

## Stellungnahme

### zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit - Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz – NotfallG) vom 3.6.2024

#### Allgemeine Bewertung

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin (DIVI) hat den Referentenentwurf des geplanten Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung aufmerksam und durchaus positiv zur Kenntnis genommen, möchte aber nachfolgend einige wichtige Impulse und Ergänzungen darstellen, die für eine zukunftsfähige und nachhaltige Reform der Notfallversorgung aus der Perspektive der DIVI von großer und entscheidender Bedeutung sind.

Mit dem Entwurf wurde der Versuch unternommen, wesentliche Punkte der Vierten und der Neunten Stellungnahme der Regierungskommission für eine bedarfsgerechte und moderne Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen (1,2). Insbesondere bei den im Folgenden aufgezählten fünf Punkten erscheinen jedoch Korrekturen bzw. Ergänzungen aus Sicht der DIVI wünschenswert und notwendig:

1. Die notwendige Reform des **Rettungsdienstes**, insbesondere dessen **Aufnahme in das Sozialgesetzbuch** Fünftes Buch (SGB V) sollte im Referentenentwurf berücksichtigt werden.
2. Mit der geplanten Einrichtung von sog. **Akutleitstellen in der Trägerschaft der KV** sollten **unnötige Parallelstrukturen** zu den vorhandenen Rettungsleitstellen dringend vermieden werden. Die zweifelsohne notwendige Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor in der Steuerung der Patientenströme in der Notfallversorgung sollte demgegenüber dem **Konzept einer gemeinsamen Notfall-Leitstelle** folgen. Dazu erscheint auch eine enge digitale Verzahnung von 112 und 116 117 mit **standardisierter und Algorithmen-basierter Abfrage** erforderlich. Die Qualifikation des Personals der Akutleitstelle muss dabei dringend definiert werden.
3. Die Einrichtung von **Integrierten Notfallzentren (INZ)** unter Leitung der Krankenhäuser wird im Grundsatz sehr begrüßt. Allerdings sollte bei der Standortbestimmung durch die neu einzurichtenden erweiterten Landesausschüsse die Zukunftsfestigkeit eines Krankenhausstandortes berücksichtigt werden, was bei der momentan zu beobachtenden Insolvenzwelle u.U. mit einer gewissen Unsicherheit bzw. der Notwendigkeit einer Standortgarantie durch ein Land vergesellschaftet sein dürfte. Gleichzeitig sollten INZ in der Notfallstufe 2 und 3 verpflichtend sein und nur bei enger geographischer Nähe zweier Krankenhäuser durch den Landesausschuss geregelt werden.
4. Das zentral wichtige Element der Notfallreform, die GBA-Richtlinie zu Vorgaben an ein **standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument** sollte evidenz-basiert erstellt werden und von der definierten fachlichen Expertise aller am Prozess der Notfallversorgung Beteiligten profitieren dürfen. Das System muss offen verfügbar und frei in Klinikinformationssystemen implementierbar sein. Alleinvertretungsansprüche mit finanziellem Impact sollten hier keinen Raum finden.
5. Die **standardisierte, interoperable und einheitliche Datenerfassung** aller am Prozess Beteiligter ist eine große Chance für die überfällige Digitalisierung. Ein langjährig, in der Praxis der Notaufnahmen bewährtes und skalierbares digitales und systemunabhängiges Konzept liegt vor. Die Ausweitung auf ein digitales, interoperables Protokoll der Leitstellen und auch ein einheitlicher Datensatz der Notfallbehandlung der KVen ist in Planung.

Zusammengefasst erscheint es erwägenswert, die zuständigen notfallmedizinischen Fachgesellschaften, wie z.B. die DIVI, bei der Überarbeitung dieses Entwurfs mit ihrer Fachexpertise einzubinden, um im konstruktiven Dialog ggfs. unter Moderation durch eine übergeordnete wissenschaftliche Institution (z.B. AWMF) das im Entwurf vorhandene Optimierungspotential zu heben.

Im Detail lassen sich die genannten Punkte wie folgt begründen:

### 1. Reform des Rettungsdienstes

Die Krankenhausreform wird Auswirkungen auf die Beanspruchung des Rettungsdienstes haben. Daher wurde völlig zu Recht von der Regierungskommission die **Überführung des Rettungsdienstes als eigenes Leistungssegment in das SGB V** gefordert (2). Damit einhergehen müssen Veränderungen der Kompetenzzuweisungen beim nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonal, die Möglichkeit der abschließenden Vor-Ort Versorgung durch die Rettungsdienste, eine Modifikation der Transportleistungen, aber auch eine Aufstockung der vorhandenen boden- und luftgebundenen Rettungsmittel sowie deren personelle Ausstattung. Ohne dass diese Aufzählung einen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, zeigt sich aber, dass eine Reform des Gesundheitswesens allein mit dem KHVVG und dem NotfallG in der jeweils vorliegenden Form unvollendet bleibt.

### 2. Akutleitstellen als Parallelstruktur zur Integrierten Leitstelle

Für die Terminvermittlung in Akutfällen soll in der Trägerschaft der KVen eine sog. Akutleitstelle eingerichtet werden. Diese Akutleitstellen sollen 24 Stunden täglich unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer innerhalb definierter Zeiträume (spätestens innerhalb von drei Minuten in 75% der Fälle, spätestens innerhalb von 10min in 95% der Anrufe) und auch digital erreichbar sein.

Mit Hilfe eines bundesweit einheitlichen, standardisierten und Algorithmen-basierten Ersteinschätzungsverfahrens soll dann eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene vermittelt werden; in geeigneten Fällen auch in Form einer telefonischen oder telemedizinisch ärztlichen Konsultation.

Die Einrichtung einer Leitstelle zur Steuerung der Patientenströme in der Notfallversorgung ist grundsätzlich erforderlich. Jedoch soll hier neben der bestehenden Rettungsleitstelle (112) – und damit im Sinne einer Parallelstruktur – eine neue sog. Akutleitstelle eingerichtet werden, die von der jeweiligen KV betrieben wird. Auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle soll die zuständige KV zwar zur Kooperation nach §133a Absatz 1 Satz 1 verpflichtet werden können. Dennoch wird dies im Referentenentwurf nicht vorgeschrieben. So kann es in einzelnen Landkreisen zu einer fehlenden Kooperation zwischen Akut- und Rettungsleitstelle kommen, die zu erheblichen Zeitverzögerungen in der Notfallversorgung insbes. bei kritischen Notfällen führen könnte.

Für eine koordinierte Steuerung der Patientenströme in der Notfallversorgung wäre demgegenüber die Implementierung des Konzepts einer sog. **Gemeinsamen Notfall-Leitstelle im Sinne einer sehr engen Kooperation zwischen der Akutleitstelle und Rettungsleitstelle** sinnvoll, wie es bereits von der Regierungskommission in der 9. Stellungnahme vorgeschlagen wurde (2). Durch die **Zusammenlegung oder digitale Vernetzung der Telefonnummern 116117 und 112** ließe sich eine erheblich einfachere und vor allem sichere Koordination der Patientenströme in der Notfallversorgung erzielen.

Die Begrifflichkeit der `Integrierten Leitstelle`, wie diese noch in der 4. Stellungnahme der Regierungskommission verwendet wurde, ist im aktuellen Referentenentwurf korrekterweise nicht mehr zu finden.

Darüber hinaus ist im aktuellen Referentenentwurf die Qualifikation des Personals der Akutleitstelle nicht vorgegeben. Mit Hilfe eines bundesweit einheitlichen standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens, das bis dato nicht zur Verfügung steht, soll hier eine strukturierte „Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene“ erfolgen.

Dies setzt aber aus Gründen der Patientensicherheit voraus, dass die standardisierte Ersteinschätzung von **notfallmedizinisch qualifiziertem Personal** vorgenommen wird. Daher bedarf es einer Festlegung der Qualifikation des Personals, die die standardisierte Ersteinschätzung in einer solchen Leitstelle vornimmt. Bei Nutzung der gleichen Ressource in der o.g. Notfall-Leitstelle wäre auch dieser Punkt leicht umzusetzen.

Wie bereits auch in den Zielen der 9. Stellungnahme der Regierungskommission festgehalten ist, sollten neben den klassischen Diensten des Rettungsdienstes und des KV-Notdienstes **neue komplementäre Strukturen** mit entsprechenden Kompetenzen und Zuständigkeiten (telemedizinische Versorgungsangebote, ambulante pflegerische Notfallversorgung, Palliativdienste, Gemeindenotfall-sanitäter/community health nurses, (Notfall-) KTW, sozialpsychiatrischer Dienst etc.) verpflichtend aufgebaut werden und durch die Leitstelle disponiert werden können. Mit der gezielten Disposition der geeigneten Ressourcen lässt sich dem Fachkräftemangel begegnen, das System entlasten und die Mitarbeiterzufriedenheit verbessern.

Zusammenfassend plädiert die DIVI daher für die Implementierung von gemeinsamen Notfall-Leitstellen, in denen die standardisierte Ersteinschätzung durch notfallmedizinisch qualifiziertes Personal vorgenommen wird. Darüber hinaus ist zu fordern, dass das hier verwendete Ersteinschätzungsinstrument den wissenschaftlichen Gütekriterien der Validität, Reliabilität sowie der Patientensicherheit genügen muss, welches in multizentrischen klinischen Studien evaluiert worden ist.

### **3. Organisationsstrukturen und Prozesse in den Integrierten Notfallzentren nach §123/123b**

Im Referentenentwurf ist die Implementierung von sog. Integrierten Notfallzentren (INZ) bestehend aus der **Notaufnahme eines Krankenhauses**, einer **Notdienstpraxis** der Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer Nähe zur Notaufnahme des Krankenhauses und einer **zentralen Ersteinschätzungsstelle** vorgegeben. Für die Versorgung von Notfällen innerhalb der Regeldienstzeit sollen darüber hinaus sog. **Kooperationspraxen** im Umkreis des Krankenhausstandortes durch die KVen in einem Netzwerk eingebunden werden.

Die DIVI begrüßt grundsätzlich, dass diese INZ unter der fachlichen Leitung und Verantwortung des jeweiligen Krankenhauses stehen, eine Finanzierung der Ersteinschätzung vorgesehen ist und die Öffnungszeiten der Notdienstpraxen (mindestens an WE und Feiertagen 9.00-21.00; Mi, Fr 14.00-21.00; Mo, Di, Do 18.00-21.00) festgelegt sind. Es werden lediglich werktags einheitliche Öffnungszeiten angeregt, die für die Bürger einprägsam und merkbar sind.

Zur Sicherstellung der Qualität in der Notfallversorgung in diesen INZ ist es jedoch dringend erforderlich, dass für die Strukturen in den Notdienstpraxen der zukünftigen INZ Mindestvoraussetzungen und Vorgaben insbesondere für die ärztliche und nicht-ärztliche Personalbesetzung und -qualifikation sowie die Ausstattung definiert werden, wie bereits von der Regierungskommission in der 4. Stellungnahme (1) vorgeschlagen wurde.

Die Standortbestimmung der einzelnen INZ soll nach SGB V § 90 innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes über sog. **erweiterte Landesausschüsse** erfolgen, die sich aus Vertretern der Landeskrankenhausgesellschaften, der KVen, der Kranken-/Ersatzkassen sowie unparteiischen Mitgliedern zusammensetzen (Details s. SGB V, §123a Abs.1). Dieser Prozess dürfte problembehaftet sein und möglicherweise in einer nicht unbeträchtlichen Zahl ersatzweise von den Ländern entschieden werden müssen. Zudem ist für die Standortentscheidung die Zukunftsfestigkeit eines Krankenhauses von Bedeutung, was bei der momentan zu beobachtenden Insolvenzwelle u.U. mit einer gewissen Unsicherheit bzw. der Notwendigkeit einer Standortgarantie durch ein Land vergesellschaftet sein dürfte. Zusätzlich sollte erwogen werden, INZ in der G-BA-Notfallstufe 2 und 3 verpflichtend einzuführen und nur bei enger geographischer Nähe zweier Krankenhäuser eine Regelung durch den Landesausschuss zu erwirken.

#### **4. Erstellung einer GBA-Richtlinie zu Vorgaben an ein standardisiertes, digitales Ersteinschätzungsinstrument**

Für die Prozesse in den INZ wird aus Sicht der DIVI positiv bewertet, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie die **Vorgaben für das Verfahren der standardisierten, digitalen Ersteinschätzung** festlegen soll.

Allerdings steht bis dato in Deutschland kein evidenzbasiertes Instrument zur digitalen Ersteinschätzung zur Verfügung. Zudem fehlt für die auf dem Markt verfügbaren digitalen Ersteinschätzungsinstrumente die Konformitätsbewertung und damit das für eine allgemeine Verwendung in Gesundheitseinrichtungen notwendige CE-Zeichen. Der zu einer zufriedenstellenden Bearbeitung dieser Punkte zu erwartende Zeitkorridor sollte genutzt werden, um die Expertise aller an dem Prozess Beteiligten für die inhaltliche Erarbeitung der Richtlinie zu nutzen.

Konkret wäre es wünschenswert und sinnvoll, die zuständigen notfallmedizinischen Fachgesellschaften (DGINA und DIVI) in die Erarbeitung dieser Richtlinie mit ihrer Fachexpertise einzubinden, um im konstruktiven Dialog ggfs. unter Moderation durch eine übergeordnete wissenschaftliche Institution (z.B. AWMF) Lösungen zu implementieren, die der Patientensicherheit im Kontext der Notfallversorgung in allen Sektoren Rechnung tragen. Die Inhalte der Richtlinie müssten dann aus Sicht der DIVI auch zukünftig gesetzlich im NotfallG verankert werden.

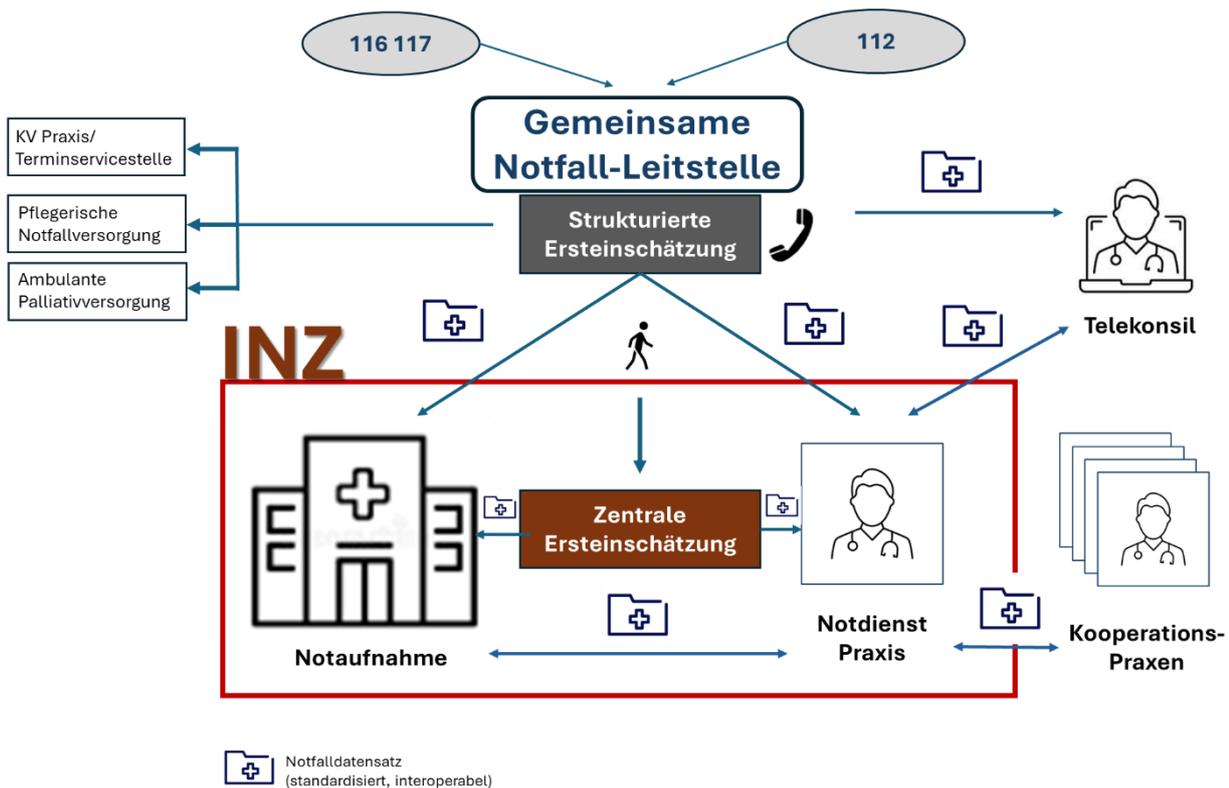
#### **5. Standardisierten elektronischen Notfalldokumentation im interoperablen Datenformat**

Die DIVI begrüßt, dass die Fallübergaben innerhalb des INZ also zwischen zentraler Ersteinschätzungsstelle, Notaufnahme, Notdienstpraxis und Kooperationspraxen digital in einem interoperablen Datenformat unter Beachtung der geltenden verbindlichen Festlegungen nach §385 Abs. 2 Satz 1 Nummer 1 erfolgen sollen.

Wir weisen darauf hin, dass mit der Umsetzung in dem Interoperabilitätsstandard HL7 durch das Notaufnahmeregister bereits ein **Dokumentations- und Interoperabilitätsstandard für die Notfallmedizin** existiert, der sich bereits über mehrere Jahre in der Praxis bewährt hat (3, 4, 7). In der 9. Stellungnahme der Regierungskommission wird auf diese digitale Infrastruktur hingewiesen (2). Derzeit wird durch die Modellierung und Konsentierung von FHIR-Profilen die Zukunftsfähigkeit sichergestellt. Aktuell wird die interoperable Modellierung auch für das **DIVI-Notaufnahmeprotokoll** umgesetzt.

Diese Entwicklung ist auch mit anderen Entwicklungen wie der Medizininformatik-Initiative im Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) und dem EHDS (European Health Data Space) abgestimmt.

Für eine breite Akzeptanz sowie die zukünftige Datennutzung ist es erforderlich, dass die notwendigen Entwicklungen und Erweiterungen in einer **sehr engen Abstimmung mit den Fachgesellschaften und Initiativen** erfolgen. Hierzu ist eine entsprechende Gruppe innerhalb der Gematik zu gründen oder ggf. eher eine Organisation mit der Harmonisierung und Standardisierung unter Berücksichtigung der Community zu beauftragen (**Abb. 1**).



**Abb. 1 Modell des Datenaustausches in der Integrierten Notfallversorgung:**

Darstellung der Kooperation zwischen der Gemeinsamen Notfall-Leitstelle (112 und 116 117) und den Akteuren des Integrierten Notfallzentrums inklusive digitaler Kommunikation durch Austausch der standardisierten elektronischen Notfalldokumentation im interoperablen Datenformat.

Die Digitalisierung der Fallübergaben mittels eines einheitlichen, interoperablen und standardisierten Datensatzes zwischen den Leistungserbringern des INZ sowie in der gesamten Rettungskette impliziert einen erheblichen Mehrwert für die ressourcenschonende und effektive Nutzung von Daten aus der Notfallversorgung, für die Qualitätssicherung und -verbesserung, für die Erhöhung der Patientensicherheit sowie für die Ermöglichung personalisierter Medizin (5-7). Ein solcher Ansatz bietet zudem die Möglichkeit, einrichtungs- und systemübergreifende überregionale Analysen z.B. in Form von Benchmarking oder Qualitätsmanagementberichten zu implementieren. Schließlich sollte der Datensatz in die elektronische Patientenakte (ePA) eingepflegt werden können.

Perspektivisch sollte ein **einheitlicher Dokumentationsstandard für alle Sektoren der Notfallversorgung** im Sinne der **digitalen Rettungskette** verbindlich vereinbart werden (8). So wäre es zielführend, auch die Leitstelle in den Prozess der digitalen Datenerfassung und -austausches einzubinden, um eine bundeseinheitliche Voranmeldung und Weiterleitung von Notfallpatienten an das jeweilige INZ über die gemeinsame Notfall-Leitstelle (Akutleitstelle/Rettungsleitstelle) zu ermöglichen. Durch die Weiterleitung der bei der Abfrage digital erhobenen standardisierten und maschinenlesbaren Daten an weitere Versorgungseinheiten (Rettungsdienst, KVen, Notaufnahmen, Sozialdienst, Gemeindefallstationen u. a.) würden erheblich anfallende Redundanzen vermieden. Die entsprechende Sektion 'Notfalldokumentation' der DIVI beabsichtigt, dieses einheitliche digitale Protokoll der Leitstellen zeitnah zu erstellen und mit einer Modellierung systemunabhängig zur Verfügung zu stellen. Das gleiche Vorgehen betrifft einen bundeseinheitlichen Notfalldatensatz für die KVen, der mit allen Protagonisten - insbes. des ZI/KVen und der Notaufnahmen - abzustimmen, zu definieren und zu modellieren ist. Auch hier ist die systemunabhängige Nutzung wesentliche Grundlage zur Skalierung.

Im Rahmen des geplanten „**Gesundheitsleitsystems**“ wäre auf diese Weise eine digitale Vernetzung, wie sie in §133a bereits vorgesehen ist, einfach zu implementieren. Der laufende Betrieb einer solchen föderierten digitalen Infrastruktur ließe sich mit 1,50 Euro pro Notfallversorgung finanzieren. Die DIVI Sektion Notfalldokumentation steht dabei für die oben beschriebene Weiterentwicklung des seit Jahren in der Praxis bewährten Notfalldatensatzes zur Verfügung.

Letztlich gewährleistet die interoperable und sektorenübergreifende Dokumentation nach einheitlichen und verbindlichen Standards ein effizientes Qualitätsmanagement, schafft Transparenz und stellt somit die Voraussetzung für eine kontinuierliche Optimierung der Versorgungsqualität in der Notfallversorgung in Deutschland dar.

## Literatur

1. Augurzký B; Bschor T; Busse R; Dötsch J; Evans M; Felix D; Gürkan I; Haeske-Seeberg H; Hasseler M; Huster S; Karagiannidis C; Kingteen T; Kroemer H; Münkler L; Schmitt J; Somasundaram R; Sundmacher L. (2023) Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung – Reform der Akut- und Notfallversorgung: Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhause reform/Vierte\\_Stellungnahme\\_Regierungskommission\\_Notfall\\_ILS\\_und\\_INZ.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhause reform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf) , abgerufen 16.06.2024
2. Augurzký B; Bschor T; Busse R; Dötsch J; Evans M; Felix D; Gürkan I; Haeske-Seeberg H; Hasseler M; Huster S; Karagiannidis C; Kingteen T; Kroemer H; Münkler L; Schmitt J; Somasundaram R; Sundmacher L. (2023) Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung – Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung. [Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung \(bundesgesundheitsministerium.de\)](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhause reform/Neunte_Stellungnahme_Regierungskommission_Rettungsdienst_und_Finanzierung.pdf), abgerufen 16.06.2024
3. Brammen D, Dewenter H, Heitmann KU, Thiemann V, Majeed RW, Walcher F, Röhrig R, Thun S. Mapping Equivalence of German Emergency Department Medical Record Concepts with SNOMED CT After Implementation with HL7 CDA. *Stud Health Technol Inform.* 2017; 243:175-179. PMID: 28883195.
4. Brammen D, Eggert P, Lucas B, Heermann-Langford L, McClay JC. Comparing the German Emergency Department Medical Record with the US HL7 Data Elements for Emergency Department Systems. *Stud Health Technol Inform.* 2018; 247:216-220. DOI: 10.3233/978-1-61499-852-5-216
5. Lucas B; Brammen D; Schirmeister W et al. Anforderungen an eine nachhaltige Standardisierung und Digitalisierung in der klinischen Notfall- und Akutmedizin. *Unfallchirurg* 122: 243–246 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00113-019-0603-2>
6. Bruland P, Doods J, Brix T et al (2018) Connecting healthcare and clinical research: workflow optimizations through seamless integration of EHR, pseudonymization services and EDC systems. *Int J Med Inform* 119:103–108
7. Brammen D, Greiner F, Kulla M et al. (2022) AKTIN-Notaufnahmeregister. Das AKTIN-Notaufnahmeregister – kontinuierlich aktuelle Daten aus der Akutmedizin: Ergebnisse des Registeraufbaus und erste Datenauswertungen aus 15 Notaufnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ersteinschätzung *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2022 Feb;117(1):24-33. German. doi: 10.1007/s00063-020-00764-2. Epub 2020 Dec 21. PMID: 33346852; PMCID: PMC7750913.
8. Bienzeisler J; Bax SN; Schunk D; Wrede C; Erdmann B; Walcher F. Die Digitale Rettungskette. *Dtsch Ärztebl* 2024; 12: A-828-A831