

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (Kommission Neurologische Notfallmedizin) und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Fassung vom 03.06.2024)

Stand: 21.06.2024

Die Notwendigkeit einer Reform der Notfallversorgung in Deutschland ist unbestritten. Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung stellt einen wichtigen Schritt für eine Reform dar. Allerdings bestehen aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft im Hinblick auf zentrale Elemente des Reformvorhabens erhebliche Bedenken, inwieweit das gesetzte Ziel mit den vorgesehenen Maßnahmen erreicht werden kann.

Wesentliche Komponenten des Gesetzesentwurfs sind

- die Vernetzung der Rufnummern 116117 und 112 mit Stärkung einer neu einzurichtenden Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung,
- eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der kassenärztlichen Vereinigungen und
- die Einrichtung von integrierten Notfallzentren.

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:

Vernetzung der Rufnummern 116117 und 112, Akutleitstelle

Die Vernetzung des Notrufs der Kassenärztlichen Vereinigungen (Rufnummer 116117) und der Rettungsleitstelle (Rufnummer 112) wird im Gesetzesentwurf zwar angesprochen, letztlich ist aber keine Zusammenführung vorgesehen. Vielmehr steht die Stärkung der Rolle der kassenärztlichen Versorgung für die Erstversorgung von Patienten und deren Weiterleitung im Vordergrund. Weder enthält der Gesetzesentwurf Regelungen zur Reform des Rettungsdienstes, wie sie beispielsweise in der 9. Stellungnahme der Regierungskommission vorgeschlagen worden sind, noch ist eine verpflichtende Vernetzung der beiden Strukturen vorgesehen. Stattdessen ist eine Verzahnung der kassenärztlichen Notfallversorgung und des Rettungsdienstes lediglich auf Antrag des Rettungsdienstes vorgesehen. Dies mag zwar aufgrund der Länderkompetenzen bei der Organisation des Rettungsdienstes nachvollziehbar sein, die fehlende Verpflichtung für ein einheitliches Rettungsleitstellensystem birgt jedoch die große Gefahr regional sehr unterschiedlicher Regelungen bis hin zur Vorhaltung einer vollständigen und wenig effizienten Doppelstruktur der beiden Notrufsäulen.

Dass qualifizierte digitale Unterstützung für die Vernetzung der an der Notfallversorgung beteiligten Strukturen wünschenswert ist, steht außer Frage. Dass belastbare, bundesweit standardisierte Systeme innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens entwickelt werden können, erscheint hingegen unrealistisch. Diese sind aber eine Voraussetzung für den optionalen Antrag einer regionalen Vernetzung von Rettungsleitstelle und Kassenärztlicher Vereinigung.

Zwar werden Regelungen für die zeitliche Vorhaltungen der neu zu etablieren Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung genannt, es werden aber keinerlei Vorgaben für die erforderliche notfallmedizinische Qualifikation gemacht. Insbesondere aus Sicht der neurologischen Notfallversorgung mit häufig kritischen Erkrankungen, die sehr schnell korrekt eingeordnet und der adäquaten Behandlung zugeführt werden müssen, erscheint dies unzureichend.

Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen

Eine Motivation für das Reformvorhaben entsteht aufgrund der Vorstellung einer Fehlsteuerung der Patienten, die nicht selten in der fehlenden Verfügbarkeit ausreichender ambulanter Versorgungskapazitäten in der kassenärztlichen Versorgung begründet ist. Die nun im Gesetzesvorhaben avisierte Verlagerung weiterer Versorgungsaufgaben in den kassenärztlichen Bereich dürfte diese Engpässe eher verstärken. Aus dem Gesetzesvorhaben lässt sich nicht erkennen, in welcher Weise die erforderlichen Leistungen der Notfallversorgung mit den bisherigen Ressourcen der Kassenärztlichen Vereinigung geleistet werden sollen. Zumal auch neue technische Strukturen wie eine telemedizinische Versorgung eingerichtet werden sollen, für die in den meisten Regionen Deutschlands bislang keine entsprechenden Voraussetzungen bestehen. Die fehlende Definition der erforderlichen notfallmedizinischen Qualifikation des Personals wiegt umso schwerer, als die ebenfalls im Gesetzesentwurf vorgesehenen, bundesweit einzusetzenden qualifizierten ambulanten Ersteinschätzungsinstrumente wissenschaftlich nicht evaluiert sind. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen bislang favorisierten Systeme wie das SmED sind insbesondere bezüglich neurologischer Notfallsymptome, die besonders schwer zu interpretieren sind, nicht entwickelt und nicht hinreichend evaluiert.

Die Möglichkeit, den aufzusuchenden Dienst durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal bestücken zu können, dürfte in Anbetracht der gegenwärtigen und vor allem in Zukunft noch ausgeprägter zu erwartenden Engpässe in der Verfügbarkeit des nicht-ärztlichen, medizinisch qualifizierten Personals kaum eine Entlastung darstellen.

Die notärztliche Akutversorgung im Rahmen der kassenärztlichen Verantwortung soll sich ausdrücklich auf eine „Erstversorgung der Versicherten“ beschränken. Unklar bleibt jedoch, wie der Begriff der Erstversorgung definiert werden soll.

Die im Gesetzesvorhaben vorgesehenen Änderungen stellen eine erhebliche zusätzliche Belastung der kassenärztlichen Versorgung dar, die die ohnehin bereits bestehenden Versorgungsempässe bei

der Bereitstellung rascher ambulanter Behandlungstermine, nicht zuletzt besonders in der Neurologie, verstärkt. Die vorgesehenen zusätzlichen Aufgaben in der kassenärztlichen Notfallversorgung bedürfen einer sorgfältigen Folgenabschätzung, um den Nutzen und vor allem auch das Risiko einer Verschlechterung der bestehenden Situation durch das Reformvorhaben einschätzen zu können. Diese Risikoprüfung unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung scheint jedoch nicht vorzuliegen.

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft ist es auch zu bemängeln, dass lediglich vage Vorgaben zu Überprüfung der Qualität und der quantitativen Umsetzung der vorgesehenen Regelungen des Gesetzes enthalten sind. Eine Berichtspflicht in ein- oder mehrjährigen Abständen erscheint nicht geeignet, eine hinreichende begleitende Qualitätssicherung und gegebenenfalls Weiterentwicklung des Systems zu ermöglichen.

Einrichtung von integrierten Notfallzentren

Die flächendeckende Einführung integrierter Notfallzentren unter Leitung der Kliniken mit Einbeziehung einer kassenärztlichen Notarztpraxis kann durchaus geeignet sein, die weitere Versorgung von Patienten, insbesondere an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären Behandlung, besser zu strukturieren. Allerdings fällt auf, dass das Gesetzesvorhaben wesentliche kritische Aspekte, die bereits in der Vergangenheit nicht befriedigend gelöst werden konnten, weiter verschiebt. Hier ist insbesondere die wiederholt im Gesetzesvorhaben angesprochene Einrichtung einer zentralen Ersteinschätzungsstelle zu nennen, die die Entwicklung eines hinreichend qualifizierten (digitalen) Ersteinschätzungsverfahrens voraussetzt und nun erneut dem Verantwortungsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses zugewiesen wird. So nachvollziehbar die Forderung nach einem belastbaren Ersteinschätzungsinstrument auch sein mag, die Erfahrungen und vor allem die bislang fruchtlosen Bemühungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, hierzu belastbare Vorgaben zu machen, lassen erhebliche Zweifel daran aufkommen, dass dies in den vorgesehenen Fristen gelingen kann. Bis heute steht kein entsprechendes Instrument zur Verfügung, das für die allgemeine Verwendung in Gesundheitseinrichtungen geeignet wäre. Aus Sicht der Neurologie ist außerdem anzumerken, dass sowohl die Bemühungen der Kassenärztlichen Vereinigungen für eine ambulante Ersteinschätzung als auch die bisherigen Vorschläge des Gemeinsamen Bundesausschusses, die zuletzt vom Bundesministerium für Gesundheit als ungeeignet beanstandet worden waren, ohne Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft entwickelt worden sind. Die besondere Rolle neurologischer Notfallsymptome mit dem besonders hohen Risiko einer Fehleinschätzung und damit einer schlechteren Versorgung der Bevölkerung macht eine Beteiligung der neurologischen Fachgesellschaften zwingend notwendig. Dies erscheint umso dringender, als in den kommenden Jahren eine deutliche Zunahme neurologischer Erkrankungen und damit auch eine entsprechende Mehrbelastung der Notfallversorgung zu erwarten ist.

Standorte für integrierte Notfallzentren müssen zwingend auch den Konsequenzen der parallel zur Reform der Notfallversorgung vorgesehenen Reform der Krankenhausstrukturen in Deutschland

Rechnung tragen. Ohne eine enge Abstimmung und Schaffung zusätzlicher Strukturen ist eine Einhaltung der im Gesetzesvorhaben genannten zeitlichen Vorgaben für eine Versorgung von Notfallpatienten unter „30 Fahrzeitminuten für mindestens 95 % der zu versorgenden Menschen einer Planungsregion“ nicht zu sichern. Dies ist insbesondere für die Versorgung von Schlaganfallpatienten in manchen Regionen Deutschlands bereits aktuell nicht gesichert und würde sich bei Umsetzung der geplanten Krankenhausreform weiter verschlechtern, wie auch die Modellrechnungen der Krankenhauskommission zeigen.

Die zeitliche Verfügbarkeit von Notdienstpraxen ist lediglich für die Mindestöffnungszeiten definiert. Diese beschränken sich auf wenige Zeiten am Wochenende sowie die Abendstunden. Die ambulante Akutversorgung soll außerhalb dieser Sprechstundenzeiten durch die an das integrierte Notfallzentrum angebundenen Kooperationspraxen abgedeckt werden. Zu Zeiten, zu denen weder die Notdienstpraxis noch die Kooperationspraxis geöffnet haben, soll die Notaufnahme des Krankenhauses die gesamte ambulante notärztliche Versorgung abdecken. Dies weist den beteiligten Kliniken Aufgaben zu, die in erheblicher Weise die Klinikressourcen belasten, welche schon jetzt wirtschaftlich nicht ausreichend gedeckt sind.

Das Gesetzesvorhaben konzidiert mit diesen Regelungen, dass letztlich der ambulante Versorgungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen erhebliche Lücken aufweisen wird. Grundsätzlich kann daher die Frage gestellt werden, ob ein einfacheres System, das die gesamte Notfallversorgung denjenigen Kliniken überantwortet, die in geeigneter Weise auch ambulante Versorgungsstrukturen vorhalten, den Zielen des Gesetzesvorgaben nicht besser entsprechen könnte. Zumal Kliniken nicht nur auf eine wesentlich stärkere fachliche Tiefe durch unterschiedliche Fachdisziplinen zurückgreifen können, sondern auch über geeignete Vorhaltungen für eine rasche und spezifische Notfallversorgung verfügen. Auch ist nicht davon auszugehen, dass die Fokussierung der an der Notfallversorgung der Bevölkerung Beteiligten auf zwei parallele Versorgungsstrukturen, den Rettungsdienst und die Notfallzentren, Abstimmung und Effizienz der Notfallversorgung erheblich steigern könnten. Unter diesem Gesichtspunkt muss auch der im Referentenentwurf unter Punkt C genannten Position, nachdem es keine Alternativen zu den vorgeschlagenen Regelungen gäbe, widersprochen werden. Das Bemühen einer Aufrechterhaltung der Trennung zwischen ambulanter kassenärztlicher Notfallversorgung und der Notfallversorgung der Kliniken bedingt die zum Teil sehr komplexen und realitätsfernen Regelungen des Gesetzesentwurfs.

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft sind die Regelungen des vorliegenden Gesetzesentwurfs nur bedingt geeignet, eine wesentliche und nachhaltige Verbesserung der Notfallversorgung sicherzustellen. Insbesondere die Spezifika der neurologischen Notfallversorgung, die insbesondere durch die Schlaganfallbehandlung und die Versorgung anderer, oft komplexer, mehrheitlich aber sehr rasch behandlungsbedürftiger Erkrankungen wie der Meningitis, Rückenmarksschädigungen oder Epilepsien gekennzeichnet ist, werden durch die qualitativ unzureichend definierte Zuordnung zur ambulanten kassenärztlichen Versorgung nicht hinreichend berücksichtigt.

Literatur

Neunte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und - bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung; Leiter und Koordinator: Prof. Dr. med. Tom Bschor; c/o Bundesministerium für Gesundheit; Veröffentlichung: 7. September 2023

Pressemitteilung der KBV, Kassenärztliche Bundesvereinigung zum Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung. Unrealistische Fristsetzung und übermäßige Bürokratie.

https://www.kbv.de/html/2024_69958.php

Collaborators GBDCoD. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024.

Dubosh NM, Edlow JA, Lefton M, Pope JV. Types of diagnostic errors in neurological emergencies in the emergency department. *Diagnosis (Berl)*. 2015;2(1):21-8.

Newman-Toker DE, Peterson SM, Badihian S, Hassoon A, Nassery N, Parizadeh D, Wilson LM, Jia Y, Omron R, Tharmarajah S, Guerin L, Bastani PB, Fracica EA, Kotwal S, Robinson KA. Diagnostic Errors in the Emergency Department: A Systematic Review [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2022 Dec. Report No.: 22(23)-EHC043. PMID: 36574484.

Kottapally M, Josephson SA. Common neurologic emergencies for nonneurologists: When minutes count. *Cleve Clin J Med*. 2016;83(2):116-26.

Liberman AL, Prabhakaran S, Zhang C, Kamel H. Prevalence of Neurological Complaints in US Emergency Departments, 2016-2019. *JAMA Neurol*. 2023;80(2):213-5.

Looi M. The European healthcare workforce crisis: how bad is it? *BMJ* 2024; 384 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.q8> (Published 19 January 2024) Cite this as: *BMJ* 2024;384:q8

Moeller JJ, Kurniawan J, Gubitz GJ, Ross JA, Bhan V. Diagnostic accuracy of neurological problems in the emergency department. *Can J Neurol Sci*. 2008;35(3):335-41.

Pinto A, Reginelli A, Pinto F, Lo Re G, Midiri F, Muzj C, et al. Errors in imaging patients in the emergency setting. *Br J Radiol*. 2016;89(1061):20150914.

Schmitt J, Sundmacher L, Augurzky B, Busse R, Karagiannidis C, Krause F, Schwarz Rm Wolff J, Pschorr T. Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung. 2024. doi.org/10.24945/MFV.03.24.1866-0533.2606.

Topka H, Pfefferkorn T, Andres F, Kastrup A, Klein M, Niesen W, et al. [Online survey of the organizational structures of emergency neurology in Germany]. *Nervenarzt*. 2017;88(6):625-34.

Wallesch C, Janzen RWC, al. e. Organisation der Notaufnahme an Krankenhäusern mit neurologischer Fachabteilung. *Akt Neurol*. 2007(34):416-21.