

## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz)**

Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) nimmt zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz) wie folgt Stellung:

Die Klarstellung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 SGB V und die Einführung von integrierten Notfallzentren nach §123 ff. SGB V mit einem gemeinsamen Tresen in der organisatorischen Verantwortung der Krankenhäuser ist ein überfälliger und wichtiger Schritt, der von der DGIV sehr begrüßt wird. Die Notwendigkeit einer Ersteinschätzung zur bedarfsgerechten Steuerung der Patienten ist inzwischen bei allen Beteiligten Konsens. Auch die Einbindung und technische Anbindung von Kooperationspraxen außerhalb der Öffnungszeiten der Notfallpraxen nach §123a Absatz 2 SGB V kann einen wertvollen Beitrag zu einer besseren Patientensteuerung in der Notfallversorgung leisten. Der Gesetzgeber macht mit diesem Entwurf einen deutlichen Schritt zu einer stärker integrierten Versorgung. Allerdings bleiben in den aktuellen Reformvorschlägen wesentliche Elemente in der gesamten Notfallversorgungskette thematisch unberücksichtigt. Zudem werden die mitunter massiven „Unstrukturen“ in den Versorgungsprozessen so gut wie gar nicht kritisch hinterfragt, obwohl in den hier liegenden Effizienzreserven die große Chance für zeitnah umsetzbare und nachhaltige Lösungen liegt.

#### **Ineffiziente Patientensteuerungsmechanismen in der gesamten Notfallversorgungskette**

Der Gesetzentwurf sieht vor die Leitstellen und deren Prozesse effizienter zu gestalten, allerdings sieht die DGIV auch im Bereich der Patientensteuerung durch den Rettungsdienst großes Optimierungspotential, das die Notaufnahmen entlasten könnte. So muss der Rettungsdienst bereits am Ort der ersten Patientenversorgung eine initiale Triagierung auf Basis eines validen, sensitiven und reliablen 5-stufigen Ersteinschätzungsinstrumentes sicherstellen können. Somit sind unnötige Transporte und Kapazitätsbindungen zu vermeiden, was umgehend erhebliche Ressourcen im Rettungsdienst freisetzen würde. Die Vor-Ort-Triage sollte mit telemedizinischer, ärztlicher Unterstützung aus den jeweils umliegenden Notaufnahmen erfolgen, was zeitnah realisierbar wäre und sicher von den Häusern unterstützt würde, da eine Reduktion des Patientenzustroms maßgeblich zur Entlastung der Notaufnahmen führt. In der Teletriage als niedrig komplex erkannte Patienten können z. B. mit Hilfe von SmED („strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“) durch den Rettungsdienst weiter beurteilt werden. Es muss die Frage gestellt werden, ob die Behandlung im niedergelassenen Bereich noch am selben Tag erfolgen muss oder auch eine Abklärung in den nächsten Tagen ausreichend ist.

Behandlungskapazitäten in der ambulanten Versorgung müssen im Rahmen der rettungsdienstlichen Steuerung und Kapazitätsplanung berücksichtigt und jederzeit digital einsehbar sein. Neben den klassischen Funktionen für den Rettungsdienst sollte das Personal am zentralen Tresen der Notaufnahme auch freie Behandlungskapazitäten im kooperierenden niedergelassenen Bereich einsehen und niedrigkomplexe Patienten zur Behandlung konkret einem entsprechenden Kollegen zuweisen können. Zur vollwertigen Umsetzung einer integrierten Notfallversorgung muss der Rettungsdienst den niedergelassenen Bereich direkt mit entsprechend niedrig komplexen Patienten anfahren dürfen. Folglich werden nur Patienten mit in der Triage objektivierbarem Notfall von den Notaufnahmen versorgt.

### **Umsetzung von integrierten Notfallzentren in strukturschwachen oder unterversorgten Gebieten**

Auch wenn die Einführung von integrierten Notfallzentren nach §123 ff. SGB V aus Sicht der DGIV eine begrüßenswerte Maßnahme ist, besteht die Sorge, dass sie nicht flächendeckend umsetzbar ist. Viele Krankenhäuser, insbesondere in Regionen mit nachgewiesenen Versorgungslücken, werden voraussichtlich nicht in der Lage sein Kooperationspartnerschaften zur Umsetzung eines vollwertigen integrierten Notfallzentrums aufzubauen. An dieser Stelle könnte Abhilfe geschaffen werden, indem allgemeinmedizinische Versorgungszentren telemedizinisch an die Häuser angebunden werden. Dies ermöglicht den Krankenhäusern als niedrig komplex erkannte Patienten noch vor der administrativen Erfassung am zentralen Tresen direkt in eine telemedizinische Versorgungsstruktur vor Ort weiterzuleiten. Hier werden Patienten z. B. mit Unterstützung einer MFA telemedizinisch versorgt. Diese Maßnahme ist insbesondere zu empfehlen, da die vorliegenden Daten eine große Akzeptanz von telemedizinischer hausärztlicher Versorgung bei Patienten und Patientinnen dokumentieren.

### **Einseitige Beziehung zwischen Notaufnahmen und kooperierenden Leistungserbringern**

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen entlasten die Notaufnahmen und binden die ambulanten Leistungserbringer stärker in die Notfallversorgung ein. Allerdings dürfen diese Maßnahmen nach Ansicht der DGIV nicht dazu führen, dass eine einseitige Beziehung zwischen den Notaufnahmen und den kooperierenden Leistungserbringern entsteht. Die diagnostischen Möglichkeiten der Notaufnahmen müssen im Rahmen einer neuen Leistungsbeziehung in vollem Umfang für die kooperierenden ambulanten Leistungserbringer, wie zum Beispiel die KV-Notdienstpraxen, nutzbar sein.

### **Optimierungsbedarf bei Raum- und Betriebskonzepten der Notaufnahmen**

Raum- und Betriebskonzepte der Notaufnahmen bleiben im vorliegenden Entwurf gänzlich unberücksichtigt. Somit muss infrage gestellt werden, ob der Gesetzgeber die multifaktorielle Genese hinter dem täglichen Kollaps der Notaufnahmen in Deutschland wirklich in Gänze verstanden hat.

Politik und Selbstverwaltung formulieren aktuell bundesweit im Rahmen von finanziellen Förderungen klare Vorgaben für die räumliche Konzeption von Notaufnahmen. An dieser Stelle wird ein großer Teil des Problems systematisch mitverursacht: Mit Blick auf die finanzielle Unterstützung werden die vorgegebenen und ausnahmslos hochgradig dysfunktionalen Einheiten viel zu unkritisch von den Häusern umgesetzt, womit das „Problem Notfallversorgung“ auf Jahre raumkonzeptionell fixiert bleibt. Die Ineffizienz dieser Einheiten zwingt den Notfallteams jeden Tag erhebliche Leistungen ab. So sind im Rahmen multizentrischer Datenerhebung zur Belastung von Notaufnahmeteams Pflegekräfte bis zu 21 km pro Kopf und Schicht gelaufen und haben dabei durchschnittlich 105 Minuten telefoniert. In der Folge versuchen die Häuser die unhandlichen Strukturen durch Personalaufbau zu kompensieren, was weder nachhaltig, refinanzierbar noch umsetzbar ist, da akuter Personalangel herrscht. Zudem gehen ineffiziente Strukturen immer auch mit unzureichender Arbeitsqualität und schlechter Personalbindung einher, auch bei deutlichem Personalaufbau.

Eine Untersuchung an der Medizinischen Universität Lausitz hat ergeben, dass bei konstantem Patienten-Pflege-Verhältnis die Schichtwegstrecke pro Kopf durch Umsetzung eines hocheffizienten Raum- und Betriebskonzeptes von 14,3 km auf 1,6 km reduziert werden konnte. Das entspricht einer Reduktion von 89 Prozent. Ein modernes digitales Belegungsmanagement kommt zudem ganz ohne Telefonate aus, was nur für sich genommen zehntausende wertschöpfende Arbeitsstunden pro Jahr und Haus mobilisieren würde. Solche Effekte dürfen aus Sicht der DGIV nicht weiter unberücksichtigt bleiben. Um der aktuellen Fehlsteuerung entgegenzuwirken, müssen die Raum- und Betriebskonzepte den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen und dürfen nur dann gefördert werden, wenn kontinuierliche Analyse- und Verbesserungsprozesse etabliert werden.

### **Notfallpatienten sind planbar**

Aufgrund jahrzehntelanger Prägung richten sich die Krankenhäuser organisatorisch auch heute noch ausschließlich am Elektivgeschäft aus und lassen dabei den jährlich anwachsenden Patientenstrom aus den Notaufnahmen unberücksichtigt, was zur täglichen „Kollision“ der Patientenströme „Elektiv“ und „Notfall“ führen muss. Sichtbar wird diese „Kollision“ in den Notaufnahmen in Form von Abflussproblemen auf die Stationen (sog. Exitblock) gefolgt von Überfüllungen der Einheiten (sog. Overcrowding) und Abmeldungen von der Notfallversorgung. In nahezu allen Großstadtnotaufnahmen können diese Effekte täglich beobachtet werden. Trotzdem findet sich dazu kein einziger Lösungsansatz im vorliegenden Entwurf. Problematisch bei dieser Entwicklung ist, dass die Elektivzahlen stark rückläufig sind, während die Notfallzahlen bundesweit seit Jahren anwachsen und perspektivisch für viele Häuser wirtschaftliche Relevanz haben werden. Aus Sicht der DGIV braucht es hier einen grundlegenden Paradigmenwechsel. Patienten, die über die Notaufnahmen aufgenommen werden können und müssen als sog. „statistisch erwartete Notfallpatienten“ bei der Vergabe von Elektivterminen berücksichtigt werden. In der Medizinischen Universität Lausitz, einem Maximalversorger, werden täg-

lich stationäre Versorgungsressourcen für „statistisch erwartete Notfallpatienten“ aus der Notaufnahme bei der Vergabe von Elektivterminen freigehalten. Exitblock, Crowding (objektiviert durch den CEDOC-Score) und Abmeldungen aufgrund von Überfüllung kommen hier nicht vor.

Zusammenfassend begrüßt die DGIV den Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung als wichtigen Schritt zur besseren Patientensteuerung und Integration von Notfallzentren. Die DGIV sieht die klare Definition des Sicherstellungsauftrags und die organisatorische Ausrichtung der Notfallversorgung an Krankenhäusern als bedeutenden Fortschritt. Kritisch sieht die DGIV jedoch die unzureichende Berücksichtigung ineffizienter Strukturen in der gesamten Notfallversorgungskette. Der Gesetzgeber hat mit den Leistellen damit begonnen die Versorgungskette von Beginn an zu überarbeiten, stoppt aber zu früh. Die DGIV wünscht sich hier auch Konzepte für eine bessere Patientensteuerung durch den Rettungsdienst und in den Notaufnahmen. Zudem kritisiert die DGIV das Fehlen einer modernen Raum- und Betriebskonzeption, die den Arbeitsalltag der Notfallteams erheblich erleichtern könnten, anstatt Fehlanreize zu setzen. Auch fordert die DGIV eine bessere Integration von telemedizinischen Versorgungsstrukturen und ein zukunftsgerichtetes Kapazitätsmanagement, das Notfallpatienten planbar einbezieht und so Kapazitätsengpässe entschärft. Trotz positiver Ansätze im Entwurf, sieht die DGIV weiteren Optimierungsbedarf, insbesondere zur Reduktion der strukturellen Ineffizienzen und zur Schaffung einer nachhaltigen Notfallversorgung.