

Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zum Referentenentwurf für ein Gesetz (Bearbeitungsstand 16.12.2019) zur Reform der Notfallversorgung

Vorbemerkung:

Die DIVI begrüßt eine Verschlinkung bestehender Mehrfachstrukturen mit Aufhebung der Sektorengrenze zwischen Kassenärztlicher Vereinigung (KV)- und Krankenhausversorgung in der Notfallversorgung.

Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung befürwortet die DIVI daher eine zentrale telefonische Informations- und Dispositionsstelle (im Gesetzentwurf: Gemeinsames Notfalleitsystem [GML] sowie eine zentrale Anlaufstelle an geeigneten Kliniken (Integrierte Notfallzentren [INZ]). Darüber hinaus hält die DIVI es für richtig, die Leistung des Rettungsdienstes (RD) nicht ausschließlich auf Transportleistungen zu beschränken, sondern die medizinische Versorgung in den Vordergrund zu stellen.

Allerdings weist der Entwurf gravierende Mängel auf und bedarf einer Anpassung:

1. Gemeinsames Notfalleitsystem (GML)

Eine zentrale telefonische Lotsenfunktion ist richtig! Dabei ist patientenseitig allerdings auch zukünftig nicht zu erwarten, dass bei einem subjektiv als bedrohlich empfundenen gesundheitlichem Problem zwischen verschiedenen Rufnummern sicher differenziert werden kann. Die Notrufnummer 112 hat sich in Deutschland als Rufnummer der Rettungsleitstelle bei medizinischen Notfällen etabliert. Daher sind Anrufe von Patienten über die 112 auch bei nicht vital gefährdeten und auch nicht immer dringlichen Patienten üblich: Die Verfügbarkeit besteht 24/7, die gewünschte Auskunft bis hin zur Entsendung eines Rettungsmittels erfolgt prompt. Die ursprünglich für die Telefonservicestelle der KV vorgesehene Servicenummer 116117 ist weitestgehend unbekannt und auch nicht verlässlich rund um die Uhr erreichbar. Ebenfalls erfolgt hierüber nicht regelmäßig eine Bearbeitung des Problems, sondern ein Verweis auf andere Strukturen.

Der aktuelle Gesetzentwurf sieht nun diese zwei Rufnummern gleichermaßen vor und stellt es damit in die Verantwortung des Anrufenden, sich für die eine oder andere vermeintlich richtige Nummer zu entscheiden. Zwar sollen beide Rufnummern in einen ähnlichen Algorithmus einlaufen bzw. weiterbearbeitet werden, Umschaltungen, Weiterverweise und Schnittstellen zwischen den „KV-Leitstellen“ und Rettungsleitstellen sind allerdings unvermeidlich und überdies notwendig. Dies ist aus Sicht der DIVI inkonsequent, aus Patientensicht unsicher und durch die notwendige Vorhaltung von Parallelstrukturen unwirtschaftlich. Die Beibehaltung der zwei unterschiedlichen Rufnummern wird das Verhalten der hilfeschuchenden Patienten nichts verändern.

Die DIVI empfiehlt daher:

- Eine zentrale Leitstelle
- Erreichbarkeit unter einer (einzigen) Telefonnummer (112)
- Hier Bündelung aller akut- bzw. notfallmedizinisch relevanten Versorgungssegmente bzw. -bereiche.
- Eine adäquate apparative und technische Ausstattung
- Eine definierte Qualifikation des hier medizinisch bzw. in der Disposition eingebundenen nicht ärztlichen Personals
- Vorhaltung einer ärztlichen Rückspracheebene

2. Integrierte Notfallzentren (INZ)

Hier ist zunächst eine Klarstellung der aktuellen Situation in den Zentralen Notaufnahmen notwendig: Die teilweise durch Verbandsmeinungen bzw. -auffassungen von KV nahestehenden Meinungsbildern geprägte Berichterstattung erweckt regelmäßig den Eindruck, dass sich der weit überwiegende Anteil der Patienten in den Zentralen Notaufnahmen hier heute fälschlicherweise aufhält, nicht kritisch krank bzw. verletzt ist und grundsätzlich im KV-Bereich besser versorgt werden könnte. Diese Patienten „verstopfen“ die Notaufnahmen in nicht gerechtfertigter Weise. Durch die KV vorgehaltene Bereitschafts- und Portalpraxen bzw. ähnliche Strukturen werden regelmäßig zur „Entlastung“ der Notaufnahmen gefordert.

Diese undifferenzierte und in Bezug auf die Patientensorgen oft ungerechte Darstellung ist falsch und muss zurückgewiesen werden. Zentrale Notaufnahmen an Kliniken der Notfallversorgung verzeichnen heute einen sehr großen Anteil an Patienten mit akuten, sehr komplexen medizinischen Problemen. Die Patienten sind häufig multimorbide und kritisch krank bzw. verletzt. Der Anteil der stationären Aufnahmen schwankt, beträgt aber je nach Patientenkontext rund 40-60%, zahlreiche Patienten sind intensivtherapiepflichtig.

Bei diesen vom Rettungsdienst zugewiesenen oder sich selbst zuweisenden Patienten ist (ex ante) ein ambulanter Verbleib bzw. eine stationäre Aufnahme nicht sicher zu voraussagen. Die Betrachtung ambulant/stationär erfolgt ex post unter Berücksichtigung von Abrechnungsdaten und verfälscht das initiale Bild.

In den Zentralen Notaufnahme diagnostizierte und behandelte, schließlich aber doch ambulant verbleibende Patienten, stellen sich regelmäßig auch deswegen dort vor, da im KV-Bereich die bei akuten Problemen zur Abklärung bzw. zur Einleitung der Therapie notwendigen apparativen, diagnostischen (z. Bsp. Radiologie und Labor) aber auch personellen (fehlende Qualifikation) Ressourcen fehlen. Darüber hinaus bestehen im niedergelassenen Bereich zur Übernahme nicht geplanter Akutfälle oder aber auch zur spezifischen Abklärung regelmäßig überhaupt keine Kapazitäten. Ebenfalls falsch ist die Auffassung, dass sich selbst zuweisende Patienten grundsätzlich unnötigerweise die Zentralen Notaufnahmen aufsuchen und der niedergelassenen Bereich eine sichere Filterfunktion mit der Maxime „immer ambulant vor stationär“ wahrnehmen kann: Bei Patienten mit Überweisungen „zur stationären Aufnahme und Abklärung“ von niedergelassenen Ärzten in die Zentralen Notaufnahmen können mehr als 60% der Patienten nach Behandlung ambulant verbleiben. Auf der anderen Seite ist die stationäre Aufnahme bei sich selbst zuweisenden Patienten ohne vorherigen Arztkontakt mit 30% durchaus vergleichbar. Dies zeigt einerseits, dass zahlreiche sich initial in den Zentralen Notaufnahmen vorstellende Patienten, die zur Behandlung geeignete und notwendige Einrichtung richtig wählen. Andererseits wird deutlich, dass bei vorgesehener stationärer Aufnahme, diese längst nicht immer erfolgen muss und eine Filterfunktion durch den niedergelassenen bzw. KV-Bereich nicht sicher gewährleistet werden kann.

Folgende Ausführungen im Gesetzesentwurf zu den geplanten INZ bedürfen einer Überarbeitung:

Struktur

- Unklar bleibt, welche Struktur mit „INZ“ genau gemeint ist. Im Gesetzesentwurf widersprechen sich die Beschreibungen hierzu: Stellt das INZ eine Einheit aus einem der KV zugeordneten Bereich und der Zentralen Notaufnahme eines Krankenhauses mit einem gemeinsamen Tresen als zentrale Anlaufstelle dar (SVR-Gutachten 2018) oder ist eine vorgeschaltete „räumlich und wirtschaftlich von diesem (Krankenhaus) abgegrenzte Einrichtung“ (Seite 11, §123, Abs. 2) gemeint? Die Schaffung einer „zusätzlichen zentralen Anlaufstelle der vertragsärztlichen Versorgung“ (Seite 34, 1. Abs.) kommt der Forderung nach einer Parallelstruktur mit einer zweiten Notaufnahme auf dem Klinikgelände gleich. Und soll das INZ nur „räumlich derart an das Krankenhaus angebunden (werden), dass es von den Hilfesuchenden als erste Anlaufstelle“ genutzt werden kann (Seite 11, §123, Abs. 2.1)?

Eine enge räumliche Verzahnung mit den Zentralen Notaufnahmen ist für Patienten des Rettungsdienstes (insbesondere, wenn lt. Gesetzesentwurf bei nicht sicherer stationärer Aufnahme immer ein INZ als Transportziel anzusteuern ist) und für Selbstzuweiser zwingend notwendig. Nur so kann gewährleistet werden, dass Patienten eine notwendige nur in Klinikstrukturen vorgehaltene Intervention ohne Zeitverlust erhalten können. Zeitverzögerungen durch Sekundär- oder innerklinische Transporte dürfen nicht erfolgen. Die Schaffung von Parallelstrukturen ist abzulehnen, und daher eine klare, unmissverständliche Definition im Gesetzestext notwendig.

- Nicht nachvollziehbar ist, warum die Definition von Anforderungen, Strukturen und Ausstattung zukünftiger INZ durch den GBA nicht konsequent vor Etablierung entsprechender Strukturen vorgesehen ist. Nachbesserungen, Zusammen- oder Überführungen bereits etablierter nicht geeigneter Strukturen sind häufig nicht sinnvoll möglich und unwirtschaftlich.
- Die Etablierung von INZ soll zukünftig an Krankenhäusern der stationären Notfallversorgung (vgl. G-BA-Beschluss 2018) erfolgen. Im Rahmen der Folgeabschätzung des G-BA-Beschlusses 2018 wurde die Fahrtstrecke für den Rettungsdienst als relevantes Kriterium für eine ausreichende Flächenabdeckung bei Ausweisung der zukünftig an der Notfallversorgung teilnehmenden Kliniken herangezogen. Der Gesetzesentwurf sieht nun allerdings vor, dass nicht alle dieser Kliniken ein INZ erhalten. Die Erreichbarkeit, gerade durch Patienten, die auf eigene Initiative vorstellig werden, ist somit nicht gegeben und mit einer Zunahme rettungsdienstlicher Transporte ist zu rechnen. Die DIVI schlägt daher vor, an allen Krankenhäusern, die die Voraussetzung für eine Basis-, erweiterte und umfassende Notfallversorgung erfüllen, ein INZ zu etablieren.
- Zur Notfallversorgung sind grundsätzlich alle Kliniken verpflichtet (unterlassene Hilfeleistung). Es ist daher falsch, Kliniken ohne INZ, die gesetzeskonform eine Erstversorgung vornehmen (müssen), mit einem Abschlag von 50% auf Ihre ambulanten Leistungen zu „bestrafen“. Hieraus ergibt sich nicht zuletzt ein Fehlanreiz, da diese Kliniken gezwungen werden, diese Patienten stationär aufzunehmen, um ihre Leistungen vergütet zu bekommen. Die DIVI lehnt diese vorgesehene gesetzliche Vorgabe kategorisch ab.

Fachliche Leitung

- Für die Zentralen Notaufnahmen der Kliniken ist als richtig erkannt und gefordert (G-BA 2018), dass eine fachliche Qualifikation sowohl für das nichtärztliche („Fachweiterbildung Notfallpflege“), als auch das ärztliche Personal („Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin“) vorgehalten wird. Für den KV-Bereich existieren bis heute keinerlei Standards für die Qualifikation des Personals und eine ausreichende akut- und notfallmedizinische Qualifikation ist flächendeckend nicht gegeben.
- Die fachliche Leitung entsprechender Einrichtungen (INZ) auf dem Klinikumsgelände kann daher grundsätzlich nicht im KV-Bereich verortet sein.
- Ebenso verbietet sich eine fachliche Unterstellung „...anderer Ärztinnen und Ärzte, insbesondere solcher, die im Krankenhaus angestellt sind (und) im INZ tätig sein sollen“ (Kommentar S. 38, 4. Absatz) unter KV-Strukturen.

Personelle Besetzung

- Wie oben ausgeführt sieht der Gesetzesentwurf in der aktuellen Form die Schaffung eines „zusätzlichen Angebots“ vor. Völlig unklar bleibt allerdings, wo das für die Besetzung der INZ notwendige (zusätzliche) Personal herkommen soll. Bereits heute haben die Kassenärztlichen Vereinigungen erhebliche Probleme, ihre KV-Bereitschaftspraxen und andere KV-Strukturen personell zu besetzen. Zahlreiche niedergelassene Kolleginnen und Kollegen wollen den Dienst nicht übernehmen, die Dienstzeiten sind unattraktiv und auch für das nicht-ärztliche Personal ergibt sich hier keine Perspektive. Der vorgesehene Zugriff auf Krankenhausärzte ist zwar denkbar, allerdings kein praxistauglicher Vorschlag und in sich unlogisch, da das Klinikpersonal ebenfalls ausgelastet ist und nicht noch zusätzliche Tätigkeiten in einem anderen Bereich übernehmen kann.

3. Rettungsdienst

Die DIVI hält es für richtig, den Rettungsdienst zukünftig als eigenen medizinischen Bereich vorzusehen und hier nicht nur ausschließlich die Fahrt- bzw. Transportkosten zu vergüten. Einige im Gesetzesentwurf vorgesehene Punkte müssen allerdings konkretisiert werden:

- Bei der zukünftigen Vergütung muss die notwendige Vorhaltung der Rettungsmittel, gerade in Flächenregionen mit geringen Einsatzzahlen berücksichtigt werden. Durch die zukünftige Vergütung von medizinischen Leistungen darf es nicht zu einer Unterfinanzierung kommen.
- Bei Übernahme medizinischer Leistungen durch den Rettungsdienst - d.h. durch das hier eingesetzte rettungsdienstliche Personal - ist eine Klarstellung der Kompetenz und Befugnisse erforderlich. Vor dem Hintergrund der noch nicht abgeschlossenen Diskussion um das Notfallsanitätäergesetz besteht hier noch Handlungsbedarf. Insbesondere dürfen die Befugnisse nicht wie heute durch Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in jedem Rettungsdienstbereich individuell und dadurch inhomogen festgelegt werden, sondern müssen einheitlich klargestellt werden.

Zusammenfassung

Die zentralen Forderungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin ergeben sich wie folgt:

- Gemeinsame Leitstellen mit Vorhaltung einer zentralen Telefonnummer (112)
- Eindeutige Definition der Struktur von INZ. Keine (räumliche) Trennung von der Zentralen Notaufnahme und anderen zur Notfallversorgung notwendigen Krankenhausstrukturen.
- Ausreichende Anzahl von INZ mit klarer Definition des Aufgabenspektrums und der apparativen sowie personellen Ausstattung.
- Streichung des 50%igen Abschlags bei der Vergütung der Notfallversorgung für Krankenhäuser ohne INZ
- Fachliche Leitung der INZ durch qualifizierte Ärzte der Zentralen Notaufnahme mit „Zusatzweiterbildung Klinische Akut und Notfallmedizin“.
- Die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den INZ müssen über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen.
- Geeignete elektronische (Einsatz- und Leistungs-) Datenerfassungssysteme in allen Bereichen der Notfallversorgung
- Verbindliches und alle Bereiche der Notfallversorgung umfassendes Qualitätsmanagement durch die Länder. Regelmäßiges Reporting der erhobenen Daten. Regelmäßige Überprüfung von Mehrfachinanspruchnahme und Versorgungsqualität (Grundlage für Versorgungsforschung).