

Stellungnahme

Stellungnahme der AWMF zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) vom 07.06.24

Berlin, 25. Juni 2024 · Die AWMF begrüßt die im Entwurf zum NotfallG geäußerte Absicht, die Notfallstrukturen in Deutschland weiterzuentwickeln. Die AWMF hat jedoch Bedenken hinsichtlich verschiedener Punkte im Rahmen der Umsetzung und fehlender Zukunftskonzepte.

Der vorliegende Entwurf nimmt vor allem den vertragsärztlichen Bereich in die Pflicht und legt eine Reihe von Maßnahmen fest, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit vom niedergelassenen Bereich nicht erfüllt werden können. Erste Pressemitteilungen bestätigen diesen Eindruck.

Die verordneten Maßnahmen hätten eine bessere zeitliche Abstimmung verdient. Zudem ist eine für die Umsetzung der Maßnahmen erforderliche Verzahnung mit der Krankenhausreform bzw. der Reform des Rettungsdienstes kaum erkennbar. Weiter wurde auf die Erwähnung von notwendigen Veränderungen bei den Rettungsdiensten oder von Zukunftskonzepten wie Primärversorgungszentren verzichtet. Schließlich ist auch die zuvor diskutierte Eigenständigkeit und fachliche Unabhängigkeit der Integrierten Notfallzentren (INZ) nicht umgesetzt worden.

Unabhängig davon zeigt der Entwurf Wege auf, wie die Notfallstrukturen in Deutschland weiterentwickelt werden könnten, wobei den Akteuren im Gesundheitssystem eine Reihe von Verpflichtungen auferlegt werden:

1. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird verpflichtet, eine Richtlinie zu Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument und damit verbundener Regelungen zu erlassen (Details s. SGB V, §123 Abs.3).
Dazu wird zusätzlich auf S. 40 des Entwurfs ausgeführt: Der Zeitpunkt (der Publikation der RL) hängt davon ab, ob zumindest ein Instrument, welches die Vorgaben des G-BA nach Satz 1 Nummer 1 erfüllt, tatsächlich auf dem Markt zur Verfügung steht und ein Nachweis der Konformität nach Satz 1 Nummer 2 erbracht wurde. Bis dahin wird zwangsläufig die in einer Kooperationsvereinbarung zu fixierende Entscheidung,

welches Ersteinschätzungsinstrument zur Anwendung kommen soll, (siehe 3.), zunächst konfliktbeladen sein.

In diesem Zusammenhang stellt sich zusätzlich die Frage, ob für die Ersteinschätzungsinstrumente eine Konformitätsbeurteilung durch eine Benannte Stelle zur Erlangung eines CE-Zeichens notwendig sein wird, da es sich um in der Medizin angewendete Software handelt.

Es ist zu begrüßen, dass vor der Entscheidung des G-BA über eine Richtlinie den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist, was von diesen bereits im Vorfeld der Entscheidung zu einem konstruktiven Dialog genutzt werden sollte, da bereits jetzt Konflikte zwischen Fachgesellschaften, die den niedergelassenen Bereich vertreten und Fachgesellschaften aus dem stationären Sektor absehbar sind. Möglicherweise wird der Dialog von der Moderation durch eine übergeordnete wissenschaftliche Institution, z.B. die AWMF profitieren.

2. Die Standorte für INZ werden durch den erweiterten Landesausschuss nach SGB V, § 90, d.h. der Selbstverwaltungspartner innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes festgelegt (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 den sich momentan abzeichnenden Veränderungen in der Krankenhauslandschaft u.U. mit einer gewissen Unsicherheit bzw. der Notwendigkeit einer Standortgarantie durch ein Land vergesellschaftet sein dürfte.
3. Innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Krankenhausstandort als Standort eines Integrierten Notfallzentrums festgelegt worden ist, muss eine Kooperationsvereinbarung zu einem INZ zwischen KV und Krankenhausträger geschlossen werden (Details s. SGB V, §123a Abs.2 und 3), die insbesondere folgende Inhalte hat:
 - 3.1. Vereinbarungen zur Organisation und zur personellen Besetzung einer Ersteinschätzungsstelle einschließlich der Qualifikationen, erforderlichen Schulungen und regelmäßigen Fortbildungen des Personals.

Dabei obliegt die Verantwortung für die Einrichtung der zentralen Ersteinschätzungsstelle grundsätzlich dem Krankenhaus; abweichende Vereinbarungen sind möglich. Dadurch schreibt im Grundsatz das Krankenhaus vor, welches Ersteinschätzungssystem verwendet wird, zumindest so lange, bis der G-BA-Beschluss zum Ersteinschätzungssystem vorliegt (siehe 1.).

In diesem Zusammenhang zu begrüßen ist die Festlegung, dass der Prozess der Ersteinschätzung gesondert vergütet werden soll.

Allerdings sind die Vorgaben für die Ersteinschätzungsstelle so wenig konkret definiert, dass hier nicht zuletzt aus Gründen der Prozessqualität und Patientensicherheit dringend nachgebessert werden sollte.

- 3.2. Zudem ist die Einrichtung eines gemeinsamen Organisationsgremiums zur operativen Umsetzung der Zusammenarbeit und zur Realisierung eines gemeinsamen Qualitätsmanagements im Sinne eines Kontroll- und Steuerungsgremiums verbindlich vorgeschrieben.

4. In den nur für die KV verpflichtenden Abschluss einer Kooperationsvereinbarung (kompetenzrechtliche Gründe, s.S.46) über die Errichtung von Gesundheitsleitstellen zur Vernetzung von Rettungsleitstellen und Akutleitstellen zwischen Trägern der Rettungsleitstellen und der KV sind die Krankenhäuser nicht eingebunden (Details s. SGB V, §133a Abs.1 bis 3).

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung: office@awmf.org

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Andreas Markewitz

Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede

Dr. Manfred Gogol

Katharina Lenz, M.A.

Anlagen

Stellungnahmen von Mitgliedsfachgesellschaften (siehe ZIP-Ordner)