partnerpraxen anzufahren. (Weiteres siehe unten unter 2.1 Partnerpraxen)

2. Integrierte Notfallzentren (INZ)

Referentenentwurf: *„...Als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung werden INZ an dafür geeigneten Krankenhausstandorten derart eingerichtet, dass sie von den Patientinnen und Patienten als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden. INZ leisten eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs und erbringen die aus medizinischer Sicht unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung oder veranlassen eine stationäre Versorgung. INZ werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern gemeinsam unter fachlicher Leitung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung betrieben...“*

DEGAM-Stellungnahme:

Das Grundkonzept der INZ findet offensichtlich große allgemeine Zustimmung und findet sich sowohl im Gutachten des Sachverständigenrates (SVR 2018-...) als auch im gemeinsamen Konzept von KBV und Marburger Bund¹

Unter der Zielvorgabe "ambulant vor stationär" begrüßen wir zusätzlich die klare Beauftragung der Niedergelassenen mit der Organisation des Notdienstes. Wenn die Regelung der Vergütung unter Vermeidung eines dritten Sektors in die Hände der KVen übertragen wird, dann ist eine Organisation auch auf diesem Wege unerlässlich, wenn man schnelle und klare Entscheidungen braucht und Bürokratisierung und gegenseitige Blockierungen vermeiden will.

Allerdings halten wir Planungs-Regelungen nach § 123 Absatz 3 durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach regionsbezogenen Erreichbarkeitsrichtwerten und einer bevölkerungsbezogenen Versorgungsdichte für realitätsfern. Ebenfalls sollte nicht der G-BA die räumliche, personelle und apparative Ausstattung festlegen, sondern die regionalen KV-en mit ihrem ärztlichen Sachverstand. (§ 123 Absatz 1-3).

§ 123 Absatz 4 schafft für diese zusätzlichen Notdienst-Aufgaben eine dritte Säule der Ärzte-Honorierung, die ohne entsprechenden Ausgleich zu einer Minderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung führt. **Ein derartiges Szenario ohne Ausgleich für Mehrarbeit würde die ärztliche Akzeptanz erheblich gefährden und noch mehr dringend benötigte Ärzte ins Ausland oder in die Rente treiben.**

Außerdem sollte das INZ-Konzept im Sinne einer besseren, effektiveren und schnelleren Versorgung um folgende Bausteine erweitert werden:

2.1. Partnerpraxen

2.2. Zuzahlung bei ungesteuerter Inanspruchnahme

2.3. Dispensierrecht oder Notfallapotheken in / an INZ

2.4. Kooperation mit Pflegedienst / Palliativdienst

Begründung:

zu 2.1. Partnerpraxen

Ein prinzipielles Problem einer 24/7/365 Bereitschaft einer INZ ist die dadurch noch geförderte zentrale Stellung der INZ in der Versorgung. Diese sollte aber nachrangig sein, um dem Ziel "ambulant vor stationär" zu entsprechen. Auch hier muss das Ziel einer bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung im Fokus stehen – aktuelle Defizite sollten nicht durch ergänzende, sondern vielmehr durch gezieltere Maßnahmen ausgeglichen werden. Der Aufbau einer für Patienten zusätzlichen Anlaufstelle zu regulär geöffneten hausärztlichen Praxen schafft Doppelstrukturen mit zusätzlichem Kosten- und Fachpersonalaufwand, der mit versorgungsrelevanten Aspekten nicht zu begründen bzw.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

nicht gerechtfertigt ist. Auch das Gutachten des SVR sieht die Versorgung durch INZ zu Sprechstundenzeiten nur für schwere Fälle als sinnvoll an.

SVR 2018-986: *"... Als erste Ansprechpartner zu Praxisöffnungszeiten sollen weiterhin die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Regelversorgung fungieren. Diese können ihre Patienten wie bisher in schweren Fällen an das Krankenhaus und nun auch an das INZ verweisen..."*

Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten sind wegen ihrer Allround-Weiterbildung und dem üblichen Diagnosen-Spektrum im Notdienst faktisch und evidenzbasiert die Hauptstützen. Studien zeigen, dass Patienten profitieren, wenn der Bereitschaftsdienst von gut ausgebildeten Allgemeinmedizinern durchgeführt wird. Durch die Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie stationärer Einweisungen wird durch den Einsatz von Allgemeinmedizinern eine effizientere Versorgung in Notaufnahmen erreicht.

SVR 2018: *"...Integriert man erfahrene, breit weitergebildete Fachärzte (z. B. für Allgemeinmedizin) in die Notaufnahme, zeigen erste Studien, dass die Behandlungskosten – u. a. durch die geringere Inanspruchnahme von anderen Fachabteilungen oder Labor- und Röntgenuntersuchungen – für ambulant behandelbare Patienten reduziert werden können, während die Patientenzufriedenheit steigt (Scherer et al. 2014; Schleef et al. 2017)..."*

Deutschland hat aber im OECD-Vergleichⁱⁱ wenig Hausärzte mit weiter abnehmender Tendenz. Es besteht folglich ein Engpass in der notfallmedizinischen Versorgung durch zu wenige allgemeinmedizinisch ausgebildete Ärzte, die ja auch die Mehrzahl der Behandlungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst durchführen. Deswegen muss mit dieser Ressource möglichst sparsam umgegangen werden. Wollte man alle der derzeit bundesweit aktiven 1.456 Krankenhaus-Ambulanzen 24/7/365 mit Hausärzten besetzenⁱⁱⁱ, so wären alleine dadurch etwa 5-10% der derzeit etwa 51.000 hausärztlichen Stellen^{iv} durch Ambulanztätigkeit gebunden.

Hausärzte arbeiten aber mit bekannten Patienten, eingespieltem Team und guter Praxis-EDV deutlich effektiver in ihrer Praxis als im ärztlichen Bereitschaftsdienst oder Krankenhausärzte in einer Ambulanz.

INZ sind dementsprechend allenfalls an wenigen Krankenhäusern der Maximalversorgung möglich, die ein Notfallzentrum mit einer 24- stündigen Besetzung von Notärzten vorhält. Längere Anfahrtswege sind zumutbar, da es sich ja eben nicht um Patienten handelt, die derart akut krank sind, dass eine stationäre Behandlung und Abklärung der Beschwerden indiziert ist. Z.B in Hessen kämen dabei ca. 6 Krankenhäuser in Betracht, die so verteilt sind, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt ist.

Alternativ sollen in akuten Fällen während der Sprechstundenzeiten Partnerpraxen angefahren oder zumindest angefragt werden. Diese erklären sich nicht nur bereit, Patienten mit akuten Beschwerden einzuschleusen, sondern haben auch ein Leistungsspektrum abzugeben, für welche Fälle sie fachlich und personell eingerichtet sind. Darüber hinaus sollen durch digitale Möglichkeiten Informationsplattformen eingerichtet werden, die es dem Rettungsdienst vor Ort möglich machen, zu erkennen, welche Partnerpraxis in der Nähe für den Patienten zu Verfügung stehen (z.B. Ivena).

Dementsprechend sollte während der üblichen Praxisöffnungszeiten in den Krankenhausambulanzen bzw. nach Triagierung durch die 116117-Leitstelle auf hausärztlich tätige Praxen in Wohnortnähe verwiesen werden. Dies ist auch deswegen sinnvoll und möglich, weil ein relevanter Anteil der selbstständig in die Notaufnahme kommenden Patienten sich selbst eine niedrige Behandlungsdringlichkeit attestiert, also auch aus eigener Sicht nicht unter die Definition eines medizinischen Notfalls fällt.^v Andererseits sind tagsüber während der Sprechstundenzeiten an Krankenhäusern zu versorgende Notfälle zu 45% Verletzungen^{vi} - diese wiederum mit häufigem unfallchirurgischem Interventionsbedarf.- Dies deutet darauf hin, dass ein großer Teil des krankenhaustypischen Versorgungsbedarfes relativ einfach durch Triagierung zugeordnet werden kann und die Partnerpraxen nicht unnötig belastet werden müssen.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Am Grundsatz "ambulant vor stationär" muss festgehalten werden, ebenso am Grundsatz, dass ambulante Einrichtungen zu bevorzugen sind.

Bereits im Gutachten des Sachverständigenrats von 2018^{vii} finden sich Forderungen nach weiteren Bausteinen, die wir für sehr sinnvoll halten und deswegen unterstützen möchten.

2.2. Notdienst-Kontaktgebühr bei ungesteuerter Inanspruchnahme

Paragraf 1 SGB V fordert eine Mitwirkung der Patienten. Wenn die Behandlung in Krankenhausambulanzen deutlich aufwendiger und teurer ist (die DKG errechnet ca. notwendige Fallpauschalen von 130 EURO gegenüber 30-60 EURO im ÄBD^{viii}), dann sollten Patienten auch einen Anteil an diesen erhöhten Kosten bezahlen, der dann bei den Krankenhäusern verbleibt. Nur durch finanzielle Beteiligung der Patienten ist eine effektive Steuerung umsetzbar. Die Formulierungen des Sachverständigenrats-Gutachtens weisen in die gleiche Richtung.

SVR 2018-1005: *"...Sollten sich die auf diese Weise gewünschten und erwarteten Steuerungseffekte nicht einstellen oder die INZs als Umgehungsstrategie für eine schnelle, vollumfängliche Diagnostik und Behandlung genutzt werden, sollte eine Kontaktgebühr für das Aufsuchen der INZs eingeführt werden. Einzig bei vorheriger Kontaktierung der ILS oder bei Überweisung von niedergelassenen Ärzten wäre keine Gebühr zu entrichten. Gehfähige Patienten, die ohne vorherigen Kontakt oder entgegen der Einschätzung der ILS ein INZ aufsuchen, wären hingegen zur Zahlung einer Gebühr – deren Höhe politisch festzulegen wäre – verpflichtet..."*

zu 2.3 Entweder Dispensierrecht oder Notapotheken in unmittelbarer Nachbarschaft der INZ / Notfallzentralen.

SVR 2014 und 2018-995: *"...Für die im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst tätigen Ärzte sollte ein Dispensierrecht für ein umschriebenes Notfallsortiment, auch für Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, gelten. Gegenwärtig dürfen Ärzte keine Medikamente an Patienten ausgeben, auch nicht im Notdienst. Gerade nachts und in ländlichen Gebieten kann dies dazu führen, dass sich der Patient nach der Notfallversorgung zu einer ggf. sehr weit entfernten Notdienstapotheke begeben muss. Vor dem Hintergrund, dass die INZs eine organisatorische Einheit bilden sollen, muss zudem sichergestellt sein, dass alle Ärzte im INZ gleiche Verordnungsrechte bzw. -möglichkeiten haben. Auf diese Weise ließe sich vermeiden, dass Patienten nach Behandlung in der Notaufnahme noch beim Bereitschaftsdienstarzt vorstellig werden müssen, nur um ein Rezept zu bekommen..."*

zu 2.4. Kooperation mit Pflegedienst / Palliativdienst Notpflege-Vermittlung

SVR 2018 - 983 *"...Neben der Koordination der Anrufe für den Rettungsdienst und den ärztlichen Bereitschaftsdienst, inklusive der Einbindung des Fahrdienstes, der Hausbesuche des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Krankentransporte, sollte die ILS auch eine neu zu etablierende Notpflege vermitteln können. Dieses spezialisierte Notpflegeteam könnte bei Bedarf etwa in Pflegeheimen, aber auch für Hausbesuche eingesetzt werden, um die Einsätze des Rettungsdienstes, bei denen primär pflegerische und weniger notfallmedizinische Aspekte im Vordergrund stehen, gezielter versorgen zu können. Zudem sollte das Konzept von Akutpflegebetten in Pflegeheimen erprobt und evaluiert werden, sodass dort bei Bedarf eine vorübergehend intensivere pflegerische Betreuung der Bewohner gewährleistet werden kann (Bienstein/Bohnet-Joschko 2015)..."*

zu 2.4 Palliativ-care- Einbindung

SVR 2018-984 *"...Idealerweise sollte überdies die Palliativversorgung durch Palliativ-Care-Teams in die Koordination durch die ILS eingebunden werden, um zu vermeiden, dass zu Hause versorgte Palliativpatienten im finalen Krankheitsstadium entgegen ihrem Wunsch in ein Krankenhaus verlegt werden, anstatt in ihrem heimischen Umfeld verbleiben bzw. versterben zu können (Sitte 2010)..."*

3. Rettungsdienst als Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung

Referentenentwurf: *"...Die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder wird als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung anerkannt und unabhängig von der Inan-*

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

spruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt. Damit wird der zentralen Bedeutung der rettungsdienstlichen Notfallversorgung für eine effektive Notfallversorgung Rechnung getragen und der langjährigen Forderung der Länder nachgekommen..."

DEGAM-Stellungnahme: Die Regelungen werden begrüßt und für ausreichend gehalten.

Übergangsregelungen nach § 329:

DEGAM-Stellungnahme: Hier sollte ein weiterer Spielraum festgelegt werden, um evaluieren zu können, was die jeweiligen KVen in letzter Zeit schon eingeleitet haben. Hier sind viele situationsadaptierte Maßnahmen zu erwarten, die den gesellschaftlichen Veränderungen und den jetzt schon eklatanten ärztlichen und nichtärztlichen Personalmangel besser berücksichtigen.

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 88
10117 Berlin

Tel.: 030-20 966 9800
geschaefsstelle@degam.de

ⁱ https://www.kbv.de/media/sp/MB_KBV_Anlaufstellen_Notfallversorgung.pdf

ⁱⁱ <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>

ⁱⁱⁱ https://www.kbv.de/html/2018_34669.php

^{iv} Bundesarztregister Stand 31.12.2018 - Zählung nach Zulassung und Bedarfsplanungsgewicht - https://www.kbv.de/media/sp/2018_12_31_BAR_Statistik.pdf

^v Scherer, M., Lüthmann, D., Kazek, A., Hansen, H. und Schäfer, I. Patienten in Notfallambulanzen. Dtsch Arztebl Int 2017, 114(39): 645–652.

^{vi} <https://www.zi.de/presse/grafikdesmonats/?L=0>

^{vii} <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606>

^{viii} SVR 2018-93