

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung aus dem BMG

Mit dem Referentenentwurf zur Reformierung der Notfallversorgung vom 08. Januar 2020 des Bundesministeriums für Gesundheit gibt es eine konkrete Diskussionsgrundlage, wie die bestmögliche Versorgung von Menschen in medizinischen Notfällen im ambulanten und stationären Bereich sowie dem Rettungswesen in einem gemeinsamen System der integrierten Notfallversorgung in Zukunft strukturiert werden sollte. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin begrüßt die Möglichkeit zur Weiterentwicklung des Referentenentwurfes und bedankt sich ausdrücklich für die Möglichkeit des fachlich vertiefenden Austausches.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin unterstützt ausdrücklich das Konzept, ein verbindliches System der integrierten Notfallversorgung zu entwickeln. Der Referentenentwurf berücksichtigt wichtige Empfehlungen des Sachverständigenrates zur „Bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung“ aus dem Jahr 2018. Gleichzeitig bestehen aber aus einer Reihe von Gründen zentrale Bedenken gegen eine Umsetzung in der vorliegenden Form. Somit möchten wir in unserer Stellungnahme die aus unserer Sicht zentralen Kritikpunkte formulieren und gleichzeitig Vorschläge zur Weiterentwicklung des Referentenentwurfes machen.

1. Achter Abschnitt: Notfallrettung, Krankentransport und Krankenfahrten, Medizinische Notfallrettung, §60

In der Versorgung von Menschen mit medizinischen Notfällen kommt den Rettungsdiensten eine besondere Bedeutung und Verantwortung zu. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Strukturen, ist die Entwicklung eines verbindlichen Systems der integrierten Notfallversorgung - mit Definition des Rettungsdienstes als selbständiger Leistungserbringer - uneingeschränkt zu unterstützen. Im Referentenentwurf ist vorgesehen, dass durch Notfallsanitäter am Notfallort eine Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit erfolgt. Die in Absatz 3 formulierte Verpflichtung, bei nicht eindeutiger Indikation für eine stationäre Aufnahme zunächst das nächst gelegene Notfallzentrum anzufahren, beinhaltet aus unserer Sicht eine nicht abschätzbare Patientengefährdung. Gerade bei unklaren Krankheitsbildern muss die Möglichkeit zum direkten Transport in die Zentrale Notaufnahme des nächsten Krankenhauses gegeben sein.

Empfehlung: Die vorgesehene Formulierung „(3) Besteht bei einer Rettungsfahrt noch keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme, ist grundsätzlich das nächstgelegene integrierte Notfallzentrum anzufahren“ ist wie folgt zu ändern: „(3) Besteht bei einer Rettungsfahrt noch keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme, ist grundsätzlich im Sinne der Patientensicherheit die nächstgelegene Notaufnahme des Krankenhauses anzufahren.“

2. Integrierte Notfall-Zentren (INZ)

Wesentliches Element des Referentenwurfs ist die Einrichtung räumlich und wirtschaftlich abgegrenzter **Integrierter Notfallzentren**, die von Patientinnen und Patienten als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden. Gleichzeitig sind diese Zentren grundsätzlich bei Rettungsfahrten, bei denen noch keine eindeutige stationäre Aufnahme indiziert ist, also auch bei unklaren Krankheitsbildern mit potentiell vital bedrohlichen Konstellationen, anzusteuern. Die INZ sollen gemäß §123 Absatz 2 gemeinsam von der kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenhäusern **unter fachlicher Leitung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung betrieben werden.**

Die im Referentenentwurf vorgesehene fachliche Leitung des INZ durch die KV wird strikt zurückgewiesen. Diese impliziert eine Trennung in der fachlichen Verantwortung in der Versorgung von zu hospitalisierenden Notfallpatienten zwischen INZ und zentraler Notaufnahme (ZNA) der Krankenhäuser. Somit erscheinen Patientenwohl gefährdende Zeitverzögerungen vorprogrammiert. Weiterhin müssen gedoppelte Ressourcen im INZ und der ZNA vorgehalten werden; dies ist konträr zur Grundintention des Referentenentwurfs. Zudem erscheint es höchst fraglich, dass durch die KV für eine 24/7-Versorgung ausreichend in der Notfallversorgung qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung gestellt werden können. Da entsprechend des G-BA-Stufenplans eine große Breite der entsprechenden Fächer (z. B. Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Gynäkologie, Pädiatrie, etc.) in der Notfallversorgung vorgehalten werden muss, erscheint es nicht realistisch, dass dieses durch eine KV-Verantwortlichkeit abgedeckt werden kann.

Die vorgeschlagene Trennung zwischen INZ und ZNA des Krankenhauses würde zentrale Aufgaben der Krankenhäuser im Bereich der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte in Frage stellen. So wird in der aktuell durch die Landesärztekammern zu verabschiedenden Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2018 die Notfallaufnahme als eine „Funktionseinheit eines Akutkrankenhauses“ definiert „... , in welcher Patienten zur Erkennung bedrohlicher Krankheitszustände einer Erstuntersuchung bzw. Erstbehandlung unterzogen werden, um Notwendigkeit und Art der weiteren medizinischen Versorgung festzustellen“. Da die INZ unter die fachliche Leitung der KV gestellt werden sollen (und die entsprechenden Leiter nicht für alle betreffenden Fächer der Weiterbildung befugt sein können), wären wesentliche Inhalte der Weiterbildung in zahlreichen Fächern nicht bzw. nicht ausreichend zu vermitteln.

Die vorgeschlagene Trennung zwischen INZ und Universitätskliniken bzw. Lehrkrankenhäusern würde ebenfalls die Aufgaben in Lehre und Forschung ungebührlich einschränken. Die Lehre und Forschung konzentriert sich nicht nur auf den stationären Bereich, sondern erweitert dem Masterplan Medizinstudium 2020 folgend diese Aufgaben wesentlich in die ambulante, auch notfallmäßige Versorgung von Patienten. Die Umsetzung der Aufgaben in Lehre und Forschung in

unabhängiger, eigener Organisationsverantwortung muss auch in Zukunft für die Universitätskliniken gewährleistet sein.

Empfehlung: Die Einrichtung von Integrierten Notfallversorgungs Zentren (INZ) wird nachhaltig unterstützt. Die DGIM empfiehlt, dass zur Optimierung der Notfallversorgung bei Vermeidung von Nachteilen, eine Trägerschaft des INZ durch die Krankenhäuser vorzusehen ist. Insofern würden die INZ eine Weiterentwicklung der Notaufnahmen unter Einbezug von KV-Ärzten unter fachlicher Leitung eines gemäß GBA-Beschluss qualifizierten Arztes des Krankenhauses darstellen.

Wiesbaden, 07. Februar 2020



Prof. Dr. med. Andreas Stallmach
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.
Vorsitzender Kommission Aus-, Weiter und Fortbildung
Vorsitzender AG Zentrale Notaufnahme



Prof. Dr. med. Georg Ertl
Deutsche Gesellschaft für Innere
Medizin e.V.
Generalsekretär DGIM



Prof. Dr. med. Jürgen Floege
Deutsche Gesellschaft für Innere
Medizin e.V.
Vorsitzender DGIM 2019/2020