

# Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation

**Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des  
medizinischen Versorgungsbedarfs von  
Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls  
an ein Krankenhaus wenden gemäß  
§ 120 Absatz 3b SGB V:**

Stand: 6. Juli 2023

Unterausschuss Bedarfsplanung  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

## Inhaltsverzeichnis

1. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.04.2023 über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
2. Unterlagen, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden
  - a. Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V **Entwurf A**
  - b. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V **Entwurf A**
  - c. Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V **Entwurf B**
  - d. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V **Entwurf B**
  - e. Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V **Entwurf C**
  - f. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V **Entwurf C**
  - g. Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V **Entwurf D**
  - h. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V **Entwurf D**
3. Schriftliche Stellungnahmen
4. Wortprotokoll der mündlichen Anhörung am 13. Juli 2022

# Beschluss



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 und 5a SGB V sowie weitere Stellungnahmeberechtigte gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerfO vor einer abschließenden Entscheidung über die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V

Vom 21. April 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. April 2022 beschlossen, das Stellungnahmeverfahren mit den Stellungnahmeberechtigten gemäß § 91 Absatz 5 und 5a SGB V sowie gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerfO zum Beschlussentwurf über die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V einzuleiten.

Folgende Stellungnahmeberechtigte erhalten Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme:

- Bundesärztekammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V)
- Bundespsychotherapeutenkammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V)
- Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (gemäß § 91 Absatz 5a SGB V)
- die entsprechend des Beschlusses unter TOP 9.6.1 bestimmten gewillkürten Stellungnahmeberechtigten.

Die Frist für die Abgabe der schriftlichen Stellungnahme beträgt 5 Wochen.

Berlin, den 21. April 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 92 SGB V  
Der Vorsitzende  
Prof. Hecken

# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des  
medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die  
sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wen-  
den gemäß § 120 Absatz 3b SGB V

Vom 21. Juli 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2022 folgende Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V beschlossen:

- I. Die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V wird wie folgt gefasst:

**„Richtlinie**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden,  
die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden  
gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

## **§ 1 Ziel der Regelung**

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden. Die Ersteinschätzung dient der Feststellung, ob ein sofortiger Behandlungsbedarf vorliegt. Das strukturierte und validierte System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V ist integraler Bestandteil der qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung.
- (2) Die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V im Krankenhaus setzt voraus, dass bei der Durchführung der Ersteinschätzung nach diesen Regelungen ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Patientinnen und Patienten, bei denen kein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde, werden strukturiert an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b SGB V oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1 SGB V weitergeleitet.

## **§ 2 Allgemeine Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung**

- (1) Die Ersteinschätzung ist unter Berücksichtigung der am Krankenhausstandort und im 30 Pkw-Fahrzeitminutenradius um das Krankenhaus vorhandenen und in den nächsten sieben Kalendertagen ab dem Zeitpunkt der Ersteinschätzung verfügbaren vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten zu treffen.
- (2) Der Ersteinschätzungsprozess erfolgt unter Integration des strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten gemäß § 12 Nr. 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V.
- (3) Die Ersteinschätzung wird an einer zentralen und für die Patientinnen und Patienten gut erkennbaren Stelle im Krankenhaus durchgeführt. Jeder Notfallpatient und jede Notfallpatientin, der oder die eigenständig ein Krankenhaus aufsucht oder bei der oder dem im Rettungswagen kein unmittelbar behandlungsbedürftiger, lebensbedrohlicher Zustand festgestellt wurde, erhält eine Ersteinschätzung innerhalb von zehn Minuten nach Eintreffen im Krankenhaus.
- (4) Die durch ein digitales Ersteinschätzungsinstrument nach § 3 Absatz 1 unterstützte Ersteinschätzung wird von einer Pflegekraft durchgeführt, die über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ verfügt und

- a. über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in der klinischen Notfallversorgung verfügt,
  - b. in der Anwendung des Ersteinschätzungsinstruments nach § 3 Absatz 1 sowie den Prozessen der Patientenweiterleitung nach § 3 Absatz 2 geschult ist,
  - c. mind. einmal pro Monat an einem Qualitätszirkel zur Besprechung kritischer Ereignisse im Zusammenhang mit der Ersteinschätzung von Notfallpatientinnen- und Patienten teilnimmt, mit dem Ziel qualitätsverbessernde Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus zu identifizieren und umzusetzen und
  - d. regelmäßig im Erkennen von Notfalleitsymptomen, die Hinweise auf lebensbedrohliche Zustände oder abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe geben, geschult wird.
- (5) Zur Gewährleistung der Hintergrundsicherheit steht jederzeit ein Facharzt des Krankenhauses mit der Zusatzqualifikation „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ im Anwesenheitsdienst zur Verfügung, der von der Pflegekraft nach Satz 1 insbesondere bei Fragen zur Behandlungsdringlichkeit und zur geeigneten Versorgungsebene hinzugezogen werden kann.

### **§ 3 Anforderungen an das standardisierte Ersteinschätzungsinstrument und die Prozesse der Weiterleitung in eine geeignete Versorgungsebene**

- (1) Die Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden, wird durch ein digitales Assistenzsystem (im Folgenden: Ersteinschätzungsinstrument) unterstützt, das die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:
- a. Das Ersteinschätzungsinstrument muss sowohl geeignet sein, lebensbedrohliche Zustände und abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe innerhalb von einer Minute zu erkennen als auch Behandlungsanlässe mit geringer oder fehlender Dringlichkeit zu identifizieren.
  - b. Das Ersteinschätzungsinstrument bildet alle in der Akut- und Notfallversorgung auftretenden Behandlungsanlässe ab, z.B. auf der Basis des Canadian Emergency Department Information System (CEDIS-Katalog).
  - c. Die Behandlungsdringlichkeit wird auf Basis eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung erfasst und in fünf Dringlichkeitsstufen abgebildet (Stufe 1 = höchste Dringlichkeitsstufe, Stufe 5 = niedrigste Dringlichkeitsstufe). Das System zur Behandlungspriorisierung ist integraler Bestandteil des Ersteinschätzungsinstruments.
  - d. Das Ersteinschätzungsinstrument gibt eine Empfehlung für die geeignete Versorgungsebene ab (stationäre Behandlung im Krankenhaus, ambulante Behandlung in der Zentralen Notaufnahme des Krankenhauses, Notdienst-, Bereitschaftsdienst- oder Portalpraxis am Krankenhausstandort (im Folgenden: Notdienstpraxis), an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren oder keine ambulante Versorgungsnotwendigkeit). Für Patientinnen und Patienten der Dringlichkeitsstufen 3 bis 5 wird eine ambulante Versorgungsmöglichkeit in einer vertragsärztlichen Versorgungsstruktur geprüft,

dabei ist das Vorliegen von Notfallleitsymptomen, die Hinweise auf lebensbedrohliche Zustände oder abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe geben, auszuschließen. Sofern als geeignete Versorgungsebene die Weiterleitung an eine Partnerpraxis (ein Vertragsarzt oder eine Vertragsärztin oder ein medizinisches Versorgungszentrum mit einer entsprechenden Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) festgelegt wurde, gibt das Ersteinschätzungsinstrument eine Empfehlung zum medizinisch vertretbaren Zeitfenster bis zur Behandlung in einer Partnerpraxis:

- i. Behandlung innerhalb von 24 Stunden,
  - ii. Behandlung innerhalb von 3 Tagen,
  - iii. Behandlung innerhalb von 7 Tagen,
  - iv. Behandlung innerhalb von 30 Tagen erforderlich.
- e. Das Ersteinschätzungsinstrument gibt eine Empfehlung zum voraussichtlichen Ressourcenbedarf nach § 4 Absatz 2 Satz 4 für die ambulante Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten der Dringlichkeitsstufen 3 bis 5.
  - f. Zu jeder Ersteinschätzung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten erstellt das Ersteinschätzungsinstrument einen digitalen Ergebnisbericht, der mindestens die Dringlichkeitsstufe, die Leitsymptome der Patientin oder des Patienten, die empfohlene Versorgungsebene, den voraussichtlichen Ressourcenbedarf nach § 4 Absatz 2 Satz 4 und das medizinisch vertretbare Zeitfenster bis zur Behandlung umfasst. Sofern die Einwilligung des Patienten oder der Patientin vorliegt, wird der Ergebnisbericht unter Nutzung der Dienste der Telematik-Infrastruktur an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin übermittelt.
  - g. Der Patient oder die Patientin wird in den Fällen, in denen er oder sie nicht durch das Krankenhaus weiterbehandelt wird, über das Ergebnis der Ersteinschätzung auch schriftlich informiert. Die schriftliche Information sollte auch in einfacher Sprache und mehrsprachig angeboten werden.
- (2) Zur Sicherstellung einer geeigneten und zeitnahen Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten auf Grundlage der Ergebnisse der Ersteinschätzung sind folgende Mindestanforderungen an die Prozesse der Ersteinschätzung und Patientenweiterleitung zu erfüllen:
- a. Das Ergebnis der Ersteinschätzung ist grundsätzlich verbindlich. Abweichungen, insbesondere zur empfohlenen Versorgungsebene, sind in der elektronischen Patientenakte des Krankenhauses und im Qualitätssicherungssystem des Ersteinschätzungsinstruments zu dokumentieren und zu begründen.
  - b. Notfallpatientinnen und -patienten der Dringlichkeitsstufen 1 bis 2 werden direkt an die Zentrale Notaufnahme (ZNA) des Krankenhauses zur Notfallbehandlung oder, sofern erforderlich, zur vollstationären Aufnahme weitergeleitet. Die Prüfung einer ambulanten Behandlungsmöglichkeit nach Absatz 1 Buchst. d entfällt für diese Patientinnen und Patienten.
  - c. Das Ersteinschätzungsinstrument unterscheidet bei der Zuweisung der Versorgungsebene nach der Verfügbarkeit der vertragsärztlichen Versorgungsangebote zum Zeitpunkt der Ersteinschätzung. Sofern eine geeignete Notdienstpraxis

verfügbar ist, ist diese prioritär gegenüber Partnerpraxen anzusteuern. Notfallpatientinnen- und Patienten der Dringlichkeitsstufen 3 bis 5, für die das Ersteinschätzungsinstrument eine ambulante Versorgung in einer Notdienstpraxis gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 SGB V am Krankenhausstandort empfiehlt, werden an die Notdienstpraxis weitergeleitet.

- d. Notfallpatientinnen und -patienten der Dringlichkeitsstufen 3 bis 5 für die das Ersteinschätzungsinstrument eine ambulante Versorgung in einer Partnerpraxis empfiehlt, werden unter Berücksichtigung des medizinisch vertretbaren Behandlungszeitfensters und des voraussichtlichen Ressourcenbedarfs an eine geeignete Partnerpraxis im 30-Pkw-Fahrzeitminutenradius um das Krankenhaus weitergeleitet.
- e. Bevor eine Weiterleitung an eine Partnerpraxis nach Buchst. d erfolgt, prüft ein Facharzt oder eine Fachärztin des Krankenhauses mit der Zusatzqualifikation „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ auf Basis des Ergebnisberichts der Ersteinschätzung nach Absatz 1 Buchst. f den durch das Ersteinschätzungsinstrument vorgeschlagenen Ressourcenbedarf und das vorgeschlagene medizinisch vertretbare Zeitfenster bis zur Behandlung in einer Partnerpraxis.
- f. Ist eine Weiterleitung nach Buchst. c oder d aufgrund von fehlenden vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten nachweislich nicht möglich oder ist das Ergebnis der Prüfung nach Buchst. e, dass eine Weiterleitung der Patientin oder des Patienten medizinisch nicht vertretbar ist, ist dies in der elektronischen Patientenakte des Krankenhauses und im Qualitätssicherungssystem des Ersteinschätzungsinstruments zu dokumentieren. Die Behandlung erfolgt in diesen Fällen in der ZNA des Krankenhauses.

#### **§ 4 Strukturierte Weiterleitung von Notfallpatientinnen und -patienten an Partnerpraxen**

- (1) Ist am Standort des Krankenhauses keine Notdienstpraxis vorhanden, schließt die KV gesonderte Vereinbarungen mit geeigneten Partnerpraxen, um eine unmittelbare Anschlussversorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Partnerpraxen befinden sich im 30 Pkw-Fahrzeitminutenradius des Krankenhauses und verpflichten sich, ambulante Notfallpatientinnen und -patienten zu versorgen, entsprechende Zeitfenster in ihrer Terminplanung freizuhalten und an die Terminservicestelle zu übermitteln. Bei der Auswahl der Partnerpraxen ist in den üblichen Sprechstundenzeiten sowie außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten (Notdienst) auf eine möglichst vollständige Abdeckung je Fachrichtung und auf eine möglichst vollständige Abdeckung der Ressourcen gemäß Absatz 2 zu achten.
- (2) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung hat die Terminservicestelle regelmäßig, über das vertragsärztliche Versorgungsangebot im Einzugsbereich des Krankenhauses zu informieren. Diese Informationen umfassen verfügbare von der KV im Umfeld des Krankenhausstandorts betriebene Partnerpraxen, sowie deren Öffnungszeiten und Ressourcen gem. Satz 4. Die Information muss auch Urlaubs- und Krankheitsvertretungen enthalten. Dabei ist mindestens die Verfügbarkeit der folgenden Facharztgruppen bzw. Ressourcen transparent darzustellen:

- a. Allgemeinmedizin (kleines Labor, Sonographie, EKG),
- b. Radiologie (Röntgen/Schichtbild, Angiographie peripher/Phlebographie)
- c. Gastroenterologie (Endoskopie des oberen und unteren Verdauungstraktes inkl. Rektoskopie und Proktoskopie)
- d. Kardiologie (Herzkatheter, Echokardiographie, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG)
- e. Gynäkologie und Geburtshilfe,
- f. Urologie
- g. Orthopädie und Unfallchirurgie
  - i. kleinchirurgische Eingriffe, Verbände und Stützverbände
  - ii. konservative Behandlung von Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems
- h. Kinder- und Jugendmedizin,
- i. Schmerztherapie/Palliativversorgung,
- j. Augenheilkunde,
- k. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
- l. Dermatologie,
- m. Psychiatrische Versorgung.

Im Falle einer Weiterleitung nach § 3 Absatz 2 Buchst. d vereinbart das Krankenhaus über die Terminservicestelle einen Termin. Die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a SGB V stellt spätestens ab dem 01. Januar 2023 rund um die Uhr eine digitale Buchungsmöglichkeit der freien Termine und Ressourcen in Partnerpraxen im 30 Pkw-Fahrzeitminutenradius um das Krankenhaus für die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten zur Verfügung. Mit jeder Buchung wird ein Vermittlungskode mit Zeitstempel der Ersteinschätzung zur Weitergabe an den Patienten oder die Patientin generiert, über den der Patient oder die Patientin bei Bedarf Nachfragen zum Termin an die Terminservicestelle richten oder Änderungen an der Buchung vornehmen kann (z.B. Absage des Termins). Der Vermittlungskode dient auch als Nachweis in den Partnerpraxen, dass es sich um eine Weiterleitung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten nach § 3 Absatz 2 Buchstabe d handelt. Bei festgestellter ambulanter Behandlungsbedürftigkeit besteht kein Überweisungserfordernis nach § 75 Abs. 1a SGB V.

- (3) Ist keine Terminbuchung bei einem geeigneten Facharzt innerhalb des medizinisch zumutbaren Zeitfensters möglich, wird über das digitale Buchungssystem der Terminservicestelle ein Nachweiskode generiert, der als Nachweis für das Krankenhaus dient, dass aufgrund fehlender vertragsärztlicher Behandlungskapazitäten eine Behandlung in der ZNA erforderlich war.
- (4) Das Krankenhaus bucht über das digitale Buchungssystem der Terminservicestelle einen Termin bei einer Partnerpraxis für die Notfallpatientin oder den Notfallpatienten nach § 3 Absatz 2 Buchstabe d unter Berücksichtigung des vertretbaren Behandlungszeitfensters nach § 3 Absatz 1 Buchst. d und des voraussichtlich erforderlichen Ressourcenbedarfs. Das Krankenhaus übermittelt mit der Terminbuchung sein Standortkennzeichen (Standortnummer) gemäß der Vereinbarung nach § 293 Abs. 6 SGB V an die Terminservicestelle. Der Patient oder die Patientin erhält vom Krankenhaus schriftlich (digital oder in Papierform) alle erforderlichen Informationen zum gebuchten Termin (mindestens Tag, Uhrzeit, Name und Anschrift der Partnerpraxis) und den über das

digitale Buchungssystem der Terminservicestelle generierten Buchungskode. Der Buchungskode dient zum Nachweis in den Partnerpraxen, dass es sich um eine Weiterleitung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten nach § 3 Absatz 2 Buchstabe d handelt. Gibt ein Patient oder eine Patientin nicht seine Einwilligung zur Terminbuchung über das digitale Buchungssystem der Terminservicestelle durch das Krankenhaus oder liegt keine Behandlungserforderlichkeit innerhalb der nächsten 7 Tage vor, erhält er oder sie vom Krankenhaus einen patientenindividuellen Code für die Terminservicestelle, mit dem er oder sie dort selbst einen Termin vereinbaren kann und der belegt, dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 vorliegt.

## **§ 5 Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung**

Der Ergebnisbericht der Ersteinschätzung nach § 3 Absatz 1 Buchst. f ist in der elektronischen Patientenakte des Krankenhauses zu speichern. Ist bei Patientinnen und Patienten nach § 3 Absatz 2 Buchst. d aufgrund von fehlenden vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten eine Behandlung in der ZNA des Krankenhauses erforderlich, ist der Nachweiskode nach § 4 Absatz 3 in der elektronischen Patientenakte des Krankenhauses zu speichern.

## **§ 6 Qualitätssicherung**

- (1) Das Ersteinschätzungsinstrument nach § 3 Absatz 1 muss mindestens folgende Qualitätsanforderungen erfüllen, die regelmäßig zu evaluieren sind:
  - a. Das Ersteinschätzungsinstrument muss Fälle mit ambulantem Behandlungsbedarf zuverlässig identifizieren und für diese Fälle entsprechend eine ambulante Versorgungsebene empfehlen. Das Ersteinschätzungsinstrument darf die Rate der Wiedervorstellungen in der Notaufnahme innerhalb von 72 Stunden nach der ursprünglichen Ersteinschätzung nicht signifikant erhöhen.
  - b. Die Patientensicherheit ist zu gewährleisten. Unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Ersteinschätzung müssen im Qualitätssicherungssystem des Ersteinschätzungsinstruments erfasst und sofern sie auf Fehler im Entscheidungsprozess des Instruments zurückführbar sind durch Optimierung des Instruments für die Zukunft vermieden werden.
  - c. Das Ersteinschätzungsinstrument kann Fälle mit gleicher Leitsymptomatik bei unterschiedlichem Schweregrad unterscheiden. Nebendiagnosen ohne medizinischen Einfluss auf den akuten Behandlungsanlass dürfen sich nicht schweregrad erhöhend auswirken. Soziale Faktoren dürfen keinen Einfluss auf den Entscheidungsalgorithmus haben.
  - d. Das Ersteinschätzungsinstrument muss validiert und reliabel sein. Es muss unabhängig von der eingesetzten Software und der anwendenden Person zu vergleichbaren Ergebnissen führen.
  - e. Die notfallmedizinischen Inhalte des Ersteinschätzungsinstruments müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Dies schließt eine stetige Aktualisierung und Optimierung der Inhalte im Hinblick auf die in diesem Paragraphen formulierten Anforderungen ein.

- f. Das Ersteinschätzungsinstrument stellt für den Nutzer nachvollziehbar dar, worauf die Empfehlungen im Ergebnisbericht nach § 3 Absatz 1 Buchst. f basieren.
  - g. Das Ersteinschätzungsinstrument muss auf verschiedenen Endgeräten nutzbar sein (z.B. auf mobilen Endgeräten wie Smartphones oder Tablets und stationären Endgeräten wie Desktop-PCs). Darüber hinaus muss die Anwendung digital dokumentierbar und mit Zeitstempel in die elektronische Patientenakte des Krankenhauses integrierbar sein.
  - h. Eine Weiterleitung der im Rahmen der Ersteinschätzung eingegebenen Daten und des Ergebnisberichts nach § 3 Absatz 1 Buchst. f zur Weiternutzung im Rahmen der Patientenbehandlung ist unter Nutzung der Dienste der Telematik-Infrastruktur über eine geeignete Schnittstelle zum KIS-System bzw. ZNA-IT-System des Krankenhauses und zum IT-System der Notdienstpraxis der KV möglich.
  - i. Für die strukturierte Weiterleitung von Notfallpatientinnen und -patienten nach § 4 hat das Ersteinschätzungsinstrument eine geeignete Schnittstelle zur Terminservicestelle der KV.
  - j. Das Ersteinschätzungsinstrument muss DSGVO-konform sein, den Anforderungen des Sozialdatenschutzes entsprechen und es müssen Mechanismen zur Datensicherheit implementiert sein. Die Daten dürfen nur innerhalb der Europäischen Union verarbeitet werden.
  - k. Das Ersteinschätzungsinstrument ist durch eine unabhängige Stelle zu zertifizieren. Im Rahmen des Zertifizierungsprozesses sind die o.g. Anforderungen nachzuweisen. Dabei muss das Ersteinschätzungsinstrument im Rahmen der Zertifizierung nachweisen, dass mindestens 500 vorab durch die Zertifizierungsstelle definierte Fälle korrekt eingeschätzt wurden. Die Zertifizierung ist jährlich zu überprüfen.
- (2) Die KVen veröffentlichen in einem jährlichen Kurzbericht auf Ihrer Website
- a. wie viele Terminanfragen je Krankenhausstandort für Notfallpatientinnen und -patienten nach § 3 Absatz 2 Buchst. d an die Terminservicestelle gestellt wurden,
  - b. wie viele Termine je Facharztgruppe innerhalb von 24 Stunden, 3 Tagen und 7 Tagen vermittelt werden konnten,
  - c. wie viele je Krankenhausstandort angefragte Termine je Facharztgruppe aufgrund von fehlenden vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten nicht vermittelt werden konnten.
  - d. wie viele Termine je Facharztgruppe von der Terminservicestelle an Patientinnen und Patienten vermittelt wurden, die sich aufgrund einer Überweisung des Krankenhauses nach § 4 Absatz 4 an die Terminservicestelle gewendet haben.

- (3) Zur Evaluation der Mindestanforderungen an die Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs nach diesen Regelungen übermitteln die Krankenhäuser standortbezogen die Daten nach Buchst. a-f und die KVen für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich die Daten nach Buchst. g-i bis zum 01.02. jeweils für das gesamte zurückliegende Kalenderjahr (Erfassungsjahr) in elektronischer Form an den G-BA:
- a. Verwendetes Ersteinschätzungsinstrument,
  - b. Anzahl der durchgeführten Ersteinschätzungen,
  - c. Anzahl der Zuordnungen je Dringlichkeitsstufe,
  - d. Anzahl der weitergeleiteten Fälle je Versorgungsebene (Partnerpraxen, Notdienstpraxis am Krankenhausstandort, Vermittlung an Terminservicestelle, ambulante Behandlung in der ZNA, vollstationäre Behandlung im Krankenhaus),
  - e. Anzahl der Wiedervorstellungen innerhalb von 72 Stunden nach Ersteinschätzung und Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung (Partnerpraxen oder Notdienstpraxis am Krankenhausstandort.
  - f. Hauptdiagnosen (ICD-Kode) der ambulant in der ZNA behandelten Fälle.
  - g. Anzahl und Hauptdiagnosen (ICD-Kode) der behandelten Fälle in Notdienstpraxen am Krankenhausstandort
  - h. Anzahl und Hauptdiagnosen (ICD-Kode) der je Facharztgruppe in Partnerpraxen behandelten Fälle nach Weiterleitung auf Basis einer Ersteinschätzung nach diesen Regelungen
  - i. Zeitraum nach der Ersteinschätzung bis zu dem eine Patientin oder der Patient eine vertragsärztliche Versorgung erhalten hat (basierend auf dem Zeitstempel des Buchungskodes).

Die Datenannahmestelle ist das IQTIG. Die Datenannahmestelle prüft die an sie übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert die Einrichtung bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch die Einrichtung an die Datenannahmestelle ist bis zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich. Die Daten werden im Auftrag des G-BA vom IQTIG ausgewertet und die Ergebnisse standortbezogen bzw. KV-bezogen veröffentlicht. Auf Grundlage dieser Daten ermittelt der G-BA die Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen und die Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Er überprüft im Rahmen der ihm obliegenden ständigen Überprüfungspflicht die Anforderungen der Regelungen und deren gegebenenfalls erforderliche Anpassung.

## **§ 7 Evaluation**

Der G-BA prüft die Auswirkungen dieses Beschlusses hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen bis zum 31. Dezember 2025.

II. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.  
Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 21. Juli 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

# Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V

Vom 21. Juli 2022

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>Zu § 1 – Ziel der Regelungen .....</b>	<b>3</b>
2.1.1	Zu § 1 Absatz 1 – Ziel des Ersteinschätzungsinstrument.....	3
2.1.2	Zu § 1 Absatz 2 – Anforderungen an die Vergütung ambulanter Notfalleistungen.....	3
<b>2.2</b>	<b>Zu § 2- Allgemeine Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung .....</b>	<b>4</b>
2.2.1	Zu § 2 Absatz 1 - Berücksichtigung Verfügbarer vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten.....	4
2.2.2	Zu § 2 Absatz 2 - Integration des Systems.....	5
2.2.3	Zu § 2 Absatz 3 - Vorgaben zu Verortung, umfassten Patientengruppen und Frist	5
2.2.4	Zu § 2 Absatz 4 – Vorgaben zur Qualifikation der das Ersteinschätzungsverfahren durchführenden Pflegekraft und zur Qualifikation des hinzuzuziehenden Facharztes .....	6
<b>2.3</b>	<b>Zu § 3 - Anforderungen an das standardisierte Ersteinschätzungsinstrument und die Prozesse der Weiterleitung in eine geeignete Versorgungsebene .....</b>	<b>6</b>
2.3.1	Zu § 3 Absatz 1 – Mindestanforderungen an das Ersteinschätzungsinstrument	7
2.3.2	Zu § 3 Absatz 2 - Mindestanforderungen an die Prozesse der Ersteinschätzung und Patientenweiterleitung .....	8
<b>2.4</b>	<b>Zu § 4 - Strukturierte Weiterleitung von Notfallpatientinnen und –patienten an Partnerpraxen .....</b>	<b>9</b>

2.4.1	Zu § 4 Absatz 1 - Regelungen zu Partnerpraxen.....	9
2.4.2	Zu § 4 Absatz 2 - Informations- und Vermittlungsangebot der Terminservicestelle .....	10
2.4.3	Zu § 4 Absatz 3 – Nachweis über fehlende vertragsärztliche Behandlungskapazitäten .....	10
2.4.4	Zu § 4 Absatz 4 - Nutzung des digitalen Buchungssystems der Terminservicestelle .....	10
<b>2.5</b>	<b>Zu § 5 - Nachweis der Durchführung der Ersteinschätzung.....</b>	<b>11</b>
<b>2.6</b>	<b>Zu § 6 – Qualitätssicherung .....</b>	<b>11</b>
2.6.1	Zu § 6 Absatz 1 – Qualitätsanforderungen an das Ersteinschätzungsinstrument 11	
2.6.2	Zu § 6 Absatz 2 – Jährlicher Kurzbericht der KVen.....	13
2.6.3	Zu § 6 Absatz 3 – Datenerhebung zum Zwecke der Evaluation .....	13
<b>2.7</b>	<b>Zu § 7 – Evaluation .....</b>	<b>13</b>
<b>3.</b>	<b>Quellen .....</b>	<b>14</b>
<b>4.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>Verfahrensablauf.....</b>	<b>14</b>
<b>6.</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>14</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Mit der Einführung des § 120b Abs. 3b SGB V durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurde der G-BA beauftragt, Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden zu beschließen, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden. Die Ersteinschätzung dient der Feststellung, ob ein sofortiger Behandlungsbedarf in der Notaufnahme vorliegt.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Mit den vorliegenden Regelungen werden Vorgaben für ein Ersteinschätzungsverfahren getroffen, das künftig greifen soll, wenn sich Hilfesuchende an die Notaufnahme eines Krankenhauses wenden. Ziel ist es, je nach Schwere der Erkrankung oder Verletzung den medizinischen Bedarf bestmöglich zu koordinieren. Das heißt, es soll zwischen jenen eintreffenden Hilfesuchenden unterschieden werden, die sofort stationär oder ambulant im Krankenhaus behandelt werden müssen, und solchen, die aufgrund nur leichter medizinischer Probleme in der vertragsärztlichen Notdienstpraxis (KV-Notdienstpraxis) behandelt werden können oder einen Termin bei einer niedergelassenen Ärztin bzw. einem niedergelassenen Arzt erhalten. Das strukturierte und validierte System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und –patienten gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V ist hierbei ein integraler Bestandteil der qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung.

### **2.1 Zu § 1 – Ziel der Regelungen**

In diesem Paragraphen wird der gesetzliche Auftrag an den G-BA wiedergegeben.

#### **2.1.1 Zu § 1 Absatz 1 – Ziel des Ersteinschätzungsinstruments**

Ziel des Ersteinschätzungsverfahrens ist die bessere Koordination bei der ärztlichen Behandlung ambulanter Notfälle durch ein Instrument, mit dem nicht dringliche, ambulant behandelbare Patientinnen und Patienten entweder der ärztlichen Behandlung im Krankenhaus, einer KV-Notdienstpraxis oder der ärztlichen Behandlung in der vertragsärztlichen Praxis zugewiesen werden. Vermieden werden soll, dass Patientinnen und Patienten die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser binden, obwohl kein dringlicher medizinischer Notfall vorliegt und somit die vertragsärztliche Versorgung mit den in § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten Leistungserbringern die sachgerechte Versorgungsebene darstellt. Der G-BA wurde zudem beauftragt, bei den von ihm festzulegenden Vorgaben für das Ersteinschätzungsverfahren die bereits in den zentralen Notaufnahmen vorhandenen und zur Anwendung kommenden Verfahren zur Behandlungspriorisierung für Notfallpatientinnen und –patienten im Rahmen des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern mit dem Ziel einer medizinisch sachgerechten Verknüpfung der Systeme zur Ersteinschätzung und zur Behandlungspriorisierung zu berücksichtigen.

#### **2.1.2 Zu § 1 Absatz 2 – Anforderungen an die Vergütung ambulanter Notfalleistungen**

Die Vergütung ambulanter Notfalleistungen setzt voraus, dass nach Durchführung und auf der Grundlage der Ersteinschätzung ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Die

Einführung dieser Vergütungsvoraussetzung erfolgt in Anlehnung an Ziffer II.1.2.4 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen, wonach nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser bestimmte Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall nur berechnen dürfen, wenn die Erkrankung der Patientin oder des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt entsprechend § 76 nicht möglich und/oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar ist. Auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist ein Notfall dann zu bejahen, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl einer zugelassenen Therapeutin oder eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung fehlt. Es muss eine sofortige ärztliche Behandlung erforderlich sein und der Patientin bzw. dem Patienten darf die Inanspruchnahme eines zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringers (vgl. § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V) nicht zumutbar sein.

## **2.2 Zu § 2- Allgemeine Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung**

Zunächst werden allgemeine Anforderungen an die Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens im Krankenhaus definiert.

### **2.2.1 Zu § 2 Absatz 1 - Berücksichtigung Verfügbaren vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten**

Die Ersteinschätzung erfolgt unter Berücksichtigung der am Krankenhaus und im Umfeld des Krankenhauses vorhandenen vertragsärztlichen Kapazitäten. Das Umfeld des Krankenhauses wird dabei als Radius von 30 PKW-Fahrzeitminuten um das Krankenhaus definiert. Dieser Wert ist abgeleitet aus den Erreichbarkeitsstandards in den Raumordnungsgesetzen der Länder. Diese regeln die räumliche Organisation der Daseinsvorsorge, also der staatlichen Sicherstellung der Versorgung von Bevölkerung und Wirtschaft mit Gütern und Dienstleistungen, Arbeitsplätzen und Infrastruktur. Die Erreichbarkeitsstandards gelten bundesweit als oberste Grenze für den zumutbaren Reiseaufwand von Wohnstandorten zum nächsten Zentrum: Ein Mittelzentrum muss im motorisierten Individualverkehr (MIV) in 30 Minuten Fahrzeit erreicht werden können; Oberzentren sollten im MIV in 60 Minuten erreichbar sein. Wendet man diese Vorgaben auf den stationären Versorgungsbereich an, ergibt sich eine Erreichbarkeit innerhalb von 30 PKW Fahrzeitminuten für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung und innerhalb von 60 PKW Fahrzeitminuten für Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Derzeit erreichen 98,4 % der Bevölkerung in Deutschland ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung innerhalb von 30 PKW Fahrzeitminuten<sup>1</sup>. Eine Fahrzeit von 30 PKW-Minuten ist bei Patientinnen und Patienten, bei denen kein dringlicher Handlungsbedarf besteht und keine gesundheitliche Gefahr droht, sowohl im Sinne des Gesetzes als auch zumutbar. Eine Fahrzeit von 30 Minuten zur nächsten Versorgung ist im internationalen Vergleich kurz<sup>2</sup>. Mit dieser Festlegung übernimmt der G-BA ein Kriterium, das sich bereits in ähnlichen Regelungen und Richtlinien bewährt hat, um die zumutbare Erreichbarkeit von Standorten und Versorgungsangeboten festzulegen (vgl.

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu auch Augurky et al. (2018) und Stillfried v. et al. (2017).

<sup>2</sup> In Österreich werden fachgebietsspezifische Erreichbarkeitsfristen in Pkw-Fahrzeitminuten bis zur nächstgelegenen Fachabteilung eines Krankenhauses festgelegt (z. B. Chirurgie und Innere Medizin: 45 Minuten; Neurologie: 60 Minuten; Strahlentherapie: 90 Minuten) (SVR 2018). In den Niederlanden hält die Regierung eine Fahrzeit des Rettungsdienstes von 45 Minuten zur nächsten Notfallversorgung für ausreichend (Gaakeer et al. 2018). Und in den USA erreichen im Jahr 2009 71 % der Bevölkerung ein Emergency Department innerhalb von 30 Minuten und 98 % innerhalb von 60 Minuten (Caar et al. 2009).

Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V).

### **2.2.2 Zu § 2 Absatz 2 - Integration des Systems**

Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, wenden gemäß § 12 Absatz 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten an. Alle Notfallpatientinnen und -patienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität. Es wird klargestellt, dass das Ersteinschätzungsverfahren nach dieser Richtlinie in die bestehenden Systeme zur Behandlungspriorisierung integriert wird. Ziel ist explizit nicht die Einführung eines zusätzlichen Instrumentes, sondern die Erweiterung der bereits eingesetzten Systeme. Dadurch bleibt der bürokratische Aufwand gering. Die strukturierten und validierten Triagesysteme der Notaufnahmen erkennen schwer kranke und verletzte Patientinnen und Patienten schnell und zuverlässig. Sie teilen jedoch auch leicht erkrankte und leicht verletzte Patientinnen und Patienten den Notaufnahmen als einzigem Versorgungsbereich zu. Sie neigen damit dazu die zeitliche Dringlichkeit der Behandlung von leicht erkrankten und leicht verletzten Patientinnen und Patienten zu überschätzen und andere Versorgungsbereiche, wie vertragsärztliche Notdienstpraxen und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für eine geeignete Weiterbehandlung von leicht erkrankten oder verletzten Patientinnen und Patienten zu vernachlässigen. Dies wird durch das Ersteinschätzungssystem im Sinne des Gesetzgebers korrigiert.

### **2.2.3 Zu § 2 Absatz 3 - Vorgaben zu Verortung, umfassten Patientengruppen und Frist**

Jeder Hilfesuchende erhält eine Behandlungspriorisierung und eine Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten nach Eintreffen im Krankenhaus. Zur Gewährleistung der schnellen Ersteinschätzung und einer hohen Patientensicherheit muss die Ersteinschätzung an einer zentralen und für die Patientinnen und Patienten gut erkennbaren Stelle im Krankenhaus stattfinden.

Patientinnen und Patienten, bei denen der Rettungsdienst eine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit festgestellt hat, können in einem vorgezogenen Verfahren an die erforderliche Versorgungseinheit im Krankenhaus weitergeleitet und unmittelbar in den Schockraum verbracht werden, ohne den Ersteinschätzungsort zu durchlaufen. Schockräume befinden sich meist in der Nähe der Rettungswagenzufahrten und nicht im Eingangsbereich der Notaufnahmen, so dass dieser Umweg bei unmittelbarer Behandlungsbedürftigkeit entfallen kann. Diese Patientinnen und Patienten werden von den Pflegenden der Notaufnahme im Schockraum ersteingeschätzt und erhalten der Natur ihrer Gefährdung entsprechend regelhaft die Dringlichkeitsstufe 1 und 2. Der Rettungsdienst oder Notarztdienst hat die Einschätzung der unmittelbaren Behandlungsbedürftigkeit sachgerecht durchzuführen. Mit diesem Vorgehen wird die Patientensicherheit bei unmittelbarer Behandlungsbedürftigkeit geschützt. Alle anderen Patientinnen und Patienten durchlaufen das Ersteinschätzungssystem zur sachgerechten Feststellung der Behandlungsdringlichkeit. Dies schließt die große Mehrzahl der Patienten ein, die durch den Rettungs- und Notarztdienst transportiert werden.

#### **2.2.4 Zu § 2 Absatz 4 – Vorgaben zur Qualifikation der das Ersteinschätzungsverfahren durchführenden Pflegekraft und zur Qualifikation des hinzuzuziehenden Facharztes**

Die Durchführung des Verfahrens zur Behandlungspriorisierung und Ersteinschätzung setzt umfassende Kenntnisse der hiermit betrauten Pflegekraft voraus. Diese muss deshalb über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“, die mindestens 2 Jahre Berufserfahrung in Vollzeitätigkeit in der klinischen Notfallversorgung voraussetzt, verfügen und in der Anwendung des Systems zur Behandlungspriorisierung und Ersteinschätzung geschult sein. Da es kein automatisiertes oder digitalisiertes System gibt, das alle Behandlungsfälle abbildet und alle Gefahrenzeichen und Gefahrenzeichenkombinationen erkennt, ist die Schulung, Erfahrung und Supervision der Durchführenden des Ersteinschätzungsverfahrens von sehr hoher, zentraler Bedeutung sowohl für die Patientensicherheit als auch für den weiteren Verlauf. Daher ist nur das Anlegen hoher Standards und Erwartungen an die Durchführenden vertretbar.

Darüber hinaus sind regelmäßige Fallbesprechungen und Schulungen erforderlich, um das bestehende Wissen zu festigen und weiterzuentwickeln. Da die Pflegekraft das ganze Spektrum der Notfallpatienten kategorisiert, muss ihre Qualifikation den Bereich der klinischen Notfallversorgung vollumfänglich abdecken.

Die Hintergrundsicherheit wird durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzqualifikation „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ im Anwesenheitsdienst zur Verfügung gestellt. Die Fachärztin oder der Facharzt kann von der Pflegekraft jederzeit bei Fragen zur Behandlungsdringlichkeit und zur geeigneten Versorgungsebene hinzugezogen werden. Darüber hinaus muss die Fachärztin oder der Facharzt jederzeit in der Lage sein, beim Auftreten klinischer Notfälle angemessen einzugreifen. Die Fachärztin oder der Facharzt als Hintergrundsicherheit muss deshalb über das erforderliche Fachwissen und die entsprechenden Qualifikationen sowie die erforderliche Berufserfahrung verfügen. Eine nicht näher spezifizierte Facharztqualifikation oder eine Qualifikation unterhalb eines Facharztes reicht aus den vorher genannten Gründen für die Gewährleistung der Patientensicherheit nicht aus. Nach Beschluss des Deutschen Ärztetages 2018 über die Einführung einer Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ für Ärzte ist diese nun Bestandteil der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (vgl. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 26.06.2021). Damit wird sichergestellt, dass die Fachärztin oder der Facharzt als Hintergrundsicherheit über die erforderliche Kompetenz zur Erstdiagnostik und Initialtherapie von Notfall- und Akutpatientinnen und -patienten im Krankenhaus, über die Indikationsstellung und Koordination der weiterführenden fachspezifischen Behandlung in interdisziplinärer und sektorenübergreifender Zusammenarbeit sowie über die Anwendung von Ersteinschätzungssystemen, Triagierung und Scores verfügt. Dies dient maßgeblich der Patientensicherheit im Krankenhaus.

#### **2.3 Zu § 3 - Anforderungen an das standardisierte Ersteinschätzungsinstrument und die Prozesse der Weiterleitung in eine geeignete Versorgungsebene**

Hier werden die Anforderungen an das Ersteinschätzungsinstrument definiert. Darüber hinaus wird der Prozess zur Weiterleitung an die geeignete Versorgungsebene geregelt. Die Erweiterung des klinischen Instruments zur Behandlungspriorisierung um die Ersteinschätzung gemäß dieser Richtlinie, ermöglicht zusätzlich zur Kategorisierung der Behandlungsdringlichkeit eine Beurteilung der für die medizinische Fragestellung der Patientin oder des Patienten geeigneten Versorgungsebene. Damit stellt das Ersteinschätzungsverfahren keine Abwendung vom bisherigen Verfahren dar, sondern eine notwendige, angemessene und zeitgemäße Ergänzung und Erweiterung. Die Effektivität des

Instruments hängt dabei maßgeblich auch davon ab, wie die Weiterleitung in diese Versorgungsebene erfolgt, sofern es sich nicht um die Notaufnahme des Krankenhauses handelt.

### **2.3.1 Zu § 3 Absatz 1 – Mindestanforderungen an das Ersteinschätzungsinstrument**

Die Ersteinschätzung durch qualifiziertes Personal gem. § 2 Absatz 4 wird durch ein digitales Assistenzsystem unterstützt. Die Mindestanforderungen hierfür werden im Einzelnen wie folgt festgelegt:

#### **Buchstabe a**

Das Ersteinschätzungssystem muss in der Lage sein die Behandlungsdringlichkeit einzuschätzen. Von besonderer Bedeutung für die Patientensicherheit und das Behandlungsergebnis ist die schnelle Erkennung von schweren und umgehend behandlungsbedürftigen Zuständen. Daher ist die schnelle und zuverlässige Erkennung dieser Situationen eine unverzichtbare Forderung an das Ersteinschätzungsverfahren.

#### **Buchstabe b**

Das Einschätzungsverfahren muss so viele Leitsymptome oder Gründe für die Inanspruchnahme der Notaufnahme wie möglich digital abbilden. Die Zahl der Vorstellungsgründe in der Notaufnahme ist jedoch sehr groß, so listet zum Beispiel der CEDIS-Katalog des Canadian Emergency Department Information System mehr als 150 Notfallpräsentationen auf<sup>3</sup>.

Das Ersteinschätzungsverfahren muss in der Lage sein, die wichtigsten und die häufigsten Leitsymptome abzubilden und zuverlässig einzuschätzen. Dennoch bleibt bei der sehr großen Breite der Leitsymptome in der Notaufnahme die Erfahrung der Durchführenden von hoher Bedeutung. Dies unterstreicht die große Wichtigkeit einer hohen Qualifikation der Durchführenden. Aus diesem Grund sollte das Ersteinschätzungsverfahren auch kontinuierlich verbessert und weiterentwickelt werden.

#### **Buchstabe c**

Die Behandlungspriorisierung erfolgt in Anlehnung an die Struktur und Funktionalität der in Deutschland und international am häufigsten eingesetzten Ersteinschätzungs- bzw. Triage-Systeme in klinischen Notaufnahmen, dem Manchester Triage System (MTS) und dem Emergency Severity Index (ESI). Diese Ersteinschätzungs- bzw. Triage-Systeme differenzieren fünf Dringlichkeitsstufen als Ergebnis des Ersteinschätzungsprozesses von Hilfesuchenden in klinischen Notaufnahmen, wobei Dringlichkeitsstufe 1 die höchste Dringlichkeitsstufe und Dringlichkeitsstufe 5 die niedrigste Dringlichkeitsstufe darstellen<sup>4</sup> (). Fünfstufige Einschätzungsverfahren in der Notaufnahme sind international etabliert und wissenschaftlich gut begründet. Durch das Ersteinschätzungsverfahren erfolgt nur eine Ergänzung um den angemessenen Versorgungsbereich.

#### **Buchstabe d**

Das Ersteinschätzungsinstrument gibt eine Empfehlung für die geeignete Versorgungsebene ab. Ambulante Versorgungsmöglichkeiten werden für Patientinnen und Patienten der Dringlichkeitsstufen 3 bis 5 geprüft. Die Empfehlung zur Weiterleitung in die ambulante Versorgung wird dabei mit einem vertretbaren Zeitfenster bis zur Behandlung versehen. Während in den Triage-Kategorien Rot und Orange (dies entspricht in etwa den Dringlichkeitsstufen 1 und 2) die große Mehrzahl der Patientinnen und Patienten stationär

---

<sup>3</sup> Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) (2012).

<sup>4</sup> Vgl. G-BA (2021) und Möckel et al. (2020).

aufgenommen wird, so liegt diese Hospitalisierungsquote bei den Dringlichkeitsstufen 3 bis 5 deutlich niedriger. Hier dominiert der Anteil der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten. In der Triage-Kategorie Gelb, dies dürfte etwa der Dringlichkeitsstufe 3 entsprechen, wird etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten ambulant behandelt und in den Triagekategorien Grün und Blau die weit überwiegende Zahl. Damit sind besonders diese drei Ersteinschätzungsstufen auf die ambulante Behandlungsmöglichkeit zu prüfen.

#### **Buchstabe e**

Für Patientinnen und Patienten der Dringlichkeitsstufen 3 bis 5 gibt das Ersteinschätzungsinstrument den erforderlichen Ressourcenbedarf an. Dies korrespondiert mit der Triage nach dem Emergency Severity Index (ESI), der die Einstufung nach Gelb, Grün und Blau nach dem zu erwartenden Ressourcenverbrauch bestimmt. Für die Weiterleitung ist entscheidend, welche Fachgruppe mit welchen Qualifikationen und mit welcher Praxisausstattung in der ambulanten Versorgung zur Verfügung steht. Die Einbeziehung der vertragsärztlichen Bereitschaftspraxen und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte entspricht dabei dem Versorgungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen durch ihren Sicherstellungsauftrag.

#### **Buchstabe f**

Das Ersteinschätzungsinstrument erzeugt zu jeder Ersteinschätzung einen digitalen Ergebnisbericht. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten kann dieser der weiterbehandelnden Ärztin oder dem weiterbehandelnden Arzt zur Verfügung gestellt werden. Dies verbessert den Übergang von Personen und Informationen zwischen den Sektoren. Ein digitaler Übergang von Informationen ist anzustreben.

#### **Buchstabe g**

Erfolgt keine Weiterbehandlung im Krankenhaus, wird die Patientin oder der Patient über das Ergebnis der Ersteinschätzung zusätzlich schriftlich informiert

### **2.3.2 Zu § 3 Absatz 2 - Mindestanforderungen an die Prozesse der Ersteinschätzung und Patientenweiterleitung**

#### **Buchstabe a**

Das Ergebnis des Ersteinschätzungsverfahrens ist grundsätzlich verbindlich. Die Durchführenden des Ersteinschätzungsverfahrens, vor allem die dafür gemäß § 2 Absatz 4 qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzte, können von diesem Ergebnis in begründeten Fällen abweichen. Dies kann im Sinne der Patientensicherheit und des Behandlungsergebnisses sein. Dieses Abweichen ist jedoch sorgfältig und nachvollziehbar zu begründen. Im Sinne einer zukünftigen qualitätsgesicherten Weiterentwicklung des Ersteinschätzungsverfahrens, sind die Gründe für eine Abweichung zu dokumentieren.

#### **Buchstabe b**

Patientinnen und Patienten der Dringlichkeitsstufen 1 und 2 werden direkt in die Notaufnahme bzw. zur stationären Aufnahme weitergeleitet. Bei diesem Patienten sind erfahrungsgemäß sowohl die Quote der stationären Aufnahmen als auch der Umfang der erforderlichen Abklärung hoch. Zugleich besteht eine hohe Dringlichkeit der Diagnose und Behandlung.

#### **Buchstabe c**

Bei Patientinnen und Patienten der Dringlichkeitsstufen 3 bis 5 werden die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten für eine Weiterleitung nach Verfügbarkeit berücksichtigt. Vertragsärztliche Notdienstpraxen am Krankenhaus werden aufgrund der unmittelbaren

räumlichen Nähe prioritär angesteuert. Notdienstpraxen, die in die Notaufnahmen integriert sind und lange Öffnungszeiten an sieben Tagen der Woche bieten, stellen eine für diese Patientinnen und Patienten schnelle, gute und angemessene Versorgungsebene dar. Diese Form der Zusammenarbeit zwischen Notdienstpraxen und Notaufnahme sollte angestrebt werden.

#### **Buchstabe d**

Ist keine vertragsärztliche Notdienstpraxis vorhanden, wird geprüft, ob im Fahrzeitradius von 30 PKW-Minuten eine Partnerpraxis zur Verfügung steht. Partnerpraxen sind dabei vertragsärztliche Praxen, die sich gegenüber der KV vertraglich dazu verpflichtet haben, ambulante Notfallpatientinnen und -patienten aus den Krankenhäusern aufzunehmen und innerhalb des medizinisch gebotenen Zeitfensters bis zur Behandlung ambulant zu versorgen. Partnerpraxen stellen hierfür Termine zur Verfügung und melden diese an die TSS. Partnerpraxen können auch KV-Notdienstpraxen sein, die sich nicht an einem Krankenhausstandort befinden oder Praxen, die mit dem vertragsärztlichen Notdienst kooperieren. Jede Vertragsarztpraxis kann eine Partnerpraxis sein. Im Rahmen ihres gesetzlich formulierten Sicherstellungsauftrages stellt die KV die Versorgung im Notdienst durch Vertragsärztinnen und -ärzte sicher. Damit steht der vertragsärztliche Notdienst auch zu den Sprechstundenfreien Zeiten, sowie an Wochenenden und Feiertagen für die Versorgung ambulanter Notfälle zur Verfügung.

#### **Buchstabe e**

Die Weiterleitung in die ambulante Versorgung außerhalb des Krankenhausstandortes erfordert im Sinne einer größtmöglichen Patientensicherheit immer eine ärztliche Freigabe. Hierfür prüft eine Fachärztin oder ein Facharzt des Krankenhauses mit der Zusatzqualifikation „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ auf Basis des Ergebnisberichtes das Ergebnis der Ersteinschätzung und autorisiert die Weiterleitung.

#### **Buchstabe f**

Ist eine Weiterleitung in eine Notdienstpraxis oder eine Partnerpraxis nachweislich nicht möglich, weil keine geeigneten Versorgungsstrukturen innerhalb des medizinisch erforderlichen Zeitfensters bis zur Behandlung zu Verfügung stehen, oder ist eine Weiterleitung medizinisch nicht vertretbar, erfolgt die Behandlung in der Notaufnahme des Krankenhauses.

### **2.4 Zu § 4 - Strukturierte Weiterleitung von Notfallpatientinnen und -patienten an Partnerpraxen**

Die Versorgungsstruktur der Partnerpraxis wird näher definiert.

#### **2.4.1 Zu § 4 Absatz 1 - Regelungen zu Partnerpraxen**

Auch wenn am Krankenhausstandort keine KV-Notdienstpraxis vorhanden ist, muss die KV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages dennoch gewährleisten, dass in der vertragsärztlichen Versorgung Ärztinnen und Ärzte für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen. Dies gilt zu den üblichen Sprechstundenzeiten ebenso, wie außerhalb der Sprechstundenzeiten (Notdienst). Damit die Krankenhäuser tatsächlich die Möglichkeit haben, Patientinnen und Patienten an die ambulante Versorgung weiter zu vermitteln, müssen hier entsprechende Strukturen und Verfügbarkeiten vorhanden sein und dem Krankenhaus transparent gemacht werden.

Ziel ist es, dass die Krankenhäuser über ein elektronisches Terminbuchungssystem der TSS direkt Termine für Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung buchen können, wenn nach dem Ergebnis der Ersteinschätzung eine Versorgung in der Notaufnahme nicht erforderlich ist. Der G-BA sieht ein Wegschicken von Patientinnen und Patienten ohne Versorgungsalternative ausdrücklich nicht als Option an. Es besteht jedoch ebenfalls weder die Notwendigkeit noch die Möglichkeit alle ambulanten Fälle in den Notaufnahmen der Krankenhäuser zu versorgen. Es ist daher eine Organisation erforderlich, die es der KV ermöglicht, ihren Sicherstellungsauftrag zu erfüllen und gleichzeitig die Krankenhäuser von Patientinnen und Patienten mit vertragsärztlich behandelbaren Erkrankungen entlastet. Die Terminvermittlung über die TSS ist ein geeignetes Instrument, wenn dort ausreichend Termine verfügbar sind. Hierfür genügt es jedoch nicht, dass Ärztinnen und Ärzte freie Termine melden. Es müssen auch explizit Zeitfenster zur Behandlung vermittelter Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Um die erforderliche Verbindlichkeit herzustellen, schließt die KV Verträge mit geeigneten Praxen. Partnerpraxen befinden sich im 30 Pkw-Fahrzeitminutenradius des Krankenhauses und verpflichten sich, ambulante Notfallpatientinnen und -patienten zu versorgen, entsprechende Zeitfenster in ihrer Terminplanung freizuhalten und an die Terminservicestelle zu übermitteln. Bei der Auswahl der Partnerpraxen ist in den üblichen Sprechstundenzeiten sowie außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten (Notdienst) auf eine möglichst vollständige Abdeckung je Fachrichtung und auf eine möglichst vollständige Abdeckung der Ressourcen gemäß Absatz 2 zu achten. Für eine Abdeckung zu den Sprechstundenfreien Zeiten sollen die Partnerpraxen mit dem vertragsärztlichen Notdienst kooperieren.

#### **2.4.2 Zu § 4 Absatz 2 - Informations- und Vermittlungsangebot der Terminservicestelle**

Damit die TSS in die Lage versetzt wird, die Anfragen der Krankenhäuser zur Terminvermittlung angemessen zu bearbeiten, müssen der TSS ausreichende Informationen über die verfügbaren vertragsärztlichen Kapazitäten vorliegen. Hierzu gehören die Öffnungszeiten der Partnerpraxen, die Angabe der verfügbaren Facharztgruppen (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie Zusatz-Weiterbildungen nach der Muster-Weiterbildungsordnung) und die vorhandenen Ressourcen (insb. KV-Genehmigungen zur bundeseinheitlichen Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V).

Im Falle einer Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung vereinbart das Krankenhaus über die Terminservicestelle einen verbindlichen Termin für die Patientin oder den Patienten. Bei jeder Vermittlung wird für die Patientin oder den Patienten ein Vermittlungscode generiert. Dieser ermöglicht einen Nachweis gegenüber der TSS und der vermittelten Vertragsarztpraxis.

#### **2.4.3 Zu § 4 Absatz 3 – Nachweis über fehlende vertragsärztliche Behandlungskapazitäten**

Ist in dem erforderlichen Zeitfenster keine Terminvermittlung in die ambulante Versorgung möglich, kann das Krankenhaus die Patientin oder den Patienten in der ZNA behandeln und diese Fälle entsprechend gegenüber der zuständigen KV abrechnen. Hierfür wird ein entsprechender Nachweiscode generiert.

#### **2.4.4 Zu § 4 Absatz 4 - Nutzung des digitalen Buchungssystems der Terminservicestelle**

Hier werden weitere Vorgaben zur Dokumentation und Information getroffen. Bei der Vermittlung übermittelt das Krankenhaus sein Standortkennzeichen an die TSS. Die Patientinnen und Patienten erhalten alle erforderlichen Informationen digital oder in Papierform sowie den Buchungscode. Liegt kein Erfordernis für eine Terminvermittlung

innerhalb der nächsten sieben Kalendertage vor oder widerspricht die Patientin oder der Patient einer direkten Vermittlung über das Buchungssystem der TSS im Krankenhaus, erhält sie oder er einen patientenindividuellen Code für die TSS und kann sich selbst für eine Terminvermittlung an die TSS wenden.

## **2.5 Zu § 5 - Nachweis der Durchführung der Ersteinschätzung**

Das Krankenhaus dokumentiert das Ergebnis der Ersteinschätzung in der elektronischen Patientenakte des Krankenhauses sowie den Nachweiscode in Fällen nach § 4 Abs. 3.

## **2.6 Zu § 6 – Qualitätssicherung**

Hier werden die Anforderungen an die Qualitätssicherung des Ersteinschätzungsinstrumentes definiert.

### **2.6.1 Zu § 6 Absatz 1 – Qualitätsanforderungen an das Ersteinschätzungsinstrument**

#### **Buchstabe a**

Das Ersteinschätzungsinstrument muss Fälle mit ambulantem Behandlungsbedarf zuverlässig identifizieren und für diese Fälle eine ambulante Versorgungsebene empfehlen. Hierfür darf sich durch die Anwendung des Ersteinschätzungsinstrumentes die Rate der Wiedervorstellungen von Hilfesuchenden in der Notaufnahme innerhalb von 72 Stunden nach der ursprünglichen Ersteinschätzung unter Anwendung des Ersteinschätzungsinstrumentes nicht signifikant erhöhen. Damit sollen die Effektivität des Ersteinschätzungsinstrumentes sichergestellt werden.

#### **Buchstabe b**

Um die Patientensicherheit zu gewährleisten, müssen unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Ersteinschätzung im Qualitätssicherungssystem des Ersteinschätzungsinstrumentes erfasst werden und, sofern sie auf Fehler im Entscheidungsprozess des Instruments zurückführbar sind, als Basis für die Weiterentwicklung und Optimierung des Instruments dienen. Der Einsatz von Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern zum Ziele des Patientenschutzes ist seit 2014 gesetzlich vorgeschrieben (§ 136a Abs. 3 SGB V) und wird durch Regelungen des G-BA näher bestimmt. Einrichtungsinterne sowie auch einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme werden, unter anderem in Form von sog. critical incident reporting systems (CIRS), wie CIRSmedical und CIRS-AINS, bereits heute verpflichtend bzw. weit verbreitet in der klinischen Versorgung eingesetzt. Diese Fehlermeldesysteme müssen in Zukunft unerwünschte Ereignisse durch eine fehlerhafte Ersteinschätzung gesondert erfassen und der Auswertung zur Verfügung stellen.

#### **Buchstabe c**

Das Ersteinschätzungsinstrument muss Fälle gleicher Leitsymptomatik mit unterschiedlichem Schweregrad unterscheiden können. Dabei dürfen Nebendiagnosen ohne medizinischen Einfluss auf den akuten Behandlungsanlass und soziale Faktoren keinen Einfluss auf den Entscheidungsalgorithmus haben.

#### **Buchstabe d**

Wesentliche Gütekriterien für den Einsatz eines Ersteinschätzungs- bzw. Triage systems im Hochrisiko-Bereich der Notfallversorgung umfassen die Validität und die Reliabilität des

Instrumentes<sup>5</sup>. Die Erfüllung dieser Gütekriterien muss daher für das Ersteinschätzungsinstrument in wissenschaftlichen Studien, die den internationalen Standards auf der Basis der aktuellen ICH-Leitlinie zur guten klinischen Praxis (The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use (ICH)) sowie der ethischen und datenschutzrechtlichen Regularien gemäß DSGVO entsprechen, geprüft und nachgewiesen werden. Schließlich muss das Ersteinschätzungsinstrument valide sein und unabhängig von der eingesetzten Software und des Anwenders zu vergleichbaren Ergebnissen führen. Darüber hinaus muss eine enge Korrelation zwischen der von dem Instrument ermittelten Dringlichkeitsstufe und der empfohlenen Versorgungsstufe analysiert und nachgewiesen werden.

### **Buchstabe e**

Zum Zweck der Qualitätssicherung des Ersteinschätzungsinstruments müssen die notfallmedizinischen Inhalte des Instruments dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Dies schließt eine stetige Aktualisierung und Optimierung der Inhalte und Algorithmen des Instruments entlang der aktuellen Leitlinien der maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften ein.

### **Buchstabe f**

Das Ersteinschätzungsinstrument muss zum Zwecke der Qualitätssicherung für den Anwender nachvollziehbar darstellen, worauf die Behandlungsempfehlung im Ergebnisbericht nach § 3 Abs. 1 Buchstabe f basieren. Bei KI-basierten Assistenzsystemen sind die Algorithmen, die der klinischen Entscheidungsunterstützung zur strukturierten Ersteinschätzung zugrunde liegen, zu definieren und offenzulegen. Auf diese Weise soll eine Re-Evaluation der Ersteinschätzung (Festlegung der Behandlungsdringlichkeit (Dringlichkeitsstufe) und der sektorenspezifischen Zuweisung des Behandlungsortes) und damit eine Qualitätssicherung des Verfahrens sichergestellt werden. Diese Anforderung dient zudem der Validität des Ersteinschätzungsinstruments.

### **Buchstabe g**

Zum Zweck der Benutzerfreundlichkeit muss das Ersteinschätzungsinstrument auf verschiedenen Endgeräten (z.B. auf mobilen Endgeräten wie Smartphones oder Tablets und stationären Endgeräten wie Desktop-PCs) nutzbar sein. Darüber hinaus muss das Anwendungssystem digital dokumentierbar und in die elektronische Patientenakte des Krankenhauses sowie ggf. in die elektronische Patientenakte (ePA) des Patienten integrierbar sein.

### **Buchstabe h**

Um die Interoperabilität mit anderen gängigen Anwendungssystemen in der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung sicherzustellen, muss das Ersteinschätzungsinstrument die Weiterleitung der im Rahmen der Ersteinschätzung erfassten Daten und des Ergebnisberichts nach § 3 abs. 1 Buchstabe f zur Weiterleitung im Rahmen der Patientenbehandlung unter Nutzung der Telematik-Infrastruktur über geeignete Schnittstellen zu KIS-Systemen bzw. ZNA-IT-Systemen von Krankenhäusern und zu IT-Systemen von KV-Notdienstpraxen ermöglichen. Die Interoperabilität des Ersteinschätzungsinstruments mit den bereits etablierten Anwendungssystemen der klinischen Gesundheitsversorgung zur Weiterleitung von Patientinnen und Patienten in die klinische Versorgung stellt dabei einen maßgeblichen Erfolgsfaktor für die Effektivität des Instruments dar.

---

<sup>5</sup> Vgl. Pin, M. et al. DGINA (2018).

## **Buchstabe i**

Zum Zweck der Interoperabilität muss das Ersteinschätzungsinstrument eine geeignete Schnittstelle zur Terminservicestelle der KV aufweisen, um die strukturierte Weiterleitung von Notfallpatienten und –patientinnen nach § 4 zu gewährleisten und eine Weiterbehandlung der Patienten im Rahmen des vom Ersteinschätzungsinstrument empfohlenen Zeitfensters zu ermöglichen. Die Interoperabilität des Ersteinschätzungsinstruments mit dem Anwendungssystem der KV-Terminservicestelle zur Weiterleitung von Patientinnen und Patienten in die vertragsärztliche Versorgung stellt dabei einen maßgeblichen Erfolgsfaktor für die Effektivität des Instruments dar.

## **Buchstabe j**

Zur Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit muss das Ersteinschätzungsinstrument DSGVO-konform sein und den Anforderungen des Sozialdatenschutzes genügen. Es müssen Mechanismen zur Datensicherheit implementiert sein und die Daten dürfen nur innerhalb der Europäischen Union verarbeitet werden.

## **Buchstabe k**

Es wird vorgegeben, dass das Ersteinschätzungssystem durch eine unabhängige Stelle zu zertifizieren ist. Im Rahmen des Zertifizierungsprozesses müssen alle vorab aufgeführten Anforderungen nachgewiesen werden. Das Instrument muss mindestens 500 von der Zertifizierungsstelle definierte Fälle korrekt einschätzen, um die Funktionsfähigkeit des Systems zu belegen.

### **2.6.2 Zu § 6 Absatz 2 – Jährlicher Kurzbericht der KVen**

Um dem G-BA eine Evaluation dieser Regelung zu ermöglichen, ist eine entsprechende Datengrundlage aufzubauen. Von Seiten der KVen ist vor diesem Hintergrund zu erheben wie viele Terminanfragen von Krankenhäusern an die TSS gestellt wurden, wie viele Facharzttermine innerhalb der benötigten Zeitfenster von 24 Stunde, 3 Tagen und 7 Tagen vermittelt werden konnten, wie viele angefragte Termine aufgrund fehlender vertragsärztlicher Kapazitäten nicht vermittelt werden konnten und wie viele Termine an Patienten vermittelt werden konnten, die sich mit dem patientenindividuellen Code gemäß § 4 Absatz 4 selbstständig an die TSS gewendet haben. Die Daten sind für eine größtmögliche Transparenz in Form von Kurzberichten auf der Internetseite der KVen zu veröffentlichen.

### **2.6.3 Zu § 6 Absatz 3 – Datenerhebung zum Zwecke der Evaluation**

Um dem G-BA eine Evaluation dieser Regelung zu ermöglichen, ist eine entsprechende Datengrundlage aufzubauen. Von Seiten der Krankenhäuser werden hierfür die hier aufgeführten Daten übermittelt. Datenannahmestelle ist das IQTIG, das die Daten für den G-BA qualitätsgesichert entgegennimmt, auswertet und die Ergebnisse Standort- und KV-bezogen veröffentlicht. Der G-BA evaluiert diese Regelung auf Grundlage der Daten nach den Absätzen 2 und 3.

## **2.7 Zu § 7 – Evaluation**

Dem G-BA wurde durch den § 120 Absatz 3b Satz 6 SGB V eine Evaluierungspflicht auferlegt, um zu bewerten, welchen Einfluss die Maßnahmen insbesondere auf die Inanspruchnahme von Notaufnahmen, die Entwicklung der Leistungen und auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten hatten, um gegebenenfalls Änderungsbedarfe ableiten zu können. Eine

entsprechende Prüfung und ggf. notwendige Anpassung hat dabei bis zum 31. Dezember 2025 zu erfolgen.

**3. Quellen**

...

**4. Bürokratiekostenermittlung**

*Wird durch Geschäftsstelle ergänzt*

**5. Verfahrensablauf**

*Wird durch Geschäftsstelle ergänzt*

**6. Fazit**

*Wird durch Geschäftsstelle ergänzt*

Berlin, den 21. Juli 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 7. Quellenverzeichnis

Augurzsky, B. et al. (2018): Notfallversorgung in Deutschland: Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, RWI Projektberichte, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.

Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) (2012): Presentin Complaint List (V2.0), April 2012, Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List (V2.0) [https://caep.ca/wp-content/uploads/2016/03/nacrs\\_presenting\\_complaint\\_list\\_v2\\_0\\_en\\_fr\\_pdf\\_pdf.pdf](https://caep.ca/wp-content/uploads/2016/03/nacrs_presenting_complaint_list_v2_0_en_fr_pdf_pdf.pdf), zuletzt abgerufen am 16.03.2022.

Carr, Brendan G.; Branas, Charles C.; Metlay, Joshua P.; Sullivan, Ashley F.; Camargo, Carlos A. (2009): Access to emergency care in the United States. In: Annals of emergency medicine 54 (2), S. 261–269. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2008.11.016.

Gaakeer, Menno I.; Veugelers, Rebekka; van Lieshout, Joris M.; Patka, Peter; Huijsman, Robbert (2018): The emergency department landscape in The Netherlands: an exploration of characteristics and hypothesized relationships. In: International journal of emergency medicine 11 (1), S. 35. DOI: 10.1186/s12245-018-0196-5.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2021): Stellungnahme Fachberatung Medizin. Informationsrecherche zu Triage-Systemen (Ersteinschätzung in der Notaufnahme) vom 29.04.2021.

Möckel, M.; Reiter, S.; Lindner, T.; Slagman, A. (2020): Triagierung: Ersteinschätzung von Patienten in der zentralen Notaufnahme; eine Übersicht mit systematischem Review. Med Klin Intensivmed Notfmed 2020;115(8):668-681.

Pin, M. et al. DGINA (2018): Positionspapier zur Ersteinschätzung in integrierten Notfallzentren. Notfall- und Rettungsmedizin.

SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. [1. Auflage]. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Stillfried v., D.; Czihal, T.; Erhart, Michael (2017): Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland, Zi-Paper, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI).

# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des  
medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die  
sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wen-  
den gemäß § 120 Absatz 3b SGB V

Vom 21. Juli 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2022 folgende Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossen:

- I. Die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird wie folgt gefasst:

**„Richtlinie**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden,**

**die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden**

**gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

## **§ 1 Ziel der Regelung**

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden.
- (2) Bei gesetzlich Krankenversicherten, die selbstständig ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus aufsuchen oder durch den Rettungsdienst eingeliefert werden (nachfolgend: „die Hilfesuchenden“), ist ein Ersteinschätzungsverfahren nach diesen Vorgaben durchzuführen. Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung ins Krankenhaus kommen, fallen nicht unter diese Regelung; die Vorgaben lassen die Regelung des § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V unberührt.
- (3) Krankenhäuser oder Einrichtungen, welche das Modul Notfallversorgung Kinder (§ 25 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4) erfüllen, müssen das Einschätzungsverfahren zum Zwecke einer Weiterleitung nach dieser Richtlinie nicht zwingend durchführen.
- (4) Krankenhäuser oder Einrichtungen, welche die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung (§ 26 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4) erfüllen, unterliegen nicht den Regelungen des Einschätzungsverfahrens nach dieser Richtlinie.

## **§ 2 Allgemeine Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung**

- (1) Die Ersteinschätzung ist unter Berücksichtigung der am Krankenhausstandort (im Folgenden Notdienstpraxen) und um das Krankenhaus (im Folgenden Partnerpraxen) vorhandenen verfügbaren und für das Krankenhaus als verlässliche Information vorliegenden vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten zu treffen. Partnerpraxen sind vertragsärztliche Praxen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen für ein bestimmtes Krankenhaus als „zuständig“ definiert werden. Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die hierzu notwendigen vertraglichen Vereinbarungen mit diesen Praxen.
- (2) Die Ersteinschätzung wird an einer zentralen gut erkennbaren Stelle im Krankenhaus durchgeführt. Jede oder jeder gesetzlich versicherte Hilfesuchende, der oder die eigenständig ein Krankenhaus aufsucht oder durch den Rettungsdienst eingeliefert wird, soll eine Ersteinschätzung erhalten. Die Ersteinschätzung soll innerhalb von zehn Minuten nach Anmeldung der oder des Hilfesuchenden im Krankenhaus beginnen.
- (3) Die Ersteinschätzung wird von medizinischem Fachpersonal durchgeführt, das
  - a. über eine mindestens zweijährige Ausbildung in der direkten Patientenversorgung bzw. gleichwertige Qualifikation verfügt  
und
  - b. über eine mindestens 6-monatige Berufserfahrung in der klinischen Notfallversorgung verfügt  
und
  - c. in der selbstständigen Anwendung des Ersteinschätzungsinstruments nach § 3 geschult ist.

### § 3 Spezifische Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung

- (1) Die Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden, wird durch ein Ersteinschätzungsinstrument unterstützt, das die folgenden Mindestanforderungen erfüllt:
  - a. Es muss sowohl geeignet sein, lebensbedrohliche Zustände und abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe zu erkennen als auch Behandlungsanlässe mit geringerer Dringlichkeit zu identifizieren.
  - b. Es bildet alle relevanten in der Notfallversorgung auftretenden Behandlungsanlässe ab, z.B. auf der Basis des Canadian Emergency Department Information System (CEDIS-Katalog).
  - c. Die Behandlungsdringlichkeit wird auf Basis eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung erfasst und in fünf Dringlichkeitsstufen abgebildet (Stufe 1 = höchste Dringlichkeitsstufe, Stufe 5 = niedrigste Dringlichkeitsstufe). Das System zur Behandlungspriorisierung ist integraler Bestandteil der Ersteinschätzung gemäß §120 Absatz 3b SGB V.

Das Ersteinschätzungsverfahren berücksichtigt bei der Zuweisung der Versorgungsebene zudem die Verfügbarkeit von Notdienstpraxen und Partnerpraxen.

- (2) Die Dringlichkeitsstufen 1-3 gemäß Absatz 1 Buchstabe c bedingen grundsätzlich eine Behandlung im Krankenhaus. Die verpflichtende Prüfung einer ambulanten vertragsärztlichen Behandlungsmöglichkeit entfällt für diese Patientinnen und Patienten.
- (3) Bei Patientinnen und Patienten, die den Stufen 4 und 5 gemäß Absatz 1 Buchstabe c zugeordnet werden, ist zu prüfen, ob für eine Weiterleitung ein vertragsärztliches Versorgungsangebot in Form von Notdienstpraxen oder Partnerpraxen zur Verfügung steht. Die Prüfung einer Verfügbarkeit von Partnerpraxen erfolgt unter Berücksichtigung von Fahrzeiten. Dabei orientiert sich das Krankenhaus an den Behandlungszeitzielen, die durch das vorher angewandte Priorisierungsinstrument festgelegt worden sind. Für Patientinnen und Patienten, die durch den Rettungsdienst in ein Krankenhaus eingeliefert werden, wird nur geprüft, ob an eine Notdienstpraxis vor Ort weitergeleitet werden kann. Ist eine verlässliche Weiterleitung aufgrund von fehlenden vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten nicht möglich, erfolgt die Behandlung im Krankenhaus.
- (4) Vor einer Weiterleitung an eine Partnerpraxis infolge der Anwendung nach Absatz 4, ist bei der diesbezüglichen Entscheidung der Einbezug ärztlichen Personals notwendig. Ist in der Folge eine Weiterleitung nicht vertretbar oder dem Patienten oder der Patientin nicht zumutbar, erfolgt die Behandlung im Krankenhaus. Satz 1 und 2 gelten nicht bei einer unmittelbaren Weiterleitung an eine Notdienstpraxis vor Ort.
- (5) Erfolgt eine Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung, werden die für die Weiterbehandlung relevanten medizinischen Informationen aus der Ersteinschätzung in die elektronische Patientenakte eingetragen, sofern die entsprechenden technischen Gegebenheiten hierfür vorliegen und die Einwilligung der Patientin oder des Patienten hierfür vorliegt. Ansonsten erhält die Patientin oder der Patient die Informationen in Schriftform. Erfolgt eine Weiterleitung an eine Partnerpraxis, erhält zudem der Patient oder die Patientin vom Krankenhaus die auf Grundlage von § 4 Absatz 3 zur Verfügung stehenden erforderlichen Informationen zum Standort der Partnerpraxis und den Zeitpunkt des Termins.

#### **§ 4 Bereitstellung von Informationen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Weiterleitung von Patientinnen und Patienten**

- (1) Sofern Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhaus nichts anderes vorsehen, erfolgt grundsätzlich im Zeitraum zwischen 19 und 7 Uhr keine Weiterleitung in Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung. Die vorliegenden Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses finden daher in diesem Zeitraum keine Anwendung.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Zuständigkeitsgebiet sich das Krankenhaus befindet, in dem die Ersteinschätzung durchgeführt wird, stellt diesem zur Erfüllung der Vorgaben in § 3 rechtzeitig verlässliche und aktuelle Informationen zur Verfügung, aus denen zweifelsfrei die Verfügbarkeit von Partnerpraxen hervorgeht. Dabei können technische Mittel eingesetzt werden, sofern diese von den Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt und vom Krankenhaus unterstützt werden. Sind Notdienstpraxen vor Ort, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Krankenhaus die Sprechstundenzeiten zuverlässig bekanntgeben.
- (3) Die Kassenärztliche Vereinigung legen für das Krankenhaus zuständige vertragsärztliche Praxen (Partnerpraxen) fest und übernehmen die hierzu notwendigen vertraglichen Vereinbarungen mit diesen. Für die Weiterleitung an Partnerpraxen müssen die Informationen gemäß Absatz 2 mindestens Angaben zum Standort und Entfernung des Leistungserbringers in Fahrzeitminuten, zu verfügbaren Behandlungskapazitäten (kontinuierlich aktualisiert, Echtzeit) und folgende Differenzierung der Fachrichtungen beinhalten. Dabei wird davon ausgegangen, dass die hier genannten fachärztlichen Einrichtungen über die für die Erfüllung der fachärztlichen Untersuchung und Behandlung notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verfügen:
  - Allgemeinmedizin oder Innere Medizin (hausärztliche Versorgung)
  - Orthopädie und Unfallchirurgie
  - Allgemeinchirurgie
  - Gynäkologie und Geburtshilfe
  - Urologie
  - Augenheilkunde
  - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
  - Dermatologie
  - Neurologie
  - Pädiatrie
  - Psychiatrie
- (4) Für die Weiterleitung an eine Notdienstpraxis sind lediglich verlässliche Informationen zu deren Sprechstundenzeit bereitzustellen. Absatz 3 findet für diese keine Anwendung.

#### **§ 5 Evaluation**

- (1) Zur Evaluation der Ersteinschätzung nach dieser Richtlinie übermitteln die Krankenhäuser standortbezogen die Daten für das Erfassungsjahr 2024 bis zum 30.09.2025 an das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG):
  - Anzahl der durchgeführten Ersteinschätzungen im Sinne dieser Richtlinie
  - Anzahl der in Notdienstpraxen weitergeleiteten Fälle

- Anzahl der in Partnerpraxen weitergeleiteten Fälle
- Anzahl der im Krankenhaus behandelten Fälle.

Die Anzahl der im Krankenhaus behandelten Fälle werden zudem differenziert in:

- Fälle, bei denen infolge der Anwendung von § 3 Absatz 2 ein unmittelbarer Krankenhausbehandlungsbedarf festgestellt wurde
- Fälle, bei denen infolge der Anwendung von § 3 Absatz 3, eine Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung aufgrund fehlendem Versorgungsangebot nicht möglich war
- Fälle, bei denen infolge der Anwendung § 3 Absatz 4 eine Weiterleitung an eine Partnerpraxis nicht vertretbar war

Fakultativ kann das Krankenhaus auch diejenigen Fälle übermitteln, die infolge der Anwendung von § 3 Absatz 3 und 4 nach einer Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung zurück ans Krankenhaus verwiesen worden sind.

- (2) Die Daten werden im Auftrag des G-BA vom IQTIG ausgewertet. Die Ergebnisse werden in anonymisierter und aggregierter Form als bundesweite Auswertung dem G-BA übermittelt.
- (3) Auf Grundlage dieser Daten evaluiert der G-BA die Entwicklung der bundesweiten Inanspruchnahme der Notaufnahmen. Er überprüft im Rahmen der ihm obliegenden und zudem in § 120 Absatz 3b Satz 6 SGB V gesetzlich vorgegebenen Überprüfungspflicht die Anforderungen der Regelungen und berät gegebenenfalls über erforderliche Anpassungen.

## **§ 6 Übergangsregelung**

Bestehende Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen können abweichend von den Regelungen dieser Richtlinie bis zum 31.12.2026 fortgeführt werden, sofern sich die Kooperationspartner darauf einigen.

## **§ 7 Inkrafttreten**

Die Richtlinie tritt zum 01.07.2023 in Kraft. Sie ist jedoch erst ab dem folgenden Quartal für Krankenhäuser verbindlich, das dem Beschluss des Ergänzten Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V gemäß § 120 Abs. 3b Satz 4 SGB V über die erforderliche Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen folgt.

[II. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.]

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 21. Juli 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

# Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V

Vom 21. Juli 2022

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1</b>	<b>Zu § 1 Ziel der Regelung .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2</b>	<b>Zu § 2 Allgemeine Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung nach § 120 Abs. 3b SGB V .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3</b>	<b>Zu § 3 Spezifische Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung .....</b>	<b>5</b>
<b>1.4</b>	<b>§ 4 Bereitstellung von Informationen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Weiterleitung von Patientinnen und Patienten .....</b>	<b>7</b>
<b>1.5</b>	<b>Zu § 5 Evaluation .....</b>	<b>8</b>
<b>1.6</b>	<b>§ 6 Übergangsregelung .....</b>	<b>9</b>
<b>1.7</b>	<b>§ 7 Inkrafttreten .....</b>	<b>9</b>
<b>2.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>9</b>
<b>3.</b>	<b>Verfahrensablauf.....</b>	<b>9</b>
<b>4.</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>9</b>

## 1. Eckpunkte der Entscheidung

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) hat der Gesetzgeber den G-BA dazu verpflichtet, eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden gemäß §120 Absatz 3b SGB V vorzunehmen, die sich zur Behandlung eines Notfalls entsprechend § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden. Ziel des Ersteinschätzungsverfahrens ist ausweislich der Gesetzesbegründung die bessere Koordination bei der ärztlichen Behandlung ambulanter Notfälle, indem ambulant behandelbare Patienten entweder der ärztlichen Behandlung im Krankenhaus oder der vertragsärztlichen Praxis zugewiesen werden. Bereits zur Anwendung kommende Ersteinschätzungsinstrumente zur Behandlungspriorisierung sollen dabei integraler Bestandteil des Ersteinschätzungsverfahrens nach §120 Absatz 3b SGB V sein.

Der G-BA hat sich in intensiven Beratungen mit den damit verbundenen Fragestellungen, Anforderungen und bereits bestehenden Voraussetzungen beschäftigt. Eine der ganz wesentlichen Erkenntnisse ist dabei, dass es absehbar noch an einem geeigneten, hinreichend etablierten Instrument für die Ersteinschätzung für die mit dem Gesetz verfolgten Ziele fehlt. Ein solches Ersteinschätzungsinstrument als Kern des Ersteinschätzungsverfahrens sollte nämlich idealerweise die Priorisierung der Dringlichkeit einer Behandlung mit der Abgabe einer Empfehlung zur Versorgungsebene verknüpfen. Zu solchen Instrumenten besteht jedoch noch Forschungsbedarf in inhaltlich und zeitlich relevanter Größenordnung. So wird absehbar kein Instrument zur Verfügung stehen, welches wissenschaftlich hinreichend evaluiert und in der Fachwelt für einen breiten Einsatz in der Regelversorgung anerkannt sein wird. Mit der vorliegenden Regelung versucht der G-BA auf der Grundlage des derzeit als machbar erscheinenden Vorgaben zu machen, allerdings durchaus selbstkritisch reflektierend, ob es solcher Vorgaben derzeit überhaupt schon bedarf oder ob es nicht ohnehin sinnvoller wäre, die ambulante Notfallversorgung in einem umfassenderen und übergreifenden Ansatz anzugehen. Immerhin sieht der Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung klare Bestrebungen in dieser Hinsicht vor.

Bekanntlich wenden sich Patientinnen und Patienten, die sich in einer akuten medizinischen Notfallsituation fühlen, aktuell häufig direkt an Krankenhäuser, da dort aufgrund der klar definierten vorzuhaltenden Strukturen eine umfassende Notfallbehandlung sichergestellt ist. Der G-BA kann insbesondere nicht erkennen, dass mit den Regelungen des § 120 Absatz 3b SGB V tatsächlich sinnvolle Entlastungen für die Krankenhäuser in dieser Hinsicht zu erzielen sind. Die Befassung macht sogar deutlich, dass bei bestimmten Regelungsansätzen neue umständliche Administrationsvorgänge notwendig wären, um die möglicherweise geeignete Versorgungsebene zu klären und die Patientin oder den Patienten ggf. in den vertragsärztlichen Bereich zu vermitteln. Der G-BA unterschätzt auch nicht den Aufwand, der damit verbunden sein würde, der Patientin oder dem Patienten überhaupt erst erläutern zu müssen, dass sie oder er das Krankenhaus nun verlassen möge, um zu einer Behandlung in eine Praxis unter möglicherweise ziemlichen Strapazen weiterzufahren. In diesen Fällen hat sich dem G-BA neben der Frage der Patientensicherheit zudem der Aspekt der haftungsrechtlichen Risiken für die Krankenhäuser in besonderem Maße offenbart. Immerhin stellen die Notfallambulanzen der Krankenhäuser ärztliche geleitete Behandlungseinrichtungen dar, sodass eine Patientenweiterleitung aus dem Krankenhaus heraus ohne eine ärztliche Einbindung einen in vielerlei Hinsicht schwierigen Sachverhalt darstellt.

Die Frage der verpflichtenden Weitervermittlung an andere Versorgungsstrukturen – ist daneben auch aus einem anderen Blickwinkel kritisch zu bewerten. Bei diesbezüglich möglicherweise sehr weitreichenden Regelungen sollten nämlich neue mögliche

Fehlentwicklungen dahingehend bedacht werden, dass mit den Vorgaben nach § 120 Abs. 3 b SGB V nicht am Ende versehentlich zahllose Terminservicestellen an Krankenhäusern geschaffen werden.

Alles in allem wurde dem G-BA deutlich, dass es weiterer Anstrengungen bedarf, um Patientenströme derart zu lenken, dass sie, wenn sie die Strukturen der Krankenhäuser nicht benötigen, ein solches erst gar nicht aufsuchen. Ebenso erscheint es zielführend, die vertragsärztlichen Versorgungsangebote an Krankenhäusern, wie es sie beispielsweise durch mancherorts am Krankenhaus etablierte Notfallpraxen und sogenannte Gemeinsame Tresen bereits gibt, weiter auszubauen, damit die Zahl unnötiger Wege für hilfesuchende Patientinnen und Patienten gering bleibt. Auch diesen Entwicklungen soll mit den Regelungen des G-BA nach § 120 Absatz 3b SGB V daher möglichst nicht entgegenwirkt werden.

Im Ergebnis resultieren daher Vorgaben des G-BA, welche die aufgezeigten Bedenken berücksichtigen und das kurzfristig sinnvoll Machbare in den Blick nehmen ohne dabei die empfindlichen organisatorischen Strukturen der Notfallambulanzen mit übermäßigen Veränderungen unnötig zu überfordern. Wenngleich nicht entscheidungsleitend, dürften die Regelungen zudem aufgrund der eher begrenzten Eingriffe in die bestehenden Strukturen auch möglichen Reformvorhaben aus dem Koalitionsvertrag der jetzigen Bundesregierung nicht entgegenstehen.

## **1.1 Zu § 1 Ziel der Regelung**

### Zu Absatz 1

Absatz 1 nimmt im Sinne einer einleitenden Erläuterung Bezug auf die gesetzlichen Regelungen des § 120 Absatz 3b Satz 1 SGB V.

### Zu Absatz 2

Der Gesetzgeber hat den Begriff des Hilfesuchenden nicht näher definiert. Der G-BA stellt klar, dass die vorliegenden Regelungen nur gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten umfassen, denn die Regelung des § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V bezieht sich nicht auf Selbstzahler oder privat versicherte Patientinnen und Patienten sowie nicht auf Behandlungsfälle, deren Behandlung über die Kostenträger der gesetzlichen Unfallversicherung/Berufsgenossenschaft abgerechnet werden. Patientinnen und Patienten, die mit einer Verordnung von Krankenhausbehandlung das Krankenhaus aufsuchen, fallen nicht in den Anwendungsbereich der Richtlinie. Ein Hilfesuchender im Sinne der vorliegenden Richtlinie sind Patientinnen und Patienten, die selbständig („fußläufig“) oder durch den Rettungsdienst ohne ärztliche Verordnung im Krankenhaus Hilfe suchen.

### Zu Absatz 3

Unbenommen von Regelungen zur Ersteinschätzung zum Zwecke einer Behandlungspriorisierung, müssen eigenständige Kinder-Notfallambulanzen, die das Modul Notfallversorgung Kinder (§ 25 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4) erfüllen, aufgrund ihres speziellen Versorgungsangebots vor Behandlung eines Notfalls nicht eine Ersteinschätzung mit dem Ziel der Weiterleitung durchführen. Diese Ausnahme erfolgt vor dem Hintergrund, dass aufgrund möglicher Erschwernisse in der Anamneseerhebung, sozialer Faktoren sowie zu antizipierenden Lücken im vertragsärztlichen pädiatrischen Notfallversorgungsangebot eine Weiterleitung in häufig ohne Erfolg bleiben wird. Für diese Häuser wird die Etablierung neuer Ersteinschätzungssysteme, auch aufgrund ihres geringen relativen Anteils am bundesweiten Gesamt-Notfallaufkommen, als nicht sachgerecht eingestuft. Es steht diesen Einrichtungen

dennoch frei, bspw. vor dem Hintergrund etwaiger regionaler Begebenheiten, nach den vorliegenden Regelungen eine Ersteinschätzung vorzunehmen.

Zu Absatz 4

Eigenständige Psychiatrische Fachkrankenhäuser, die das Modul Spezialversorgung (§ 26 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4) erfüllen, müssen aufgrund ihres speziellen Versorgungsangebots vor Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V keine Ersteinschätzung mit dem Ziel der Weiterleitung durchführen.

Diese Ausnahme erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Notfallversorgung in der Psychiatrie in jeweils 16 eigenen Psychisch-Kranken-Gesetzen (Psych-KG) der Bundesländer im Sinne einer „regionalen psychiatrischen Pflichtversorgung“ geregelt und entsprechend unterschiedlich ausgestaltet ist, sodass eine bundesweite Regelung zur Einschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden bei dieser speziellen Patientengruppe mit landesrechtlichen Vorgaben kollidieren könnte.

Darüber hinaus haben regionale Strukturen zur akuten psychischen Krisenversorgung historisch sehr heterogen gewachsene Strukturen und inkludieren auch Leistungserbringer außerhalb des SGB V, wie z. B. kommunal finanzierte Krisendienste, gemeindepsychiatrische Verbände und Sozialpsychiatrische Dienste, deren Berücksichtigung die vorliegende Richtlinie nicht leisten kann.

Nicht zuletzt erfolgt diese Ausnahme aber auch vor dem Hintergrund, dass aufgrund möglicher Erschwernisse in der Anamneseerhebung, sozialer Faktoren sowie zu antizipierenden Lücken im vertragsärztlichen psychiatrischen Notfallversorgungsangebot eine Weiterleitung häufig ohne Erfolg bleiben wird.

Daher wird die Pflicht zur Etablierung neuer Ersteinschätzungssysteme als nicht sachgerecht eingestuft.

## **1.2 Zu § 2 Allgemeine Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung nach § 120 Abs. 3b SGB V**

Zu Absatz 1

Grundlage für die Regelungen des G-BA ist die Definition der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfallversorgung (DGINA), wonach bei jeder Patientin oder jedem Patienten, der oder die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweist, für die die Patientin oder der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet, ein Notfall vorliegt. Für eine andere Betrachtungsweise fehlt es derzeit an validierten Ersteinschätzungsinstrumenten, die eine im Sinne der Patientensicherheit und des Haftungsrechts sichere Beurteilung durch das Krankenhaus mit dem Ziel einer Weiterleitung an vertragsärztliche Praxen über diejenigen vorgeschriebenen Arztkontakt-Zeiten hinaus erlaubt, die durch zur Anwendung kommenden Priorisierungsinstrumente festgelegt werden.

Eine Weiterleitung von Patientinnen und Patienten auf der Grundlage der vorliegenden Richtlinie des G-BA erfolgt daher nur auf Basis von Priorisierungssystemen festgelegten Arztkontakt-Zeiten und nur für den Fall, dass in diesen Zeiträumen ein vertragsärztliches Versorgungsangebot in unmittelbarer räumlicher und zeitlicher Nähe möglich ist, wobei hierfür zurzeit nur vertragsärztliche Notdienstpraxen oder Partnerpraxen infrage kommen. Zwar existieren in vereinzelten Bundesländern gute regionale Ansätze in Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen, hierbei handelt es sich jedoch um

Pilotprojekte. Eine flächendeckende Anwendung dieser (Pilot-)Verfahren ist aufgrund der derzeit noch fehlenden validierten Grundlage nicht zielführend. Darüber hinaus sind dem G-BA Innovationsfonds-Projekte (DEMAND oder OPTINOFA) bekannt; jedoch ist von diesen kurzfristig nicht mit so weitreichenden Ergebnissen zu rechnen, dass ein Ersteinschätzungsverfahren gemäß § 120 Absatz 3 SGB V auf Grundlage dieser (Projekt-)Ergebnisse etabliert werden kann. Hierbei ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass offenbar keine tatsächliche Weiterleitung mit anschließender Evaluation durchgeführt wurde. Darüber hinaus deckt das Projekt OPTINOFA zum jetzigen Zeitpunkt nur eine geringe Anzahl von 20 Leitsymptomen ab.

In Abgrenzung zu den vertragsärztlichen Notdienstpraxen sind Partnerpraxen, insbesondere während vertragsärztlicher Sprechstundenzeiten, mögliche Anlaufstellen und werden dabei von den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen für ein bestimmtes Krankenhaus als „zuständig“ definiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übernehmen auch die hierzu notwendigen vertraglichen Vereinbarungen mit diesen Praxen. Sie stellen dem Krankenhaus verlässliche Informationen zu den vertragsärztlichen Leistungserbringern zur Verfügung. Dies bedeutet, dass diese aktuell und verbindlich sein müssen, damit eine Weiterleitung von Patientinnen und Patienten auch aus haftungsrechtlicher Sicht verlässlich erfolgen kann.

Zu Absatz 2

Die Ersteinschätzung soll an einer zentralen und für die Patientinnen oder den Patienten gut erkennbaren Stelle im Krankenhaus durchgeführt werden.

Das Ziel, innerhalb von zehn Minuten nach Anmeldung des oder der Hilfesuchenden im Krankenhaus mit der Ersteinschätzung zu beginnen, soll eingehalten werden. Dabei stellt der Anmeldezeitpunkt der Patientin oder des Patienten als nachvollziehbarer Zeitpunkt die Bezugsgröße dar. Da sich die Personalplanung in den Notaufnahmen am durchschnittlich zu erwartenden Patientenaufkommen und der zu erwartenden Erkrankungsschwere orientiert, ein überdurchschnittlich hohes Patientenaufkommen oder vermehrte Personalbindung in der Regel nicht zu antizipieren sind und sich nicht immer durch kurzfristige personelle Umstrukturierungen ausgleichen lassen, sind Abweichungen in der Versorgungspraxis möglich.

Zu Absatz 3

Ersteinschätzungsinstrumente erfordern qualifiziertes, erfahrenes und geschultes Fachpersonal. Voraussetzung ist daher eine mindestens zweijährige Ausbildung in der direkten Patientenversorgung (z. B. Gesundheits- und Krankenpflegekraft, Pflegefachfrau/-mann, Medizinische Fachangestellte, Rettungsassistent/Rettungsassistentin, Notfallsanitäter/Notfallsanitäterin bzw. eine gleichwertige Qualifikation (z. B. Pflegestudium).

Um eine ausreichende klinische Erfahrung sicherzustellen, ist darüber hinaus eine mindestens sechsmonatige Berufserfahrung in der innerklinischen Notfallversorgung erforderlich.

Das eingesetzte Personal ist sowohl in der selbständigen Anwendung des Ersteinschätzungsinstruments als auch in den Prozessen der Patientenweiterleitung geschult.

### **1.3 Zu § 3 Spezifische Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung**

Zu Absatz 1

Zum Erkennen lebensbedrohlicher Zustände und zum frühzeitigen Erkennen abwendbar gefährlicher Krankheitsverläufe kommen bereits strukturierte und validierte Priorisierungsinstrumente an Krankenhäusern zur Anwendung. Hierfür finden in Deutschland

zwei gängige Systeme (MTS, ESI) Verwendung, die in großen internationalen Studien evaluiert und validiert werden konnten. Eine Priorisierung mit diesen beiden Systemen soll nicht losgelöst von oder gar nachgelagert der Ersteinschätzung erfolgen, sondern ist integraler Bestandteil der Ersteinschätzung gemäß §120 Abs. 3b SGB V und dient dem Patientenschutz. Die Ersteinschätzung muss alle relevanten in der Notfallversorgung auftretenden Behandlungsanlässe abbilden. Eine mögliche Liste dieser Behandlungsanlässe findet sich z. B. im Canadian Emergency Department Information System (sog. CEDIS Katalog).

Durch Einführung von Manchester Triage (MTS) und Emergency Severity Index (ESI) wurden die früher üblichen dreistufigen Priorisierungskategorien zugunsten differenzierterer, fünfstufiger Systeme verlassen. Sowohl MTS als auch ESI unterteilen Patienten in fünf Kategorien und erfassen die Behandlungsdringlichkeit in fünf Dringlichkeitsstufen (Stufe 1 = höchste Dringlichkeitsstufe, Stufe 5 = niedrigste Dringlichkeitsstufe), daher ist auch bei der Ersteinschätzung nach § 120 Absatz 3b SGB V ein 5-stufiges System zu nutzen.

Die Zuweisung der Versorgungsebene berücksichtigt zwingend die Verfügbarkeit von Notdienstpraxen und Partnerpraxen. Ohne Kenntnis dieser Verfügbarkeit ist eine abschließende Zuweisung zu einer vertragsärztlichen Versorgungsstruktur nicht möglich.

Zu Absatz 2

Die Behandlungskategorien gemäß der Priorisierung nach MTS oder ESI korrelieren mit der Notwendigkeit einer stationären Behandlung bzw. Notwendigkeit einer Behandlung auf einer Intensiv- oder Überwachungsstation. Beide Systeme geben für die Kategorien 1 und 2 Zeiträume bis zur ärztlichen Behandlung vor (1/rot/sofort und 2/orange/sehr dringend/spätestens nach 10 min bzw. so schnell wie möglich). MTS legt darüber hinaus auch für die restlichen Kategorien einheitliche Zeiten bis zum Erstkontakt fest (dies sind in Deutschland: 3/gelb/30 min, 4/grün//90 min und 5/blau//120min). Bei ESI werden diese Zeiten zumeist krankenhausindividuell festgelegt.

Unter Berücksichtigung dieser Daten ist für alle Patienten der Kategorien 1-3 in hohem Maße von einer akuten Behandlungsnotwendigkeit mit den Mitteln der Notaufnahme des Krankenhauses auszugehen, so dass ein sofortiger Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu statuieren ist und eine Weiterleitungsmöglichkeit nicht verfolgt werden muss. Unbenommen davon ist, dass Krankenhäuser, die auch für diese oder Teile dieser Dringlichkeitsstufen eine Weiterleitung in Erwägung ziehen, dies nach eigenem Ermessen tun können.

Zu Absatz 3

Bei Patientinnen und Patienten, die den Behandlungskategorien 4 und 5 zugeordnet werden, wird die Möglichkeit einer Weiterleitung an Notdienstpraxen oder Partnerpraxen geprüft. Die Prüfung erfolgt auf Grundlage der Behandlungszeiten, die durch das Priorisierungssystem (MTS/einheitlich, ESI/krankenhausindividuell) vorgegeben sind. Beispielsweise bedeutet dies bei MTS, dass ein Termin bei einer Partnerpraxis innerhalb von 90 bzw. 120 min zur Verfügung stehen müsste und verbindlich gebucht werden könnte (Echtzeit-Terminvermittlung). Bei einer zur Verfügung stehenden Notdienstpraxis entfällt diese Prüfung, da davon auszugehen ist, dass diese Zeiten nicht überschritten werden.

Patientinnen und Patienten, die durch den Rettungsdienst in ein Krankenhaus eingeliefert werden, können nur an eine Notdienstpraxis vor Ort weitergeleitet werden. Die Weiterleitung an eine vertragsärztliche Praxis außerhalb des Krankenhaus-Standortes ist ihnen nicht zumutbar und nicht vermittelbar, da bereits ein Ersteinschätzungsverfahren über den Rettungsdienst zur Anwendung gekommen ist, nach welchem die Patientin oder der Patient davon ausgeht, dass er oder sie am Krankenhaus behandelt wird.

Ist eine Weiterleitung aufgrund fehlender vertragsärztlicher Behandlungskapazitäten nicht möglich, erfolgt die Behandlung im Krankenhaus.

Zu Absatz 4

Ist bei Patientinnen und Patienten der Behandlungskategorien 4 und 5 eine Weiterleitung an eine Partnerpraxis möglich, erfolgt für die endgültige Entscheidung über Weiterleitung der Einbezug ärztlichen Personals. Dies ist im Sinne der Patientensicherheit und aus haftungsrechtlichen Aspekten erforderlich, da die Patientin oder der Patient das Klinikgelände verlassen muss und außerhalb des Verantwortungsbereiches des Krankenhauses gelangt.

Ist eine Weiterleitung medizinisch nicht vertretbar oder dem Patienten oder der Patientin nicht zumutbar, erfolgt die Behandlung im Krankenhaus. Bei der Zumutbarkeit sind neben medizinischen Faktoren wie Kontraindikationen auch patientenindividuelle, soziale, zeitliche Einflussfaktoren und regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Hier seien beispielhaft eine deutlich eingeschränkte Patientenmobilität oder fehlende Transportinfrastrukturen in ländlichen Regionen genannt.

Erfolgt eine Weiterleitung an eine Notdienstpraxis, ist ein ärztlicher Einbezug nicht notwendig, da der Arztkontakt in der Notdienstpraxis einerseits unmittelbar bevorsteht und der Patient oder die Patientin andererseits nicht das Klinikgelände verlässt.

Zu Absatz 5

Idealerweise werden bei einer bevorstehenden Weiterleitung relevante medizinische Informationen aus der Ersteinschätzung in die elektronische Patientenakte eingetragen, damit es nicht zu einer Doppelerfassung (Krankenhaus und Vertragsarzt) kommt. Hierfür muss neben dem Vorliegen technischer Gegebenheiten auch eine Einwilligung der Patientin oder des Patienten vorliegen. Sind die Voraussetzungen hierfür nicht gegeben, erhält die Patientin oder der Patient die Informationen in Schriftform. Erfolgt eine Weiterleitung an eine Partnerpraxis, sind zudem Informationen zum Termin insbesondere zum Zeitpunkt und zum Standort der Partnerpraxis der Patientin oder dem Patienten in schriftlicher Form auszuhändigen.

#### **1.4 Zu § 4 Bereitstellung von Informationen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Weiterleitung von Patientinnen und Patienten**

Zu Absatz 1

Sofern Vereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Krankenhaus nichts anderes vorsehen, finden die vorliegenden Regelungen im Zeitraum zwischen 19 und 7 Uhr keine Anwendung. Damit sollen Doppelvorhaltungen in einem Zeitraum, in dem das Patientenaufkommen in der Regel niedriger ist, vermieden werden. Zudem sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen entlastet werden, damit ihnen die Bereitstellung von erforderlichen vertragsärztlichen Kapazitäten für eine Weiterleitung in die ambulante Notfallversorgung von 7 bis 19 Uhr ermöglicht wird.

Zu Absatz 2

Für eine verbindliche und verlässliche Weiterleitung von Patientinnen und Patienten ist es unabdingbar, dass dem weiterleitenden Krankenhaus Informationen zur aktuellen vertragsärztlichen Behandlungskapazität vorliegen. Andernfalls ist eine verbindliche Weiterleitung nicht möglich. Insbesondere für die Weiterleitung an Partnerpraxen können technische Mittel eingesetzt werden, sofern diese von der Krankenhaus-IT unterstützt werden. Die Bereitstellung notwendiger Informationen erfolgt dabei durch Kassenärztliche

Vereinigungen, da Patientinnen und Patienten an vertragsärztliche Leistungserbringer vermittelt werden.

Zu Absatz 3

Für die Festlegung von Partnerpraxen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig. Diese weisen Krankenhäusern Partnerpraxen zu und übernehmen die hierzu notwendigen vertraglichen Vereinbarungen mit diesen. Dem Krankenhaus müssen diese Partnerpraxen genannt und Informationen zu deren Standorten übermittelt werden. Da Informationen zur Entfernung des Leistungserbringers, verfügbare Behandlungskapazitäten und die differenzierte Kenntnis der Facharzttrichtung bei der Entscheidung für oder gegen eine Weiterleitung entscheidende Kriterien sind, müssen die diesbezüglichen Informationen in verlässlicher Form dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden. Die Termine sind in „Echtzeit“ bereitzustellen, da sich andernfalls bis zur Ankunft des Patienten oder der Patientin in der Praxis ein Termin nicht mehr verfügbar sein kann. Bei der Verfügbarkeit bestimmter Facharzt-Praxen kann das Krankenhaus davon ausgehen, dass diese über die für die Erfüllung der fachärztlichen Versorgung notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verfügen. Eine Prüfung der Verfügbarkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch das Krankenhaus erfolgt nicht.

Zu Absatz 4

Damit Patientinnen und Patienten verlässlich an eine vertragsärztliche Notdienstpraxis weitergeleitet werden können, müssen dem Krankenhaus insbesondere auch deren Sprechstundenzeiten bekannt sein. Diese Informationen sind in verlässlicher Form durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bereitzustellen. Bei einer Weiterleitung an eine verfügbare Notdienstpraxis prüft das Krankenhaus nicht, ob Ärztinnen oder Ärzte maßgeblicher Fachrichtungen im Dienst sind. Dies ist Krankenhäusern nicht zuzumuten. Vielmehr kann das Krankenhaus davon ausgehen, dass Notdienstpraxen die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten der Dringlichkeitsstufen 4 und 5 übernehmen und die Einbeziehung entsprechender Fachexpertise gewährleisten können.

## **1.5 Zu § 5 Evaluation**

Zu Absatz 1

Da der G-BA gemäß § 120 Absatz 3b SGB V die Auswirkungen des vorliegenden Beschlusses hinsichtlich der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen zu prüfen hat, benötigt der G-BA Evaluationsdaten, die von den Krankenhäusern zu übermitteln sind. Als Datenannahmestelle fungiert dabei das IQTIG. Der G-BA erachtet die von ihm festgelegten Parameter für diese Prüfung für zielführend, da diese in der Lage sein werden, Rückschlüsse darauf zuzulassen, ob durch die vorliegenden Regelungen das mit dem Gesetz verfolgte Ziel erreicht werden konnten und Hilfesuchende, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden, vermehrt in vertragsärztliche Praxen weitergeleitet werden konnten. Bei den festgelegten Parametern handelt es sich um Prozess-Parameter, die Evaluierung eigentlich wünschenswerter patientenrelevanter Endpunkte ist auf Grundlage der vorliegenden Richtlinie nicht möglich.

Da die Richtlinie zum 01.07.2023 in Kraft tritt und für die Krankenhäuser erst nach Vorliegen des Beschlusses des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 120 Absatz 3b Satz 4 SGB V verbindlich wird, ist eine Evaluierung frühestens für das Erfassungsjahr 2024 möglich. Daher setzt der G-BA die Datenübermittlung derart fest, dass die Übermittlung bis spätestens zum 30.09.2025 für das Erfassungs-Kalenderjahr 2024 erfolgen muss.

Zu Absatz 2 und 3

Damit der G-BA die bundesweite Inanspruchnahme der Notaufnahmen bewerten kann, ist eine standortbezogene Übermittlung der Daten erforderlich. Die Auswertung erfolgt in anonymisierter und aggregierter Form. Eine standortbezogene Auswertung wird als nicht zielführend erachtet, da bei einer diesbezüglichen Interpretation regionale Begebenheiten Berücksichtigung finden müssten, was auf Grundlage dieser Richtlinie nicht möglich ist.

## **1.6 Zu § 6 Übergangsregelung**

Es existieren vereinzelt regionale Lösungen in Form von Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese zeigen aus Sicht der Kooperationspartner womöglich positive Auswirkungen auf die Steuerung des Patientenaufkommens an Notaufnahmen im Sinne der Zielsetzung des Gesetzgebers in Bezug auf § 120 Absatz 3b SGB V. Aufgrund der Tatsache, dass die vorliegenden Regelungen des G-BA bislang nicht evaluiert sind und daher nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese das Patientenaufkommen besser steuern können als bereits existente Ersteinschätzungs- und Weiterleitungsverfahren auf Grundlage von regionalen Kooperationsverträgen, ermöglicht der G-BA diesen Häusern die Fortführung ihres Ersteinschätzungsverfahrens. Voraussetzung ist, dass sich die Kooperationspartner auf die Inanspruchnahme der Übergangsregelung einigen.

Die Übergangsregelung wird befristet auf den 31.12.2026, da der G-BA davon ausgeht, dass zu diesem Zeitpunkt Erkenntnisse aus der Evaluation nach § 5 vorliegen.

## **1.7 Zu § 7 Inkrafttreten**

Die Richtlinie tritt zum 01.07.2023 in Kraft. Für die Krankenhäuser wird sie jedoch erst verbindlich, wenn der Ergänzende Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V einen Beschluss über die erforderliche Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen getroffen hat. Erst wenn eine rechtswirksame Vergütungsregelung vorliegt, können die Krankenhäuser das Ersteinschätzungsverfahren als Leistung etablieren, anbieten und auch abrechnen. Ein Inkrafttreten mit sofortiger Verbindlichkeit der Richtlinie zum 01.07.2023 ist den Krankenhäusern nur zuzumuten, wenn sie ihre erbrachten Leistungen vollständig abrechnen können. Das etwaige Warten auf eine Vergütungsregelung würde zu nicht hinnehmbaren Erlösausfällen führen.

## **2. Bürokratiekostenermittlung**

*Wird durch Geschäftsstelle ergänzt*

## **3. Verfahrensablauf**

*Wird durch Geschäftsstelle ergänzt*

## **4. Fazit**

*Wird durch Geschäftsstelle ergänzt*

Berlin, den 21. Juli 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des  
medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die  
sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wen-  
den gemäß § 120 Absatz 3b SGB V

Vom 21. Juli 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2022 folgende Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossen:

- I. Die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird wie folgt gefasst:

**„Richtlinie**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden,  
die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden  
gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

## **§ 1 Ziel der Regelung**

- (1) Krankenhäuser dürfen gemäß § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V von gesetzlich Krankenversicherten grundsätzlich nur in Notfällen für eine ambulante Behandlung in Anspruch genommen werden. Ein solcher Notfall liegt vor, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es an der Zeit für die Auswahl eines zur ambulanten Behandlung zugelassenen Leistungserbringers fehlt. Es muss eine sofortige ärztliche Behandlung notwendig und den Hilfesuchenden darf die Inanspruchnahme eines Leistungserbringers im Sinne von § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V anstelle eines nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhauses nicht zumutbar sein.
- (2) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat gemäß § 120 Abs. 3b SGB V Vorgaben zur qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden zu beschließen, die sich zur Behandlung eines ambulanten Notfalls nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden. Durch ein qualifiziertes und standardisiertes Verfahren soll die bessere Koordination der Notfallbehandlung erreicht und ambulant behandelbare Hilfesuchende sollen entweder der ärztlichen Behandlung im Krankenhaus oder durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer zugewiesen werden. Hilfesuchende sollen keine ärztlichen Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser binden, wenn kein Notfall im Sinne von § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorliegt.

## **§ 2 Kreis der ersteinzuschätzenden Hilfesuchenden, Anwendungsbereich der Vorgaben**

- (1) Bei gesetzlich Krankenversicherten, die mit einem von ihnen für dringend gehaltenen gesundheitlichen Anliegen ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus aufsuchen (nachfolgend: „die Hilfesuchenden“) ist ein Ersteinschätzungsverfahren nach diesen Vorgaben durchzuführen.
- (2) Die Vorgaben lassen die Regelung des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V unberührt. Das Krankenhaus ist jederzeit dazu befugt, auf dieser Grundlage die stationäre oder stationsäquivalente Behandlungsbedürftigkeit zu prüfen, ohne zuvor ein Ersteinschätzungsverfahren durchführen zu müssen.
- (3) Die Vorgaben gelten für sämtliche Krankenhäuser, die beim Vorliegen der Voraussetzungen für Hilfesuchende ambulante Notfallleistungen nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V erbringen.

## **§ 3 Qualifikation des für die Ersteinschätzung eingesetzten medizinischen Personals, Leitung der Notfallambulanz**

- (1) Die Ersteinschätzung erfolgt durch vom Krankenhaus eingesetztes Personal (nachfolgend: „Triagekraft“),
  1. das eine mindestens zweijährige Ausbildung in einem der folgenden Gesundheitsberufe abgeschlossen hat: Gesundheits- und Krankenpflege, Medizinische Fachangestellte, Notfallsanitäter oder über einen vergleichbaren Abschluss in der direkten Patientenversorgung verfügt,
  2. das eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in der inner- oder außerklinischen Notfallversorgung hat,

3. das in das Ersteinschätzungsverfahren nach § 4 Abs. 1 und 2 und den Prozess der Weiterleitung von Hilfesuchenden in die vertragsärztliche Versorgung nach § 5 dieser Vorgaben eingewiesen worden ist und
  4. das mindestens einmal jährlich an einer Fortbildung in der selbständigen Anwendung des Ersteinschätzungsverfahrens teilnimmt.
- (2) Die ärztliche Leitung der Notfallambulanz des Krankenhauses muss über die Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen.

#### § 4 Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens

- (1) Die Ersteinschätzung wird an einer zentralen und für die Hilfesuchenden gut erkennbaren und geeigneten Stelle im Krankenhaus durchgeführt. Bei allen Hilfesuchenden ist innerhalb von 10 Minuten nach Eintreffen in der für die Notfallbehandlung im Krankenhaus zuständigen Einheit eine Behandlungspriorisierung unter Berücksichtigung der Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Abs. 4 SGB V durchzuführen. Dies dient der unverzüglichen Feststellung, ob eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit vorliegt und erfolgt unabhängig davon, ob das Krankenhaus an der gestuften stationären Notfallversorgung teilnimmt oder nicht. Das hierfür eingesetzte Verfahren muss zur Unterstützung der mit der Ersteinschätzung betrauten Triagekraft validiert und geeignet sein, Hilfesuchende anhand einer Bewertung der Symptome einer 5-stufigen Dringlichkeitsskala (Dringlichkeitsstufe 1 = höchste Dringlichkeit, Dringlichkeitsstufe 5 = nicht dringend) zuzuordnen.

Eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit besteht für Hilfesuchende, die in der Dringlichkeitsskala der Stufe 1 (sofortiger Behandlungsbeginn), 2 (sehr dringend – Behandlungsbeginn innerhalb von 10 Minuten) zugeordnet werden. Bei diesen Hilfesuchenden ist die Behandlung in der Notaufnahme des Krankenhauses durchzuführen. Ein weiterführendes Ersteinschätzungsverfahren nach Abs. 2 findet in diesem Fall nicht statt.

- (2) Für Hilfesuchende, die nicht den Dringlichkeitsstufen 1 oder 2 gemäß Abs. 1 zugeordnet werden, erfolgt im Anschluss an diese Prüfung eine weiterführende Ersteinschätzung unter Beachtung der folgenden Bestimmungen. Die weiterführende Ersteinschätzung dient dazu, die sachgerechte Versorgungsebene unter Beachtung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs zu ermitteln.

1. Feststellung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs

Die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs ist nachfolgender Einteilung zu bestimmen:

Gruppe	Bezeichnung	Medizinisch vertretbarer Zeitrahmen bis zur Behandlung
1	Schnellstmöglich	ärztliche Behandlung sollte binnen vier Stunden beginnen
2	Akut	ärztliche Behandlung sollte binnen 24 Stunden beginnen
3	Nicht akut	a) <i>ärztliche Behandlung sollte binnen 72 Stunden beginnen</i> b) <i>ärztliche Behandlung muss nicht binnen 72 Stunden beginnen.</i>

Die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs bestimmt sich nach der Erkrankungsschwere, dem Beschwerdebild und den damit verbundenen Anzeichen und Symptomen. Bei der Einordnung der Hilfesuchenden der Gruppe 3 (nicht akut) in die Untergruppen 3a oder 3b kann das Krankenhaus entsprechend § 6 Abs. 1 ärztliches Personal einbeziehen.

## 2. Versorgungsebenen zur ambulanten Behandlung

Das vom Krankenhaus eingesetzte strukturierte und standardisierte Ersteinschätzungsverfahren muss geeignet sein, die mit der Ersteinschätzung betrauten Triagekräfte darin zu unterstützen, für die Hilfesuchenden entsprechend der in Nr. 1 festgestellten Dringlichkeit und unter Berücksichtigung des Zeitpunkts, zu dem diese das Krankenhaus aufgesucht haben, eine sachgerechte Versorgungsebene zu bestimmen, die mindestens die folgenden Einteilungen umfasst:

- a) Krankenhaus zur ambulanten Notfallbehandlung nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V
- b) Vertragsärztliche Versorgung (in geeigneten Fällen auch durch telemedizinische Leistungserbringung):
  - aa) Notdienstpraxen gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V sowie
  - bb) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 SGB V (Einrichtungen nach aa) und bb) nachfolgend gemeinsam „Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung“).

## 3. Weitere Informationen zur Versorgungsebene

Soweit Hilfesuchende der Versorgungsebene Nr. 2. b) zugeordnet werden, ist für den Fall der Weiterleitung von Hilfesuchenden an Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung nach Nr. 2 b) bb) vom Krankenhaus die zur Behandlung erforderliche Fachrichtung auszuweisen. Dabei soll mindestens nach den folgenden Fachrichtungen differenziert werden:

- a) Hausärzte
- b) Innere Medizin
- c) Gynäkologie und Geburtshilfe
- d) Urologie
- e) Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie
- f) Kinder- und Jugendmedizin
- g) Augenheilkunde
- h) Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- i) Dermatologie
- j) Psychiatrische Versorgung.

**§ 5 Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung, Nachweis eines Falles nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 SGB V gegenüber der Terminservicestelle**

- (1) Sofern das Ergebnis des weiterführenden Ersteinschätzungsverfahrens eine sachgerechte Versorgung des Hilfesuchenden in den Versorgungsebenen nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 b) ergibt und keine Weiterleitung in eine Notdienstpraxis gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V erfolgt, hat das Krankenhaus zu prüfen, ob eine vertragsärztliche Einrichtung mit der zur Behandlung notwendigen Fachrichtung nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 innerhalb der nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 ermittelten Dringlichkeitsstufe in zumutbarer Entfernung verfügbar ist. Die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Zuständigkeitsgebiet sich das Krankenhaus befindet, in dem die Ersteinschätzung durchgeführt wird, stellt diesem zur Durchführung der Prüfung Informationen nach § 75 Abs.1a Satz 2 SGB V zur Verfügung.
- (2) Zur Prüfung der Voraussetzungen nach Abs. 1 kann sich das Krankenhaus technischer Mittel (z.B. IVENA) bedienen, soweit diese von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unterstützt werden. Daneben ist die Terminservicestelle auf Anforderung des Krankenhauses verpflichtet, dieses bei der Prüfung der Voraussetzungen nach Abs. 1 in geeigneter Form zu unterstützen. Die Unterstützung kann auch darin bestehen, dass vor einer Weiterleitung in eine Einrichtung der vertragsärztlichen Versorgung eine Videosprechstunde oder telefonische ärztliche Konsultation durch einen von der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung benannten Arzt angeboten wird, der hierdurch die weitere Behandlung übernimmt. Unbenommen von Abs.1 kann das Versorgungsangebot durch regionale Kooperationen ergänzt werden.
- (3) Sofern Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigung mit dem Krankenhaus nichts anderes vorsehen, erfolgt grundsätzlich im Zeitraum zwischen 22 und 7 Uhr keine Weiterleitung von mit der Dringlichkeitseinstufung „schnellstmöglich“ im Sinne von § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 ersteingeschätzten Hilfesuchenden in Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung.
- (4) Hilfesuchende, für deren Behandlung die Versorgungsebene nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 b) sachgerecht ist, die zur Dringlichkeitsstufe 1 oder 2 (Behandlungsbedürftigkeit binnen 4 bzw. 24 Stunden) gehören und die nicht in eine Notdienstpraxis gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V weitergeleitet werden, unterstützt das Krankenhaus bei der Terminvermittlung nach § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 1, Satz 4 Nr. 2 SGB V, indem es für diese Hilfesuchenden das Terminbuchungssystem der Terminservicestelle nutzt und für sie einen Termin bucht. Bei allen anderen Hilfesuchenden, für deren Behandlung die Versorgungsebene nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 b) sachgerecht ist und die zur Dringlichkeitsstufe 3a (Behandlungsbedürftigkeit binnen 72 Stunden) gehören, kann das Krankenhaus ebenfalls hierüber einen Termin buchen.

Hilfesuchende, für die das Krankenhaus keinen Termin gebucht hat, unterstützt das Krankenhaus bei der Terminvereinbarung mit der Terminservicestelle, indem es den Hilfesuchenden die notwendigen Informationen zur Verfügung stellt, dass bei ihnen ein Fall nach § 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 SGB V vorliegt. Hierbei handelt es sich um folgende Informationen, die als Ergebnisparameter Bestandteil des weiterführenden Ersteinschätzungsverfahrens sind:

- Standort und Kontakt der Notaufnahme

- Identität der Triagekraft und – sofern erfolgt – des in die Entscheidung einbezogenen Arztes
- Identität des Patienten
- Akut-Fallnummer

Ergebnisse der Ersteinschätzung nach Maßgabe von § 8 Abs. 5.

Das Krankenhaus kann in diesen Fällen Hilfesuchenden den Vermittlungscode des Terminbuchungssystems der Terminservicestelle zur selbstständigen Terminbuchung von Terminen nach § 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 SGB V (Facharzttermine mit Überweisungserfordernis) zur Verfügung stellen.

- (5) Wenn sich als Ergebnis der Terminbuchung über die Terminservicestelle ergibt, dass eine Behandlung in der festgestellten, sachgerechten Versorgungsebene innerhalb des nach der ermittelten Dringlichkeitseinstufung zur Verfügung stehenden Zeitfensters nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 durch einen in zumutbarer Entfernung liegenden vertragsärztlichen Leistungserbringer nicht möglich ist, führt das Krankenhaus, das die Hilfesuchenden aufgesucht haben, die erforderliche ambulante Notfallbehandlung durch. Die Gründe, die zur Nichtweiterleitung in die sachgerechte vertragsärztliche Versorgung nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 b) geführt haben, sind zu dokumentieren.

#### **§ 6 Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs**

- (1) Wird als Ergebnis der erweiterten Ersteinschätzung im Sinne von § 4 Abs. 2 nicht das Krankenhaus als sachgerechte Versorgungsebene festgestellt, liegt die Entscheidung über die Einbeziehung ärztlichen Personals zur Überprüfung dieses Ergebnisses vor der Weiterleitung der Hilfesuchenden in die Versorgungsebene nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 b) beim Krankenhaus; in Zweifelsfällen ist ärztliches Personal hinzuzuziehen. Die Hinzuziehung kann persönlich oder über eine telemedizinische Anbindung erfolgen.
- (2) Eine Hinzuziehung ärztlichen Personals ist grundsätzlich nicht erforderlich, wenn eine unmittelbare Weiterleitung der Hilfesuchenden in eine vertragsärztliche Einrichtung erfolgt und dort eine nahtlose ärztliche Weiterbehandlung sichergestellt ist.
- (3) Korrekturen des Ergebnisses der erweiterten Ersteinschätzung infolge der ärztlichen Bewertung sind vom Krankenhaus zu dokumentieren.

#### **§ 7 Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung**

- (1) Fallbezogen sind elektronisch zu dokumentieren
- die Gründe, die zur Bewertung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs und zur sachgerechten Versorgungsebene geführt haben
  - der Name des genutzten Triageverfahrens sowie der durchführenden Triagekraft,
  - die – sofern erfolgt – Einbindung ärztlichen Personals in das Ersteinschätzungsverfahren
  - eine etwaige Übereinstimmung des Ergebnisses des Ersteinschätzungsverfahrens durch einen Arzt sowie

- die vom Krankenhaus ergriffenen Maßnahmen zur Vermittlung der Hilfesuchenden an eine andere Versorgungsebene.

Die Informationen sind den Hilfesuchenden zusammen mit den Informationen nach § 4 Abs. 4 Satz 3 als Nachweis für das Vorliegen eines Falls nach § 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 SGB V schriftlich oder als elektronisches Dokument zur Verfügung zu stellen, falls die ambulante Notfallversorgung nicht im Krankenhaus erfolgt. Wenn Hilfesuchende darin eingewilligt haben, wird dieser Bericht zudem elektronisch der Terminservicestelle oder dem vermittelten Vertragsarzt oder ärztlichen Einrichtung zur Verfügung gestellt.

- (2) Das Krankenhaus benennt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als Voraussetzung für die Abrechnung ambulant in der Notaufnahme behandelter bzw. ersteingeschätzter Fälle die nach § 4 Abs. 1 und Abs. 2 eingesetzten Verfahren. Mit dem Abrechnungsdatensatz ist nach § 4 Abs. 1 die Dringlichkeitsstufe für die sofortige Behandlungsnotwendigkeit oder sind nach § 4 Abs. 2 die Dringlichkeitsstufe des ärztlichen Behandlungsbedarfs und die sachgerechte Versorgungsebene aufzuführen sowie die Begründung, weshalb bei Ermittlung der vertragsärztlichen Versorgungsebene als sachgerechte Versorgungsebene keine Weiterleitung möglich war.
- (3) Wird ein Fall vom Krankenhaus in die vertragsärztliche Versorgung weitergeleitet, ist der Fall durch eine Akut-Fallnummer nach folgendem Schlüssel zu kennzeichnen:

Akut-Fallnummer: Institutionskennzeichen der Notaufnahme, Datum, laufende Fallnummer

## **§ 8 Eignung des Ersteinschätzungsverfahrens**

- (1) Für die Ersteinschätzung nach § 4 Abs. 1 und Abs. 2 sind mindestens strukturierte Verfahren einzusetzen. Strukturiert bedeutet, dass symptomabhängig eine Folge von Fragen und Antwortoptionen als Prüfkriterien und Fragen vorgegeben sind, anhand derer vermieden wird, dass relevante Symptome und Risikomerkmale übersehen werden und dass das Vorliegen von einem oder mehreren Kriterien entscheidungsunterstützend zu Empfehlungen hinsichtlich sofortigen Behandlungsnotwendigkeit im Krankenhaus gemäß § 4 Abs. 1 bzw. der resultierenden Dringlichkeitsstufe gemäß § 4 Abs. 2 zusammengefasst sind. Für Verfahren nach § 4 Abs. 2 hat das Verfahren zudem eine Empfehlung zur sachgerechten Versorgungsebene zur Verfügung zu stellen.
- (2) Die Dauer der Ersteinschätzung muss angemessen, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.
- (3) Das Verfahren muss anhand der Bewertung der Symptome vor Eintritt in eine weiterführende Diagnostik eine zutreffende Zuordnung zur Dringlichkeitsstufe 1, 2 oder 3 (schnellstmöglich, akut oder nicht akut) sowie zur sachgerechten Versorgungsebene ermöglichen. Zutreffend bedeutet, dass neben den in Satz 1 genannten Kriterien folgende Mindestanforderungen erfüllt sind:
  - a) Patientensicherheit: Das Kriterium der Patientensicherheit hat oberste Priorität. Unerwünschte Ereignisse müssen durch die Ausgestaltung der Entscheidungskriterien erfasst und verhindert werden. Das Ersteinschätzungssystem muss geeignet sein, sehr schnell lebensbedrohliche Zustände und abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe mit hoher Sensitivität zu erkennen als auch Beratungsanlässe mit geringer oder fehlender Dringlichkeit mit hoher Spezifität zu identifizieren.

- b) Vollständigkeit: Das Instrument muss die häufigsten in der Notfallversorgung auftretenden Beratungsanlässe abbilden und gezielt steuern können.
  - c) Diskriminationsfähigkeit: Das Instrument muss Fälle mit gleicher Leitsymptomatik bei unterschiedlichem Schweregrad unterscheiden können.
  - d) Reliabilität: Das Instrument muss unabhängig von der einsetzenden Person oder dem einsetzenden Ort zu bei einem identischen Sachverhalt zu gleichlautenden Ergebnissen führen.
  - e) Validität: Das Instrument beruht, soweit verfügbar, auf wissenschaftlicher Evidenz und wird fortlaufend wissenschaftlich evaluiert (z. B. hinsichtlich der Zuordnung von Patienten mit schwerwiegenden Krankheitsverläufen zu entsprechend hohen Dringlichkeitsstufen, der Sterblichkeit oder von Komplikationsraten).
  - f) IT-Fähigkeit und Dokumentationsfähigkeit: In Krankenhäusern der umfassenden und der erweiterten Notfallversorgung (Stufen 3 und 2) im Sinne der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Abs. 4 SGB V erfolgt die Anwendung des Instruments sowie die zeitgleiche Dokumentation softwaregestützt. Das elektronische Programm zur Ersteinschätzung enthält eine Schnittstelle, die anbieterunabhängige Interoperabilität im deutschen Gesundheitswesen sowie eine Integration in das IT-System der Notaufnahme zur Dokumentation und Weiterleitung der erhobenen Daten gewährleistet. Für das elektronische Programm nach § 4 Abs. 2 liegt eine Konformitätsbescheinigung als Medizinprodukt der Klasse IIa gemäß MDR vor und es besteht ein technischer Rund-um-die-Uhr-Service zur Beseitigung von Störungen.
- (4) Die Verfahren nach § 4 Abs. 1 und Abs. 2 können in einem System zusammengefasst werden, wenn gewährleistet ist, dass darin mindestens die zur Feststellung der sofortigen Behandlungsnotwendigkeit üblichen Kriterien zu Durchführung des Verfahrens nach § 4 Abs. 1 berücksichtigt und die weiteren Kriterien des Verfahrens nach § 4 Abs. 2 erfüllt sind.
- (5) Bestandteil der abgeschlossenen Ersteinschätzung ist ein elektronischer Bericht, dem die Ergebnisse zu den Symptomen, der Dringlichkeitsstufe nach § 4 Abs. 1 oder Abs. 2, der sachgerechten Versorgungsebene nach § 4 Abs. 2 und der empfohlenen Fachrichtung zu entnehmen sind.

## **§ 9 Qualitätssicherung**

Das Krankenhaus weist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach, dass

1. die für die Durchführung der Ersteinschätzungsverfahren eingesetzten Triagekräfte an mindestens jährlichen Fortbildungen in der Anwendung der eingesetzten Ersteinschätzungsverfahren teilnehmen und
2. es ein ständiges Verfahren des Qualitätsmanagements in der Ersteinschätzung implementiert hat.

## **§ 10 Evaluation**

(1) Zur Evaluation der Ersteinschätzung nach dieser Richtlinie übermitteln die Krankenhäuser standortbezogen bis zum 01.02. folgende Daten jeweils für das gesamte zurückliegende Kalenderjahr (Erfassungsjahr), erstmals zum 01.02.2024 an den Gemeinsamen Bundesausschuss.

1. erhobene Dringlichkeitsstufe
2. sachgerechte Versorgungsebene
3. Zur Behandlung erforderliches Fachgebiet
4. Anzahl der in die vertragsärztliche Versorgung weitergeleiteten Fälle
5. Anzahl der im Krankenhaus behandelten Fälle sowie
6. Anzahl der ärztlich bewerteten Fälle mit korrigierter Ersteinschätzung.

Die Anzahl der im Krankenhaus behandelten Fälle ist weiter zu differenzieren in:

1. Fälle, bei denen infolge der Anwendung von § 4 Abs. 1 eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde und
2. Fälle bei denen eine Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung als sachgerechte Versorgungsebene gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 b) nicht möglich war.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst die Daten einem Evaluationsbericht zusammen, der entsprechend den Angaben nach Abs. 1 unterteilt ist und bildet darin regionale und fachgebietsbezogene Auswertungen.

## **§ 11 Inkrafttreten**

Die Richtlinie tritt am 1.7.2023 in Kraft. Sie ist ab dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens für alle Krankenhäuser verbindlich, die gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3 der den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3) zugeordnet sind. Für gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 dieser Richtlinie zur erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) gehörende Krankenhäuser ist sie ab dem 01.01.2024, für gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 der Richtlinie der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) zugeordnete Krankenhäuser ab dem 01.07.2024 und für alle anderen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser ab dem 01.01.2025 verbindlich.

[II. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.]

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 21. Juli 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

# Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V

Vom 21. Juli 2022

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Ziel und Inhalt der Vorgaben.....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung .....</b>	<b>4</b>
2.1	Zu § 2 Kreis der einzuschätzenden Hilfesuchenden, Anwendungsbereich der Vorgaben.....	4
2.2	Zu § 3 Qualifikation des für die Ersteinschätzung eingesetzten medizinischen Personals, Leitung der Notfallambulanz .....	4
2.3	Zu § 4 Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens .....	5
2.4	§ 5 Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung, Nachweis eines Falles nach §75 Abs. 1a, Satz 4 gegenüber der Terminservicestelle.....	6
2.5	§ 6 Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs.....	7
2.6	§7 Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung .....	8
2.7	§8 Eignung des Ersteinschätzungsverfahrens.....	8
2.8	§ 10 Evaluation .....	9
2.9	§ 11 Inkrafttreten .....	10
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf.....</b>	<b>10</b>

5. **Fazit ..... 10**

## 1. Ziel und Inhalt der Vorgaben

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung. Hierzu wirken Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und die gesetzlichen Krankenkassen zusammen. Außerhalb der Sprechzeiten umfasst der Sicherstellungsauftrag das Angebot ambulanter medizinischer Versorgung für diejenigen Hilfesuchenden, deren Behandlungsbedürftigkeit keinen Aufschub bis zur regulären Praxisöffnung duldet und deren Beschwerdebild keinen Anlass zur notfallmedizinischen Intervention gibt.

Der Gesetzgeber und das Bundessozialgericht sehen für diese, ausschließlich bis zur Weiterbehandlung in Vertragsarztpraxen überbrückende, Versorgung die enge Kooperation mit und Einbindung von zugelassenen Krankenhäusern vor. Nach § 75 Abs. 1b SGB V sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Krankenhäuser sollen danach insbesondere dann in die ambulante vertragsärztliche Versorgung außerhalb der stundenfreien Zeiten einbezogen werden, wenn ein vertragsärztliches Angebot üblicherweise nicht zur Verfügung steht. Die unwirtschaftliche Vorhaltung vertragsärztlicher Praxen auch an Feiertagen und zu Nachtzeiten wird damit vermieden; ineffiziente Doppelstrukturen werden abgebaut und es wird der Realität Rechnung getragen, in der die Notfallambulanzen außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten einen wichtigen Beitrag zu ambulanten Notfallversorgung leisten. Gleichwohl entlasten die Kassenärztliche Vereinigungen zu Zeiten eines hohen Aufkommens von ambulant Hilfesuchenden durch die Bereitstellung von Bereitschaftsdienstpraxen am Krankenhausstandort die Notaufnahmen von Krankenhäusern. Sofern sie tätig werden, umfasst das Leistungsspektrum die erforderlichen Maßnahmen umfassende ambulante Notfallversorgung, bis wieder eine reguläre vertragsärztliche Versorgung durch Leistungserbringer im Sinne von § 95 Abs. 1 SGB V zur Verfügung steht. Diese vom Gesetzgeber und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vorgegebenen Grundsätze werden in § 1 Abs. 1 der Richtlinie hervorgehoben.

Nicht zuletzt durch die auch in den Medien dargestellte Überlastungssituation von Krankenhausnotaufnahmen hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss den Auftrag erteilt, in einer Richtlinie sowohl die strukturierte Ersteinschätzung von Hilfesuchenden im Krankenhaus als auch die Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung und weitere Punkte zu regeln. Die vorliegende Richtlinie enthält zu den in § 120 Abs. 3b SGB V genannten Aspekten konkrete Anforderungen und Umsetzungsschritte. Aus folgenden Gründen ist ein schrittweises Vorgehen vorgesehen: Zum einen liegen zum Zeitpunkt der Abfassung der Richtlinie noch nicht alle technischen Voraussetzungen für die Anwendung weitergehender, strukturierter Ersteinschätzungssysteme in Krankenhäusern vor. Zum anderen sind die Voraussetzungen insbesondere für die technische Vernetzung von Krankenhäusern und den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen noch zu schaffen.

Es ist das Ziel des im Sinne der Richtlinie zur Anwendung kommenden Ersteinschätzungsverfahrens, eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs zu ermöglichen sowie die Notwendigkeit, den Zeitpunkt und den Versorgungsort der ambulanten Notfallbehandlung zu klären. Aus Gründen eines einheitlichen Normenverständnisses werden Personen, die sich an Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung wenden, wie in den gesetzlichen Vorgaben des § 120 Abs. 3b SGB V gesamthaft als „Hilfesuchende“ bezeichnet.

Unbenommen der Anforderungen dieser Richtlinie ist die Einbettung der hier geregelten Vorgaben in eine erforderliche Gesamtreform der Notfallversorgung zu erwarten. Es wird davon ausgegangen, dass sich die in der Richtlinie geregelten Bereiche nahtlos in eine solche Gesamtreform integrieren lassen.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

### **2.1 Zu § 2 Kreis der einzuschätzenden Hilfesuchenden, Anwendungsbereich der Vorgaben**

Alle gesetzlich Krankenversicherten, die sich mit akuten Anliegen außerhalb der Sprechstundenzeiten zur ambulanten Versorgung an ein Krankenhaus wenden, haben Anspruch auf eine strukturierte Ersteinschätzung nach dieser Richtlinie. Gleichmaßen haben alle Krankenhäuser, die eine ambulante Notfallversorgung nach § 76 Abs.1 Satz 2 SGB durchführen und entsprechende Leistungen gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung bringen, die Anforderungen dieser Richtlinie zu erfüllen. Eine Differenzierung nach Krankheitsgebieten, Wohnort oder anderen Kriterien findet demnach nicht statt. Die Durchführung der Ersteinschätzung ergibt sich alleinig zur Abklärung der medizinischen Notwendigkeit einer ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus. Unbenommen von diesem Erfordernis ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Krankenhausversorgung nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V und die Prüfung der stationären Behandlungsbedürftigkeit. In diesen Fällen stellt § 2 Abs. 2 der Richtlinie klar, dass die Durchführung der Ersteinschätzung nach dieser Richtlinie nicht erforderlich ist.

### **2.2 Zu § 3 Qualifikation des für die Ersteinschätzung eingesetzten medizinischen Personals, Leitung der Notfallambulanz**

Entsprechend des gesetzlichen Auftrages ist die Qualifikation des die Ersteinschätzung durchführenden Personals und die Einbeziehung ärztlichen Personals in der Richtlinie festzulegen. Dabei ist zwischen dem berechtigten Interesse nach höchstmöglichen Ausbildungsstandards einerseits und der Verfügbarkeit solcher Gesundheitsfachberufe andererseits abzuwägen. Festgelegt wird deshalb, dass die Ersteinschätzung durchführenden Mitarbeitenden der Notaufnahme über einen Abschluss in einem einschlägigen, in der Richtlinie konkret benannten, Gesundheitsberuf und über eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in der inner- oder außerklinischen Notfallversorgung verfügen müssen. Um das Ersteinschätzungsverfahren in der gebotenen Sorgfalt durchführen zu können, ist eine Einweisung in die spezifischen Vorgehensweisen des gewählten Systems unabdingbar. Aufgrund des technischen Fortschritts, aber auch aufgrund der Etablierung der Ersteinschätzung als lernendes System in der Notaufnahme sind regelmäßige, mindestens einmal jährlich durchgeführte, Fortbildungen durch Systemanwender wahrzunehmen. Fortbildungen hierzu können durch das Krankenhaus selbst organisiert werden. Alternativ ist auch die Wahrnehmung externer Fortbildungsangebote denkbar. Hinsichtlich der Qualifikation des im Einzelfall einbezogenen ärztlichen Personals werden keine Vorgaben gemacht. Zur Wahrung der Qualität der Systemanwendung und damit der Patientensicherheit sollte jedoch die Leitung der Notfallambulanz über die Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ oder eine gleichwertige Qualifikation verfügen.

## 2.3 Zu § 4 Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens

Das Ersteinschätzungsverfahren berücksichtigt grundsätzliche zwei wesentliche Entscheidungsschritte: Klärung der Dringlichkeit der Behandlung und Ausschluss einer vitalen Bedrohung der Hilfesuchenden und bei fehlendem Vorliegen einer solchen eine Klärung des Zeitpunkts und des Ortes der ambulanten Versorgung.

Zunächst wird mit in der klinischen Versorgung etablierten Ersteinschätzungssystemen wie MTS (Manchester Triage System) oder ESI (Emergency Severity Index) die Dringlichkeit einer unmittelbar erforderlichen ärztlichen Behandlung festgestellt. Die hier angesprochenen klinischen Ersteinschätzungssysteme differenzieren nach 5 Kategorien. Die Kategorie 1 (Sofort) und Kategorie 2 (innerhalb von 10 Minuten) weisen auf eine mögliche vitale Bedrohung der Hilfesuchenden hin so dass § 4 Abs. 1 der Richtlinie als Ort der unmittelbaren Versorgung die Notaufnahme des Krankenhauses ausweist, ohne dass es einer weitergehenden strukturierten Ersteinschätzung bedarf. Absatz 2 regelt das Vorgehen bei Hilfesuchenden, die mindestens der Dringlichkeitsstufe 3 zugeordnet werden, also einem Behandlungsbeginn innerhalb von 30 Minuten. In diesen Fällen ist das erweiterte Ersteinschätzungsverfahren nach dieser Richtlinie durchzuführen. Es hat das Ziel, die sachgerechte Versorgungsebene unter Beachtung der zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten zu bestimmen.

Das Verfahren sieht nach Absatz 2 Nr. 1 grundsätzlich vier Zeitkorridore vor: Eine in diesem Sinne schnellstmögliche ambulante Behandlung sollte innerhalb von vier Stunden, eine Akutbehandlung innerhalb von 24 Stunden beginnen. Aufgrund der zeitlichen Abstände durch Schließung von Vertragsarztpraxen und -einrichtungen am Wochenende wird für die der Gruppe 3 zugeordneten Hilfesuchenden (nicht akuter ambulanter Behandlungsbedarf) eine weitere, dritte Differenzierung bis 72 Stunden vorgenommen (Gruppe 3a) und eine vierte für Hilfesuchende, bei denen der Behandlungsbeginn nach 72 Stunden (Gruppe 3b) erfolgen kann. Für die Vornahme letztgenannter Differenzierung kann das Krankenhaus ärztliches Personal entsprechend § 6 Abs. 1 einbeziehen, falls erforderlich.

Diese zeitliche Differenzierung hat unmittelbare Konsequenzen sowohl für die Festlegung des Versorgungsorts als auch für die Verbindlichkeit einer ggf. erforderlichen Terminvereinbarung, wenn die vertragsärztliche Versorgung die als Ergebnis des erweiterten Ersteinschätzungsverfahrens ausgewiesene sachgerechte Versorgungsebene ist.

§4 Abs. 2 Nr. 2 regelt die Versorgungsebenen der ambulanten Behandlung. Insgesamt werden zwei Versorgungsebenen ausgewiesen, das Krankenhaus zur ambulanten Notfallbehandlung nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V und die vertragsärztliche Versorgung. Letztere gliedert sich in Notdienstpraxen gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V sowie nach § 95 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren.

Die nach erweiterter Ersteinschätzung festgestellte erforderliche ambulante Notfallbehandlung kann, sofern das Krankenhaus die sachgerechte Versorgungsebene ist oder in dem zur Verfügung stehenden Zeitkorridor keine zumutbare Behandlungsmöglichkeit in der an und für sich sachgerechten Ebene vertragsärztlichen Versorgung besteht, im Krankenhaus selbst erfolgen (Nr. 2 Buchstabe a).

Neben der Behandlung im Krankenhaus kann sich als Ergebnis der erweiterten Ersteinschätzung auch eine vertragsärztliche Einrichtung als sachgerechte Versorgungsebene ergeben. An über 600 Krankenhausstandorten mit entsprechend hohem Notfallaufkommen sind zwischenzeitlich Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen etabliert, die zu den Zeiten, an denen erfahrungsgemäß vergleichsweise viele Hilfesuchende einer ambulanten Behandlung bedürfen, geöffnet sind (Nr. 2 Buchstabe b). Das Versorgungsaufkommen variiert

dabei erheblich nach Wochentagen und Tagesstunden. Der Standort solcher Notdienstpraxen sollte sich im Interesse einer nahtlosen Patientenversorgung in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme befinden und erlaubt die unverzügliche Weiterleitung von Hilfesuchenden in die vertragsärztliche Versorgung (Nr.2 Buchstabe b aa). Darüber hinaus kann insbesondere bei weniger dringlichen Behandlungserfordernissen in entsprechenden zeitlichen Abstand auch eine Weiterleitung in Vertragsarztpraxen oder Medizinische Versorgungszentren in Frage kommen (Nr.2., Buchstabe b bb). In Einzelfällen können dies auch Praxen sein, die zur kurzfristigen Übernahme von Hilfesuchenden aus Krankenhausambulanzen zur Verfügung (siehe auch § 5 Abs.2).

Sofern Hilfesuchende an Vertragsarztpraxen oder Medizinische Versorgungszentren weitergeleitet werden ist nach den unter Nr. 3 vorgegebenen Fachrichtungen zu differenzieren.

#### **2.4 § 5 Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung, Nachweis eines Falles nach §75 Abs. 1a, Satz 4 gegenüber der Terminservicestelle**

Absätze 1 und 2.: Wenn als Ergebnis der erweiterten Ersteinschätzung die vertragsärztliche Versorgung die sachgerechte Versorgungsebene nach Absatz 4 Nr. 2 Buchstabe b bb ist und eine Weiterleitung in eine Notdienstpraxis nach Absatz 4 Nr.2 Buchstabe b aa ausscheidet, prüft das Krankenhaus die Verfügbarkeit eines Termins bei einer Vertragsarztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum. Hierfür können sowohl die im Internet verfügbaren Informationen nach § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V, das Terminbuchungssystem der Terminservicestelle oder andere Buchungssysteme wie beispielsweise die Software Ivena herangezogen werden. Erfahrungen aus Modellprojekten zeigen, dass auch die Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten eine angemessene Form der Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung darstellen kann. Entsprechend sind diese Versorgungsformen, sofern verfügbar und geeignet, ebenso zu nutzen. Durch die Etablierung von Notdienstpraxen an Krankenhausstandorten bestehen heute schon vielfältige funktionelle Kooperationsabsprachen, die durch die vorliegende Richtlinie unterstützt, aber nicht behindert werden sollen. Entsprechend kann das Versorgungsangebot nach dieser Richtlinie durch weitergehende Kooperationen auf Ortsebene unterstützt werden.

Absatz 3: Auswertungen des Versorgungsaufkommens in Notaufnahmen zeigen, dass sich in der Zeit von 22 bis 7 Uhr des Folgetags in der Regel wenige Hilfesuchende zum Zwecke der ambulanten Versorgung vorstellen. In diesen Zeiten wäre es in einem hohen Maße unwirtschaftlich und mit Blick auf die immer knapper werdenden ärztlichen Ressourcen auch nicht darstellbar, parallel zu den ohnehin durchgehend zur Notfallversorgung verpflichteten Krankenhäusern eine parallele ambulante Versorgungsebene am Krankenhaus vorzuhalten. In diesen Zeiten übernimmt grundsätzlich das Krankenhaus die Behandlung für diejenigen Hilfesuchenden, für die die Ersteinschätzung einen Behandlungsbeginn innerhalb der nächsten vier Stunden ausgewiesen hat. Unbenommen davon können lokale Regelungen die Weiterleitung auch in diesen Zeiten vorsehen. Ohne eine solche Regelung besteht aber keine Verpflichtung für die Krankenhäuser, für diese Hilfesuchenden nach einem ambulanten Versorgungsangebot zu suchen.

Absatz 4: Das Krankenhaus bucht für Hilfesuchende im Sinne von Absatz 1, für die ein Behandlungsbeginn innerhalb eines Zeitraums bis zu 24 Stunden erforderlich ist, verbindlich einen Termin in einer Vertragsarztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum in zumutbarer Entfernung. Als zumutbar werden dabei grundsätzlich bis zu 30 PKW-Fahrminuten vom Wohnort des Hilfesuchenden aus angesehen. Das Krankenhaus bedient sich dabei des Terminbuchungssystems der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung entweder

über telefonische Kontaktaufnahme oder durch Nutzung der elektronischen Terminbuchungsplattform, sofern die EDV-technische Ausstattung des Krankenhauses dies erlaubt. Bei Hilfesuchenden, deren von der erweiterten Ersteinschätzung ermittelter Behandlungsbeginn innerhalb eines Zeitraums von 24 bis 72 Stunden liegt, ist das Krankenhaus zur verbindlichen Terminbuchung nicht verpflichtet. Es kann aber auch für diese Hilfesuchenden von der Möglichkeit der verbindlichen Terminbuchung über das Terminbuchungssystem der Terminservicestelle Gebrauch machen.

Alle anderen Hilfesuchenden, für die ein Behandlungsbeginn in der vertragsärztlichen Versorgung nicht innerhalb von 72 Stunden nach Besuch der Notaufnahme ermittelt worden ist, unterstützt das Krankenhaus bei der Terminfindung durch Bereitstellung der in Absatz 4 beschriebenen essenziellen Informationen. Sofern das Krankenhaus die elektronische Terminbuchungsoption der Terminservicestelle nutzt, können solche Hilfesuchende mit einem Vermittlungscode versehen werden, der zur selbstständigen Terminbuchung oder zur telefonischen Terminbuchung über die Terminservicestelle auch in solchen Fällen dient, die sonst eine hausärztliche Überweisung voraussetzen. Gleiches gilt für der Dringlichkeitsgruppe 1 und 2 zugeordnete Hilfesuchende, die eine verbindliche Terminbuchung durch das Krankenhaus nicht wünschen.

Absatz 5 stellt klar, dass bei fehlender zeitlicher und räumlicher Verfügbarkeit zumutbarer vertragsärztlicher Versorgungsangebote das Krankenhaus die Behandlung selbst durchführen kann. In diesen Fällen ist zu dokumentieren, dass und weshalb eine Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgungsebene nicht möglich war.

Mit der Möglichkeit der Nutzung des Terminbuchungssystems der Terminservicestelle durch die Krankenhäuser wird erreicht, dass Akutpatienten das Krankenhaus mit einem verbindlichen Termin bei einer Arztpraxis verlassen, wenn sie nach Durchführung des erweiterten Ersteinschätzungsverfahrens in die ambulante Versorgung weitergeleitet werden sollen. Auf diesem Wege werden unerwünschte „Drehtüreffekte“ in Form der Wiedervorstellung von Hilfesuchenden in der Notfallambulanz des Krankenhauses vermieden, die keinen zeitnahen ambulanten Behandlungstermin gefunden haben. Zugleich wird dadurch erreicht, dass die Krankenhäuser mit einem überschaubaren Aufwand kurzfristig verbindlich prüfen können, ob die erforderlichen vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten innerhalb des zur Verfügung stehenden Zeitfensters vorhanden sind oder ob sie – trotz Ermittlung der vertragsärztlichen Versorgung als sachgerechte Versorgungsebene – den Hilfesuchenden selbst als Notfall ambulant behandeln können. Dieser Prozess dient der Entlastung der Notfallambulanzen. Wegen der Vor-Ort-Buchung eines verbindlichen Behandlungstermins reduziert er zudem zeitintensive Diskussionen mit einer Behandlung im Krankenhaus begehrenden Hilfesuchenden, die das Krankenhaus in die vertragsärztliche Versorgung weiterleiten möchte.

## **2.5 § 6 Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs**

Wird als Ergebnis der durch eine qualifizierte Fachkraft durchgeführten, erweiterten Ersteinschätzung die vertragsärztliche Versorgungsebene als sachgerecht ausgewiesen, obliegt es dem Krankenhaus, durch Verfahrensregeln den Einbezug ärztlichen Personals vor der Weiterleitung der Hilfesuchenden festzulegen. Der Einbezug kann auch auf dem Wege der Telekonsultation organisiert werden. Dabei ist die Berücksichtigung der Patientensicherheit und der Haftung für die Entscheidung zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit des Einbezugs ergibt sich aus der individuellen Fallkonstellation, der Qualifikation und Erfahrung der die Ersteinschätzung durchführenden Pflegefachkraft und der zeitlichen und räumlichen

Verfügbarkeit vertragsärztlicher Versorgungsangebote. In diesem Sinne beschreibt Absatz 2 die Situation einer in unmittelbarer Nähe befindlichen Notdienstpraxis, die eine nahtlose ärztliche Weiterbehandlung ermöglicht. In diesen Fällen ist ein Arztkontakt in der Notaufnahme regelmäßig entbehrlich. Sofern aufgrund der ärztlichen Bewertung das Ergebnis der erweiterten Ersteinschätzung korrigiert wird, ist dies zu dokumentieren (Absatz 3).

## **2.6 §7 Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung**

Nach Durchführung des erweiterten Ersteinschätzungsverfahrens liegen wichtige Informationen zum Krankheitsgeschehen und zur Behandlung von Hilfesuchenden vor. In § 7 Abs.1 werden deshalb diese Informationen im Einzelnen benannt. Die Dokumentation dieser Informationen soll elektronisch, beispielsweise in dafür vorgesehenen Funktionen des Krankenhausinformationssystems, erfolgen. Diese Informationen sind zudem essenziell für die Weiterbehandlung der Hilfesuchenden in der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu gehört auch die Weitergabe der Daten einer verbindlichen Terminvereinbarung oder eines Vermittlungscodes zur Buchung eines Termins ohne hausärztliche Überweisung nach §5 Abs. 4 an die betroffenen Hilfesuchenden entweder in Form eines Ausdrucks oder, sofern technisch möglich und gewünscht, in elektronischer Form. Bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen können mit Einverständnis der Hilfesuchenden die Informationen nach Absatz 1 der Terminservicestelle oder der vermittelten Vertragsärzte oder Einrichtung durch das Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

Neben der Information der Hilfesuchenden, der Terminservicestelle und ggf. der betroffenen Vertragsärzte und Einrichtungen regelt Absatz 2 die Information der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Übermittlung der benannten Informationen im Einzelfall (u.a. Dringlichkeitsstufe sowie Begründung für die sachgerechte Versorgungsebene, Begründung, weshalb keine Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgungsebene möglich war) ist zusammen mit dem Abrechnungsdatensatz an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.

Absatz 3 definiert die Akut-Fallnummer, die sich aus dem Standortkennzeichen, dem Datum und der laufenden Fallnummer zusammensetzt.

## **2.7 §8 Eignung des Ersteinschätzungsverfahrens**

Nachdem der Prozess der Ersteinschätzung von Hilfesuchenden traditionell von der individuellen, ortstypischen Organisation des Krankenhauses bestimmt wurde, haben internationale Erfahrungen gezeigt, dass die standortübergreifende Strukturierung dieser Ersteinschätzung zur Verbesserung der Prozessqualität maßgeblich beiträgt. So sind heute schon Ersteinschätzungssysteme zur Bewertung der Dringlichkeit der Behandlung Standard für alle Krankenhäuser mit einer Notfallstufe nach §136c Abs.4 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses. Sämtlichen strukturierten Ersteinschätzungssystemen - sowohl den zur Bewertung der Dringlichkeit der Behandlung als auch der erweiterten Ersteinschätzung zur Identifikation der geeigneten Versorgungsebene verwendeten – liegen strukturierte, symptomabhängige Abfolgen von Fragen und Antwortoptionen zu Grunde, deren Geeignetheit in entsprechenden wissenschaftlichen Untersuchungen als nachgewiesen gilt. Nur so kann sichergestellt werden, dass dem Primat der Patientensicherheit in angemessenem Umfang Rechnung getragen wird. Vermieden werden soll, dass relevante Symptome und Beschwerdebilder übersehen werden können. Sofern vorhanden, können auch integrierte Systeme, die sowohl die Dringlichkeit als auch die Identifikation der sachgerechten Versorgungsebene zum Inhalt haben, eingesetzt werden. Unbenommen

hiervon ist auch die Kombination der notfallmedizinischen Dringlichkeitseinschätzung z.B. durch MTS oder ESI mit einem dedizierten Ersteinschätzungssystem zur ambulanten Versorgungsebene möglich.

Die Durchführung der Ersteinschätzung darf durch die Verwendung solcher Systeme nicht in unsachgemäßer Weise verlängert werden. Evaluationen zeigen, dass der Vorgang innerhalb weniger Minuten abschließbar sein muss (Absatz 2).

Absatz 3 nennt die Anforderungen an das zum Einsatz kommende Ersteinschätzungssystem. Da derzeit noch nicht absehbar ist, ob die für die erweiterte Ersteinschätzung in Betracht kommenden Systeme nicht akut behandlungsbedürftige Hilfesuchende der Gruppe 3 in die Untergruppe 3a oder 3b einordnen kann, genügt es, wenn das eingesetzte System eine Unterteilung in die Gruppe 1 (schnellstmöglich), 2 (akut) oder 3 (nicht akut) im Sinne von § 4 Abs. 2 Nr. 1 ermöglicht. Oberste Priorität für das eingesetzte Ersteinschätzungssystem hat das Kriterium der Patientensicherheit. Alle gefährlichen Krankheitsverläufe müssen in hohem Maße zutreffend erkannt werden (hohe Sensitivität) – auch auf die Gefahr hin, weniger gravierende Beratungsanlässe fälschlich dieser Klassen zuzuordnen. Umgekehrt dürfen in der Klasse weniger gravierenden Beratungsanlässe keine dringlichen Krankheitsverläufe enthalten sein (hohe Spezifität). Das Ersteinschätzungssystem muss zudem häufige, in der Notaufnahme auftretende Beratungsanlässe erfassen und gezielt zuordnen. Hierzu gehören demnach auch alle relevanten Altersgruppen. Die Anwendung des Instruments muss unabhängig von Ort und durchführender Person gleichlautende Ergebnisse nachweisbar produzieren. In allen relevanten Kategorien ist ein solcher Nachweis in wissenschaftlichen Evaluationen zu erbringen, das System fortlaufend zu evaluieren und ggf. anzupassen. Vorzugsweise werden die Ergebnisse in einschlägigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen publiziert, um das jeweilige System selbst und die strukturierte Ersteinschätzung insgesamt als Instrument der verbesserten Versorgung von Hilfesuchenden weiterentwickeln zu können.

Die Durchführung und deren Dokumentation wird durch eine elektronische Anwendung erheblich erleichtert. Es ist deshalb vorgesehen, dass Krankenhäuser mit einem erfahrungsgemäß hohen Fallaufkommen, nämlich solchen der umfassenden und der erweiterten Notfallversorgung nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Notfallstrukturen an Krankenhäusern nach §136c Abs. 4 SGB V, bei Verfügbarkeit entsprechender Softwaresysteme die Ersteinschätzung nach dieser Richtlinie softwaregestützt durchführen sollen. Zur zukunftsfähigen Vernetzung der Strukturen sollte die Software eine elektronische Schnittstelle zum Austausch relevanter Informationen zwischen den an der Versorgung Beteiligten enthalten. Mit der Konformitätsbescheinigung als Medizinprodukt der Klasse IIa wiederum gehen Anforderungen an das Produkt selbst, die Gewährleistung und Haftung der Anbieter für das zum Einsatz kommende Ersteinschätzungssystem einher, die den Einsatz in der Notaufnahme absichern. In Anbetracht des Anwendungsfeldes des Ersteinschätzungssystems in Notaufnahmen ist durch Anbieter ein technischer Rund-um-die-Uhr-Service zur Beseitigung von Störungen durch die Anbieter sicherzustellen. Bestandteil des Systems ist die Erstellung eines elektronischen Berichts der die Ergebnisse zu den Symptomen, der Dringlichkeitsstufe und der sachgerechten Versorgungsebene beinhaltet.

## **2.8 § 10 Evaluation**

Zur Bewertung sowohl der Angemessenheit als auch der Wirksamkeit der Richtlinienvorgaben führt der Gemeinsame Bundesausschuss eine jährliche Auswertung von zentralen Eckdaten der bundesweiten Anwendung der strukturierten Ersteinschätzung in Notaufnahmen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss durch. Aufgrund des erforderlichen zeitlichen Vorlaufs

bis zur flächendeckenden Einrichtung einer strukturierten Ersteinschätzung in den Notaufnahmen aller zugelassenen Krankenhäuser und der Datensammlung eines vollständigen Kalenderjahres müssen die die Ersteinschätzung durchführenden Krankenhäuser die Daten erstmalig zum 01.02.2024 an den Gemeinsamen Bundesausschuss übermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann sich dabei der Unterstützung von Eigeneinrichtungen bedienen.

Die Ergebnisse werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in einem Ergebnisbericht zusammengefasst und veröffentlicht. Die Berichte können zudem als Grundlage für die Bewertung der ergriffenen Maßnahmen und Ausgangspunkt von Weiterentwicklungsschritten der Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss genutzt werden.

## **2.9 § 11 Inkrafttreten**

Für viele Krankenhäuser, insbesondere diejenigen die über eine Notfallstufe nach §136c Abs.4 SGB V verfügen, liegen heute schon wesentliche Voraussetzungen für zeitnahe Installation eines erweiterten Ersteinschätzungssystems vor. Aufbauend auf der Dringlichkeitseinschätzung z.B. per MTS oder ESI schließen sich die nächsten Schritte der erweiterten Ersteinschätzung zum ambulanten Behandlungszeitpunkt und zur angemessenen Versorgungsebene an. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Richtlinie liegt jedoch noch kein anerkanntes Ersteinschätzungssystem für die Prüfung des Vorliegens eines ambulanten Notfalls in Krankenhäusern vor. Solche Systeme werden frühestens für das Jahr 2023 erwartet. Gleiches gilt für die technische Vernetzung der Krankenhäuser mit der Terminservicestelle. Die Einführung einer strukturierten Ersteinschätzung erfordert zudem die Umstellung von Standardabläufen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sowie die Installation digitaler Voraussetzungen sowohl zur Weiterleitung von Hilfesuchenden unter Nutzung von elektronischen Buchungssystemen, als auch zur softwaregestützten Ersteinschätzung. Aus diesen Gründen wird die Richtlinie am 01.07.2023 zunächst für die Krankenhäuser verbindlich, die sowohl über einen entsprechend fortgeschrittenen Organisationsgrad der Notaufnahme als auch ein hohes tägliches Aufkommen an Hilfesuchenden verfügen und im gestuften G-BA-System von Notfallstrukturen der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3) zugeordnet sind. Die Vorgaben der Richtlinie werden nach stufenweiser Einführung an den Krankenhäusern, die über eine Notfallstufe verfügen, für alle Krankenhäuser spätestens am 01.01.2025 verbindlich.

## **3. Bürokratiekostenermittlung**

*Wird durch Geschäftsstelle ergänzt*

## **4. Verfahrensablauf**

*Wird durch Geschäftsstelle ergänzt*

## **5. Fazit**

*Wird durch Geschäftsstelle ergänzt*

Berlin, den 21. Juli 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des  
medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die  
sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wen-  
den gemäß § 120 Absatz 3b SGB V

Vom 21. Juli 2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2022 folgende Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossen:

- I. Die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird wie folgt gefasst:

**„Richtlinie**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden,  
die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden  
gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

## **§ 1 Zielsetzung**

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden. Ziel der Regelungen ist Sicherstellung einer bedarfsgerechten ambulanten ärztlichen Notfallversorgung mit Hilfe eines strukturiertes Einschätzungsinstruments zur Entlastung von Notaufnahmen von Patienten, die kein akuter medizinischer Notfall sind, für die die vertragsärztliche Versorgung mit den in § 95 Absatz 1 Satz 1 genannten Leistungserbringern die sachgerechte Versorgungsebene darstellt.
- (2) Die qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung hat drei Ziele:
  - die Feststellung der medizinischen Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs für eine angemessene zeitnahe Versorgung,
  - die Prüfung der entsprechenden Versorgungsebene, in der eine als notwendig erachtete ärztliche Behandlung erfolgen kann und
  - die strukturierte Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 SGB V oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1 SGB V.

## **§ 2 Kreis der ersteinzuschätzenden hilfesuchenden Patienten**

- (1) Suchen gesetzlich Krankenversicherte ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit einem von ihnen für dringend gehaltenen gesundheitlichen Anliegen auf (hilfesuchende Patienten), ist ein Ersteinschätzungsverfahren nach diesen Vorgaben durchzuführen.
- (2) Die Vorgaben nach dieser Regelung gelten nicht für hilfesuchende Patienten, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung zur Krankenhausbehandlung in die Notaufnahme kommen. Die Vorgaben lassen die Regelung des § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V unberührt.
- (3) Werden Patienten durch den Rettungsdienst ohne direkten Notarztkontakt in das Krankenhaus eingeliefert oder kommen sie auf Grundlage einer Einschätzung der telefonischen Vorabklärung der kassenärztlichen Bereitschafts-Hotline, erfolgt eine Ersteinschätzung zur Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs. Eine Steuerung dieser Patienten erfolgt ausschließlich in die Notaufnahme des Krankenhauses oder in die Notdienstpraxis am Standort, sofern eine KV Notdienstpraxis am Standort besteht und diese ärztlich besetzt ist.
- (4) Krankenhäuser oder Einrichtungen, welche das Modul Notfallversorgung Kinder (§ 25 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V) erfüllen, müssen aufgrund ihres speziellen Versorgungsangebots das Einschätzungsverfahren nach diesen Regelungen nur dann durchführen, wenn das implementierte Ersteinschätzungsinstrument die dafür notwendigen fachspezifischen Module enthält.
- (5) Krankenhäuser oder Einrichtungen, welche das Modul Spezialversorgung (§ 26 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4) erfüllen, unterliegen aufgrund ihres speziellen Versorgungsangebots nur dann diesen Regelungen zum Einschätzungsverfahrens, wenn das implementierte Ersteinschätzungsinstrument die dafür notwendigen fachlichen Module enthält.

### **§ 3 Kooperation und Strukturvorgaben für die Zusammenarbeit der Versorgungspartner**

- (1) Die Vorgaben gelten für sämtliche Krankenhäuser, die bei Vorliegen der Voraussetzungen für Hilfesuchende ambulante Notfallleistungen nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V erbringen. Die Vorgaben werden aber differenziert nach der am Krankenhaus verfügbaren Infrastruktur der ambulanten Notfallangebote, z.B. mit integrierten Notdienstpraxen, umgesetzt.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Zuständigkeitsgebiet sich das Krankenhaus befindet, in dem die Ersteinschätzung durchgeführt wird, stellt diesem zur Erfüllung der Vorgaben nach Absatz 3 rechtzeitig verlässliche und aktuelle Informationen zur Verfügung, aus denen zweifelsfrei die Verfügbarkeit von Partnerpraxen hervorgeht. Dabei können technische Mittel eingesetzt werden, sofern diese von den Kassenärztlichen Vereinigungen (nach einer Übergangszeit für KV und Krankenhäuser verpflichtend ) bereitgestellt und vom Krankenhaus unterstützt werden. Sind Notdienstpraxen vor Ort, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen dem Krankenhaus die Sprechstundenzeiten und die Verfügbarkeit fachärztlichen Personals zuverlässig bekanntgeben.
- (3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen für das Krankenhaus zuständige vertragsärztliche Praxen (Partnerpraxen) fest und übernehmen die hierzu notwendigen vertraglichen Vereinbarungen mit diesen (Vereinbarungen zwischen KVen, Krankenhäusern und den Partnerpraxen). Für die Weiterleitung von Patienten an Partnerpraxen müssen die Informationen gemäß Absatz 2 mindestens Angaben zum Standort und Entfernung des Leistungserbringers in Fahrzeitminuten, zu verfügbaren Behandlungskapazitäten (kontinuierlich aktualisiert, Echtzeit) und die nachfolgend aufgeführte Differenzierung der Fachrichtungen beinhalten. Dabei wird davon ausgegangen, dass die hier genannten fachärztlichen Einrichtungen über die für die Erfüllung der fachärztlichen Untersuchung und Behandlung notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verfügen:
  - Allgemeinmedizin oder Innere Medizin (hausärztliche Versorgung)
  - Orthopädie und Unfallchirurgie
  - Allgemeinchirurgie
  - Gynäkologie und Geburtshilfe
  - Urologie
  - Augenheilkunde
  - Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
  - Dermatologie
  - Neurologie
  - Pädiatrie
  - Psychiatrie
- (4) Für die Weiterleitung an eine Notdienstpraxis am Krankenhaus sind verlässliche Informationen zu deren Sprechstundenzeit und der Verfügbarkeit von fachärztlichem Personal dort bereitzustellen.

### **§ 4 Qualifikation des medizinischen Personals, das in der Ersteinschätzung eingesetzt wird**

- (1) Qualifikation der Einschätzungsfachkraft

Für die Ersteinschätzung wird der verantwortlichen Aufgabe entsprechend qualifiziertes Personal eingesetzt:

- a) Die Ersteinschätzung wird durch ein validiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument unterstützt und wird von einer Pflegefachkraft (oder vergleichbarer medizinisch ausgebildeter Kräfte) durchgeführt, die über eine Berufs- und Praxiserfahrung in der

Notfallversorgung von mindestens zwei Jahren verfügt. Sie muss zudem in der Anwendung des Ersteinschätzungsinstruments einschließlich des integrierten Triage- und Priorisierungsverfahrens geschult sein.

- b) Ersteinschätzungskräfte sind regelmäßig im Erkennen von Notfalleitsymptomen, die Hinweise auf lebensbedrohliche Zustände oder abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe geben, zu trainieren und müssen regelmäßig die Möglichkeit zur Teilnahme an Qualitätszirkeln unter ärztlicher Beteiligung haben, um kritische Ereignisse im Zusammenhang mit der Ersteinschätzung von Notfallpatientinnen- und Patienten besprechen zu können.

(2) Ärztliche Qualifikationen

Zur Gewährleistung der Patientensicherheit steht für die Ersteinschätzung ein Arzt oder eine Ärztin des Krankenhauses mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in der Notfallversorgung zur Verfügung, die von der Einschätzungskraft nach Satz 1 insbesondere bei Fragen zur Behandlungsdringlichkeit, zur geeigneten Versorgungsebene und zur Absicherung der Weiterleitungsentscheidung hinzugezogen werden kann.

(3) Terminvermittlungsservice

In der Anlaufstelle zur Ersteinschätzung kann, dann wenn eine Vertragsärztliche Notfallpraxis am Ort ist, die qualifizierte Ersteinschätzungskraft durch eine geschulte Servicekraft (Flow-Management) der KV unterstützt und entlastet werden, die Aufgaben der verbindlichen Terminkoordination nach der Entscheidung zur Weiterleitung in andere Versorgungsebenen übernimmt. Die Qualifikation zu dieser nachgeordneten und in der Regel von der zuständigen KV gestellten Tätigkeit, kann von den Voraussetzungen für die Einschätzungsfachkraft abweichen.

- (4) In Krankenhäusern der gestuften Notfallversorgung gelten die dort für die Priorisierung der Behandlungsdringlichkeit vorgegebenen Regelungen zur die Qualifikation des eingesetzten Personals.

## § 5 Das Verfahren

- (1) Die Ersteinschätzung wird an einer zentralen und für die Patientinnen und Patienten gut erkennbaren Stelle im Krankenhaus durchgeführt.
- (2) Hilfesuchende, die eigenständig ein Krankenhaus aufsuchen oder durch den Rettungsdienst eingeliefert werden, für die keine ärztliche Einweisung in die Zentrale Notaufnahme vorliegt oder bei denen im Rettungswagen kein unmittelbar behandlungsbedürftiger, lebensbedrohlicher Zustand festgestellt wurde, erhalten eine Ersteinschätzung.
- (3) Die standardisierte, durch digitale Instrumente unterstützte Ersteinschätzung sieht drei Schritte vor, in denen die Dringlichkeit eines medizinischen Behandlungsbedarfs, die Versorgungsebene sowie das Verfahren zur verbindlichen Weiterleitung in ambulante vertragsärztliche Angebote strukturiert festgelegt ist.
- (4) Die erste Stufe zur Erfassung der Behandlungsdringlichkeit basiert auf und integriert das strukturierte und validierte System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V als integralen Bestandteil. Das Ersteinschätzungsinstrument ist in diesem Sinn integrativ und nicht additiv konzipiert. Diese Priorisierung erfolgt anhand einer Bewertung der Symptome in einer fünf-stufigen Dringlichkeitskala innerhalb von zehn Minuten nach Anmeldung im Krankenhaus.
- (5) Die Dringlichkeitsstufen 1-3 gemäß § 5 Absatz 4 bedingen einen sofortigen Behandlungsbedarf und eine Behandlung im Krankenhaus über die Zentrale Notaufnahme. Die verpflichtende Prüfung einer ambulanten vertragsärztlichen Behandlungsmöglichkeit entfällt für diese Patientinnen und Patienten. Dringlichkeitsstufen 4 und 5 bedingen einen ärztlichen, aber keinen sofortigen Behandlungsbedarf. In diesen Fällen ist in der zweiten Stufe des zur Anwendung kommenden Systems zur Benennung der Versorgungsebene eine Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b SGB V oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1 SGB V zu prüfen. Diese Prüfung erfolgt unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit ambulanter vertragsärztlicher Angebote bezüglich der
  - im Rahmen vertraglich geregelter Zusammenarbeit mit Partnerpraxen (Verbindlichkeit)
  - zeitlichen Erreichbarkeit (Sprechzeiten der ambulanten Angebote)
  - der zumutbaren Entfernung (für Praxen nicht am oder um den Standort des Krankenhauses)
  - der möglichen Einbindung der für erforderlich gehaltenen Fachärzte und -ärztinnen.Auch hilfesuchende Patienten der Dringlichkeitsstufen 4 und 5 können nach dieser Prüfung ggf. in die Zentrale Notaufnahme weitergeleitet werden
- (6) Verfügt das Krankenhaus über eine vertragsärztliche integrierte Notfallpraxis am Ort des Krankenhauses, können Notfallpatienten ohne ärztliche Sichtung an diese in den Sprechzeiten und bei erforderlicher fachärztlicher Besetzung an diese verwiesen werden.
- (7) Vor jeder Weiterleitung an Versorgungsangebote außerhalb der Klinik ist eine ärztliche Sichtung bzw. Bewertung der Ersteinschätzung durch einen Arzt oder eine Ärztin des Krankenhauses vorzusehen (die für die Krankenhäuser auch finanziell abgebildet sein muss). Dieser Verfahrensschritt sieht einmal eine Prüfung des Ergebnisberichts der Ersteinschätzung vor und stellt zum anderen durch die Vorhaltung von notwendigem ärztlichem Personal sicher, dass für alle Ersteingeschätzten auch eine persönliche ärztliche Sichtung jederzeit möglich ist.

- (8) Sofern als geeignete Versorgungsebene die Weiterleitung an Vertragsarztpraxen oder ein medizinisches Versorgungszentrum außerhalb des Krankenhauses festgelegt wurde, kann auf der Grundlage der Empfehlung des Ersteinschätzungsinstruments ein medizinisch vertretbares Zeitfenster bis zur ambulanten Behandlung unterstützend für die Terminbuchung bestimmt werden. Unter Berücksichtigung des medizinisch vertretbaren Behandlungszeitfensters, der voraussichtlichen fachärztlichen Erforderlichkeit und dem Ressourcenbedarf wird an geeignete vertragsärztliche Angebote im zumutbaren Radius um das Krankenhaus weitergeleitet. Diese Weiterleitung beinhaltet die verbindliche Terminfestlegung für die hilfeschenden Patienten über von der Terminservicestelle der zuständigen KV zur Verfügung gestellten Termine.
- (9) Mit jeder Buchung dieser Termine wird (ergänzend zum verbindlichen Termin) ein Vermittlungscode mit Zeitangabe der Ersteinschätzung zur Weitergabe an die Notfallpatienten generiert, über den die Patienten bei Bedarf Nachfragen zum Termin an die Terminservicestelle richten oder Änderungen an der Buchung vornehmen können (z.B. Absage des Termins). Der Vermittlungscode dient auch als Nachweis in den Partnerpraxen, dass es sich um eine Weiterleitung als Notfallpatienten bzw. -patientin handelt.
- (10) Ist eine Weiterleitung aufgrund von fehlenden vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten nachweislich nicht möglich oder ergibt die Prüfung, dass eine Weiterleitung der Patienten medizinisch nicht vertretbar ist, so ist dies (wenn möglich, in der elektronischen Patientenakte des Krankenhauses und) im System des Ersteinschätzungsinstruments zu dokumentieren. Die Behandlung erfolgt in diesen Fällen in der Zentralen Notaufnahme des Krankenhauses.
- (11) Patienten werden in den Fällen, in denen sie nicht durch das Krankenhaus weiterbehandelt werden, über das Ergebnis der Ersteinschätzung auch schriftlich verständlich informiert.

## § 6 Das Instrument

Die Ersteinschätzung des Behandlungsbedarfs von hilfeschenden Patienten, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden, wird durch ein digitales Assistenzsystem (im Folgenden: Ersteinschätzungsinstrument) unterstützt. Mindestanforderungen an das Instrument sind:

- (1) Das Ersteinschätzungsinstrument ist ein digitales Assistenzsystem.
- (2) Die wissenschaftliche Evidenz des Instrumentes muss den Kriterien der Validität und Reliabilität genügen.
- (3) Es muss sowohl geeignet sein, lebensbedrohliche Zustände und abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe zu erkennen als auch Behandlungsanlässe mit geringerer Dringlichkeit zu identifizieren. Es bildet alle relevanten in der Notfallversorgung auftretenden Behandlungsanlässe ab, z.B. auf der Basis des Canadian Emergency Department Information System (CEDIS-Katalog).
- (4) Die erste Stufe zur Priorisierung der Behandlungsdringlichkeit basiert auf und integriert das strukturierte und validierte System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V als integralen Bestandteil (in der Regel MTS oder ESI). Das Ersteinschätzungsinstrument ist in diesem Sinn integrativ und nicht additiv konzipiert.
- (5) Das Priorisierungssystem bildet die Behandlungsdringlichkeit in fünf definierten Stufen ab.
- (6) Das Ersteinschätzungsinstrument kann aufbauend auf der Vorgabe zur Behandlungsdringlichkeit und abgeleitet aus einer strukturierten Symptomanalyse eine Versorgungsebene vorschlagen.

- a. Behandlung in der Zentralen Notaufnahme des Krankenhauses,
  - b. Behandlung in einer Notdienstpraxis am Krankenhausstandort (keine Weiterleitung über den Krankenhausstandort hinaus) oder
  - c. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende externe Ärzte bzw. Ärztinnen und medizinische Versorgungszentren.
- (7) Das Ersteinschätzungsinstrument kann ein dem medizinisch vertretbaren Behandlungsbedarf entsprechendes Zeitfenster bis zum Beginn der Versorgung in einer der definierten Versorgungsebenen machen.
- (8) Das Einschätzungsinstrument beinhaltet ein Modul, über das aus der Symptombewertung Behandlungsnotwendigkeiten bezüglich der fachärztlichen Erfordernis und ggf. einen notwendigen Ressourcenbedarf abgeleitet werden können, die für die Wahl der vertragsärztlichen Partner hilfreich sind.
- (9) Das Instrument verfügt über Schnittstellen zu (von der zuständigen KV - z.B. zur Terminservicestelle - bereitgestellten) Datenbanken, Informationsangeboten oder Serviceanbietern, die eine dem definierten Zeitfenster entsprechenden verbindliche Terminvergabe für die Übernahme in die ambulant ärztliche Notfallversorgung ermöglichen.

## **§ 7 Dokumentation: Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung**

- (1) Über die erfolgte Ersteinschätzung wird ein Ergebnisbericht erstellt.
- Das Ersteinschätzungsinstrument kann diesen digitalen Bericht erstellen, der neben den für die Weiterleitung und Terminvereinbarung notwendigen Patientendaten mindestens
- die Dringlichkeitsstufe zur medizinischen Behandlung,
  - die Leitsymptome der hilfesuchenden Patienten,
  - die empfohlene Versorgungsebene,
  - Hinweise zum fachärztlichen Behandlungs- bzw. voraussichtlichen Ressourcenbedarf und
  - das medizinisch vertretbare Zeitfenster bis zur Behandlung umfasst.
- Der Ergebnisbericht hält auch die Daten der verbindlichen Terminvergabe fest. Sofern die Einwilligung der Patienten vorliegt, kann der Ergebnisbericht unter Nutzung der Dienste der Telematik-Infrastruktur und bei verbindlich definierten und implementierten Schnittstellen an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin in der vorgeschlagenen Versorgungsebene übermittelt werden.
- (2) Das digitale Instrument beinhaltet sichere Dokumentationsroutinen und -formate für eine nahtlose Kommunikation mit den Versorgungspartnern (workflow), die Patienteninformation und -dokumentation, die Verbindlichkeit der Verweisungswege und Anschlusstermine sowie die Sicherstellung der Evaluation.
- (3) Hilfesuchende Patienten werden in den Fällen, in denen sie nicht durch das Krankenhaus weiterbehandelt werden, über das Ergebnis der Ersteinschätzung auch schriftlich verständlich informiert.

## **§ 8 Qualitätssicherung**

Das Ersteinschätzungsinstrument muss mindestens folgende Qualitätsanforderungen berücksichtigen:

- (1) Die Validität und Reliabilität des Ersteinschätzungssystems muss wissenschaftlich nachgewiesen sein, d.h. die zugeordnete Dringlichkeit und Versorgungsebene steht in enger Korrelation zum Outcome der Behandlung und führt nachweislich nicht zu einer Beeinträchtigung der Patientensicherheit. Der Nachweis erfolgt durch mindestens eine multizentrische, klinische Studie gemäß internationalen Standards, publiziert in wissenschaftlichen Fachzeitschriften inklusive peer review Verfahren.
- (2) Wenn mehrere Ersteinschätzungssysteme geeignet sind und zertifiziert wurden, hat das Krankenhaus die Wahl, welches System es einsetzt.
- (3) Das Ersteinschätzungssystem muss über integrierte Systemelemente verfügen, die die Verfügbarkeit der empfohlenen Versorgungsebene prüfen.
- (4) Für den Erhalt der Patientensicherheit sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:
  - a) Das Ersteinschätzungsinstrument muss Fälle mit ambulantem Behandlungsbedarf zuverlässig identifizieren und für diese Fälle entsprechend eine ambulante Versorgungsebene empfehlen.
  - b) Das Ersteinschätzungsinstrument kann Fälle mit gleicher Leitsymptomatik bei unterschiedlichem Schweregrad unterscheiden. Nebendiagnosen ohne medizinischen Einfluss auf den akuten Behandlungsanlass dürfen sich nicht schweeregraderhöhend auswirken.
  - c) Der Algorithmus zur Priorisierung und Behandlungsdistribution und das Verfahren der klinischen Entscheidungsunterstützung ist transparent und nachvollziehbar: Es stellt für Anwendende nachvollziehbar dar, worauf die Empfehlungen im Ergebnis basieren.
  - d) Das Ersteinschätzungsinstrument muss unabhängig von der eingesetzten Software und der anwendenden Person zu vergleichbaren Ergebnissen führen.
  - e) Die notfallmedizinischen Inhalte des Ersteinschätzungsinstruments müssen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Dies schließt eine stetige Aktualisierung und Optimierung der Inhalte und Algorithmen entlang aktueller Leitlinien der führenden Fachgesellschaften im Hinblick auf die in diesem Paragraphen formulierten Anforderungen ein.
  - f) Unerwünschte Ereignisse im Rahmen der Ersteinschätzung müssen im Qualitätssicherungssystem des Ersteinschätzungsinstruments erfasst und sofern sie auf Fehler im Entscheidungsprozess des Instruments zurückführbar sind durch Optimierung des Instruments für die Zukunft vermieden werden.
  - g) Das Ersteinschätzungsinstrument muss auf verschiedenen Endgeräten nutzbar sein (z.B. auf mobilen Endgeräten wie Smartphones oder Tablets und stationären Endgeräten wie Desktop-PCs). Darüber hinaus muss die Anwendung digital dokumentierbar und mit Zeitstempel in die elektronische Patientenakte des Krankenhauses integrierbar sein.
- (5) Technische Rahmenbedingungen sind:
  - a) Interoperabilität
  - b) Integriert in die IT-Struktur des Krankenhauses
  - c) Anbindung an die vertragsärztliche Versorgung (u.a. Terminservicestelle)

(6) Datenschutz:

Das Ersteinschätzungsinstrument muss DSGVO-konform sein, den Anforderungen des Sozialdatenschutzes entsprechen und es müssen Mechanismen zur Datensicherheit implementiert sein. Die Daten dürfen nur innerhalb der Europäischen Union verarbeitet werden.

(7) Zertifizierung:

Das Ersteinschätzungsinstrument ist durch eine unabhängige Stelle zu zertifizieren. Im Rahmen des Zertifizierungsprozesses sind die o.g. Anforderungen nachzuweisen.

## § 9 Evaluation

(1) Zur Evaluation der Ersteinschätzung nach dieser Richtlinie übermitteln die Krankenhäuser folgende Daten bis zum 30.09. eines Jahres jeweils für das gesamte zurückliegende Kalenderjahr (Erfassungsjahr) an die Datenannahmestelle des IQTiG:

- Anzahl der durchgeführten Ersteinschätzungen im Sinne dieser Richtlinie
- Anzahl der an Notdienstpraxen weitergeleiteten Fälle
- Anzahl der an Partnerpraxen weitergeleiteten Fälle
- Anzahl der im Krankenhaus behandelten Fälle.

Die Anzahl der im Krankenhaus behandelten Fälle werden zudem differenziert in:

- Fälle, bei denen ein unmittelbarer Sofortiger Behandlungsbedarf im Sinne des § 120 Absatz 3b festgestellt wurde
- Fälle, bei denen infolge der Anwendung von § 3 Absatz 3, eine Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung aufgrund fehlendem Versorgungsangebot nicht möglich war
- Fälle, bei denen infolge der Anwendung § 3 Absatz 4 eine Weiterleitung an eine Partnerpraxis nicht vertretbar war bzw.
- Fälle, die aufgrund von fehlenden vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten nicht vermittelt werden konnten

(2) Die Übermittlung erfolgt erstmals bis zum 30.09.2025 für das Erfassungsjahr 2024.

(3) Die Daten werden im Auftrag des G-BA vom IQTiG ausgewertet und die Ergebnisse dem G-BA übermittelt. Der G-BA prüft die Auswirkungen dieses Beschlusses hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen, der Auswirkungen auf die Patientenversorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung seiner Regelungen bis zum 31. Dezember 2025.

## § 10 Inkrafttreten

Der Einsatz von Ersteinschätzungssystemen zur Patientensteuerung in Krankenhäusern erfolgt, wenn mindestens eines dieser Systeme im Sinne dieser Regelung zertifiziert wurde und die KV digital vermittelbare Termine über die Termin-Service-Stelle zur Verfügung stellt. Bis zu diesem Zeitpunkt werden die Anforderungen an die Krankenhäuser in dieser Regelung an die personelle Vorhaltung und Dokumentationspflichten ausgesetzt und der Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die ambulante Notfallversorgung bleibt unverändert bestehen.

*[II. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.]*

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 21. Juli 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

# Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des  
medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die  
sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wen-  
den gemäß § 120 Absatz 3b SGB V

Vom XX.YY.2022

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage.....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Zum Regelungsentwurf.....</b>	<b>4</b>
<b>3.1</b>	<b>Zu § 1 Ziel der Regelungen.....</b>	<b>4</b>
<b>3.2</b>	<b>Zu § 2 Kreis der ersteinzuschätzenden hilfesuchenden Patienten.....</b>	<b>4</b>
<b>3.3</b>	<b>Zu § 3 Kooperation der Versorgungspartner.....</b>	<b>6</b>
<b>3.4</b>	<b>Zu § 4 Zur Einbeziehung des medizinischen Personals.....</b>	<b>7</b>
<b>3.5</b>	<b>Zu § 5 Das Verfahren.....</b>	<b>8</b>
<b>3.6</b>	<b>Zu § 6 Das Instrument.....</b>	<b>11</b>
<b>3.7</b>	<b>Zu § 7 Dokumentation.....</b>	<b>12</b>
<b>3.8</b>	<b>Zu § 8 Qualitätssicherung.....</b>	<b>13</b>
<b>3.9</b>	<b>Zu § 9 Evaluation.....</b>	<b>14</b>
<b>3.10</b>	<b>§ 10 Inkrafttreten.....</b>	<b>14</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Mit der Einführung des § 120 Abs. 3b SGB V durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurde der G-BA beauftragt, Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden zu beschließen, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden. Die Ersteinschätzung dient der Feststellung, ob ein sofortiger Behandlungsbedarf in der Notaufnahme vorliegt.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Mit den vorliegenden Regelungen werden Vorgaben für ein Ersteinschätzungsverfahren getroffen, das künftig greifen soll, wenn sich Hilfesuchende an die Notaufnahme eines Krankenhauses wenden.

Ziel ist es, je nach Schwere der Erkrankung oder Verletzung den medizinischen Bedarf bestmöglich zu koordinieren. Das heißt, es soll zwischen jenen eintreffenden Hilfesuchenden unterschieden werden, die sofort stationär oder ambulant im Krankenhaus behandelt werden müssen, und solchen, die aufgrund nur leichter medizinischer Probleme in der vertragsärztlichen Notdienstpraxis (KV-Notdienstpraxis) behandelt werden können oder einen Termin bei einer niedergelassenen Ärztin bzw. einem niedergelassenen Arzt erhalten. Das strukturierte und validierte System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V ist hierbei ein integraler Bestandteil der qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung.

### **Patientensicherheit im Fokus**

Der G-BA verfolgt in Umsetzung seines Regelungsauftrag auch das Ziel, die bekannten Unklarheiten in der Versorgungsverantwortung in der Notfallversorgung aufzugreifen mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten mit ihrem Recht auf angemessene Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen. Die Regelungen zur Ersteinschätzung sollen daher auch sicherstellen, zusätzliche Wege und Verfahrensklärungen für Patientinnen und Patienten durch die beteiligten Akteure möglichst zu vermeiden.

Es gibt eine Vielzahl an Fällen, in denen Patienten mit einem ambulanten Versorgungsbedarf eine Notaufnahme aufsuchen. Dabei steht auch in Hinblick auf lange Wartezeiten weniger eine vermeintliche Bequemlichkeit von Patientinnen und Patienten im Vordergrund, sondern nicht selten Unzulänglichkeiten der ambulanten (Notfall-) Versorgung oder fehlende Informationen zu den ambulanten Angeboten.

Im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens wird daher auch berücksichtigt, ob eine Weiterverweisung in den ambulant vertragsärztlichen Bereich als Rückverweisung "zumutbar" ist. Patientinnen und Patienten werden sehr oft aus dem ambulanten Bereich in die Notaufnahme verwiesen, z.B. von "überfüllten" Praxen in Großstädten, von überforderten Hausärzten, die Patienten von schließenden Praxen nicht aufnehmen können, von Pflegeheimen, in denen die ambulante ärztliche Versorgung fehlt. Auch alten hilflose Menschen, die über den Notruf in eine Klinik gebracht werden, können nicht einfach wieder bei ambulantem Behandlungsbedarf an umliegende Praxen weitergeschickt werden.

Das Ersteinschätzungserfahren führt daher zu einer Verbindlichkeit, mit der der vertragsärztliche Bereich auch jenseits der üblichen Sprechstundenzeiten in die Pflicht zu genommen wird. Fehlende Kapazitäten, fehlende Ressourcen und fehlendes Personal in der

ambulanten Versorgung kann die Regelung zur Ersteinschätzung in der klinischen Notfallversorgung jedoch nicht lösen. Damit dies nicht zu Lasten von Patientinnen und Patienten geht, wird in den Regelungen zu Beispiel klargestellt, dass diese nicht mit der Möglichkeit der online-Buchung in einer Termindatenbank verwiesen werden.

### **Das Ersteinschätzungsverfahren macht neue Verbindlichkeiten in der Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung notwendig**

Ziel der Regelungen des G-BA zu einem Ersteinschätzungsverfahren in der Notfallversorgung der Krankenhäuser ist die sichere und zeitnahe Behandlung von Patientinnen und Patienten, die für sich einen Notfall annehmen und die Entlastung der klinischen Notaufnahmen von ambulant zu versorgenden Hilfesuchenden.

Neben der Feststellung der Behandlungsdringlichkeit und in Ableitung davon der Definition einer entsprechenden Versorgungsebene führen die Regelungen daher auch zur Schaffung von strukturellen Bedingungen dafür, dass infolge der Feststellungen auch tatsächlich eine konkrete und verbindliche Behandlung erfolgt. Zur Sicherstellung der Notfallversorgung muss daher die Verbindlichkeit in der Arbeitsteilung mit der vertragsärztlichen Versorgung vergleichbar sein mit den Vorhaltungen der Krankenhäuser.

Ersteinschätzung ist also mehr als ein digitales Assistenzsystem als Entscheidungshilfe für eine Verweisungsentscheidung, sondern muss gelebte sektorenübergreifende Kooperation der Notfallversorger in einem strukturierten Prozess sein. Dort, wo diese strukturelle Verbindlichkeit nicht bewirkt werden kann verbleibt das Recht der Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung von Notfallpatienten auch einer geringeren Stufe der Behandlungsdringlichkeit bestehen.

### **Fehlende Validität für mögliche digitale Unterstützungssysteme zur Ersteinschätzung**

In der Umsetzung seines Regelungsauftrags nach § 120 Absatz 3b SGB V stößt der G-BA allerdings auf aktuell noch gegebene Limitationen hinsichtlich der Verfügbarkeit digitaler Unterstützungssysteme zur Festlegung des Behandlungs- und Interventionsbedarfs von Notfallpatienten, die es erlauben würden, eine Entscheidung zur Weiterleitung aus dem Krankenhaus in andere Versorgungsebenen ohne zwingende ärztliche Sichtung von nichtärztlichem Personal treffen zu lassen: Solche Systeme sind bisher nur in Erprobungsversionen verfügbar und erste Ergebnisse zur zielgenauen Wirksamkeit und Effektivität des Instruments für haftungssichere Entscheidungen werden erst in ein bis zwei Jahren vorliegen.

Die Validität eines Ersteinschätzungsinstruments ist aber zentrale Voraussetzung für die Implementierung eines Verfahrens, bei dem die Patientensicherheit im Mittelpunkt stehen muss. Eine abschließende Festlegung von Verfahrensvorgaben für eine Ersteinschätzung ohne die Verfügbarkeit von validen Instrumenten zum Zeitpunkt, den der Gesetzgeber vorgegeben hat (Juli 2022) ist nicht zielführend.

Die Verfahrensfestlegungen des G-BA können deswegen derzeit nur Übergangslösungen formulieren und Zielversionen für eine mögliche Regelung ins Auge fassen. Für eine abschließende Regelung des G-BA ist es erforderlich, dass wissenschaftlich und medizinisch fundierte Fakten die verweisungsrelevanten Stufungen begründen, wie zielführend die Behandlung in der gewählten Verweisungsebene ist und welche Rücklaufzeiten auf welche Entscheidungsgrundlagen hinweisen.

### **Unübersichtliche Notfall-Infrastruktur**

In der Festlegung von Pfaden zur Weiterverweisung von Patienten in andere Versorgungsebenen berücksichtigt der G-BA, dass es in der Leistungsfähigkeit der

Krankenhäuser und in der Notfall-Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und dem vertragsärztlichen Bereich große Unterschiede gibt:

Da ist einmal die unterschiedliche Ausstattung und Vorhaltepflcht für Kliniken, die an der gestuften Notfallversorgung teilnehmen und solche, die mit geringeren Personalvorgaben ein ganz anderes Spektrum an Notfallhilfen anbieten können (und müssen). Hierzu gehört auch die Verfügbarkeit und Qualifikation des eingesetzten Personals. Krankenhäuser, die über eine verbindliche Kooperation mit einer vertragsärztlichen Notdienstpraxis am Ort verfügen, können (zumindest in definierten Zeiten und abhängig vom dort tätigen - unterschiedlich qualifiziertem - Personal im wechselnden Bereitschaftsdienst) unmittelbar auf Partnerstrukturen zurückgreifen und andere Stufen der Verweisungslogik nutzen, als Kliniken, die auf die Erreichbarkeit umliegender Praxen angewiesen sind.

Die Regelungen differenzieren daher unter Berücksichtigung dieser sehr unterschiedlichen Versorgungsstrukturen vor Ort. Die Verfügbarkeit von Notdienstpraxen in der Klinik ist ein Kriterium für eine Differenzierung in der Ersteinschätzung, da z.B. die Entscheidung ab welcher Stufe der Dringlichkeitseinschätzung eine andere Versorgungsebene angesteuert wird, dort anders ausfallen kann.

### **3. Zum Regelungsentwurf**

#### **3.1 Zu § 1 Ziel der Regelungen**

Ziel ist es, je nach Schwere der Erkrankung oder Verletzung den medizinischen Bedarf bestmöglich zu koordinieren. Das heißt, es soll zwischen jenen eintreffenden Hilfesuchenden unterschieden werden, die sofort stationär oder ambulant im Krankenhaus behandelt werden müssen, und solchen, die aufgrund nur leichter medizinischer Probleme in der vertragsärztlichen Notdienstpraxis (KV-Notdienstpraxis) behandelt werden können oder einen Termin bei einer niedergelassenen Ärztin bzw. einem niedergelassenen Arzt erhalten. Das strukturierte und validierte System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V ist hierbei ein integraler Bestandteil der qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung.

#### **3.2 Zu § 2 Kreis der ersteinzuschätzenden hilfesuchenden Patienten**

##### **Zu Absatz 1**

Es gibt eine Vielzahl an Fällen, in denen Patienten mit einem ambulanten Versorgungsbedarf eine Notaufnahme aufsuchen. Dabei steht auch in Hinblick auf lange Wartezeiten weniger eine vermeintliche Bequemlichkeit von Patientinnen und Patienten im Vordergrund, sondern nicht selten auch fehlende Ressourcen der ambulanten (Notfall-) Versorgung oder fehlende Informationen zu den ambulanten Angeboten.

Zukünftig führt das Krankenhaus für jede Patientin und jeden Patienten, der sich mit einem für sie oder ihn dringend gehaltenen Anliegen an ein Krankenhaus wendet (hilfesuchende Patienten), das Ersteinschätzungsverfahren nach dieser Richtlinie durch und prüft, ob ein sofortiger Behandlungsbedarf vorliegt. Nur dann kann gemäß § 120 Absatz 3b Satz 4 SGB V eine Vergütung ambulanter Leistungen für das Krankenhaus erfolgen.

## **Zu Absatz 2**

Hilfesuchende Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung in die Notaufnahme kommen, werden dort versorgt bzw. der fachlich zuständigen Aufnahmestation zugewiesen. Ein Ersteinschätzungsverfahren nach dieser Richtlinie ist nicht durchzuführen.

## **Zu Absatz 3**

Patientinnen und Patienten, die durch einen Rettungsdienst in das Krankenhaus eingeliefert werden oder infolge der Einschätzung der kassenärztlichen Bereitschafts-Hotline ohne direkten Notarztkontakt in das Krankenhaus kommen wird die Einschätzung zur Klärung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs durchgeführt. Eine Rückverweisung in die ambulante Versorgung der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgt in diesen Fällen jedoch nicht, sondern die Patientin oder der Patienten werden entweder der Notaufnahme des Krankenhauses oder, sofern vorhanden, der Notdienstpraxis am Standort zugewiesen.

Das Verfahren stellt damit sicher, dass eine "doppelte Einschätzung" z.B. durch TSS-Hotline der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ersteinschätzung in der Notaufnahme vermieden wird. Eine Steuerung dieser Patienten erfolgt ausschließlich in die Notaufnahme des Krankenhauses oder in die Notdienstpraxis am Standort, sofern eine KV Notdienstpraxis am Standort besteht und diese ärztlich besetzt ist.

## **Zu Absatz 4**

Eigenständige Kinder-Notfallambulanzen, die das Modul Notfallversorgung Kinder (§ 25 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4) erfüllen, halten ein spezielles Versorgungsangebot vor, für das auch spezialisiertes Personal vorgehalten werden muss. Solange Ersteinschätzungssysteme die besonderen Erfordernisse dieser spezifischen Versorgungsfragen nicht im Instrument abbilden, werden diese Häuser von der Ersteinschätzung ausgenommen.

## **Zu Absatz 5**

Eigenständige Psychiatrische Fachkrankenhäuser, die Aufträge zur Spezialversorgung (§ 26 der Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V) wahrnehmen, müssen aufgrund ihres speziellen Versorgungsangebots vor Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V keine Ersteinschätzung mit dem Ziel der Weiterleitung durchführen. Diese Ausnahme erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Notfallversorgung in der Psychiatrie in jeweils 16 eigenen Psychisch-Kranken-Gesetzen (Psych-KG) der Bundesländer im Sinne einer „regionalen psychiatrischen Pflichtversorgung“ geregelt und entsprechend unterschiedlich ausgestaltet ist, sodass eine bundesweite Regelung zur Einschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden bei dieser speziellen Patientengruppe mit landesrechtlichen Vorgaben kollidieren könnte.

Darüber hinaus haben regionale Strukturen zur akuten psychischen Krisenversorgung historisch sehr heterogen gewachsene Strukturen und inkludieren auch Leistungserbringer außerhalb des SGB V, wie z. B. kommunal finanzierte Krisendienste, gemeindepsychiatrische Verbände und Sozialpsychiatrische Dienste, deren Berücksichtigung die vorliegende Richtlinie nicht leisten kann.

Nicht zuletzt erfolgt diese Ausnahme aber auch vor dem Hintergrund, dass aufgrund möglicher Erschwernisse in der Anamneseerhebung, sozialer Faktoren sowie zu antizipierenden Lücken im vertragsärztlichen psychiatrischen Notfallversorgungsangebot eine Weiterleitung häufig ohne Erfolg bleiben wird.

Solange Ersteinschätzungssysteme die besonderen Erfordernisse dieser spezifischen Versorgungsfragen nicht im Instrument valide abgebildet haben, werden diese Häuser von der Ersteinschätzung ausgenommen.

### **3.3 Zu § 3 Kooperation der Versorgungspartner**

Die Regelungen zur Ersteinschätzungen sollen auch sicherstellen, unnötige zusätzliche Wege und Verfahrensklärungen für Patientinnen und Patienten durch die beteiligten Akteure möglichst zu vermeiden. Hierfür müssen notwendige Kooperationen zwischen Krankenhäusern und der vertragsärztlichen Versorgung entstehen und Strukturvorgaben zur Zusammenarbeit eingehalten werden. Nur auf diese Weise kann erreicht werden, dass das Ersteinschätzungsverfahren zu für Patientinnen und Patienten zumutbaren Rückverweisungen führt. Patientinnen und Patienten werden sehr oft aus dem ambulanten Bereich in die Notaufnahme verwiesen, z.B. von "überfüllten" Praxen in Großstädten, von überforderten Hausärzten, die Patienten von schließenden Praxen nicht aufnehmen können, von Pflegeheimen, in denen die ambulante ärztliche Versorgung fehlt. Auch bei alten hilflosen Menschen, die über den Notruf in eine Klinik gebracht werden, ist zu prüfen, ob sie - weil eine ambulante Versorgung möglich wäre - wieder an umliegende Praxen weitergeschickt werden können.

#### **Zu Absatz 1**

Die Vorgaben zur Ersteinschätzung gelten für alle Krankenhäuser. Das gilt sowohl für Häuser in der gestuften Notfallversorgung als auch solche, die daran nicht teilnehmen und damit ganz andere Struktur- und Qualifikationserfordernisse erfüllen müssen. Da die Größe und die Einbindung von Krankenhäusern in Versorgungskonzepte sehr unterschiedlich sein können, muss für eine Sicherstellung der Weiterleitung von ambulant zu versorgenden Patientinnen und Patienten geregelt sein, dass die Kooperation zwischen Kliniken und Kassenärztlichen Vereinigungen auch verbindlich strukturiert erfolgt. Auch wenn sich der gesetzliche Auftrag für die Ersteinschätzung vor allem auf Krankenhäuser bezieht, müssen auch die strukturellen Bedingungen dafür geschaffen werden, dass aus der Feststellung zur Versorgungsebene eine konkrete Behandlung erfolgt. Zur Sicherstellung der Notfallversorgung muss die Verbindlichkeit in der Arbeitsteilung für die vertragsärztliche Versorgung den Vorhaltungen der Krankenhäuser vergleichbar sein.

Die Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen müssen insbesondere der Tatsache Rechnung tragen, dass nur ein kleiner Teil der Kliniken über die verbindliche Zusammenarbeit vor Ort mit Notdienststraxen nach § 75 Absatz 1b Satz 3 SGB V und einem gemeinsamen Tresen verfügen. Bisher hat nur etwa die Hälfte aller Notfallkrankenhäuser eine integrierte Notfallpraxis als Kooperationspartner. Das bedeutet, dass die Anforderungen an die Ersteinschätzung nicht von diesem Idealfall ausgehen können, sondern für die unterschiedlichen Versorgungsbedingungen verbindliche Regelungen vorsehen müssen.

## **Zu Absatz 2**

Absatz 2 macht dafür den Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Zuständigkeitsbereich sich das Krankenhaus befindet, die Vorgaben für die Zusammenarbeit: zur Information über faktisch verfügbare Praxen.

Für eine verbindliche und verlässliche Weiterleitung von Patientinnen und Patienten ist es unabdingbar, dass dem weiterleitenden Krankenhaus Informationen zur aktuellen vertragsärztlichen Behandlungskapazität vorliegen. Andernfalls ist eine verbindliche Weiterleitung nicht möglich. Insbesondere für die Weiterleitung an Partnerpraxen sind verbindliche Vereinbarungen zu treffen. Die Bereitstellung notwendiger Informationen erfolgt dabei durch Kassenärztliche Vereinigungen, da Patientinnen und Patienten an vertragsärztliche Leistungserbringer vermittelt werden.

## **Zu Absatz 3**

Absatz 3 formuliert die Verpflichtung für vertraglich zu regelnden Kooperationen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit Krankenhäusern für vertragsärztliche Praxen, mit denen das Krankenhaus für eine Weiterleitung zusammenarbeitet (Partnerpraxen). Die Regelung knüpft dabei an die bestehende vertragsärztliche Versorgung im Rahmen des Notdienstes nach § 75 Absatz 1b SGB V an in der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung an. Die Kooperationen etablieren keine zusätzliche Versorgung, sondern sollen für die Krankenhäuser die verbindliche Weiterleitung von Patientinnen und Patienten ermöglichen. Auch werden keine Vorgaben für einen verbindlichen Radius der umliegend erreichbaren Praxen gemacht, aber die Notwendigkeit definiert, dass dieser Radius Bestandteil der Vereinbarung und als Information für Patientinnen und Patienten verfügbar sein muss, um die Zumutbarkeit einer Verweisung individuell prüfen zu können. Der Absatz stellt auch klar, dass die Vereinbarungen sicherstellen müssen, dass erforderliche Fachrichtungen umliegender Praxen den in der Notfallversorgung am häufigsten vorkommenden Behandlungsbedarfen gerecht werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass die hier genannten fachärztlichen Einrichtungen über die für die Erfüllung der fachärztlichen Untersuchung und Behandlung notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verfügen.

## **Zu Absatz 4**

Absatz 4 verweist auf die Tatsache, dass die Zusammenarbeit mit einer Notdienstpraxis in der Klinik natürlich die bevorzugte Form der Zusammenarbeit ist, weil diese ambulanten Angebote in der Klinik direkt angesteuert werden können. Aber auch das funktioniert nur dann, wenn der Klinik verbindlich die Sprechzeiten und die fachärztliche personelle Besetzung immer verbindlich mitgeteilt wird.

### **3.4 Zu § 4 Zur Einbeziehung des medizinischen Personals**

#### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 formuliert Anforderungen an die Qualifikation der Einschätzungsfachkraft.

Die Durchführung des Verfahrens zur Behandlungspriorisierung und Ersteinschätzung setzt umfassende Kenntnisse der hiermit betrauten Pflegefachkraft voraus. Diese muss deshalb über mindestens 2 Jahre Berufserfahrung in Vollzeittätigkeit in der klinischen Notfallversorgung verfügen und in der Anwendung des Systems zur Behandlungspriorisierung und Ersteinschätzung geschult sein. Da es kein automatisiertes

oder digitalisiertes System gibt, das alle Behandlungsfälle abbildet und alle Gefahrenzeichen und Gefahrenzeichenkombinationen erkennt, ist die Schulung, Erfahrung und Supervision der Durchführenden des Ersteinschätzungsverfahrens von sehr hoher, zentraler Bedeutung sowohl für die Patientensicherheit als auch für den weiteren Verlauf. Daher ist nur das Anlegen hoher Standards und Erwartungen an die Durchführenden vertretbar.

Darüber hinaus sind regelmäßige Fallbesprechungen und Schulungen erforderlich, um das bestehende Wissen zu festigen und weiterzuentwickeln. Da die Pflegekraft das ganze Spektrum der Notfallpatienten kategorisiert, muss ihre Qualifikation den Bereich der klinischen Notfallversorgung vollumfänglich abdecken.

Bei der Festlegung der Qualifikation und der Anknüpfung an die Berufserfahrung hat der G-BA berücksichtigt, dass einerseits an dieser Stelle eine sehr hoch qualifizierte und geschulte Fachkraft mit einer Zusatzqualifikation in Akut- und Notfallmedizin aus Gründen der Patientensicherheit wünschenswert und letztlich auch anzustreben ist, dieses Personal am "Markt" derzeit jedoch nicht in dem Maß verfügbar ist, dass alle Krankenhäuser, die zur Ersteinschätzung verpflichtet sind, auch einen solche Fachkraft einstellen können.

#### **Zu Absatz 2**

Absatz 2 legt die Anforderungen an die ärztliche Qualifikation fest. Die Hintergrundsicherheit wird durch erfahrene Ärztinnen oder Ärzte sichergestellt. Die Ärzte können von der Einschätzungsfachkraft bei Fragen zur Behandlungsdringlichkeit und zur geeigneten Versorgungsebene hinzugezogen werden. Sie müssen in der Lage sein, beim Auftreten klinischer Notfälle angemessen einzugreifen. Die Ärztin oder der Arzt als Hintergrundsicherheit muss deshalb über das erforderliche Fachwissen und die entsprechenden Qualifikationen sowie die erforderliche Berufserfahrung verfügen.

#### **Zu Absatz 3**

Absatz 3 beschreibt die Option für das Ersteinschätzungsverfahren, ergänzende Tätigkeiten der verbindlichen Terminvermittlung zur Entlastung der qualifizierten Fachkräfte und zu Schaffung von Freiräumen für die Versorgung weiterer Patienten, auch Servicekräfte einzubinden. Diese Möglichkeit zum Einsatz eines - in Modellprojekten so genannten - Flow-Managements, schließt an die Vorgabe an, dass die Weiterverweisung von Patienten an die ambulante Versorgungsebene immer mit einer verbindlichen Terminvergabe durch Kooperation mit der verantwortlichen Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehen ist.

#### **Zu Absatz 4**

Absatz 4 verweist darauf, dass die Regelung für die Qualifikation und Einbeziehung von ärztlichem Personal die Regelungen zur gestuften Notfallversorgung nicht ersetzt.

### **3.5 Zu § 5 Das Verfahren**

#### **Zu Absatz 1 und 2**

Um zu erreichen, dass alle Notfallpatientinnen und Patienten das Ersteinschätzungsverfahren durchlaufen ist es erforderlich, dass dieses an einer zentralen und für die Patientinnen und Patienten gut erkennbaren Stelle im Krankenhaus durchgeführt wird. Das Ersteinschätzungsverfahren wird für alle Hilfesuchenden durchgeführt, die eigenständig und ohne ärztliche Einweisung das Krankenhaus aufsuchen oder bei denen bei Einlieferung mit dem Rettungswagen kein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde.

## **Zu Absätzen 3 und 4**

Die Ersteinschätzung ist als dreistufiges Verfahren konzipiert.

Die Feststellung der medizinischen Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs für eine angemessene zeitnahe Versorgung als erster Schritt, setzt zunächst darauf, dass das strukturierte und validierte System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V ein integraler Bestandteil der qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung ist.

Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, wenden - wie in Absatz 4 vorgesehen - gemäß § 12 Absatz 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) - ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und -patienten an. Alle Notfallpatientinnen und -patienten des Krankenhauses erhalten in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität. Es wird klargestellt, dass das Ersteinschätzungsverfahren nach dieser Richtlinie in die bestehenden Systeme zur Behandlungspriorisierung integriert wird. Ziel ist explizit nicht die Einführung eines zusätzlichen Instrumentes, sondern die Erweiterung der bereits eingesetzten Systeme. Dadurch bleibt der bürokratische Aufwand gering. Die strukturierten und validierten Triagesysteme der Notaufnahmen erkennen schwer kranke und verletzte Patientinnen und Patienten schnell und zuverlässig. Die im Ersteinschätzungsinstrument integrierten Verfahren zur Behandlungspriorisierung geben durch ihre Stufung Einteilungen für die Weiterleitungsoptionen in die ambulante Versorgung vor.

Im Mittelpunkt der Regelung eines Ersteinschätzungsverfahrens steht als zweiter Schritt die Prüfung zur entsprechenden Versorgungsebene, in der eine als notwendig erachtete ärztliche Behandlung erfolgen sollte oder könnte. Diese Entscheidung durch qualifiziertes und erfahrenes Personal kann durch ein digitales Assistenzsystem unterstützt werden kann.

Während diese Entscheidung vor allem auf der Basis medizinischer Symptomeinschätzungen erfolgt, zielt der als Verfahrensregelung gedachter dritte Schritt auf die Sicherung der verbindlichen strukturierten Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 SGB V oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1 SGB V.

Das Ersteinschätzungserfahren zielt daher auf Verbindlichkeit, mit der der vertragsärztliche Bereich auch jenseits der üblichen Sprechstundenzeiten die Sicherungsverpflichtung ambulanter Notfallversorgung an der Schnittstelle zur stationären Notfallversorgung übernimmt. Die Weiterverweisung aus der Klinik in den ambulanten Bereich muss durch geregelte Kooperationsstrukturen der Sektorenpartner abgesichert werden und konkrete Versorgungsstrukturen vor Ort berücksichtigen. Dazu zählt auch die Klärung, ob eine Weiterleitung im Sinne einer konkreten Versorgungsverantwortung zielführend ist.

## **Zu Absatz 5**

Absatz 5 definiert die aus dem Priorisierungsverfahren zur Behandlungsdringlichkeit abgeleitete Stufen für eine mögliche Weiterleitung der Patienten in die zentrale Notaufnahme oder in den ambulanten Bereich. Die Regelung in Absatz 5 macht deutlich, dass eine Priorisierung in Stufe 4 oder 5 nicht automatisch die Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung bedeutet, sondern dass die Voraussetzungen zur Verfügbarkeit der Versorgungsangebote auf Basis der verbindlichen Angaben in den

Kooperationsvereinbarungen zu prüfen ist. Diese Prüfung erfolgt unter Berücksichtigung der Verfügbarkeit ambulanter vertragsärztlicher Angebote bezüglich der

- im Rahmen vertraglich geregelter Zusammenarbeit mit Partnerpraxen (Verbindlichkeit)
- zeitlichen Erreichbarkeit (Sprechzeiten der ambulanten Angebote)
- der zumutbaren Entfernung (für Praxen nicht am oder um den Standort des Krankenhauses)
- der möglichen Einbindung der für erforderlich gehaltenen Fachärzte und -ärztinnen.

Es wird klargestellt, dass auch hilfeschende Patienten der Dringlichkeitsstufen 4 und 5 nach dieser Prüfung ggf. in die Zentrale Notaufnahme weitergeleitet werden können, wenn keine zumutbare Weiterleitung ermöglicht werden kann.

### **Zu Absatz 6 und 7**

Da bei der Weiterleitung in den ambulanten Bereich gemäß Absatz 7 eine ärztliche Sichtung vorgesehen ist, sieht Absatz 6 vor, dass diese beim Vorhandensein einer integrierten Notfallpraxis entfallen kann.

Die Vorgabe zur ärztliche Sichtung wird in Absatz 7 geregelt. Dieser Verfahrensschritt sieht einmal eine Prüfung des Ergebnisberichts der Ersteinschätzung vor und stellt zum anderen durch die Vorhaltung von notwendigem ärztlichem Personal sicher, dass für alle Ersteingeschätzten auch eine unmittelbar persönliche ärztliche Sichtung jederzeit möglich ist. Inwieweit diese persönliche Sichtung erforderlich ist entscheidet der Arzt oder die Ärztin nach ärztlichem Ermessen.

### **Zu Absatz 8**

Absatz 8 sieht für die verbindliche Weiterleitung von Patienten mit weniger dringlichem Behandlungsbedarf keine fest definierten Zeitfenster vor. Allerdings soll auf Basis der Vereinbarungen der Kooperationspartner nach § 3 und auf Grundlage der Empfehlung des Ersteinschätzungsinstrumentes ein medizinisch vertretbares Zeitfenster bis zur ambulanten Behandlung bestimmt werden können. Das gilt auch für den Radius, in dem die Kassenärztliche Vereinigung Partnerpraxen mit ihren Fachrichtungen und Erreichbarkeiten benennen muss. Der Schritt der Weiterleitung enthält verbindlich eine Terminvereinbarung für die Patienten, für die die KVen zuständig sind.

### **Zu Absatz 9**

Für eine verbindliche Weiterleitung sind - wie in Absatz 9 benannt - Vermittlungscodes zu vergeben, mit dem alle relevanten Vermittlungsschritte geregelt und dokumentiert werden können.

Die Dokumentation der Vermittlung muss erkennbar machen, wann und warum eine Vermittlung nicht möglich war und deswegen - z.B. bei fehlender Verfügbarkeit von ambulanten Leistungsangeboten - eine Behandlung in der Notaufnahme erfolgt.

Patienten sollen in den Fällen, in denen sie nicht durch das Krankenhaus weiterbehandelt werden, über das Ergebnis der Ersteinschätzung auch schriftlich verständlich informiert werden.

### **3.6 Zu § 6 Das Instrument**

Hier werden die Anforderungen an das Ersteinschätzungsinstrument definiert. Darüber hinaus wird der Prozess zur Weiterleitung an die geeignete Versorgungsebene geregelt. Die Erweiterung des klinischen Instruments zur Behandlungspriorisierung um die Ersteinschätzung gemäß dieser Richtlinie, ermöglicht zusätzlich zur Kategorisierung der Behandlungsdringlichkeit eine Beurteilung der für die medizinische Fragestellung der Patientin oder des Patienten geeigneten Versorgungsebene. Damit stellt das Ersteinschätzungsverfahren keine Abwendung vom bisherigen Verfahren dar, sondern eine notwendige, angemessene und zeitgemäße Ergänzung und Erweiterung. Die Effektivität des Instruments hängt dabei maßgeblich auch davon ab, wie die Weiterleitung in diese Versorgungsebene erfolgt, sofern es sich nicht um die Notaufnahme des Krankenhauses handelt.

Zur Absicherung der Entscheidung über die Behandlungsdringlichkeit und die Weiterleitung von Notfallpatienten in andere Versorgungsebenen soll zur Ersteinschätzung ein digitales Assistenzsystem (im Folgenden: Ersteinschätzungsinstrument) eingesetzt werden, das das eingesetzte Personal unterstützt. Dafür werden Mindestanforderungen an das Instrument formuliert.

#### **Zu Absatz 1**

Absatz 1 stellt klar, dass das Ersteinschätzungsinstrument ein digitales Assistenzsystem ist und strukturierte Ersteinschätzung nicht nur auf definierten Verfahrensschritten basiert. Der Einsatz eines digitalen Instruments soll damit die Validität der Entscheidungsschritte sicherstellen.

Wenn einem solchen Instrument eine so große Bedeutung, wie die Entscheidung über notwendige oder mögliche Behandlungspfade eingeräumt wird, muss die Entscheidungslogik wissenschaftlichen Standards entsprechen. Die wissenschaftliche Evidenz des Instrumentes muss daher den Kriterien der Validität und Reliabilität genügen. Die Anforderung ist zwingend.

An dieser Stelle wird allerdings ein Problem in der Umsetzung des Regelungsauftrags nach § 120 Absatz 3b SGB V durch den G-BA deutlich: Die aktuell noch fehlende Validität für mögliche digitale Unterstützungssysteme zur Ersteinschätzung.

Die Verfügbarkeit digitaler Unterstützungssysteme zur Festlegung des Behandlungs- und Interventionsbedarfs von Notfallpatienten, die es erlauben würden, eine Entscheidung zur Weiterleitung aus dem Krankenhaus in andere Versorgungsebenen ohne zwingende ärztliche Sichtung von nichtärztlichem Personal treffen zu lassen, ist derzeit noch nicht gegeben. Solche Systeme sind bisher nur in Erprobungsversionen verfügbar und erste Ergebnisse zur zielgenauen Wirksamkeit und Effektivität des Instruments für haftungssichere Entscheidungen werden erst in ein bis zwei Jahren vorliegen. Für die in der Diskussion befindlichen Einschätzungssysteme z.B. Smed Kontakt+ oder OPTIFA liegen die abschließenden Berichte noch nicht vor. Damit werden Entscheidungen auf der definierten Bedeutung der Stufung in der Behandlungspriorisierung für die Einschätzung der Versorgungsebene noch nicht abschließend wissenschaftlich fundiert. Auch die Modellprojekte, in denen die bisher in der Debatte befindlichen Systeme erprobt werden (z.B. Rosenheim oder Göttingen) haben jeweils eigene strukturelle Vorgaben vor Ort (gemeinsamer Tresen von KV und Klinik im Krankenhaus oder Kooperation mit Partnerpraxen nur in einer definierten Auswahl). Eine Verallgemeinerung dieser lokalen Modellvorgaben für alle Krankenhäuser, die Ersteinschätzung durchführen sollen, kann derzeit noch nicht aus den in der Erprobung befindlichen Instrumenten erfolgen.

Die Variablen in der Umsetzung sind derzeit noch zu groß:

- Krankenhäuser in oder außerhalb der gestuften Notfallversorgung
- Kliniken mit integrierten Notfallpraxen im Krankenhaus selbst
- die tatsächliche Verfügbarkeit (Anwesenheitszeiten) und die Qualifikation des Personal (sehr variabel) in den integrierten Notfallpraxen
- Verbindlichkeiten in der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und umliegenden ambulanten Versorgungsangeboten
- Die (oft noch fehlende) Verfügbarkeit von etablierten Verweissystemen wie IVENA
- sehr unterschiedliche Kooperationen mit dem örtlichen KV-Bereitschaftsdienst und
- fehlende Schnittstellen mit der Notfallrettung, die in den Bundesländern sehr unterschiedlich organisiert ist.

Erst wenn in der wissenschaftlichen Validierung dieser Variablen Antworten für die sich den komplexen Versorgungsangeboten vor Ort ergebenden Entscheidungsvarianten ergeben, wäre eine flächendeckende Grundierung der Ersteinschätzung durch ein Instrument - wie gesetzlich vorgesehen - möglich. Eine solche Validität eines Ersteinschätzungsinstruments ist zentrale Voraussetzung für die Implementierung eines Verfahrens, bei dem die Patientensicherheit im Mittelpunkt stehen muss. Eine abschließende Festlegung von Verfahrensvorgaben für eine Ersteinschätzung ohne die Verfügbarkeit von validen Instrumenten zum Zeitpunkt, den der Gesetzgeber vorgegeben hat (Juli 2022) ist nicht zielführend.

Die Verfahrensfestlegungen des G-BA können deswegen derzeit nur Übergangslösungen formulieren und Zielversionen für eine mögliche Regelung ins Auge fassen. Für eine abschließende Regelung des G-BA ist es erforderlich, dass wissenschaftlich und medizinisch fundierte Fakten die verweisungsrelevanten Stufungen begründen, wie zielführend die Behandlung in der gewählten Verweisungsebene ist und welche Rücklaufraten auf welche Entscheidungsgrundlagen hinweisen.

### **Zu Absatz 2 bis 9**

Absatz 2 in § 6 dieser Regelung verweist daher auf ein Dilemma. Dennoch muss die Validität als zwingende Mindestanforderung an ein Instrument ebenso definiert werden, wie die in Absatz 6 - 9 formulierten Module.

### **3.7 Zu § 7 Dokumentation**

Das Ergebnis der Ersteinschätzung ist in einem Bericht festzuhalten. Das Instrument erzeugt einen solchen digitalen Ergebnisbericht. Mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten kann dieser der weiterbehandelnden Ärztin oder dem weiterbehandelnden Arzt zur Verfügung gestellt werden. Dies verbessert den Übergang von Personen und Informationen zwischen den Sektoren.

Absatz 1 und 2 legen die zu dokumentierenden Daten fest, die den Übergang von Patienten und Informationen zwischen den Versorgungsebenen zielführend sichern.

Auf die Bedeutung der notwendigen Information der Patienten wird verwiesen.

### 3.8 Zu § 8 Qualitätssicherung

Das Ersteinschätzungsinstrument muss Fälle mit ambulantem Behandlungsbedarf zuverlässig identifizieren und für diese Fälle eine ambulante Versorgungsebene empfehlen.

Im Sinne der Patientensicherheit sind Qualitätsanforderungen an das Ersteinschätzungsinstrument definiert.

Absatz 1 definiert Anforderungen an die wissenschaftliche Validität und Reliabilität des Ersteinschätzungssystems

Es wird klargestellt, dass mit dieser Regelung keine Vorgabe für ein bestimmtes Instrument gemacht wird.

Wenn mit dem strukturierten Ersteinschätzungsverfahren auch die verbindliche Weiterleitung in andere Versorgungsebenen geregelt werden soll, muss das Instrument über dafür notwendige integrierte Systemelemente verfügen.

Das Ersteinschätzungssystem muss in der Lage sein die Behandlungsdringlichkeit einzuschätzen. Von besonderer Bedeutung für die Patientensicherheit und das Behandlungsergebnis ist die schnelle Erkennung von schweren und umgehend behandlungsbedürftigen Zuständen. Daher ist die schnelle und zuverlässige Erkennung dieser Situationen eine unverzichtbare Forderung an das Ersteinschätzungsverfahren.

Das Einschätzungsverfahren muss so viele Leitsymptome oder Gründe für die Inanspruchnahme der Notaufnahme wie möglich digital abbilden. Die Zahl der Vorstellungsgründe in der Notaufnahme ist jedoch sehr groß, so listet zum Beispiel der CEDIS-Katalog des Canadian Emergency Department Information System mehr als 150 Notfallpräsentationen auf .

Das Ersteinschätzungsverfahren muss in der Lage sein, die wichtigsten und die häufigsten Leitsymptome abzubilden und zuverlässig einzuschätzen. Dennoch bleibt bei der sehr großen Breite der Leitsymptome in der Notaufnahme die Erfahrung der Durchführenden von hoher Bedeutung. Dies unterstreicht die große Wichtigkeit einer hohen Qualifikation der Durchführenden. Aus diesem Grund sollte das Ersteinschätzungsverfahren auch kontinuierlich verbessert und weiterentwickelt werden.

Die Behandlungspriorisierung erfolgt in Anlehnung an die Struktur und Funktionalität der in Deutschland und international am häufigsten eingesetzten Ersteinschätzungs- bzw. Triage-systeme in klinischen Notaufnahmen, dem Manchester Triage System (MTS) und dem Emergency Severity Index (ESI). Diese Ersteinschätzungs- bzw. Triage-systeme differenzieren fünf Dringlichkeitsstufen als Ergebnis des Ersteinschätzungsprozesses von Hilfesuchenden in klinischen Notaufnahmen, wobei Dringlichkeitsstufe 1 die höchste Dringlichkeitsstufe und Dringlichkeitsstufe 5 die niedrigste Dringlichkeitsstufe darstellen (). Fünfstufige Einschätzungsverfahren in der Notaufnahme sind international etabliert und wissenschaftlich gut begründet. Durch das Ersteinschätzungsverfahren erfolgt nur eine Ergänzung um den angemessenen Versorgungsbereich.

Das Ersteinschätzungsinstrument muss DSGVO-konform sein, den Anforderungen des Sozialdatenschutzes entsprechen und es müssen Mechanismen zur Datensicherheit implementiert sein. Die Daten dürfen nur innerhalb der Europäischen Union verarbeitet werden.

Das Ersteinschätzungsinstrument ist durch eine unabhängige Stelle zu zertifizieren. Im Rahmen des Zertifizierungsprozesses sind die o.g. Anforderungen nachzuweisen.

### **3.9 Zu § 9 Evaluation**

Dem G-BA wurde durch den § 120 Absatz 3b Satz 6 SGB V eine Evaluierungspflicht auferlegt, um zu bewerten, welchen Einfluss die Maßnahmen insbesondere auf die Inanspruchnahme von Notaufnahmen, die Entwicklung der Leistungen und auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten hatten, um gegebenenfalls Änderungsbedarfe ableiten zu können. Eine entsprechende Prüfung und ggf. notwendige Anpassung hat dabei bis zum 31. Dezember 2025 zu erfolgen.

### **3.10 § 10 Inkrafttreten**

Der Einsatz von Ersteinschätzungssystemen zur Patientensteuerung in Krankenhäusern erfolgt, wenn mindestens eines dieser Systeme im Sinne dieser Regelung zertifiziert wurde und die KV digital vermittelbare Termine über die Termin-Service-Stelle zur Verfügung stellt. Bis zu diesem Zeitpunkt werden die Anforderungen an die Krankenhäuser in dieser Regelung an die personelle Vorhaltung und Dokumentationspflichten ausgesetzt und der Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die ambulante Notfallversorgung bleibt unverändert bestehen.

**Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V**

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.	
16. Mai 2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Wir regen an,</p> <p><u>Beschlussentwurf A</u> in § 4 Abs. 2 Satz 3 um den Buchstaben</p> <p>„n. <i>Psychosomatische Medizin</i>“;</p> <p><u>Beschlussentwurf B</u> in § 4 Abs. 3 Satz 3 um den Spiegelstrich</p> <p>„- <i>Psychosomatische Medizin</i>“;</p> <p><u>Beschlussentwurf C</u> in § 4 Abs. 2 Nr. 3 Satz 2 um den Buchstaben</p> <p>„k. <i>Psychosomatische Medizin</i>“ und</p> <p><u>Beschlussentwurf D</u> in § 3 Abs. 3 Satz 3 um den Spiegelstrich</p> <p>„- <i>Psychosomatische Medizin</i>“</p> <p>zu ergänzen.</p>	<p>In den Beschlussentwürfen ist das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin in den Praxen, in welchen die Patienten ambulant weiterversorgt werden sollen, nicht aufgeführt.</p> <p>Die Verfügbarkeit einer psychiatrischen Versorgung wird jedoch vorausgesetzt.</p> <p>Für diese Differenzierung ist ein sachlicher Grund nicht ersichtlich. Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist seit 1992 ein eigenständiges Fachgebiet mit einer eigenen Facharztausbildung.</p> <p>Aus fachlicher Sicht ist es vielmehr geboten, dass auch eine psychosomatische Versorgung sichergestellt ist.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

**Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt**

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein</b>
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein</b>
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	<b>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</b>	<b>Wir nehmen nicht teil.</b>

**Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V**

Dr. Michael Selbach	
23.05.2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Allgemeine Anforderungen</b>	<p>Entwurf A und D bilden die relevanten Inhalte in meinen Augen kurz und prägnant ab.</p> <p>Um einen einheitlichen bundesweiten Standard zu haben, müssen ALLE Notfallpatienten binnen 10 Min. nach Eintreffen an Hand eines einheitlichen Verfahrens zentral gesichtet und eingeschätzt werden. Die Entwürfe B und D klammern hier große Patientengruppen wie Kinder und Spezialversorgung aus. (siehe B §1 (3) und (4); D §2 (4) und (5))</p>
<b>Qualifikation des Personals (siehe A,B §2, C §3, D §4)</b>	<p>Speziell die Qualifikation und die Festlegung einer turnusmäßigen Schulung des Ersteinschätzenden ist pflegerisch und ärztlich essentiell.</p> <p>Entwurf A stellt hier als einziger Entwurf alle wichtigen Aspekte dar, auch was die ärztliche Qualifikation zur Absicherung im Hintergrund betrifft. Gerade bei strittigen Entscheidungen bzgl. Ersteinschätzung wird es hier zu reichlich Diskussionen mit Patienten kommen, wo die ZB KLINAM als Qualifikation den höchsten ärztlichen Standard definiert. Dieser implementiert <u>Facharzt</u>, 2 Jahre Vollzeittätigkeit Notfallmedizin und abgeschlossene Prüfung. in Arzt mit 2 Jahren Berufserfahrung in der Notaufnahme – wie in Entwurf D §4 (2) gefordert - erfüllt weder den Facharztstandard, noch wird er sich den Diskussionen mit Patienten bzgl. der Entscheidung aussetzen können.</p> <p>Diese Verfügbarkeit muss zu jeder Zeit 24/7 gewährleistet werden. Es ist nicht ausreichend, dass der Leiter der Einrichtung diese Qualifikation innehat (wie in Entwurf C §3 (2) gefordert), sondern <u>permanent</u> ein Ansprechpartner dieser Qualifikation für die Triagekraft -auch aus medicolegalen Aspekten heraus- ansprechbar ist (siehe Entwurf A §2 (5)).</p>

23.05.2022

**Ersteinschätzungsverfahren**

Sowohl Entwurf A, als auch Entwurf B definieren vollumfänglich die Anforderungen an ein geeignetes System.

Entwurf C ist unter §4 (2) kritisch zu sehen. Ein Patient der Kategorie 3 (gelb triagiert) hat hier als kürzesten Sektor bis zu 4h Zeit. Brustschmerz ist z.B. gelb, wohinter sich stets ein Infarkt verbergen kann. Hier kollidiert die AHA-Leitlinie mit einem geforderten EKG und Erstkontakt binnen 10 Minuten. Dies wäre durch eine Erweiterung auf Kategorie 1-3 zu entschärfen.

Entwurf D klammert die Ersteinschätzung von Kindern etwas aus, formuliert wiederum sehr schön unter §6 (4), dass das Ersteinschätzungsinstrument integrativ und nicht additiv sein darf.

Dies unterstreicht die Tatsache, dass nur ESI oder MTS als Ersteinschätzungsverfahren denkbar sind, da diese für die Behandlung von Notfallpatienten ausreichend validiert sind und auf alle Altersklassen anwendbar sind. Andere Verfahren wie z.B. SMED wird von vielen Fachgesellschaften als unpraktikabel und realitätsfern in Bezug auf notfallmedizinische Aspekte abgelehnt.

Wichtig: es muss bundeseinheitlich sein. Entwurf D stellt unter §8 (2) dem Krankenhaus frei, welches System Anwendung finden darf. Dies sehe ich gerade in Bezug auf länderübergreifende Versorgung kritisch.

**Bereitstellung von Informationen**

Entwurf C formuliert hier unter §7 und Entwurf A unter §6 eine praktikable Lösung.

Die Dokumentation und Übermittlung der Ersteinschätzung inkl. Kategorie, Vitalwerte, Dringlichkeit, Daten des Erhebenden und deren Qualifikation, sowie zu veranschlagende Maßnahmen, Generierung eines individuellen Codes zur weiteren Bearbeitung der Daten im weiteren Behandlungsprozess müssen allen am Prozess beteiligten auch zur Vermeidung von Doppeldokumentationen zur Verfügung stehen.

Zusätzlich müssen transparent in beiden Sektoren zum Zeitpunkt der Erhebung die vorhandenen Ressourcen und verfügbaren Termine in den nächsten 5-7 Tagen dargestellt

23.05.2022

	<p>und dokumentiert werden, um Allokationen aus Partikularinteressen zu vermeiden. (Lösung z.B. Ivena)</p> <p>Das reformierte System muss 24/7 Anwendung finden. Ein zeitlicher Ausschluss von Informationen oder gar der Weiterleitung in den geeigneten Sektor – wie im Entwurf B unter §4 (1) gefordert - führt das System ad absurdum. Gerade in den Abendstunden sind die Notaufnahmen brechend voll und genau dann ist eine Entlastung durch z.B. Portal- und Partnerpraxen sinnvoll. Hier könnten – an den Bedarf und Patientenströme angepasste- Kooperationen zwischen KV und DKG zielführend sein und ein Zeitrahmen von 0-7 Uhr wäre aus Erfahrung in der Praxis sinnvoll und realistisch.</p>
<p><b>Strukturierte Weiterleitung von Patienten</b></p>	<p>JEDER Notfallpatient muss vor Weiterleitung triagiert und ggf. ärztlich gesehen werden! Viele Patienten schätzen ihre Beschwerden -in beide Richtungen- falsch ein. Entwurf D birgt hier unter §5 (6) Gefahrenpotential.</p> <p>Entwurf A hat den Prozess der Weiterleitung am detailliertesten aufgezeigt.</p> <p>Grundsätzlich ist jedoch zu bedenken, dass Patienten der Kategorie 4 grün und 5 blau triagiert etwa 40% (ländliche Region) -70% (Stadt) ausmachen. Bei über 20 Millionen Notaufnahmekontakten im Jahr sprechen wir hier über einen zweistelligen Millionenbereich an Patienten. Diese kommen großteils ausserhalb der normalen Sprechstundenzeiten, was einen Anteil von ca. 75% der Zeit ausmacht. Die Allokation von Millionen Patienten aus den Notaufnahmen in den ambulanten Sektor bzw. in Notfallpraxen bedingt eine deutliche Zuführung an Ressourcen (EKG, Sonographie, POCT-Labor,...) und qualifiziertem Personal (breit aufgestellte Fachärzte mit Erfahrung auch in der Notfallmedizin und Kenntnissen im Umgang und der Auswertung der Notfalldiagnostik) in den Notfallpraxen. Ein Kompromiss könnten vertragsseitige Vereinbarungen bzgl. Nutzung der vorhandenen Ressourcen (Radiologie, Labor) durch die Notfallpraxie am bestehenden Krankenhaus liefern.</p> <p>Zusätzlich sollten neben Notfallpraxen am Krankenhaus Partnerpraxen feste Slots in der Sprechzeit freihalten müssen und permanent transparent darstellen. Hier wäre z.B. IVENA ein geeignetes Mittel, welches bereits heute in großen Teilen</p>

Dr. Michael Selbach	
23.05.2022	
	der Republik die Valenzen in den Krankenhäusern minutengenau abbildet.
<b>Übergangsregeln, Inkrafttreten und Evaluation</b>	<p>Die Notaufnahmen pfeifen nicht erst seit der Pandemie aus dem letzten Loch. Bereits zuvor haben jährlich steigende Fallzahlen im oberen einstelligen Bereich zu einer massiven Flucht von Personal auf diesem Sektor geführt.</p> <p>Eine zügige Verabschiedung der Reform sollte oberstes Ziel sein und die Übergangsfristen so kurz wie möglich gehalten werden. Forderungen wie im Entwurf B unter §6 aufgeführten Zeiträumen von 5 Jahren und mehr bergen die Gefahr eines Festhaltens am kränkelnden System und einer weiteren Forcierung des Problems.</p> <p>Entwurf A und C liefern hier realistischere Horizonte, abgestuft an die jeweilige Versorgungsstufe, da gerade in der Basisstufe oftmals erst Personal mit einer geeigneten Qualifikation (ZB KLINAM etc.) rekrutiert werden muss.</p> <p>Eine Pilotphase zur Datenerhebung einer ersten Evaluation sollte – wie z.B. im Entwurf D unter §10 beschrieben – unmittelbar nach Einrichtung von Portalpraxen bzw. integrierten Notfallpraxen an definierten Standorten, Installation der Infrastruktur zur Bereitstellung von Terminen durch die KV- spätestens Juli 2023 beginnen. Dieser Zeitraum sollte keinesfalls länger als 2 Jahre ab Inkrafttreten überschritten werden.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Dr. Michael Selbach		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Ich nehme teil

**Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V**

**Entwurf A**

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung	
22. Mai 2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>§1(1)</b> Rechtschreibfehler vorletzte Zeile „Bestandteil“</p>	
<p><b>§2(1) und (2)</b> Die Ersteinschätzung ist <u>nicht</u> unter Berücksichtigung der verfügbaren Behandlungskapazitäten zu treffen – sonst führt dies zu einer <b>Rationierung</b> der medizinischen Leistungen. Die Ersteinschätzung ist immer auf der Basis der Gefährdungssituation des Patienten zu treffen - aus dieser ergibt sich dann, ob der Patient an anderem Ort versorgt werden kann (das ist dann <b>Rationalisierung</b>).</p> <p>Nicht belegt ist die Validität des 30min-PKW-Fahrtzeitradius und die Behandlungsfrist von 7 Kalendertagen. Wenn (wie vom Gesetzgeber im SGB V §136c Abs 4 gefordert) die Vorgaben eines validierten Systems zur Ersteinschätzung eingehalten werden sollen, dann ist die 7 Tage-Frist außerhalb der Validität und bricht damit §136c Abs 4.</p> <p>Der Ersteinschätzungsprozess erfolgt nicht „unter Integration des strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung...“, vielmehr ist Ersteinschätzung genau dieses System zur Behandlungspriorisierung (dies gilt auch für §1(1) dieses Entwurfs). Die Frage des Versorgungsortes ist dann das Ergebnis dieser Ersteinschätzung.</p>	<p>Grundsätzliches Problem dieses Entwurfs ist die Vermengung verschiedenster Begriffsbestimmungen. Es ist mal von Ersteinschätzung, Ersteinschätzungsprozess, Ersteinschätzungsinstrument und Ersteinschätzungssystem die Rede, einmal wird damit die Behandlungspriorisierung, dann die Weiterleitung, dann wieder das digitale Dokumentationsinstrument gemeint. Diese Inkonsistenzen führen zu Verwirrungen und Uneindeutigkeiten. Sie können in einem verbindlichen Dokument mit Gesetzescharakter so nicht stehen bleiben.</p> <p>Der Begriff der „Ersteinschätzung“ ist ein seit über 20 Jahren in den deutschen Notaufnahmen etablierter Begriff für die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit (in Abgrenzung zur Sichtung im ManV und der Triage in der Militärmedizin, die aber das im Kern gleichartige Ziel verfolgen, die Behandlungsreihenfolge festzulegen).</p> <p>Es wäre also zunächst eine Standardisierung der Begrifflichkeiten erforderlich. Diese sollte unter der geforderten Berücksichtigung der bereits in den Notaufnahmen etablierter Systeme folgendermaßen lauten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ersteinschätzung ist die standardisierte Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit mit einem validierten System (wie MTS oder ESI). Dieses weist neben der Stufe ein Zeitfenster zu.</li> <li>2. Die Versorgungssteuerung (Ort, Fachlichkeit) ergibt sich aus der Ersteinschätzung und wird mit dem Ergebnis der Ersteinschätzung verknüpft. Diese Versorgungssteuerung ist</li> </ol>

22. Mai 2022

	<p>krankenhaus- und ortsabhängig und berücksichtigt die verfügbaren vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten (im Zeitfenster des Ersteinschätzungssystems!). Ebenso können Behandlungsstandards verknüpft werden.</p> <p><b>Siehe hierzu auch Graeff Prozessoptimierung im INZ</b></p> <p>Die Dokumentation erfolgt in einem IT-System. Diese sind in den Krankenhäusern als KIS bzw. Subsysteme bereits etabliert und müssen um die neuen Funktionen und die erforderlichen Schnittstellen erweitert werden. Dies gilt auch für die AIS der KV-Ärzte, sie müssen die strukturierten Daten empfangen können.</p>
<p><b>§2(3)</b></p> <p>Die Ersteinschätzung wird am Eingang der Zentralen Notaufnahme durchgeführt – und nicht an zentraler Stelle im Krankenhaus. Die Ersteinschätzung ist bei allen eintreffenden Notfallpatienten durchzuführen.</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Um auf vital bedrohte Notfallpatienten adäquat reagieren zu können, muss die Ersteinschätzung am Eingang der ZNA durchgeführt werden.</li><li>2. Die Ersteinschätzung ist bei allen Patienten durchzuführen (bei vital bedrohten wird sie anschließend dokumentiert). Der „Case-Mix“ der ZNA ist wichtiger Bestimmungsfaktor für die pflegerische und ärztliche Arbeitsbelastung und dient der Stellenbemessung.</li><li>3. Die Entscheidungen im RTW werden nicht immer in gleicher Art und systematisch getroffen und sind in der Qualität ist nicht einheitlich.</li><li>4. Nur die konsequente Erfassung aller Dringlichkeiten erlaubt in der ZNA die Steuerung der Behandlungsprozesse.</li></ol>
<p><b>§2(4)</b></p> <p>Der Anforderungskatalog ist a) nicht erfüllbar und b) völlig überzogen. Formulierung sollte sein:</p> <p>Die Ersteinschätzung wird durch umfassend in Krankheitslehre und Krankenbeobachtung qualifiziertes Personal aus den Berufsgruppen mit dreijähriger Ausbildung „Pflegefachfrau/-mann“, „Notfallsanitäter“ oder „Medizinische Fachangestellte“ und einer mindestens 1jährigen Berufstätigkeit in der Notaufnahme durchgeführt.</p> <p>Die Anwender müssen a) einen zertifizierten Lehrgang zum eingesetzten</p>	<p>Zur Einhaltung der 10min-Frist aus dem G-BA-Beschluss von 2018 bedarf es in größeren ZNA mehrerer parallel tätiger Ersteinschätzungskräfte. Dies und die nach dem o.g. Beschluss geforderte unmittelbare Verfügbarkeit der Notfallpflegekraft am Patienten erlaubt es nicht, diese Qualifikation nun noch zwingend an der Ersteinschätzung vorzugeben.</p> <p>Die Krankenhäuser haben bis 2019 die Möglichkeit zur Anerkennungsschulung langjährig tätiger Pfleger maximal ausgenutzt. Seit Anfang 2020 wird nur noch die (mindestens) zweijährige Fachweiterbildung angeboten – d.h., die ersten Kräfte werden ab Anfang 2023 den Kliniken zur</p>

22. Mai 2022

Ersteinschätzungssystem besucht haben, b) regelmäßig die geforderten Auffrischkurse besuchen, c) in der Anwendung der IT-Unterstützung geschult sein, d) in der Nutzung der integrierten Behandlungspfade unterwiesen sein. Es muss eine regelmäßige Qualitätskontrolle nach Vorgaben des Ersteinschätzungssystems durch entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden.

Verfügung stehen. In Anbetracht der langen zeitlichen Bindung werden es aber immer nur wenige MA sein, die die Fachweiterbildung besuchen können. Und die (ja bereits älteren) TN der Anerkennungskurse werden sich Schritt für Schritt in den Ruhestand verabschieden. Dies und der allgemeine Mangel an Pflegekräften erlaubt es also nicht, eine derartig hohe Anforderung zu stellen. Verhindert werden muss der Einsatz von ZFA, Altenpflegekräften etc an der Ersteinschätzung.

**Siehe hierzu die als Anlage beigefügten rechtlichen Statements von P.Lemke und H.Böhme.**

### §3 (1)

Hier muss die Terminologie wie oben dargestellt standardisiert werden. Grundsätzlich muss der gesamte Absatz bereinigt werden (siehe unter Bemerkungen rechts).

Auch sind verschiedene Fehlannahmen zu entfernen:

- a) Nicht die IT erkennt lebensbedrohliche oder kritische Zustände, sondern der Anwender. Die IT unterstützt nur durch Warnhinweise. Die Annahme, dass abwendbare kritische Verläufe binnen einer Minute zu erkennen sind, ist illusorisch. Dazu sind die Situationen oft zu komplex.
- b) Grundsätzlich können Notfallkataloge wie der kanadische CEDIS oder der britische ECDS gemappt werden – dort wo auch die notwendige Fachlichkeit und der mögliche Versorgungsort gemappt sind.
- c) Das Mapping ist Bestandteil des Ersteinschätzungssystems – nicht umgekehrt!
- d) Das Mapping zum möglichen Ort und der erforderlichen Fachlichkeit muss lokal vereinbart und in der IT-Lösung hinterlegt werden.

Richtig ist es, dass die Ersteinschätzung digital unterstützt werden soll. Da es sich aber um eine IT-Lösung handelt, die im Krankenhausnetzwerk und in Verantwortung des Krankenhauses bzw. seiner IT-Abteilung betrieben wird, müssen die Vorgaben definiert werden, die das System erfüllen muss – nicht aber welches System eingesetzt werden soll. Die IT-Abteilungen haben unterschiedliche Philosophien, für die es jeweils gute Gründe gibt: Monolithische IT-Systeme oder Microservices. Beides hat Vor- und Nachteile, die Entscheidung muss bei der GF bleiben.

Diese Problematik beschreiben die Autoren selber (und widersprechen sich damit selber) in den Tragenden Gründen auf Seite 6 unter 2.2.4 Zeile 6ff.

### **ECDS ist als Anlage beigefügt**

Die Möglichkeit Behandlungspfade und Orte auf der Ebene der Beschwerdebilder und Indikatoren zu verknüpfen bieten die vorhandenen IT-Systeme bereits heute.

Absolut inakzeptabel ist die Zieldarstellung in §3(1)d, den weitergeleiteten Patienten vier Behandlungsfenster zwischen 24h und 30 Tagen zuzuweisen. Indem nun den 5 Stufen noch vier weitere Stufen hinzugefügt werden, verlässt dieses

22. Mai 2022

- e) Die Frage, welche Dringlichkeitsstufen weitergeleitet werden können, lässt sich nicht pauschal beantworten, es muss je nach Beschwerdebild-Symptom-Komplex beschrieben werden. Grob kann angenommen werden, dass GRÜNE und BLAUE Patienten in die kassenärztliche Notfallversorgung verwiesen werden können.

Entwurf hier nun definitiv den Boden der geforderten Validität. Es ist internationaler Konsens, dass Ersteinschätzungssysteme für Notaufnahmen 5stufig sein sollen, da nur diese die nötige Validität und Reliabilität aufweisen.

**Siehe hierzu Zimmermann The case for a ... 5-Tier Triage**

Hinzu kommt, dass Aufgabe des Beschlusses lt. SGB V §120 Abs 3b die Ersteinschätzung von Notfallpatient:innen sein soll. Zumindest die beschriebenen Stufen ii-iv betreffen Elektivpatienten, aber keine Notfälle und sind damit hier nicht zu beschreiben.

Während Schöpke in der 2010 noch annahm, dass die Dringlichkeitsstufe 3 nur zu 45,9% stationär zu versorgen sind und daher primär an den kassenärztlichen Notdienst verwiesen werden können, hat er diese Aussage mittlerweile im persönlichen Gespräch als zu riskant revidiert (und den Vergleich mit Rationierung gezogen).

In den tragenden Gründen wird genau dieses Dilemma auf Seite 8 auch beschrieben.

**Anlage unveröffentlichtes Paper Schöpke und Quelle hierzu van der Wulp**

**Aber auch: Martins Is MTS more than a triage system – im Gegensatz dazu Graeff Validity German MTS**

Martins et al verneinen die Möglichkeit, auf der Basis der Ersteinschätzung eine valide Risikostratifizierung vorzunehmen und Patienten in die außerklinische Versorgung zu schicken. Allerdings weist die Studie eine massive Schwäche auf (Die Verneinung wird mit dem Mapping mit der Berliner Sterblichkeitstabelle begründet. Es wird festgestellt, dass auch Patienten aus der niedrigsten Dringlichkeitsstufe binnen 30 bzw 365 Tagen verstorben sind. Dabei wurde ein direkter Zusammenhang nicht nachgewiesen).

Die angedachte Weiterleitung wirft rechtliche Fragen auf: kann die Ersteinschätzungskraft weiterleiten? Ist dies rechtlich zulässig? Bislang darf nur ein Arzt einen Patienten wegschicken. Die

22. Mai 2022

<p>f) Kann so entfallen – es gibt keine Notwendigkeit hierfür und auch keine Notwendigkeit. Bei der Erstellung des Mapping muss berücksichtigt werden, ob es die Notwendigkeit einer Röntgen- oder Laboruntersuchung gibt – das geben Behandlungspfade für das jeweilige Beschwerdebild vor. Eine Weiterleitung kann dann nur erfolgen, wenn die Zielstruktur die Fähigkeit vorhält.</p> <p>g) Die Dokumentation der Ersteinschätzung und ggf. Ort der Weiterversorgung ist zweifelsfrei erforderlich. Der Ressourcenbedarf ist obsolet.</p>	<p>grundsätzliche Frage ist hier aber: selbst wenn der Triage-Arzt in der Nähe ist und sich den Patienten anschaut: ist es für diesen verantwortlich, den Patienten zum Hausarzt zu schicken? Kann er das Risiko nach einem Blickkontakt eingehen? Ist hier nicht mehr Diagnostik nötig – und damit doch eine Behandlung in der ZNA? Diese Problematik hat dazu geführt, dass die in 2017 eingeführte Sichtungspauschale nie von Erfolg gekrönt war (so auch persönliches Gespräch mit Dr. Pin, DGINA, in 2017)</p> <p>Damit aber müssen die Patienten im KIS aufgenommen werden – auch wenn sie keine Patienten des Krankenhauses sind. Ist das zulässig? Wie werden den Krankenhäusern die Aufwände entgolten?</p>
<p><b>§3(2)</b></p> <p>a) Das Ergebnis der Ersteinschätzung wird dokumentiert. Es ist eine Dokumentationsmöglichkeit zu Gründen für ein abweichendes Vorgehen vorzusehen.</p> <p>b) Wie schon dargestellt: auch Stufe 3 wird im Regelfall der Diagnostik der ZNA bedürfen.</p> <p>c) Siehe b)</p> <p>d) Rechtliches Risiko – nur der Arzt darf wegschicken. Siehe dazu die Ausführungen oben. Weiterleitung also nur in ein MVZ am oder vor dem</p>	<p>Es handelt sich hier um Menschen – nicht um Maschinen. Es wird immer wieder Situationen geben, in denen die Berufserfahrung (das Bauchgefühl) dafür spricht, hier anderes vorzugehen.</p> <p>Dokumentiert wird dabei immer das Ergebnis der Ersteinschätzung, die Abweichung und das spätere Outcome.</p>

22. Mai 2022

Krankenhaus oder die gleichartig gelagerte, dienstbereite Notfallpraxis.  
e) s.o.

**§4**

In (1) und (2) sind wieder die unvalidiert gesetzten 30min PKW-Fahrzeit angenommen.

Die Infrastruktur in (4) ist noch nicht vorhanden – und wer bezahlt dem Krankenhaus den Aufwand?

**§5**

Prinzipiell muss die Dokumentation gespeichert werden...aber wenn es kein Patient des Krankenhauses wird, dann gibt es auch keine Patientenakte!

**§6 (1)**

- a) Die Erfahrung zeigt, dass vielfach an die Notfallpraxis verwiesene Patienten heute binnen kurzem mit einer Einweisung wieder in der Notaufnahme stehen. Wie soll das System das verhindern?
- b) Falsch – Begriffsvermengung.
- c) Das wird nicht funktionieren, Außerdem werden Nebendiagnosen mit Sicherheit Auswirkungen auf das Risiko eines Patienten haben (Bsp: Sturz unter Marcumar – da ist das Risiko aus der Nebendiagnose höher). Auch soziale Faktoren werden Einfluss haben...wir haben es mit Menschen zu tun!
- d) Sehr schön erklärt. Genau darum ist ein Instrument validiert und reliabel – weil es unabhängig vom Zeitpunkt und vom Nutzer zu identischem Ergebnis führt...
- ...
- g) Responsive Design...und wenn die Ersteinschätzung auf verschiedenen Endgeräten lauffähig ist, dann ist das Ergebnis auch dokumentierbar. Und trägt einen Zeitstempel...
- ...

Hier übrigens benutzt dieser Entwurf wieder Ersteinschätzungsinstrument getrennt von IT – so wie es üblich ist.

22. Mai 2022

k) Jetzt wird Instrument und IT schon wieder vermengt. Und nicht die IT schätzt ein, das macht der Anwender!

**§6(3)**

In g) und h) wird von den Krankenhäusern verlangt, dass sie den ICD-Code von Patienten übermitteln, die ambulant in Notdienstpraxen und bei Fachärzten behandelt wurden. Wie soll das machbar sein – die Krankenhäuser haben doch vor Diagnostik weggeschickt?

**TRAGENDE GRÜNDE**

Ergänzend zu den bereits oben erwähnten Punkten hier noch ein paar Hinweise:

**Seite 8 zum Buchstaben e:**

Das in deutschen Notaufnahmen wesentlich weiter verbreitete MTS aber setzt absichtlich nicht auf den zu erwartenden Ressourcenverbrauch, da sich diese in den 2 Minuten der Ersteinschätzung nicht sicher bestimmen lassen und außerdem keine Relevanz bei der Bestimmung der Dringlichkeit haben. ESI ist speziell auf die amerikanischen Notaufnahmen und die dortigen Prozesse zugeschnitten.

**Seite 8 unten zum Buchstaben b:**

Hier muss es korrekt heißen: „...eine hohe Dringlichkeit der Diagnostik...“

**Seite 11 Mitte zu Buchstabe a:**

Nicht nur hier steht als Erläuterung einfach nur der Text des Entwurfs – das aber ist keine Begründung.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Ich nehme teil</b>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V

Entwurf B

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung	
20.05.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§1(2)</p> <p>Die Ersteinschätzung muss bei allen Patienten vorgenommen werden.</p> <p>Bei Patienten, die mit dem RTW eingeliefert werden, entsteht natürlich die interessante Frage, wie es nachfolgend mit der Abrechnung des RTW aussieht, wenn der Patient weitergeleitet wird.</p> <p>Bei Patienten, die mit einer Einweisung in die ZNA kommen, muss auch eine Ersteinschätzung erfolgen. Hier entfällt aber die Weiterleitung.</p>	<p>Auch hier gibt es wieder eine Vermengung der Begriffe. Es muss voneinander getrennt betrachtet werden die Ersteinschätzung so wie im G-BA-Beschluss von 2018 vorgeschrieben:</p> <p><i>„Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. Alle Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.“</i></p> <p>und die Ausgestaltung der Weiterleitung (bzw. wie in meiner anderen Stellungnahme besser genannt: Versorgungssteuerung).</p> <p><b>Zur Frage der Notwendigkeit auch bei Vorliegen einer Einweisung die Behandlungsdringlichkeit zu überprüfen siehe Bernhard Validität von Einweisungsdiagnosen – hier besonders wichtig die finale Schlussfolgerung!</b></p>
<p>§1(3)</p> <p>Hier gilt dasselbe wie oben: Ersteinschätzung muss durchgeführt werden – und wenn es keine Möglichkeit zur Weiterleitung gibt, dann wird das entsprechend lokal festgelegt (siehe hierzu meine Stellungnahme zum Entwurf A).</p>	<p>Die Pädiatrien in Deutschland, Österreich und den Niederlanden arbeiten sehr erfolgreich zusammen in der Anwendung des MTS als Steuerungsinstrument in der Pädiatrischen Notaufnahme.</p>
<p>§2(1)</p> <p>Die Ersteinschätzung basiert auf der Situation des Patienten – nicht auf den lokal vorhandenen Möglichkeiten. Diese finden sich dann in der Versorgungssteuerung wieder!</p>	<p>Wieder die Vermengung der Begriffe...</p>
<p>§2(2)</p> <p>Die Ersteinschätzung wird an der ZNA durchgeführt – nur so ist die Sicherheit vital</p>	<p><i>„Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. Alle Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten</i></p>

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung	
20.05.2022	
gefährdeter Patienten gewährleistet. Außerdem verlangt der G-BA-Beschluss von 2018 es...	<i>nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.“</i>
<p>§2(3)</p> <p>Die Ersteinschätzung wird durch umfassend in Krankheitslehre und Krankenbeobachtung qualifiziertes Personal durchgeführt, das</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) aus den Berufsgruppen mit dreijähriger Ausbildung „Pflegefachfrau/-mann“, „Notfallsanitäter“ oder „Medizinische Fachangestellte“ kommt,</li> <li>b) über eine mindestens 1jährigen Berufstätigkeit in der Notaufnahme verfügt,</li> <li>c) einen zertifizierten Lehrgang zum eingesetzten Ersteinschätzungssystem besucht hat,</li> <li>d) regelmäßig die geforderten Auffrischkurse besucht,</li> <li>e) in der Anwendung der IT-Unterstützung geschult ist,</li> <li>f) in der Nutzung der integrierten Versorgungssteuerung unterwiesen ist.</li> </ul> <p>Es muss eine regelmäßige Qualitätskontrolle nach Vorgaben des Ersteinschätzungssystems durch entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden.</p>	<p>Es gibt mittlerweile keine ernsthafte 2jährige Ausbildung mehr – Rettungsassistenten werden nicht mehr ausgebildet und MFA werden mittlerweile auch 3jährig ausgebildet.</p>
<p>§3(1)</p> <p>Hier muss wieder das Wording geändert werden: die Ersteinschätzung ist die Feststellung der Behandlungsdringlichkeit, aus den Einstufungen ergibt sich dann (bzw es wird lokal zwischen KH und KV vereinbart), welche Versorgungsorte für die niedrigeren Dringlichkeitsstufen vorgesehen sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nicht das System erkennt, sondern der Anwender bei Durchführung der Ersteinschätzung – das IT-System unterstützt nur.</li> <li>b) CEDIS ist eine Option, die andere wäre ECDS</li> <li>c) Letzter Satz falsch, die Ersteinschätzung gem. §120 Abs 3b SGB V ist Grundlage des Vorgehens – nicht Bestandteil.</li> </ul>	

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung	
20.05.2022	
§3(2)	Genau so muss es laufen!
<p>§4(1)</p> <p>Sofern Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhaus nichts Anderes vorsehen, erfolgt grundsätzlich im Zeitraum zwischen 19 und 7 Uhr keine Weiterleitung in Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung. <b>Nächsten Satz streichen</b> <del>Die vorliegenden Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses finden daher in diesem Zeitraum keine Anwendung.</del></p>	<p>Grundsätzlich Ersteinschätzung rund um die Uhr, auch sollte konsequent die Option zur möglichen Weiterleitung identifiziert, aber in zu vereinbarenden Zeiten ggf nicht durchgeführt werden.</p> <p>Diese Ergebnisse sind statistisch hoch wichtig.</p>
<p>Tragende Gründe</p> <p>Ergänzend zu den bereits oben erwähnten Punkten hier noch ein paar Hinweise:</p> <p>Seite 3 zu 1.1 Absatz 3</p> <p>Grundsätzlich wenden die Pädiatrischen Notaufnahmen mit großem Erfolg das MTS für ihre Patienten an. Die Frage, ob sich aus der Eingruppierung der Patienten eine Option zur Weiterleitung ergibt, hängt hier (noch mehr als in den normalen ZNA) an den lokalen Gegebenheiten. Pädiatrische Praxen sind seltener und mehr überlastet, so dass die Pädiatrischen Notaufnahmen sicherlich mehr Patienten übernehmen müssen. Trotzdem ist mir mindestens eine Situation bekannt, in der es sogar einen gut funktionierenden pädiatrischen Notfall-KV-Dienst (an einem Krankenhaus!) gibt. Daher sollte Ersteinschätzung stattfinden, die Weiterleitungsfunktion aber als optional beschrieben werden.</p> <p>Seite 5 zu 1.2 Absatz 2</p> <p>Zielzeit sollte nicht 10min nach Anmeldung, sondern wie im G-BA-Beschluss beschrieben, 10 min nach Eintreffen sein. Dieser Passus forciert derzeit die Prozessoptimierung im Sinne der echten Notfälle. Diese müssten bei einer Änderung der Formulierung wieder längere Wartezeiten bis zum Ersteinschätzungskontakt vergegenwärtigen.</p>	

20.05.2022

Seite 6 zu 1.3 Absatz 3

Die Erfahrungen zeigen, dass auch bei einer Notfallpraxis vor Ort erhebliche Wartezeiten bestehen.

Der Ausschluss der Weiterleitung von Patienten, die mit einem RTW die ZNA aufsuchen, ist problematisch. Der Rettungsdienst wendet im RTW nur sehr eingeschränkt ein valides Einschätzungsverfahren an, daher ist keine Vergleichbarkeit gegeben. Und der Ausschluss dieser Patientengruppe aus der Weiterleitung wird die Nutzung von Rettungsmitteln verstärken.

Seite 7 zu 1.3 Absatz 4

Die Berücksichtigung der genannten sozialen Faktoren ist unabdingbar...

Es ist künftig mit einem verstärkten RTW-Tourismus zu rechnen!

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Ich nehme teil</b>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V

Entwurf C

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung	
22.05.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>§1 (1)</b></p> <p>Die Interpretation von SGB V §76 Abs.1 Satz 2 SGB V mit der Notwendigkeit „sofortiger ärztlicher Behandlung“ ist sehr interessant. Im Text wird der Notfall als Begründung angenommen und dieser definiert sich nach der Fachgesellschaft DGINA doch anders:</p> <p><i>„Notfallpatienten werden von mehreren notfallmedizinischen Fachgesellschaften als Personen definiert, die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für die der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet.“</i></p>	<p>Diese Diskrepanz muss für die Endformulierung aufgelöst werden.</p>
<p><b>§2 (1)</b></p> <p>Die Ersteinschätzung muss bei allen Patienten durchgeführt werden.</p>	<p><i>„Alle Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.“</i></p>
<p><b>§2 (2)</b></p> <p>Es muss in jedem Fall eine Ersteinschätzung durchgeführt werden, da die Prüfung Diagnostik erfordert und damit einen Behandlungsbeginn.</p>	<p><i>„Alle Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.“</i></p>
<p><b>§3(1)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dreijährige Ausbildung – alle genannten Berufsgruppen haben eine dreijährige Ausbildung</li> <li>2. Einjährig sollte ausreichend sein – aber nur innerklinisch. Außerklinisch ist nicht zielführend.</li> <li>3. Nein – nicht eingewiesen, ausgebildet!</li> <li>4. Regelmäßig reicht – warum jährlich?</li> </ol>	<p><b>Siehe hierzu die als Anlage beigefügten rechtlichen Statements von P.Lemke und H.Böhme.</b></p>

22.05.2022

**§3(2)**

Der G-BA-Beschluss von 2018 geht da weiter...

*„1. Es sind jeweils ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet sind und im Bedarfsfall in der Zentralen Notaufnahme verfügbar sind.*

*2. Der unter Nummer 1 genannte Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ [...] sobald die jeweiligen Qualifikationen in diesem Land verfügbar sind.“*

Dies heißt 24/7 verfügbar und damit reicht es nicht aus, nur die ärztliche Leitung zu qualifizieren.

**§4(1)**

**Absatz 1:**

Ändern: Ersteinschätzung am Eingang der ZNA

Falsche Formulierung in Satz 3: die Krankenhäuser nehmen nicht an einer gestuften stationären Notfallversorgung teil, die korrekte Formulierung wäre: „unabhängig davon, ob sie die Bedingungen der Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System der Notfallstrukturen...“

Validiertes System – bereits mit G-BA-Beschluss 2018 gefordert

**Absatz 2:**

Die Beschränkung der in der ZNA zu behandelnden Patienten auf die Dringlichkeitsstufen 1-2 lässt die Fachliteratur außer Acht, nach der Patienten mit der Dringlichkeitsstufe 3 zu 45,9% doch einer stationären Behandlung bedürfen. Damit rationiert dieser Ansatz – und rationalisiert nicht.

Für akut vital bedrohte Patient unverzichtbar!

**Anlage unveröffentlichtes Paper Schöpke und Quelle hierzu van der Wulp**

**Aber auch: Martins Is MTS more than a triage system – im Gegensatz dazu Graeff Validity German MTS**

**§4(2)**

**1. Hiermit verlässt der Entwurf den G-BA-Beschluss von 2018. Die Darstellungen aus (2) 1. sind in keinster Weise validiert und entziehen sich jeder internationalen Vergleichbarkeit.**

*„Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung.“*

Die vorgesehenen Zeitrahmen ignorieren, dass Aufgabe des Beschlusses lt. SGB V §120 Abs 3b die Ersteinschätzung von Notfallpatient:innen sein soll. Zumindest die beschriebenen Gruppen 2 und 3 betreffen Elektivpatienten, aber keine Notfälle und sind damit hier nicht zu beschreiben.

22.05.2022

2. Nicht das Ersteinschätzungssystem unterstützt in der Weiterleitung, sondern die gemeinsam vereinbarte lokale Versorgungsplanung. Zu beachten ist dabei, dass eine Triagekraft nicht befähigt ist, Patienten in externe Versorgungsformen zu verweisen – hier ist die rechtliche Situation gegenwärtig klar so, dass dies eine ärztliche Entscheidung erfordert.

**§5**

Die Suche nach einer geeigneten Versorgungsstruktur der KV kann nicht Aufgabe des Krankenhauses sein. Hier haben m.E. die KVen für die entsprechenden Strukturen zu sorgen.

**§6 (1)**

Es ist immer ein Arzt hinzuzuziehen. Darauf kann lediglich dann verzichtet werden, wenn an eine Notfallpraxis weitergeleitet wird, die sich direkt neben der ZNA im selben Gebäude befindet (Prinzip rechte Tür <-> linke Tür).

**§8 (1)**

Die Formulierung ist „merkwürdig“ – natürlich muss es das sein. Das verlangt der G-BA-Beschluss von 2018!

*„Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung.“*

**§8 (3)**

**Diese Darstellung widerspricht allen internationalen Standards und ist nicht validiert.**

*„Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung.“*

**Siehe hierzu Zimmermann The case for a ... 5-Tier Triage**

**§9**

Das Krankenhaus muss dies dem Medizinischen Dienst des Bundes nachweisen.

Die Forderung nach einer Qualitätssicherung ist richtig – aber auch das ist dem MD nachzuweisen.

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung

22.05.2022

**Tragende Gründe**

**Seite 5 zu 2.3 Absatz 2**

Hier widersprechen die tragenden Gründe der Formulierung im Absatz 4 (2)

**Seite 8/9 zu 2.7**

Hier verkennen die Darstellung, dass die Grundlage immer ein notfallmedizinisches Ersteinschätzungsinstrument wie MTS oder ESI sein muss – **alles andere ist nicht validiert!**

Wenn es in der Folge heißt, dass diese Systeme nicht die Ersteinschätzung verzögern dürfen: 1. Sind diese Systeme die Ersteinschätzung und 2. Verzögern sie nicht, sondern sie sind es, die schnell sind.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Ich nehme teil</b>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V

Entwurf D

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung	
22.05.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><b>§2 (2) und (3)</b></p> <p>Die Ersteinschätzung muss bei allen Patienten vorgenommen werden.</p> <p>Bei Patienten, die mit dem RTW eingeliefert werden, entsteht natürlich die interessante Frage, wie es nachfolgend mit der Abrechnung des RTW aussieht, wenn der Patient weitergeleitet wird – diese Weiterleitung sollte aber nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden.</p> <p>Bei Patienten, die mit einer Einweisung in die ZNA kommen, muss auch eine Ersteinschätzung erfolgen. Hier entfällt aber die Weiterleitung.</p>	<p>Hier sollten die Aspekte der Regelung deutlich dargestellt und abgegrenzt werden: Ersteinschätzung und Versorgungssteuerung.</p> <p>Die Ausnahme von RTW-Patienten von der Versorgungssteuerung wird zu einer vermehrten Inanspruchnahme des Rettungsdienstes führen.</p> <p><b>Zur Frage der Notwendigkeit auch bei Vorliegen einer Einweisung die Behandlungsdringlichkeit zu überprüfen siehe Bernhard Validität von Einweisungsdiagnosen – hier besonders wichtig die finale Schlussfolgerung!</b></p>
<p><b>§4 (1) Qualifikation der Einschätzungsfachkraft</b></p> <p>Die Ersteinschätzung wird durch umfassend in Krankheitslehre und Krankenbeobachtung qualifiziertes Personal durchgeführt, das</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) aus den Berufsgruppen mit dreijähriger Ausbildung „Pflegefachfrau/-mann“, „Notfallsanitäter“ oder „Medizinische Fachangestellte“ kommt,</li> <li>b) über eine mindestens 1jährigen Berufstätigkeit in der Notaufnahme verfügt,</li> <li>c) einen zertifizierten Lehrgang zum eingesetzten Ersteinschätzungssystem besucht hat,</li> <li>d) regelmäßig die geforderten Auffrischkurse besucht,</li> <li>e) in der Anwendung der IT-Unterstützung geschult ist,</li> <li>f) in der Nutzung der integrierten Versorgungssteuerung unterwiesen ist.</li> </ul> <p>Es muss eine regelmäßige Qualitätskontrolle nach Vorgaben des Ersteinschätzungssystems durch</p>	

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung	
22.05.2022	
entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden	
<p><b>§4 (2) Ärztliche Qualifikation</b></p> <p>Hier sollte als Anforderung die Weiterbildung innerklinische Notfallmedizin gefordert sein – im Unterschied zur Fachweiterbildung Notfallpflege ist hier der Zeitaufwand zum Erwerb deutlich geringer.</p>	
<p><b>§4 (4)</b></p> <p>„zur [„die“ streichen] Qualifikation...“</p>	
<p><b>§5 (2)</b></p> <p>Die Ersteinschätzung muss bei allen Patienten vorgenommen werden.</p>	Zur Frage der Notwendigkeit auch bei Vorliegen einer Einweisung die Behandlungsdringlichkeit zu überprüfen siehe Bernhard Validität von Einweisungsdiagnosen – hier besonders wichtig die finale Schlussfolgerung!
<p><b>§5(3)</b></p> <p>Ersteinschätzung ist die Festlegung der Behandlungsdringlichkeit.</p> <p>Verknüpft ist die Versorgungssteuerung und die Weiterleitungsoption.</p>	
<p><b>§5(4)</b></p> <p>Die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit erfolgt binnen 10min nach Eintreffen des Patienten (nicht nach Anmeldung!).</p>	Nur der Bezug auf den Zeitpunkt des Eintreffens wird eine dringlichkeitsgerechte Prozessorganisation unterstützen.
<p><b>§6</b></p> <p>Hier werden wieder etablierte Begriffe verändert. Vorschlag siehe rechts (und in den anderen Stellungnahmen gleichlautend).</p>	<p>Es wäre also zunächst eine Standardisierung der Begrifflichkeiten erforderlich. Diese sollte unter der geforderten Berücksichtigung der bereits in den Notaufnahmen etablierter Systeme folgendermaßen lauten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ersteinschätzung ist die standardisierte Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit mit einem validierten System (wie MTS oder ESI). Dieses weist neben der Stufe ein Zeitfenster zu.</li> <li>2. Die Versorgungssteuerung (Ort, Fachlichkeit) ergibt sich aus der Ersteinschätzung und wird mit dem Ergebnis der Ersteinschätzung verknüpft. Diese Versorgungssteuerung ist krankenhauses- und ortsabhängig und</li> </ol>

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung	
22.05.2022	
	<p>berücksichtigt die verfügbaren vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten (im Zeitfenster des Ersteinschätzungssystems!). Ebenso können Behandlungsstandards verknüpft werden.</p> <p>Siehe hierzu auch Graeff Prozessoptimierung im INZ</p> <p>Die Dokumentation erfolgt in einem IT-System. Diese sind in den Krankenhäusern als KIS bzw. Subsysteme bereits etabliert und müssen um die neuen Funktionen und die erforderlichen Schnittstellen erweitert werden. Dies gilt auch für die AIS der KV-Ärzte, sie müssen die strukturierten Daten empfangen können.</p>
<p><b>§8</b></p> <p>Auch hier klarer trennen. Ersteinschätzungssystem durch „IT-Unterstützung“ ersetzen. Für die IT-Unterstützung muss nicht die Validität und Reliabilität wissenschaftlich nachgewiesen sein, sondern das IT-System muss einen definierten Forderungskatalog erfüllen und dieses muss durch ein Prüfverfahren zertifiziert werden. Die Krankenhäuser sind frei darin, welches zertifizierte IT-Instrument sie einsetzen.</p> <p>Da nicht das IT-Instrument die Versorgungsprozesse vorgibt, sondern diese lokal erarbeitet werden müssen und auf die vorhandenen Möglichkeiten des Krankenhauses und der KV aufgebaut sein müssen, kann nicht die IT entscheiden, sondern nur der Anwender.</p> <p>Damit kann das IT-Instrument nicht zu vergleichbaren Ergebnissen führen. Das eingesetzte Ersteinschätzungsinstrument aber (MTS oder ESI) kann und muss unabhängig von der eingesetzten IT zu vergleichbaren Ergebnissen bei der Dringlichkeitseinschätzung (!) kommen.</p>	
<p><b>TRAGENDE GRÜNDE</b></p> <p><b>Seite 9 zu Absätzen 3 und 4</b></p> <p>Der zweite Absatz beschreibt sehr schön, was Ziel dieses Beschlusses sein sollte. Damit lässt sich aber auch erkennen, wie wichtig die genaue Wortwahl ist:</p>	

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung

22.05.2022

Ersteinschätzung – Versorgungssteuerung –  
Weiterleitung

**Seite 9 zu Absatz 5**

Hier wird die Notwendigkeit der lokalen Anpassung  
nochmal eindeutig beschrieben

**Seite 11 3.6 zu §6 Das Instrument**

Hier werden im zweiten Absatz leider wieder die  
Begrifflichkeiten vermengt

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Ich nehme teil</b>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	



**BfDI**

Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung und veran-  
lasste Leistungen  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

per E-Mail:

ErsteinschaetzungNV@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1318

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herrn Lenz

INTERNET [www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de)

DATUM Bonn, 25.05.2022

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1256

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen  
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF **Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbe-  
darfs von Hilfesuchenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V**

Sehr geehrte Damen und Herren,

sehr geehrter Herr Hollstein,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V.

Aus Sicht des Datenschutzes wird es begrüßt, dass die Beschlussentwürfe in Anlehnung an Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten das Einwilligungserfordernis vorsehen (so bspw. in Beschluss § 3 Abs. 4 und in Beschluss C) § 7 Abs. 1 S. 3 jeweils als Voraussetzung für eine Übermittlung der Daten sowie in Beschluss B) § 3 Abs. 5 als Bedingung für eine Einstellung in die elektronische Patientenakte (ePA)).

In Anlehnung an den Wortlaut der einschlägigen Gesetzestexte (DSGVO, SGB X) empfehle ich aus Klarstellungsgründen und zur Sicherstellung eines einheitlichen Verständnisses der Begrifflichkeit in Richtlinien des G-BA stringent den Begriff „erforderlich“ in datenschutzrechtlichen Zusammenhängen zu verwenden und sprachliche Synonyme wie bspw. „notwendig“ zu meiden (vgl. etwa in Beschluss D) § 7 Abs. 1).

Ich bitte Sie, die verwandten Begrifflichkeiten das Medium betreffend in den jeweiligen Regelungen zur Dokumentation der Ersteinschätzungen terminologisch zu überprüfen. Nach meinem Verständnis bestehen insbesondere bei Beschluss A) u.a. in § 3 Abs. 2 lit. f)



und in § 5 Änderungsbedarfe. Dort ist eine Dokumentation in der elektronischen Patientenakte des Krankenhauses vorgesehen. Der gewählte Begriff irritiert und scheint unpräzise zu sein. Die Dokumentation im Sinne der Regelung müsste nach meinem Prozessverständnis zunächst in die Patientenakte im elektronischen Krankenhausinformationssystem (KIS) erfolgen - wie auch in den Tragenden Gründen zu Beschluss C § 7 Abs. 1 dargestellt - und könnte im Anschluss im Falle der Einwilligung durch die Patientin bzw. den Patienten in die patientengeführte ePA übernommen werden. Insoweit ist die Terminologie anzupassen, um Verwechslungen zu vermeiden.

Ich gehe zudem davon aus, dass in erforderlichen Fällen eine Dokumentation des Ablaufs oder von Ergebnissen der Ersteinschätzungen in einem Qualitätssicherungssystem anonymisiert und daher ohne Patientenbezüge erfolgt.

Zudem sehe ich Konkretisierungs- und Erläuterungsbedarf zur verwandten Begrifflichkeiten der „DSGVO-Konformität“ und „Sozialdatenschutz“ (vgl. etwa in Beschluss A) § 6 Abs. 1 lit. j) oder in Beschluss D) § 8 Abs. 6).

Aus den Vorgaben des Gesetzgebers in §§ 91, 129 Abs. 3b S. 3 insbesondere Nrn 3-5 SGB V schließe ich, dass das Nähere

- zu Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,
- zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 SGB V vorliegt und
- zur Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 SGB V oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1 SGB V

vorzugeben ist.

Eine reine Verweisung auf die DSGVO sowie das 2. Kapitels SGB X erfüllt diese Vorgaben nach meiner Einschätzung nicht. Ich halte hier dezidiertere Ausführungen und praxisorientierte Erläuterungen gegenüber den Adressaten der Richtlinie für erforderlich.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Lenz

**Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V**

**Zusammenfassung**

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung	
25.05.2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>§1 Zielsetzung</b></p> <p>Hier wird der Auftrag des Gesetzgebers an den Gemeinsamen Bundesausschuss beschrieben.</p> <p>Außerdem werden hier die Bestandteile des Beschlusses grundsätzlich dargestellt und die Begrifflichkeiten voneinander abgegrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Ersteinschätzung</li> <li>b) Behandlungspfade</li> <li>c) Versorgungspfade/-orte</li> </ul>	<p><b>Um nochmal die Wichtigkeit der Abgrenzung darzustellen, verweise ich auf die Quelle ACEP A Uniform Triage Scale... - auf Seite 4 oben führen die Autoren aus „Triage is not an endpoint but a beginning. Certainly the triage rules assignment should be linked to investigation and care plans“.</b></p>
<p><b>§2 Zielgruppe</b></p> <p>Wie bereits in meinen anderen Stellungnahmen ausgeführt, wird hier nochmal (auch um den Beschluss des G-BA von 2018 zu unterstreichen) dargestellt, dass alle Notfallpatienten eine Ersteinschätzung bekommen.</p> <p>Die Zuweisung eines externen Versorgungsortes ist bei den Stufe 1 - 3 sowie bei Patienten mit einer ärztlichen Einweisung nicht erforderlich. Bei den Stufen 1-3 kann der Behandlungsort und –pfad in der Klinik festgelegt werden.</p>	
<p><b>§3 Qualifikation des medizinischen Personals, das die Ersteinschätzung durchführt</b></p> <p>Die Ersteinschätzung wird durch umfassend in Krankheitslehre und Krankenbeobachtung qualifiziertes Personal durchgeführt, das</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) aus den Berufsgruppen mit dreijähriger Ausbildung „Pflegefachfrau/-mann“, „Notfallsanitäter“ oder „Medizinische Fachangestellte“ kommt,</li> <li>b) über eine mindestens 1jährigen Berufstätigkeit in der Notaufnahme verfügt,</li> </ul>	<p><b>Die Notwendigkeit dieser Festlegungen habe ich in meinen anderen Stellungnahmen bereits umfassend dargestellt.</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>c) einen zertifizierten Lehrgang zum eingesetzten Ersteinschätzungssystem besucht hat,</li> <li>d) regelmäßig die geforderten Auffrischkurse besucht,</li> <li>e) in der Anwendung der IT-Unterstützung geschult ist,</li> <li>f) in der Nutzung der integrierten Versorgungssteuerung unterwiesen ist.</li> </ul> <p>Für uneindeutige Entscheidungssituationen im Rahmen der Ersteinschätzung steht dem ersteinschätzenden Personal 24/7 ein umgehend verfügbarer „Triagearzt“ mit der Qualifikation „Innerklinische Notfallmedizin“ zur Verfügung.</p> <p>Es muss eine regelmäßige Qualitätskontrolle nach Vorgaben des Ersteinschätzungssystems durch entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden</p>	<p>Bei der Festlegung auf Absolvierung eines „zertifizierten Lehrgangs“ geht es darum, nicht hinreichend qualifizierende Lehrgänge auszuschließen. Die rechtlichen Bewertungen von Böhme und Lemke weisen klar darauf hin, dass eine qualifizierende Basisschulung (sowie spätere Erhaltungsqualifikationen) zu. Wichtig ist es, dass es sich dabei um Lehrgänge handelt, die von den verantwortlichen Systementwicklern anerkannt sind. Das ist nicht bei allen Lehrgängen zur Ersteinschätzung der Fall!</p>
<p><b>§4 Anforderungen an das System und Ablauf des Verfahrens</b></p> <p>Hier wird definiert,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) welche Anforderungen das Ersteinschätzungssystem einhalten soll,</li> <li>b) wie die Systematik der externen Versorgungsorte gestaltet werden soll</li> <li>c) wie der Versorgungsumfang im Rahmen Verfahrens ausfallen soll</li> <li>d) der Zeitrahmen bis zum Arztkontakt verbindlich definiert.</li> </ul>	<p>Subbe Validation of physiological scoring systems... zeigt, dass die Erweiterung bestehender Ersteinschätzungssysteme um umfangreiche Vitalparameterlisten keinen zusätzlichen Benefit bringt – sondern nur den Ablauf verzögert.</p> <p>Hier wird für jeden Krankenhausstandort zwischen dem Krankenhaus und der zuständigen KV vereinbart, welche Patienten der Gruppen 4-5 und ggf in Einzelfällen der Gruppe 3 zu welchen Zeiten in einer kassenärztlichen Notfallstruktur versorgt werden werden.</p> <p>In Kapitel 8.3 des Buches „Ersteinschätzung in der Notaufnahme – Das Manchester Triage System“ wird genau dieser Prozess beschrieben.</p> <p>Alle relevanten Triagesysteme sind sich darin einig, dass die Ersteinschätzung 5-stufig erfolgen sollte.</p> <p>ATS, CTAS und MTS geben für alle Stufen Zeitfenster vor (MTS in deutschsprachigen</p>

	<p>Gesundheitssystemen angeglichen an ATS und CTAS als maximale Zeit 120min, MTS im englischsprachigen Bereich bis 480min), ESI nur für Stufe 1-2, wird aber in Deutschland mit der deutschsprachigen MTS-Zeitskala gelebt..</p>
<p><b>§5 Qualitätssicherung</b></p> <p><b>Es sind zwei Arten der Qualitätssicherung zu definieren:</b></p> <p>a) Sicherung der Ersteinschätzungsqualität: Kontinuierliche Stichprobenauswertung nach den Vorgaben der Systementwickler durch Überprüfung zum einen der individuellen Triageleistung, zum anderen der systemischen Ergebnisverwertung. Dies kann regelmäßig intern erfolgen und wird in größeren Abständen (1 oder 2 Jahre?) extern zu überprüfen sein. Die Auditoren sind entsprechend der Vorgaben der Systementwickler zu qualifizieren.</p> <p>b) Validierung der ermittelten Versorgungsform: Die Prüfung der ambulanten Behandlungsfälle in der Notaufnahme erfolgt stichprobenartig durch den Medizinischen Dienst, die in die ambulante kassenärztliche Versorgung weitergeleitenden Patienten werden auf Rückeinweisungen evaluiert.</p> <p>Zusätzlich wird die Einhaltung der vereinbarten Verfügbarkeitszeiträume und Einhaltung der vereinbarten Fachlichkeit der Notfallpraxen überprüft.</p>	
<p><b>§6 Dokumentation und Datenaustausch</b></p> <p>Hier ist neben der fachlich korrekten Abbildung des Ersteinschätzungsverfahrens die korrekte Integrationsmöglichkeit der Versorgungspfade und -orte zu definieren und prüfen.</p> <p>Es muss beschrieben werden, wie die Schnittstellen zu definieren sind, wie die Daten an die weiterversorgende Einrichtung zu senden sind.</p> <p>Es muss der Umfang des Datensatzes definiert werden.</p>	
<p><b>ANMERKUNGEN</b></p>	

Diese Zusammenfassung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Es ging darum, nochmal die wichtigsten Aspekte und ihre Ausprägung darzustellen.

Aus meiner Sicht sind verschiedene Punkte derzeit so ungeklärt, die die Umsetzung im vollen Umfang rechtlich nicht möglich sein wird. Zu den offenen Punkten gehört:

- a) Die Weiterleitung eines Patienten erfordert bislang zwingend eine ärztliche Entscheidung. Diese wird aber von den betreffenden Ärzten der Notaufnahmen aus rechtlichen Gründen nur dann gemacht werden können, wenn sie sich hinreichend sicher sein können, dass dem Patienten kein Schaden droht. Diese Absicherung erfordert in der Regel Diagnostik.
- b) Der Datenaustausch erfordert eine einheitliche Schnittstellendefinition und eine elektronische Patientenakte mit einem hohen Sicherheitsstandard. An diesem Problem arbeitet die Gematik seit 20 Jahren...

## **VISION**

Auch wenn es nicht Aufgabe einer Stellungnahme ist, eine Vision zu entwerfen, möchte ich dies hier doch einmal versuchen. Das Problem des aktuellen Auftrages ist seine Beschränkung auf die Steuerung, wenn die Patienten bereits im Krankenhaus eingetroffen sind. Ziel sollte es sein, bereits vorher einzugreifen und die gesamte Notfallversorgung über ein gemeinsames System zu steuern. Basis dessen sollte ein validiertes System zur FtF-Triage sein, von dem dann speziell zugeschnittene Versionen für die unterschiedlichen Versorgungsbereiche erstellt werden.

Hier geben uns die Briten (bei allen Schwächen im Gesundheitssystem) definitiv ein gutes Beispiel vor.

Ausgehend vom 5stufigen Manchester-Triage-System 1995 hat sich in den Jahren entwickelt:

- Eine vierstufige Telefontriage (eingesetzt im UK, Norwegen, Portugal, Australien, Neuseeland) – TTA
- Eine vereinfachte Triagierung zum Einsatz in Alten- und Pflegeheimen um bei Notfällen entscheiden zu können, ob ein RTW-Einsatz erforderlich ist – NaRT

- Ein Steuerungssystem für den Rettungsdienst um die geeignete Versorgungsstruktur zu finden – Pre-Hospital Pathfinder
- Ein Steuerungssystem für Telefonzentralen und Telemedizinischen Dienste (außer Rettungsleitstellen) – CoTT

Grundsätzlich können (bis auf NaRT) die Bausteine kostenfrei genutzt werden. Allerdings sollte zur Qualitätssicherung eine IT-Unterstützung genutzt werden, die erforderliche Lizenzierung nach Urheberrecht für die Digitalisierung ist kostenpflichtig.

Außerdem erforderlich ist eine qualifizierte Schulung der Anwender durch zugelassene Trainer – solche Schulungsmaßnahmen müssen finanziert werden.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Dipl.Kfm.(FH) Jörg Krey, Leiter Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	<b>Ich nehme teil</b>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

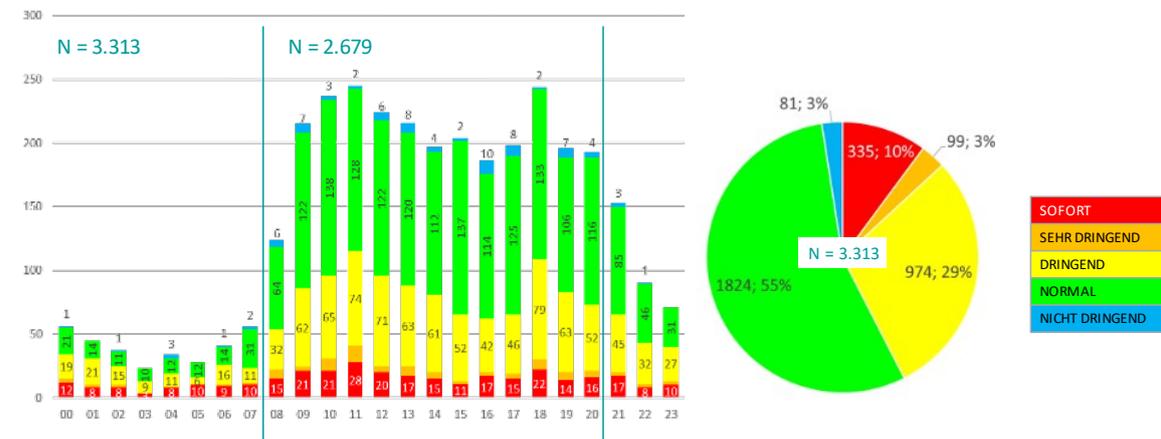
# Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfsuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V

## Anlage

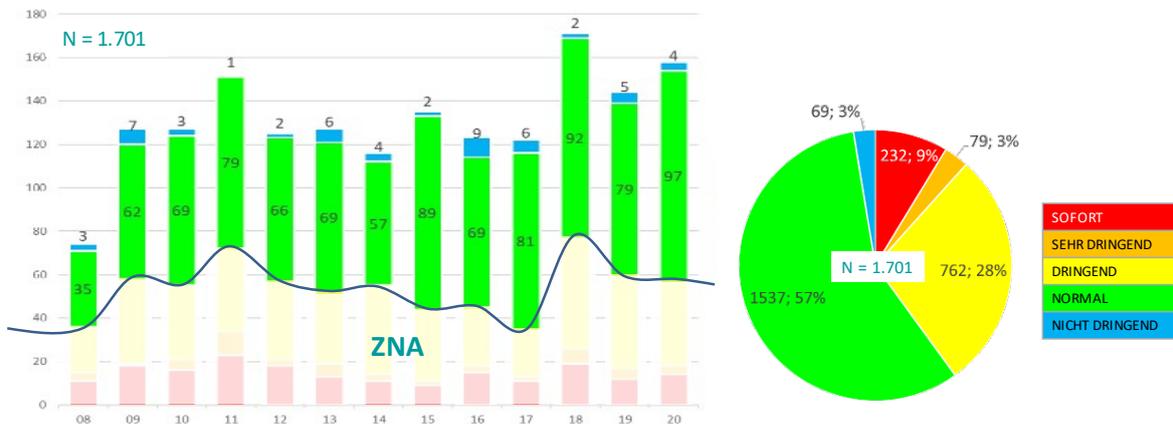
Zahlen aus dem RoMed Klinikum Rosenheim – Erhebung im Rahmen einer Studie 07-2021 mit o.g. Eckpunkten:



Tagesverlauf / Verteilung Ersteinschätzungsgruppen MTS  
Alle Patienten 00:00 bis 24:00 Uhr



Tagesverlauf / Verteilung Ersteinschätzungsgruppen MTS  
Patienten ohne GUV/BG, Selbstzahler, Einweisung 08:00 bis 21:00 Uhr



[DIVI e.V. · Schumannstraße 2 · 10117 Berlin](#)

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss "Bedarfsplanung"  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

Per mail: [Dirk.Hollstein@g-ba.de](mailto:Dirk.Hollstein@g-ba.de)

30.05.2022

**Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden (§ 120 Absatz 3b des SGB V)**

Sehr geehrter Herr Weller,

als größte deutsche notfallmedizinische Fachgesellschaft kommentieren wir die aktuell vorliegenden Entwürfe zur o.g. Richtlinie zusammenfassend wie folgt:

1. Es gibt aktuell kein validiertes Ersteinschätzungssystem zur sicheren Weiterleitung der Patient:Innen
2. Zur sicheren Weiterleitung müssen u.a.
  - maximale, sichere Zeitintervalle bis zur Behandlung sicher festgelegt werden,
  - die in Frage kommenden Einrichtungen in Bezug auf die vorgehaltenen apparativen und personellen Ressourcen definiert werden  
(<https://www.divi.de/images/Dokumente/190718-empfehlungen-dgina-divi-zur-personalqualifikation-und-struktur-von-integrierten-notfallzentren.pdf>)
3. Es muss geklärt werden, welche Mindestqualifikation des Personals für die sichere Anwendung eines solchen System erforderlich ist und ob solches Personal zur Verfügung steht.
4. Weiterhin scheint es deutliche Unklarheiten bzgl. der Finanzierung der zu schaffenden und notwendigen personellen, apparativen und IT-Ressourcen zu geben.

---

**Präsident**

Prof. Dr. med. G. Marx, FRCA

---

**Vizepräsidenten**

Prof. Dr. med. U. Janssens

Prof. Dr. med. F. Walcher

---

**Generalsekretär**

PD Dr. med. F. Hoffmann

---

**Schatzmeister**

Prof. Dr. med. B. Böttiger

---

**Schriftführer**

Prof. Dr. med. C. Waydhas

---

**Vertreter der außerordentlichen Mitglieder**

Dr. med. M. Deininger

---

**Vertreterin der Gesundheitsfachberufe**

Frau Dr. Teresa Deffner

---

**Beisitzer**

Prof. Dr. Sebastian Brenner

Prof. Dr. med. S. Kluge

Prof. Dr. med. S. Schwab

Prof. Dr. med. A. Unterberg

---

**Geschäftsstelle der DIVI**

med. Geschäftsführer

Prof. Dr. med. A. Markewitz

Geschäftsführer

Volker Parvu, Dipl. Inf.

Schumann Str. 2

10117 Berlin

Tel +49 30 4000 5607

Fax +49 30 4000 5637

---

**Eingetragen im Vereinsregister**

Düsseldorf VR5548

St.Nr. 27/640/59133

---

**Bankverbindung**

Deutsche Bank Köln

IBAN DE06 3707 0060 0252 0344 00

BIC DEUTDE33XXX

5. Die Standardisierung und Interoperabilität der zu erhebenden Daten muss im Sinne eines übergreifenden QM und Benchmarking sichergestellt werden. So können ggf. bestehende Versorgungslücken erkannt und nachjustiert werden. Gleichmaßen sollten die Daten in der weiteren Dokumentation der intersektoralen (Notfall)-behandlung genutzt werden können.
6. Schlussendlich muss Rechtsicherheit für die Kliniken bestehen (z.B. Klärung der Verantwortung bei Fehlzweisungen).

Details entnehmen Sie bitte beiliegender Tabelle.

Wir halten es daher für dringend geboten, die Ergebnisse der hierzu laufenden Studien (z.B. SmED, OPTINOFA, SaN Hessen, etc.) abzuwarten und das Verfahren entsprechend auszusetzen bzw. die Terminkette anzupassen. Es ist auch nicht nachvollziehbar, dass einige dieser Studien durch den Innovationsfond zwar gefördert werden, die Ergebnisse allerdings nicht in die aktuelle Erarbeitung einfließen sollen.

Wir sind mit Blick auf das SVR-Gutachten 2018 und den bereits vorliegenden Entwurf eines Reformgesetzes Notfallversorgung davon überzeugt, dass die Akut- und Notfallversorgung in Deutschland grundsätzlich neu überdacht und ein einheitliches, sektorenübergreifendes System der Notfallversorgung gefunden werden muss. Bei der Entwicklung eines solchen Systems stehen wir gerne zur Verfügung.

Die DIVI geht davon aus, am mündlichen Stellungnahmeverfahren (lt. Schreiben am 13.06.2022) teilzunehmen.

Für Rückfragen stehen Ihnen das Präsidium Prof. Dr. G. Marx, Prof. Dr. A. Markewitz und der Sprecher der Sektion Strukturen Klinische Akut und Notfallmedizin, Prof. Dr. A. Gries, jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Gernot Marx  
Präsident der DIVI



Prof. Dr. André Gries  
Sprecher der Sektion „Strukturen in der klinischen  
Akut- und Notfallmedizin“

An den

Gemeinsamen Bundesausschuss Unterausschuß Bedarfsplanung

Zu Händen Dirk Hollstein

München, den 30.05.2022

## Kommentar zu den Eckpunkten der Richtlinie zur Ersteinschätzung

### Weiterverweisung von Patienten, die am Krankenhaus notfallmedizinische Hilfe suchen

Laut international anerkannter Definition ist ein Notfallpatient ein Mensch, der aus eigener Veranlassung oder nach Ansicht Dritter notfallmäßig medizinischer Hilfe bedarf. Diese Definition bedeutet, dass von einem akuten Krankheitssymptom Betroffene auf Grund ihrer **subjektiven** Wahrnehmung als medizinischer Notfall gelten können. Ein Teil dieser Patienten hat eine schwere gesundheitliche Störung und ein anderer Teil keine gesundheitliche Störung, die eine Vorstellung in einer Notfallklinik in der Notaufnahme erfordert, sondern auch in einer Praxis behandelt werden kann. In der aktuellen Version des §120 des Sozialgesetzbuches, zu der eine Empfehlung bezüglich der Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung erstellt werden soll, wird von Hilfesuchenden gesprochen, die sich zur Behandlung eines Notfalls in ein Krankenhaus begeben. Diese Hilfesuchenden werden von Notfallpatienten mit sofortigem Behandlungsbedarf unterschieden. Dieser sprachlichen Differenzierung von Hilfesuchenden von Notfallpatienten mit akutem Behandlungsbedarf ist die unausgesprochene und nicht unwidersprochene Annahme immanent, dass ein nennenswerter Anteil der Menschen, die zu einer Notfallversorgung das Krankenhaus aufsuchen, die Ressourcen eines Krankenhauses nicht benötigen. Ausgehend von dieser (umstrittenen) Annahme soll eine Ersteinschätzung überprüfen, ob auch wirklich akuter Behandlungsbedarf in einer Notaufnahme oder Notfallpraxis besteht.

Grundlage der Zuordnung zu der Gruppe der Notfallpatienten ist also eine Objektivierung einer subjektiven Wahrnehmung des Bedarfs einer Behandlung in der Notaufnahme eines Krankenhauses durch ersteinschätzendes Gesundheitspersonal. Erst wenn diese Überprüfung erfolgt ist, wird in Zukunft die Abrechnung einer medizinischen Leistung des Krankenhauses als Notfall erlaubt. Das bedeutet, dass das Sozialgesetzbuch den Menschen, die Mündigkeit zur Wahl des geeigneten Versorgungsortes in einem angenommenen Notfall abspricht. Stattdessen wird einer ersteinschätzenden Gesundheitsfachkraft das Mandat gegeben, dem Hilfesuchenden den Versorgungsort und ggf. die Zeit bis zur weiteren Evaluation vorzuschreiben. Ob dies rechtlich überhaupt möglich ist und nicht dem § 76 SGB V widerspricht, ist juristisch zu prüfen.

In den allermeisten Fällen wird die Selbstwahrnehmung der Patienten mit der Einschätzung des Gesundheitspersonals übereinstimmen. Das bedeutet, dass die richtige Behandlungsressource gewählt wurde und die Ersteinschätzung dann nur noch die Behandlungspriorität in der gewählten Ressource festlegt. Dies entspricht dem bereits etablierten und vorgeschriebenen Vorgehen der Ersteinschätzung in Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen.

In einigen Fällen wird sich aber die Selbstwahrnehmung der Hilfesuchenden von der professionellen Beurteilung des ersteinschätzenden Gesundheitspersonals unterscheiden. So kann es sein, dass eine Krankenhausbehandlung einem Hilfesuchenden verweigert wird, weil eine akute Behandlungsnotwendigkeit im Krankenhaus von der ersteinschätzenden Gesundheitsfachkraft nicht gesehen wird. Für diesen Fall ist zu regeln, dass Patienten keinen Rechtsanspruch auf eine von Ihnen gewählte medizinische Behandlungsressource (=Arzt in einer Krankenhausnotaufnahme) haben. Dabei muss auch einkalkuliert werden, dass es immer eine nennenswerte Irrtumswahrscheinlichkeit gibt, weil der ersteinschätzenden Gesundheitsfachkraft tiefergehende Informationen, die erst Teil des Anamnesegesprächs und der weiteren Diagnostik sind, nicht zur Verfügung stehen. Zudem muss berücksichtigt werden, dass Gesundheitsstörungen einen dynamischen, sich verändernden Verlauf haben können. Der Zustand eines Patienten kann sich also laufend verändern und es kann sein, dass zum Zeitpunkt der Ersteinschätzung eine initiale Beschwerde wieder komplett verschwunden ist, der Krankheitsprozess aber weiter voranschreitet (z.B. bei einem Darmgefäßverschluss). Wenn in so einer Situation die Ersteinschätzung einen beschwerdefreien Patienten in eine weiter entfernte Partnerpraxis schickt, sind schwerste gesundheitliche Schäden durch vermeidbare Verzögerungen zu erwarten. Letztlich ist die Weiterleitung von Patienten in weiter entfernte Partnerpraxen eine besondere Gefährdung der Patienten und diese Gefährdung wird noch größer, wenn die Vorstellung nicht umgehend, sondern in größerem Zeitabstand erfolgt.

Die Konsequenzen eines Irrtums können von einem geldwerten Mehraufwand für die Patienten bis hin zu einer relevanten gesundheitlichen Patientengefährdung und -schädigung reichen. Das Haftungsrisiko, das sich daraus ergibt, dass ein Patient medizinische Hilfe im Krankenhaus aufsucht, diese aber nach Ersteinschätzung nicht durch

das Krankenhaus, sondern durch vertragsärztliche Leistungserbringer an einem entfernten Ort mit eventuell nicht ausreichenden medizinischen Ressourcen erhält oder wieder zurücküberwiesen wird, sind klar zu regeln.

Es muss auch geregelt werden, wie zu mit den Fällen zu verfahren ist, in denen eine Krankenhausbehandlung zwar nicht indiziert aber bei weitem am praktikabelsten ist, z.B. weil auf Grund von Behinderung eine Transportressource erforderlich ist oder auf Grund von Sprachbarrieren eine Erklärung des weiteren Vorgehens annähernd unmöglich ist, um nur 2 häufige Beispiele aus der Praxis zu nennen.

### **Aktuelle wissenschaftliche Evidenzgrundlage bezüglich in Deutschland angewandter Ersteinschätzungssysteme**

#### **A) Ersteinschätzung als Mittel der Verweisung in eine Notfallpraxis außerhalb der Notaufnahme**

Bereits aktuell sind die Notfallkrankenhäuser verpflichtet, bei jedem Patienten eine Ersteinschätzung innerhalb von 10 min durchzuführen (GBA Richtlinie). Die dabei verwandten Systeme sind wissenschaftlich bezüglich der Patientensicherheit evaluiert. Diese Validierung der in Deutschland aktuell verwendeten Ersteinschätzungssystem „Manchester Triage System“ (MTS) und „Emergency Severity Index“ (ESI) gilt für die Aufgabe, eine Zeitspanne festzulegen, die gefahrlos verstreichen kann, bis ein ärztlicher Erstkontakt innerhalb der Notaufnahme erfolgt (i.e. Behandlungspriorisierung). Sie dienen als aktives Risikomanagement für die in Notfallkliniken häufigen Situationen, dass die personellen und räumlichen Ressourcen nicht ausreichen, alle Patienten gleichzeitig adäquat zu behandeln. Zudem werden sie in den Krankenhäusern dazu verwandt, durch eine Erstbeurteilung den Ressourcenbedarf abzuschätzen und den Behandlungsablauf an die Erfordernisse anzupassen und so zu beschleunigen.

In den Ländern, in denen die üblicherweise in Deutschland verwendeten Ersteinschätzungssysteme entwickelt wurden (MTS: Vereinigtes Königreich, ESI: Vereinigte Staaten von Amerika), ist die Deutschland-spezifische, sektorale Trennung der Notfallversorgung nicht vorhanden. Patienten, die eine Notaufnahme in diesen Ländern aufsuchen, werden auch in diesen behandelt. Es besteht kein Bedarf und auch keine Möglichkeit, der Weiterleitung in einen anderen Versorgungssektor. Deswegen können die aktuell in Deutschland verwandten Ersteinschätzungssysteme allein zur Behandlungspriorisierung innerhalb der Notaufnahmen, aber nicht zusätzlich zu einer Patientensteuerung in Behandlungseinrichtungen weiter entfernt vom Krankenhaus qualifiziert verwandt werden.

Die gängigen Ersteinschätzungssysteme sind nicht dafür validiert, Patienten ohne ärztliche Evaluation an einen Behandlungsort außerhalb der Notfallklinik eines Krankenhauses zu verweisen. Die aktuell betriebenen Systeme sind einzig und allein darauf ausgerichtet, mögliche Patientengefährdungen durch zu lange Wartezeiten innerhalb der Notaufnahme auszuschließen.

Aus meiner Expertensicht ist es aktuell nicht möglich, aktuell ein Ersteinschätzungssystem zu nennen, das durch wissenschaftliche Evidenz qualifiziert wurde, eine Weiterverweisung von Notfallpatienten ohne ärztlichen Kontakt in eine andere Behandlungseinrichtung außerhalb der Notaufnahme zu erlauben. Die aktuell in Deutschland durchgeführten Studien, die diese Evidenz liefern könnten, sind noch nicht abgeschlossen.

B) Ersteinschätzung zur Bestimmung des Zeitpunktes der Wiedervorstellung im ambulanten Versorgungssektor

Neben der Verweisung in einen anderen, auch entfernt liegenden Versorgungseinheiten sollen die Ersteinschätzungssysteme auch noch eine Zeit festlegen, innerhalb derer eine medizinische Behandlung erfolgen soll. Dieser Zeitraum soll in einem Entwurf bis zu 4 Wochen betragen dürfen. Das ist aus meiner Sicht nicht vertretbar. Krankheitsverläufe können sehr dynamisch und tückisch sein. Jedes Ersteinschätzungssystem, das über solche Zeiträume Empfehlungen abgeben können soll, muss seine Sicherheit in strikt durchgeführten wissenschaftlichen Studien an großen Populationen nachweisen. Derartige Studien liegen derzeit nicht vor und es darf bezweifelt werden, dass eine derartige Studie bei der verpflichtenden ethischen Prüfung der wissenschaftlichen Untersuchung eine Genehmigung erhalten würde.

C) Eine verpflichtende telefonische Vortriage erhöht die Krankheitsschwere der Patienten, die sich in einer Notaufnahme vorstellen

Die aktuell in Deutschland durchgeführten Validierungsstudien beziehen die Tatsache nicht mit ein, dass die Hilfesuchenden in Deutschland zunehmend die Möglichkeit haben, durch eine telefonische Kontaktaufnahme unter der Nummer 116 117 eine telefonische Ersteinschätzung und Erstberatung über einen adäquaten medizinischen Versorgungsort mit Hilfe der Systematischen Medizinischen Ersteinschätzung Deutschlands (SMED) zu erhalten. Diese telefonische Vortriage wird die Vorhersagewahrscheinlichkeit für das Vorliegen im Krankenhaus zu behandelnden Störungen von Notfallpatienten fraglos erhöhen. Gleichzeitig wird die Zahl derer, die durch Systemkenntnis den falschen Versorgungsort aufsuchen, abnehmen.

Wenn sich Patienten im Krankenhaus vorstellen, obwohl das Angebot besteht, dass eine telefonische Vortriage die Versorgungswege optimiert, ist davon auszugehen, dass die Patienten ihre Gesundheitsstörung so schwerwiegend betrachten, dass sie eine Krankenhausversorgung für notwendig erachten. Das wird in den sehr vielen Fällen auch zutreffen, das heißt, die Vorhersagewahrscheinlichkeit für eine schwere Störung ist durch eine optimierte Patientensteuerung vor dem Krankenhaus über die 116 117 deutlich erhöht. Die Zahlen, des Zentralinstituts der kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigen, dass die Vorstellung von Patienten mit Gesundheitsstörungen, die ambulant im Krankenhaus behandelt wurden, nicht mehr zunehmen.

Zudem ist bei Aufsuchen einer Notaufnahme davon auszugehen, dass es Wunsch der Patienten ist, dass ein Arzt die Beschwerden auf eine Gefährdung hin evaluiert. Diese Patienten wünschen keine nichtärztliche Beratung, sondern ärztliche Behandlung. Es stellt sich deswegen die Frage, ob unter den Bedingungen einer verfügbaren telefonischen Vortriage, das Risiko eines Verweises von am Krankenhaus erscheinenden Patienten nicht so hoch ist, dass eine Weiterleitung dieser Patienten an einen anderen Ort ein zu hohes Risiko für die Patientensicherheit bedeutet. Gleichzeitig kann angenommen werden, dass durch eine effektive Patientensteuerung vor der Notaufnahme durch SMED, insbesondere, wenn sie verpflichtend einer Nutzung der Notaufnahme vorgeschaltet würde, die Neueinführung eines weiteren Ersteinschätzungssystems im Krankenhaus hinfällig macht.

**Zusammenfassung:**

In meinen Augen würde eine Vorschrift, dass jeder Hilfesuchender sich vor Aufsuchen eines Krankenhauses telefonisch einer standardisierten, validierten Evaluation mit anschließender Beratung bezüglich der weiteren Behandlung am Telefon unterziehen muss, die Rate der unnötigen Vorstellungen deutlich reduzieren. Durch eine allgemeine und vorgeschriebene telefonische Evaluation mittels SMED oder einem anderen evaluierten System zur telefonischen Ersteinschätzung für alle Notfallpatienten, die aus eigener Veranlassung notfallmedizinische Hilfe suchen, könnten sich weitere Schritte wie die Einführung eines Ersteinschätzungstools mit Verweisungsfunktion in den vertragsärztlichen Sektor außerhalb eines Krankenhauses erübrigen.

Eine Einführung eines Ersteinschätzungssystems, das geeignet ist Patienten ohne Arztkontakt in räumlich entfernte Versorgungsstrukturen zu verweisen, ist aktuell nicht möglich. Eine Validierung von Ersteinschätzungssystemen, die für diese Aufgabe entwickelt werden, liegt derzeit nicht vor. Damit fehlt der notwendige wissenschaftliche Nachweis, dass die Anwendung dieser Systeme die Patientensicherheit ausreichend garantiert.

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. C. Dodt

Chefarzt Klinische Akut- und Notfallmedizin

München Klinik Bogenhausen

Vizepräsident der Europäischen Gesellschaft für Notfallmedizin

Ehem. Präsident der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	
30.05.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
Paragraph(§)	Stellungnahme / Änderungsvorschlag (Bezug im Entwurf?)
Entwurf A	
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> <li>• umfangreiche apparative, personelle und infrastrukturelle Ressourcen zur Umsetzung notwendig, aktuell in ZNA nicht verfügbar!</li> <li>• Limitierungen Telematik-Infrastruktur / digitale Infrastruktur</li> <li>• Limitationen bei Ersteinschätzungssystemen (fehlende Validierung)</li> <li>• bereits heute eingeschränkte Versorgungsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich</li> <li>• rechtliche Risiken ungeklärt</li> <li>• Mit Start zum 01.01.2023 ist nicht zu rechnen.</li> <li>• In Entwürfen A und C fehlt die Neurologie als relevante FA-Ressource</li> </ul>
§1 Ziel der Regelung	(1) qualifizierte standardisierte Ersteinschätzung für alle PatientInnen notwendig – auch bei PatientInnen mit einer Einweisung durch niedergelassene Ärzte (o.ä.)
§2 Allg. Anforderungen	<p>(1) Prädiktion einer fehlenden Vitalgefährdung für die nächsten 7 Kalendertage nur mit erweiterter Diagnostik möglich</p> <p>(3) Klärung, ob mit dem vorliegenden Entwurf das Konzept Integrierte Notfallzentren (INZ) verworfen wird</p> <p>(4) max. 30% der Gesundheitspflegenden verfügen über die Fachweiterbildung „Notfallpflege“ auf: Forderung nach dieser Qualifikation für Ersteinschätzung unrealistisch. Empfehlung: 3-jährige Ausbildung + 2 jährige Erfahrung in der Notfallversorgung + ausreichende Einweisung in das Ersteinschätzungssystem</p> <p>(5) auch ein Facharzt mit ZWB steht aktuell nicht 24/7 zur Verfügung</p> <p>a) Forderung nach möglicher Hinzuziehung eines Facharztes mit Zusatzqualifikation 24/7 unrealistisch</p> <p>b) ebenfalls unrealistisch, dass ein solcher FA mit ZWB auf Basis des Ergebnisberichts der Ersteinschätzung den durch das Ersteinschätzungsinstrument vorgeschlagenen Ressourcenbedarf und das vorgeschlagene medizinisch vertretbare Zeitfenster bis zur Behandlung in einer Partnerpraxis prüft (Aufwand zu hoch).</p>
§3 Anforderungen an Ersteinschätzungsinstrument	(1) trotz niedriger Behandlungsdringlichkeit kann Indikation zur stationären Behandlung bestehen.

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	
30.05.2022	
	(2) Für aktuelle Umsetzung zu hoher personeller Ressourcenbedarf (s.o.) andererseits ist die Prüfung auf Weiterleitung nicht nur auf Basis einer schriftlichen Dokumentation möglich und jeder Patient muss ärztlich gesehen und beurteilt werden. Aufwand zu hoch -> dann kann gleich abschließend behandelt werden
§ 4 Strukturierte Weiterleitung	
§ 5 Nachweis der Durchführung der Ersteinschätzung	
§ 6 Qualitätssicherung	
§ 7 Evaluation	
Entwurf B	
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> <li>• es existieren keine wissenschaftlich validierten Ersteinschätzungsinstrumente (für Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit und Versorgungsebene)</li> <li>• bei allen Entwürfen hoher zusätzlicher Administrationsaufwand</li> <li>• In vielen ZNA erfolgt Ersteinschätzung (mit MTS oder ESI) bereits in ZNA-PDMS integriert. Für Empfehlung zur Behandlungsdringlichkeit und Versorgungsebene fehlen aktuell geeignete Instrumente</li> <li>• zusätzliche Einschätzung einer möglichen Weiterleitung erhöht den Aufwand und bindet personelle Ressourcen.</li> <li>• Problematik bei Verweis auf ambulante vertragsärztliche Strukturen, wenn diese räumlich entfernt zur Zentralen Notaufnahmen angesiedelt sind (Transferwege). „Wegekosten“</li> </ul> <p>Definition und Ausbau vertragsärztlicher Notfallversorgungsstrukturen an bzw. in den Krankenhäusern notwendig</p>
§1 Ziel der Regelung	<p>(2) Dass via vertragsärztlicher Einweisung in die Zentrale Notaufnahme geleitete Notfallpatient*innen aus der Zuordnung zur Versorgungsebene ausgenommen werden sollen, ist konsequent (zumindest theoretisch ist bereits eine adäquate ärztliche Zuordnung erfolgt)</p> <p>(1) alle Notfallpatient*innen müssen in den Zentralen Notaufnahmen eine Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit erfahren (die beiden Ebenen Behandlungsdringlichkeit und die notwendige Versorgungssebene müssen auch unabhängig voneinander anwendbar sein). Systeme für die Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit (MTS, ESI) liegen vor, für Versorgungsebene nicht.</p> <p>A. (3) und (4) Herausnahme der Module „Pädiatrie“ und „Spezialversorgung“ ist sinnvoll</p>
§2 Allg. Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klare Zuordnung von Notdienstpraxen/Partnerpraxen mit verlässlichen Informationen zu Kapazitäten sinnvoll</li> <li>• Formulierung einer „SOLL“-Regelung (Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten) sinnvoller als "MUSS"-Regelung.</li> <li>• Ersteinschätzung durch geschulte MFAs und NFS sinnvoll (Mangel NotfallpflegerInnen, allgemeiner Pflegemangel)</li> </ul>

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

30.05.2022

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• es sollte eine mindestens 2-jährige Berufserfahrung in der klinischen Notfallversorgung vorliegen             <ul style="list-style-type: none"> <li>• regelmäßige Schulungen/Fortbildungen notwendig</li> </ul> </li> </ul>
<p>§3 Spezifische Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Berücksichtigung der Verfügbarkeit von vertragsärztlichen Notfallstrukturen ist sinnvoll.</li> <li>(2) Verzicht auf eine verpflichtende Prüfung einer ambulanten vertragsärztlichen Behandlungsmöglichkeit bei Fällen mit Dringlichkeitsstufe 1-3 ist sinnvoll. Allerdings ist in vielen Fällen mit Dringlichkeitsstufe (2-)3 eine ambulante vertragsärztliche Behandlung möglich und sinnvoll.</li> <li>(3) Prüfung der ambulanten vertragsärztlichen Behandlungsmöglichkeit bei Fällen mit Dringlichkeitsstufe 4 und 5 ist grundsätzlich sinnvoll (Berücksichtigung von Transportwegen notwendig) Weiterleitung von Notfallpatient*innen des Rettungsdienstes, an vertragsärztliche Notfallstrukturen ist nicht realistisch bzw. pragmatisch.</li> <li>(4) Einbeziehung von Ärzt*innen der Notaufnahme in die Entscheidung zur Weiterleitung von Notfallpatient*innen mit niedriger Behandlungsdringlichkeit (Stufe 4 und 5) zu externen ambulanten vertragsärztlichen Notfallstrukturen medizinisch bzw. medikolegal grundsätzlich sinnvoll, jedoch mit einem erheblichen zusätzlichen Zeitaufwand verbunden. ESI weist letztlich eine dreistufige Dringlichkeitseinteilung auf (sofort, 10 Minuten, nicht eilig). Auch ESI 3-Patienten benötigen nicht zwingend eine ZNA-Behandlung, sondern lediglich mehr Ressourcen. Hier wird die Vermischung der Systeme und deren Problematik deutlich. Dies ist in den tragenden Gründen auch entsprechend aufgeführt. Der Aspekt der ärztlich entschiedenen Weiterleitung entfällt sinnvollerweise in Settings, in denen sich die vertragsärztlichen Notfallstrukturen in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Zentralen Notaufnahme des Krankenhauses befinden („gemeinsamer Tresen“). Dies unterstreicht noch einmal die Sinnhaftigkeit der räumlichen Einbindung vertragsärztlicher Notfallversorgungsstrukturen in den Krankenhäusern („gemeinsamer Notfalltresen“ mit den KV-Notfallpraxen)</li> <li>(4) Einbeziehung eines Arztes zur Weiterleitung eines Stufe 5- Patienten in eine Partnerpraxis oft Ressourcen-Verschwendung im gesamten System: wenn der Arzt schon dabei ist, kann er oftmals das Problem schnell selbst beheben. Eine Weiterleitung ist dann nicht mehr nötig.</li> <li>(5) Terminvereinbarung mit den ambulanten vertragsärztlichen Behandlungsstrukturen ist sinnvoll aber die Verfahren zur verbindlichen Weiterleitung in ambulante vertragsärztliche Angebote sehr ressourcenaufwändig (v.a. mit dem geforderten Dokumentationsaufwand)</li> </ol>
<p>§ 4 Bereitstellung von Informationen durch die KV für die Weiterleitung</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) vertragsärztlichen Notfallstrukturen (KV-Notfallpraxen und KV-Partnerpraxen) sollten bis 22 Uhr vorgehalten werden (gefolgt vom KV-Notdienst).</li> <li>(2) bis (4) Die geforderten transparenten und verbindlichen Informationen zu den vertragsärztlichen Notfallstrukturen sind sinnvoll. Eine Weiterleitung zu Zeiten des kassenärztlichen Notdienstes sollte auch nach 19:00 Uhr möglich sein (je nach Gegebenheiten des KND bis 22:00 Uhr oder die Nacht über).</li> </ol>

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	
30.05.2022	
§ 5 Evaluation	(1) bis (3) Die geforderte Evaluation (QM) ist sinnvoll aber für viele Kliniken mit einem erheblichen digitalen Aufwand und entsprechenden Kosten verbunden sein. Vielfach sind die digitalen Strukturen in den Kliniken aktuell nicht oder nur rudimentär vorhanden. Die Erfassung wird einen deutlichen Mehraufwand für die ZNA-Mitarbeiter bedeuten und muss in einer Finanzierungsdiskussion berücksichtigt werden.
§ 6 Übergangsregelung	
§ 7 Inkrafttreten	
Entwurf C	
Allgemein	notwendige Definition einiger Begriffe/Kriterien fehlt: Notfall, Aufgabe der ambulanten Notfallversorgung, etc.
§1 Ziel der Regelung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refinanzierung und Ressourcenallokation nicht geklärt</li> </ul>
§2 Kreis der ersteinzuschätzenden Hilfesuchenden, Anwendungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Differenzierung von Versorgungsnotwendigkeiten (z.B. Vorstellungszeiten &lt;/&gt; 72h) zielt eher auf organisatorische Rahmenbedingungen als auf medizinische Notwendigkeiten ab (muss geklärt werden)</li> <li>• (2) welche Kriterien sollen zur Prüfung herangezogen werden? Das zum Teil Verwendung findende „German appropriate evaluation protocol“ ist zumindest für die F Kriterien (Soziale Faktoren) in der Diskussion, allgemeingültige Regelung liegt nicht vor. A. Definition der Aufgabe des KH im ambulanten Bereich notwendig. Entscheidung über eine ambulante oder stationäre Weiterbehandlung bei einer Vielzahl von Patienten erst nach Abklärungsuntersuchung möglich.</li> </ul>
§3 Qualifikation des für die Ersteinschätzung eingesetzten med. Personals, Leitung der Notfallambulanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Triagekraft“ streichen: Triage ist ein Begriff der Katastrophenmedizin. Nicht zu verwechseln mit der Dringlichkeitseinschätzung von Patienten, welche eine Notfallabteilung aufsuchen, Dringlichkeit des Arztkontaktes. (1) -&gt; komplett streichen. Ersteinschätzung sollte nur durch Gesundheits- und Krankenpflege mit Erfahrung in innerklinischer Notfallmedizin erfolgen (1) -&gt; das eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in der inner- oder außerklinischen Notfallversorgung hat, "außerklinisch" streichen, siehe oben ABER: flächendeckend auch absehbar nicht vorhanden B. (2) Die ärztliche Leitung der Notfallambulanz des Krankenhauses muss über die Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen. -&gt; Notfallabteilung statt Notfallambulanz</li> </ul>
§4 Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens	(1) eingesetztes Verfahren muss validiert und geeignet sein (1) streichen: Bei diesen Hilfesuchenden ist die Behandlung in der Notaufnahme des Krankenhauses durchzuführen.

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	
30.05.2022	
	<p>(1) Ein weiterführendes Ersteinschätzungsverfahren nach Abs. 2 findet in diesem Fall nicht statt. -&gt; streichen Rest streichen</p> <p>Zu (1) Die sofortige Behandlungsnotwendigkeit im KH auf die Stufen 1 (sofort) und 2 (sehr dringend – Behandlungsbeginn innerhalb von 10 min) zu begrenzen entspricht nicht den klinischen Notwendigkeiten. Im Minimum sollte die Stufe 3 (innerhalb von 30 min) noch ergänzt werden.</p> <p><b>§ 1</b> (2) - Die Feststellung der notwendigen Versorgungsebene anhand der dazu aufgeführten Kriterien muss um die Versorgungsmöglichkeiten der verschiedenen Versorgungsebenen ergänzt werden (Definition der dort vorzuhaltenden Ressourcen und Versorgungsmöglichkeiten: Uhrzeit, tech. Ausstattung, Auslastung) - Dass das ärztliche Personal des KH eine Diskriminierung zwischen innerhalb 72h (WE Problematik) und &gt; 72h Vorstellung durchführen soll ist eine weitere nicht medizinisch herleitbare Anforderung (siehe tragende Gründe zu §4)</p>
§ 5 Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung, Nachweis eines Falles nach <sup>3</sup> 75	<p>(1) Die Prüfung auf die reine Entfernung zu begrenzen entspricht nicht den Erfordernissen.</p> <p>(3) Ein Verzicht auf Weiterleitung außerhalb der Sprechstundenzeiten nur in der Kategorie 1 (schnellstmöglich) entspricht nicht der Versorgungsrealität und wird die Kapazitäten des niedergelassenen Sektors massiv übersteigen.</p> <p>(4+5) Die Serviceleistung bei der Terminvergabe zu unterstützen ist durch die Kliniken nicht leistbar. Abwarten des Ergebnisses dieser Terminsuche ggf. konterkariert Grundgedanken des Systems. -&gt; Insgesamt ist das System der Weiterleitung und Terminfindung sehr unausgegoren und umständlich dargestellt und erscheint unpraktikabel.</p>
§6 Einbeziehung ärztlichen Personals bei Festlegung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsfalls	<p>(1) Bei Forderung nach Hinzuziehung von ärztlichem Personal: Kosten-Nutzen-Aspekt zu überdenken. Obwohl der Patient weitergeleitet werden soll, so soll dennoch, in Rücksichtnahme auf medikolegale Aspekte, ärztliches Personal des KH zu Einsatz kommen. Diese Anmerkung in den tragenden Gründen zeigt die Schwachstelle der Konzeption auf.</p>
§7 Form und Inhalt des Nachweis der Ersteinschätzung	<p>Zu (1) Finanzierung eines derartigen elektronischen Dokumentationssystem ist nicht geklärt.</p> <p>Zu (2) Die Regelung zur Übermittlung der genannten Informationen als Abrechnungsgrundlage gegenüber der jeweiligen KV stellt administrativen Mehraufwand dar und ist in der aktuellen Gebührenordnung nicht ausreichend refinanziert</p>
§8 Eignung des Ersteinschätzungsverfahrens	<p>Zu (f) Es gibt keine explizite Forderung das in Krankenhäusern der umfassenden und der erweiterten Notfallversorgung (Stufen 3 und 2) die die Anwendung einer elektronischen Triage vorschreibt (Benachteiligung einzelner Häuser)</p>
§9 Qualitätssicherung	<p>- Refinanzierung der Schulungen muss geklärt werden. Wer kann/darf/muss diese Schulung durchführen?</p>

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	
30.05.2022	
§10 Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- skizzierte Form der Evaluation der Ersteinschätzung bedeutet massiven bürokratischen Mehraufwand</li> <li>- Spezielle elektronischen Systeme stehen aktuell nicht zur Verfügung</li> <li>a. Zudem ist die Finanzierung für die Einführung derartiger Systeme und des dazugehörigen Personalaufwandes nicht ausreichend abgebildet.</li> </ul>
§11 Inkrafttreten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zeitlichen Rahmenbedingungen, abhängig von der vorliegenden Stufe der Notfallversorgung, und die dazugehörige Begründung mit Hinweis auf den bereits vorhandenen Organisationsgrad sind nicht schlüssig.</li> <li>I. Die Einstufung in das System der an der Notfallversorgenden Krankenhäuser zielt in keinem Punkt auf die erforderliche IT-Infrastruktur oder vorhandenen Personalressource ab. Von daher ist eine gestufte Einführung in Abhängigkeit von der vorliegenden Notfallstufe als eine Benachteiligung der betroffenen Häuser anzusehen.</li> </ul>
Entwurf D	
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insgesamt recht ausgewogener und pragmatischen Entwurf, der mit kleinen Änderungen und bei Umsetzbarkeit der vorgeschlagenen Maßnahmen die Notfallversorgung durchaus verbessern könnte. Adressiert immerhin die erheblichen Lücken in den Voraussetzungen und die erheblichen regionalen Unterschiede in den Versorgungsangeboten</li> </ul>
§1 Zielsetzung	-
§2 Kreis der ersteinzuschätzenden hilfeschuchenden Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (1): Auch bei Privatpatienten sollte aus medizinischen und organisatorischen Gründen ein Ersteinschätzungsverfahren durchgeführt werden.</li> <li>(2): Das Instrument der Ersteinschätzung sollte auch bei Patienten mit einer Verordnung zur Krankenhausbehandlung angewendet werden. (Begründung siehe Kommentare Florian Unbehaun)</li> <li>(2): das Instrument der Ersteinschätzung sollte auch bei Patienten mit einer Verordnung zur Krankenhausbehandlung angewendet werden</li> </ul>
§3 Kooperation und Strukturvorgaben für die Zusammenarbeit der Versorgungspartner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (1): Entwurf bezüglich der idealerweise von der KV am Krankenhaus vorgehaltenen Notfallstrukturen ist zu vage: Das Konzept des Integrierten Notfallzentrums (INZ) wird nicht explizit erwähnt.</li> <li>(2-3) eine Umsetzung dieser Vorgaben wäre sicherlich als großer Fortschritt zu betrachten. Die Frage ist nur, ob hier entsprechende Anreize oder Verpflichtungen für die Partnerpraxen eingeführt werden.</li> <li>Wenn die hier festgelegten Verordnungen zu KV-Partnerpraxen und Echtzeit-Monitoring umgesetzt würden wäre das ein echter Benefit für jede ZNA.</li> </ul>
§4 Qualifikation des Personals, das in der Ersteinschätzung eingesetzt wird	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine entsprechende pflegerische und ärztliche Qualifikation ist sicherlich wünschenswert (Möglichkeit einer 24/7- Abdeckung aber fraglich).</li> </ul>

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	
30.05.2022	
	<p>Kriterien eher als Zieldefinition und nicht als Sanktionskriterium werten</p> <p>Personalausstattung und auch die tarifrechtlichen Regelungen für Schichtdienst in Notaufnahme müssten so verbessert werden, dass qualifizierte ärztliche und pflegerische MitarbeiterInnen in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.</p> <p>Sowohl pflegerische wie auch ärztliche Qualifikation werden adäquat abgebildet. Vorschlag einer KV-Servicekraft gut.</p>
§5 Das Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (2): siehe §2( 1 und 2)</li> <li>(7): siehe §4</li> <li>(11): Hier wäre ein Eintrag in der ePA längerfristig anzustreben</li> </ul> <p>(5): Es gibt Konstellationen, in denen auch Patienten mit Stufe 4 und 5 nicht weitergeleitet werden können. Bei einer Behandlung in der ZNA ist eine entsprechende Vergütung dann sicherzustellen.</p> <p>(7): Die ärztliche Sichtung vor Weiterleitung dürfte gerade für kleinere Häuser ein Problem darstellen.</p> <p>(11): Die schriftliche Information führt zu einem deutlichen Anstieg der Bürokratie</p>
§6 Das Instrument	-
§7 Dokumentation: Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung	- (3): siehe §5(11). Möglicherweise ist eine digitale Erstellung mit entsprechend vorkonfigurierten Elementen anwendbar.
§8 Qualitätssicherung	-
§9 Evaluation	-
§10 Inkrafttreten	-

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)</b>		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	entfällt
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	entfällt



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zu den Beschlusssentwürfen

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur  
Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden,  
die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß  
§ 120 Absatz 3b SGB V

Berlin, 30.05.2022

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 25.04.2022 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgefordert.

## Hintergrund

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11.07.2021 wurde der G-BA aufgefordert, bis zum 20. Juli 2022 Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden zu beschließen, wobei u. a. Näheres vorzugeben ist:

- die Qualifikation des medizinischen Personals, das die Ersteinschätzung vornimmt,
- die Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs,
- die Form und der Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,
- der Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 vorliegt,
- die Weiterleitung an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1.

Eine Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 im Krankenhaus soll ab dem Inkrafttreten des Beschlusses voraussetzen, dass bei der Durchführung der Ersteinschätzung ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde.

Ziel des Ersteinschätzungsverfahrens sei die bessere Koordination bei der ärztlichen Behandlung ambulanter Notfälle durch ein Instrument, mit dem ambulant behandelbare Patientinnen und Patienten entweder der ärztlichen Behandlung im Krankenhaus oder der ärztlichen Behandlung in der vertragsärztlichen Praxis zugewiesen werden. Damit solle vermieden werden, dass Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser gebunden werden, obwohl kein medizinischer Notfall vorliegt.

Für das Stellungnahmeverfahren wurden vom G-BA vier inhaltlich und strukturell vollständig divergente Beschlussentwürfe nebst nicht minder divergenten Tragenden Gründen vorgelegt, die dem GKV-SV, der DKG, der KBV und den Patientenvertretern zuzuordnen sind.

Die Ländervertreter haben keinen eigenen Beschlussentwurf vorgelegt. Die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hatte das BMG mit Schreiben vom 27.04.2022 aufgefordert den Handlungsauftrag an den G-BA temporär auszusetzen und Festlegungen eines Ersteinschätzungsverfahrens erst dann zu treffen, wenn ein validiertes Ersteinschätzungsinstrument zur Verfügung steht und die Planungen des BMG in Bezug auf die künftige Notfallversorgung abgeschlossen sind.

## **Die Bundesärztekammer nimmt zu den Beschlussentwürfen wie folgt Stellung**

Die Bundesärztekammer hatte sich bereits in ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf des GVWG vom 08.04.2021 für eine Streichung der Regelung in § 120 SGB V ausgesprochen, insbesondere vor dem Hintergrund einer noch gesetzlich umzusetzenden Reform der Notfallversorgung

([https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/GVWG\\_Gesetzentwurf\\_SN\\_BA\\_K\\_08042021\\_final.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/GVWG_Gesetzentwurf_SN_BA_K_08042021_final.pdf)).

Auch der 124. Deutsche Ärztetag forderte den Gesetzgeber auf, zunächst ein schlüssiges Gesamtkonzept für die sektorenübergreifende Kooperation in der Akut- und Notfallversorgung vorzulegen und lehnte eine isolierte Einführung einer zusätzlichen, verpflichtenden standardisierten Ersteinschätzung ab (s. Beschluss I-04; [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/124.DAET/Beschlussprotokoll\\_124\\_Daet\\_2021\\_Stand-06.05.2021\\_mit\\_numerischen\\_Lesezeichen.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/124.DAET/Beschlussprotokoll_124_Daet_2021_Stand-06.05.2021_mit_numerischen_Lesezeichen.pdf)).

Der 126. Deutsche Ärztetag appellierte am 27. Mai 2022 nun erneut an den Gesetzgeber, den in § 120 Absatz 3b SGB V verankerten Auftrag an den G-BA auszusetzen und zuerst die im Koalitionsvertrag angekündigte und dringend notwendige Gesamtreform der Notfallversorgung umzusetzen. Keinesfalls sollten im Bereich der Ersteinschätzung Fakten geschaffen werden, bevor dieses Gesamtkonzept steht (s. Beschluss Ic-112).

Mit Blick auf die vorliegende Stellungnahmeaufforderung möchte die Bundesärztekammer zunächst anmerken, dass ein Stellungnahmeverfahren in der vorgelegten Form mit vier inhaltlich und strukturell divergenten Beschlussanträgen sowie dazugehörigen Tragenden Gründen in der vorgegebenen Frist für den Stellungnehmenden kaum darstellbar ist. Wünschenswert wäre zumindest ein einheitlicher Aufbau der unterschiedlichen Beschlussentwürfe.

Die Bundesärztekammer kann sich keinem der dargestellten Beschlussentwürfe anschließen. Auf das Hervorheben einzelner Passagen möchten wir aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichten und um dem Eindruck vorzubeugen, bezüglich der übrigen Punkte eines Beschlussentwurfs bestünde im Umkehrschluss Zustimmung seitens der Bundesärztekammer.

Prinzipiell sind aus Sicht der Bundesärztekammer an die erforderlichen Instrumente für eine einheitliche und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden hohe Qualitätsstandards zu setzen. Dies setzt auch die Validität verfügbarer Systeme voraus. Es muss sichergestellt und möglichst mit Evidenz aus hochwertigen Studien unterlegt werden, dass die Behandlungsdringlichkeit korrekt festgestellt und zusätzlich auch die Steuerung in die richtige Versorgungsebene sicher gewährleistet wird. Ein möglicher Schaden von Patientinnen und Patienten aufgrund einer Fehleinschätzung ist auszuschließen. Nach Kenntnis der Bundesärztekammer steht der Nachweis der Validität derartiger Ersteinschätzungsinstrumente (z. B. SmED oder OPTINOFA) noch aus.

Zudem hat der Gesetzgeber bisher die dringend notwendige, grundlegende, sektorenverbindende Reform der Notfallversorgung nicht umgesetzt. Die isolierte Einführung eines zusätzlichen, verpflichtenden standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens lehnt die Bundesärztekammer weiterhin ab.

Die Bundesärztekammer fordert daher den G-BA und das Bundesministerium für Gesundheit auf, das Beratungsverfahren bis zum Vorliegen validierter Ersteinschätzungsinstrumente

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu den Beschlussentwürfen des Gemeinsamen  
Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen  
Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus  
wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V

---

sowie einer grundlegenden Reform mit einem schlüssigen Gesamtkonzept für die sektorenübergreifende Kooperation in der Akut- und Notfallversorgung auszusetzen.

**Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V**

<b>Bundespsychotherapeutenkammer</b>	
30.05.2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>Weiterleitung von Patient*innen an ambulante Partnerpraxen</b></p> <p><b>Entwurf A:</b> <b>§ 4 Strukturierte Weiterleitung von Notfallpatient*innen an Partnerpraxen Absatz 1</b></p> <p><b>Entwurf B:</b> <b>§ 4 Bereitstellung von Informationen durch die KVen für die Weiterleitung von Patient*innen Absatz 3</b></p> <p><b>Entwurf D:</b> <b>§ 3 Kooperation und Strukturvorgaben für die Zusammenarbeit der Versorgungspartner Absatz 3</b></p> <p>Die BPTk begrüßt ausdrücklich, dass in den Entwürfen A, B und D Regelungen zu verbindlichen Kooperationen und Strukturen zwischen Krankenhäusern und vertragsärztlicher Versorgung für die Weiterleitung von Patient*innen, die keiner akuten Krankenhausbehandlung bedürfen, vorgesehen sind.</p>	<p>Die BPTK hält es für notwendig, dass in dieser Richtlinie verbindliche Regelungen zum Aufbau von Kooperationen und Strukturen der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung vorgegeben werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass Patient*innen, die sich wegen eines „Notfalls“ an ein Krankenhaus wenden, bei entsprechender Indikation zuverlässig und zeitnah eine medizinisch notwendige ambulante Behandlung erhalten. Die Unterstützung der Patient*innen bei der Nutzung der Terminservicestellen bzw. eine Terminbuchung durch das Krankenhaus über die Terminservicestellen, wie in Entwurf C vorgesehen, ist hierfür nicht ausreichend.</p> <p>Insbesondere auch bei schweren psychischen Krisen oder für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine verbindliche Weiterleitung in die ambulante Versorgung wesentlich. Das Aufsuchen der Notaufnahme eines Krankenhauses ist in der Regel Folge einer Zuspitzung psychischer Symptome, z. T. auch infolge langer Wartezeiten und einer unzureichenden Verfügbarkeit von Angeboten der ambulanten (Notfall-)Versorgung. Häufiger als bei somatischen Erkrankungen liegen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zudem krankheitsbedingte Beeinträchtigungen von Antrieb, Motivation oder Handlungsplanung vor, die die Fähigkeiten, sich eigenständig geeignete Behandlungsangebote zu suchen, stark einschränken und eine Unterstützung bei der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Behandlungen erforderlich machen.</p> <p>Kooperationen und eine verbindliche Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Fachärzt*innen für Psychiatrie und Vertragspsychotherapeut*in-</p>

<b>Bundespsychotherapeutenkammer</b>	
30.05.2022	
	nen, bei denen Patient*innen zeitnah je nach Dringlichkeitsstufe verbindlich einen Termin zur weiteren Diagnostik, zur Indikationsstellung für die erforderlichen Behandlungen und weitere Hilfen und zur Durchführung von Kriseninterventionen erhalten, sind deshalb für die Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Notfallversorgung von entscheidender Bedeutung.
<p><b>Einbezug der Vertragspsychotherapeut*innen als Partnerpraxen</b></p> <p><b>Entwurf A:</b>  <b>§ 4 Strukturierte Weiterleitung von Notfallpatient*innen an Partnerpraxen Absatz 2</b></p> <p><b>Entwurf B:</b>  <b>§ 4 Bereitstellung von Informationen durch die KVen für die Weiterleitung von Patient*innen Absatz 3</b></p> <p><b>Entwurf C:</b>  <b>§ 4 Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens Absatz 3</b></p> <p><b>Entwurf D:</b>  <b>§ 3 Kooperation und Strukturvorgaben für die Zusammenarbeit der Versorgungspartner Absatz 3</b></p> <p>Die BpTK schlägt vor, in den jeweiligen Entwürfen in den genannten Paragraphen bzw. Absätzen bei den Aufzählungen der Facharztgruppen, fachärztlichen Einrichtungen bzw. Fachrichtungen „Psychotherapie“ bzw. „Psychotherapeutische Versorgung“</p>	<p>In allen vorliegenden Entwürfen sind die Fachrichtungen, fachärztlichen Einrichtungen bzw. Facharztgruppen aufgeführt, an die ein Krankenhaus Patient*innen, die nach dem Ergebnis des Ersteinschätzungsverfahrens keine sofortige ambulante oder stationäre Krankenhausbehandlung, aber eine nach verschiedenen Dringlichkeitsstufen oder Zeitfenstern unterteilte medizinische Behandlung benötigen, überweisen können soll. Es werden dabei diejenigen Fachrichtungen aufgeführt, die für die in der Notfallversorgung am häufigsten vorkommenden Behandlungsbedarfen erforderlich sind. Für den Bereich der psychischen Erkrankungen wird dabei in allen Entwürfen jedoch ausschließlich die Fachrichtung „Psychiatrie“ aufgeführt.</p> <p>Daneben kommt jedoch der Psychotherapie eine ganz wesentliche Rolle in der Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen zu. Psychotherapie zählt gemäß den evidenzbasierten Leitlinien bei nahezu allen psychischen Erkrankungen zu den Behandlungsmethoden der ersten Wahl. Sie ist daher in der Akut- und Notfallversorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen zwingend systematisch vorzusehen. In der vertragsärztlichen Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen sind derzeit neben den Fachärzt*innen der psychiatrischen Versorgung rund 24.000 Psychologische Psychotherapeut*innen, 7.000 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sowie 6.000 ärztliche Psychotherapeut*innen (einschließlich Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) tätig (Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand: 31.12.2021, <a href="https://www.kbv.de/media/sp/2021-12-31_BAR_Statistik.pdf">https://www.kbv.de/media/sp/2021-12-31_BAR_Statistik.pdf</a>). Das Aufgabenspektrum dieser Vertragspsychotherapeut*innen hat sich in den letzten Jahren unter</p>

**Bundespsychotherapeutenkammer**

30.05.2022

als Versorgungspartner/Partnerpraxen zur Weiterleitung von Patient\*innen mit der entsprechenden Indikation zu ergänzen.

anderem mit der Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung erheblich erweitert (siehe auch die Regelungen in § 92 Absatz 6a und § 92 Absatz 6b SGB V sowie die entsprechenden Richtlinien des G-BA). Die psychotherapeutische Sprechstunde dient einer umfassenden Diagnostik und Indikationsstellung zur Psychotherapie, einschließlich der Abklärung, ob und welche anderen Hilfen erforderlich sind. In der Akutbehandlung sollen akute psychische Krisen- und Ausnahmezustände behandelt werden. Zudem wurde die Rolle der Vertragspsychotherapeut\*innen als Bezugsärzt\*innen bzw. Bezugspsychotherapeut\*innen in der Organisation und Abstimmung der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in der KSVPsych-Richtlinie gestärkt. Die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht als potenzielle Versorgungspartner\*innen oder Partnerpraxen zu benennen, an die ein Krankenhaus Patient\*innen mit akuten psychischen Krisen oder schweren psychischen Erkrankungen überleiten kann, wäre insoweit nicht sachgerecht und würde verhindern, dass für diese Patient\*innen eine zeitnahe leitliniengerechte Versorgung sichergestellt werden kann. Ärztliche Psychotherapeut\*innen, Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen sollten daher in den Aufbau einer strukturierten und kooperativen Notfallversorgung durch Krankenhäuser und Vertragsärzt\*innen systematisch mit eingebunden werden.

**Herausnahme der eigenständigen psychiatrischen Fachabteilungen aus dem Ersteinschätzungsverfahren**

**Entwurf B:**

**§ 1 Absatz 4**

Die BPtK spricht sich gegen eine Herausnahme der psychiatrischen Fachabteilungen aus dem Ersteinschätzungsverfahren aus.

Menschen mit psychischen Erkrankungen oder akuten psychischen Krisen sind krankheitsbedingt in besonderer Weise auf Unterstützung bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen angewiesen. Sofern in akuten Krisen, die zur Vorstellung in einer Notaufnahme führen, weder eine unmittelbare stationäre Krankenhausbehandlung noch eine ambulante Behandlung durch das Krankenhaus, z. B. in der angeschlossenen Psychiatrischen Institutsambulanz, erfolgen muss, aber eine zeitnahe ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, sollte bei entsprechender Indikation eine verbindliche und strukturierte Weiterleitung in die vertragsärztliche

<b>Bundespsychotherapeutenkammer</b>	
30.05.2022	
	Versorgung erfolgen. Auch psychiatrische Fachabteilungen sollten deshalb Kooperationen mit geeigneten Partnerpraxen aufbauen, um eine zeitnahe, ambulante Weiterbehandlung zu unterstützen, das hierfür erforderliche psychiatrische und psychotherapeutische Leistungsspektrum vorhalten und damit einen wichtigen Beitrag leisten, unnötige Wiedervorstellungen in der Notaufnahme zu verhindern und Krankenhausbehandlungen zu vermeiden.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bundespsychotherapeutenkammer		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	<b>Wir nehmen teil.</b>
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	<b>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</b>	

## Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.

Friedrich-Wilhelmstr. 2  
53113 Bonn  
Tel: 0228 9239220  
info@hno.org

**Betreff:** Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden | Bitte um Abgabe einer Stellungnahme

Sehr geehrte Frau Tänzer,  
entsprechend Ihrer Aufforderung möchte die Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie zu den 4 unterschiedlichen übersandten Erstfassungen einer Richtlinie zur Ersteinschätzung zusammenfassend Stellung nehmen und Gedanken äußern.

### Allgemein:

Zuständigkeit für eine Ersteinschätzungsleistung am Krankenhaus

Entwurf C, Tragende Gründe, stellt in § 1 sehr deutlich da, dass die ambulante Notfallversorgung primär Aufgabe im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der KVen ist. Warum soll die Frage der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ausserhalb von üblichen Praxiszeiten Aufgabe der Krankenhäuser sein?

### §1

Im § 1 sollte klargestellt werden, dass viele Patienten im Notdienst traditionell Krankenhausambulanzen aufsuchen und für das Krankenhaus ein Zwang entsteht, den Patienten zu beurteilen, um einem evtl. Vorwurf unterlassener Hilfeleistung zu entgehen.

Entwurf B ist da deutlich detaillierter als A, stellt klare Ausnahmen von Ersteinschätzungen dar, die die Arbeit dieser Stellen entlasten werden.

Die Abrechnung von Leistungen, erst wenn die Zuordnung zur Krankenhausbehandlung (ambulant oder stationär) oder vertragsärztliche Versorgung erfolgt ist, ist problematisch. Die Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit erfordert eine klinische Untersuchung und absehbar auch Labor oder Röntgenuntersuchungen. Wenn nach diesen Untersuchungen keine Behandlungsbedürftigkeit durch das Krankenhaus festgestellt wird, wie soll dann abgerechnet werden? Soll eine Ersteinschätzung nur via Fragebogen ohne Gespräch oder orientierender Untersuchung erfolgen? Es dürfte schwer sein, einen Patienten aufgrund einer reinen Befragung des Krankenhauses zu verweisen.

Die Ersteinschätzungsentscheidung wird absehbar eine große Zahl an Ärzten beschäftigen, da sie fraglos angezweifelt werden wird. Diese Ärzte:innen sollten angesichts der Fachkräfteverknappung besser in den Notfallambulanzen oder KV-Praxen an Kliniken tätig werden.

Eine Ersteinschätzung kann Haftungsfragen entstehen lassen. Wenn ein Arzt eine solche Entscheidung trifft, wird das tragfähig sein. Wenn eine nichtärztliche Kraft (spezialisierte Krankenpflegekraft) die Entscheidung trifft, ist das haftungsrechtlich problematisch, da hiermit eine Delegation? Oder Substitution? einer eigentlich genuinen ärztlichen Leistung erfolgt ist. Oder soll eine Software die Haftung übernehmen? Fazit: eine Ersteinschätzung mit der Konsequenz, eine Behandlung abzulehnen und den Patienten wegzuschicken, muss ärztlich verantwortet werden. Die Leistung kann höchstens in Delegation durch nicht-ärztliches Personal erfolgen.

Entwurf D stellt sehr klar dar, dass bei dem vorgeschlagenen Ablauf das Krankenhaus die Mangelverwaltung der Termine im KV-Bereich für dringliche und nicht-dringliche ambulant zu behandelnde Fälle übernehmen soll. Dieses ist Aufgabe der KVen und der Terminservicestellen. Kommt ein für den Patienten akzeptabler Termin nicht zustande, wird dem organisations-pflichtigen Krankenhaus die Schuld zugewiesen werden.

## **§2**

In Entwurf A werden Qualifikationen für die Ersteinschätzung aufgerufen, die kaum erfüllbar sind. Haftungsrechtlich ist nicht zu verantworten, dass eine Pflegekraft in einem persönlichen Kontakt (nicht in einer Telefonberatung!) diese Entscheidung trifft. Die Einschätzung erfolgt „in einem Krankenhaus“!, in dem allgemein Facharztstandard gilt. Gängige und erprobte Priorisierungsinstrumente innerhalb einer Notfallambulanz dienen allein der zeitlichen Reihung, es wird aber niemand weggeschickt, wie es hier geschehen soll! (Entwurf D betont das). Die Frist von 10 Minuten erfordert sehr hohe Personalzahlen, und das bei einer sehr speziellen Qualifikation auf pflegerischer und ärztlicher Seite. Soll die Pflegekraft mit Google-Maps die Fahrzeiten ermitteln?? Was ist, wenn der Patient kein Auto hat? Dann Google-Maps mit ÖPNV oder Fahrrad?? Das soll (Entwurf D) in Echtzeit ermittelt werden?? Informationen über Personal und Öffnungszeiten sollen zur Verfügung gestellt werden?

Wie sollen die Voraussetzungen des §2 finanziert werden?? Gibt es dafür überhaupt Personal, welches diesen konfliktlastigen Posten übernehmen will?

## **§3**

Es wird ein Ersteinschätzungssystem beschrieben, welches in validierter Form überhaupt noch nicht existiert (Entwurf A). Nutzung der ePA wird vorgesehen, die nicht flächendeckend existiert und funktioniert. Die dargestellten sicher sinnvollen Konzepte von Informationsfluss gehen von einer nicht realen Digitalisierung und Vernetzung aus!

Die Realität zeigt, dass an Krankenhäuser oftmals auch an einem Standort klinikspezifische Notfallambulanzen nebeneinander existieren (Chirurgie, Innere, Gyn-Gebh, etc.) Diese Abteilungs-nahen Ambulanzen ermöglichen erhebliche Personalsynergien durch kurze Wege. Eine Ersteinschätzung müsste an jeder Spezialambulanz erfolgen? Oder zentral mit unzumutbar langen Patientenwegen? Krankenhäuser müssten durchgehen nur eine zentrale Notfallambulanz für alle Fachbereiche aufbauen? Das macht erhebliche Investitionen und im Betrieb kostenträchtige lange Laufwege oder mehr Personalbedarf.

## **§4**

In §4 Entwurf A werden klassische Aufgaben von KV-Terminservicestellen in ein Krankenhaus und an das dortige Personal verlagert. Was soll der Grund dafür sein? Bei nicht vorhandener Behandlungsnotwendigkeit im oder am Krankenhaus, muss der Patient den Termin mit der KV Terminservicestelle selbst verhandeln. Hierfür können im Krankenhaus kostenfreie Hotlines an Terminservicestellen der KVen für Patienten geschaltet werden.

#### **§ 6 ff.**

Eine QS kann nur durch sowieso erfasste Routinedaten versucht werden. Für weitere Dateneingaben in einer Notfallambulanz fehlen die personellen Ressourcen.

Ein CIRS (Critical Incident Reporting System) mit entsprechenden Konferenzen sollte etabliert werden, hierfür muss für die Krankenhäuser aber ein Input über Critical Incidents durch die Ersteinschätzung von extern bekommen!

Validierungsstudien für telefonische präklinische Beratungssysteme und wie hier vorgesehene Ersteinschätzungssysteme müssen mit den entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften erfolgen. Dieses wären sinnvolle Projekte für eine Bewerbung im Innovationsfonds.

#### **Fazit:**

Die Richtlinie zur Ersteinschätzung geht von nicht vorhandenen Möglichkeiten aus: es ist höchst fraglich, ob die geforderte Ersteinschätzung personell überhaupt zusätzlich geleistet werden kann. Die Funktion der Terminservicestelle in Händen des Krankenhauses kostet viel Zeit und Diskussion mit Patienten. Wird die KV überhaupt genügend Ressourcen für 24/7 Notfallpraxen aufbringen? Besteht dazu die Bereitschaft?

#### **Vorschlag:**

Ein Krankenhaus, welches an Notdiensttätigkeiten im ambulanten oder dann fortgeführten stationären Bereich teilnehmen will, muss über eine von einer KV geführte vertragsärztliche Notfallpraxis am Krankenhaus verfügen, bzw. die KV muss bereit sein, einen solchen gemeinsamen Tresen einzurichten. Am Krankenhaus erfolgt in Kooperation von Krankenhaus- und Vertragsarzt nötigenfalls wie schon derzeit am gemeinsamen Tresen geübt eine Einschätzung, ob der Patient stationär oder ambulant durch das Krankenhaus behandelt werden muss. Hierfür kann das Krankenhaus Ersteinschätzungsinstrumente nutzen. Ein Fall der nicht durch das Krankenhaus behandelt werden muss, wird an die 24/7 besetzte Notfallpraxis des gemeinsamen Tresen verwiesen.

Gern stehen wir für weitere Besprechungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Bonn, den 27.5.2022

gez. Prof. Dr. Orlando Guntinas-Lichius  
Präsident

gez. Prof. Dr. Thomas Deitmer  
Generalsekretär

## Stellungnahme

Der G-BA hat vier Entwürfe an die medizinischen Fachgesellschaften nebst tragender Gründe zur „**Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**“ verschickt und bittet um Stellungnahme. Die unterzeichnenden internistischen Fachgesellschaften möchten sich wie folgt äußern:

Es wird nicht erläutert, warum es vier Entwürfe gibt, wer die Urheber der einzelnen Fassungen sind und wie die Stellungnahme bestenfalls und nach welchem Muster erfolgen sollte. Wird ein vergleichendes Review der Entwürfe erwartet? Wie plant der G-BA mit der Vielzahl von Kommentaren umzugehen, wenn es offenbar nicht gelungen ist, einen einzigen Entwurf zu konsentieren, der dann zielführend extern kommentiert werden könnte? Die vier Entwürfe sind zudem außerordentlich unterschiedlich in Bezug auf einzelne Strukturmerkmale und in Bezug auf die erforderliche Qualifikation der handelnden Personen vor Ort formuliert.

Aufgrund dieser Situation formulieren wir allgemeine Hinweise, die nur beispielhaft auf Passagen der einzelnen Entwürfe bezogen werden. Der G-BA sollte im nächsten Schritt einen konsolidierten Entwurf zur erneuten Kommentierung vorlegen.

**Ein Abschluss des Verfahrens bis Juli 2022 ist unrealistisch und nicht zielführend, der Termin sollte um 1 Jahr verschoben oder ganz ausgesetzt werden.**

Kommentare im Einzelnen:

1. Die Ersteinschätzung der Notfallpatienten verfolgt das Ziel, einen Teil dieser Fälle in eine primär ambulante, von niedergelassenen Ärzten geleistete Akutversorgung zu steuern. Wir sind der Auffassung, dass eine solche Weiterleitung aus der Zentralen Notaufnahme ausschließlich in eine vor Ort betriebene KV-Struktur (z.B. Notdienstpraxis am Krankenhaus) erfolgen kann. Die Weiterleitung an eine Versorgungsstruktur, z.B. Arztpraxis, die sich räumlich außerhalb des Krankenhauses befindet, ohne dass ein Patient ausreichend ärztlich versorgt wurde, birgt unwägbar Haftungsrisiken, die nur durch einen gesetzlich verankerten Haftungsausschluss des Krankenhauses bei Anwendung eines konkret benannten Ersteinschätzungsverfahrens überwunden werden könnten. Eine solche gesetzliche Handlungsgrundlage ist nicht absehbar. Die Fachgesellschaften könnten sich aber ein gestuftes Konzept zu KV Praxen an den Krankenhäusern vorstellen, was insbesondere an einigen Standorten keine 24/7 Verfügbarkeit inkludiert, sondern nur Randzeiten und Wochenenden.
2. Die Einrichtung einer Notdienstpraxis mindestens an allen Häusern der Notfallstufen 2 und 3 sollte als Voraussetzung der Weiterleitung von Patienten an KV-Strukturen verbindlich festgeschrieben werden. Diese Praxis muss täglich und auch während der regulären Praxisöffnungszeiten betrieben werden, weil in dieser Zeit die meisten ambulanten Fälle in den Notaufnahmen versorgt werden.

## Stellungnahme

3. Die Entwürfe sind widersprüchlich im Hinblick auf die Anwendung einer Dringlichkeitseinstufung, die zwar einheitlich 5-stufig sein soll, aber vor der Zuordnung des Behandlungsortes, also z.B. Notaufnahme versus Arztpraxis, angesetzt wird. Der eine Entwurf (z.B. Version B) sieht die Kategorien 1-3, der andere Entwurf (z.B. Version A) nur die Kategorien 1-2 per se in der Notaufnahme. Werden o.a. Punkte 1. und 2. berücksichtigt, würden diese Festlegungen überflüssig. Wer in einer integrierten Struktur Patienten ambulant behandelt, sollte ausschließlich von der vorhandenen Kompetenz abhängig gemacht und von den Akteuren vor Ort festgelegt werden.
4. Neben der Dringlichkeit einer Notfallbehandlung ist aus Sicht der PatientInnen auch wichtig, ob bestimmte fachliche Leistungen im Notfall möglich sind. Dies betrifft plakativ Disziplinen wie Gynäkologie und Geburtshilfe, Augenheilkunde, Neurologie und Neurochirurgie, aber auch spezielle Kompetenzen in den großen Fächern Innere Medizin und Chirurgie (z.B. seltene Erkrankungen). Hier sieht z.B. der Entwurf A vor, dass das Ersteinschätzungsinstrument das „medizinisch vertretbare Zeitfenster bis zur Behandlung in einer Partnerpraxis“ festlegen sollte. Kategorien sind (i) innerhalb von 24 Stunden, (ii) innerhalb von 3 Tagen, (iii) innerhalb von 7 Tagen und (iv) innerhalb von 30 Tagen. Selbst bei feststehender Diagnose sind solche zeitlichen Festlegungen problematisch und für den Großteil der Erkrankungen nicht definiert. Eine solche Festlegung auf der Basis einer symptom-basierten Ersteinschätzung ist inhaltlich unmöglich, es gibt dazu keine Studiendaten und es werden auch in den nächsten 5 Jahren keine Daten verfügbar sein, da Studien mit einem geeigneten Instrument und dieser Fragestellung erst geplant, finanziert, begonnen und erfolgreich durchgeführt werden müssten. Keine der laufenden Studien untersucht die o.a. Zeitfenster.
5. Der Entwurf A definiert die zutreffende Patientengruppe wie folgt: „Jeder Notfallpatient und jede Notfallpatientin, der oder die eigenständig ein Krankenhaus aufsucht oder bei der oder dem im Rettungswagen kein unmittelbar behandlungsbedürftiger, lebensbedrohlicher Zustand festgestellt wurde, erhält eine Ersteinschätzung innerhalb von zehn Minuten nach Eintreffen im Krankenhaus.“  
Diese Regelung ist nicht nachvollziehbar, da der Rettungsdienst ja ausschließlich für Patienten zuständig ist, bei denen ein „unmittelbar behandlungsbedürftiger, lebensbedrohlicher Zustand“ vorliegt. Alle anderen Patienten werden mit dem Krankentransport gefahren. Insofern sind Patienten, die mit dem Rettungsdienst eingeliefert werden, per se der Versorgung in der Notaufnahme zuzuordnen.
6. Die Begrifflichkeiten der Texte sind stringent zu überarbeiten. Im Bereich der ambulanten Notfallversorgung kann es „Notfallambulanzen“ der KV geben; die Krankenhäuser verfügen über zentrale Notaufnahmen für die stationäre Notfallversorgung (gestuft gemäß G-BA-Beschluss), in denen auch ambulante Behandlungen stattfinden können. „Notfallambulanzen“ (siehe Entwurf C) in der Trägerschaft des Krankenhauses wären regionale Ausnahmen (z.B. MVZ).

## Stellungnahme

7. Die durchgehende Vorgabe, eine Ersteinschätzung innerhalb von 10min durchzuführen, muss budgetär hinterlegt werden, und zwar vor allem im Hinblick auf die notwendige Vorhaltung. Dazu gehört eine Festlegung, wann das Ziel als erfüllt gilt (z.B. bei 90% oder 95% der Fälle), was unmittelbare Auswirkungen auf die Kosten hat. Zudem ist zu beachten, dass die Ersteinschätzung im Sinne der Entwürfe noch kaum zur Versorgung beiträgt und hier Fachkräfte mit Ordnungstätigkeiten gebunden werden und dann in der eigentlichen Versorgung fehlen. Angesichts der aktuellen Fachkräfteentwicklung im Gesundheitswesen ist das absurd.
8. Die Versorgungsebene der sogenannten „Partnerpraxen“ (vertragsärztliche Praxen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen für ein bestimmtes Krankenhaus als „zuständig“ definiert werden) sind in einigen Bereichen und insbesondere in Hessen zwar eingeführt, doch erscheint eine bundesweite und v.a. flächendeckende Einführung und belastbare Umsetzung eines solchen Konzeptes derzeit unrealistisch. Die im Entwurf A präzierte Voraussetzung der Erreichbarkeit solcher Partnerpraxen in einem 30 Pkw-Fahrzeitminutenradius ist im städtischen Raum noch denkbar. Im ländlichen Raum wird sich so eine Vorgabe nicht zuletzt auf Grund der fehlenden Ressourcen in der hausärztlichen aber insbesondere fachärztlichen Versorgung kaum umsetzen lassen. Grundvoraussetzung hierfür ist Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a SGB V, die spätestens ab dem 1. Januar 2023 sogenannte digitale Buchungsmöglichkeiten der freien Termine und Ressourcen in den Partnerpraxen zur Verfügung stellen soll. Schon jetzt sind im ambulanten Versorgungsbereich Wartezeiten für spezielle fachärztliche Untersuchungen (kardiologisch, gastroenterologisch, neurologisch etc.) von teilweise mehreren Monaten in Kauf zu nehmen.
9. Zusammenfassend halten wir die Festlegungen für bürokratisch, überladen und am eigentlichen Bedarf vorbeigehend. Die zielführende Lösung wäre die verbindliche Ansiedlung von Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen an allen für die Notfallversorgung relevanten Krankenhäusern aber mindestens an denen mit der Versorgungsstufe 2 und 3. In diesen Strukturen können dann aktuell in der Entwicklung befindliche Ersteinschätzungsverfahren Anwendung finden, die einerseits die lokale Steuerung unterstützen und andererseits das Versorgungsgeschehen in Routinedaten abbilden. Das Modell „Partnerpraxen“ sehen wir nur in Ergänzung zu einer Notdienstpraxis vor Ort und eher in der sekundären ambulanten Weiterversorgung. Nur so ist dieses Modell auch vereinzelt (z.B. in der Region Rosenheim) erprobt worden.
10. Abschließend empfehlen die Fachgesellschaften diesen wichtigen Punkt der Notfallversorgung in eine grundsätzliche Reform der stationären und ambulanten Versorgung einzubetten und diesen Fahrplan zuerst festzulegen, um die Details in einem zweiten Schritt anzugehen.

Wiesbaden, 23. Mai 2022

## **Stellungnahme**

### **Autoren:**

Univ.-Prof. Dr. Martin Möckel, Prof. Dr. Uwe Janssens, Univ.-Prof. Christian Karagiannidis (DGIIN); Univ.-Prof. Dr. Georg Ertl (DGIM); Univ.-Prof. Dr. Stephan Baldus (DGK); Prof. Dr. Torsten Bauer, Univ.-Prof. Dr. Michael Pfeifer (DGP).

### **Beteiligte Gesellschaften:**

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin e.V.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Angiologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e.V.

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.



## **Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V**

Die DGINA hat bereits im Februar 2021 in einer Pressemitteilung zum Entwurf des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG), in dem der § 120 Absatz 3b des SGB V eingeführt wurde, darauf hingewiesen, dass kein wissenschaftlich validiertes Ersteinschätzungssystem existiert, das automatisiert die Behandlungsdringlichkeit feststellen und zusätzlich auch die Steuerung in die richtige Versorgungsebene sicher gewährleisten kann. Die Etablierung eines Ersteinschätzungssystems zur Patientensteuerung ist nicht sinnvoll, solange nicht geklärt ist, wie die unterschiedlichen Versorgungsebenen vernetzt sind, welches Leistungsspektrum sie aufweisen bzw. zu welchen Zeiten dieses verfügbar ist und wie das Gesamtkonzept einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung sein soll; siehe auch <https://www.dgina.de/news/gemeinsame-pressemitteilung-keine-experimente-mit-der-patientensicherheit-110>.

Das Schreiben des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung vom 27.04.2022 im Namen der AOLG an das Bundesministerium für Gesundheit, in dem die Bundesländer eine Aussetzung des Handlungsauftrages an den G-BA bis mindestens zum 30.06.2024 fordern, bestätigt diese Einschätzung und führt aus, dass auch weiterhin kein Ersteinschätzungssystem existiert, das die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, die ärztlich ungesehen aus dem Krankenhaus/der Notaufnahme heraus weitergeleitet werden sollen, gewährleisten kann und Studienergebnisse hierzu frühestens 2024 vorliegen werden. Weiterhin sollten die Planungen des BMG in Hinsicht auf die zukünftige Ausgestaltung der Notfallversorgung abgewartet werden.

Die DGINA schließt sich der Ansicht der Länder vollumfänglich an und fordert eine Aussetzung, mindestens aber eine Verlängerung der Festlegungen zum § 120 Absatz 3b des SGB V bis zu einem Zeitpunkt, zu dem eine mögliche Weiterleitung von Patienten ohne potentielle Gefährdung der Patientensicherheit in wissenschaftlichen Studien sowie andere Aspekte, wie z.B. der Haftungsfrage, nachgewiesen bzw. geklärt worden sind.

Für den Fall einer Nichtaussetzung des Verfahrens kommentiert die DGINA untenstehend die Entwürfe des G-BA unter dem Vorbehalt, dass wesentliche Strukturen, die für solche Festlegungen erforderlich sind, noch nicht bzw. nicht flächendeckend existieren und erst in einer Notfallreform des BMG beraten werden müssen. Auch erschwert die Übersendung mehrerer Entwürfe die Kommentierung erheblich und ist als inakzeptabel anzusehen.

Aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung geht die DGINA noch auf einzelne Punkte in den Stellungnahmen ein:

- Voraussetzung für eine sinnvolle Beteiligung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an der Notfallversorgung ist eine Einrichtung von 24/7 geöffneten Notdienstpraxen in an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern, zumindest aber die der Stufe der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung.
- Da zur Weiterleitung von Patientinnen und Patienten außerhalb des Krankenhausstandortes überhaupt keine validen Daten vorliegen, bleibt auch eine Festlegung von Zeiten, innerhalb derer Patientinnen und Patienten ärztlich gesehen

werden sollen, ohne jegliche wissenschaftliche Grundlage. Die Unterschiede in den Entwürfen bis zu 30 Tagen (Entwurf A) bzw. 72h (Entwurf C) reflektieren dies eindrücklich. Eine Festlegung kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht getroffen werden.

- Die etablierten 5-stufigen Ersteinschätzungssysteme nach Dringlichkeit (z.B. MTS, ESI) sind nachweislich nicht dazu geeignet, eine Versorgungsstufe festzulegen. Eine Anwendung dieser Systeme zur Steuerung in Versorgungsebenen außerhalb des Krankenhausstandortes gefährdet in großem Maße die Patientensicherheit.
- Aufgrund der hohen Anforderungen von Ersteinschätzungssystemen mit automatisierter Patientenweiterleitung an die Patientensicherheit ist eine externe Zertifizierung, eine interne sowie externe Qualitätssicherung über das IQTIG unvermeidlich. Die in Entwurf D §6 – 9 dargelegten Anforderungen könnten als Lastenheft für solche Systeme dienen.
- Die Anforderungen an das durchzuführende ärztliche und pflegerische Personal implizieren, dass die Ersteinschätzung von Kräften des Krankenhauses vorgenommen wird. Aufgrund des Anspruchs einer 24/7-Durchführung ist dies auch nicht anders möglich. Damit würde aber die Verantwortung für den „Gemeinsamen Tresen“ klar bei den Krankenhäusern liegen müssen.
- Eine Festlegung der ärztlichen Qualifikation zum jetzigen Zeitpunkt ist nicht zielführend, da eine Weiterleitung von Patienten außerhalb des Standortes aufgrund der nicht vorhandenen validierten Systeme nicht in Frage kommt.
- Wenn sich ein Ersteinschätzungssystem für eine Weiterleitung von Patienten als geeignet herausstellt, muss vor einer Implementierung gewährleistet sein, dass eine elektronische Buchung von Terminen in Partnerpraxen über TSS 24/7 sowohl auf Seiten der KV als auch auf Seiten der Krankenhäuser verfügbar ist.
- Wenn sich mehrere Ersteinschätzungssysteme als geeignet herausstellen und entsprechend zertifiziert werden, obliegt die Entscheidung über das eingesetzte System dem Krankenhaus.

Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin DGINA e.V.	
29.05.2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung / Kommentar</b>
<b>Stellungnahme Entwurf A</b>	
<b>§ 1, (1)</b>	Nach den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern sind validierte Systeme zur Ersteinschätzung vorzuhalten. Die in Deutschland meist genutzten Systeme sind das Manchester Triage System (MTS) und der Emergency Severity Index (ESI). Beide Systeme legen die Behandlungsdringlichkeit von Notfallpatienten fest und geben die maximale Zeit bis zum Arztkontakt vor.  Die „Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und

29.05.2022

	<p><i>standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden“</i> sind nicht zu erfüllen, da aktuell kein wissenschaftlich validiertes System existiert, welches unter Berücksichtigung der Patientensicherheit die Weiterleitung von Patienten zu einer Behandlung außerhalb des Krankenhauses nachgewiesen hat.</p> <p>Zur Umsetzung des §1 (1) ist eine wissenschaftliche Validierung von Ersteinschätzungssystemen hinsichtlich der kombinierten Kriterien Behandlungsdringlichkeit und Versorgungsebene auf der Basis definierter Leistungsspektren aller Versorgungsebenen erforderlich.</p>
<p><b>§ 1, (2)</b></p>	<p>Im Entwurf wird für die Vergütung ambulanter Leistungen von Notfällen vorausgesetzt, dass auf Basis eines (bisher nicht existenten) Ersteinschätzungssystems ein sofortiger Behandlungsbedarf besteht. Die Notwendigkeit einer Behandlung im Krankenhaus ist jedoch zum Beispiel auch für Patienten mit nicht dringlichem Behandlungsbedarf gegeben, wenn für diese Behandlung die spezifischen Ressourcen des Krankenhauses erforderlich sind, der Patient aufgrund einer eingeschränkten Mobilität nur mit erhöhtem logistischen Aufwand und mit einer, für den Patienten nicht zumutbaren Belastung in einer entfernten Praxis vorgestellt werden kann.</p> <p>Der „sofortige Behandlungsbedarf“ ist als Kriterium für die Auslösung einer Vergütung von ambulanten Leistungen am Krankenhaus nicht tauglich und weder medizinisch noch aus sozialen Gesichtspunkte definiert Zudem würde dadurch eine Vergütung ohne vorherige Diagnosestellung ausgelöst.</p>
<p><b>§ 2, (1)</b></p>	<p>Die Weiterleitung von Patienten in vertragsärztliche Strukturen außerhalb des Krankenhauses innerhalb von 30 Fahrminuten oder 7 Tagen ist aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz hinsichtlich eines Ersteinschätzungsverfahrens keinesfalls möglich. Die Fahrzeit von 30 Minuten setzt voraus, dass ältere, alleinstehende Patienten z.B. in den Nachtstunden mit öffentlichen Verkehrsmitteln diese erreichen können. Der Zeitraum von 7 Tagen ist willkürlich festgelegt und entbehrt jeder Evidenz, so dass Haftungsfragen vorprogrammiert sind.</p>
<p><b>§ 2, (3)</b></p>	<p>Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten ist richtig.</p> <p>Hinweis: Bei Patienten, die durch die „Ressource Rettungsdienst“ vorgestellt werden, ist durch hoch qualifiziertes medizinisches Personal (Notfallsanitäter) bereits die Entscheidung getroffen worden, dass zur Behandlung die Mittel des Krankenhauses notwendig sind. Für</p>

29.05.2022

diese Patienten ist eine Weiterleitung nicht sinnvoll.

**§ 2, (4)**

Insgesamt sind die Anforderungen an die ersteinschätzende Kraft sehr hoch.

4 a. Bei ersteinschätzenden Pflegekräften mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ ist die zweijährige Berufserfahrung per se gegeben.

4 b. Schulung in der Anwendung des verwendeten Ersteinschätzungsinstrumentes ist unabdingbar. Der Schulungserfolg muss überprüfbar sein.

4 c / d. Die Teilnahme an ½ jährlichen Qualitätszirkeln und regelmäßigen (mindestens 3 monatlichen) notfallmedizinischen Fortbildungen sollte für alle Mitarbeitende, die bei der Ersteinschätzung involviert sind, angeboten werden.

**Anforderung an ersteinschätzende Kraft:**

- Notfallmedizinisch qualifizierter Gesundheitsberuf (idealerweise Notfallpflege) mit mindestens 2-jähriger Erfahrung in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin in einer zentralen Notaufnahme. Die Schulung in der Anwendung des verwendeten Ersteinschätzungsinstrumentes ist unabdingbar. Der Schulungserfolg muss überprüfbar sein.

**§ 2, (5)**

Grundsätzlich ist die Forderung, dass ein Facharzt mit der ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin verfügbar sein sollte, zu unterstützen. Aufgrund der Tatsache, dass der Erwerb der ZWB in einigen Bundesländern erst seit 1 Jahr möglich ist, sind Ärzte mit der ZWB noch nicht ausreichend verfügbar. Unter Einrichtung einer Übergangsregelung sollte die Qualifikation „mindestens Facharztstandard in einem notfallmedizinisch assoziierten Fach mit mindestens 1 Jahr klinische Tätigkeit in der Notaufnahme“ gefordert werden.

**§ 3, (1)**

1 a. Zustimmung

1 b. Zustimmung

1 c. Die Ermittlung der Behandlungsdringlichkeit in einem 5-stufigen System ist nachvollziehbar, wenn dies auf der Basis von MTS oder ESI

29.05.2022

erfolgt. Vor dem Hintergrund eines neu zu entwickelnden Systems kann theoretisch auch eine höhere Anzahl von Stufen in Betracht kommen. Ein 5-stufiges System muss Mindestvoraussetzung sein, um alleine die Behandlungsdringlichkeit wissenschaftlich evident darzustellen und eine Integration in das Patientenflusskonzept einer Notaufnahme zu gewährleisten.

**1 d. Der komplette Abschnitt 1 d. ist abzulehnen und in dieser Form nicht begründbar und gefährdet die Patientensicherheit.**

- Es existieren aktuell keine wissenschaftlich evaluierten Ersteinschätzungssysteme, die mit hinreichender Evidenz eine Weiterleitung von Patienten in Versorgungsstrukturen außerhalb des Krankenhauses ermöglichen. Aktuelle Studien untersuchen die Weiterleitung in Notdienstpraxen in unmittelbarer Nähe zur Notaufnahme. Studienergebnisse, die eine Weiterleitung in Versorgungsebenen außerhalb des Krankenhauses bewerten, werden innerhalb der nächsten Jahre nicht vorliegen.
- Für die Festlegung einer Zeitspanne, innerhalb der sich ein Patient nach Ersteinschätzung und Festlegung der Versorgungsebene „Partnerpraxis“ unter Ausschluss einer Patientengefährdung vorstellen kann, liegen ebenfalls bislang keine wissenschaftlichen Daten vor. Weder für Leitsymptome noch für bestehende und bekannte Diagnosen sind weltweit derartige Zeitspannen definiert.

**Die Entscheidung, ob eine Weiterleitung / Weiterbehandlung in eine/r ambulanten Versorgungsstruktur möglich ist, setzt eine umfassende Behandlung (Diagnostik und ärztliche Konsultation) in der Notaufnahme voraus. Diese ist auf Basis der Ersteinschätzung hier nicht vorgesehen und wird zudem auch nicht vergütet.**

1 e. Eine Empfehlung zum voraussichtlichen Ressourcenbedarf kann durch das System, nur auf Basis der Ersteinschätzung, schwerlich getätigt werden. Die Abschätzung der erforderlichen Ressourcen ist nur durch eine eingehende ärztliche Anamnese und Untersuchung mit nachfolgender Differentialdiagnosestellung in der Notaufnahme möglich. Andernfalls können Situationen entstehen, in denen der Patient zunächst in die ambulante Versorgungsebene verwiesen wird und von dort, nach jetzt erstmaliger ärztlicher Untersuchung, zur weiteren Diagnostik in die Klinik eingewiesen wird.

1 f. – g. Zustimmung. Dokumentation und Information sind Voraussetzung.

**§ 3, (2)**

2 c. Eine Priorisierung der Notdienstpraxis im Krankenhaus /in der Notaufnahme gegenüber einer entfernten Partnerpraxis ist richtig.

29.05.2022

	<p>Letztlich erübrigt sich die Differenzierung, da es für die gefahrlose Weiterleitung in eine Partnerpraxis bisher keine Evidenz gibt. Auch die Festlegung auf die Stufen 3 – 5 erübrigt sich, da das Ersteinschätzungssystem noch nicht existent ist</p> <p>2 d. Die Weiterleitung an eine Partnerpraxis, die innerhalb eines 30-Minuten-PKW-Fahrzeitenradius erfolgen soll, berücksichtigt nicht die Mobilitätsfähigkeit der Patienten. Kein PKW vorhanden, Fahrtzeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Taxifahrt mit Kosten zu Lasten des Patienten oder der Klinik oder des Vertragsarztes? Krankentransport? Auch der saisonale Einfluss auf die Mobilität z.B. in den Wintermonaten in ländlichen Regionen bleibt unberücksichtigt. Da ein relevanter Anteil der dann in einer Partnerpraxis ambulant erstbehandelnden Patienten erwartungsgemäß wieder in eine Klinik eingewiesen werden wird, sind weitere Folgekosten und eine Mehrfachbelastung der Rettungsdienste vorprogrammiert.</p> <p>2 e. Die Prüfung zur Weiterleitung in eine Partnerpraxis durch einen Arzt mit der ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin stellt somit eine Qualifikationsanforderung dar, die über der Qualifikation von Ärzten in der Notaufnahme liegt, die kritisch kranke Patienten der MTS / ESI Stufen 1 und 2 behandeln.</p>
<p><b>§ 4, (1)</b></p>	<p>Analog zu den vorstehenden Ausführungen besteht keine wissenschaftliche Evidenz für eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Krankenhauses, die innerhalb eines 30-Minuten PKW-Fahrtzeitradius zu erreichen sind und die eine Gefährdung der Patientensicherheit ausschließt.</p> <p>Weiterhin bleibt unklar, wie über 24h / 7d eine vollständige Abdeckung für jede Fachrichtung im Notdienst durch die KV gewährleistet wird. Bisher wird diese Leistung in ganz Deutschland zwischen 21 Uhr und 8 Uhr in über 90% von den Notaufnahmen der Kliniken gewährleistet, aber formal im Rahmen von Kooperationsverträgen der KV zugeschrieben. Die KVen verweigern sowohl in den Notdienstpraxen als auch in den Partnerpraxen eine 24h / 7d Bereitschaft aus wirtschaftlichen Gründen. Auch das Fahrdienstangebot der KVen wurde durch Zusammenlegung von Regionen weiter ausgedünnt, sodass aufgrund der zunehmenden Entfernungen zwischen den Einsatzorten nur noch wenige Patienten ambulant vor Ort behandelt werden können. Das Partnerpraxisprinzip kann dann unterstützt werden, wenn für die meist frequentierten Fachspezialitäten eine 24h / 7 d Bereitschaft organisiert werden kann. Die bisherigen Kooperationsverträge mit den Kliniken führen in weiten Teilen Deutschlands bereits jetzt zu einer nächtlichen Überlastung von ambulanten Patienten. Somit wird durch diese Regelung ein</p>

Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin DGINA e.V.	
29.05.2022	
	<p>zusätzlicher Bedarf generiert, der durch die KV nicht getragen werden kann, sondern die Notaufnahmen zu Unzeiten überlastet.</p> <p>Die detaillierte Steuerung in die angegebenen Facharztgruppen ist über das Ersteinschätzungssystem nicht verfügbar/möglich und auch nicht validiert. Eine Steuerung in die Facharztgruppen ist nur durch eingehende ärztliche Untersuchung und Anamnese möglich.</p>
<b>§ 5</b>	<p>Der Ergebnisbericht sollte in einer datenschutzkonformen Cloud-Lösung gespeichert werden, auf die Krankenhaus und KV Zugriff haben. Die Anlage einer elektronischen Patientenakte im KIS des Krankenhauses widerspricht der Intention, die Patienten/„Hilfesuchenden“ nicht in die Behandlungsabläufe des Krankenhauses einzuschließen.</p>
<b>§ 6, (1)</b>	<p>Qualitätsanforderungen an ein Ersteinschätzungssystem zu definieren ist zu begrüßen und notwendig. Allerdings ist (wie bereits oben mehrfach beschrieben) davon auszugehen, dass es in absehbarer Zukunft kein wissenschaftlich validiertes Ersteinschätzungssystem geben wird, welches die dargestellten Qualitätskriterien auf der Basis definierter Rahmenbedingungen erfüllt.</p> <p>1 c. Sehr kritischer Absatz. Nebendiagnosen und soziale Faktoren haben einen erheblichen Einfluss auf die Entscheidungen und es ist unverständlich, warum dies im Entscheidungsalgorithmus nicht abgebildet werden soll. Vulnerable Patientengruppen (kognitiv eingeschränkte Patienten, körperlich Behinderte, chronisch Kranke, ältere Alleinstehende, infektiöse Patienten, ....) werden durch diesen Absatz offensichtlich benachteiligt.</p>
<b>§ 6, (2) (3)</b>	<p>Die Erhebung der Daten ist prinzipiell sinnvoll, stellen diese doch grundsätzlich die erbrachten Leistungen im KV Bereich dar und machen diese überprüfbar. Eine Analyse der so erhobenen Daten sollte aber im Monatsintervall erfolgen und nicht erst mit Zeitverzögerungen nach einem Quartal. Eine Definition über die zu erbringenden Leistungen fehlt jedoch, ebenso wie die hieraus abzuleitenden Konsequenzen.</p> <p>Die Weiterleitung der Daten an das IQTIG ist zu begrüßen, sollte jedoch gleichermaßen für das Krankenhaus und die KV gelten .</p>
<b>§ 7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es fehlt eine Regelung, die die Konsequenzen festlegt, wenn ein Ersteinschätzungssystem die Anforderungen nicht erfüllt. Die Weiterleitung in Versorgungsstrukturen ausserhalb des Krankenhauses müsste dann komplett ausgesetzt werden und der Vergütungsanspruch für alle Notaufnahmepatienten</li> </ul>

29.05.2022

weiterbestehen. Im Grunde gibt es dann auch keine Grundlage für die pflegerischen und ärztlichen Personalvorgaben zur Ersteinschätzung mehr, so dass die komplette Richtlinie ausgesetzt werden sollte.

- Es fehlt die Festlegung, wer die Ersteinschätzung betreibt (Krankenhaus oder KV ?) und damit z.B. auch medizinisch haftungsrechtliche Konsequenzen bei fehlerhafter Anwendung trägt. Die KV kann keinesfalls Betreiber werden, da ihr als Organisation die medizinisch fachliche Qualifikation im Anwendungsszenario fehlt. Wird die Ersteinschätzung im Rahmen der Delegation vollzogen, so sollte auch die ärztliche Qualifikation hierzu definiert sein.
- Haftungsfragen sind unter verschiedenen Perspektiven nicht abschließend geklärt.
- Wenn mehr als ein Ersteinschätzungssystem die Anforderungen erfüllt, können dann mehrere Systeme nebeneinander existieren? Wer trifft die Auswahl? Ist die Anforderung an ein einheitliches System über die Sektoren hinweg damit noch zu gewährleisten (und ist es überhaupt möglich und nötig)?

Da zu erwarten ist, dass die Ersteinschätzungssysteme im Hinblick auf künstliche Intelligenz und Profil-/Mustererkennung in den nächsten Jahren einen deutlichen Wissenszuwachs erfahren werden, sollte eine Durchlässigkeit im Hinblick auf die zu implementierenden System geschaffen werden, um unter Qualitätsgesichtspunkten eine kontinuierliche Verbesserung zu ermöglichen und die Standards im Laufe der Jahre unter Patientensicherheitsaspekten weiter anheben zu können. Ein starres System für ganz Deutschland ist abzulehnen, da damit auch jeder wissenschaftliche Weiterentwicklungsmöglichkeit blockiert wird und die Patienten nicht an den neuesten medizinischen Entwicklungen, wie z.B. im Leitlinienprozess seit Jahren etabliert, profitieren können.

**Stellungnahme Entwurf B**

**§ 1, (2)**

Es ist richtig, dass Patienten, die mit einer Einweisung vorstellig werden, keine Evaluation hinsichtlich einer Weiterleitung in die vertragsärztlichen Strukturen außerhalb des Krankenhauses benötigen . Dies muss auch für Patienten gelten, die mit einer Einweisung aus einer Notdienstpraxis vorstellig werden.

29.05.2022

<p><b>§ 1, (3) (4)</b></p>	<p>Die Aussetzung der Ersteinschätzung für die Kinderversorgung ist nicht schlüssig.</p> <p>Die Verpflichtung zur Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit nach MTS/ESI muss bestehen bleiben. Zum einen sind diese Systeme international im Einsatz und zum anderen wird die Validität zur Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit durch zahlreiche international publizierte und referenzierbare Publikationen untermauert.</p>
<p><b>§ 2 (3)</b></p>	<p><b><u>Analog zur Stellungnahme in Entwurf A</u></b></p> <p><b><u>Anforderung an ersteinschätzende Kraft:</u></b></p> <p>- Notfallmedizinisch qualifizierter Gesundheitsberuf (idealerweise Notfallpflege) mit mindestens 2-jähriger Erfahrung in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin in einer zentralen Notaufnahme. Die Schulung in der Anwendung des verwendeten Ersteinschätzungsinstrumentes ist unabdingbar. Der Schulungserfolg muss überprüfbar sein.</p>
<p><b>§ 3 (1)</b></p>	<p>a., b., c. stellen die aktuellen Anforderungen an Ersteinschätzungssysteme (ESI / MTS) dar.</p> <p>Eine Weiterleitung aufgrund dieser Ersteinschätzung in Partnerpraxen ist aufgrund fehlender wissenschaftlicher Evidenz nicht möglich. Siehe Kommentare in Entwurf A.</p>
<p><b>§ 3, (2)</b></p>	<p>Die Berücksichtigung der Dringlichkeitsstufen 1-3 für eine Behandlung im Krankenhaus ist richtig und aus den Erfahrungen der Fachgesellschaft notwendig.</p>
<p><b>§ 3, (3)</b></p>	<p>Die Weiterleitung und Einhaltung von Behandlungszeiten auf Basis der Fahrtzeitenregelung ist nicht tauglich.</p> <p>Siehe Kommentar in Entwurf A</p> <p>2 d. Die Weiterleitung an eine Partnerpraxis, die innerhalb eines 30-Minuten-PKW-Fahrtzeitenradius erfolgen soll, berücksichtigt nicht die Mobilität der Patienten. Kein PKW vorhanden, Fahrtzeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Taxifahrt mit Kosten zu Lasten des Patienten oder der Klinik oder des Vertragsarztes? Krankentransport?</p>
<p><b>§ 3, (4)</b></p>	<p>Wie bereits in Entwurf A beschrieben, ist eine Weiterleitung in eine nicht im bzw. am Krankenhaus etablierte Notdienstpraxis nicht möglich. Für die gefahrlose Weiterleitung in Partnerpraxen gibt es</p>

29.05.2022

	keine wissenschaftliche Evidenz. Eine Weiterleitung kann allenfalls nach ausführlicher ärztlicher Untersuchung und Anamnese (NICHT „Sichtung“!) erfolgen. Die hierfür aufgewendeten zeitlichen Ressourcen müssen entsprechend vergütet werden.
<b>§ 3, (5)</b>	Siehe Kommentar in Entwurf A (Cloud Lösung)  Eintrag in die elektronische Gesundheitsakte sinnvoll
<b>§ 4, (1)</b>	Damit besteht für die KV keine umfassende Erfüllung des Sicherstellungsauftrages mehr.  Sollte sich am Krankenhaus eine Notdienstpraxis mit 24/7 Verfügbarkeit befinden, so ist diese in die Versorgung einzubinden
<b>§ 4, (2) (3) (4)</b>	Die Bereitstellung von Informationen zur Verfügbarkeit von Notdienstpraxen und Partnerpraxen ist zwingend erforderlich und muss in das Ersteinschätzungssystem integriert sein. Die hierfür erforderlichen Daten müssen von der KV in das System übermittelt werden und automatisiert am Ende des Ersteinschätzungsprozesses im Ergebnis mitgeteilt werden.  Darüber hinaus muss die KV Sorge tragen, dass neben der Verfügbarkeit auch die Versorgungsqualität und Strukturqualität gewährleistet ist.
<b>§ 5, (1) (2) (3)</b>	Die Übermittlung der Daten und die Evaluation der Prozesse im Krankenhaus ist nachvollziehbar. Allerdings fehlt die Evaluation der Prozesse in den Notdienst- und Partnerpraxen. Hier müssen ebenfalls die Daten erfasst und übermittelt werden. Im Besonderen müssen die Patientenströme erfasst werden, die nach einer Weiterleitung wieder in das Krankenhaus zurück oder in eine weitere fachärztliche Behandlung überwiesen werden.
<b>Stellungnahme Entwurf C</b>	
<b>§ 3 (1)</b>	Abweichend von den Entwürfen A und B wird hier erstmalig der Begriff der „Triagekraft“ verwendet und festgelegt, dass dies vom Krankenhaus eingesetztes (finanziertes?) Personal ist. Die Qualifikationen sind analog zu den Entwürfen A und B anzusetzen.  Abweichend von dem Entwurf C werden folgende Anforderungen an die ersteinschätzende Kraft für notwendig gehalten:

29.05.2022

	<p><b><u>Anforderung an ersteinschätzende Kraft:</u></b></p> <p>- Notfallmedizinisch qualifizierter Gesundheitsberuf (idealerweise Notfallpflege) mit mindestens 2-jähriger Erfahrung in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin in einer zentralen Notaufnahme. Die Schulung in der Anwendung des verwendeten Ersteinschätzungsinstrumentes ist unabdingbar. Der Schulungserfolg muss überprüfbar sein.</p>
<p><b>§ 3, (2)</b></p>	<p>Auch hier wird ein neuer Terminus „Notfallambulanz“ eingeführt. Entsprechend dem G-BA Beschluss zur Stufung der stationären Notfallversorgung sollte hier einheitlich von „zentraler Notaufnahme“ gesprochen werden.</p> <p>Zur ärztlichen Qualifikation siehe Kommentar zu §2 Entwurf A</p>
<p><b>§ 4 (1)</b></p>	<p>Wird im Rahmen des GBA Beschluss zur Stufung der stationären Notfallversorgung bereits so umgesetzt.</p>
<p><b>§ 4 (2) (3)</b></p>	<p>Wie bereits in den Kommentaren in Entwurf A und B ausführlich dargestellt, liegen hierzu keine wissenschaftlich validierten Daten vor.</p> <p>Es existieren keine Ersteinschätzungssysteme mit hinreichender wissenschaftlicher Evidenz.</p>
<p><b>§ 5 (1)</b></p>	<p>Nicht das Krankenhaus hat zu prüfen, ob eine vertragsärztliche Einrichtung zur Verfügung steht, sondern die KV hat dem Krankenhaus und/oder dem Patienten mitzuteilen, welche vertragsärztlichen Ressourcen zur Verfügung stehen. (Bringschuld der KV).</p> <p>Die in § 5 umfänglich beschriebenen Aufgaben sind nicht mehr Aufgaben des Krankenhauses, wenn nach einer Ersteinschätzung die Entscheidung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gefallen ist.</p>
<p><b>§ 6</b></p>	<p>Wie bereits in den Kommentaren in Entwurf A und B ausführlich dargestellt, liegen hierzu keine wissenschaftlich validierten Daten vor.</p> <p>Es existieren keine Ersteinschätzungssysteme mit hinreichender wissenschaftlicher Evidenz.</p>
<p><b>§ 8</b></p>	<p>Statt der Formulierung hier in Entwurf C wird die Formulierung in § 6 -</p>

Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin DGINA e.V.	
29.05.2022	
§ 9 § 10	§9 in Entwurf D vorgeschlagen.
<b>Stellungnahme Entwurf D</b>	
§1	Ziel ist eine koordinierte ambulante Notfallversorgung im Sinne der o.g. Paragraphen. Eine Entlastung der Notaufnahme kann nur dann realisiert werden, wenn die Notdienstpraxen 24h / 7d verfügbar sind, um eine Überlastung der Notaufnahmen zu Unzeiten zu vermeiden. Bisher werden die Notaufnahmen im Rahmen der KV Kooperationsverträge mit den Kliniken vor allem in den Nachtstunden von ambulanten Patienten überlastet. Ein Erstsichtungsinstrument würde dann aufgrund der fehlenden Verfügbarkeit von Weiterleitungsmöglichkeiten ad absurdum geführt werden, da dann wieder in der Notaufnahme – wegen Kooperation – die Behandlung stattfindet. Eine Überbürokratisierung wäre die Folge ohne einen Mehrwert für die Effizienz oder die Patientenbedürfnisse.
§2	Abs. 4/5) Die pädiatrischen Patienten und auch die Spezialversorger bedürfen wie alle anderen Patienten eines validierten Ersteinschätzungsinstrumentes. Von daher sollte keine Differenzierung im Prozess zwischen den Patientengruppen erfolgen, um nicht andere Patientengruppen durch Nichtanwendung zu bevorzugen oder zu benachteiligen. Die Wirkung eines Ersteinschätzungsinstrumentes entfaltet sich in der Regel in der Crowding Situation, so dass dann in jedem Fall eine Erstsichtung zur Festlegung des Zeitintervalls bis zum Arztkontakt objektiv und valide erfolgen muss. Eine Erstsichtung kann dann ausgesetzt werden, wenn der Patient ohne Wartezeit behandelt werden kann.
§5	Abs. 2) Alle Patienten müssen eine Ersteinschätzung nach Behandlungspriorität erhalten, um im Falle einer Notaufnahmebehandlung sofort in den Patientenfluss der Notaufnahmen integriert werden zu können.  Abs. 5) Die Festlegung auf einen cut off bei einem bisher nicht existenten System ist nicht sinnvoll.  Abs. 6) Wenn diese im Entwurf D gewählte Formulierung impliziert, dass die Notdienstpraxis im Krankenhaus oder in der Notaufnahme integriert ist, ist diese Formulierung zu unterstützen.

29.05.2022

**§ 10**

Die Regelungen zum Inkrafttreten in Entwurf D werden ausdrücklich unterstützt und sollten auch in den anderen Entwürfen berücksichtigt werden.

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin DGINA e.V.</b>		
<b>Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	<b>Wir nehmen teil</b>
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	<b>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</b>	

DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Herrn  
Dirk Hollstein  
Abteilung Methodenbewertung und veranlasste  
Leistungen

Via E-Mail: [ErsteinschaetzungNV@g-ba.de](mailto:ErsteinschaetzungNV@g-ba.de)

**Der Präsident**  
Prof. Dr. med. Jörg Dötsch

**Geschäftsstelle**  
Chausseestr. 128/129  
10115 Berlin  
Tel. +49 30 3087779-0  
Fax: +49 30 3087779-99  
[info@dgkj.de](mailto:info@dgkj.de) | [www.dgkj.de](http://www.dgkj.de)

**Hausadresse:**  
Universitätsklinikum Köln  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Kerpener Str. 62  
50937 Köln  
Tel. +49 221 478-4350  
Fax: +49 221 478-4635  
[doetsch@dgkj.de](mailto:doetsch@dgkj.de)

Köln, 30.05.2022

**Stellungnahme zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalles an ein Krankenhaus wenden, gemäß § 120 Absatz 3 BSGB V**

Sehr geehrter Herr Hollstein,  
sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für die Möglichkeit zu einer Stellungnahme zu dem oben genannten Entwurf.

Völlig zurecht hat der G-BA für die stationäre Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen eigene Strukturen definiert, die getrennt von denen für erwachsene Patienten zu sehen sind. Dieses muss sich auch in dem oben genannten Entwurf widerspiegeln; dieses können wir aber in allen vier vorgelegten Entwürfen entweder gar nicht oder nicht in ausreichendem Maße erkennen. Kurz zusammengefasst halten wir daher die 4 vorgelegten Entwürfe für unzureichend.

**Begründung:**

Die Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen während der Werkzeuge, aber auch nachts und an den Wochenenden, ist in einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt:innen sowie Kinderkliniken und Kinderabteilungen gut geregelt. An vielen Orten, an denen ausreichende Ressourcen vorhanden sind, gibt es gemeinsam betriebene Notfallpraxen, die nachts von den Kliniken übernommen werden. So sieht es auch die Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern in § 25 (Modul Notfallversorgung Kinder), Abs. 2, letzter Spiegelstrich, ausdrücklich vor. Oft erfüllen diese die Strukturkriterien, die an ein integriertes Notfallzentrum für Kinder (KINZ) zu stellen sind. In strukturschwächeren und bevölkerungsärmeren Gegenden werden die Notfallpraxen oft von den Kinderkliniken betrieben. Durch diese Vernetzung ist eine flächendeckende Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland gesichert, in der Regel mit einem fixen Ansprechpunkt pro Stadt oder Region. Insofern ist eine vorgeschaltete erste Einschätzung, ob Patienten an eine, womöglich an einem anderen Ort angesiedelte KV-Notfallpraxis

verwiesen werden sollten, für die Pädiatrie hinfällig. Sinnvoll könnte hingegen ein Notfall-Leitsystem mit Vorhaltung spezieller Expertise für kranke Kinder und Jugendliche mit strukturierter auf die spezifischen Bedürfnisse angepasste Ersteinschätzung (z.B. SmED, mit eigenem Modul für Kinder und Jugendliche) sein.

Darüber hinaus werden in den verschiedenen Entwürfen personelle und strukturelle Voraussetzungen gefordert, die in der Kinder- und Jugendmedizin nicht sinnvoll sind. Beispielhaft ist die Vorhaltung von Pflegekräften mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ zu nennen. Dieses ist zudem für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende fachlich nicht erforderlich, da die Pflege von kranken Kindern und Jugendlichen ohnehin sehr stark notfalldominiert ist. Die Fachweiterbildung Notfallpflege widmet dem Kindernotfall lediglich 28 Stunden Ausbildungszeit. Das liegt weit unter den Kindernotfall-spezifischen Ausbildungsinhalten für die grundständige Ausbildung zur/m Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in. Insofern sind die strukturellen Vorgaben für die Pädiatrie nicht anwendbar und sollten sich stattdessen an den Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung in § 25, Abs. 3, zweiter Spiegelstrich der stationären Notfallregelung orientieren (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft im Präsenzdienst).

Zu den vier vorgelegten Entwürfen ist im Detail folgendes zu kommentieren:

Entwurf A und C:

Hier werden gar keine spezifischen Regelungen für die Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen genannt. Somit ist die Kinderversorgung eigentlich ausgeschlossen; es wird einzig erwähnt, dass die KV-Notfallpraxen pädiatrische Versorgungsangebote vorhalten können.

Entwurf B:

Hier wird vorgeschlagen, dass Krankenhäuser oder Einrichtungen, die an der gestuften Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen teilnehmen, dieses Ersteinschätzungsverfahren „nicht zwingend“ durchführen müssen, da, so die Erläuterung der tragenden Gründe, dieses Ersteinschätzungsinstrument als „nicht angemessen“ für die Anamneseerhebung und Berücksichtigung sozialer Faktoren angesehen wird, und da „Lücken in der vertragsärztlichen pädiatrischen Notfallversorgung antizipiert“ werden. Wir teilen die Auffassung, dass dieses Instrument in der beschriebenen Form in der Tat nicht auf Kinder und Jugendliche sinnvoll anzuwenden ist.

Entwurf D:

Hingegen wird hier formuliert, dass die Krankenhäuser nur dann das Einschätzungsverfahren anwenden sollen, wenn das Instrument dafür die notwendigen fachspezifischen Module enthält. Neben einem fachspezifischen Ersteinschätzungsinstrument wären aber auch fachspezifische Strukturvoraussetzungen zu definieren, woran wir uns gerne konstruktiv beteiligen.

Zusammenfassend bildet also keiner der vier vorgeschlagenen Entwürfe, allenfalls Vorschlag D in Ansätzen, die Versorgungsstrukturen für kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland angemessen ab. Alle vier Entwürfe zeichnen auch keine Option, wie unter erfüllbaren strukturellen Bedingungen eine sinnvolle Ersteinschätzung erfolgen sollte. Zudem erfolgt in den allermeisten Regionen die pädiatrische Notfallversorgung hinter derselben Tür, partnerschaftlich zwischen den niedergelassenen und Krankenhausärzt:innen. Zu vermeiden wäre aus

unserer Sicht eine Ersteinschätzung, die einer ohnehin verpflichtenden Triage vorgeschaltet ist und damit unnötig den Aufwand verdoppelt.

Unsere Fachgesellschaften und Verbände, unter anderem BVKJ, DGKJ, BEKD und GKinD erarbeiten derzeit Kriterien, die einer Patientenallokation der Notfallversorgung regeln sollen. Wir halten diese Instrumente für deutlich besser geeignet, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen abzubilden und sicherzustellen. Als Beispiel ist das SmED-Tool für Notfallindikationen in der Pädiatrie zu nennen.

Daher bitten wir Sie, die ambulante Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen zunächst aus dem Entwurf komplett herauszunehmen, damit die bereits existierenden und funktionierenden Strukturen zu sichern, und uns die Möglichkeit einzuräumen, unsere bereits etablierten Strukturen im Rahmen von integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche in einem eigenen "Modul ambulante Notfallversorgung Kinder" erfolgreich weiterzuentwickeln.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dötsch  
Präsident DGKJ



Prof. Dr. Schneider  
Sprecher des Konvents für fachliche  
Zusammenarbeit

Gemeinsamen Bundesausschuss  
z.Hd. Herrn Dirk Hollstein  
Stellv. Leiter der Abt. M-VL  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

Akarca, 30.05.2022

**Stellungnahme der DGNI zu den Beschlussentwürfen des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden**

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Hollstein,  
im Folgenden nimmt die **Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI)** Stellung zu den Beschlussentwürfen des GBAs:

Als Präsident der Fachgesellschaft, die diejenigen Notfall-Patienten mit Erkrankungen des Nervensystems vertritt, erhalten Sie im Folgenden von mir im Namen des DGNI-Präsidiums eine sehr kritische Bewertung der GBA-Entwurfvorlage. **Die gegenwärtigen Entwürfe sind in der aktuellen Form keinesfalls haltbar und leisten Tod und schwerer Behinderung Vorschub.** Bitte verzeihen Sie die drastische Sprache an dieser Stelle, aber sie stellt keine Übertreibung dar. Wir werden Ihnen dies im Folgenden detailliert begründen. Die besondere Gruppe der neurologischen Notfallpatienten findet in der gegenwärtigen Entwurfvorlage keine bis eine sehr unzureichende Berücksichtigung.

Vorzustellen ist die Besonderheit neurologischer Notfallpatienten: einerseits weisen akute neurologische Erkrankungsbilder eine deutliche Zeitabhängigkeit mit rasch verschlechternder Prognose (Mortalität und Morbidität) bei verzögerter Detektion und Therapiebeginn auf. Eine Akzentuierung dieser Problematik ergibt sich aus einem relevanten Anteil von Fehlzuordnungen neurologischer Akutpatienten insbesondere bei nur geringer Symptomatik oder den

Deutsche Gesellschaft für  
Neurointensiv- und Notfallmedizin  
Carl-Pulfrich-Str. 1  
07745 Jena  
Telefon: 03641 31 16 450  
Fax: 03641 31 16 240  
E-Mail: [gs@dgni.de](mailto:gs@dgni.de)  
Internet: [www.dgni.de](http://www.dgni.de)

**Präsident:**  
Prof. Dr. med. Julian Bösel, FNCS  
Klinikum Kassel GmbH  
Klinik für Neurologie  
Mönchebergstraße 41-43  
34125 Kassel  
Telefon: 0561 980 40 51  
E-Mail: [mail@julian-boesel.de](mailto:mail@julian-boesel.de)

**1. Vizepräsident:**  
Prof. Dr. med. Oliver Sakowitz  
RKH Klinikum Ludwigsburg  
Neurochirurgisches Zentrum  
Ludwigsburg-Heilbronn  
Posilipstr. 4  
71640 Ludwigsburg  
Telefon: 07141 996 71 01  
E-Mail: [oliver.sakowitz@rkh-kliniken.de](mailto:oliver.sakowitz@rkh-kliniken.de)

**2. Vizepräsident:**  
Prof. Dr. Thomas Westermaier, MHBA  
Helios Amper-Klinikum Dachau  
Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Chefarzt Neurochirurgie  
Krankenhausstraße 15  
85221 Dachau  
Telefon: 08131 76 68 50 00  
E-Mail: [thomas.westermaier@helios-gesundheit.de](mailto:thomas.westermaier@helios-gesundheit.de)

**Schatzmeister:**  
PD Dr. med. Wolf-Dirk Niesen  
Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Neurologie und Neurophysiologie  
Breisacher Str. 64  
79106 Freiburg  
Telefon: 0761 270 53 07 0  
E-Mail: [wolf-dirk.niesen@uniklinik-freiburg.de](mailto:wolf-dirk.niesen@uniklinik-freiburg.de)

**Schriftführerin:**  
Dr. med. Katja Wartenberg  
Universitätsklinikum Leipzig  
Klinik und Poliklinik für Neurologie  
Liebigstr. 20  
04103 Leipzig  
Telefon: 0341 972 00 72  
E-Mail: [katja.wartenberg@medizin.uni-leipzig.de](mailto:katja.wartenberg@medizin.uni-leipzig.de)

**Beisitzer:**  
Dr. Sylvia Bele, IFAANS  
Universitätsklinikum Regensburg  
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
93093 Regensburg  
Telefon: 0941 944 190 71  
E-Mail: [sylvia.bele@ukr.de](mailto:sylvia.bele@ukr.de)

**Nichtärztlicher Beisitzer**  
Dr. Peter Nydahl, MSn, BScN  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin  
Brunswiker Str. 10  
24105 Kiel  
Telefon: 0431 50 01 28 13  
E-Mail: [Peter.Nydahl@uksh.de](mailto:Peter.Nydahl@uksh.de)

durch den neurologisch Ungeübten nur schwer zu erfassenden Symptomen. Des Weiteren ergibt sich gerade bei initial neurologisch nur leicht betroffenen Patienten mit z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Sensibilitätsstörungen, kognitiven Verschlechterungen i.d.R. eine breite Differentialdiagnose, die sich nur durch eine qualifizierte Anamnese und gezielte neurologische Untersuchung neben Zusatzdiagnostik auflösen lässt, weswegen bei neurologischen Symptomen v.a. die neurologische Fachqualifikation zwingend ist, die nicht durch Ersteinschätzungsinstrumente oder gar Pflege triagierung ersetzt werden kann.

In allen vorgelegten Entwürfen ist die Durchführung einer Ersteinschätzung aller Hilfesuchenden, die sich fußläufig in Notaufnahmen von Krankenhäusern vorstellen, mittels eines Ersteinschätzungsinstrumentes durch eine entsprechend qualifizierte Pflegekraft vorgesehen, mit Hilfe derer der oder die Hilfesuchende in die geeignete Notfallstruktur (Notaufnahmen der Krankenhäuser, KV-Notfallpraxen am Krankenhaus oder auswärts, niedergelassene Fachärzte) weitergeleitet werden soll.

I. Bereits bei der Durchführung einer Ersteinschätzung ergibt sich insbesondere für neurologische Notfallpatienten die folgende Problematik:

1. Es bestehen aktuell **keine** ausreichend validierten **Ersteinschätzungsinstrumente**, weswegen auch der größte Teil der Entwürfe eine Supervision/Bestätigung durch einen Arzt mit hoher Qualifikationsanforderung vorsieht. Dies ist einerseits **in der Fläche so nicht umsetzbar**, andererseits ist das Setting einer „Ersteinschätzung“ nicht mehr gegeben sobald diese eine ärztliche Anamneseerhebung notwendig macht, was insbesondere für die Einordnung neurologischer Symptome unabdingbar ist.
2. Auch die Durchführung der Ersteinschätzung durch eine ausreichend qualifizierte Pflegekraft gemäß den verschiedenen Entwürfen stellt eine **erhebliche Herausforderung in der Fläche** dar. Aber v.a. die Komplexität der Anforderung an die Anamnese bei neurologischen Vorstellungsgründen an die Einschätzung des Versorgungsbedarfes übersteigt die Möglichkeit der in den Entwürfen vorgesehenen Art der Ersteinschätzung.
3. Dies auch vor dem Hintergrund, dass im Falle von Patienten mit neurologischen Symptomen wie Schwindel, Sensibilitätsstörungen oder Lähmungen eine Anamneseerhebung fast immer eine **ergänzende ärztliche Untersuchung erforderlich** sein wird.
4. Aktuell bereits gängige 5-stufige Triage-Systeme wie der in mehreren Entwürfen vorgesehene **Emergency Severity Index (ESI) bilden die Behandlungsnotwendigkeit bei Patienten mit Symptomen, die auf eine neurologische Erkrankung hinweisen, nur sehr schlecht ab**. Es konnte gezeigt werden (Völk et al., BMJ Open, 2022), dass ca. 20% der Patienten mit ESI 5 und 25% der Patienten mit ESI 4 stationär aufgenommen werden müssen. Darüber hinaus muss bei vielen der nur ambulant in der Notaufnahme behandelten Patienten in diesen Triagekategorien ausführliche Diagnostik erfolgen, bevor eine ambulante Behandlung eine sichere Option darstellt. Ein **Weiterverweisung** neurologischer Patienten dieser ESI-Kategorisierung in ambulante Strukturen allein **anhand der ESI-Eingruppierung** stellt eine **eklatante Patientengefährdung** dar. Vor einer Einführung für neurologische Patienten ist eine Validierung an einer ausreichend großen Patientengruppe an repräsentativen Notaufnahmen der verschiedenen

Versorgungsstrukturen **zwingend** und muss **sämtliche neurologische Leitsymptome enthalten**.

II. Hinsichtlich der Weiterleitung neurologischer Notfallpatienten in die geeigneten Notfallstrukturen ergibt sich ebenfalls eine relevante Problematik:

1. Nur zwei der vorgelegten Entwürfe sehen überhaupt eine Relevanz der weitergehenden Versorgung neurologischer Notfallpatienten in ambulanten Strukturen durch die **Vorhaltung von Facharztstrukturen Neurologie** vor, diese ist aber zwingend vorzusehen. Möglicherweise spiegelt die Nichtvorhaltung erforderlicher Facharzt-Ressourcen im KV-Bereich aber auch die unter 2. geschilderte Problematik wieder:
2. Bereits aktuell besteht in den meisten Regionen besteht ein **eklatanter Versorgungsengpass** vor allem im **fachärztlichen vertragsärztlichen Bereich**. Im Fall von **Neurologen** sind aufgrund von Engpässen **Wartezeiten** auf ambulante Termine von mehreren **Wochen bis Monaten** die Regel. Ähnliches gilt für die Verfügbarkeit von bildgebenden Untersuchungen, die bei neurologischen Patienten häufig eine entscheidende diagnostische Rolle spielen. Nicht selten ist dies auch der Hintergrund für die Vorstellung fußläufiger Hilfesuchender mit neurologischen Symptomen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Eine zeitnahe Rückverweisung in neurologisch-vertragsärztliche Versorgungsstrukturen anhand einer Ersteinschätzung in der Notaufnahme ist daher weder sinnvoll noch zielführend, solange der Ressourcenmangel im fachärztlichen vertragsärztlichen System nicht behoben werden kann.

Im Folgenden werden noch einmal kritische Punkte für neurologische Notfallpatienten in den einzelnen Entwürfe herausgestellt:

### **Entwurf A**

Der Entwurf A stellt insgesamt die am weitest reichenden Anforderungen an die Ersteinschätzung und die Weiterversorgung dar.

1. Es wird ein Ersteinschätzungsinstrument (auf elektronischer Basis) gefordert, dass sicher definiert, ob Patienten stationär, ambulant in der Notaufnahme, in einer Notfallpraxis der KV oder in einer anderen Praxis innerhalb von einem definierten Zeitraum behandelt werden soll:
  - a. Wie bereits unter I.1. und I.4. angeführt sind solche **Ersteinschätzungsinstrumente** aktuell in nachweislich hoher Qualität **nicht verfügbar** und sind insbesondere aufgrund der besonderen Problematik neurologischer Notfallpatienten **für neurologische Patienten weder ausreichend sicher noch validiert**, was vor einer Einführung für neurologische Patienten zwingend durch ausreichende Studien erfolgen muss.
  - b. Aus Sicht der Neurologie muss ein solches Ersteinschätzungsinstrument beispielsweise Krankheitsbilder wie akute und subakute Schlaganfälle, Enzephalitiden, Meningitiden, entzündliche Erkrankungen des peripheren Nervensystems, epileptische Anfälle, das große Spektrum der Schwindelsymptome und –erkrankungen sowie von Kopfschmerzen explizit beinhalten und abbilden (siehe Paragraph 4, Absatz 1) und sicherstellen (Paragraph 4, Absatz 1 (a)), dass die Rate an Folgekonsultationen im vertragsärztlichen Bereich nicht erhöht wird (verglichen zu einer umfassenden Notaufnahme-Behandlung).

2. Der Entwurf sieht zur Absicherung des Ersteinschätzungsinstrumentes die Bereithaltung eines“ Arztes mit Zusatzbezeichnung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ mit ständiger Verfügbarkeit (24/7 Modus) für die Qualitätssicherung der Ersteinschätzung vor, der eine Bestätigung bei Weiterleitung von Notfallpatienten in den ambulanten Sektor vornimmt:

- a. Bei **Ärzten mit Zusatzbezeichnung „klinische Akut- und Notfallmedizin“** handelt es sich um hochqualifizierte Personen mit langjähriger Berufserfahrung und Weiterbildungen, in der Regel mit Status eines Oberarztes. Falls diese Qualifikation notwendig erscheinen sollte, um die Ersteinschätzung qualitativ ausreichend abzubilden, scheint der gesamte **Prozess viel zu anfällig**. Auch ist die Anforderung so **in der Fläche nicht umsetzbar**.
- b. eine Umsetzung in der Fläche insbesondere für neurologische Notfallpatienten ist nicht umsetzbar und auch nicht sinnvoll – hier ist der **Facharztstandard „Neurologie“** vor dem Hintergrund der in der Präambel dargestellten Problematik **entscheidend** hinsichtlich der 1. Einschätzung der neurologisch präsentierten Symptomatik, hinsichtlich der in Betracht kommenden Differentialdiagnose und 2. Einschätzung der Weiterleitung von Notfallpatienten in den ambulanten Sektor.
- c. Wie unter I.1. und I.3. angeführt, übersteigen die Anforderungen an die neurologische Anamnese und Untersuchung durch einen Arzt mit entsprechender neurologischer Qualifikation und ergänzend durch einen Arzt mit Zusatzbezeichnung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ (Paragraph 3, Absatz 2 (e)) den Umfang einer Bestätigung des Ersteinschätzungsinstrumentes. Sie stellen bereits eine ambulante Behandlung dar.

3. Der Gesetzentwurf sieht als eine Entscheidungsgrundlage für die Weiterleitung von Notfallpatienten in den ambulanten Sektor die Verfügbarkeit vertragsärztlicher Versorgungsangebote vor (Paragraph 3, Absatz 2 (f)).

- a. Wenn die vertragsärztliche Versorgungssituation eine relevante Entscheidungsgrundlage für die Ersteinschätzung neurologischer Patienten darstellt, ist der **Ersteinschätzungsprozess für neurologische Patienten nahezu hinfällig**, da schon jetzt aus neurologischer Sicht ein großer Engpass besteht und in großen interdisziplinären Notaufnahmen ein Großteil der neurologischen Patienten zur expliziten neurologischen Beurteilung von vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen geschickt wird, da im vertragsärztlichen Bereich keine Ressourcen für eine Versorgung in einem angemessenen Zeitfenster zur Verfügung stehen.
- b. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass der Entwurf A **keine** Vorhaltung einer **neurologischen Facharztressource** im ambulanten Bereich **vorsieht**. Sollte an einer vertraglich festgelegten Versorgung von Patienten im vertragsärztlichen Bereich nach Ersteinschätzung festgehalten werden, ist **zwingend zu fordern, dass die Neurologie als Vertragspartner mit aufgeführt** wird (Paragraph 4, Absatz 2). Darüber hinaus ist Gewährleistung einer zeitnahen radiologischen Versorgung zu fordern.

### Entwurf B

Der Entwurf B sieht eine automatische Behandlungweiterleitung an ambulante vertragsärztliche Versorgungsstrukturen aufgrund eines Ergebnisses von Stufe 4 oder 5 gemäß eines 5-stufigen Triage-Systems wie der **ESI-Triagierung** vor. Die Problematik für neurologische Notfallpatienten wurde oben unter I.4. skizziert und stellt ohne dezidierte Anamnese und körperliche Untersuchung und möglicherweise sogar ergänzende radiologische Diagnostik eine **Patientengefährdung** dar.

Die Notwendigkeit einer über eine Ersteinschätzung hinausgehende Beurteilung mittels detaillierter Anamnese und Untersuchung dahingehend, ob eine Weiterleitung gemäß Paragraph 3, Absatz 4 möglich ist, bedeutet, dass es sich nicht mehr um eine Ersteinschätzung sondern um eine ärztliche Behandlung handelt.

Die vorgesehene **Überprüfung einer** verlässlichen **Versorgungskapazität/-möglichkeit im vertragsärztlichen Bereich** aus der Notaufnahme heraus ist aufgrund zeitlicher und personaltechnischer Ressourcen der Notaufnahmen **nicht möglich**. Sollte eine rasche Weiterbehandlung im vertragsärztlichen Bereich gewünscht werden, muss dies von der KV lückenlos sichergestellt werden. Aktuell sind die **ambulanten Facharzt-Ressourcen** insbesondere **für neurologische Patienten** in den meisten Regionen **überlastet** und Patienten mit akuten Beschwerden, die einer fachärztlichen Notfallbehandlung (oder Behandlung innerhalb weniger Tage) bedürfen, werden i.d.R direkt in die Notaufnahmen geschickt.

### **Entwurf C**

**Kritikpunkte** hinsichtlich des vorgeschlagenen **Ersteinschätzungsinstrumentes** analog I. sowie Entwurf A und B.

Kritikpunkt I.4. hinsichtlich des Triagierungsinstrumentes ESI-Kategorisierung für neurologische Patienten trifft vollumfänglich ebenso auf das hier geführte Manchester Triage System und SmED zu.

Auch im Entwurf C **fehlt die Vorhaltung der neurologischen Facharztressource** (die Fachrichtung Neurologie fehlt in Paragraph 4, Absatz 3.) im vertragsärztlichen System siehe hierzu auch A 3.a und b.

Es **fehlen die personellen, zeitlichen und instrumentarischen** (Paragraph 4, Absatz 2) **Ressourcen** für die Überprüfung der Weiterversorgung auf vertragsärztlicher Ebene durch das Krankenhaus und ist Sicherstellungsaufgabe und in Eigenverantwortung durch das vertragsärztliche System.

Das System „IVENA“ wie im Entwurf als Beispiel angegeben, **umfasst keine vertragsärztlichen Behandlungsstrukturen** und ist dafür auch nicht ausgerichtet.

### **Entwurf D**

**Kritikpunkte** hinsichtlich des vorgeschlagenen **Ersteinschätzungsinstrumentes** analog I. sowie Entwurf A und B. Ebenso trifft hier vollumfänglich Kritikpunkt I.4. zu (Behandlungweiterleitung an ambulante vertragsärztliche Versorgungsstrukturen gemäß ESI-Triagierung).

Hinsichtlich der formulierten Anforderungen Paragraph 3, Absatz 4 siehe auch entsprechende Kritikpunkte Entwurf B.

Im Falle einer stärkeren Einbindung der vertragsärztlichen Versorgungspartner ist es **nicht ausreichend**, dass den Krankenhäusern **Informationen über Vertragsärzte** mit Öffnungszeiten und fachlicher Qualifikation zur Verfügung gestellt werden. Vielmehr ist dann auch zu fordern, dass die Versorgungsstrukturen 24/7 für alle Fachdisziplinen zur Verfügung stehen.

**Zusammenfassend** lässt sich konstatieren, dass die **Anforderungen an die Versorgung von neurologischen Notfallpatienten in allen Entwürfen auf verschiedenen Ebenen nicht berücksichtigt, abgedeckt und abgebildet** sind, so dass hier Nachbesserungsbedarf besteht: sowohl hinsichtlich der Anforderungen an die Einschätzung von neurologischen Notfallpatienten in der Notaufnahme, der Ressourcenbindung bei Versorgung neurologischer Notfallpatienten in den Notaufnahmen wie auch in der Sicherstellung der Ressourcen in der vertragsärztlichen ambulanten Weiterversorgung.

Für die Versorgung insbesondere neurologischer Notfallpatienten ergeben sich nachfolgend noch einmal die folgenden wesentlichen Problempunkte:

(i) Ersteinschätzungsinstrumente, die zum Einsatz kommen sollen, müssen in Studien evaluiert werden und mit hoher Sicherheit garantieren, dass Patient sicher an den richtigen Stellen versorgt werden. Dies trifft in hohem Maße für neurologische Notfallpatienten zu, die durch die bestehenden Ersteinschätzungsinstrumente nachgewiesenermaßen unzureichend abgebildet und zugeordnet werden. Bezüglich der Studiendesigns ist wichtig, dass die richtigen Parameter evaluiert werden. In Bezug auf die Notwendigkeit einer Behandlung in einer Notaufnahme heißt dies, dass nicht nur stationäre Aufnahme vs. ambulanter Fall evaluiert werden darf, die ambulante Behandlung evtl. erst nach ausführlicher (und ggf. interdisziplinärer) Diagnostik und evtl. auch Therapie möglich war, die im vertragsärztlichen Setup ggf. nicht zur Verfügung gestanden hätte.

(ii) Aus Sicht der Neurologie müssen Ersteinschätzungsinstrumente wichtige Neurologische Symptome und Krankheitsbilder wie akute und subakute Schlaganfälle, Enzephalitiden, Meningitiden, entzündliche Erkrankungen des peripheren Nervensystems, epileptische Anfälle, das große Spektrum der Schwindelsymptome und –erkrankungen sowie Kopfschmerzen explizit abbilden.

(iii) Eine ausreichende Versorgung im vertragsärztlichen Bereich muss für das Vorhaben sichergestellt sein. Aus neurologischer Sicht bedeutet dies ausreichende Valenzen in den Bereichen Neurologie, HNO, Psychiatrie und Neuroradiologie.

Abschließend sollte aber auch noch einmal – insbesondere für neurologische Notfallpatienten – auf die alternative Entwurfsmöglichkeit für die Versorgung von Notfallpatienten hingewiesen werden: Da die vorgehaltene Infrastruktur in den meisten Notaufnahmen, wenn auch aufwändig, sehr gut und für die Diagnostik und Therapie der meisten akuten und subakuten Krankheitsbilder (zeitnahe Bildgebung oft erforderlich) ausgelegt ist, sollte diskutiert werden, diese breiter zur Verfügung zu stellen, da eine ähnliche Gewährleistung im vertragsärztlichen System nicht oder nur durch multiple Folgevorstellungen der Patienten gewährleistet ist. Die Kliniken müssten dann im Gegenzug für Notfallbehandlungen entsprechend angemessen vergütet werden. Gleichzeitig sollte der Fokus auf eine optimalere Verfügbarkeit der Post-Notaufnahme-Versorgung durch die vertragsärztlichen Strukturen gelegt werden.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Julian Bösel, FNCS, FESO  
Präsident der DGNI

Berlin, 30.05.2022

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)  
zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfssuchen-  
den, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden  
gemäß § 120 Absatz 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

### Einleitung

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, Patientenströme in Notaufnahmen zu regulieren und sicherzustellen, dass zu jedem Zeitpunkt ausreichende Valenzen zur Behandlung „wirklicher Notfälle“ gegeben sind.

Nichtsdestotrotz enthalten diese Entwürfe zahlreiche Unschärfen, die eine Umsetzung fragwürdig und bisweilen kritisch erscheinen lassen.

Eine klare Stellungnahme seitens unserer Fachgesellschaft erscheint uns als unabdingbar.

### Triage-System

Dreh- und Angelpunkt des vorliegenden Entwurfes ist eine Triage-Software.

Es bleibt offen, welches Triage-System hier konkret genutzt werden soll.

Genannt werden das Manchester Triage System (MTS) oder der Emergency Evaluation Index (ESI).

Es ist richtig, dass diese Instrumente standardisiert und validiert sind. ***Allerdings dienen diese Triage-Systeme der Feststellung der vertretbaren Wartezeit, bis ein Patient ärztlich gesehen wird. Sie sind nicht validiert, um festzustellen, auf welcher Versorgungsebene der Patient behandelt werden sollte.***

Die Ergebnisse einer Studie, die die Eignung des deutschen MTS zur Umleitung von nicht-chirurgischen Patienten, die sich in der Notaufnahme einer Universitätsklinik vorstellten, in die vertagsärztliche Versorgung zeigt, dass die Triage-Kategorien MTS4 und MTS5 im Vergleich mit hoher Dringlichkeit zwar eine geringere 30-Tage-Mortalität hatten, dass aber kein Unterscheid im Langzeitüberleben nach einem Jahr bestand. Die Autoren schlussfolgern, dass die deutsche MTS ungeeignet ist, um Patienten sicher für eine Überweisung zu einer nicht-ED-basierten hausärztlichen Versorgung zu identifizieren (Slagman A, Greiner F, Searle J, Harriss L, Thompson F, Frick J, Bolanaki M, Lindner T, Möckel M. Suitability of the German version of the Manchester Triage System to redirect emergency department patients to general practitioner care: a prospective cohort study. *BMJ open*. 2019;9(5):e024896). Gräff und Pin resümieren in einer aktuellen Übersichtsarbeit, dass Ersteinschätzungssysteme und -prozesse es grundsätzlich nicht erlauben, Patienten ohne gründliche ärztliche Untersuchung in nachgelagerte Versorgungsstrukturen mit zeitlich nicht festgelegten Arztkontaktzeiten zu verweisen (Gräff I, Pin M. [Primary assessment in the emergency department]. Deutsche medizinische

**Vorstand (gemäß §26 BGB Abs. 1)**

Präsident: Prof. Dr. Benedikt Friemert, Stellvertretender Präsident: Prof. Dr. Andreas Halder

Generalsekretär: Prof. Dr. Bernd Kladny, Stellvertretender Generalsekretär: Prof. Dr. Dietmar Pennig

DGOU-Bankverbindung: APO-Bank München, IBAN: DE34 3006 0601 0007 4267 39, SWIFT-BIC: DAAEDED

DGOU-Steuer-Nr. 27/640/53836, Amtsgericht Bochum, VR 3953

Wochenschrift (1946). 2021;146(23):1543-6.). Die Ersteinschätzung anhand der Dringlichkeit hilft daher nur für die Priorisierung der Behandlung und nicht als Indikator für eine stationäre Aufnahmeindikation ( Michael M, Al Agha S, Böhm L, Bosse HM, Pohle AN, Schürmann J, Hannappel O, Tengg E, Weiß C, Bernhard M. Alters- und geschlechtsbezogene Verteilung von Zuführung, Ersteinschätzung, Entlassart und Verweildauer in der zentralen Notaufnahme. Notfall + Rettungsmedizin. 2021).

**Zusätzlich ist zu beachten, dass gerade alte Patienten oftmals durch diese etablierten Triage-systeme nicht adäquat eingeschätzt werden** (Boulton AJ, Peel D, Rahman U, Cole E. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2021 Aug 30;29(1):127).

Auch bezüglich der Beschränkung einer notfallmäßigen Krankenhausbehandlung auf die Dringlichkeitskategorien 1 und 2 bestehen fachliche Bedenken.

Die Entwürfe A und C schließen die Dringlichkeitsstufe 3 bis 5 von der Versorgung in der Krankenhausnotaufnahme aus. Alle Entwürfe sind sich einig darin, dass die Stufen 1 und 2 aufgrund ihrer hohen Dringlichkeit im Krankenhaus behandelt werden sollten. Strittig ist aus unserer Sicht die Stufe 3.

**Es gibt eine Vielzahl von Arbeiten, die ganz eindeutig zeigen, dass Patienten in dieser Kategorie 3 kritisch sind und die Versorgungsleistung der Klinik benötigen**

(Literatur kann bei Bedarf nachgeliefert werden).

Die im Entwurf beschriebene Software, die ausdrücklich nicht konkreter benannt wird, soll viel mehr leisten: Sie soll in das bestehende Softwaresystem des Krankenhauses implementiert werden. Bei hoher Zahl verschiedener in Anwendung befindlicher KIS erscheint dies ausgesprochen kompliziert und ist an vielen anderen Stellen (z.B. Notaufnahmeprotokoll der DIVI) ebenfalls bis zum heutigen Tage nicht gelungen. Zuletzt ist eine solche Implementierung auch kostenintensiv.

Die Software soll weiterhin helfen, eine umgehende Vorstellung eines nicht stationär zu behandelnden Patienten in eine entsprechende Notfallpraxis zu realisieren. Auch hier ist eine entsprechende Schnittstelle zu einer im Text genannten Servicestelle zu ermöglichen.

Eine solche Buchung soll mit Vergabe eines entsprechenden Nachweiscodes realisiert werden. Weiter soll eine Patienteninformation (in leicht verständlicher Sprache und gegebenenfalls Fremdsprache) generiert werden. Zusätzlich soll dies in Qualitätssicherungssysteme des KH eingebunden werden.

**Den Autoren ist eine solche Software zum jetzigen Zeitpunkt nicht bekannt. Dies unterstützt auch das Schreiben aus dem Bundesministerium für Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt, das den Unterlagen anhing.**

Zuletzt stellt sich die Frage, wie die Implementierung einer solchen Software dann am Ende im einzelnen Krankenhaus finanziert werden soll.

**Insgesamt findet sich in den vorliegenden Unterlagen kein konkreter Hinweis, wie geforderte und oben beschriebene notwendige Investitionen sowie zweifelsfrei resultierender erhöhter Arbeitsaufwand für das einzelne Krankenhaus finanziert werden sollen. Die zum jetzigen Zeitpunkt insgesamt defizitäre Finanzierung der Notfallbehandlung trägt dies nach Ansicht der Autoren nicht.**

## **Praktische Umsetzung**

Die Ersteinschätzung der Patienten anhand der beschriebenen Software soll durch Pflegepersonal mit der Zusatzbezeichnung „Notfallpflege“ mit entsprechender Berufserfahrung realisiert werden.

Hierzu sind zwei Punkte anzumerken: Grundsätzlich sind die meisten weltweit etablierten Triassysteme so ausgelegt, dass eine notfallmedizinische Ausbildung nicht zwingend erforderlich ist. Zum anderen stellt sich die Frage, inwieweit eine entsprechende flächendeckende Vorhaltung solcher Fachkräfte gelingen soll. Dies, da es sich zum einen um eine insgesamt recht neue Zusatzqualifikation handelt und zum anderen im Schlaglicht des aktuell immanenten Personal mangels in der Pflege. Es erscheint fraglich, ob dieser Mangel bis 2025 (Übergangsphase) reguliert werden kann.

Gleiche Vorbehalte bestehen auch bezüglich des Passus, der ausführt, dass jede Einschätzung grundsätzlich durch einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung „klinische Notfallmedizin“ kontrolliert werden soll.

Hier stellt sich zusätzlich die Frage, wie das offensichtlich bewusste Ausschließen anderer Fachrichtungen, wie zum Beispiel der (Unfall-)Chirurgie und Inneren Medizin begründet ist.

**Grundsätzlich ist es unverständlich, warum Spezialisten, deren Ausbildung bezüglich der Einschätzung von spezifischen Verletzungen und Erkrankungen weit über die eines Notfallmediziners hinausgehen, ausdrücklich von diesem Triage-Prozess ausgeschlossen werden sollen.**

**Zuletzt bei Behandlung berufsgenossenschaftlicher Unfälle kollidiert dieser Entwurf mit geltenden Regelungen, die ausdrücklich eine Untersuchung auch leichter berufsgenossenschaftlicher Verletzungen durch einen D-Arzt (FA Orthopädie und Unfallchirurgie, ZB spezielle Unfallchirurgie) vorsehen.**

Gerade in Bezug auf das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren ist auch anzumerken, dass bundesweit eine Vielzahl - insbesondere großer - Kliniken eigene D-Arzt-Sprechstunden vorhalten, die auch Anlaufstelle für leichtere Verletzungen sind und damit quasi parallel zur Notfallaufnahme betrieben werden. Ein solcher Parallel-Betrieb widerspricht aber dem vorliegenden Entwurf, da hier ausdrücklich vorgeschlagen wird, einen einzelnen Zugangspunkt zur Notfallbehandlung im Krankenhaus vorzuhalten.

Es erscheint fragwürdig, dass offensichtlich Verletzungen und Erkrankungen, die nicht der ersten und zweiten Dringlichkeits-Kategorie angehören, nach ausschließlicher Beurteilung durch einen Notfallmediziner einer ambulanten Einrichtung zugeführt werden sollen.

Zum einen gibt es durchaus Verletzungen und Erkrankungen, die trotz einer nicht offensichtlichen Akuität durchaus einer stationären Aufnahme zugeführt werden sollten. Dies sind zum Beispiel Frakturen, die einer engmaschigen klinischen Verlaufskontrolle und vorbereitenden (Abschwell-)Therapie zur Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung bedürfen. Es ist davon auszugehen, dass eine solche Entscheidung in die Hände eines spezialisierten Facharztes gehört, nicht aber mit ausreichender Sicherheit und Kompetenz durch einen Notfallmediziner getroffen werden kann.

Auf der anderen Seite bestehen hier aus Sicht der Autoren auch Zweifel bezüglich der Wirtschaftlichkeit eines solchen Vorgehens.

Im Normalfall wird auch bei leichteren Verletzungen eine vollständige Vorbereitung für die entsprechende Operation realisiert. Im gleichen Zuge wird dann auch nach Abschluss der notwendigen Diagnostik und Aufklärung bereits ein Aufnahmetermin vereinbart. Dieses Vorgehen stellt in der überwiegenden Zahl der Fälle eine stringente Behandlung sicher.

Dem vorliegenden Entwurf folgend, soll hingegen keine weitere Diagnostik realisiert werden, sondern primär die Verweisung in eine entsprechende ambulante Einrichtung erfolgen. Hier ist es zuletzt dann unklar, ob

tatsächlich eine Rücküberweisung in die eigene Einrichtung zur endgültigen operativen Versorgung erfolgt und ob im ambulanten Rahmen die richtige und notwendige Versorgung/Vorbereitung im zeitgerechten Rahmen realisiert wird.

***Es steht zu befürchten, dass dieses System in vielen Fällen zu einer Verzögerung einer zeitgerechten Therapie und gegebenenfalls unnötig erweiterten Diagnostik führt.***

Der Entwurf führt weiterhin aus, dass eine entsprechende Ersteinschätzung spätestens 10 Minuten nach Eintreffen in einer Notaufnahme zu erfolgen hat. Dies erscheint, gerade in hoch frequentierten Notfallaufnahmen, nicht realistisch. Es bleibt anzumerken, dass der vorliegende Entwurf sicherlich gerade dieses Bottle neck nicht zu entschärfen vermag.

Der Entwurf sieht vor, dass die Patienten im Schockraum ersteingeschätzt werden sollen. Diese Einschätzung soll durch eine Pflegekraft realisiert werden. Zwar wird darauf verwiesen, dass in den überwiegenden Fällen die Dringlichkeitsstufe 1 und 2 gegeben sein wird, jedoch ist festzustellen, dass gerade die präklinische Einschätzung der Verletzungsschwere, die schlussendlich dann zur Schockraum-Anmeldung führt, eine signifikante Unschärfe beinhaltet.

***Grundsätzlich ist weiter festzustellen, dass gerade bei unfallverletzten Schockraum-Patienten eine fehlerhafte Ersteinschätzung eklatante Folgen quo ad vitam haben kann. Sie muss daher in ärztlicher Hand bleiben. Hier ist aus unserer Sicht auch nicht der Notfall-Mediziner gefordert, sondern, analog zu unseren Vorgaben innerhalb des TraumaNetzwerkes der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V., der S3-Leitlinie Schwerverletztenversorgung sowie des Weißbuches Schwerverletztenversorgung, ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie.***

Es bleibt unklar, warum trotz dieser notwendigen und sinnvollen Vorhaltung die Entscheidung über die Behandlungspflichtigkeit eines solchen Patienten in pflegerischer Hand liegen soll.

#### **Anforderungen an die Vergütung ambulanter Notfalleistungen**

Die Vergütung ambulanter Notfalleistungen setzt voraus, dass nach Durchführung und auf der Grundlage der Ersteinschätzung ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Hier sollte auch auf den zusätzlichen diagnostischen Bedarf abgestellt werden. Zudem sind im Rahmen der Ersteinschätzung auch passende Aufenthaltsformen und Kliniken und Praxen zu definieren, die dann einer geeigneten ökonomischen Vergütungsform zugeführt werden können, unabhängig von einer EBM-, GOÄ- oder einer pauschalierten Vergütung. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Definition eines Notfalls juristisch und medizinisch zunächst harmonisiert werden müssen. Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Vergütungsform über die G-BA-Richtlinie mitgeregelt wird.

Gez. Prof. Gerrit Matthes

Leiter der Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS) der DGU

Gez. Dr. Heiko Trentzsch

Stv. Leiter der Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS) der DGU

Gez. Prof. Thomas Auhuber

Stv. Leiter des Ausschusses Versorgung, Qualität und Sicherheit der DGOU



<b>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)</b>	
30. Mai 2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Allgemein: Psychiatrische Kliniken müssen von Notwendigkeit der Ersteinschätzung ausgenommen bleiben</b>	Psychiatrische Fachkliniken und Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern sind Spezialeinrichtungen, in die Patienten schon mit speziellen Fragestellungen gebracht werden. Deshalb ist eine allgemeine umfassende Ersteinschätzung nicht notwendig und zielführend, da man sich mit jedem Hilfesuchenden gleichermaßen eingehend fachspezifisch befassen muss.
<b>Allgemein: Mehraufwand durch RL muss refinanziert werden</b>	Die Richtlinie sieht sehr viel Administration durch das Krankenhaus vor (insbesondere Organisation und Koordination), jedoch werden keinerlei Aussagen zur verbindlichen Refinanzierung des Mehraufwands getätigt. In der Praxis müssten Mitarbeiter für die Ersteinschätzung abgestellt werden, was den Krankenhäusern nicht vergütet wird.
<b>Allgemein: Überweisung an vertragsärztlichen Bereich muss im Ermessen der Klinik liegen.</b>	Die Regelungen einer strukturierten Weiterleitung an entsprechende Praxen werden aufgrund der praktischen Erfahrung nicht für realistisch gehalten.
<b>Entwürfe A und C: Zusatzqualifikation stellt Hürde dar</b>	Vor dem Hintergrund akuten ärztlichen Personalmangels in den psychiatrischen Kliniken ist die Bedingung einer Zusatzqualifikation der beteiligten Fachärzte in Klinische Notfall- und Akutmedizin eine unangebrachte hohe Umsetzungshürde, siehe hierzu auch die Ausführungen zur Ersteinschätzung.
<b>Entwürfe A, B, D: Ersteinschätzungsinstrument muss psychische Erkrankungen und Symptome erfassen</b>	Notwendig ist die Sicherstellung, dass in Allgemeinkrankenhäusern Ersteinschätzungsinstrumente verwendet werden, die psychische Erkrankungen und Symptome erfassen. In den Entwürfen A, B und D wird der CEDIS-Katalog lediglich als Empfehlung bzw. Beispielinstrument genannt (der die psychische Verfassung miterfasst).
<b>Entwurf D: Für Patienten mit Überweisung sollten</b>	Die Empfehlung der Variante D, dass Patienten, die per Überweisung eines Vertragsarztes kommen, nicht dem

**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)**

30. Mai 2022

**dieselben Algorithmen gelten**

Algorithmus unterliegen müssen, wird aufgrund der Erfahrung aus der Praxis nicht für realistisch gehalten.

**Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V**

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)</b>		
<b>Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	<b>Wir nehmen teil.</b>
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	<b>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</b>	

**Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V**

<p>Dr. med. Michael Bayeff-Filloff          Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim          Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration</p>	
<p>30. Mai 2022</p>	
<p>Vorbemerkung</p>	<p>Die Gliederung der Entwürfe in § sind leider unterschiedlich sodass gleiche Inhalte sich in den 4 Entwürfen in unterschiedlichen § finden. Weiter teils nur in den TG. Dies kann in meiner Stellungnahme nicht immer einzeln als Bezug zu § ausgewiesen werden. Ich bitte um Verständnis.</p> <p>Die Begriffe Sichtung und Ersteinschätzung werden allgemein oft synonym verwendet (So nennt sich die deutsche website von MTS: Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung). Ich versuche im Folgenden derart zu ordnen, als dass <b>Ersteinschätzung</b> im Sinne des Titels der Richtlinie das System zur Lenkung der Patienten, <b>Sichtung ZNA</b> die Systeme MTS und ESI zur <b>Behandlungspriorisierung</b> bezeichnet. Der Begriff Ersteinschätzung wird im Übrigen auch von der KV / ZI für ein <b>Abfragesystem</b> der 116117 verwendet.</p> <p>Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.</p>
<p><b>Aus aktuellem Anlass</b></p>	<p>Die Stellungnahme berechtigten Institutionen wurden am 09. Mai 2022 von der Geschäftsstelle der Gesundheitsministerkonferenz angeschrieben. Es wird eine temporäre Aussetzung des Handlungsauftrages an den G-BA gefordert.</p> <p>Es bestehen grundsätzliche Bedenken, dass derzeit kein System der Ersteinschätzung existiert, welches eine abgeschlossene Validierung nachweisen kann. Dies kann ich im wissenschaftlichen Ansatz nachvollziehen.</p> <p>Die vorliegenden Entwürfe, tragende Gründe weisen teilweise ebenso diese Bedenken aus. Alle Entwürfe legen verbindliche Qualitätskriterien fest, fordern eine abgeschlossene Validierung,</p>

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

30. Mai 2022

Zertifizierung und richten teilweise bereits das Datum des Inkrafttretens in Erwartung dieser Ergebnisse aus.

Ebenso Verzögerung ergibt aus meiner Sicht die Konfiguration der IT Vernetzung der Schnittstelle KIS – vertragsärztlicher Bereich unter Datenschutzbestimmungen.

Unabhängig davon ist zu beachten, dass die Ersteinschätzung auf validierte Systeme zur Behandlungspriorisierung aufbaut. Sie sind nach allen Entwürfen integraler Bestandteil und schließen Risikopatienten, nicht tolerable Beschwerden aus. Weiter einschränkend sollten bestimmte Patientengruppen (Rettungsdienst) nur in die geöffnete Bereitschaftsdienstpraxis gelenkt werden. Die verbleibende, eigentliche Gruppe der „neuen“ Ersteinschätzung sind keine Notfälle, sondern haben als Selbsteinweiser die vertragsärztliche Versorgung umgangen. Es stellt sich die Frage, warum ein Abfragesystem der 116117 diese Gruppe lenken kann und mit zusätzlicher Kompetenz einer Sichtungskraft nicht.

Ich glaube, dass Studien vor Einführung zwar notwendig sind, die wirkliche Validität nur im Echtbetrieb, mit Dokumentation und Evaluation der weiteren Behandlung nachgewiesen wird. Für maximale Patientensicherheit macht dabei eine stufenweise Einführung Sinn: Krankenhäuser der Umfassenden (und Erweiterten) Notfallstufe mit meist großen Patientenzahlen und auch durch Spitzenbelastung großer Erfahrung mit dem System der Behandlungspriorisierung. Die Grenze zur Ersteinschätzung nicht zu scharf stellen (gelbe Patienten = ZNA), Lenkung nur in geöffnete KV Bereitschaftspraxen, in Partner- und die Hausärztliche Praxis bis maximal den nächsten Morgen.

Das lernende System konfiguriert in der Folge Erweiterungen.

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

30. Mai 2022

Stellungnahme / Änderungsvorschlag zu den Entwürfen	Begründung
<b>Geeignete Krankenhäuser und stufenweise Einführung</b>	<p>Siehe auch Aus aktuellem Anlass</p> <p><i>Meine Zustimmung:</i></p> <p>Eine stufenweise Einführung (analog E C §11) der Regelung wird unterstützt, wobei aus meiner Sicht zu Beginn Krankenhäuser mit Umfassender und Erweiterter Notfallstufe nach G-BA Beschluss <i>Gestuftes System von Notfallstrukturen</i> zusammengefasst werden können.</p> <p>Da die Ersteinschätzung auf etablierte Systeme zur Behandlungspriorisierung (MTS, ESI) aufbaut, bzw. diese integriert, ist deren Verwendung und Nachweis analog G-BA Beschluss <i>Gestuftes System von Notfallstrukturen</i> grundsätzlich vorauszusetzen.</p>
<b>Patientengruppen Ersteinschätzung</b>	<p><b>Grundsätzlicher Ausschluss</b></p> <p><i>Meine Zustimmung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Verordnung Krankenhausbehandlung</li><li>- Kostenträger GUV/BG</li><li>- Modul Notfallversorgung Kinder, Modul Spezialversorgung §26 (E B in § 1 Abs 3 und 4; E D in §2 Abs 4 und 5).</li></ul> <p><i>Änderungsvorschlag:</i> Kinder, psychiatrische Patienten werden vielfach auch außerhalb der Modulkrankenhäuser versorgt – hier ist grundsätzlich keine Beschränkung auf Modulkrankenhäuser sinnvoll.</p> <p>- <i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Weiter sollten Schwangere Patientinnen grundsätzlich von der Ersteinschätzung ausgeschlossen werden</p> <p><i>Meine Ablehnung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Überfüllte Praxen und überforderte Hausärzte (TG D) sind für eine zumutbare Rückverweisung nicht relevant, da sie Patienten nur mit Verordnung Krankenhausbehandlung zuweisen dürfen – diese führt dann zum Ausschluss – siehe oben.</li></ul>

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

30. Mai 2022

- Pflegeheime ohne ambulante ärztliche Versorgung (TG D) können Patienten in der Regel nur über den Rettungsdienst zuweisen. Die Notrufabfrage der ILS wird ggf. an die 116117 für einen Besuch des ärztlichen Bereitschaftsdienstes weiterleiten. Kommt der Patient mit Rettungsdienst in die Klinik, gilt unten gesagtes zum Ausschluss der Rückverweisung.

- Dasselbe gilt auch für „alte und hilflose Patienten (TG D), die über den Notruf in eine Klinik gebracht werden“. Sofern hier die Organisation eines Hausnotruf gemeint ist, erfolgt die Zuweisung in eine Klinik über ILS und Rettungsdienst.

*Anmerkung:*

- Ausschluss Kostenträger Selbstzahler (TG B zu §1 Abs 2) in einer G-BA Richtlinie ist wohl grundsätzlich nicht aufzuführen aber auch nicht auszuschließen.

#### **Grundsätzlicher Einschluss**

*Meine Zustimmung:*

- Rettungsdienstpatienten

Die Lenkung dieser Patientengruppe sollte jedoch nur bei vorhandener und besetzter Bereitschaftspraxis der KV erfolgen (E B §3 Abs 2; E D §2 Abs 2) – es ist schwer vermittelbar/zumutbar, dass Rettungsdienstpatienten meist liegend in eine Klinik gebracht werden, um dann zu Fuß in eine umliegende Praxis zu gehen

Ärztliche Verordnung (TG B zu §1 Abs 2), Notarztkontakt (TG D zu §2 Abs 3) ist kein sicheres Ausschlusskriterium. Viele durch Notarzt begleitete Patienten können in der KV Bereitschaftspraxis versorgt werden.

Der Ausschluss Schockraumpatienten (TG A zu §2 Abs 3) ist zu hoch gegriffen. Nicht jeder unmittelbar behandlungsbedürftige Rettungsdienstpatient (E A in §2 Abs 3) wird über den Schockraum aufgenommen.

Insgesamt besser erscheint mir zur Selektierung der Rettungsdienstpatienten für die Ersteinschätzung die Verwendung der Rettungsdienst Sichtungskategorien (SK)

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

30. Mai 2022

**ambulante Versorgung SK3** (neben Notfall SK1, Stationäre Versorgung SK2), wie sie in der Anmeldung über die Integrierte Leitstelle (ILS) in etablierten Behandlungskapazitätenachweisen, z.B. IVENA verwendet wird. Da Behandlungskapazitätenachweise zunehmend flächendeckend eingeführt werden, sind diese aus meiner Sicht Voraussetzung in Bezug auf die Einbeziehung des Rettungsdienstes in einen modularen Aufbau der Richtlinie.

Bewährt sich die künftige Lenkung von Patienten mit sicherer Zuweisung über IT-Anwendungen – (z.B. IVENA E C in §5 Abs. 2) in den vertragsärztlichen Bereich, kann die Zuweisung der SK3 Rettungsdienstpatienten direkt in die Praxen erfolgen. Hier sind Synergieeffekte der Anwender zu erwarten.

- Patienten über die 116117 mit Lenkung nur bei vorhandener und besetzter Bereitschaftspraxis der KV (E D in §2 Abs 3).

Anmerkung: Sofern der Nachweis einer Zuweisung über das Abfragesystem der 116117 in die Zentrale Notaufnahme technisch möglich wird, ist eine neuerliche Ersteinschätzung nicht erforderlich.

**Sichtung,  
Behandlungspriorisierung  
der ZNA / Ersteinschätzung**

*Meine Zustimmung*

- Das im G-BA Beschluss *Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäuser* in §12 geforderte System zur Behandlungspriorisierung ist in den Entwürfen konsent integraler Bestandteil (E A §2 Abs 2; E B §3 Abs 1 c; E C §4 Abs 1; E D §5 Abs4;).

Die Behandlungspriorisierung (mit **unverändert** angewendeten Systemen MTS und ESI) muss im Ablauf vorausgeschaltet sein. (Zur Integration in eine gemeinsame Anwendung siehe unten)

- Die Gruppen 1 bis 3 der Behandlungspriorisierung werden der ZNA zugewiesen (E B §3 Abs 2; E D §5 Abs 5). Eine weitere Ersteinschätzung ist nicht erforderlich (für die Gruppen 1 bis 2 sind alle Entwürfe hierzu konsent).

*Meine Ablehnung*

Die grundsätzlich vorgegebene Aufnahme der Gruppe 3 (gelb) (E1 und 3) in die Ersteinschätzung ist nicht sinnvoll, da nur ein

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

30. Mai 2022

(geringer) Anteil gelenkt werden. Dies behindert insgesamt die Abläufe als es durch weitere Reduktion der Patientenzahlen dem Abbau der Überlastung der ZNA nützt. Auch wenn in allen Entwürfen von Integration gesprochen wird, darf dies nicht bedeuten, dass eine weitgehend sichere Grenze zwischen Sichtung der ZNA und Ersteinschätzung für ein „hin und her“ weniger Patienten aufgeweicht wird. Rückläufer unmittelbar aus dem Ersteinschätzungsergebnis in die ZNA sollten auch aus Akzeptanzgründen der Patienten insgesamt die Ausnahme sein. Auch die Anwender (Sichtungskräfte) brauchen eindeutige Grenzen.

*Anmerkung aus der Praxis:*

Insbesondere bei Spitzenbelastung der ZNA (overcrowding) finden gelbe Patienten in etablierten gemeinsamen Strukturen schon jetzt den Weg zu einer geöffneten Bereitschaftspraxis vor Ort. Künftig kann dies noch über die Ersteinschätzung dokumentiert werden. Diese Zusammenarbeit im Status der Spitzenbelastung findet sich in keinem der Entwürfe, ist zugegeben schwer mit dem Ziel der Richtlinie abzubilden – jedoch unverzichtbare best practice und aus meiner Sicht kein Widerspruch. Daraus kann das System bei laufender Evaluation lernen.

*Meine Zustimmung*

- Bei grundsätzlicher Zuweisung potenziell zu lenkender Patientengruppen in die geöffnete Bereitschaftspraxis VOR ORT (E A §3 Abs 2 d; E D § 5 Abs 6) entfällt die Ersteinschätzung.
- Für die Gruppen 4 und 5 der Behandlungspriorisierung schließt sich sonst die Ersteinschätzung des med. Versorgungsbedarfs an. Konsent in allen Entwürfen erkennt das System als Rückfallebene die sofortige Behandlungsnotwendigkeit der ZNA.

*- Änderungsvorschlag:*

Ausschluss Anwendung der Ersteinschätzung in den Gruppen 4 und 5 bei ressourcenbezogen notwendiger Behandlung in der ZNA.

Beispiel: Eine Wundversorgung sollte aus Hygienegründen nicht den Weg in eine Partnerpraxis nehmen.

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

30. Mai 2022

	<p>Anmerkung:</p> <p>Eine Zuweisung in die geöffnete Bereitschaftspraxis führt aus eigener Erfahrung oft zum Rückläufer. Die Möglichkeit einer Zuweisung dieser Patienten in die geöffnete Bereitschaftspraxis hängt von deren Leistungsspektrum ab und bedarf Absprachen vor Ort.</p>
<b>Ersteinschätzungsinstrument</b>	<p>Siehe auch Aus aktuellem Anlass</p> <p>Die Kriterien für die Eignung eines Ersteinschätzungsinstrument sind aus meiner Sicht konsent, obwohl die Entwürfe diese in unterschiedlichem Umfang (u.a. ausführlich E C §8 Abs 3) aufzeigen. Eine Synopse ist zielführend.</p> <p>Das Ersteinschätzungsinstrument bearbeitet die Gruppen 4 und 5 <b>nach</b> erfolgter Sichtung / Behandlungspriorisierung.</p> <p><i>Meine Zustimmung:</i></p> <p>Konsent in allen Entwürfen erkennt das System in seiner Abfrage als Rückfallebene die Behandlungsnotwendigkeit der ZNA bei lebensbedrohlichen, abwendbar gefährlichen Zuständen (z.B. E 1 §3 Abs 1 a).</p> <p>Das Ersteinschätzungsinstrument gibt Empfehlungen zur Lenkung in den vertragsärztlichen Bereich. Alle 4 Entwürfe beziehen dabei (Partner)Praxen der verschiedenen Fachrichtungen ein.</p> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Der Verweis zum Hausarzt wird zwar in den Entwürfen B, C und D zur in allen Entwürfen genannten Allgemeinmedizin angehängt, sollte aus meiner Erfahrung zur weiteren Versorgung mehr hervorgehoben werden.</p>
<b>Ärztliche Kontrollerggebnis Ersteinschätzung</b>	<p>Diesbezüglich sind wohl die größten und für die Umsetzung relevanten Unterschiede zwischen den Entwürfen zu finden:</p> <p>E A fordert die grundsätzliche Prüfung des Ergebnisses der Ersteinschätzung durch einen Facharzt mit der Zusatzqualifikation Klinische Akut und Notfallmedizin.</p>

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

30. Mai 2022

E D fordert vor jeder Weiterleitung die Einbeziehung ärztlichen Personals mit 2 Jahren Berufserfahrung in der Notfallversorgung.

E B fordert hierzu die Einbeziehung ärztlichen Personals.

E C fordert die Einbeziehung ärztlichen Personals nur in Zweifelsfällen und insbesondere zur Entscheidung der Ärztlichen Behandlung < / > 72 Stunden,

*Meine Bewertung:*

Eine grundsätzliche ärztliche Prüfung vor Lenkung ist nicht zielführend und stellt ein Ersteinschätzungssystem **grundsätzlich** in Frage. In den Entwürfen, Tragenden Gründen (und auch externen Stellungnahmen zu diesem Stellungnahmeverfahren des G-BA) genannte Zweifel der Validität, Sicherheit eines neuen Ersteinschätzungssystems können nicht durch eine vollständige ärztliche Kontrolle gelöst werden. Die ärztliche Prüfung wird nicht ein Abnicken, sondern die (nochmalige) mündliche Erhebung der Vorgeschichte und weitere Fragen bis hin zum Beispiel den Weg in die offenen Partnerpraxis benötigen und diskutieren denn der Patient hat ja den Anspruch vor Ort versorgt zu werden. Eigene Studien stellen die Verhältnismäßigkeit gegenüber der zügigen vollen Versorgung in der ZNA in Frage. Allein die Zahl der zu lenkenden Patienten in großen Notaufnahmen benötigt quasi einen Präsenzdienst des Arztes in der Sichtung, der im Übrigen nicht in Umverteilung vom bestehenden Stellenplan gestellt werden kann.

Der Anspruch an einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin bringt die Regelung wegen fehlender Ärzte schlichtweg an die Grenze bzw. ist aus meiner Sicht über Jahre nicht umsetzbar und stellt im Übrigen eine Erweiterung des G-BA Beschluss *Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäuser* dar.

Die Sichtung nach MTS und ESI sollte alle Risikopatienten und nicht tolerable Beschwerden ausschließen. Das Ersteinschätzungssystem ist dazu redundant. Grundsätzlich sollte das System nur zumutbar erreichbare Praxen anbieten. Grundsätzlich sollten in den verbleibenden Gruppen 4 und 5

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

30. Mai 2022

unter Einbeziehung einer notwendigen ressourcenbezogenen Versorgung (siehe oben) in der ZNA kaum **medizinische** Fragen zur möglichen Lenkung aufkommen – wenn doch, stellt sich die Frage nach einer pragmatischen Lösung: Nachvollziehbare Zweifel der Sichtungskraft im Ersteinschätzungssystem = ZNA. Auch aus diesen Patienten lernt das System.

**Gemeinsame / getrennte Systeme**

*Meine Bewertung:*

Eine gemeinsame IT-Anwendung aus Sichtung / Behandlungspriorisierung MTS, ESI und Ersteinschätzungssystem hängt nicht von den Abläufen, sondern bekanntermaßen vom Datenschutz bereits im Stammdatenzugriff der Schnittstelle Klinik – Vertragsärztlicher Bereich ab. Dies beginnt bereits bei der direkten Zuweisung der Patienten in die geöffnete Bereitschaftspraxis und muss übergreifend gelöst werden. Ein in der Klinik separiertes System ist nicht zielführend. Viele Kliniken verwenden MTS und ESI direkt im KIS. Dies ist QM relevant und künftig durch die Digitalisierungsoffensive des KHZG und Einführung von Notfallregistern weiterverbreitet.

Äußerst relevant für die Patientensicherheit ist die mögliche Trennung zwischen Sichtung / Behandlungspriorisierung der ZNA und Ersteinschätzung und Durchführung durch zwei Sichtungskräfte während der Spitzenzeiten in großen Notaufnahmen. Ist MTS abgeschlossen, muss bei einem weiteren wartenden Patienten die Ersteinschätzung ausgesetzt werden, da der weitere Patient potentiell in den MTS Gruppen 1 bis 3 liegt. Dies führt aus eigener Studienerfahrung durchaus relevant zu einer Schlangenbildung der Ersteinschätzungspatienten.

Anmerkung:

Nicht zu unterschätzen ist die mentale Zugewandtheit der verschiedenen Systeme. Denkt die Sichtungskraft im Sinne „treat first what kills first“ bietet die Ersteinschätzung mit Erhebung der Vorgeschichte auch die Möglichkeit zum „Gespräch“.

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

30. Mai 2022

**Qualifikation med. Personal  
Ersteinschätzung**

**Allgemeine Ausbildung und Berufserfahrung:**

*Meine Zustimmung:*

- Gesundheits- Krankenpflege, Notfallsanitäter und MFA mit aus meiner Sicht 1 Jahr Berufserfahrung Notfallversorgung

*Meine Ablehnung:*

- Zusatzqualifikation Notfallpflege (E A)

*Änderungsvorschlag:*

- *Mindestens 6 Monate Berufserfahrung in der jeweiligen ZNA*

*Anmerkung:*

- Rettungsassistent – ist durch Notfallsanitäter abgelöst. Die Überführung in diesen sichert den geforderten Stand der Ausbildung

**Einweisung, Fortbildung**

*Meine Zustimmung:*

- Schulung Ersteinschätzungsinstrument und Sichtungssystem ZNA.

*Änderungsvorschlag:*

Selbstständige Anwendung der Systeme erst nach angemessener Zeit der direkten Anleitung am Patienten. Individuell von Leitung Pflege ZNA (mit Zusatzqualifikation Notfallpflege) festzulegen.

*Anmerkung:*

- Regelmäßige Fortbildung Notfallmedizin (bereits im Beschluss gestuftes System von Notfallstrukturen enthalten)

- Differenzierung Erkennen von Notfallleitsymptomen (EA §2 Abs 4 d) ist allgemeine Grundvoraussetzung zum Einsatz in der ZNA und in der Fortbildung ebenso enthalten

*Änderungsvorschlag:*

- Gefordertes Qualitätsmanagement der ZNA. Dies beinhaltet in sich Qualitätszirkel, PDCA, Fallbesprechungen der Ersteinschätzung, Fallmeldungen an die Evaluationsstelle.

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

30. Mai 2022

**Zuordnung der Ersteinschätzung**

*Meine Bewertung:*

Auch wenn sich alle Entwürfe weitgehend einig sind, dass die Ersteinschätzung durch Klinikpersonal durchgeführt wird, möchte ich dies doch in Frage stellen.

Aus eigener Studie hat tagsüber die Ersteinschätzung eine Mitarbeiterin der KV übernommen (sog. Flowmanager). Damit wurde der Patient zur Lenkung auch inhouse in die Verantwortlichkeit der KV übergeben. Das hat den Vorteil, dass die gesamte eigentliche Lenkung in den vertragsärztlichen Bereich Aufgabe der KV ist und für die Klinik nicht weiter definiert werden muss. Die ggf. ärztliche Prüfung der Ersteinschätzung übernahm ein Telearzt der KV. Auffällig war seine hohe Quote des Abschlusses der Behandlung.

**Zeitkorridore der Lenkung**

*Meine Bewertung:*

Die Entwürfe weisen Zeitkorridore zur Behandlung in einer Partnerpraxis bis zu 30 Tagen (E 1 §3 Abs 1 d) auf.

Sofern die Verantwortung bei der Klinik liegt – siehe vorheriger Punkt – ist der Zeitkorridor maximal der nächste Werktag (zur Einführung der nächste Morgen). Alles Weitere obliegt dem vertragsärztlichen Sektor. Insbesondere muss kein Klinikarzt prüfen, ob die vertragsärztliche Versorgung über 72 Stunden liegen kann (E 3 § 4 Abs 2 1.) Dementsprechend gibt es Zeitkorridore:

Prioritär bei geöffneter Bereitschaftspraxis unmittelbar dieselbe

Bei geschlossener Bereitschaftspraxis und geöffneten Hausarzt- bzw. Partnerpraxen unmittelbar dieselbe

Bei geschlossenen Praxiszeiten Verweis auf die Bereitschaftspraxis am folgenden Tag (Wochenende in der Regel bereits Vormittag) oder maximal an die Hausarzt- bzw. Partnerpraxis am folgenden Werktag

Diskutiert werden muss aus meiner Sicht der vollkommene Ausschluss der Ersteinschätzung / Lenkung in den Nachtstunden (E2 §4 Abs 1). Das ist zwar mit dem Patientenaufkommen

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration

30. Mai 2022

	<p>vereinbar – salopp gesagt wird es sich aber ggf. rumsprechen, dass man ab xx Uhr abends immer drankommt.</p> <p>Nachts wird das Ersteinschätzungssystem von Sichtungskräften der Klinik bedient.</p>
<b>Angebot der Partnerpraxen</b>	<p><i>Meine Bewertung:</i></p> <p>Die terminliche Lenkung der Patienten in Partnerpraxen ist eine zeitintensive Aufgabe.</p> <p>Mögliche von den Wegstrecken zumutbare (z.B. E 1 § 2 Abs 1) Partnerpraxen müssen von der KV bestimmt werden und in tagesaktuellen Stammdaten hinterlegt werden.</p> <p>Sofern kein elektronisches Buchungssystem oder Zuordnungssystem (z.B. IVENA E C in §5 Abs. 2) zur Verfügung steht, muss die Terminfindung die 116117 im direkten Kontakt mit dem Patienten (nicht durch die Klinik) stattfinden. Auch hier bewährt sich der flowmanager (siehe Zuordnung der Ersteinschätzung) sehr.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Dr. med. Michael Bayeff-Filloff

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, RoMed Klinikum Rosenheim

Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst, Bayerisches Staatsministerium des Innern,  
für Sport und Integration

**Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt**

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	Grundsätzlich nehme ich sehr gerne teil, ist jedoch erst ab 21.06. möglich.
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	Siehe oben
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	<b>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</b>	<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein</b>

**Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V**

Dr. med. Timo Schöpke, MBA	
30.05.2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Der G-BA sollte den gesetzlichen Auftrag gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V zum aktuellen Zeitpunkt nicht umsetzen.</b>	Die Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs im Notfall ist ein Teilprozess der medizinischen Notfallversorgung, der erst im Sinne der vorliegenden Entwürfe geregelt werden kann, wenn die vorzuhaltenden Strukturen für die medizinische Notfallversorgung zeitlich, räumlich, personell und apparativ definiert und vorhanden sind. Dies ist aktuell nicht der Fall und die Versorgungslandschaft ist noch zu heterogen und lückenhaft organisiert. Die Planungen des BMG für eine umfassende Reform der Notfallversorgung sollten abgewartet werden.
<b>Das in allen vorliegenden Entwürfen beschriebene Ersteinschätzungssystem kann die Patientensicherheit nicht gewährleisten.</b>	Aktuell existiert kein wissenschaftlich validiertes Ersteinschätzungssystem, das automatisiert die Behandlungsdringlichkeit feststellen und zusätzlich auch die Steuerung in die richtige Versorgungsebene sicher gewährleisten kann.
<b>In den Entwürfen werden Prozessgestaltungen vorgeschlagen, die in Krankenhäusern zu unnötigen und kritischen Personalbindungen und Verwaltungskosten führen.</b>	Sofern Krankenhäuser angehalten werden sollen, hilfesuchende Akut- bzw. Notfallpatienten an Notdienst- bzw. Vertragsarztpraxen zu verweisen, muss den Krankenhäusern ein verbindlicher Überblick (zeitlich, örtlich und fachlich) über regionale Versorgungsangebote verlässlich zur Verfügung gestellt werden. In keinem Fall darf den Krankenhäusern aufgetragen werden, Terminservicestellen oder Praxen telefonisch zu kontaktieren, da deren niederschwellige und allzeitige telefonische Erreichbarkeit nicht gewährleistet ist. Etwaige Terminbuchungen sollten barrierefrei und digital vorgenommen werden können und müssen somit in ein zukünftiges interoperables, digitales System integriert sein, welches auch potenziell schnittstellenbasiert aus den Krankenhaus- oder Notaufnahmeinformationssystemen bedienbar ist. Jeder regelmäßige Systemwechsel stellt für die Mitarbeitenden von Krankenhäusern eine kritische Mehrbelastung dar und ist bei den heutigen technischen Möglichkeiten als unnötig einzustufen. Insbesondere darf den Krankenhäusern keine Begründung für Patientenbehandlungen

Dr. med. Timo Schöpke, MBA

30.05.2022

aufgezwungen werden, wenn die Gründe dafür in der Nichtverfügbarkeit geeigneter vertragsärztlicher Strukturen liegen.

**Die Evaluation der ambulanten Notfallversorgung im Sinne der vorliegenden Entwürfe muss schnellstmöglich digital und automatisiert gestaltet werden.**

Über eine automatisierte Weiterleitung pseudoanonymer Daten der ambulanten Notfallversorgung (Patienten-ID, Betriebsstättennummer, Vorstellungsgrund, Zeitstempel, etc.) und Verknüpfung mit Longitudinaldaten der jeweiligen Patienten (Diagnosen, Prozeduren, Behandlungsarten, Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte, etc.) an das IQTIG könnten sowohl die regionalen Versorgungsprozesse als auch das Outcome der jeweiligen Patienten analysiert und berichtet werden. Diese Analysemöglichkeit bestünde aktuell auch ohne zwingende Umsetzung des § 120 Absatz 3b des SGB V und könnte substantiell zur Weiterentwicklung und Reform der medizinischen Notfallversorgung beitragen – und zwar ohne großen und regelmäßigen Mehraufwand seitens der Leistungserbringer.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Dr. med. Timo Schöpke, MBA

**Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt**

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	Ich nehme teil.
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	<b>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</b>	

## **Stellungnahme der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

### **Stellungnahme zu Entwurf A**

#### **§ 1, Absatz 1**

Die in Deutschland derzeit verwendeten Ersteinschätzungsverfahren dienen nicht dazu, die optimierte Nutzung der sektoral getrennten Notfallversorgung abzubilden, sondern der Behandlungspriorisierung innerhalb stringent organisierter Notaufnahmen. Eine Verweisung dieser Patienten ohne Arztkontakt in eine externe, bis zu 30 min Fahrtzeit entfernte, alternative ärztlichen Behandlungsorte ist nicht vorgesehen.

Für die in Entwurf A geforderte Funktionalität eines Ersteinschätzungsverfahrens ist also ein neues, bisher noch nicht wissenschaftlich evaluiertes Ersteinschätzungstool erforderlich.

#### **§1, Absatz 2**

Dieses neue Ersteinschätzungstool soll als Kernkriterium einen sofortigen Behandlungsbedarf feststellen. Liegt dieser nicht vor, soll der Patient in eine Vertragsarztpraxis gesandt werden.

Das Kriterium einer sofortigen Behandlungsnotwendigkeit kann nicht allein genutzt werden, um eine zum Krankenhaus alternative Behandlung zu indizieren. Weitere Kriterien sind die im vertragsärztlichen Bereich verfügbaren Ressourcen zur einer Behandlung auch weniger dringlicher Störungen, die Mobilität der betroffenen Patienten, die Möglichkeit einer zum Vorstellungszeitpunkt nicht vorhersehbaren Veränderung eines Gesundheitszustandes und andere....

#### **§2**

##### **Ad1)**

Eine Weiterverweisung an vertragsärztliche Ressourcen außerhalb des Krankenhausareals ist bisher durch ein validiertes Ersteinschätzungstool nicht möglich (siehe einleitenden Kommentar).

##### **Ad4)**

Die beschriebenen Qualitätsansprüche an eine ersteinschätzende Kraft sind sehr anspruchsvoll. Die Umsetzbarkeit hängt davon ab, dass die Ersteinschätzung durch die Pflegekräfte einer Klinik durchgeführt wird. Wenn die Zusatzqualifikation Notfallpflege vorliegt, ist automatisch von einer 2-jährigen Tätigkeit in einer Notaufnahme auszugehen.

Prinzipiell erscheint aus meiner Sicht die Schulung in einem Ersteinschätzungstool ausreichend, diese muss mit einer erfolgreich abgeschlossenen Prüfung dokumentiert werden. Weiterhin ist eine Grundvoraussetzung in meinen Augen die 2-jährige Berufstätigkeit in der direkten Patientenversorgung in einer Notaufnahme. Notfallpflegende erfüllen diese beiden Voraussetzungen automatisch.

Die Zusatzbezeichnung Notfallpflege für alle Ersteinschätzenden zu fordern, wird in Bereichen mit hoher Personalfuktuation wie es die Notaufnahmen naturgemäß sind, dazu führen, dass sehr erfahrene Pflegekräfte der unmittelbaren Krankenversorgung nicht zur Verfügung stehen, hohe Schichtdienstbelastungen aufweisen und häufig Ausfälle dieser kritischen Ressource kompensieren müssen.

Jeden Monat an einem Qualitätszirkel teilzunehmen ist für viele Notaufnahmearbeiter durch Schichtdienst und Teilzeitarbeit nicht machbar. Teilnahme an einem Qualitätszirkel innerhalb von 3 Monaten erscheint möglich.

Ad 5)

Weil derzeit noch nicht ausreichend Ärzt\*innen in der „Klinischen Akut- und Notfallmedizin“ qualifiziert sind, muss eine ausreichend lange Übergangsfrist bis Erreichung dieses Standards eingeräumt werden.

### §3

Ad 1)

a-c) Gut begründete Empfehlung

d) Dieser Abschnitt erscheint so nicht umsetzbar. Erstens steht kein wissenschaftlich validiertes Ersteinschätzungssystem für die Weiterleitung in eine vertragsärztliche Struktur außerhalb des Krankenhauses zur Verfügung. Auch die derzeit in Deutschland laufenden Studien berücksichtigen nicht die Tatsache, dass nun eine telefonische Vorevaluation über SMED möglich ist, die die Wahrscheinlichkeit, dass sich in Zukunft vermehrt Patienten mit eindeutigem Krankenhausbehandlungsbedarf in den Notaufnahmen vorstellen (siehe Kommentar zu den Eckpunkten) abbildet.

Es erscheint mir vorstellbar, dass eine Ersteinschätzung eine Zuordnung in den vertragsärztlichen Bereich, der unmittelbar im Areal des Krankenhauses liegt, erlaubt. Diesbezüglich sind wissenschaftliche Untersuchungen begonnen aber noch nicht abgeschlossen worden.

Für die zweite Anforderung, eine Festlegung der Zeit, innerhalb derer eine ärztliche Vorstellung nach Aufsuchen einer Notaufnahme mit einem akuten Gesundheitsproblem, gefahrlos möglich ist, liegen ebenfalls keine wissenschaftlichen Untersuchungen vor. Eine Festlegung, wann eine Behandlung, die nicht unmittelbar im Anschluss an die Ersteinschätzung erfolgen muss, in Zukunft (die einen Zeitraum von weniger als 24 h bis hin zu 30 Tagen umfasst) erforderlich ist, ist derzeit nicht gefahrlos möglich. Sie sollte deswegen im Rahmen der Ersteinschätzung nicht bei Patienten erfolgen, die ein Krankenhaus zur Notfallbehandlung aufsuchen.

Faktisch ist eine Verweisung eines Patienten im Ersteinschätzungsbereich einer Notaufnahme in eine vertragsärztliche Ressource, die sich nicht innerhalb oder angrenzend an eine Notaufnahme befindet, eine Ablehnung der notfallmedizinischen Indikation. Für eine derartige medizinische zu begründende Verweigerung der unmittelbaren notfallmedizinischen Behandlung ist ebenso wie für einen profunden Rat in welcher Zeit eine weitere medizinische Ressource wie z.B. eine Facharztvorstellung, zu empfehlen ist, eine gründliche ärztliche Evaluation, die den Rahmen einer Ersteinschätzung sprengt, notwendig.

Ad 2 d)

Eine Verweisung an eine Partnerpraxis, die bis zu 30 min Fahrzeitabstand gelegen sein darf, erfüllt die Mindestanforderung an die Patientensicherheit in vielen Fällen nicht. Eine Notfallpraxis muss auf dem Krankenhausgelände, am besten direkt an ein Notfallzentrum angrenzend, verortet sein. Ansonsten kann nur ein sehr kleiner Teil von Patienten, die zum Zwecke der notfallmäßigen medizinischen Versorgung das Krankenhaus aufgesucht haben, dorthin geleitet werden.

Zudem ignoriert die Festlegung eines Radius von 30 min Autofahrzeit in der eine Partnerpraxis erreichbar sein soll, dass einige Patienten nicht mit dem Auto in eine Notaufnahme kommen und einen alternativen Behandlungsort auch nicht ohne weiteres erreichen können.

Ein Beispiel soll das erläutern: Ein Patient kommt mit mittelgradigen, chronischen, sich sukzessive verschlechternden Schmerzen im Rücken in eine Notaufnahme und möchte neben einer Schmerztherapie eine Diagnostik über die Ursache erhalten. Dieser Patient bedarf keiner sofortigen Krankenhausbehandlung und kann prinzipiell im vertragsärztlichen Bereich behandelt werden. Eine Schmerztherapie könnte ohne weiteres verabreicht werden und dies würde seine Beschwerden auch umgehend reduzieren. Vor einer solchen therapeutischen Hilfe, müssten aber einige medizinischen Inhalte erfragt werden, die nicht Gegenstand einer Ersteinschätzung sind (Allergien und Unverträglichkeiten, etc.). Deswegen wird der Patient in der vorgeschlagenen Notfallstruktur keine Schmerztherapie erhalten und auf eine externe unabhängige Partnerpraxis verwiesen. Gesetzt den Fall der Patient sucht nun einen 30 min entfernt gelegenen niedergelassenen Arzt auf, der in einer gründlichen Untersuchung eine Reflexstörung am Bein feststellt, die der Patient selber nicht bemerkt hat, und deswegen eine dringliche radiologische Schnittbilddiagnostik der Wirbelsäule für erforderlich hält. Es erfolgt nun eine Einweisung in das initial von dem Patienten aufgesuchten Krankenhaus. Durch die große Entfernung der Partnerpraxis von der Notaufnahme sind dem Beispielpatienten Schmerzen nicht zeitnah gelindert und unnötiger Aufwand evoziert worden.

Ad 2e)

Eine ärztliche Prüfung einer Ersteinschätzung durch einen Arzt ohne Anamnese und Untersuchung wird die Patientensicherheit nicht erhöhen. Der Aufwand, der damit verbunden ist, wird bei diesen Patienten neben der reinen medizinischen Leistung noch einen Beratungsaufwand über die Verweisung in den vertragsärztlichen Sektor induzieren, der oft genauso langwierig sein wird, wie die gesamte Evaluations- und Behandlungszeit bei einem Vertragsarzt, zu dem eine Verweisung erfolgt. Das wird den Patienten nicht zu vermitteln sein.

Als Beispiel nenne ich einen Patienten mit Halsschmerzen, der nach der Ersteinschätzung an eine Partnerpraxis mit 15- minütiger Fahrzeit vermittelt werden soll. Dieser Patient muss administrativ erfasst werden, die ersteinschätzende Kraft stellt durch Einstufung in die Kategorie 5 eine Indikation zur Vorstellung in einer Partnerpraxis, der hinzugerufenen Arzt verifiziert diese Einschätzung und schaut dabei in den Hals und erkennt gerötete Mandeln. Nun könnte er den Patienten beraten und evtl. auch ein Antibiotikum rezeptieren, dann wäre der Fall abgeschlossen. Nun muss er dem Patienten erklären, dass er sich gefahrlos in die kassenärztliche Behandlung begeben kann und er nicht die richtige Anlaufstelle war. Falls der Patient sich dort vorstellt, muss er sich erneut administrativ erfassen lassen, es erfolgt eine Untersuchung und Behandlung wie bereits im Krankenhaus geschehen. Das ist ineffizient.

#### § 4

Siehe die vorausgegangenen Kommentare. Eine Verweisung an eine Partnerpraxis außerhalb des Krankenhauses ist ineffizient und schlimmstenfalls potenziell patientengefährdend. Für die Entscheidung der Verweisung in eine fachärztliche Ressource ist häufig eine eingehende Anamnese und Untersuchung erforderlich, die im Rahmen einer Ersteinschätzung nicht erbracht werden kann.

Es bleibt auch unklar, warum das Krankenhaus und nicht der Patient selbst, sich um einen Termin bei einer Terminservicestelle kümmern sollte. Der Patient kennt seine Verfügbarkeiten und Transportmöglichkeiten selbst besser als das Krankenhaus.

#### §5

Es bleibt unklar, warum Patienten, die auf Grund der Ersteinschätzung an eine Partnerpraxis weitergeleitet werden, in eine Patientenakte des Krankenhauses aufgenommen werden soll. Es ist nach meinem Verständnis doch gerade Sinn der Ersteinschätzung die Patienten in den vertragsärztlichen Bereich zu verweisen, ohne dass eine Aufnahme im Krankenhaus erfolgt.

#### §6

Ad1)

Die Qualitätskriterien an ein Ersteinschätzungssystem sind generell nachvollziehbar aber derzeit und auf absehbare Zukunft nicht von einem Ersteinschätzungssystem wissenschaftlich validiert zu erfüllen (siehe einleitenden Kommentar zu den Eckpunkten).

Ad 1c)

Hier muss erwähnt werden, dass Nebendiagnosen mit medizinischem Einfluss auf den akuten Behandlungsanlass sich schweregraderhöhend auswirken können.

Dass gefordert wird, dass soziale Faktoren keinen Einfluss auf den Entscheidungsalgorithmus haben dürfen, ist vollständig wirklichkeitsfremd. Gerade sozial benachteiligte Patientengruppen, die auf Grund intellektueller, sprachlicher, physischer, seelischer oder körperlicher Einschränkungen im sozialen Abseits stehen, werden nicht im ambulanten, vertragsärztlichen Bereich eine adäquate Versorgung finden können. Es wird Patientengruppen geben, die vertragsärztlich behandelt werden können, denen aber diese Entscheidung nicht vermittelt werden kann.

Ad 2 und 3)

Die geforderte Berichterstattung erscheint aufwändig und die Konsequenzen, die aus den gesammelten Daten gezogen werden sollen, sind nicht klar definiert. Jede Überbürokratisierung muss vermieden werden.

## **Stellungnahme zu Entwurf B)**

### **§1**

Ad 2)

Das Ziel der Regelung sollte sein, dass alle Menschen, die eine Notaufnahme aufsuchen, nach einem allgemein anerkannten Standard behandelt werden. Die Begrenzung der Regelung auf die Gruppe der gesetzlich Krankenversicherten erscheint mir nicht einleuchtend.

Sinnvoll ist allerdings, dass bereits eingewiesene Patienten (Notfalleinweisung im Rahmen einer Ersteinschätzung) keiner Evaluation bezüglich einer Weiterleitung in den vertragsärztlichen Bereich mehr erhalten.

Ad 3 &4)

Die Formulierung von Ausnahmetatbeständen für die Spezielle Notfallversorgung erscheint einleuchtend. Auch hier allerdings sollte gelten, dass eine Ersteinschätzung zur Behandlungspriorisierung als Grundbestandteil der Notfallversorgung durchgeführt werden sollte. Eine Weiterverweisung von Patienten aus diesen Spezialversorgern ist aber mit den etablierten und auch in Entwicklung befindlichen Ersteinschätzungstools nicht profund wissenschaftlich validiert möglich.

### **§2**

Ad 3)

Die Anforderungen an das ersteinschätzende Personal sind deutlich niedriger als im Entwurf A und damit leichter zu erfüllen. Zweifelhaft ist, ob auch die Qualität der Ersteinschätzung durch dieses niedrigere Ausbildungsniveau gewährleistet wird. In den Forderungen ist spezifische Notaufnahmetätigkeit zu gering abgebildet.

Folgende Grundvoraussetzung erscheinen mir (basierend auf eigener Erfahrung) mindestens erforderlich:

- Medizinisches Fachpersonal
- 2-jährige Tätigkeit in einer Notaufnahme in der direkten Patientenversorgung
- Schulung in der selbstständigen Anwendung des Ersteinschätzungsinstrumentes und erfolgreiche Abschlussprüfung dieser Schulung oder Zusatzweiterbildung „Notfallpflege“

### **§3**

Hier werden die gängigen in den Krankenhäusern etablierten Ersteinschätzungssysteme beschrieben, allerdings ergänzt um die Option der Weiterleitung in den vertragsärztlichen Bereich.

Dass bezüglich dieser Ergänzung der Systeme um die Weiterleitungsoption aus der Notaufnahme heraus derzeit keine wissenschaftlich evaluierten Ersteinschätzungssysteme existieren, ist in dem einleitenden Kommentar bereits ausgeführt worden.

Ad 2)

Es ist sicherlich gut begründbar, dass anders als im Entwurf A auch die Ersteinschätzungsstufe 3 als eine Kategorie gesehen wird, die regelhaft im Krankenhaus behandelt werden sollte. Patienten, die auf Grund Ihrer Symptomatik und ihres Gesundheitszustandes in diese Kategorie eingestuft wurden,

sind gemeinhin so aufwändig in der Diagnostik und Versorgung, dass es eine Verweisung in den niedergelassenen Bereich nicht sinnvoll erscheint. Eine Datengrundlage für diese Feststellung ist die Studie von Trentzsch et al..

Ad 3)

Bei der Verweisung an eine Partnerpraxis, die nicht fußläufig zu erreichen ist, wird sowohl in diesem Entwurf als auch in Entwurf A als auch in diesem Entwurf B von einer Fahrtzeit als Größe gesprochen, die es einzuhalten gilt. In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass viele Patienten nicht mit dem Auto in das Krankenhaus kommen und auch nicht in der Lage sind Auto zu fahren. Welchen Einfluss haben Transportmittel auf die Entscheidung der Weiterverweisung? Die reine Autofahrtzeit kann hier nicht als Maß gelten, sondern es muss auch eine Erreichbarkeit der Partnerpraxen innerhalb eines vorgegebenen Zeitkorridors ohne Auto gegeben sein.

Ad 4)

Dass unter diesen Umständen eine ärztliche Sichtung der Patienten, wenn diese nicht in einer Bereitschaftspraxis in unmittelbarer Nähe der Notaufnahme weiterbetreut werden können, erforderlich ist, ist aus medizinischer und auch medicolegaler Sicht gut begründet. (siehe diesbezüglich die einleitenden Kommentare). Sobald ein Arzt hinzugezogen wird, wird allerdings die Leistung der reinen Ersteinschätzung deutlich erweitert. Ein hinzugezogener Arzt muss die schwierigen, unklaren Fälle bearbeiten und muss dazu eine gründliche Befragung der Patienten und ggf auch eine körperliche Untersuchung durchführen. Dieser Aufwand muss in die Aufwandskalkulation mit einbezogen werden.

#### **§4**

Ad 1)

Eine Weiterleitung in eine kassenärztliche Bereitschaftspraxis als Teil eines Notfallzentrums sollte weiterhin möglich sein.

Ad 2 und 3)

Die Arbeit der Notfallmedizin besteht darin, das Symptom einer Gesundheitsstörung mit einer Diagnose zu erklären. Sobald eine Diagnose feststeht, kann eine Zuweisung zu einer Fachlichkeit erfolgen, die für die Behandlung der Diagnose am günstigsten erscheint. Bei nicht ärztlich befragten und untersuchten Patienten, die von der Ersteinschätzung direkt in eine Facharztpraxis verwiesen werden, wird eine hohe Fehlerwahrscheinlichkeit bestehen. In den allermeisten Fällen wird für die Koordination einer weiteren Behandlung eine allgemeinärztliche Vorstellung notwendig sein. Hier müssen ausreichende, verlässliche Ressourcen zur Verfügung stehen. Allgemeinarztpraxen müssen auf Grund der sehr unterschiedlichen Fähigkeiten der jeweiligen Allgemeinärzte einen vertraglich abgesicherten Servicelevel für Notfallpatienten bieten. Allgemeinärzte, die hier eingesetzt werden können, benötigen folgende Qualifikationen:

- Halbjährige Tätigkeit in einer interdisziplinären Notaufnahme
- Möglichkeit zur Wundversorgung
- Möglichkeit zur und Kenntnisse in der Notfallsonographie

## **Stellungnahme zu Entwurf C**

### **§2**

Ad 2)

Die Überprüfung, ob Versicherte Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus haben, ist Teil eines jeden Aufnahmeprozesses des Krankenhauses, unabhängig davon, ob diese als Notfall oder auf gezielte nicht dringliche Einweisung erfolgt. Bei Notfallpatienten schließt sich diese Prüfung an den Diagnose- und Ersttherapieprozess in einer Notfallbehandlungseinheit an. Der Ersteinschätzungsprozess, der in der GBA Verordnung geregelt werden soll, ist damit dem Entscheidungsprozess bezüglich einer stationären Behandlung vorgeschaltet. Deswegen kann die Entscheidung bezüglich einer stationären Behandlungspflicht den Ersteinschätzungsprozess nicht ersetzen. Generell muss bei allen Patienten, die sich in einer Notaufnahme vorstellen, eine Ersteinschätzung durchgeführt werden.

### **§3**

Ad 1)

Die hier beschriebenen Qualifikationen einer „Triagekraft“ sind zu wenig spezifisch auf die Notfallmedizin im Bereich der Notaufnahme ausgerichtet. Es ist eine 2-jährige Tätigkeit in einer Notaufnahme zu fordern:

- Medizinisches Fachpersonal
- 2-jährige Tätigkeit in einer Notaufnahme in der direkten Patientenversorgung
- Schulung in der selbstständigen Anwendung des Ersteinschätzungsinstrumentes und erfolgreiche Abschlussprüfung dieser Schulung oder Zusatzweiterbildung „Notfallpflege“

Ad 2)

Für die Qualität der Ersteinschätzung, die 24/7 durchgeführt werden muss, kann durch die Qualifikation des ärztlichen Leitungspersonals allein nicht garantiert werden. Es muss gewährleistet sein, dass ein in der Notfallmedizin ausreichend qualifizierter Arzt (mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“) stets (24/7) für Rückfragen verfügbar ist.

### **§4**

Ad 1)

Das bildet das derzeit durchgeführte Ersteinschätzungsverfahren im Krankenhaus ab.

Ad 2)

Hier werden die in den Kliniken üblichen Ersteinschätzungsroutinen verlassen und mit einer neuen Aufgabe, nämlich dem Ziel einer Verweisung in einen anderen Versorgungssektor verändert. Diese zugewiesene ambulante Behandlungsressource muss dabei nicht zwangsläufig unter dem gleichen Dach wie die Krankenhausnotaufnahme liegen.

Wie bereits in den einleitenden Kommentaren ausführlicher dargestellt, gibt es für diese Aufgabe derzeit noch keine ersteinschätzenden Systeme, die den Kriterien einer ausreichenden wissenschaftlichen Evaluation genügen.

Grundsätzlich ist aber ohnehin zu fragen, ob der Aufwand, der hier getrieben wird, nicht viel zu groß ist, um ein Problem zu lösen, das dadurch entsteht, dass die Steuerung vor der Klinik durch das bereits in Entwicklung befindliche SMED System noch nicht ausreichend genutzt wird.

Patienten, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen, halten sich mit Sicherheit als einen medizinischen Fall, der in weniger als 4 Stunden profunder ärztlicher Evaluation und Behandlung bedarf. Für eine reine Beratung, dass eine spätere Untersuchung und Behandlung möglich sind, sucht niemand eine Notaufnahme auf.

Es ist inzwischen gut bekannt, dass annähernd 70 % der Patienten, die sich ambulant in einer Notaufnahme vorstellen, unter einer Verletzung nach einem Unfall leiden. Diese Menschen leiden unter Schmerzen und bedürfen meist einer zielführenden Diagnostik und gelegentlich einer Ruhigstellung der Verletzung und einer Wundnaht.

Ein wirksames Schmerzmittel zu verabreichen, erfordert eine kurze (ärztliche) Anamnese und die Festlegung der weiteren Diagnostik eine zielgerichtete Untersuchung. Erst dann kann eine halbwegs verlässliche Abschätzung der Frage erfolgen, in welchem Zeitraum eine weitere Diagnostik und Therapie stattfinden kann. Diese ärztliche Leistung, die in einigen Fällen auch schon einen Fallabschluss erlauben würde, soll aber nur fakultativ angeboten werden, und zwar im Rahmen der Ersteinschätzung. Faktisch handelt es sich aber um eine komplette ärztliche Leistung, die nicht mehr als Ersteinschätzung zu werten ist.

Gegebenenfalls wird eine ersteinschätzende Gesundheitskraft also einen ärztlichen Rat bezüglich einer Dringlichkeitseinstufung hinzuziehen. Die Indikation für eine solche Hinzuziehung wird dadurch bedingt sein, dass die ersteinschätzende Kraft befürchtet, dass sie Informationen nicht ausreichend erfragt oder gewertet hat. In diesen Fällen wird der Arzt versuchen noch zusätzliche Informationen zu generieren, und tut dies durch einige zusätzliche Fragen und insbesondere dadurch, dass er die Fragen mit Befunden einer körperlichen Untersuchung verbindet. In Fällen, in denen dann eine Weiterverweisung erfolgt, hat also bereits eine komplette ärztliche Erstuntersuchung stattgefunden, die vielleicht schon einen Fallabschluss reichen würde. Warum sollte dann aber noch eine Weiterverweisung erfolgen? Das wird dem sogenannten Hilfesuchenden mit einem notfallmedizinischen Problem nicht zu vermitteln sein und macht auch keinen Sinn.

Für die Weiterverweisung von Patienten, die eine Krankenhausnotaufnahme kommen, ist es immer entscheidend, dass der vertragsärztliche Versorgungssektor in direkter Nachbarschaft zur Notaufnahme lokalisiert ist. Dadurch muss eine ärztliche Evaluation und Behandlung innerhalb von 4 Stunden gewährleistet sein.

Längere Intervalle bis zu einem Arztkontakt festzulegen, erfordern Beratungsleistungen, die erst erbracht werden können, wenn eine gründliche ärztliche Befragung, Untersuchung und Beratung stattgefunden haben.

## §5

Ad 1-5)

Wenn das Krankenhaus festgestellt haben sollte, dass keine Krankenhausleistung erforderlich ist, ist die Leistung des Krankenhauses abgeschlossen.

Weitere Leistung wie die Prüfung der verfügbaren Ressource, Prüfung der zumutbaren Entfernung, Kontaktaufnahme mit der Terminservicestelle etc. liegen in der Verantwortung der Patienten, die sich mit einer Empfehlung des Krankenhauses, die auch digital übermittelt werden kann, an eine geeignete Vermittlungsstelle der KV wenden. Warum ein Krankenhaus sich mit diesen Aufgaben beschäftigen sollte, wenn festgestellt wurde, dass dieser Fall nicht im Krankenhaus behandelt werden sollte, ist unklar. Diese Aufgaben der Weiterbahnung des weiteren Versorgungsprozesse wird zeitaufwändig und müssen den Patienten zudem noch gut erklärt werden.

## **§6**

Ad 1)

Siehe Kommentar zu Paragraph 4 Absatz 2

Ad 2)

Wichtig ist, dass die vertragsärztliche Versorgung ohne Zeitverzug geschieht, also direkt in/an der Notaufnahme stattfinden kann.

## **§8**

Die hier geäußerten Vorgaben erscheinen sinnvoll, insbesondere der Anspruch, dass die Patientensicherheit das Kriterium die oberste Priorität hat. Allein dadurch, dass dieser Anspruch formuliert wird, ist aber die Patientensicherheit nicht garantiert.

Es muss klar sein, dass die Menschen, die sich als Notfall in einem Krankenhaus vorstellen, ein besonders hohes Risiko einer gefährdenden Gesundheitsstörung haben. Jedes ersteinschätzende System hat eine Irrtumswahrscheinlichkeit, die sicher über 5 % liegt. Diese Fehlerrate muss als gegeben einkalkuliert werden. Deswegen bleibt die Verweisung aus der Notaufnahme eines Krankenhauses ohne Arztkontakt bezüglich der Patientensicherheit einer sofortigen Behandlung in oder in direkter Nähe der Notaufnahme immer unterlegen.

## **§9**

Es kann nicht allein die Aufgabe des Krankenhauses sein, ein Qualitätsmanagement der Ersteinschätzung der kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Ein Qualitätsmanagement kann nur durch ein Zusammenwirken aller Sektoren der Notfallversorgung erreicht werden. So muss die kassenärztliche Vereinigung angenommene oder tatsächliche Fehleinschätzungen ebenso in einem Qualitätsmanagementsystem eingeben wie die Zahl und Charakteristika, die nach Verweisung in den kassenärztlichen Bereich von dort wieder zurück in ein Krankenhaus eingewiesen werden.

## **Stellungnahme zu Entwurf D**

### **§2**

Dieser Paragraph stellt den Kreis der ersteinzuschätzenden Personen weitestgehend umfassend und eindeutig dar und beleuchtet auch die Bereiche, in denen die Anwendung der neuen ersteinschätzenden Systeme nicht sinnvoll erscheint.

Ad 2)

Hier sollte noch hinzugefügt werden, dass notarztbegleitete Patienten automatisch als Patienten gelten, die zu einer Krankenhausbehandlung eingewiesen wurden.

### **§3**

Klare Regelungsvorgabe

### **§4**

Die hier geforderten Qualifikationsmerkmale sind so gewählt, dass sie umsetzbar erscheinen. Sowohl bei den ersteinschätzenden Fachkräften als auch von den unterstützenden Ärzten ist die notwendige Berufserfahrung in der Notfallversorgung näher zu spezifizieren, da Praxiserfahrung in der Notfallversorgung zu ungenau erscheint, um die geforderte Qualifikation abzubilden. Es ist die zweijährige, vollzeitige, ganztägige Tätigkeit in einer Notaufnahme (nicht pauschal Notfallversorgung), das entscheidende Qualifikationskriterium

### **§5**

Klare Regelungsvorgabe

### **§6**

Gut an diesem Vorschlag ist, dass die bisher in deutschen Krankenhäusern betriebenen Ersteinschätzungssysteme als Basis angesehen werden und damit auf gut eingeübte Systeme als Grundlage der Ersteinschätzung gesetzt wird. Das erhöht die prinzipielle Umsetzbarkeit.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die von diesem Entwurf geforderte wissenschaftliche Evidenz für ein additives Ersteinschätzungssystem mit der Fähigkeit einen Versorgungssektor außerhalb der Notaufnahme zuzuweisen, derzeit nicht existiert.

Selbst, wenn die Zuweisung zu einem Behandlungssektor außerhalb des Krankenhauses in der Zukunft eine wissenschaftliche Basis erhalten sollte, wird es aus meiner Sicht auf lange Sicht keine ausreichende wissenschaftliche Basis dafür geben, eine deutlich verzögerte Vorstellung (z.B. > 4 Stunden) durch ein Ersteinschätzungssystem gefahrlos festzulegen. Solange der Aspekt, dass eine verzögerte Vorstellung die Patientensicherheit nicht gefährdet, sollte die Verweisung in einen vertragsärztlichen Behandlungssektor immer innerhalb von kurzer Zeit (< 4 Stunden) empfohlen werden und möglich sein.

### **§7**

Sehr sinnvoll erscheint neben der fachlichen Zuordnung auch die Definition benötigter Ressourcen durch das einzuführende Ersteinschätzungssystem.

## §8

Ad 4 b)

Zusätzlich sollten allerdings Nebendiagnosen, die einen ungünstigen Einfluss auf den akuten Behandlungsanlass haben, schweregraderhöhend wirken können.

Ad 4 c)

Die Option der Darstellung der der Entscheidungsfindung des Ersteinschätzungsunterstützungssystems muss bei Überprüfungsbedarf für die Anwendenden nicht allein prinzipiell, sondern konkret zum Zeitpunkt der Einschätzung dargestellt werden können.

Ad 5b)

Es muss auch eine Einbindung in die IT Struktur des ärztlichen Notdienstes erfolgen.

Ad 7)

Soll eine Zertifizierung des Ersteinschätzungssystems erfolgen oder eine Zertifizierung der ersteinschätzenden Notaufnahme?

## § 9

Bei der Evaluation sollten auch die Fälle erfasst werden, die aus Notfallpraxen in das Krankenhaus weitergeleitet wurden. Insbesondere muss die Zahl der Fälle berichtet werden, die nach initialer Verweisung in den vertragsärztlichen Bereich von dort wieder in das Krankenhaus zurücküberwiesen werden.

Prof. Dr. C. Dodt

**Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V**

aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (Prof. Dr. Joachim Szecsenyi)	
07.06.2022	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Allgemeine Anmerkung: Aufgrund des Vorliegens von vier Entwürfen haben wir uns dazu entschieden, zu aus unserer Sicht kommentierungsbedürftigen Themen in aggregierter Form (entwurfsbeschlussübergreifend) Stellung zu beziehen.	
<p><b>Themenbereich: Qualifikation / Erfahrung / Kreis der ersteinschätzenden Personen</b></p> <p>Die Ersteinschätzung sollte von medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden, das Erfahrung im Bereich der Patientenversorgung vorweisen kann (speziell auch in der inner- oder außerklinischen Notfallversorgung), im Umgang mit dem Ersteinschätzungsinstrument geschult ist und regelmäßig an Fortbildungen / Schulungen auch per E-Learning und Qualitätszirkeln (datenbasiert/fallbasiert) in dem Themenbereich teilnehmen muss. Spezifischere bzw. strengere Anforderungen sind nicht notwendig.</p>	<p>Es ergaben sich aus den Erfahrungen im DEMAND-Projekt keine Hinweise darauf, dass strengere Anforderungen hinsichtlich der Qualifikation notwendig sind. Eine Beschränkung auf Pflegekräfte oder gar solche mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ (Beschlussentwurf A, § 2 Abs. 4) ist nicht notwendig. Es ist vielmehr zu befürchten, dass hier ein neuer Flaschenhals geschaffen wird, da nicht genügend Personal mit entsprechenden Qualifikationen vorhanden ist bzw. für diese Aufgabe abgestellt werden muss, was ggf. wiederum zu Engpässen in den originären Tätigkeitsbereichen führt. Eine Teilnahme an einem Qualitätszirkel einmal monatlich erscheint wünschenswert, dieser sollte aber daten- bzw. fallbasiert sein (keine klassische Frontalfortbildung). Dieser Ansatz wird durch verschiedene Cochrane-Reviews und auch durch die Ergebnisse des ARena-Projektes untermauert. (Beschlussentwurf A, § 2, Abs. 4c). Das Ersteinschätzungsinstrument muss so explizit sein, dass es von erfahrener Gesundheitspersonal nach einer Einführungsschulung und unter fortwährender praxisbezogener Fortbildung und fall- bzw. - datenbasierter Qualitätszirkelarbeit sicher angewendet werden kann.</p>
<p><b>Themenbereich: Anforderungen an das</b></p>	<p>Aus den Erfahrungen im DEMAND-Projekt (und den Vorarbeiten zur Identifizierung eines geeigneten Instruments zur Ersteinschätzung am Gemeinsamen Tresen und der 116117)</p>

07.06.2022

**Ersteinschätzungsinstrument / Eignung**

Bei der Definition der Eignung ist darauf zu achten, dass von einem „Ersteinschätzungsverfahren“ die Rede ist, in dessen Rahmen ggf. auf mehrere Instrumente zum Einsatz kommen können. Der Einsatz eines etablierten, fünfstufigen Instruments zur initialen Dringlichkeitseinschätzung ist sinnvoll. Die Feststellung der unmittelbaren Behandlungsbedürftigkeit (Stufe 1-2) sollte hiermit erfolgen und bei Nicht-Erfüllung ein weiterführendes Ersteinschätzungsverfahren durchgeführt werden (vgl. Beschlussentwurf C, § 4, Abs. 2). Auf bestimmte detaillierte Anforderungen (v.a. zur Dauer des Verfahrens) sollte verzichtet werden.

wissen wir, dass es nicht sachgerecht ist, pauschal mehr als nur die Stufen 1-2 eines klassischen klinischen Triageinstruments (z.B. MTS, ESI) als Kriterien für eine (sofortige) Krankenhausversorgung zu definieren. Dementsprechend sind die Vorgaben aus Beschlussentwurf B § 3, Abs. 2 sowie Beschlussentwurf D, § 5, Abs. 5 abzulehnen. Die notwendigen Regelungen zu einem weiterführenden Ersteinschätzungsverfahren sind aus unserer Perspektive in Beschlussentwurf C, § 4, Abs. 2 gut beschrieben.

Der Verweis auf bestimmte Mindeststandards ist an manchen Stellen in den Beschlussentwürfen weiterhin nicht sachgerecht. Die Formulierung in Beschlussentwurf A, § 3, Abs. 1a zur Identifizierung von „lebensbedrohlichen Zustände[n] und abwendbar gefährlichen Krankheitsverläufe[n] innerhalb von einer Minute“ erscheint aus den Erfahrungen mit SmED im DEMAND-Projekt nicht sachgerecht – zumindest in Bezug auf abwendbar gefährliche Verläufe. Wenn dies mit einer akzeptablen Sensitivität und Spezifität geschehen soll, ist diese recht willkürlich gesetzte Zeitgrenze nicht zielführend. Die Identifizierung von lebensbedrohlichen Zuständen („klassischer Notfall“) wiederum ist innerhalb einer Minute in vielen Fällen machbar und kann als Anforderung bestehen bleiben.

**Themenbereich: Qualitätssicherung / weitere Anforderungen**

Viele detaillierte Anforderungen an die Funktionsweise, Validierung und Qualitätssicherung des (nachgeschalteten) Instruments zur Identifizierung von Dringlichkeit und Versorgungsebene bzw. -

Bei der Definition der Anforderungen sollte sich auf solche beschränkt werden, die aus fachlicher Perspektive für den spezifischen Anwendungskontext im Rahmen der Richtlinie notwendig sind. Dass alle prinzipiell für den Einsatz mit der in allen Beschlussentwürfen beschriebenen „Zweckbestimmung“ mindestens Medizinprodukte der Klasse IIa gem. MDR sein müssen, ist aus unserer Perspektive unstrittig. Die strengen formalen Anforderungen in diesem Zusammenhang (insb. an die Patientensicherheit) mit vielen zusätzlichen Muss-Kriterien zu ergänzen, scheint nicht zielführend, da dann absehbar ist, dass (auch in näherer Zukunft) kein verfügbares Instrument alle Anforderungen erfüllt wird. Die Muss-Vorgabe einer klinischen multizentrischen Studie (vgl. Beschlussentwurf D, § 8, Abs.1)

aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (Prof. Dr. Joachim Szecsenyi)

07.06.2022

bedarf in den  
Beschlussentwürfen wären  
obsolet, wenn auf die  
Notwendigkeit der  
Zertifizierung als  
Medizinprodukt mind. der  
Klasse IIa gem. MDR  
verwiesen werden würde.  
Vor diesem Hintergrund ist  
zu prüfen, inwiefern eine  
weitere „Zertifizierung“  
(bspw. Beschlussentwurf A, §  
6, Abs. 1k) sachgerecht ist.  
Insbesondere konkrete  
Anforderungen zur  
Validierung an die neue  
Zertifizierungsstelle (vgl.  
Beschlussentwurf A, § 6, Abs.  
1k) sind nicht sachgerecht.  
Gleiches gilt für die  
Mindestanforderungen  
hinsichtlich multizentrischer  
Studien (vgl.  
Beschlussentwurf D, § 8,  
Abs.1).

erscheint vor diesem Hintergrund ebenfalls obsolet, wenngleich  
dies natürlich begrüßenswert bzw. anzustreben ist. Die  
Validierung anhand von 500 Fällen durch die einzurichtenden  
„Zertifizierungsstelle“ ist aufgrund der zuvor genannten  
Anforderungen der MDR ebenfalls obsolet. Zudem wäre hier zu  
definieren, wie dies konkret geschehen sollte. Der Aspekt der  
Evaluation der im Zuge des Verfahrens erzeugten Daten sowie  
der Effekte auf die Versorgung sollte in jedem Fall Eingang in die  
Richtlinie finden und ist zu begrüßen.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen		
Die Anhörung findet voraussichtlich am 24.06.2022 statt		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen teil." ein</b>
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	Wir nehmen teil.
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	<b>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</b>	<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein</b>

**Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V**

Prof. Dr. Sabine Blaschke, Universitätsmedizin Göttingen, Zentrale Notaufnahme	
13.06.2022	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>Entwurf A</b>	
<p><b>§1 Ziel der Regelung</b> Vorgaben für den Kreis der Notfallpatienten, die der Ersteinschätzung unterliegen sollen, fehlen: insbes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorgaben für Notfallpatient*innen, die mit dem Rettungsdienst eingewiesen werden</li> <li>- Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser oder Einrichtungen, die das Modul Kindernotfallversorgung oder das Modul Spezialversorgung erfüllen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durch den qualifizierten Rettungsdienst erfolgt bereits präklinisch eine Ersteinschätzung; unter dem Primat der Patientensicherheit ist daher eine sekundäre Weiterleitung in eine Partnerpraxis inadäquat.</li> <li>- Das implementierte Ersteinschätzungsinstrument muss die hierfür erforderlichen fachspezifischen Anforderungen erfüllen.</li> </ul>
<p><b>§2 Allgemeine Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung</b> <i>Keine Änderungsvorschläge</i></p>	-
<p><b>§3 Anforderungen an das standardisierte Ersteinschätzungsinstrument und die Prozesse der Weiterleitung in eine geeignete Versorgungsebene</b> <i>Keine Änderungsvorschläge</i></p>	-
<p><b>§4 Strukturierte Weiterleitung von Notfallpatientinnen und -patienten an Partnerpraxen</b> <i>Keine Änderungsvorschläge</i></p>	-
<p><b>§5 Nachweis der Durchführung der Ersteinschätzung</b> <i>Keine Änderungsvorschläge</i></p>	-

13.06.2022

### §6 Qualitätssicherung

Es fehlen unter Abs. 1 wesentliche Qualitätsanforderungen in Hinsicht der notfallmedizinischen Anforderungen, wie Wissenschaftliche Evidenz, Qualitätssicherung und Aktualisierung der Inhalte, Zeitdauer der Anwendung, definitive Behandlungsdistribution, klinische Entscheidungsunterstützung mittels erklärbarer KI Verfahren sowie technische - funktionale und nicht-funktionale - Anforderungen.

(s. Anlage 1)

Die Qualitätssicherung des Ersteinschätzungsverfahrens beinhaltet die angegebenen notfallmedizinischen und technischen Anforderungen (s. Lastenheft Anlage 1) an das eingesetzte digitale Triageinstrument. Die Sicherstellung dieser Qualitätsanforderungen ist die Basis für die Patientensicherheit bei der Anwendung des Verfahrens in der Notfallversorgung.

### §7 Evaluation

Die Einbeziehung des IQTIG als Datenannahmestelle für die Evaluation des Ersteinschätzungsinstrumentes ist sinnvoll.

Die Bewertung des Ersteinschätzungsverfahrens in Bezug auf die Inanspruchnahme der Notaufnahmen und der vertragsärztlichen Ebene sowie der Auswirkungen auf die Patientenversorgung kann durch eine unabhängige Einrichtung am besten gewährleistet werden.

### Tragende Gründe

Keine Anmerkungen

### Entwurf B

#### §2 Allgemeine Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung

Die Qualifikation des „medizinischen Fachpersonals“, das die strukturierte Ersteinschätzung durchführt, ist differenzierter darzulegen, i.e. eine mindestens zweijährige Ausbildung in der direkten Patientenversorgung bzw. gleichwertige Qualifikation sowie eine mindestens 6-monatige Berufserfahrung in der klinischen Notfallversorgung ist nicht ausreichend.

Für die Durchführung der strukturierten Ersteinschätzung sind im Kontext der Patientensicherheit hohe Anforderungen an die Qualifikation des medizinischen Personals zu stellen: Für die Triagekräfte ist eine Fachweiterbildung in der Notfallpflege obligat. Darüber hinaus ist für die ärztliche Supervision der Ersteinschätzung die Präsenz eines Arztes mit mindestens zweijähriger beruflicher Expertise in der klinischen Notfallversorgung erforderlich, idealerweise mit der Zusatzbezeichnung klinische Akut- und Notfallmedizin. So sollte zur Gewährleistung der Hintergrundssicherheit möglichst jederzeit ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Klinische

13.06.2022

	<p>Akut- und Notfallmedizin zur Verfügung stehen, der bei Fragen zur Behandlungsdringlichkeit und zur Versorgungsebene hinzugezogen werden kann (s. Entwurf A §2 Abs. 5)</p>
<p><b>§3 Spezifische Anforderungen</b> In den spezifischen Anforderungen fehlen sämtliche Qualitätsanforderungen für das eingesetzte Ersteinschätzungsinstrument. Diese umfassen a) notfallmedizinische Anforderungen, wie Wissenschaftliche Evidenz, Qualitätssicherung und Aktualisierung der Inhalte, Zeitdauer der Anwendung, definitive Behandlungsdistribution, klinische Entscheidungsunterstützung mittels erklärbarer KI Verfahren) sowie b) technische (funktionale/nicht-funktionale) Anforderungen</p>	<p>Die Sicherstellung dieser Qualitätsanforderungen ist die Basis für die Patientensicherheit bei der Anwendung des Verfahrens in der Notfallversorgung. Im Rahmen der Qualitätssicherung sind die beschriebenen Anforderungen einzuhalten und nachweisen.</p>
<p><b>§4 Bereitstellung von Informationen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Weiterleitung von Patientinnen und Patienten</b> a) Die Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung sollte 24/7/365 zur Verfügung stehen. b) Für die verbindliche Weiterleitung von Notfallpatienten sind Vorgaben für die Kooperation zwischen den Versorgungspartnern zu definieren.</p>	<p>Ad a) Im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der KV sollte zur Entlastung der Notaufnahmen eine Weiterleitung auch außerhalb der Regeldienstzeiten in die vertragsärztliche Versorgung ermöglicht werden. Ad b) Um eine verbindliche Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgungsebene sicherzustellen, sind die Verfahren (u.a. für die Terminbuchung) für die strukturierte Weiterleitung von Notfallpatient*innen in die Notdienstpraxen bzw. Partnerpraxen zu definieren. Dazu sollten die Mindestanforderungen an die Prozesse der strukturierten Patientenweiterleitung genau beschrieben und festgelegt werden (vgl. Entwurf A §2 Abs. 2 und §4)</p>
<p><b>§5 Evaluation</b> Die differenzierte Meldung der Anzahl der im Krankenhaus behandelten Fälle ist für alle genannten Fälle obligat und nicht fakultativ.</p>	<p>Die Evaluation des Ersteinschätzungsverfahrens in Bezug auf die differenzierte Meldung der im Krankenhaus behandelten Fälle ist die Grundlage</p>

13.06.2022

für die Verbesserung der Notfallversorgungsstrukturen in beiden Ebenen.

**Tragende Gründe**

Anm. zu Absatz 1.2

Im Rahmen des Innovationsfondsprojekts OPTINOFA wurde eine multizentrische, kontrollierte Interventionsstudie in 11 Modellkliniken in sechs Bundesländern durchgeführt. Hierbei handelt es sich demgemäß nicht um eine Pilotstudie. Die finalen Evaluationsergebnisse werden in 11/2022 vorliegen. Der Hinweis, dass „offenbar keine tatsächliche Weiterleitung mit anschließender Evaluation durchgeführt wurde“ ist falsch: Im Rahmen der Intervention wurde eine aktive Weiterleitung gemäß OPTINOFA Empfehlung an die kassenärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen durchgeführt. Im Rahmen der Evaluation wird die Weiterleitung strukturiert bewertet und die einzelnen Fälle nachverfolgt. Das Triageinstrument OPTINOFA wurde zunächst für die zwanzig häufigsten notfallmedizinischen Leitsymptome entwickelt, um eine stringente Evaluation des Verfahrens in allen beteiligten Modellkliniken durchführen zu können. Die zugrundeliegenden Algorithmen können bei positiver Evaluation rasch auf alle notfallmedizinischen Leitsymptome gemäß CEDIS Katalog angewendet und übertragen werden.

**Entwurf C**

**§2 Kreis der ersteinzuschätzenden Hilfesuchenden, Anwendungsbereich der Vorgaben**

- a) Vorgaben für Notfallpatient\*innen, die mit dem Rettungsdienst eingewiesen werden, fehlen.
- b) Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser oder Einrichtungen, die das Modul Kindernotfallversorgung oder das Modul Spezialversorgung erfüllen, fehlen.

Ad a) Durch den qualifizierten Rettungsdienst erfolgt bereits präklinisch eine Ersteinschätzung; unter dem Primat der Patientensicherheit ist daher eine sekundäre Weiterleitung in eine Partnerpraxis inadäquat.

Ad b) Das implementierte Ersteinschätzungsinstrument muss die hierfür erforderlichen fachspezifischen Anforderungen erfüllen.

**§ 3 Qualifikation des für die Ersteinschätzung eingesetzten medizinischen Personals, Leitung der Notfallambulanz**

- a) Triagekraft: Die Triage kann nicht eigenständig durch eine „MFA“ oder einen Mitarbeiter mit einem „vergleichbaren Abschluss in der direkten Patientenversorgung“ durchgeführt werden.

Ad a) Für die Durchführung der strukturierten Ersteinschätzung in der Notfallversorgung ist unter dem Primat der Patientensicherheit eine hohe Qualifikation des hierfür eingesetzten Personals unerlässlich. Dies setzt eine Fachweiterbildung im Bereich der Notfallpflege oder des Notfallsanitäters sowie eine

13.06.2022

b) Ärztliche Leitung der Notfallambulanz:  
Im Rahmen der Durchführung der strukturierten Ersteinschätzung ist die Präsenz eines qualifizierten Arztes obligat.

mehrjährige (prä) klinische Berufserfahrung in der Notfallversorgung voraus.

Ad b) Die Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ für die ärztliche Leitung der Zentralen Notaufnahme ist bereits im G-BA Beschluss zu einem gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß §136c SGB V als Mindestvoraussetzung gefordert. Im Rahmen der strukturierten Ersteinschätzung mit Weiterleitung in den vertragsärztlichen Sektor ist aus medikolegalen Gründen eine ärztliche Sichtung erforderlich. Daher ist die 24/7/365 Präsenz eines Arztes mit Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ für die Erstsichtung und Weiterleitung von Notfallpatient\*innen zu fordern.

c) Die regelmäßige Teilnahme der Triagekräfte an ärztlich supervidierten Qualitätszirkeln fehlt.

Ad c) Zur Sicherstellung der qualifizierten Triage ist im Kontext der Patientensicherheit eine regelmäßige Teilnahme der Triagekräfte an Qualitätszirkeln unter ärztlicher Supervision erforderlich.

**§3 Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens**

a) Die Durchführung einer „weiterführenden Ersteinschätzung“ für Hilfesuchende, die mit dem im Krankenhaus nach §136c Abs. 4 SGB V etablierten Triageverfahren nicht den Dringlichkeitsstufen 1 oder 2 zugeordnet werden, sollten nicht einer additiven, sog. weiterführenden Ersteinschätzung gem. Abs. 2 unterzogen werden.

Ad a) Die Durchführung einer „weiterführenden Ersteinschätzung im Anschluss an die Triage“ kann zu einer Zeitverzögerung der strukturierten Ersteinschätzung und ggfs. Nicht-Erfassung potentiell vital bedrohlicher Notfälle führen. Dies betrifft insbes. Notfälle der Triage Kategorie 3. Die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs wird durch die international validierten Triageinstrumente ESI und MTS sehr gut erfasst.

b) Für die Einordnung der Hilfesuchenden, die in die vertragsärztliche Versorgungsebene weitergeleitet werden sollen, ist eine ärztliche Sichtung erforderlich.

Ad b) Im Rahmen der strukturierten Ersteinschätzung mit Weiterleitung in den vertragsärztlichen Sektor ist aus medikolegalen Gründen eine ärztliche Sichtung erforderlich.

Prof. Dr. Sabine Blaschke, Universitätsmedizin Göttingen, Zentrale Notaufnahme	
13.06.2022	
<p><b>§5 Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung</b> Die Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung sollte 24/7/365 zur Verfügung stehen.</p>	Im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der KV sollte eine Weiterleitung auch außerhalb der Regeldienstzeiten in die vertragsärztliche Versorgung ermöglicht werden.
<p><b>§6 Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarf</b> Die Einbeziehung ärztlichen Personals zur Überprüfung des Ergebnisses der Ersteinschätzung vor der Weiterleitung ist obligat und nicht optional.</p>	Im Rahmen der strukturierten Ersteinschätzung mit Weiterleitung in den vertragsärztlichen Sektor ist aus medikolegalen Gründen eine ärztliche Sichtung erforderlich.
<p><b>§7 Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung</b> Es müssen additiv Angaben zu den Leitsymptomen des Notfallpatienten, der fachärztlichen Erforderlichkeit sowie des Ressourcenbedarfs mitgeteilt werden.</p>	Nur durch die genannten Ergänzungen können Fehluweisungen in die vertragsärztliche Versorgungsebene vermieden werden.
<p><b>§8 Eignung des Ersteinschätzungsverfahrens</b> a) Für die Ersteinschätzung sind Verfahren, die „mindestens strukturiert“ sind, nicht ausreichend. Die im Ersteinschätzungsverfahren hinterlegten Algorithmen müssen nachvollziehbar und transparent sein. b) Validität: Das eingesetzte Ersteinschätzungsinstrument muss im Rahmen mindestens einer multi-zentrischen klinischen Studie validiert und im Peer Review Verfahren publiziert worden sein.</p>	<p>Ad a) Zur Qualitätssicherung des Ersteinschätzungsverfahrens ist eine Offenlegung der zugrundeliegenden Algorithmen obligat.</p> <p>Ad b) Die Validität des Ersteinschätzungsverfahrens muss vor dem Einsatz in der Notfallversorgung nachgewiesen werden. Eine Konformitätsbescheinigung als Medizinprodukt ist hierbei nicht ausreichend.</p>
<p><b>§9 Qualitätssicherung</b> Im Rahmen der Qualitätssicherung ist der Nachweis der Teilnahme der Triagekräfte an mindestens jährlichen Fortbildungen und der Implementation eines ständigen Verfahrens des Qualitätsmanagements nicht ausreichend. Es sind die wesentlichen Qualitätsanforderungen in Hinsicht der notfallmedizinischen Anforderungen, wie Wissen-</p>	Die Qualitätssicherung des Ersteinschätzungsverfahrens beinhaltet die angegebenen notfallmedizinischen und technischen Anforderungen (s. Lastenheft Anlage 1) an das eingesetzte digitale Triageinstrument. Die Sicherstellung dieser Qualitätsanforderungen ist die Basis für die Patientensicherheit bei der

13.06.2022

schaftliche Evidenz, Qualitäts-sicherung und Aktualisierung der Inhalte, Zeitdauer der Anwendung, definitive Behandlungs-distribution, klinische Entscheidungs-unterstützung mittels erklärbarer KI Verfahren sowie technische -funktionale und nicht-funktionale- Anforderungen zu definieren und nachzuweisen.

Anwendung des Verfahrens in der Notfall-versorgung.

### **§10 Evaluation**

Zur Evaluation des Triageinstrumentes sind Kennzahlen der Krankenhäuser und der KVen erforderlich:

#### Krankenhäuser:

In der Evaluation ist die Anzahl der im Krankenhaus behandelten Fälle weiter zu differenzieren:

- a) Fälle mit sofortigem Behandlungsbedarf
- b) Fälle, bei denen eine Weiterleitung nicht möglich war wegen fehlender Verfügbarkeit
- c) Fälle, bei denen eine Weiterleitung medizinisch nicht vertretbar war
- d) Fälle, die aufgrund von fehlenden vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten nicht vermittelt werden konnten
- e) Fälle, die infolge der Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung zurück ans Krankenhaus verwiesen worden sind.

Darüber hinaus sollten die Hauptdiagnosen der ambulant in der ZNA behandelten Fälle gemeldet werden.

#### KVen:

Folgende Kennzahlen der KVen sollten übermittelt werden:

- Hauptdiagnosen der behandelten Fälle in Notdienstpraxen am Krankenhausstandort

Für die Evaluation des Erstein-schätzungsverfahrens ist eine differenzierte Betrachtung insbesondere der im Krankenhaus behandelten Fälle erforderlich, um die Versorgungsstrukturen im vertragsärztlichen Sektor verbessern zu können. Darüber hinaus sind die genannten Kennzahlen der KVen wesentlich für die Beurteilung der Inanspruchnahme der verschiedenen Ver-sorgungsebenen im Kontext der Notfall-versorgung und der Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Daher ist eine umfassende Evaluation der Kennzahlen beider Versorgungs-ebenen unerlässlich.

13.06.2022

- Anzahl der Hauptdiagnosen der je Facharztgruppe in Partnerpraxen behandelten Fälle nach Weiterleitung
- Zeitraum nach der Ersteinschätzung bis zu dem ein Notfallpatient\*in eine vertragsärztliche Versorgung erhalten hat (Zeitstempel Buchungscode)

Tragende Gründe  
Keine Anmerkungen

#### Entwurf D

**§2 Kreis der ersteinzuschätzenden hilfesuchenden Patienten**  
*Keine Änderungsvorschläge*

-

**§3 Kooperation und Strukturvorgaben für die Zusammenarbeit der Versorgungspartner**  
Die Mindestanforderungen an die Prozesse der strukturierten Patientenweiterleitung müssen genau definiert werden (vgl. Entwurf A §2 Abs. 2 und §4)

Aus medikolegalen Gründen müssen für die strukturierte Weiterleitung von Notfallpatient\*innen in den vertragsärztlichen Sektor neben den Strukturvorgaben auch die Mindestanforderungen an die Prozessabläufe definiert werden, um die Patientensicherheit in der Notfallversorgung zu gewährleisten.

**§4 Qualifikation des med. Personals**  
Für die Durchführung der Ersteinschätzung in der Notfallversorgung sind hohe Anforderungen an die Qualifikation des medizinischen Personals zu stellen:

- a) Die Qualifikation einer Pflegefachkraft oder einer vergleichbaren medizinischen Ausbildung mit mindestens 2-jähriger Erfahrung in der Notfallversorgung ist nicht ausreichend.
- b) Die Präsenz eines Arztes mit mindestens 2-jähriger Berufs-

Ad a) Für die Durchführung der strukturierten Ersteinschätzung in der Notfallversorgung ist unter dem Primat der Patientensicherheit eine hohe Qualifikation des hierfür eingesetzten Personals unerlässlich. Dies setzt eine Fachweiterbildung im Bereich der Notfallpflege oder des Notfallsanitäters sowie eine mehrjährige (prä)klinische Berufserfahrung in der Notfallversorgung voraus.

Ad b) Im Rahmen der strukturierten Ersteinschätzung mit Weiterleitung in den vertrags-

13.06.2022

<p>erfahrung in der Notfallversorgung ist nicht ausreichend.</p> <p>c) Zur Unterstützung der Ersteinschätzungskraft können geschulte Servicekräfte der KV für die Terminkoordination im Sinne eines Flowmanagements in der vertragsärztlichen Notfallpraxis eingesetzt werden, nicht jedoch für die selbständige Durchführung der Ersteinschätzung.</p>	<p>ärztlichen Sektor ist aus medikolegalen Gründen eine ärztliche Sichtung erforderlich. Daher ist die 24/7/365 Präsenz eines Arztes mit Zusatzqualifikation „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ für die Erstsichtung und Weiterleitung von Notfallpatient*innen zu fordern.</p> <p>Ad c) Zur Sicherstellung der qualifizierten Triage ist im Kontext der Patientensicherheit der Einsatz von geschulten Servicekräften der KV nicht möglich.</p>
<p><b>§5 Verfahren</b> <i>Keine Änderungsvorschläge</i></p>	<p>-</p>
<p><b>§6 Das Instrument</b> Das Ersteinschätzungsinstrument sollte zusätzlich eine Empfehlung zum medizinisch vertretbaren Zeitfenster bis zur Behandlung in einer Partnerpraxis angeben (vgl. Entwurf A §3 Abs 1 d)</p>	<p>Im Sinne der Patientensicherheit muss für die strukturierte Weiterleitung eines Notfallpatienten eine zeitliche Vorgabe bis zur Behandlung in einer Partnerpraxis erfolgen, um eine Zeitverzögerung der notwendigen Notfallbehandlung zu verhindern und hiermit eine verbindliche Behandlungsdistribution durchzuführen.</p>
<p><b>§7 Dokumentation</b> <i>Keine Änderungsvorschläge</i></p>	<p>-</p>
<p><b>§8 Qualitätssicherung</b> <i>Keine Änderungsvorschläge</i></p>	<p>-</p>
<p><b>§9 Evaluation</b> Für die Evaluation des Triageinstrumentes fehlen in der Liste diejenigen Fälle, die infolge der Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung zurück ans Krankenhaus verwiesen worden sind und die Hauptdiagnosen der ambulant in der ZNA behandelten Fälle. Darüber hinaus fehlen die folgenden Kennzahlen der KVen:</p>	<p>Zur Bewertung der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen und des vertragsärztlichen Sektors im Kontext der Notfallversorgung ist die Erhebung und Auswertung der Kennzahlen der Krankenhäuser <u>und</u> der KVen relevant.</p>

13.06.2022

- Hauptdiagnosen der behandelten Fälle in Notdienstpraxen am Krankenhausstandort
- Anzahl der Hauptdiagnosen der je Facharztgruppe in Partnerpraxen behandelten Fälle nach Weiterleitung
- Zeitraum nach der Ersteinschätzung bis zu dem ein Notfallpatient\*in eine vertragsärztliche Versorgung erhalten hat (Zeitstempel Buchungscode)

**Tragende Gründe**

Anm. S. 11: Im Innovationsfondsprojekt OPTINOFA wurde das digitale Triageinstrument im Rahmen einer multizentrischen, kontrollierten klinischen Studie evaluiert, i.e. die Bewertung des Triageverfahrens erfolgte nicht ausschließlich in einer Modellregion, sondern in insgesamt elf Modellkliniken, um bei der Erprobung auch verschiedene lokale Strukturen zu adressieren und damit eine Verallgemeinerung der Ergebnisse unabhängig von den lokalen Notfallstrukturen zu ermöglichen.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Universitätsmedizin Göttingen, Zentrale Notaufnahme, Prof. Dr. S. Blaschke		
<b>Die Anhörung findet voraussichtlich am 13.06.2022 statt</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	<b>Wir nehmen teil.</b>
<b>Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt</b>	
<b>Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.</b>	<b>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</b>	

# Wortprotokoll



## **einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie zur Einschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden gemäß § 120 Absatz 3b SGB V**

Vom 13. Juli 2022

<b>Vorsitzender:</b>	Herr Professor Hecken
<b>Beginn:</b>	11:00 Uhr
<b>Ende:</b>	14:04 Uhr
<b>Ort:</b>	Hybridsitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

## **Teilnehmer der Anhörung**

Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI):  
Herr Lenz

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK):  
Frau Dr. Wessels

Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung, Asklepios Institut für Notfallmedizin  
(Netzwerk Ersteinschätzung):  
Herr Krey

OPTINOFA Projekt (OPTINOFA):  
Frau Prof. Dr. Blaschke

DEMAND Projekt (DEMAND):  
Herr Prof. Dr. Szecsenyi

Ehem. Leiter der Notaufnahme des Helios Klinikums Schwerin (Helios Klinikum):  
Herr Dr. Selbach

Notaufnahme München Klinik Bogenhausen (München Klinik):  
Herr Prof. Dodt

RoMed Klinikum Rosenheim (RoMed):  
Herr Dr. Bayeff-Filloff

Klinikum Barnim GmbH, Notfallzentrum Werner Forßmann Klinikum Eberswalde  
(Klinikum Barnim):  
Herr Dr. Schöpke

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.  
(DGHNO-KHC):  
Herr Prof. Dr. Deitmer

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM):  
Herr Prof. Dr. Ertl

Deutsche Gesellschaft Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN):  
Herr Prof. Dr. Karagiannidis

Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI):  
Herr Prof. Bösel  
Herr Prof. Dr. Klein

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU):  
Herr Dr. Trentzsch

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ):  
Herr Dr. Rodeck

Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA):  
Herr Pin  
Herr Schäfer

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI):  
Herr Prof. Dr. Marx  
Herr Prof. Dr. Gries



Beginn der Anhörung: 11:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Sitzung beigetreten.)

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wir befinden uns im Verfahren der Erarbeitung der Erstfassung einer Richtlinie zur Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls an ein Krankenhaus wenden. Wir haben im Stellungnahmeverfahren ganz bewusst, um die unterschiedlichen Positionierungen im derzeitigen Diskussionsprozess deutlich zu machen, verschiedene komplett in sich konsistente Entwürfe zur Stellungnahme gestellt. Dankenswerter Weise haben wir auch 16 Stellungnahmen dazu erhalten, zu denen wir heute eine mündliche Anhörung durchführen wollen.

Ich möchte Sie an dieser Stelle alle ganz herzlich begrüßen; Ihnen dafür danken, dass Sie Stellungnahmen abgegeben haben; zugleich darauf hinweisen, dass wir im weiteren Verfahren zur Erarbeitung der Erstfassung der Richtlinie nicht mehr dem zeitlichen Druck unterliegen, der ursprünglich vom gesetzgeberischen Auftrag her intendiert war, weil mich gestern Nachmittag um 16:43 Uhr ein Brief des zuständigen Abteilungsleiters aus dem Bundesministerium für Gesundheit erreicht hat, in dem dieser mitgeteilt hat, dass die vom Gesetzgeber dem G-BA eingeräumte Frist zur Beschlussfassung über die in Rede stehende Richtlinie verlängert werden soll. Man sei aber wegen anderer vordringlicher gesetzgeberischer Obliegenheiten noch nicht dazu gekommen, dies gesetzlich zu fixieren. Die Frist soll, ohne dass der Auftrag ausgesetzt wird – das wird ausdrücklich betont – bis zum 30. Juni 2023 verlängert werden.

Der zuständige Abteilungsleiter weist darauf hin – das ist auch von einigen von Ihnen im Stellungnahmeverfahren adressiert worden –, dass es hier möglicherweise Rückkopplungsprozesse oder Verbindungen geben könne zwischen dem, was im Augenblick in der von der Bundesregierung eingesetzten Kommission für Strukturreform im Krankenhausbereich dann an Vorschlägen gemacht wird und im weiteren Verlauf gesetzgeberischer Umsetzungsprozesse bedarf.

Vor diesem Hintergrund will ich auf diese Entwicklung hinweisen. Ich sage aber, dass wir die heutige Anhörung selbstverständlich nicht sinnfrei durchführen. Denn so oder so wird es Notwendigkeiten geben, den gesetzgeberischen Auftrag zu erfüllen, egal wie eine Krankenhausstruktur in der Zukunft aussieht. Es gibt natürlich auch keine Verpflichtung, gesetzgeberische Fristen bis zum letzten Tag auszuschöpfen. Das heißt, wenn die Vorschläge der Krankenhauskommission und entsprechende Umsetzungsschritte durch die Bundesregierung in ihrer Struktur absehbar sind, werden wir selbstverständlich uns *as soon as possible* darum bemühen, auch mit der Erfüllung dieses gesetzgeberischen Auftrags voranzukommen.

Vor diesem Hintergrund hat die heutige Anhörung einen hohen Stellenwert. Sie soll zunächst einmal dazu dienen, ein bisschen zu ventilieren, welche Dinge in den Entwürfen von Ihnen als tauglich, als mittelmäßig tauglich oder als völlig untauglich angesehen werden, mit dem Ziel, dass man dann auch in den Positionierungen Annäherungen vornehmen kann. Deshalb war das alles keine vergebene Liebesmüh. Obgleich ich sagen muss, dass mich die Kurzfristigkeit der Übermittlung doch ein bisschen irritiert hat. Aber sei es drum.

Ich habe gerade an der Anhörung der Verbände im Bundesministerium für Gesundheit zum Referentenentwurf eines GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes teilgenommen, der uns am Freitagnachmittag um 16:30 Uhr übermittelt wurde. Die Stellungnahmefrist hat gestern um 12 Uhr geendet. Heute Morgen um 9:30 Uhr war die Anhörung. Das ist also ein Vorgehen, dass an Sportlichkeit kaum zu überbieten ist. Das spiegelt sich jetzt hier auch so ein Stückweit wieder.

Wie gesagt, wir haben 16 Stellungnahmen erhalten. Ich muss zunächst die Anwesenheit kontrollieren, weil wir heute Wortprotokoll führen. Danach werden wir in eine Frage- und Antwortrunde einsteigen. Das heißt, zunächst erhalten die Bänke, die Patientenvertreter und die Ländervertreter, also die Mitberatungsverantwortlichen, die Möglichkeit Fragen an Sie als Experten zu stellen, die sich auf einzelne Punkte Ihrer Stellungnahmen beziehen, die wir auch schon in der Arbeitsgruppe besprochen haben, die wir selbstverständlich alle zur Kenntnis genommen haben. Wenn wir dann noch Zeit haben oder wenn dringender Bedarf besteht, würde ich Ihnen, wenn Sie es wünschen, auch die Möglichkeit geben, auf einzelne exponierte und wichtige Punkte hinzuweisen, die vielleicht in dieser Frage- und Antwortrunde noch nicht abgearbeitet worden sind.

Ich beginne zunächst mit der Feststellung der Anwesenheit:

Für die Bundespsychotherapeutenkammer müsste Frau Dr. Wessels anwesend sein. – Frau Wessels?

**Frau Dr. Wessels (BPtK):** Ja.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay, Danke schön! – Für den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Herr Lenz? – Ist nicht anwesend.

Für die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Herr Professor Deitmer?

**Herr Prof. Dr. Deitmer (DGHNO-KHC):** Ja, ich bin anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Für die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Herr Professor Marx?

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Ich bin anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Hallo Herr Marx. – Und Herr Professor Gries?

**Herr Prof. Dr. Gries (DIVI):** Ich grüße alle. Ich bin auch da.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Zu Herrn Marx und ich glaube auch Herrn Gries sage ich: Wenn es an die beiden Fragen gibt, die bitte vorziehen, weil ich abgespeichert habe, dass sie danach noch die große Freude haben, im BMG dann sicherlich die Fortentwicklung der Gesundheitspolitik befördern zu können – sie haben also einen Anschlusstermin –, wie immer dann Beförderungen aussehen.

Dann habe ich für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin Herrn Professor Ertl?

**Herr Prof. Dr. Ertl (DGIM):** Anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Und Herr Professor Karagiannidis, der als Co-Autor der Stellungnahme der DGIM hier auftritt und als solcher auch stellungnahmeberechtigt ist.

**Herr Prof. Dr. Karagiannidis (DGIIN):** Anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dann habe ich für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin Herrn Dr. Rodeck?

**Herr Dr. Rodeck (DGKJ):** Ja, anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Für die Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin Herrn Professor Bösel?

**Herr Prof. Dr. Klein (DGNI):** Herr Bösel versucht gerade noch, sich einzuloggen. Er hat irgendwelche Verbindungsproblem. – Und ich bin der Herr Klein und bin da.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Jawohl, Herr Professor Klein. Dann ist die Gesellschaft vertreten. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, Herr Trentzsch?

**Herr Dr. Trentzsch (DGOU):** Guten Morgen in die Runde. – Ich bin anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke! – Dann die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin, Herr Pin?

**Herr Pin (DGINA):** Anwesend. – Guten Morgen!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Und Herr Schäfer?

**Herr Schäfer (DGINA):** Ja, ich bin auch anwesend. – Guten Morgen!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Guten Morgen! – Dann das Deutsche Netzwerk Ersteinschätzung, Asklepios Institut für Notfallmedizin, Herr Krey?

**Herr Krey (Netzwerk Ersteinschätzung):** Ich bin ebenfalls anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke! – Dann Frau Professor Blaschke vom OPTINOFA-Projekt, Universitätsmedizin Göttingen Zentrale Notaufnahme. Frau Professor Blaschke?

**Frau Prof. Dr. Blaschke (OPTINOFA):** Ich bin anwesend. – Guten Morgen in die Runde!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dann Herr Professor Szecsenyi vom DEMAND-Projekt?

**Herr Prof. Dr. Szecsenyi (DEMAND):** Guten Morgen, ich bin dabei!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Guten Morgen, Herr Szecsenyi! – Dann Herr Dr. Selbach als ehemaliger Leiter der Notaufnahme des Helios Klinikums Schwerin?

**Herr Dr. Selbach (Helios Klinikum):** Guten Morgen! – Ich bin anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dann Herr Professor Dodt als Chef der Notaufnahme in der Münchener Klinik Bogenhausen? – Herr Professor Dodt?

**Herr Prof. Dodt (München Klinik):** Guten Morgen! – Doch ich bin anwesend. Entschuldigung, ich war stummgeschaltet.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wunderbar, kein Problem. – Herr Dr. Bayeff-Filloff als Chef der Zentralen Notaufnahme RoMed-Klinikum Rosenheim, Ärztlicher Landesbeauftragter Rettungsdienst Bayerisches Staatsministerium des Inneren für Sport und Integration. Herr Dr. Bayeff-Filloff, sind Sie da?

**Herr Dr. Bayeff-Filloff (RoMed):** Ja, guten Morgen! – Ich bin anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Guten Morgen! – Herr Dr. Schöpke als Direktor im Notfallzentrum Werner Forßmann Klinikum Eberswalde?

**Herr Dr. Schöpke (Klinikum Barnim):** Ja, einen schönen guten Morgen! – Ich bin auch anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Ist noch jemand anwesend, der nicht aufgerufen wurde, außer den Vertretern der Bänke, der Patientenvertretung und der offiziellen Ländervertreter? – Das ist nicht der Fall.

Dann würde ich zunächst die Frage- und Antwortrunde eröffnen wollen. Ich bitte die Vertreter der Bänke, die Patientenvertreter oder die Ländervertreter eine Wortmeldung im Chat abzugeben, wenn Sie zu den Stellungnahmen Fragen stellen möchten. – Ich sehe noch keinen. Sie müssten ein bisschen Gas geben. Ich habe als Erstes die Patientenvertretung und dann den GKV-Spitzenverband. – Die Patientenvertretung, bitte.

**PatV:** Mutig in der ersten Reihe. Einen schönen guten Morgen in die Runde! – Wir haben als Patientenvertreter eine ganze Reihe von Fragen. Ich denke, dass wir die Themen in Blocks abarbeiten.

Die erste Frage, die ich habe, bezieht sich auf die Begrifflichkeiten und die Grundsystematik des Verfahrens, das wir hier diskutieren.

Begrifflichkeiten zur Ersteinschätzung: Ersteinschätzungsverfahren, Ersteinschätzungssystem, Ersteinschätzungsinstrument. Eigentlich ist im Gesetzestext von einem Verfahren und einem Instrument die Rede. Aber wenn man den Prozess genauer anschaut – und das haben ja mehrere Fachgesellschaften auch angesprochen – sind es mehrere Schritte. Nämlich einmal die Beurteilung der Behandlungsdringlichkeit, der medizinischen akuten Intervention; dann die Festlegung der Versorgungsebene und dann der Prozess der Weiterleitung.

Meine Frage lautet an die Fachgesellschaften, die vor allen Dingen mit Intensivmedizin und Notfallversorgung zu tun haben, ob wir in diesen Regelungen nicht diese Dreigliederung viel stärker pronunzieren müssten: Denn uns ist noch unklar, ob in dieser von allen eigentlich angenommenen Regelung, dass in dem ersten Schritt, nämlich der Bewertung der Behandlungsdringlichkeit, der man MTS und ESI zu Grunde legt und zum Bestandteil des Ersteinschätzungsverfahrens macht. Die meisten definieren dann die letzten Stufen als mögliche Stufen, die für die Weiterleitung in den ambulanten Bereich infrage kommen.

Wir haben folgende Frage: Muss man nicht hier klären, ob ESI und MTS überhaupt in der Lage sind, Aussagen zu diesen zwei anderen Teilen des Prozesses machen zu können? Können die Triage-Systeme, die jetzt in den Notaufnahmen eingesetzt werden, überhaupt Aussagen zum ambulanten Behandlungsbedarf machen? Und kann man aus diesen Triage-Systemen überhaupt Angaben zur Weiterleitung in Versorgungsebenen ableiten? – Dies als erste Frage. Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Patientenvertretung. Sie hatten jetzt die Fachgesellschaften angesprochen. – Wer möchte jetzt spontan dazu eine Antwort geben?

**Herr Prof. Dr. Gries (DIVI):** Wenn gewünscht, kann ich seitens der DIVI kurz beginnen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, bitte schön!

**Herr Prof. Dr. Gries (DIVI):** Die drei Ebenen, die Sie angesprochen haben, sind mindestens zwei Ebenen. Da sehen wir auch Dringlichkeit und Versorgungsebene. Diesen Prozess der Weiterleitung würden wir in dem zweiten Punkt verortet sehen. Wir haben mit dem G-BA-Beschluss aus dem Jahr 2018 die Aufforderung, die Dringlichkeit insbesondere bei allen Patienten, die in die Notaufnahme kommen, innerhalb von zehn Minuten ersteinzuschätzen.

Zu Ihrer Frage, ob die aktuellen hier häufig genutzten Systeme ESI und MTS genutzt werden können, um neben der Dringlichkeit die Versorgungsebene sicher darzustellen. Das muss man nach dem aktuellen Kenntnisstand verneinen. Dazu gibt es keine klaren Studien, die das eindeutig belegen.

Darüber hinaus ist natürlich zukünftig auch zu prüfen, wenn man diese Prozesse zu sehr auseinandernimmt und zu sehr trennt und sich verschiedene Ersteinschätzungsprozeduren vorstellt – beispielsweise einmal der Dringlichkeit, einmal der Versorgungsebene und dann noch überlegt, wie man das weiterleitet –, dann haben wir natürlich ein anderes Problem, nämlich dass wir dann innerhalb von zehn Minuten sicherlich nicht richtig und sicher fertig werden.

Also kurzum: Das ist auch ein Kritikpunkt, den nicht nur die DIVI hier an den Vorschlägen hatte, dass es aktuell für diese Gesamtheit der Aufgaben noch kein validiertes System gibt. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Professor Gries, für diese Einschätzung. – Gibt es andere oder gleichlautende Einschätzungen? Ich sehe jetzt noch eine Wortmeldung. – Herr Bösel, bitte.

**Herr Prof. Bösel (DGNI):** Entschuldigung, ich bin ein bisschen verspätet reingekommen. Vielleicht hat Herr Klein für die DGNI auch schon einiges gesagt. – Ich will einfach nur ergänzen, dass es für neurologische Patienten, also mit Erkrankungen des Nervensystems, die durchaus schwer zu erkennen sind und die meistens auch selber nicht in der Lage sind, ihre Problematik in Worte zu fassen, überhaupt keine validierten Ersteinschätzungsinstrumente gibt. Also auch die, die in den Entwürfen genannt sind, erfassen diese Patienten überhaupt nicht. Diese Patienten machen ungefähr 20 Prozent in den Notaufnahmen aus. – Dies nur als Ergänzung.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank! – Ich sehe jetzt noch eine erhobene Hand bei Herrn Pin.

**Herr Pin (DGINA):** Ich möchte auch vonseiten der DGINA unterstreichen, was Professor Gries für die DIVI gesagt hat. Die Ersteinschätzungssysteme ESI und MTS, die aktuell verwendet werden, sind validiert und gut tauglich für die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit. Für die Weiterleitung in eine Versorgungsebene sind sie nicht validiert. Nach derzeitigem Kenntnisstand gibt es auch kein System, was beide Prozesse miteinander verbinden würde oder rechtswissenschaftlich validiert wäre. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank! – Herr Professor Ertl, bitte.

**Herr Prof. Dr. Ertl (DGIM):** Ich wollte das seitens der DGIM nur unterstreichen. Das war für uns ein wesentlicher Grund, weshalb wir auch um Aufschub gebeten haben. Ich denke, das muss im Laufe dieses Jahres erarbeitet werden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Dann habe ich Herrn Trentzsch.

**Herr Dr. Trentzsch (DGOU):** Vielen Dank! – Vonseiten der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie möchte ich mich grundsätzlich meinen Vorrednern uneingeschränkt anschließen.

Ich möchte noch ergänzen, dass der Zugang zum Durchgangsarztverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung natürlich in diesem System auch nicht abgebildet ist, was sicherlich ein Spezifikum für Deutschland ist, was aber natürlich auch eine relevante Einflussgröße für die betroffenen Patienten darstellt. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Herr Krey als Nächster.

**Herr Krey (Netzwerk Ersteinschätzung):** Ich muss hier grundsätzlich ein bisschen widersprechen. – Ich hatte auch entsprechende Literatur mitgeschickt.

Es gibt Untersuchungen, dass wir für das MTS eine hohe statistische Wahrscheinlichkeit haben, ob ein Patient stationär oder ambulant wird. Nur als Hausnummer – Herr Schöpke wird sich erinnern: Bei den Patienten der Stufe 3, Gelb, sind 53 Prozent ambulant, 47 Prozent stationär. Das ist aber eine Wahrscheinlichkeit.

Das grundsätzliche Problem ist natürlich immer, dass wir im Rahmen einer kurzen Ersteinschätzung nie final entscheiden können, ob dieser Mensch wirklich stationär ist oder ambulant weitergeleitet werden kann. Wir haben eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass wir Grün und Blau in der Tat in die ambulante Versorgung weitergeben können. Deswegen arbeiten viele oder etliche Krankenhäuser dann da auch so, dass sie sagen: Wir benutzen das, um diese Patienten anschließend in die angeschlossene Notfallpraxis weiterzusteuern. – Immer aber mit Unwägbarkeiten. Das lässt sich nicht verhindern.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Krey! – Ich stelle jetzt nur für das Protokoll fest, dass der Vertreter des BfDI, Herr Lenz, seit 11:12 Uhr auch anwesend ist oder vielleicht auch seit 11:10 Uhr. Wir werden das entsprechend noch einer investigativen Untersuchung zuführen. Wobei investigativ und Untersuchung, glaube ich, eine Doppelung ist. Aber das spielt ja auch keine Rolle.

Ich habe jetzt Fragen vom GKV-Spitzenverband; dann von der KBV; dann von der Senatsverwaltung Berlin für die Länder; dann von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und von der KV Bayern. – Ich beginne mit dem GKV-SV, bitte schön.

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Ich wollte eigentlich der DIVI eine Frage stellen. Aber da ich die Anmerkung von Herrn Krey sehr spannend fand, würde ich da zunächst einmal einhaken: Herr Krey, Sie würden es grundsätzlich aber durchaus so sehen, dass es in der Manchester-Triage-Kategorie 3 Patienten gibt, die prinzipiell auch, sage ich mal, vertragsärztlich behandelt werden könnten. Vielleicht können Sie dazu noch einmal etwas ausführen? Habe ich das so richtig mitgenommen? Und vielleicht können Sie noch einmal ausführen, unter welchen Bedingungen Sie das gegeben sehen? – Wenn ich darf, würde ich dann anschließend gleich noch eine Frage an die DIVI richten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, alles klar. Danke schön! – Herr Professor Krey.

**Herr Krey (Netzwerk Ersteinschätzung):** Ich bin nicht Professor. – Aber das sind statistische Auswertungen von einer großen Patientengruppe, 230 000 Patienten, die damals in Portugal gemacht worden sind.

Das MTS, wie wir es in Deutschland einsetzen, ist genau dasselbe System. Also das heißt, es ist wirklich eins zu eins so auch übersetzt. Erläuterungen sind teilweise noch einmal an unserem Sprachgebrauch adaptiert, um das für die Anwender verständlich zu machen. Von daher sind Untersuchungen hier übertragbar.

Ich habe die Zahlen jetzt nicht im Kopf; ich müsste dann den Artikel noch einmal durchgehen: Wir haben eine ganz hohe Patientengruppe in Rot und Orange, die stationär werden. Natürlich gibt es auch dazwischen ambulante Patienten. Und bei Gelb ist es etwa fifty-fifty. Das stellt sich aber erst im Laufe der Diagnostik nachher heraus. Das heißt also, wenn wir uns das anschauen, würden wir hier Lotterie spielen, wenn wir sagen: Die Gelben können wir automatisch weiterschicken. Bei Grün und Blau haben wir eine hohe Wahrscheinlichkeit. Wir müssten das aber auch von der Situationsumgebung abhängig machen. Das heißt, wenn ich hier irgendwelche Strukturen in der KV habe, wo ich bestimmte Facharztqualitäten nicht abgebildet bekomme, sei es in der Notfallpraxis, sei in den Praxen draußen, dann werden wir halt an der Stelle sagen müssen: Einen Patient, der zwar in der Stufe 4 und 5 ist, aber eines bestimmten Facharztes bedarf, kann man dann auch einfach nicht weiterschicken. Bei Gelb ist die Wahrscheinlichkeit etwa fifty-fifty, dass er stationär, dass er ambulant wird. Nur da wäre es halt eine Rationierung und nicht ein rationales Arbeiten, was wir machen würden.

In England grundsätzlich muss man sagen, ist die Grundidee bei MTS in der Tat, dass sie es auch benutzen, um Urgent Care Center und andere Versorgungseinrichtungen anzusteuern. Das ist auch gleich von vornherein deren Basisidee gewesen. – Ist die Frage soweit beantwortet?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Krey? – GKV-SV, haben Sie eine Nachfrage dazu? Sonst würde ich Herrn Dr. Rodeck noch das Wort erteilen, der noch eine Einschätzung aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin abgeben wollte. Und dann hätten Sie wieder das Fragerecht. Aber haben Sie jetzt hierzu konkret eine Nachfrage, GKV-SV?

**GKV-SV:** Ja, ich habe eine kurze Nachfrage: Das würde aber bedeuten, wenn Sie sagen, es besteht die Fifty-Fifty-Chance, dass man möglicherweise, wenn Strukturen vor Ort sind, eine Aufteilung auch Richtung vertragsärztlicher Versorgung vornehmen könnte?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Und zu der dann auch die entsprechende fachärztliche Kompetenz abgebildet ist. So hatte ich das verstanden. – Entschuldigung, Herr Krey.

**Herr Krey (Netzwerk Ersteinschätzung):** Aus Sicht des Risikomanagements, würde ich sagen nein. Patienten mit Stufe 3 müssen in die Notaufnahme, weil das Risiko einfach zu hoch ist, dass das doch ein stationärer Patient ist. Dafür brauchen wir Diagnostik, die wir draußen teilweise nicht zur Verfügung haben.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** GKV-SV, haben Sie eine weitere Nachfrage?

**GKV-SV:** Erst einmal nicht. – Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Dann Herr Dr. Rodeck, bitte.

**Herr Dr. Rodeck (DGKI):** Vielen Dank! – Eine kurze Einschätzung aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin: Hier haben wir keine validierten Instrumente zur Ersteinschätzung beziehungsweise nur im Manchester Triage System. Das bedeutet, sobald man Ersteinschätzungssysteme einführt, muss dabei eigentlich zwingend erforderlich sein, dass ein entsprechendes Modul für Kinder- und Jugendmedizin vorhanden ist.

Insgesamt dreht sich die gesamte Diskussion, auch der jetzigen Entwürfe, mehr um die Erwachsenenmedizin, nicht richtig um die Kinder- und Jugendmedizin oder nicht adäquat um die Kinder- und Jugendmedizin. Aber dazu werden wir vielleicht später noch kommen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Jetzt noch einmal die Frage an den GKV-Spitzenverband: Sie hatten eben eine weitere Frage angekündigt. Möchten Sie die jetzt stellen? Oder sollen wir erst die KBV und andere zu Wort kommen lassen? Passt es jetzt?

**GKV-SV:** Ich würde gerne noch eine Frage an die DIVI loswerden, weil die Professoren Marx und Gries ja nur zeitlich begrenzt teilnehmen können.

Ich würde gerne noch fragen: Innerhalb welcher Zeit ist aus Ihrer Sicht in diesem Kontext auch eine Ersteinschätzung geboten? Sie hatten in Ihrer Stellungnahme erwähnt, dass Sie auch für Patienten mit einer Einweisung eine Ersteinschätzung für erforderlich halten. Vielleicht können Sie das noch einmal kurz begründen. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, GKV-SV! – Wer möchte das machen?

**Herr Prof. Dr. Gries (DIVI):** Ich würde die Fragen aufgreifen, und zwar mit der zweiten Frage beginnen:

Wir haben hier auch eigene Studien gemacht, die schon etwas zurückliegen, dass die Einweisungs- und Zuweisungsdiagnose kein sicheres Kriterium a) für den Behandlungslevel ist und b) für eine tatsächliche dann auch stationäre Behandlungsverpflichtung. Wir haben eine aktuelle Studie gemacht mit 40 000 Patienten und sehen hier nach Einweisung und Zuweisung aus dem niedergelassenen Bereich eine stationäre Aufnahmequote von 30 Prozent. Das kann keine Grundlage sein, dadurch entsprechend zu steuern. Sodass die Frage mit ja beantwortet werden muss. Auch Patienten, die einen Überweisungs- oder Einweisungszettel mitbringen, müssen ersteingeschätzt werden.

Dann die Frage zur Zeit: Hier halten wir die G-BA-Richtlinie – wir hatten seinerzeit auch gemeinsam hier darüber gesprochen – von zehn Minuten für durchaus sinnvoll. Wir geben auch zu bedenken, was jetzt hier mehrfach schon angesprochen worden ist, dass einerseits ex ante eine Einschätzung über einen stationären Behandlungsfall nicht getroffen werden kann, sondern dies erst ex post nach der Behandlung respektive Ersteinschätzung möglich ist.

Ein dritter Punkt sei mir noch gestattet: Wir sehen schon in den ersten Fragen und in den ersten Antworten, dass wir Schwierigkeiten haben, zwischen zwei Kernthemen zu differenzieren. Das eine ist die Ressource und das andere ist die Dringlichkeit. Bezüglich der Ressource sind Vergleiche mit anderen europäischen Ländern deswegen schwierig, weil die teilweise andere Ressourcen vorhalten und hier auch eine viel höhere Standardisierung haben, gerade in den alternativen Gesundheitsbereichen, die dann Patienten aufsuchen können. Das ist in Deutschland nicht der Fall.

Wir haben seitens der DGINA und der DIVI hier auch ein gemeinsames Papier veröffentlicht. Wir müssen, um überhaupt sicher weiterleiten zu können, die Ressource, die dann dort an diesem Ort vorgehalten wird, zu der der Patient hingeleitet wird, klar und eindeutig definieren. Das ist heute nicht der Fall. Und wir haben gerade auch im traumatologischen Bereich – dann bin ich auch fertig – jetzt aktuell 95 Prozent der Selbstzuweiser, die praktisch zu Öffnungszeiten des niedergelassenen Bereiches zu uns kommen, die aber das Krankenhaus wieder verlassen können. Hier besteht in der Regel das Problem, dass es keine Möglichkeit der Ad-hoc-Diagnostik gibt, beispielsweise Frakturausschluss bei Bagateltraumen. Also die Ressourcen müssen klar und eindeutig definiert sein. Erst einmal die Verfügbarkeit, und dann kann man gucken, wie man die dorthin leitet. – Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Gries. – Herr Marx, haben Sie Ergänzungen?

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Hat er sehr schön gemacht. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Dann habe ich Herrn Professor Klein, der etwas zu dem sagen wollte, was Herr Krey eben gesagt hat. – Bitte schön, Herr Professor Klein.

**Herr Prof. Dr. Klein (DGNI):** Ich wollte nur ganz kurz ergänzen, dass das Gleiche wie für MTS, wie aus anderen Ländern untersucht, auch für ESI gilt. Wir haben da gerade eine große Auswertung an über 100 000 Patienten gemacht, die ich gerne zur Verfügung stelle – E-Mail an mich, dann kann ich das PDF schicken. – Dort sieht man ganz klar, dass viele Patienten selbst mit ESI 5 noch nachher der stationären Versorgung teilweise auch ENP-Strukturen zugeführt werden müssen. Und man muss im Hinterkopf behalten, dass das Ganze natürlich – wie Herr Gries auch schon gesagt hat – erst nach erfolgter Diagnostik in der Notaufnahme dann zur ambulanten beziehungsweise stationären Behandlung geführt hat.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Klein. – GKV-SV, ist die Frage beantwortet, oder haben Sie eine Nachfrage?

**GKV-SV:** Danke, ist erst einmal beantwortet.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Dann habe ich jetzt die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Bitte schön!

**KBV:** Einen schönen guten Morgen! – Ich habe zwei Fragen. Einmal eine Frage an die DGINA und DIVI. Es geht um die Frage, wie sehr die Notaufnahmen dieser Tage noch unter einem Ansturm von Patienten leiden und auch selber mit der Abarbeitung all dieser Patienten nicht zurechtkommen. In der Frankfurter Rundschau war gerade am 15.07. noch einmal ein Artikel: „Die Notaufnahme ist selbst krank.“ Wenn wir uns zurückerinnern war das ja auch der Ausgangspunkt der Richtlinie hier, dass die Situation in den Notaufnahmen bis in die Medien hinein Niederschlag gefunden hatte. Insofern würde mich eine Einschätzung von Professor Marx und Herrn Pin interessieren: Wie sieht es dieser Tage aus? Haben wir hier Gefahr in Verzug? Oder können wir uns auch mit der Richtlinie richtig Zeit lassen, so wie das BMG das geschrieben hat?

Die zweite Frage geht in Richtung Professor Szecsenyi und Frau Professor Blaschke. Es geht um die Frage, inwieweit neurologische Patienten und auch pädiatrische Patienten in den beiden Systemen Berücksichtigung finden, die ja derzeit gerade in Evaluation befindlich sind. – Soweit meine beiden Fragen. Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, KBV. – Dann fangen wir mit dem ersten Teil an: Gefahr in Verzug oder Entspannung, oder die Welt ist grau? – Wer möchte antworten?

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Vielleicht kann ich dann mal anfangen?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, bitte schön!

**Herr Prof. Dr. Marx (DIVI):** Vielen Dank für die Frage. – Die Situation ist im Moment in den Notaufnahmen wie auch in den anderen Bereich im Krankenhaus geprägt von sehr vielen Patienten und sehr vielen eigenen kranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, in NRW auch noch getoppt von den Streikauswirkungen in den Unikliniken. Von daher ist die Situation sehr angespannt. Also wir müssen wirklich schauen, dass wir die Versorgung aufrechterhalten und alle Schichten gut besetzen. Das ist wirklich im Moment eine sehr große Herausforderung. Nicht weil die Patienten so schwer krank sind, aber weil eine große Anzahl von Patienten auf eine sehr ausgedünnte Personalressource in den Notfallaufnahmen wie auch im Rest der Klinik aufprallen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Marx! – Gibt es dazu noch Ergänzungen?

**Herr Pin (DGINA):** Ich würde es ergänzen. – Es ist tatsächlich so, dass die Notaufnahmen gerade wirklich einer sehr starken Belastung unterliegen. Das hat im Wesentlichen damit zu tun, dass es aufgrund der derzeitigen Infektionslage in den Krankenhäusern zu einem hohen Personalausfall kommt und dass auch bestimmte Stationen letztendlich nicht die Aufnahmekapazitäten haben, die sie eigentlich haben müssten. Sodass die Notaufnahmen dadurch belastet sind, dass Patienten verzögert ins Haus aufgenommen werden können. Das ist sicher ein wichtiger Punkt, also das, was man als klassischen Exitblock bezeichnet.

Die Patientenzahlen in den Notaufnahmen steigen wieder an. Das wirkt sich aus, weil es auf diese verdünnte Personalsituation im Rahmen der Pandemie trifft. Aber man muss auch sagen, dass die Patienten, die in die Notaufnahmen kommen, alle schwer erkrankt sind und wir tatsächlich einen relativ hohen Anteil von Patienten haben, die nicht ambulant behandelt werden können beziehungsweise nur nach umfangreicher Diagnostik ambulant gelassen werden können oder stationär aufgenommen werden. Von daher ist die Belastung aktuell tatsächlich hoch. Aber dass ich da eine wesentliche Fehlinanspruchnahme der Patienten, auch der fußläufigen, in den Notaufnahmen sehe, kann ich nicht sagen. – Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Ich will nur der guten Ordnung halber hier noch ausführen, dass Herr Dr. Bayeff-Filloff geschrieben hat: Das ist natürlich nur ein Einzelfallbefund, der aber das bestätigt, was jetzt gerade gesagt wurde, dass die Zahlen in Rosenheim im Mai/Juni über den Zahlen aus dem Jahr 2019 vor COVID gelegen haben. Das bestätigt ja die Aussagen.

Dann zum zweiten Teil der Frage von der KBV an Frau Blaschke und Herrn Szecsenyi. – Wer möchte beginnen?

**Frau Prof. Dr. Blaschke (OPTINOFA):** Es ist so, dass wir in Göttingen mit einem großen Konsortium ein neues Triageinstrument namens OPTINOFA entwickelt haben mit dem Fokus der Zuordnung der Behandlungsdringlichkeit und der Versorgungsstufe. Wir haben hier die 20 häufigsten Leitsymptome berücksichtigt. Die Fragestellung zur Neurologie und pädiatrische Leitsymptome sind hier mit adressiert.

Dennoch ist es so, dass wir natürlich hier nur den begrenzten Umfang an Leitsymptomen im Rahmen der multizentrischen Studie evaluiert haben, die bis 31.05.2021 gelaufen ist, sodass wir hier, wenn es sich in der abschließenden Evaluation zeigen sollte, dass das System zur Ersteinschätzung geeignet ist, natürlich für die Leitsymptome umfassender im Bereich Neurologie und auch im Bereich Pädiatrie zu entwickeln wäre, um hier eine umfassende Abdeckung auch der Leitsymptome in fachspezifischen Bereichen zu erreichen.

Zusammenfassend: Wir haben die 20 häufigsten Leitsymptome hier in der wissenschaftlichen Bewertung dieses neuen Triageinstruments verortet.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Frau Professor Blaschke! – Herr Professor Szecsenyi, bitte.

**Herr Prof. Dr. Szecsenyi (DEMAND):** Herzlichen Dank für die Frage. – Ich kann aus dem DEMAND-Projekt und auch aus der weiteren Implementierung der Strukturierten medizinischen Ersteinschätzung in Deutschland, also SmED, jetzt berichten, dass SmED sehr gut geeignet ist, schon in der Vortriage sehr schnell, also in einem Zeitraum von 60 Sekunden zu entscheiden, ob ein neurologischer Notfall vorliegt. Und wenn es kein Notfall ist, dann werden im weiteren Assessmentverlauf auch die neurologischen Krankheitsbilder ganz sicher eingeschätzt. Das System ist auch für Kinder geeignet. Ich kann auch berichten: Im DEMAND-Projekt hatten wir über 600 000 Ersteinschätzungen. Es gab keine Sicherheitsvorkommnisse. Insgesamt sind es jetzt in Deutschland ungefähr 2,5 Millionen Fälle.

Ich darf aber vielleicht noch einmal kurz ergänzen. Ich hatte mich vorhin gemeldet. Aber jetzt habe ich die Struktur des Verfahrens verstanden. Also ich habe dann meine Meldung zurückgezogen. – Es war ja vorhin die Diskussion: Was passiert eigentlich mit den Patientinnen und Patienten in Stufe 3 oder in Gelb? Wir sind der festen Überzeugung, dass es wahrscheinlich auch mehr als 50 Prozent der Fälle sind, die eigentlich in diesem Bereich ambulant behandelt werden könnten, also im Bereich der kassenärztlichen Versorgung. Wir denken, man muss das eben in diesem Bereich der Stufe 3 oder Gelb feiner granulieren und je nach Beschwerdebild und Versorgungsbedarfsebene weiterführende Ersteinschätzung machen.

Es gibt auch Erfahrungen, wie man Systeme wie MTS und SmED mit einander kombinieren kann. – Dazu könnte Herr Bayeff-Filloff auch direkt aus der Praxiserfahrung berichten. – Also auf jeden Fall, wenn man in diesem Bereich so ein strukturiertes Ersteinschätzungssystem mit einer breiten Absicherung wie SmED einsetzt, kann man in diesem Bereich Gelb oder 3 auch sehr klare Entscheidungen treffen und auch dafür sorgen, dass dann Patienten in die richtige Versorgungsebene außerhalb des Krankenhauses kommen. Dann wäre auch diese Weiterleitungsfrage geklärt. Das muss natürlich örtlich ein bisschen adaptiert werden – das wurde ja auch schon angesprochen – an das Vorhandensein bestimmter Facharztstrukturen im ambulanten Bereich zum jeweiligen Zeitpunkt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Szecsenyi! – KBV, sind Ihre Fragen damit beantwortet, oder gibt es Nachfragen?

**KBV:** Ja, sind beantwortet. – Ich hatte gehofft, dass sich die Situation in den Notaufnahmen etwas entspannt hätte. Das scheint ja nicht der Fall zu sein. Insofern glaube ich, ist die Arbeit an der Richtlinie gut investierte Zeit, wenn wir daran weitermachen. – Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ich hatte das, glaube ich, auch in der Eingangsbemerkung schon so ein Stückweit angedeutet, KBV. Ich halte das für ganz, ganz wichtig, weil wir so oder so hier entsprechende Strukturentscheidungen treffen müssen. Für mich ist deshalb neben den strukturellen Prozessen natürlich die Frage ganz wichtig, wie belastbar, wie validiert diese Ersteinschätzungsinstrumente sind, weil das auch eines der Argumente war, dass der Abteilungsleiter in dem Schriftsatz, den ich Ihnen natürlich heute noch zugänglich mache, adressiert hatte und sagte: Was willst du da für ein Instrument einsetzen, wenn es kein validiertes gibt? Das ist eben der entscheidende Punkt. – Dann habe ich als Nächstes die Ländervertretung von der Senatsverwaltung für Gesundheit hier in Berlin.

**LV:** Guten Tag in die Runde! Herzlichen Dank. – Ein Teil der ersten Fragen, die ich habe, ist jetzt schon beantwortet worden. Bezüglich der Eignung von MTS, wenn man noch kein validiertes anderes System zur Steuerung in die Versorgungsebenen hätte, haben wir uns jetzt in der Diskussion schon viel weiter bewegt. Ich hätte auch eine Frage nach den Studien gehabt. Das hat Herr Gries schon beantwortet, dass deutsche Studien, die unsere Ressourcen und so weiter berücksichtigen, eben dann doch nicht vorliegen. Insofern denke ich, brauchen wir validierte Studien. Dahin geht auch meine Frage in Richtung DIVI, DGINA. Ich würde auch gerne Herrn Professor Dodt fragen:

Kann man sich ein Ersteinschätzungssystem, was in Versorgungsebenen steuert, also nicht nach Dringlichkeit, sondern Versorgungsebenen oder auch beides, vorstellen, dass bis in die Fachebenen hinein Empfehlungen abgeben kann? Oder reicht da auch eine kurze ärztliche Sichtung? Die soll je nach Vorschlägen in den Entwürfen nicht immer dabei sein.

Die weitere Frage: Was würde man eigentlich für Anforderungen an so eine Software, an so ein System stellen müssen? – Herr Gries hat schon mal gesagt, dass wir Ressourcen definieren müssten. – Aber welche Anforderungen brauchen wir auch an solch eine Software, an ein System? Wie kann man sich vorstellen, wer das eigentlich dann überprüfen kann?

Wenn ich noch darf, Herr Hecken?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, klar!

**LV:** Dann würde ich noch gerne die Frage an Frau Blaschke und auch Herrn Bayeff-Filloff stellen, wie hoch denn die Entlastung in der Notaufnahme war. – Also die Studien, so habe ich das bislang begriffen, haben ja in die KV-Praxen vor Ort weitergeleitet. Ich denke, dazu hat man ja Daten. Sie haben sie sicherlich auch schon mal vorgetragen, aber vielleicht könnten Sie das hier noch einmal darstellen. Und haben Sie eine Vorstellung, wie viele Patienten darüber hinaus auch noch in den ambulanten Bereich weitergeleitet werden könnten.

Als letzte Frage noch erst einmal zu dem Komplex: Fast alle Fachgesellschaften, auch Herr Dodt, haben die Reform der Notfallversorgung angesprochen. Da wollte ich gerne einmal wissen: Was erwarten Sie, was unsere Ersteinschätzung hier, unsere Richtlinie angeht, durch eine Einbettung? Was würde sich ändern? Und warum sollte man das im Gesamtkontext sehen? – Das wäre es erst einmal von mir.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Ich habe als erste Wortmeldung zur Beantwortung Herrn Professor Bösel und dann würden wir die anderen abarbeiten.

**Herr Prof. Bösel (DGNI):** Ich wollte noch einmal auf diese Ersteinschätzung neurologischer Patienten eingehen. Das kam im Wortbeitrag davor. Ich weiß nicht, ob es an dieser Stelle noch passt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Machen Sie es!

**Herr Prof. Bösel (DGNI):** Ich finde es natürlich sehr, sehr gut, dass sich darum gekümmert wird, auch Ersteinschätzungsinstrumente für neurologische Patienten zu entwickeln. Aber aus Sicht der DGNI und auch der DGN muss das absolut als Work-in-Progress angesehen werden. Also zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine wissenschaftlich ausreichend validierten Triage-Tools für neurologische Patienten. Das bedeutet, dass die neurologisch fachärztliche Expertise für diese Patienten direkt oder zumindest sehr unkompliziert indirekt greifbar sein muss. Das ist in den Entwürfen nicht ausreichend abgebildet. Das auch sozusagen aus der Notaufnahme heraus, diese Expertise im externen ambulanten Bereich, wo der Patient gegebenenfalls hingeschickt werden soll, sicherzustellen, erscheint doch sehr, sehr unrealistisch.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Ich sehe jetzt keine Hand, hatte aber eben Hände gesehen. Die Ländervertretung hat ja konkrete Fragen adressiert. Entweder müssen Sie sich im Chat mit einem „W“ melden oder jetzt einfach reden. Ich sehe jetzt eine Hand von Herrn Professor Dodt: – Herr Dodt, bitte.

**Herr Prof. Dodt (München Klinik):** Vielen Dank! – Da ich direkt angesprochen wurde: Die erste Frage, die die Ländervertretung gestellt hat, ist die Frage zur Ersteinschätzung als Möglichkeit einen Patienten in eine andere Versorgungsebenen zu stratifizieren.

Das hängt sehr davon ab, wo sich diese Versorgungsebene befindet. Wenn man von einem integrierten Notfallzentrum ausgeht und die vertragsärztliche Versorgung findet quasi unter dem gleichen Dach statt wie die Notaufnahme des Krankenhauses, glaube ich, sind viele Probleme nicht existent, weil man dann tatsächlich auf eine Ressource zurückgreifen kann, die keine Zeitspanne erlaubt, in der der Patient einem Risiko ausgesetzt ist. Also das heißt, er kann sofort eine eigentlich in der Ersteinschätzung adäquat angesehene Versorgungsebene, die zugeordnet wurde, auch aufsuchen. Total schwierig wird es, wenn die Patienten tatsächlich das Krankenhaus verlassen müssen, um diese Versorgungsebene zu finden.

Man muss wissen, dass die Patienten das Krankenhaus aufsuchen aufgrund Ihrer persönlichen Ersteinschätzung. Tatsächlich ist diese Ersteinschätzung in den allermeisten Fällen korrekt, sowohl bezüglich der Krankheitsschwere als auch der adäquaten Versorgungsmöglichkeit bezüglich dieses Symptoms. Und eine Studie, die nachweist, dass diese persönliche Ersteinschätzung nicht korrekt ist und deswegen eine andere Versorgungsebene tatsächlich außerhalb des Krankenhauses angesteuert werden kann, gibt es nicht, und wird es auch schlechterdings nicht geben, weil sie natürlich in solch einer Studie immer eine Patientengefährdung nicht ausschließen können.

Ich hoffe, ich habe mich da verständlich gemacht. Das heißt, eine Selbsteinschätzung, die dazu führt, dass ein Patient ein Krankenhaus aufsucht, führt dazu, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine im Krankenhaus zu behandelnde Störung auch vorliegt, sich deutlich erhöht.

Deswegen ist es bei dem Ersteinschätzungsprozess total wichtig, dass primär bei den Patienten, die vom Krankenhaus sozusagen wegorganisiert werden können – das ist quasi dann das Ziel –, diese Ersteinschätzung vor dem Krankenhaus und nicht im Krankenhaus stattfindet. Das ist das, was SmED, glaube ich, gut leisten kann und auch gut leisten wird.

Wenn sie aber im Krankenhaus sind, dann ist die Vortestwahrscheinlichkeit für eine schwere Krankheit, für eine gefährdende Krankheit viel, viel größer. Oder: Es besteht eben keine Versorgungsmöglichkeit wie bei den Verletzungen, wo es schlechterdings nicht möglich ist.

Ich glaube deswegen – und das geht zum zweiten Teil der Frage von der Ländervertretung über: Ein Ersteinschätzungssystem im Krankenhaus, dass die Verweisung in den vertragsärztlichen Versorgungssektor regeln kann, kann nur darauf beruhen, dass dieser vertragsärztliche Versorgungssektor tatsächlich auch unter dem gleichen Dach der Notaufnahme ist. Deswegen ist diese Strukturreform, glaube ich, eine Grundlage für eine vernünftige Strukturierung der Ersteinschätzungen in diesem Fall.

Einen letzten Punkt, den ich in dem Zusammenhang noch machen möchte, ist eine Frage, die auch geregelt werden soll: Wird denn das Krankenhaus für Patienten vergütet, die beispielsweise einer Empfehlung nicht entsprechen? Also stellen Sie sich vor, man ruft beim SmED an; man bekommt eine Empfehlung, dass du einen Vertragsarzt in zwei Tagen aufsuchen kannst und der Patient oder die Patientin entscheidet trotzdem das Krankenhaus aufzusuchen. Dann würde das ja nominell nach den Regelungen jetzt nicht vergütet werden. Das halte ich für ausgesprochen gefährlich, weil der Patient, die von ihm selbst wahrgenommene gesundheitliche Gefährdung natürlich über das, was quasi am Telefon dann herausgefunden wurde, stellt. Und das wiederum erhöht auch die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Patient möglicherweise tatsächlich sich nicht richtig begrifflich gemacht hat oder eben tatsächlich nicht richtig verstanden wurde. Wenn der sich im Krankenhaus vorstellt, dann muss der gründlich ärztlich evaluiert werden, bevor eine weitere Verweisung erfolgt. Wenn die Versorgungsstruktur Vertragsarzt im Krankenhaus nicht vorhanden ist, wird es gefährlich für den Patienten, wenn der dann nicht evaluiert wird. Also da muss auch eine Regelung gefunden werden, wie man damit umgeht.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Dodt! – Wir wollen ja jetzt keine Nebenanhörung im Chat machen. Trotzdem will ich jetzt auch dokumentieren, dass der Sitzungsleiter multitaskingfähig ist. Deshalb gebe ich jetzt, nur damit es auch im Protokoll am Ende erscheint, hier allgemein kund – auch für die Protokollantin –, dass Herr Professor Gries, zu dem, was gerade gesagt wurde, Zustimmung im Chat geschrieben hat.

Herr Krey: Ja, stimme zu. Außerdem ergibt die Weiterleitung rechtliche Probleme.

Herr Professor Klein: Klare Zustimmung. Dazu kommen die sehr eingeschränkten Ressourcen außerhalb der Kliniken mit langen Wartezeiten und oft multiplen Folgevorstellungen.

Zuvor hatte Herr Bösel – und damit sollten wir die Brieffreundschaft auch beenden und dann uns am Ende des Tages auf Wortmeldungen beschränken – noch geschrieben: „Ich hätte zu den neuropädiatrischen Vorrednern ergänzt,“ – er mache es jetzt schriftlich – „dass die gegenwärtigen Entwicklungen von Triageinstrumenten für neurologische Patienten aus Sicht der DGNI und DGNN Work-in-Progress sind. Es gibt aktuell kein ausreichend wissenschaftlich validiertes Instrument zur Ersteinschätzung neurologischer Patienten.“

Herr Szecsenyi hat jetzt aufgrund der Flut von zustimmenden Wortbekundungen uns wissen lassen, dass er nicht zustimmt. – Also vor diesem Hintergrund haben wir das jetzt alles ordnungsgemäß protokolliert, damit am Ende nicht der Vorwurf erhoben werden könnte, wir würden hier Äußerungen nicht ordnungsgemäß zur Kenntnis nehmen.

Jetzt habe ich Wortmeldungen von Herrn Dr. Trentzsch, von Herrn Pin, von Herrn Bayeff-Filloff und von Herrn Krey. Und es war ausdrücklich Frau Professor Blaschke mit der Fragestellung adressiert, wie die Entlastungseffekte sich bei Ihnen dann konkret dargestellt haben. Das würde ich dann auch noch aufnehmen. – Herr Dr. Trentzsch, bitte.

**Herr Dr. Trentzsch (DGOU):** Vielen herzlichen Dank! – Ich wollte mich noch einmal ganz kurz dazu äußern, wie das mit der Feststellung der Versorgungsebene ist. Und zwar wurde schon mehrfach hier das traumatologische Patientengut angesprochen. Das ist ein relevantes Problem. Wir wissen aus einer großen Auswertung hier in München mit über 500 000 Patienten, dass diese Patienten mit Unfallverletzungen und Bewegungsapparatproblemen etwa 43 Prozent ausmachen. Das ist die größte Patientengruppe.

Der Anteil der Patienten, die hier dann in die ambulante Versorgung entlassen wurden, lag bei 79 Prozent. Das klingt zunächst einmal nach unglaublich viel. Und wenn Sie nach den Triagekategorien fragen, muss ich sagen, habe ich leider nur unvollständige Daten. Aber da sieht es so aus, dass die Gruppe etwa 80 Prozent aus den Triagekategorien ESI 3 bis 5 kommt. Also würde man sagen: Das ist doch super, die kann man alle in die vertragsärztliche Versorgung schieben. Nur 21 Prozent dieser Patienten wurden stationär aufgenommen.

Wir wissen auch, dass wir einen sehr großen Anteil von diesen Patienten in der Gruppe haben, – etwa 20 Prozent waren es –, die mit Frakturen kommen. Und jeder von Ihnen, der sich schon einmal irgendwo wehgetan hat, weiß Frakturausschluss geht nur mit bildgebender Diagnostik. Das ist also mit einem Ersteinschätzungstool nicht zu bewerkstelligen. Deswegen muss man sagen, dass diese Patientengruppe da eine andere Form von Aufmerksamkeit braucht. Da muss eine ärztliche Einschätzung erfolgen, gegebenenfalls sogar diagnostische Verfahren eingeleitet werden.

Und jetzt kommt oben drauf noch die Erkenntnis, dass diese Frakturen zwar initial kurzfristig mit Ruhigstellung behandelt werden können, dass da aber durchaus OP-Indikationen bestehen, die natürlich von einem Facharzt gestellt werden müssen. Diese Patienten werden dann häufig frühelektiv wieder aufgenommen. Darüber haben wir in unserem Datenmaterial auch gar keine Erkenntnisse, wie viele von denen, die da ambulant behandelt wurden, dann am Ende des Tages wieder stationär auftauchen – ein, zwei, drei Tage später. Das muss man bei dieser Überlegung, glaube ich, auch noch einmal gesondert berücksichtigen. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Dann habe ich als Nächstes Herrn Pin.

**Herr Pin (DGINA):** Ich wollte zur ersten Frage von der Ländervertretung noch kurz Stellung nehmen: Ich hatte Sie so verstanden, dass das Ersteinschätzungssystem auch in der Lage sein sollte, Patienten in eine spezielle Fachrichtung, also in die Urologie oder in die Orthopädie zu verweisen. Ich glaube, das ist nicht möglich ohne einen tatsächlichen Arztkontakt und auch nicht durch eine kurze ärztliche Sichtung. Sondern ich glaube, dafür bedarf es tatsächlich einer eingehenden ärztlichen Untersuchung.

Ich kann mir auch nicht vorstellen, dass es im Sinne der niedergelassenen Kollegen und der niedergelassenen Fachärzte ist, dass aufgrund eines Ersteinschätzungssystems dann die Patienten praktisch ungefiltert, ohne dass sie ärztlich gesehen werden, in die Fachpraxen weitergeleitet werden.

Darüber hinaus muss man auch sagen – und da sind wir uns, glaube ich, alle einig –, ist die Entscheidung, ob jetzt ein Patient in die eine oder in die andere fachärztliche Versorgung gehört, die ja oft tatsächlich in ihrer Erstsymptomatik nicht ganz eindeutig ist, schwierig. Da bedarf es tatsächlich, glaube ich, einer fachärztlichen Ersteinschätzung und Untersuchung durch einen Notfallmediziner mit einer breiten Expertise, um diese Frage dann tatsächlich beantworten zu können. Ich glaube, das geht nicht über ein Ersteinschätzungssystem.

Zum zweiten Teil der Frage: Welche Strukturen und wie ist dieses Verfahren hier in dem Gesamtkontext einer Notfallreform einzuordnen? – Hierzu hat Herr Dodt schon ausführlich berichtet. – Ich glaube, bevor wir diesen Schritt gehen, ein Ersteinschätzungsverfahren zu definieren, zu etablieren beziehungsweise begleiten, müssen wir vorher eine tatsächlich echte Reform anstoßen. Insbesondere die ambulante Notfallversorgung und auch die Strukturen im ambulanten Bereich müssen wir besser beschreiben und definieren. Denn sonst können wir auch nicht irgendwohin weiterleiten. Das hat Herr Gries in seinem ersten Statement schon klar gesagt. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Pin! – Jetzt habe ich Herrn Bayeff-Filloff und dann Herrn Krey und anschließend Frau Professor Blaschke.

**Herr Dr. Bayeff-Filloff (RoMed):** Vielen Dank! – Ich bin ja auch von der Ländervertretung angesprochen worden in Bezug auf unsere Erprobung im Juli letzten Jahres, welcher „Benefit denn entsteht“ in Anführungszeichen, was die Patientenzahlen angeht.

Vorweg, glaube ich, ist es – das hat ja schon der Beginn der heutigen Sitzung gezeigt – extrem wichtig, noch einmal die Begrifflichkeiten auch klar zu definieren. Die werden immer so ein bisschen vermischt. Also Ersteinschätzung oder Behandlungsdringlichkeit ist für mich vor allem das, was die Notaufnahme angeht. Und das Ziel, was man hier festlegen möchte, ist ja schließlich eine Lenkung der Patienten. Wir haben uns im Vorfeld zu unserer Studie natürlich auch genau die ganzen Möglichkeiten angesehen. Wir glauben – erst recht nach der Studie –, dass es kein neues Gesamtsystem geben kann. Es ist nämlich in sich etwas widersprüchlich, einerseits eine Behandlungsdringlichkeit von wirklich akut zu versorgenden Patienten zu kombinieren in einem System mit der Lenkung in den vertragsärztlichen Bereich.

Insofern haben wir dann unser MTS-System, das wir seit Jahren benutzen, unverändert an die erste Stelle gesetzt. Wir haben uns auch nicht der Diskussion um die gelben Patienten gestellt. – Das ist ja heute hier schon angesprochen worden. – Sondern wir haben schlichtweg gesagt, die vielen – und das ist ja wirklich so – Patienten, die Grün und Blau triagiert werden, ist unsere erste Zielgruppe. Ich glaube, dass man auch hier über einen modularen Aufbau reden muss, wie man so ein System einführt. Gelb kann man sicher irgendwann mal diskutieren. Aber am Beginn ist, glaube ich, schon mal die große Zielgruppe der grünen und blauen Patienten.

Wir haben dann als zweite Stufe SmED verwendet. Wenn ich gesagt habe, man kann kein Gesamtsystem neu erfinden, dann glaube ich andererseits aber trotzdem, dass die beiden Systeme, die beiden etablierten Systeme – man muss schon feststellen, dass SmED zumindest in Bayern flächendeckend in der 116 117 eingesetzt wird und da durchaus Patienten lenkt, denn da wird auch nichts anderes gemacht –, auch eine Verknüpfung brauchen, also einen Rücklauf von SmED in Richtung der Notaufnahme. Das ist nämlich genau der ressourcenbezogene Ansatz, der jetzt hier viel diskutiert worden ist – von Heiko Trentzsch gerade dargestellt –, natürlich vor allem im unfallchirurgischen Bereich. Auch bei uns war das ein großes Thema, dass wir natürlich Patienten hatten, die in die Notaufnahme zurück mussten, einfach aus dieser ressourcenbezogenen Versorgung – so haben wir es genannt.

Und wenn Sie mich abschließend nach den Zahlen fragen: Ich glaube, dass der Ansatz, der Vergleich, was ambulant, was bleibt stationär bleibt, sehr hinkt. Das hat sich hier ja in der Diskussion auch schon herauskristallisiert – auch wieder Heiko Trentzsch. Natürlich sind viele Frakturen erst einmal ambulant, aber eigentlich ja schon mit einem stationären Indikator versehen. Also das, glaube ich, kann man nicht so sehen.

Aber die reine Lenkung, die war bei uns plakativ etwa 25 Prozent, also ein Viertel der Patienten ging natürlich vornehmlich in die besetzte KVB-Praxis, die nebenan war. – Christoph Dodt hat die natürlich noch viel länger geöffnet, tagsüber auch geöffnet wie bei uns. – Und in diesen Zeiten, wo die KVB-Praxis nicht besetzt war, konnten wir Patienten in Partnerpraxen lenken.

Ein abschließender Kommentar vielleicht noch: Dieses Lenken das geschah bei uns in der Obhut der KVB. Ich glaube, das ist auch noch einmal eine Diskussion, wenn dann eine Rückverweisung an den vertragsärztlichen Bereich identifiziert wird: Wer nimmt dann SmED wahr und wer ist dann letztendlich auch in der Verantwortung für das Lenken? – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Bayeff-Filloff. – Jetzt habe ich Herrn Krey, dann Frau Blaschke, dann Herrn Lenz vom BfDI, dann Herrn Professor Gries, Herrn Professor Szecsenyi und Herrn Dr. Selbach. Nur damit Sie sehen, wen wir noch in der Antwortrunde haben. Ich würde dann mit weiteren Fragen fortfahren wollen. – Bitte schön, Herr Krey.

**Herr Krey (Netzwerk Ersteinschätzung):** Das Wichtige ist: Diese Begriffsklärung ist auch bei meiner Stellungnahme einer der zentralen Punkte. Seit wir in Hamburg dieses Wort für die Notaufnahme erfunden haben, hat sich Ersteinschätzung als das eingebürgert, was man international als Triage in der Notaufnahme nennt, nämlich die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit. Wir müssen die anderen Sachen sauber definieren, denn in den verschiedenen Entwürfen haben sich in der Tat diese Begrifflichkeiten massiv vermischt. Es wurden teilweise für mehrere Sachen derselbe Begriff Ersteinschätzung benutzt.

Ein solches Ersteinschätzungssystem in der sogenannten Face-to-Face-Triage muss fünfstufig sein. Das ist international anerkannt, internationaler Standard überall, weil es einfach die beste Qualität zeigt. Wenn wir jetzt uns den alten G-BA-Beschluss von 2018 anschauen, dass wir binnen zehn Minuten eine Ersteinschätzung mit einem validierten System machen müssen, dann können wir, wenn der Patient das Krankenhaus betritt, die Tür zur Notaufnahme öffnet, nicht erst vierstufig mit einem SmED anfangen. Sondern ich habe jeden Patienten, der hereinkommt – und das ist mir wichtig –, erst einmal im Verdacht, er könnte akut vital bedroht sein, bis ich anhand der Ausschlüsse feststelle: Nein, das ist er nicht. – Und dann kann ich sagen: Okay, jetzt geht es in die Steuerung.

Es gibt in Großbritannien etwas Ähnliches wie den CEDIS-Katalog; es gibt Verknüpfungen mit MTS; es gibt Verknüpfungen mit Behandlungspfaden und all solche Sachen. Und das funktioniert sehr gut.

Zu der Frage: Kann man internationale Erfahrungen übertragen? Solange ich mit demselben System arbeite, sage ich grundsätzlich ja. Ich muss nur berücksichtigen, was ich für Versorgungsformen hinten dran habe. Und wenn ich kein Urgent Care Center habe wie in England, dann muss ich überlegen: Kann irgendetwas anderes das übernehmen, oder müssen wir das gänzlich umdefinieren? Also: Ich bin immer ein Verfechter dessen, dass wir internationale Erfahrungen übertragen können und das Rad nicht komplett neu erfinden müssen. Ich glaube, das ist an der Stelle ein ganz wichtiger Punkt.

Zur Studienlage von MTS: Übrigens gibt es die interessante Studie – von vor ein paar Jahren schon – von Dr. Gräff aus Bonn mit 60 000 Patienten, die an der Stelle grundsätzlich die Validität vom MTS belegt. – Das wäre es erst einmal bis hier hin.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Krey. – Jetzt habe ich Frau Professor Blaschke, die unmittelbar ja auch angesprochen war; dann käme Herr Lenz.

**Frau Prof. Dr. Blaschke (OPTINOFA):** Vielen Dank! – Ich antworte auf die Frage von der Ländervertretung. Hier ging es um die Frage: Welche Entlastung kann ein Instrument erbringen, wenn ich die Versorgungsstufe mitzuweise?

In den Daten, die wir in elf Modellkliniken bundesweit erhoben haben, ist hier eine Zuweisung in die Bereitschaftsdienstpraxis in zwölf bis 20 Prozent der Fälle gelungen. Hier ist die wichtige Nebeninformation, aber diejenige, dass natürlich dieser Anteil ganz stark davon abhängig ist, wie die Öffnungszeiten der kassenärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen in einzelnen Kliniken sind; wie die Ressourcen dort verteilt sind; auch wie die Qualifikationen der dort tätigen Vertragsärzte sind. Sodass hier natürlich die eben angesprochenen wichtigen Strukturvoraussetzungen in Bereitschaftsdienstpraxen und auch im vertragsärztlichen Sektor ganz entscheidend sind, wenn wir darüber sprechen, welche rechtlichen Konsequenzen diese Verweisungen in den vertragsärztlichen Bereich haben. Deshalb halte ich es auch für extrem wichtig, hier zunächst zu bedenken, dass eine Reform der Notfallversorgung auf der Strukturebene in den ambulanten Sektor essentiell ist, bevor wir in der Ersteinschätzung ein neues System einführen, welches die Möglichkeit bietet, nach Behandlungsdringlichkeit und nach Versorgungsstufe einzuschätzen. Ich glaube, das wäre die wichtige Maßnahme vorab, um sicherzustellen, dass die Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich auch so gut sind, dass ein Patient rechtlich sicher aus der Notaufnahme in den ambulanten Sektor verwiesen werden kann. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Frau Blaschke! – Jetzt habe ich Herrn Lenz vom BfDI. Bitte schön, Herr Lenz.

**Herr Lenz (BfDI):** Vielen Dank! – Ich möchte gerne an den Aspekt der rechtlichen Fragen anknüpfen. Da hatten wir ja in unserer Stellungnahme auch schon ausgeführt, dass wir es zwar begrüßen, dass die DSGVO-Konformität für das Ersteinschätzungsinstrument gefordert wird. Aber wie es sich jetzt gerade auch im Austausch zeigt, bietet es sich an, die datenschutzrechtliche Dimension in den einzelnen Prozessen mitzudenken.

Die Vorredner haben ausgeführt, dass es darauf ankommt, ob eine Weiterleitung des Patienten in eine krankenhausexterne Einrichtung erforderlich ist. Damit zusammenhängend ergeben sich immer die Fragen: Welche Rechtsgrundlagen liegen vor? Wo brauche ich eine Einwilligung? Wer ist verantwortlich für Datenverarbeitung?

Vor dem Hintergrund ist auch unsere Stellungnahme zu sehen, dass wir da gerne detailliertere und konkrete Bezugnahme auf datenschutzrechtliche Anforderungen in der Richtlinie hätten, um auch den Richtlinie-Adressaten eine konkretisierende Hilfestellung zu geben. Beispielsweise haben wir uns schwergetan, warum hier der Sozialdatenschutz als Anforderung aufgeführt ist. Wir haben keine Anhaltspunkte gefunden, dass die Krankenhäuser oder sonstige Leistungserbringer hier verpflichtet wären. Ähnliche Fragestellungen könnte man vermeiden, wenn diesbezüglich konkrete Bezugspunkte im Prozessschritt schon definiert werden. – Das wollte ich an der Stelle einbringen. Danke schön!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, Herr Lenz, für diese Anmerkungen. Wir haben uns das selbstverständlich angeschaut und wir sehen, dass hier, ich sage mal, exakte Konkretisierung bestimmter Prozessschritte in den einzelnen Entwürfen deshalb noch nicht erfolgt ist, weil es hier noch strukturelle Unwägbarkeiten gibt, sodass wir – das hatte ich in meiner Einleitung gesagt – davon ausgehen, dass wir, nachdem wir heute diese Anhörung durchgeführt haben, dann eben auch ein bisschen strukturierter die Dinge zusammenbringen können und dann eben auch ganz klare Verantwortlichkeiten und Prozessschritte definieren können.

Sie sehen ja, dass da auch einer der Kerndissense jenseits der Fragen liegt, ob es ein validiertes verwendbares Ersteinschätzungsinstrument gibt und wer ab welchem Punkt für welchen Schritt Verantwortung trägt. Das zieht sich ja wie ein roter Faden durch die Entwürfe, dass man die Verantwortlichkeiten so ein bisschen entweder unterschiedlich sieht oder sie überhaupt nicht anspricht. Also insofern bin ich da bei Ihnen, dass ich hier wirklich noch einen ganz exakten Konkretisierungsbedarf sehe, der auch vor dem Hintergrund der zu erörternden Rechtsfragen außerhalb des Datenschutzrechtes natürlich eine Rolle spielt. Wer trägt dann die allgemeine haftungsrechtliche Verantwortung in dem Augenblick, wenn ein Patient – nach welcher Begutachtung auch immer – weitergeleitet wird, abgeschichtet, wenn es innerhalb eines Campus geschieht, oder wenn es externe Versorgungsstrukturen gibt und damit möglicherweise Behandlungsbrüche oder sonstige Dinge entstehen?

Also insofern haben Sie hier, glaube ich, zurecht eine Konkretisierung der Regelungen angemahnt, von der ich sicher bin, dass sie erfolgt. Denn sonst haben wir möglicherweise eine Regelung, wo wir viel drinstehen haben, aber keiner weiß konkret, wofür er ab welchem Zeitpunkt verantwortlich ist und dann am Ende auch die Haftung sowohl datenschutzrechtlich wie auch sonst trägt. – Jetzt habe ich Herrn Professor Gries, Herrn Professor Szecsenyi, Herrn Dr. Selbach und Herrn Dr. Schöpke. Dann würde ich zu dem Komplex die Rednerliste schließen, um zur nächsten Frage zu kommen. Wir haben nämlich auch noch sieben oder acht Fragesteller. Also vor diesem Hintergrund haben wir noch ein bisschen Zeit.

**Herr Prof. Dr. Gries (DIVI):** Zu der Ländervertretung: Es kam ja noch der Aspekt der Überprüfung auf. Ist die Weiterleitung, die dann erfolgt, – vorausgesetzt die Ressource ist definiert – korrekt beziehungsweise ist sie das nicht?

Und das wirft einen Punkt auf, den wir gerade eben, was das Thema Datenschutz anging, schon angeschnitten hatten. Wir müssen für diese Systeme Interoperabilität herstellen; wir müssen sie standardisieren. Wir können quasi keinen Cut, keinen Schnitt haben zwischen meinetwegen Datenerfassung an der ersteinschätzenden Einrichtung, meinetwegen in der Notaufnahme und wenn das weitergeht meinetwegen in den KV oder in den niedergelassenen Bereich, sondern wir müssen hier eine Datenweiterleitung und auch eine verbindliche Rückmeldung im Sinne eines Qualitätsmanagements auf Dauer sicherstellen.

Hier haben wir, glaube ich, den größten Bruch. Das haben wir auch seitens der DIVI in unserem Begleitschreiben zusammenfassend dargestellt. Es muss heute IT-gestützt alles dann a) auch möglich sein und b) dann auch retrospektiv überprüfbar sein. Schlussendlich auch der Aspekt, der heute hier auch schon genannt worden ist: Was machen wir denn mit Patienten, die dann diesem Vorschlag gar nicht folgen? Das ist auch noch ein separates Thema, was unserer Meinung nach in keinem der Entwürfe ausreichend berücksichtigt worden ist. – Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Gries! – Dann habe ich Herrn Professor Szecsenyi. Bitte schön, Herr Szecsenyi.

**Herr Prof. Dr. Szecsenyi (DEMAND):** Herzlichen Dank! – Was Herr Gries gerade gesagt hat, kann ich nur unterstützen. Also es muss eine Interoperabilität geben zwischen der Ersteinschätzung, wie es auch bei der 116 117 gemacht wird und die, die vielleicht am gemeinsamen Tresen oder in der Notaufnahme gemacht wird und vice versa.

Ich möchte aber noch einmal den Blick ein bisschen weiten. Wir wollen ja dem Gesetzgeber helfen, ein gutes Gesetz zu machen. Ich denke, es muss uns darum gehen, den richtigen Patienten am richtigen Ort zu versorgen. Und der Erfolg dieses Prozesses steht und fällt mit Qualität der Kooperation zwischen Krankenhaus und dem Kassenpatienten-System also dem KV-System.

Es wird hier immer wieder hervorgehoben, dass – und ich glaube das auch ein bisschen, dass es eine Falle ist, in die wir möglicherweise hineinlaufen –, die fachärztliche Einschätzung im Krankenhaus der Goldstandard sei. Das folgt ja der Logik, dass der Facharzt auf Borkum die gleiche Entscheidung trifft wie der Facharzt in Rosenheim. Das würde ich schon mal so ein bisschen infrage stellen. Die Realität ist ja eher, dass es dann nicht der Facharzt in der Notaufnahme ist, sondern es ist oft der Assistent oder die erfahrene Pflegekraft, die der jungen Ärztin oder dem jungen Arzt noch so ein bisschen die Hand führt und Hinweise gibt.

Ich denke, beim Ersteinschätzungsverfahren – jedenfalls ist das unsere Philosophie und das zeigen auch die Daten, die wir haben – gibt es eben Leitplanken und reduziert die Variabilität sowohl im ambulanten Bereich, wenn ein Patient anruft, als auch in der Notaufnahme.

Wenn wir das zusammendenken, dann bekommen wir eine geleitete Versorgung, die auch rationale und sichere Entscheidungen unterstützt und die auch dazu führt, dass Patienten, die vielleicht auf der 116 117 eine Empfehlung bekommen haben, der nicht gefolgt sind und dann in die Notaufnahme gehen – und da finde ich das Beispiel von Herrn Bayeff-Filloff sehr wegweisend –, die dann noch einmal mit dieser gleichen Logik ersteingeschätzt werden, auch unterstützt durch das MTS-System in diesem Beispiel, und dass dann mit dem Patienten gemeinsam entschieden wird, wie die Weiterversorgung ist. Wie bauen wir da ein Rückholssystem, dass der Patient, wenn ich dann eben weiß, das ist ganz dringlich, am nächsten Tag versorgt wird. Ich muss nicht gleich immer die Bereitschaftsdienstpraxis sofort Tag und Nacht zur Verfügung haben, weil es eben auch viele Patienten gibt, wo die Versorgung auch einen Tag oder länger warten kann. – Danke schön!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Szecsenyi. – Jetzt kommt Herr Selbach und dann Herr Schöpke.

**Herr Dr. Selbach (Helios Klinikum):** Vielen Dank! – Den Vorrednern kann ich in vielen Punkten nur beipflichten. Also der Patient sieht sich als Notfall und wählt seinen Weg selbst. Ohne Zugangsbeschränkung zum Krankenhaus, weil dort alle Ressourcen 24/7 verfügbar sind, wird ein Großteil der Patienten weiterhin das Krankenhaus als erste Anlaufstelle aufsuchen.

Wichtig ist, glaube ich, dass an der Anlaufstelle eine einheitliche Triage aller Patienten durchgeführt wird, weil der Patient sich eben als Notfall sieht und tatsächlich auch manch Kranker sonst durchs Raster fallen würde, auch mit einer Einweisung, wie schon ausgeführt, das kann ich aus der Praxis wiedergeben. Da liegen teilweise Welten dazwischen, was auf einer Einweisung steht und was herauskommt.

Wichtig wäre bei der Ersteinschätzung, dass ein Notfallmediziner, nicht der jüngste Assistent oder eine unausgebildete Kraft, sondern ein in Notfallmedizin erfahrener Mensch dort eine Einschätzung trifft. Die Einschätzung muss in meinen Augen nach der Dringlichkeit passieren, und es muss ein fünfstufiges System sein.

Das Hauptproblem, warum viele Patienten nicht den richtigen Sektor finden, ist, dass im ambulanten Sektor auch nicht klar definiert ist, welche Ressourcen dort vorgehalten werden. Das Beispiel gelb-triagerter Patienten mit Brustschmerz: Wenn die Notfallpraxis kein EKG durchführen kann oder kein POCT-Labor hat, wird dieser Patient spätestens eine Stunde später mit einer Einweisung doch in der Notaufnahme landen. Also das wäre in meinen Augen der erste Schritt, dass man klar definiert, welche Ressourcen der ambulante Sektor, der diese Patienten dann weiterhin sieht, vorhalten muss.

Zum Zustand der Notaufnahme – das ist mir ganz wichtig – möchte ich einen Satz sagen: Ich habe den kleinen Vorteil, dass ich nach zehn Jahren stationärer Notfallmedizin als jetzt tätiger Hausarzt beide Seiten kenne. Aus objektiver Sicht hier oben: Es ist nicht fünf vor zwölf, sondern die Uhr schlägt zwölf. Also solange es keinen Facharzt für Notfallmedizin wie in anderen Ländern gibt, wird diese Bastion nie ein Standing haben. Sie werden langfristig keinen Nachwuchs binden können. Denn sobald die ihre Scheine erreicht haben, gehen sie in andere Abteilungen.

Ein weiteres Problem in der Notaufnahme ist die Pflege. Denn es gibt keine Pflegepersonaluntergrenzen. Das führt regelhaft zu Überforderungen. Der ökonomische Druck ist bekannt. Jeder Notaufnahmepatient, der ambulant bleibt, ist defizitär. Das heißt, dort braucht man auch beim Geschäftsführer nicht nachfragen, ob man noch ein Gimmick bekommt. Die Abflussprobleme ins Haus sind auch bekannt. Auch schon vor der COVID-Pandemie war es teilweise schwer, Intensivpatienten auf die Station zu bekommen. Die liegen dann ewig dort unten herum. Das sind alles bekannte Probleme. Das führt halt nur in vielen Häusern zu einem wahren Exodus aus der Notaufnahme.

Wie gesagt, von hier oben: Wir haben mit der gesamten Abteilung mit 14 Leuten gekündigt. Die meisten von uns machen jetzt etwas anderes. Also das ist jetzt vielleicht ein Extrembeispiel, aber kein Einzelfall. Deshalb nur, um das mal den Leuten, die nicht an der Front arbeiten, klarzumachen: Hier sind dringend zügig Änderungen vonnöten. Dass man kein perfektes System von heute auf morgen hinkommt, ist ganz klar.

Ich glaube, Herr Krey hat es angeführt: Ein erster Schritt wäre vielleicht eine Separierung an der Tür. Das heißt, dass man da Wege findet, grün- und blautriagierte Patienten zumindest zügig in eine Portalpraxis zu lotsen, wo fest definierte Ressourcen vorhanden sind. – So viel nur dazu. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank! – Jetzt habe ich noch Herrn Schöpke und eine nachgeschobene Wortmeldung von Herrn Krey und von Herrn Karagiannidis. Dann ist endgültig Schluss der Rednerliste für diese Frage der Ländervertretung. Dann geht es weiter mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft. – Bitte schön, Herr Schöpke.

**Herr Dr. Schöpke (Klinikum Barnim):** Vielen Dank! – Ich möchte gerne kurz auf die Frage nach der Entlastungsmöglichkeit von Notaufnahmen und auf die Frage der Evaluierung eingehen.

Zur Entlastungsmöglichkeit: Wir haben an meinem Krankenhausstandort – und hier sind einige Beispiele von Krankenhausstandorten genannt worden, deswegen will ich mich da gerne anschließen –, im Jahre 2017 eine Art System etabliert, also eine systematische Zuordnung der am Standort befindlichen KV-Notfallpraxis. Und die sah erst einmal in Ermangelung medizinischer Kriterien so aus, dass wir auf gesetzlicher und vertraglicher Grundlage uns geeinigt haben, dass nämlich alle fußläufigen Patienten, die nicht bereits von einem Vertragsarzt zugewiesen wurden und auch nicht durch die Berufsgenossenschaften sozusagen reglementiert sind, an die KV-Notfallpraxis gegeben haben beziehungsweise die sich dorthin bewegt haben.

Wir haben dann in einer Vorher-Nachher-Analyse eine 50-prozentige Weiterleitung aus der KV-Notfallpraxis von fußläufigen Patienten an die Notaufnahme festgestellt. Insgesamt ist diese Notfallpraxis nur 32 Wochenstunden geöffnet. Das heißt, der Gesamtstandort mit Praxis und Krankenhaus konnte durch diese eingeschränkten Öffnungszeiten nur um zwölf Prozent der Patienten entlastet werden. Also die Notaufnahme konnte bei diesem Setting alle fußläufigen und mit nur 32 Stunden Öffnungszeit in der Woche um zwölf Prozent der Patienten entlastet werden.

Das soll heißen, beziehungsweise wäre das meine Stellungnahme an der Stelle: Bevor wir über ein System zur Entlastung sprechen, wo ja dann potentiell auch fußläufige Patienten direkt an die Notaufnahme verwiesen werden, ist der Hauptentlastungseffekt, um diese Frage hier zu adressieren, erst einmal die kontinuierliche Öffnung von Notdienstpraxen, die bereits existieren beziehungsweise Mitbesetzung von Orten der Notfallversorgung aus dem vertragsärztlichen Bereich – selbstverständlich nur sofern das möglich ist.

Zur Frage der Evaluierung, ist es sicherlich richtig, was alle meine Vorredner gesagt haben, dass so ein zukünftig einzuführendes System evaluiert werden muss. Ich möchte dazu aber anmerken, auch in Hinblick auf die Fristverlängerung bis zum nächsten Sommer, die der G-BA jetzt mitgeteilt bekommen hat, dass wir ja bereits jetzt evaluieren können, wie die Versorgungsprozesse in den einzelnen Regionen sich heterogen darstellen. Das heißt, man kann ja jetzt schon klassisch über eine Pseudoanonymisierung beispielsweise der Krankenversicherungsnummer feststellen, welche Betriebsstätte, welcher Leistungserbringer einen Patienten im Prozess versorgt hat. Man kann dann vielleicht eher mit konglomerierten Daten Aussagen dazu treffen, wie hoch denn eine Weiterleitungsquote an eine Notfallpraxis sein könnte, wenn zuerst das Krankenhaus tätig geworden ist; oder wie hoch eine Weiterleitungsquote von einer KV-Notfallpraxis an das Krankenhaus ist. Da wird dann auch die Heterogenität im Bundesgebiet zu Tage treten. Sodass nicht die Meinungen von Einzelstandorten in diesem Entscheidungsprozess, der jetzt ansteht, übermäßig Berücksichtigung finden, sondern man dann eher, sage ich mal, bundesweit konglomerierte Daten zu Rate ziehen kann. – Herzlichen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank! – Jetzt habe ich Herrn Krey und dann Herrn Karagiannidis. – Bitte schön, Herr Krey.

**Herr Krey (Netzwerk Ersteinschätzung):** Nur noch mal eine Anmerkung, weil mir das so auffiel in diesen letzten Diskussionsbeiträgen: Wir werden keinen bundesweit einheitlichen Katalog haben, welche Patienten wir wegschicken können. Sondern wir müssen immer – ich habe so ein schönes Schlagwort, das trifft es genau, das trifft es nämlich auch für die Notaufnahmen – die institutionelle Kompetenz berücksichtigen. Was können wir in der Region wie abbilden? Das heißt, wir brauchen eine Grundstruktur der Ersteinschätzung, die es uns erlaubt, Versorgungspfade anzuknüpfen. Das wäre vom Wording her: Behandlungspfade, Versorgungspfade. Und das muss regional adaptiert werden, einfach: Wo wird er versorgt?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Krey. – Jetzt Herr Professor Karagiannidis, bitte schön.

**Herr Prof. Dr. Karagiannidis (DGIIN):** Vielen Dank! – Ich würde gerne noch einmal zum Gesamtprozess anmerken, dass man ja merkt, dass wir relativ viel monozentrische Erfahrungen oder anekdotische Erfahrungen haben. Ich würde für den Gesamtprozess einmal anregen wollen, dass wir ein bisschen davon wegkommen und uns zuerst noch einmal die Daten wirklich sehr gut anschauen.

Wir haben in Deutschland – das haben wir ausgewertet, das hat das Zentralinstitut ausgewertet – im Schnitt, wenn man das rein stochastisch berechnet, zwei Patientenkontakte pro Stunde in den Notaufnahmen, nur wenn man das einmal über Deutschland mitteln würde.

Mein Vorschlag wäre, Herr Vorsitzender – vielleicht können wir das ja an die GKV und an das Zentralinstitut vergeben –, dass wir zuerst eine Analyse der Notfallkontakte machen: Wie viele sind es pro Stunde pro Notfallstufe, eingeteilt zwischen Tag und Nacht. Das kann man gut machen. Und dass wir zeitgleich den Schweregrad der Erkrankung einschätzen. Dann kommen wir ein bisschen – oder sogar sehr – weg von der anekdotischen oder monozentrischen Evidenz. Die Daten sind alle da. Ich denke, das braucht ungefähr drei Monate, die noch einmal etwas dezidierter aufzubereiten. Aber dann haben wir eine sehr gute Grundlage – das könnte man auch regional machen auf einer Deutschlandkarte –, auf der wir diskutieren können. Dann sind wir völlig raus aus regionalen Unterschieden und können, glaube ich, eine gute Entscheidung treffen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank! Auch herzlichen für die Anregung. Wir haben uns selbstverständlich im Vorfeld, ohne das jetzt zum Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens zu machen, schon angesehen, welche unterschiedlichen Inanspruchnahmen regional wie auch tageszeitlich bedingt dann hier geschehen. Was mich sehr überrascht hat, war, die überraschend niedrige Zahl von Inanspruchnahmen der Notfallambulanzen an Kliniken zur Nachtzeit. Das hatte ich von meiner Bauchevidenz völlig anders eingeschätzt. Wir sehen, dass wir hier bestimmte Schwerpunkte, insbesondere am Freitagnachmittag und Mittwochnachmittag haben. Aber das zu vertiefen, damit wir weg von der anekdotischen Evidenz kommen, ist sicherlich aller Ehren wert. – Jetzt habe ich Frau Blaschke noch einmal konkret dazu. Und dann ist aber endgültig Schluss an der Stelle; dann geht es weiter mit den anderen Fragestellungen.

Das Thema ist wichtig, das Thema ist spannend. Ich will es auch wirklich nicht abwürgen, denn wir sind ja darauf angewiesen, dass wir auch versuchen, irgendwie auf der Basis von vernünftigen Fakten, hier weitere Entscheidungsprozesse zu strukturieren. Deshalb können wir uns durchaus noch Zeit lassen. Aber wir sollten dann schon schauen, dass wir nicht um 15 Uhr noch hier sitzen, denn es sollte ja auch der ein oder andere Patient von Ihnen heute noch behandelt werden. – Jetzt habe ich nur noch Frau Blaschke. Und dann geht es weiter mit der DKG, der KBV, dem GKV-Spitzenverband und der Patientenvertretung. – Bitte schön.

**Frau Prof. Dr. Blaschke (OPTINOFA):** Vielen Dank! – Ich wollte nur ganz kurz dazu Stellung nehmen, Herr Professor Karagiannidis: Diese Daten liegen ja auch aus dem Notaufnahmeregister AKTIN vor. Dort sind über 50 Notaufnahmen bundesweit angeschlossen. Diese Kontaktfälle, die dort gemessen werden, sind 24/7, 365 Tage im Jahr den verschiedenen Notfallstufen zugeordnet, sodass das auf Knopfdruck mitgeteilt werden kann, wie die Behandlungskontakte sind. Insofern, glaube ich, brauchen wir da keine Neuerhebung innerhalb von drei Monaten. Die entsprechenden Daten zu den einzelnen Studien, die hier auch genannt worden sind, liegen ja auch vor. Sodass es tatsächlich eine gute Datengrundlage gibt, um hier eine valide Aussage durchzuführen, welche Notwendigkeit besteht, hier eine Ersteinschätzung einzuführen, die künftig die beiden Punkte Behandlungsdringlichkeit und Versorgungsstufe adressiert.

Wenn das gewünscht ist, kann ich gerne diese Daten vom Notaufnahmeregister AKTIN zur Verfügung stellen. Die sind auf Knopfdruck verfügbar. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Frau Professor Blaschke! Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie die Daten an uns übermitteln würden. Ich weiß nicht, ob die Zahlen, die ich vor drei Monaten gesehen habe, aus diesem Register kamen oder ob sie von anderer Stellen waren. Aber die waren schon von einer sehr hohen Filigranität. Also vor diesem Hintergrund, glaube ich, kann man mit dem, was an Evidenz vorhanden ist, schon eine belastbare Einschätzung treffen. Nur ist es ja wichtig, wenn man das dann noch einmal geordnet sichtet, um das Ziel zu erreichen, was hier adressiert worden ist. Dafür herzlichen Dank! – Dann komme ich zu Fragen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, bitte schön.

**DKG:** Vielen Dank! – Zunächst einmal eine Anmerkung von uns, weil das auch im Stellungnahmeverfahren ein bisschen kritisiert worden ist: Den Begriff Ersteinschätzung haben wir uns nicht frei angeeignet. Der steht tatsächlich so im Gesetz. Deshalb kommt es auch hin und wieder, sage ich mal, zu den Vermengungen der Begriffe. Aber wir mussten es „Ersteinschätzung für Hilfesuchende, die sich an ein Krankenhaus wenden“ nennen. – Nur das zur Klarstellung.

Ich habe jetzt noch mal eine Frage zu dieser Validierung: Wir sind uns einig, dass es momentan kein validiertes Instrument gibt. Und es gibt einige Projekte und gute Ansätze, die wurden ja auch als regionale Ansätze teilweise gerade auch noch einmal beschrieben. Glauben Sie denn, dass es in naher Zukunft – das Jahr 2023 steht gerade im Raum – ein validiertes bundesweit einsetzbares Instrument geben wird, das auch eine Weiterleitung außerhalb des Klinikgeländes erlauben wird? Denn wir haben uns heute hier viel auch zu diesen Bereitschaftsdienstpraxen geäußert. Auch die Projekte – so habe ich es zumindest verstanden – haben nicht wirklich außerhalb eines Klinikgeländes weitergeleitet. Der Gesetzgeber sieht das ja schon in seinem Gesetz vor. Ich glaube, dass das auch einer der Hauptpunkte war, dass es möglich sein soll, Patienten außerhalb des Klinikgeländes zu schicken. Deshalb meine Frage auch vielleicht an die Projektleiter oder auch an andere: Wie sehen Sie da die Zukunft? Wird es in naher Zukunft ein Instrument geben, was eine Weiterleitung außerhalb des Klinikgeländes erlauben wird?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Ich sehe als Ersten Herrn Krey.

**Herr Krey (Netzwerk Ersteinschätzung):** Die Manchester-Triage ist nicht nur Notaufnahme. Sondern wir haben in der Tat auch Telefontriage für Pflegeheime, ob dieser Patient wirklich ins Krankenhaus transportiert werden muss.

Leider hat uns hier Corona geärgert. Wir hätten ansonsten 2020 die ersten Piloten gemacht. Ich habe jetzt Krankenhäuser, Pflegeheime und Leitstellen, die Interesse haben und dort mit einsteigen wollen. Es gab ein G-BA-Projekt in Baden-Württemberg – wie hieß das noch? – CoCare! Da war auch schon dieser Ansatz, welche Patienten aus den Pflegeheimen wirklich ins Krankenhaus gehören. Ich denke, hier werden wir in Kürze diese Systeme auch erprobt haben, sodass wir da auch wirklich Versorgungssteuerungen zeigen können, dass sie funktionieren. Wir fangen demnächst mit den ersten Pilot an.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Jetzt habe ich Herrn Szecsenyi. Herr Professor Szecsenyi, bitte.

**Herr Prof. Dr. Szecsenyi (DEMAND):** Ich wundere mich so ein bisschen, warum wir immer so sehr von Validierung, gesicherten Daten und Einzelstudien reden. Natürlich ist zurecht vorhin die Kritik gekommen: Wir müssen vom Anekdotischen weg; und wir müssen weg von den Berichten aus einzelnen Zentren.

Aber ich darf da mal erwähnen, dass es ja eine Medizinprodukteverordnung gibt. Ich denke, ein Ersteinschätzungssystem, was jetzt auch sektorenübergreifend funktionieren soll und auch eine Weiterleitung oder Zurückleitung in den ambulanten Bereich erlauben soll, sollte diesen Kriterien der Medizinprodukteverordnungen und der Medical Device Regulation Klasse II genügen.

Wenn man sich damit ein bisschen näher beschäftigt, dass es eine europäische Regelung gibt, die ganz klare Anforderungen an die Nachweise stellt; wo man jeden Schritt in einem Algorithmus, den man dort entwickelt, eingeben muss; wo man jeden Schritt begründen muss; wo man Belege dafür zu Verfügung stellen muss und wo man jede Änderung an dieser Systematik auch begründen muss. Und das wird auch geprüft und das wird sehr hart geprüft.

Nur, um Ihnen eine Vorstellung zu geben: Ich weiß jedenfalls aus der Entwicklung von SmED, dass es ungefähr 2 000 Seiten Dokumentationen sind. Wenn man dann ein solches System millionenfach anwendet und es keine meldepflichtigen sicherheitsrelevanten Vorkommnisse gibt, finde ich, dann kann man das doch einfach mal nutzen. Dann kann man für bestimmte zusätzliche Fragestellungen auch noch zusätzliche Studien machen. Aber wir können nicht andersherum warten, dass wir jeden Teilaspekt durch eine Studie belegen und dann versuchen, aus den vielen Teilaspekten ein Ersteinschätzungssystem zusammenzubekommen. Da würden wir noch Jahre brauchen, und wahrscheinlich wird hinterher auch nicht alles zusammenpassen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Szecsenyi! – Jetzt habe ich Herrn Professor Dodt. Bitte schön, Herr Dodt.

**Herr Prof. Dodt (München Klinik):** Zur Frage der Studien möchte ich noch Folgendes anmerken: Die Studien, die derzeit laufen, beziehen sich tatsächlich auf die besondere Situation, die dadurch entstanden ist, dass wir jetzt die Patienten – zumindest in Bayern – telefonisch ersteinschätzen, wenn sie tatsächlich erst einmal unter der 116 117 anrufen, die eine veränderte Situation induziert haben.

Es ist tatsächlich so, wenn die Vortriage am Telefon über SmED gut wirkt – und die Chance ist ja sehr groß –, würde ich vermuten, dann ist es tatsächlich so, dass die Auswahl der Patienten, die dann noch ins Krankenhaus kommt, eine andere Gruppe ist, als die, die in den letzten Jahren ohne SmED ins Krankenhaus gekommen sind.

Das heißt, die Situation, die auch für Deutschland spezifisch ist, dass eine Vortriage stattfindet für die Patienten, die sich im vertragsärztlichen Bereich erst einmal anmelden, ist in den Studien, die bisher vorliegen, nicht adäquat berücksichtigt.

Was das bedeutet, ist Folgendes: Ein Patient, der trotz SmED im Krankenhaus erscheint, ist sehr wahrscheinlich schwerer krank und es wird schwieriger sein, ihn weiterzuverweisen. Das ist nicht evaluiert bisher.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Jetzt habe ich Herrn Professor Gries. Bitte schön, Herr Gries.

**Herr Prof. Dr. Gries (DIVI):** Zu der Frage von der DKG, ob es überhaupt realistisch erscheint, ein entsprechendes System hier zu etablieren: Wir glauben schon. Wir glauben aber auch, dass wir uns hier nicht zu sehr verzetteln dürfen und der Ansatz auch ein anderer sein muss.

Wir müssen tatsächlich – und ich habe das vorhin schon einmal gesagt – wirklich zunächst einmal die Ressourcen, in die gesteuert werden soll, verbindlich definieren. Und wenn wir wissen, welche Personalvorhaltung, welche Qualifikation dort vorliegen soll, welche apparative Ausstattung vorliegen soll, dann ist es möglich, die Patienten weiterzuleiten, auch mit jetzt schon entsprechend genutzten Systemen wie beispielsweise SmED.

Hier ist immer noch die Frage, wie die Verknüpfung zwischen wirklich sehr, sehr zeitnaher Einschätzung der Dringlichkeit und der Verknüpfung der Weiterleitung oder der Auswahl der geeigneten Behandlungsebene erfolgt. Man braucht dann – das wurde eben aber auch schon erwähnt – die Rückmeldung beziehungsweise Erfassung dieser Patienten beziehungsweise dieser entsprechenden Daten, ob die Behandlungsebene tatsächlich auch die richtige gewesen ist; ob die Patienten wieder woanders hingegangen sind. Es kann ja auch sein, dass sie sich dann ganz woanders wieder vorgestellt haben. Und dafür braucht man Erkenntnisse, die wir aber, glaube ich, tatsächlich nicht bekommen werden, wenn wir ab einem bestimmten Moment nicht starten. – Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Gries. – Jetzt habe ich Herrn Pin.

**Herr Pin (DGINA):** Ich habe eigentlich dem, was Herr Professor Dodt gerade gesagt hat, nicht viel hinzufügen. – Zu Herrn Szecsenyi: Warum reden wir über Validierung, und warum reden wir über solche Studien? Wir reden genau deswegen darüber, weil es im Wesentlichen und im Kern der Sache um Patientensicherheit und um die gute Versorgung von Notfallpatienten geht, die wir dann auch erkennen müssen und wo wir sicherstellen müssen – ich glaube, in unserer Gemeinsamkeit, die wir hier sitzen –, dass die adäquat versorgt werden. Deswegen, glaube ich, sind genau solche Studien und solche Validierungsstudien wichtig.

Deswegen vielleicht auch noch mal in Richtung Herrn Krey, der jetzt mehrfach gesagt hat: Wir erproben das, und wir haben uns das mal angeschaut. – Die Erprobung und das Anschauen würde dann aber auch bedeuten, dass es irgendwann mal publiziert wird und dass man tatsächlich genau unter Studienbedingungen nachweisen oder irgendwie zeigen kann, was eigentlich dabei herausgekommen ist.

Ich finde dieses „Wir machen das jetzt einfach mal“ möglicherweise unter Inkaufnahme der Tatsache, dass es vielleicht auch nicht funktioniert und wir Patienten gefährden, nicht zielführend. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank! – Jetzt schaue ich in Richtung Deutsche Krankenhausgesellschaft: Gibt es weitere Fragen?

**DKG:** Erst einmal nicht. – Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Herr Krey hatte sich jetzt noch einmal zur Verteidigung auf die letzte Wortmeldung gemeldet. Aber wir sollten jetzt hier nicht in einen Diskurs der Stellungnahmeberechtigten untereinander eintreten. – Herr Krey, haben Sie weiterführende Erkenntnisse?

**Herr Krey (Netzwerk Ersteinschätzung):** Nur: Das wird natürlich mit einer Studie begleitet.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay. – Dann sind wir jetzt bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Bitte schön!

**KBV:** Herr Professor Hecken, vielen Dank! – Meine Frage geht an Herrn Professor Dodt. Und zwar: Herr Professor Dodt, in Ihrer Stellungnahme zu Entwurf C schreiben Sie, dass ein in der Notfallmedizin ausreichend qualifizierter Arzt mit der Zusatzweiterbildung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ 24/7 für Rückfragen erreichbar sein muss.

Laut den mir vorliegenden Zahlen haben zurzeit nur sehr, sehr wenige Kolleginnen und Kollegen diese Zusatzweiterbildung. Wir haben ja 1 300 Standorte mit einer Notaufnahme, und da ist hier die Frage an Sie: Halten Sie diese Forderung überhaupt für umsetzbar? Oder was heißt das für Häuser, die dies eben nicht sicherstellen können? – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, KBV! – Herr Professor Dodt, Sie sind unmittelbar angesprochen.

**Herr Prof. Dodt (München Klinik):** Ja, das ist ein kritischer Punkt. Die Zusatzweiterbildung ist ja bisher tatsächlich über 24/7 noch nicht verpflichtend, scheint aber so anvisiert zu sein. Ich denke, dass wir im Moment in Deutschland noch nicht mehr als 1 000 geprüfte Zusatzweitergebildete haben. Es muss, um diese Forderungen zu erfüllen, tatsächlich eine Übergangsfrist stattfinden.

Es ist schon Ziel, dass die Patientensicherheit durch Menschen, also durch Ärzte gewährleistet wird, die tatsächlich die Gesamtheit der Notfallmedizin überblicken. Das ist für kleine Häuser eine Herausforderung. Aber es ist natürlich über diese Zusatzweiterbildung auch für andere Fachentitäten, die nicht den ganzen Tag in der Notaufnahme tätig sind, aber diesen Ausbildungsabschnitt über zwei Jahre abgeschlossen haben, auch möglich. Also von daher bedarf es Übergangsfristen. Aktuell ist das sicher ad hoc sofort nicht machbar. Sondern ich denke, so in vier, fünf Jahren ist das durchaus erreichbar.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Dodt. – Jetzt hat sich Herr Rodeck noch dazu gemeldet. Danach würde ich der KBV noch einmal das Wort geben.

**Herr Dr. Rodeck (DGKJ):** Zu diesem Punkt jetzt aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin: Wir gehen davon aus, dass circa 80 Prozent der stationären Aufnahmen in der Kinder- und Jugendmedizin aus Notfällen herauskommen. Das bedeutet, dass die Notfallmedizin im Kinder- und Jugendbereich eigentlich im Facharztgebiet gut verankert ist.

Wir sehen ein großes Problem, wenn wir jetzt gerade für pädiatrische Notfälle dann eine Zusatzweiterbildung „Notfallmedizin“ generalistisch anbieten und auch leisten müssten. Insoweit trifft also dieser Passus – ich sagte das ja eben schon – vielleicht anders als in der Erwachsenenmedizin nicht für die Kinder- und Jugendmedizin zu.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Herr Bayeff-Filloff noch und dann wieder die KBV, ob noch eine Nachfrage besteht. – Herr Bayeff-Filloff.

**Herr Dr. Bayeff-Filloff (RoMed):** Eine Anmerkung aus der Erfahrung aus unseren Studien: Wir haben nach Übergabe der grünen und blauen Patienten wohlgermerkt in SmED vor dem eigentlichen Lenken außerhalb des Krankenhauses einen Telearzt der KVB mit eingeschaltet. Das ist aus meiner Sicht durchaus auch die adäquate gleiche Beurteilung, ob ein Patient gelenkt werden kann. Und erstaunlicherweise ist durch dieses Gespräch mit dem Telearzt ein relevanter Prozentsatz der zu lenkenden Patienten, nämlich gut 20 Prozent, abgeschlossen worden. Also er wurde dann gar nicht mehr gelenkt, sondern ihm wurde die Empfehlung zur weiteren Therapie damit schon gestellt. Also ich glaube, da kann man auch noch das eine oder andere an Patientensicherheit erzielen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Herr Professor Klein.

**Herr Prof. Dr. Klein (DGNI):** Ich wollte nur anmerken: Es ist sicherlich richtig und wichtig, dass die Dichte an Kolleginnen und Kollegen mit der Zusatzweiterbildung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ in den Notaufnahmen steigt. Aber ich will doch Folgendes zu bedenken geben: Wenn für solch einen Ersteinschätzungsprozess, wenn wir ihn so nennen wollen, dort der höchstqualifizierte Mitarbeiter in der Notaufnahme sozusagen notwendig ist, um das dann im Einzelfall abzusegnen, dann ist an dem Prozess in meinen Augen etwas falsch.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Klein! – KBV, haben Sie eine Nachfrage?

**KBV:** Nein, keine weiteren Nachfragen. – Danke schön!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Jetzt der GKV-SV, dann die KBV, dann noch einmal der GKV-SV und die Patientenvertretung. – GKV-SV, bitte.

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Ich habe drei Fragen, die ich zunächst einmal an Herrn Dr. Selbach richten möchte.

Zum einen haben wir jetzt gehört, dass die Strukturen in der ambulanten Notfallversorgung bundesweit doch unterschiedlich sind. Daher will ich gerne noch einmal fragen: Welche Informationen bräuchten Sie denn vor Ort in der Klinik, um eine Weiterleitung organisieren zu können? Von Herrn Professor Gries haben wir eben schon einmal gehört: apparative Ausstattung, Qualifikation und zeitliche Verfügbarkeit. Würden Sie das auch unterschreiben? Gibt es da Punkte, die fehlen? – Das als ersten Punkt. Vielleicht machen wir es dann sukzessive.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Herr Dr. Selbach, Sie sind unmittelbar angesprochen. Sie haben das Wort!

**Herr Dr. Selbach (Helios Klinikum):** Vielen Dank für die Frage! – Zu den Ressourcen der Weiterleitung: Ein Hauptproblem ist natürlich, wenn ich nicht weiß, was der vorgeschaltete Kassenarzt kann, was der niedergelassene Kollege kann.

Notwendige Ressourcen, um einen Großteil der Notfallpatienten zumindest adäquat zu versorgen, wären in meinen Augen definitiv ein EKG, ein Sonogerät und im Idealfall ein POCT-Labor, also so ein Schnelltestgerät für die wichtigsten – ich sage es jetzt mal für die Laien – Troponin. Das muss *Conditio sine qua non* sein, sonst macht es keinen Sinn. Sonst passiert das, was wir vorhin schon angesprochen hatten, dass der Patient zwei Stunden später mit einer Einweisung in die Notaufnahme geht.

Wenn diese Ressourcen klar definiert sind – das kann man mit Sicherheit dann diskutieren, was noch notwendig ist – wäre eventuell eine Möglichkeit, wenn es eine Portalpraxis am Krankenhaus ist, dass auf die Ressourcen der Radiologie zugegriffen werden kann. Das sind die Grundvoraussetzungen. Wie es, ich glaube, der orthopädische Kollege schon gesagt hat: Ein Frakturausschluss geht halt nur mit Röntgen. Es macht keinen Sinn, wenn ich den Patienten mit einem dicken Sprunggelenk zum Hausarzt schicke. Also ein Röntgenbild, ein EKG, ein Sonogerät und ein POCT-Labor, dann sind wir schon viel weiter. Das erfordert auch nicht so viel Investition.

Zu der anderen Frage: Hauptproblem ist die Transparenz. Das heißt, wenn ich dem Patienten sage: „Gehen Sie bitte zu ihren Hausarzt!“ Entweder hat der Hausarzt keinen Slot frei oder der Hausarzt hat Vertretung. Also ich brauche möglichst ein online On-Demand-System, das ich sehe. Wenn ich mir jetzt vorstelle, es kommt ein Patient mit einem seit zwei Wochen eingerissenen Zehnnagel, dem muss ich nicht den nächsten verfügbaren Termin am Tage geben. Sondern den kann ich eventuell auch drei, vier Tage später dort irgendwo einordnen. Wichtig ist natürlich, dass die Vitalwerte bei der Ersteinschätzung erhoben werden, damit es kein infizierter Zehnnagel mit einer Sepsis ist.

Also: Ordentliche Ersteinschätzung mit Vitalwerten; Transparenz der Ressourcen und Transparenz der verfügbaren Zeitslots. – Ich hoffe, das beantwortet die Frage.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Jetzt nur zur Zwischenbemerkung von der Patientenvertretung: Ja, Sie können die Frage, wenn Sie zu diesem Kontext passt dazwischen stellen. Ich würde jetzt nur Herrn Professor Klein noch zu Wort kommen lassen und dann hatte der GKV-SV noch zwei weitere Aspekte, den er adressiert hat. Und dann wäre die Patientenvertretung dran. Nur damit wir hier die Regularien auch ordnungsgemäß abwickeln. – Jetzt habe ich noch Herrn Professor Klein, dann wieder den GKV-SV.

**Herr Prof. Dr. Klein (DGNI):** Das war eine alte Wortmeldung, hat sich erledigt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay, hat sich erledigt. – GKV-SV, bitte.

**GKV-SV:** Meine zweite Frage wurde im Grunde schon mit adressiert. – Sie würden also das durchaus so sehen, dass bei Patienten der Kategorie Blau und Grün eine Weiterleitung erfolgen kann, weil es durchaus auch Patienten gibt, die vielleicht, sage ich mal, drei bis fünf Tage warten können, wenn es dann einen verbindlichen Termin gibt. – Dies vielleicht noch mal als Nachfrage. Das habe ich jetzt so wahrgenommen.

**Herr Dr. Selbach (Helios Klinikum):** In einer perfekten Welt kommt der Patient am selben Tag dran. Wenn man sich aber anschaut, wie lange die Wartezeiten auf einen Facharzttermin sind, wie lange Overcrowding in der Notaufnahme besteht, dann muss man etwas separieren.

Wenn man sich die Triagekategorien nach dem Manchester Triage System anschaut, sind bei blauen Patienten teils Kategorien wie chronische Beschwerden seit mehreren Wochen dabei. Deshalb ist, ich sage jetzt mal, ein Experte für Notfallmedizin so wichtig. Es geht nichts, selbst wenn er der höchstqualifizierte in der Schicht ist. Ich kann Ihnen Krankenhäuser nennen, da ist nachts kein Facharzt vor Ort. Wenn da der Einäugige den Blinden unterstützt, kann der keine Einschätzung treffen. Das muss ein Notfallmediziner mit der Zusatzbezeichnung sein. Der kann klar erkennen, ob der Rückenschmerz seit drei Wochen etwas hoch Gefährliches ist, oder ob es ein chronisches Problem ist, was eventuell auch mehrere Tage Zeit hat bis es adäquat versorgt wird.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – GKV-Spitzenverband, bitte.

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Das schließt wunderbar an meine dritte Frage an:

Was denken Sie, wie groß ein Übergangszeitraum sein müsste, sodass wir das in den Notfallkrankenhäusern auch gewährleisten können, dass diese Hintergrundsicherheit über fachärztliche Expertise und die Zusatzqualifikation abgesichert werden kann?

**Herr Dr. Selbach (Helios Klinikum):** Ich glaube, Herr Szecsenyi hatte das vorhin schon sehr schön gesagt.

Um es zusammenzufassen: Man kann natürlich auch noch ein paar Mal die Entscheidungen vertagen und noch Jahre warten bis ein perfektes System auf dem Papier steht. Aber dann ist, glaube ich, keiner mehr da, der die Versorgung übernimmt.

Also um die Frage konkret zu beantworten: Es gibt die Zusatzbezeichnung „klinische Akut- und Notfallmedizin“. Das erste Bundesland war, glaube ich, Berlin 2018. Die anderen Bundesländer sind gefolgt. Das heißt, jedes Krankenhaus weiß, dass es auch der G-BA-Beschluss fordert, dass der Leiter der Notaufnahme diese Zusatzbezeichnung hat, um in die Notfallstufe zu kommen.

Jetzt ist Zeit, dass jedes Krankenhaus mit einer Notaufnahme sich darum kümmert, dass zeitnah ein oder im besten Fall mehrere feste Mitarbeiter diese Zusatzbezeichnung erlangen. Das ist auch keine heilige Kuh. Ich kann es Ihnen sagen: Wir hatten 15 Leute. Davon hatten sieben Leute die Zusatzbezeichnung. Man muss sich halt nur etwas kümmern.

Um die Frage zu beantworten: Die Zusatzbezeichnung ist seit 2018 verfügbar. Zwei Jahre Mindestzeit muss man in der Notaufnahme verbringen. Das ist eines der Kriterien. Das heißt, ab heute ist in meinen Augen Anfang 2024 theoretisch das System umsetzbar. Vielleicht sogar früher, wenn jetzt schon 1 000 Leute, wie ich gehört habe, die Zusatzbezeichnung haben. Wenn man nur einen in jeder Notaufnahme braucht, dann ist es vielleicht sogar schon Mitte, Ende 2023 möglich.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Wobei man braucht ja dann einen zu jeder Zeit.

Herr Professor Karagiannidis hat darauf hingewiesen, dass wir Facharztstandard haben. Das eine schließt natürlich das andere nicht aus. Aber deshalb kann hier sicherlich nicht auf der Basis anekdotischer Berichte entschieden werden, sondern wir müssen schon eine verlässliche Zeitperspektive haben, wie viele Leute binnen welcher Zeiträume diesen Prozess durchlaufen können.

Wir hatten ja damals bewusst mit Blick darauf, dass am Anfang das auch nur in wenigen Bundesländern angeboten wurde, relativ lange Übergangszeiträume hier implementiert. Damit hatten wir schlicht und ergreifend die normative Kraft des Faktischen anerkannt, und dann kam noch COVID dazwischen, wo der eine oder andere noch gerne etwas gemacht hätte und es nicht konnte, weil er Patienten behandeln musste oder weil entsprechende Angebote nicht verfügbar waren. Also vor diesem Hintergrund sehe ich uns hier doch alle in der Pflicht, dazu seriöse Einschätzungen abzugeben. – Jetzt habe ich Wortmeldungen von Herrn Professor Klein, von Herrn Krey und von Herrn Professor Gries. Dann käme die Patientenvertretung dran. – Bitte schön, Herr Professor Klein.

**Herr Prof. Dr. Klein (DGNI):** Ich wollte nur ganz kurz und knapp folgende Frage in den Raum werfen: Sobald ein Kollege hinzugezogen wird, der die Zusatzbezeichnung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ hat, stellt sich für mich die Frage, ob das noch eine Ersteinschätzung ist oder ob bereits dann eine ärztliche Leistung erfolgt ist, den Patienten soweit zu evaluieren. – Das wollte ich so stehen lassen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Klein. – Herr Krey, dann Herr Professor Gries.

**Herr Krey (Netzwerk Ersteinschätzung):** Ganz kurz zum Einwurf eben der Verweis auf den G-BA-Beschluss von 2018: Rund um die Uhr muss – das sagten Sie ja auch schon – klinische Akut- und Notfallmedizin verfügbar sein. Inwiefern das wirklich von den Zahlen her schon möglich ist, sei dahin gestellt, aber vom Grundsatz her nicht nur einer in der Notaufnahme.

Das Zweite ist Facharztstandard binnen 30 Minuten beim Notfallpatienten, das wäre die Kategorie Rot-Orange-Gelb. Grün und Blau nicht, die haben dann mehr Zeit. So denke ich, kann man den 2018-er Beschluss tunlichst hier an der Stelle interpretieren. Das heißt also, wir haben hier schon eine gewisse Fachlichkeit im Moment. Das wird ja auch bei den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst im Moment massiv überprüft.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön. – Ich freue mich, hier kundtun zu können, dass die von uns geforderte Fachlichkeit in den Notaufnahmen, insbesondere hinsichtlich der 30-Minuten-Verfügbarkeit eines Facharztes konkret beim Patienten, in der vorletzten Woche zumindest vom Landessozialgericht Berlin-Brandenburg bezogen auf die Notfallstufen, nachdem es eine Sammelklage deutscher Krankenhäuser dagegen gab, als rechtens befunden wurde. Wir rechnen aber jetzt mit einer Revision am Bundessozialgericht. Sodass wir eben zu der Frage, wann aus dem Facharztstandard dann notwendigerweise auch ein vor Ort präsenster Facharztstatus wird, noch eine gewisse Zeit gerichtlicher Klärung haben.

Soviel zu unserem gemeinsamen Bemühen, Qualität in der Versorgung an allen Stellen, möglichst zu allen Zeiten abzubilden. – Entschuldigung, das war eine leicht zynische Bemerkung. Aber das zeigt, wie weit Realität und das, was wir hier besprechen, gelegentlich auseinander sind. – Jetzt haben wir noch Herrn Professor Gries.

**Herr Prof. Dr. Gries (DIVI):** Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Ich glaube, Sie haben Übergangsregelungen, was die Zusatzweiterbildung „klinische Akut- und Notfallmedizin“ angeht, definiert. Sie haben darauf hingewiesen, Herr Hecken. Dadurch dass die Länderkammern das unterschiedlich schnell eingeführt haben, gibt es in den Bundesländern, sage ich mal, keine Einheitlichkeit. Aber wir haben Übergangsregelungen. Und so kann jedes Bundesland dann entsprechend der Einführung das auch sicherstellen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Die Regelung ist wohl so, wenn ich sie richtig im Kopf habe, Herr Hollstein oder Herr Roters [Anm.: beide G-BA] müssen mich korrigieren, dass wir gesagt haben: Ab dem Zeitpunkt, wo die Länder das eingeführt haben, läuft die Uhr. Und dann sind es, glaube ich, jeweils fünf Jahre.

**Herr Prof. Dr. Gries (DIVI):** Entschuldigung, wenn ich da einhake. Aber genau so ist das auch meinerseits jetzt gemeint.

Das Zweite ist aber – und da müssen wir aufpassen: Es wäre unrealistisch und ich glaube, es würde auch – einer der Vorredner hat schon darauf hingewiesen – nicht dem System, was wir uns eigentlich vorstellen, entsprechen, wenn wir jetzt fordern, dass tatsächlich jeder einzelne Patient, der ersteingeschätzt wird, zwingend einen solchen Arzt braucht. Das ist, glaube ich, eine Ressourcenbindung, die wir nicht leisten können und die auch gar nicht erforderlich ist. Also ein System muss möglich machen, Patienten weitestgehend ohne direkte Einbindung eines solchen Notfallmediziners entsprechend einschätzen zu können. Darüber hinaus muss aber eine Verfügbarkeit dieses Notfallmediziners bestehen, der oder die dann bei bestimmten kritischen Fragestellungen hier auch entsprechend tatsächlich zur Verfügung steht.

Punkt drei, das sei mir noch gestattet: Der Aspekt der Facharztverfügbarkeit bestimmter Fächer innerhalb von 30 Minuten löst das Problem, über das wir hier die ganze Zeit sprechen, ja nur teilweise, weil wir ja in unserer Welt zum Teil so spezialisierte Fachgebiete haben, denen es teilweise aber auch schwerfällt zu erkennen, das dieses Problem hier, was hier akut vorliegt, dann doch nicht dem eigenen Fachgebiet zuzuordnen ist, sondern eben einem anderen – Stichwort Sepsis und Schlagfall bei neurologischen Symptomen. – Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank, insbesondere für den letzten Satz, Herr Professor Gries – das gilt auch für alle Sätze!

Aber es ist ganz klar, bei dieser zunehmenden Subspezialisierung sind wir jetzt langsam wieder auf dem Weg, dass wir sagen: Wir müssen aus dem, was früher der Goldstandard war, dass man eben möglichst viele Spezialisten hatte, jetzt wieder einen Spezialisten kreieren, der eigentlich der Allrounder ist, aber mit vertieftem Wissen in bestimmten Leitsymptomatiken, um das Spezialwissen wieder zusammenzufügen, was wir in der Vergangenheit separiert haben. – Jetzt habe ich als Letzten in der Runde noch Herrn Professor Dodt. Und dann geht es weiter mit der Patientenvertretung.

**Herr Prof. Dodt (München Klinik):** Weil zur Fachlichkeit „klinische Akut- und Notfallmedizin“, die Frage von der KBV bezüglich meiner Stellungnahme unter diesem Punkt zu Entwurf C an mich ging: Dort habe ich darauf hingewiesen, dass es eben nicht reicht, nur den Leitungsarzt oder -ärztin sozusagen als klinische Akut- und Notfallmediziner für Rückfragen zur Verfügung zu haben. Das ist unrealistisch. Es müssen halt genügend sein, die für mögliche Rückfragen, also nicht vor Ort am Ersteinschätzungsplatz, nach Evaluation durch Pflegekraft, durch Ärzte, dann zur Verfügung stehen. Also das ist in dem Fall nicht rund um die Uhr immer anwesend.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Dodt! – Jetzt die Patientenvertretung mit der Anschlussfrage an diesem Komplex. Dann wären wir bei der KBV und beim GKV-Spitzenverband.

**PatV:** Vielen Dank! – Meine Frage bezieht sich in der Tat auf den Themenkomplex „Qualifikation“ und die Frage nach der Notwendigkeit ärztlicher Sichtung überhaupt.

Wir haben jetzt sehr viel über die Qualifikationsanforderungen an die ärztlichen Fachkräfte gesprochen. Aber wir sollten den Blick auch noch auf die Qualifikation der sogenannten Ersteinschätzungskraft richten, also der qualifizierten Pflegekraft. Da gehen ja die Vorgaben an die Anforderungen in den Entwürfen auch durchaus weit auseinander.

Mich interessieren hier auch noch einmal die Votierungen oder die Stellungnahmen der für Intensivmedizin und Akut- und Notfallmedizin zuständigen Fachverbände. Was können wir noch konkretisierend zu dieser Qualifikation der Einschätzungskraft sagen?

Zweitens: Wenn ich die Zahlen aus dem Chat bei den ärztlichen Qualifikationen gesehen habe, bekomme ich es immer noch nicht zwischen 1 300 Standorten Notfallversorgung und etwa 100 bisher Qualifizierten zusammen. Da ist doch eine erhebliche Diskrepanz. Da müssen wir hier wahrscheinlich eine lange Übergangsregelung wie in der Notfallstufung auch vorsehen bis genügend Fachkräfte vorhanden sind.

Aber eigentlich stellt sich doch auch die Frage nach der Notwendigkeit der ärztlichen Sichtung. Brauchen wir das? Wie stellen Sie sich das vor, dass das geregelt wird? Der Kassenentwurf sieht ja vor, dass es vor allen Dingen eine Sichtung des Berichtes des Ersteinschätzungssystems ist und das muss nicht eine reale faktische Sichtung sein. Mir würde es für unsere Entscheidung helfen, wie wir die Qualifikationsanforderungen und die Verbindlichkeit für das Personal in den Entwürfen festlegen, wenn Sie diesen Komplex noch ein bisschen konkretisieren könnten.

Im Hintergrund habe ich noch eine Frage: Wir machen ja diese Vorgaben für diese Ersteinschätzung jetzt für alle Krankenhäuser, also nicht nur die, die in der hohen Stufung der Notfallversorgung aktiv sind, für die sehr strenge verbindliche Vorgaben, was die Qualifikation anbetrifft, bestehen, die sie auch erfüllen müssen. Aber was bedeutet es, wenn wir hohe Qualifikationsanforderungen formulieren und Krankenhäuser, die nicht an der gestuften Notfallversorgung teilnehmen, diese nicht erfüllen können? Ist es gewollt? Denn Patienten gehen natürlich auch in kleine Krankenhäuser in der Fläche, wenn sie meinen, dass sie ein akutes Problem haben. – Ich hoffe, es war jetzt klar, wo ich hin will. Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Können Sie noch adressieren, wen Sie jetzt gerne konkret hören würden – Herr Pin hat sich jetzt gemeldet –, weil ich jetzt nicht noch einmal eine Runde durch die ganzen Fachgesellschaften machen möchte.

**PatV:** Dann machen wir die DGINA, also es geht um die Notfallmediziner.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay. Dann ist Herr Pin schon der richtige Adressat.

**Herr Pin (DGINA):** Vielen Dank für die Frage! – Es ist wirklich eine ganz zentrale Frage, welche Qualifikation die ersteinschätzende Kraft haben muss.

Wir haben in unserer Stellungnahme geschrieben, dass es ein notfallmedizinisch qualifizierter Gesundheitsberuf sein muss. MTS und ESI sind validiert und für Pflegekräfte nachgewiesen. Der notfallmedizinisch qualifizierte Gesundheitsberuf wäre idealerweise natürlich auch eine Pflegekraft oder auch sogar die Notfallpflege. Allerdings sind wir der Meinung, dass eine mindestens zweijährige Erfahrung in der klinischen Akut- und Notfallmedizin und in einer zentralen Notaufnahme bestehen muss und dort Erfahrung erworben werden muss. Und dass natürlich dann, egal wie dieses Instrument aussieht, eine Schulung und eine Einweisung in dieses Ersteinschätzungsinstrument erfolgen muss. Das muss auch überprüfbar sein, dass das erfolgreich bestanden worden ist. Also es sollte schon ein qualifizierter Gesundheitsberuf mit Erfahrung in der klinischen Akut- und Notfallmedizin, die in einer Notaufnahme erworben wird, sein.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Herr Professor Gries.

**Herr Prof. Dr. Gries (DIVI):** Zustimmung von unserer Seite. Auch hier idealerweise mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“. Aber die Kriterien, die Herr Pin gerade zum Ausdruck gebracht hat, sehen wir genauso.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Professor Gries! – Zu einem anderen Teil der Fragen der Patientenvertretung, die, glaube ich, bei den Fachgesellschaften weniger richtig aufgehoben sind:

Ich gehe derzeit davon aus, dass wir mit Blick auf die normative Kraft des Faktischen bezogen auf das Vorhandensein eines spezialisierten Notfallmediziners selbstverständlich eine angemessene Übergangsfrist brauchen, die wir zu definieren haben, indem wir einfach den Status quo erheben und sagen, wie viel im Jahr zusätzlich in Führungszeichen „produziert“ werden kann. Das ist eine Entscheidung, die wir zu treffen haben. Und ich glaube, die haben wir beim System der gestuften Notfallversorgung in Krankenhäusern mit anderen Bedarfen, die dort formuliert worden sind, angemessen beantwortet. Solange diese Kräfte in der gebotenen Anzahl nicht vorhanden sind, wird man natürlich mit Limitationen leben müssen.

Die Frage: Was passiert mit Einrichtungen, mit Leistungserbringern, die die Anforderungen, die in einer solchen Richtlinie konkretisiert sind, am Ende des Tages auch nach Übergangsfristen nicht erfüllen? Das ist eine Fragestellung, die beantwortet sich auch selbst. Sie erfüllen dann die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Notfallversorgung nicht mehr, je nachdem wie der Gesetzgeber den Auftrag jetzt weiter konkretisiert. Er hat ja auch angekündigt, dass er hier noch einmal Spezifizierungen vornehmen will. Das sind dann Dinge, die wir bei der Folgenabschätzung zu berücksichtigen haben. – Sie hatten aber jetzt noch eine Nachfrage, Patientenvertretung.

**PatV:** Ja, die bezog sich auf die zwingende Erforderlichkeit der Sichtung. Also da sind wir alle ja auch noch nicht ganz einig, wie das geregelt wird. Es wäre mir eine Hilfe, wenn Sie das auch noch ein bisschen konkretisieren könnten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Also an die Fachgesellschaften: Kann man einen wegschicken, ohne dass der Doktor ihn gesehen hat? Oder die abgeschwächte Variante: Wird der Doktor – wenn ich Doktor sage, meine ich Doktor männlich, weiblich, divers – nur auf der Karteikarte einen Haken machen und sagen „fort damit“? Immer unter der Voraussetzung – ich nehme das mal mit, was Herr Gries eben gesagt hat, was alle gesagt haben –, dass ich davon ausgehe, dass wir ein System haben, wo niemand mit einem Zettel vor die Tür gestellt wird und er am Ende nach mehreren Tagen der Verschollenheit preisgegeben ist. Das ist für mich, sage ich mal, eine *conditio sine qua non*, die wir als Anspruch dann doch formulieren sollten. Da gibt es ja die unterschiedlichen Ansätze in den Entwürfen. Die einen sagen: Der Doktor sollte zumindest auf dem Papier draufgeschaut haben und das bestätigt haben, was die Ersteinschätzung ergibt. Die anderen sagen: Es muss immer zumindest eine körperliche Sichtung, wie immer das am Ende definiert wird, stattfinden. Kann man das konkretisieren? – Herr Krey.

**Herr Krey (Netzwerk Ersteinschätzung):** Wir haben bei uns einen Juristen, der sich auch die ganze Zeit mit dem Thema befasst. – Jetzt eben mal kurz zum Beruflichen: Pflegekräfte auf jeden Fall, vielleicht auch qualifizierte MFAs als Notfallsanitäter.

So jetzt weiter: Wer darf wegschicken? Die rechtlichen Rahmenbedingungen im Moment in Deutschland sind einfach dergestalt – und ich komme ganz ursprünglich aus der Berufsgruppe der Pflegenden –, dass ich als Pflegenden nicht wegschicken darf. Das darf nur ein Arzt.

Es sei denn, ich habe die Situation, wie wir sie verschiedene Male jetzt schon angesprochen haben, dass wir eine Notfallpraxis oder ein MVZ oder ein INZ haben, wo wir gleich nebenan einen Kassenarztsitz haben. Das heißt also: Tresen, rechte Tür, linke Tür. Dann können wir das aus dem Ergebnis der Ersteinschätzung heraus machen. Das heißt, was wir uns auch überlegen müssen: Entweder brauchen wir eine große rechtliche Änderung, damit wir Patienten im Rahmen der Ersteinschätzung wegschicken dürfen. Oder aber jeder muss vom Arzt gesehen werden.

Und das ist unrealistisch, denn damit betreiben wir einen Aufwand – das war damals auch ein Grund gewesen, überhaupt an Ersteinschätzung zu denken. Wir können da vorne nicht einen Arzt hinsetzen, der die Patienten in Empfang nimmt. Denn wir haben gar nicht genug Ärzte, wir haben auch nicht genug Pflegekräfte. Deswegen machen es teilweise MFAs.

Eine Bitte noch mal an die Patientenvertretung: Der Begriff Sichtung ist mit der Präklinik verknüpft und ist Katastrophenschutz. Aus dem Grund haben wir auch den Begriff Triage nicht mehr benutzt. Das ist wieder diese Definitionsfrage. – Sind die Fragen soweit beantwortet?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Krey. – Wobei ich hier darauf hinweisen will, ohne mir diese Rechtsmeinung zu eigen zu machen: Es gibt aus jüngster Zeit verschiedene Äußerungen eines vormaligen Vorsitzenden Richters am Bundessozialgericht, der je nach Kategorisierung in dieser Ersteinschätzung, also alles das, was dann am Ende im blauen Bereich landet, haftungsrechtliche Fragestellungen anders beantwortet als es Ihre Juristen getan haben und als es sich auch für mich zunächst als Juristen erschlossen hat.

Ich will das nur an der Stelle zu Protokoll geben. Das ist eine Einschätzung, die vertreten wird, die Sie jetzt abgeben. Für mich mit einer, sage ich mal, sehr großen Spannbreite ist das von dem ehemaligen Bundessozialrichter anders gesehen worden. Dass es für offensichtliche Fälle, die ein strukturiertes und validiertes Ersteinschätzungsinstrument durchlaufen haben – das ist immer die *Conditio sine qua non* –, dann für diese relativ eindeutige Patientengruppe anders gesehen wird, erschließt sich mir noch. Aber er ist dann in diesem Bereich, wo ich sage, das sind so die Grenzfälle, die man auch noch mit einer gewissen Großzügigkeit handhaben kann. Also hier gibt es unterschiedliche Betrachtungen, wie weit man hier gehen kann, ohne dass ein approbierter Arzt oder eine Ärztin den Patienten sehen. – Das sei an der Stelle nur der guten Ordnung halber zu Protokoll gegeben.

Hierzu haben hat sich jetzt keiner mehr gemeldet.– Dann habe ich die KBV und den GKV-Spitzenverband. Dann müssten wir auch langsam zum Ende kommen. Also ich habe noch Zeit, denn wir haben heute Morgen in der GKV-Runde hinreichend gespart. Herr Lauterbach hat von allen so viel Lob bekommen. Die erste halbe Stunde war ganz toll. Vor diesem Hintergrund bin ich froh, wenn wir hier wenigstens etwas Konkretes machen können, was am Ende des Tages vielleicht auch länger Bestand hat als das eine oder andere Spargesetz.

Aber ich wollte damit natürlich in keinsten Weise die Bundesregierung kritisieren. Das steht mir als G-BA-Vorsitzender nicht zu. Ich bin ja auch rechtsunterworfen und als solcher natürlich auch rechtsgläubig. – KBV, bitte.

**KBV:** Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Ich wollet noch kurz etwas zu den Daten sagen: Wir hatten uns die Abrechnungsdaten aller 1 200 Kliniken angeschaut und konnten sehr gut sehen – Danke, Herr Karagiannidis, für den Appell, keine anekdotische Evidenz einzubeziehen –, dass es sich sehr ungleichmäßig verteilt. Es gibt hauptversorgende Häuser, die wahrscheinlich anders auch in der Richtlinie abgebildet werden müssen als solche, die eher gelegentlich Patienten sehen.

Die AKTIN-Studie haben wir uns angeschaut. Das ist hochinteressantes Material, vor allem auch die Verweildauer von Patienten in der Notaufnahme ist dabei sehr interessant, auch zu unterschiedlichen Tageszeiten. Das werden wir noch einmal gesondert mit einbringen.

Meine Frage geht an Herrn Dr. Bayeff-Filloff: Sie hatten in Ihrer Stellungnahme angesprochen, dass man sich auch durchaus eine gestufte Einführung vorstellen könnte. Wenn ich mir den Problemhaushalt so anschau, den wir heute und auch in den Unterlagen gesehen haben, scheint mir auch eine *One-size-fits-all* einmalige Maßnahme möglicherweise nicht angebracht zu sein. Können Sie dazu etwas sagen, wie eine gestufte Einführung eines solchen Maßnahmenpaketes aussehen könnte?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, KBV! – Direkt dazu Herr Bayeff-Filloff.

**Herr Dr. Bayeff-Filloff (RoMed):** Vielen Dank! – Es ist ja schon in verschiedenen Wortmeldungen angeklungen und auch Ihre gerade eben impliziert es ja mehr oder weniger, dass es natürlich Hauptversorger gibt und kleinere Krankenhäuser, auch wenn natürlich kleinere Krankenhäuser von PatientInnen angesteuert werden, vielleicht sogar mehr, die im Endeffekt dieser Vorgabe, die hier entwickelt werden soll, dann unterliegen.

Nichtsdestotrotz, glaube ich, dass auch die Thematik einer Validierung oder einer Datenerfassung es eigentlich fast notwendig macht, erst einmal mit großen Versorgern zu beginnen, die es letztendlich noch besser ermöglichen, sage ich jetzt mal – natürlich ist der Facharztstandard in ganz Deutschland in den Kliniken da –, dann gegebenenfalls einen Arzt in der Sichtung hinzuziehen.

An den großen Kliniken – das ist zumindest in Bayern so – sind mittlerweile fast regelhaft die KVB-Praxen angegliedert. Da laufen auch bisher schon beste Kooperationen. Und ich denke, dann kann man schrittweise die Partnerpraxen zum wirklichen Ziel mit einbeziehen. Dann stellt sich wieder die Frage nach der Uhrzeit. Ich glaube nicht, dass es am Anfang über 24 Stunden geht, allein schon deshalb, weil wir in der Nacht keine Partnerpraxen haben. Darüber könnte ich noch eine halbe Stunde etwas erzählen. Das ist multifaktoriell.

Um Ihre Frage auf den Punkt zu bringen: Also ich glaube, das über alle Kliniken auszuspülen, kann ich mir nicht vorstellen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ganz herzlichen Dank! – KBV, gibt es noch eine Nachfrage dazu oder war die Antwort klar?

**KBV:** War klar und erschöpfend. – Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Okay, Danke schön! – Dann habe ich jetzt den GKV-SV.

**GKV-SV:** Vielen Dank, Herr Professor Hecken. – Ich hatte eine Frage an die DIVI in Gestalt von Herrn Professor Gries.

Wir haben ja gesehen, dass Sie Entlastung brauchen. Und eine der Möglichkeiten der Entlastung ist die Weitervermittlung in die vertragsärztliche Versorgung. Was brauchen die Kliniken für eine strukturierte Terminvermittlung in die vertragsärztliche Versorgung? In unserem Vorschlag finden sich digitale Buchungsmöglichkeiten, eine Transparenz über das, was in der vertragsärztlichen Versorgung vorgehalten wird und auch die Diagnostik, die da vorgehalten wird. Sind die Regelungen ausreichend? Brauchen Sie mehr? Was brauchen Sie konkret für diese strukturierte Terminvermittlung, um Sie zu entlasten. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Vielen Dank, GKV-SV! – Bitte schön, Herr Gries.

**Herr Prof. Dr. Gries (DIVI):** GKV-SV, vielen Dank erst einmal. – Wir wiederholen uns eigentlich in den Punkten. Wir müssen erst einmal klarstellen, welche Ressourcen wir an welcher Stelle zur Verfügung haben.

Ich habe aber immer ein bisschen ein Problem mit: „Wir müssen erst einmal als Ziel die Notaufnahmen entlasten.“ Wir könnten ja auch fordern, die Notaufnahmen so auszustatten, dass man die Patienten, die heute kommen, dort ausreichend gut auch direkt behandeln kann. Stichwort Reform der Notfallversorgung insgesamt; Etablierung von integrierten Notfallzentren an den Kliniken. So kann man das Pferde ja auch aufzäumen.

Ansonsten, GKV-SV, brauchen wir eine klare verbindliche Beschreibung der zu Verfügung stehenden Ressourcen im niedergelassenen beziehungsweise KV-Bereich. Sobald wir das haben, sobald das klar definiert ist, können wir praktisch Patienten dort auch hin weiterleiten. Voraussetzung ist natürlich, dass diese Ressource jetzt auch entsprechend in der notwendigen Zeit zur Verfügung steht.

Und wir brauchen ein – Sie haben auch schon darauf hingewiesen, auch in Ihrem Entwurf – EDV-System, ein IT-System, was den Bruch, der aktuell noch zwischen Klinik-Daten und KV-Daten besteht, zumindest für diese Patienten aufhebt und das entsprechend, auch was initial erfasste Daten angeht, weiterleitbar machen kann, uns aber gleichermaßen auch eine Rückmeldung geben kann, ob die Patienten dort auch wirklich behandelt wurden oder eben nicht.

Dann sind wir bei dem Punkt, den die KBV angesprochen hat. Folgendes kann dann auch auf anderer Ebene noch einmal konkret ausgewertet werden: Wie häufig sind diese Patienten tatsächlich insgesamt in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitsbereichs vorstellig gewesen? Und wie ist die Gesamtinanspruchnahme in Summe? Das haben wir uns ja noch gar nicht überlegt. Wir gehen ja davon aus, dass das praktisch dann immer die Endstation ist, egal wo der Patient hingeleitet wird.

Auch die Kollegen der Traumatologie, Herr Bayeff-Filloff und Herr Trentzsch, haben schon darauf hingewiesen, dass es sehr wohl so ist, dass viele initial in den Notaufnahmen vorstellig werdende Bagatell- oder selbstzuweisenden Traumafälle, initial mit Ruhigstellung, Schmerztherapie erst einmal, sagen wir mal, nicht unmittelbar stationär aufgenommen werden müssen, dass aber die weitere oder kausale Versorgung dann sehr wohl zu einer Wiederaufnahmen führen muss, die dann auch wieder das Klinikum übernimmt.

Deswegen stört mich immer der Begriff der Entlastung. Entlastung würde bedeuten, wenn wir die gesamte Inanspruchnahme in Summe der verschiedenen Bereiche des Gesundheitssystems insgesamt reduzieren. Alles andere ist eigentlich mehr die Frage: Wie verteilen wir es richtig? Und ob die Niedergelassenen beziehungsweise der KV-Bereich überhaupt die Kapazitäten hat, die wir uns durch diese Weiterleitung heute so versprechen – auch darüber haben wir heute schon diskutiert – lass ich mal offen. – Vielen Dank!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Professor Gries, Sie ernten zu dem, was Sie ausgeführt haben, jetzt im Chat fast ekstatische Zustimmung. Ich will das nur zu Protokoll geben. Ich will auch zu Protokoll geben, dass ich mich dieser ekstatischen Zustimmung und Einschätzung anschließen würde, wenn ich nicht vor zwei oder drei Jahren erlebt hätte, wie ein mit Brachialgewalt von einem Minister unternommener Versuch, die von Ihnen als notwendig beschriebenen integrierten Notfallzentren – in welcher Form auch immer, egal wer den Hut aufhat, ob es jeweils die KV oder das jeweilige Krankenhaus ist – im gesetzgeberischen Prozess oder bevor es in den solchen gelangt ist unter Beteiligung aller Beteiligten dann am Ende des Tages in den Sand gesetzt wurde, sodass das, was wir jetzt als gesetzgeberischen Auftrag vor der Tür hatten, der jetzt wiederum verlängert worden ist, das letzte Rudiment der großen Reform ist. Das heißt, wir sind die letzten Überlebenden, denen man gestern aber auch noch den Stöpsel aus der Badewanne gezogen hat.

Vor diesem Hintergrund – ich sage das mal mit allem Zynismus, zu dem ich gelegentlich fähig bin – warte ich mit großer Spannung auf das, was jetzt als neues Gesamtkunstwerk herauskommt, das hoffentlich besser ist, als das, was wir auf Kunstaussstellungen in der Bundesrepublik Deutschland im Augenblick sehen oder an Gesetzentwürfen der Bundesregierung im Augenblick sehen, wo dann eben Notfallstrukturen auch gesamtheitlich gedacht werden. Was wir hier machen ist Flicker an den Symptomen. Das muss man ganz klar sehen.

Der ursprüngliche Entwurf, der auch die jetzt im Chat geäußerten Forderungen nach mehr Vergütungen und Gott weiß was beantwortet hätte, der ist eben so gescheitert, wie er gescheitert ist. Und deshalb müssen wir uns jetzt mit dem Rudiment beschäftigen. Das nur, damit nicht der Eindruck entsteht, wir würden vielleicht nicht eine ganzheitliche Lösung anstreben. Das haben andere probiert, die dazu auch ermächtigt waren. Die sind leider, sage ich, im Nirwana verschwunden. Ich bin mal gespannt, was jetzt herauskommt.

Deshalb habe ich dem BMG im Vorfeld gesagt: Du kannst das verschieben. – Ich habe auch einzelnen von Ihnen gesagt, dass das natürlich besser passt, wenn ich den großen Wurf habe. Nur ich warte auf so viele große Würfe seit so vielen Jahren. Und jetzt droht langsam der Ruhestand. Wir sind seit 30 Jahren am Überwinden der Sektorengrenzen. Wir sind seit mindestes zehn Jahren dabei, die Notfallversorgung besser zu machen. Ich hoffe, dass wir es gemeinsam dann eben noch erleben. Deshalb erschien es uns gut, jetzt zumindest diesen kleinen Entlastungseffekt möglicherweise zu bewirken. Aber ich hatte eben schon gesagt, ich bin ja rechtsgläubig und ich glaube an den Gesetzgeber und an das, was im weiteren Prozess zustande kommt. Nur damit wir sehen, auf welcher Ebene wir hier diskutieren. Wir haben ja nur Richtlinienkompetenz und keine Gesetzgebungskompetenz. – Herr Bayeff-Filloff, noch dazu?

**Herr Dr. Bayeff-Filloff (RoMed):** Ich habe jetzt versäumt, die Hand herunterzunehmen, weil ich Ihnen so andächtig gelauscht habe, was Sie jetzt gerade ausgeführt haben.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wenigstens einer, da freue ich mich sehr.

**Herr Dr. Bayeff-Filloff (RoMed):** (LACHT) Aber zur Frage vom GKV-SV noch und zu dem, was André Gries gesagt hat: Ich glaube, wir brauchen wirklich einen Stammdatensatz, auf den in Echtzeit zugreifen kann. Wir versuchen ja, dieses Lenken der Patienten in Bayern auch in den Rettungsdienst zu verschieben. Also dass die Patienten, was leichtere Fälle angeht, gar nicht mehr in die Klinik gefahren werden. Das ist das einzige Ziel, was zur Verfügung steht und wollen da auch SmED erproben. Und auch da sehen wir, dass die Verknüpfung, die zwischen Polizei, 116 117 und 112 leidlich existiert, uns noch große Hürden geben wird. Ich glaube, darauf muss man noch einmal einen Schwerpunkt setzen, dass dann nicht wieder nur Telefon zur Verfügung steht, um irgendeinen Niedergelassenen anzurufen, wo ein Patient hin kann. Sondern es muss ein Echtzeitsystem werden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, absolut richtig! – Ländervertretung, Sie hatten noch eine Nachfrage zu Professor Gries. Und dann ist der GKV-SV dran.

**LV:** Das ist mir jetzt richtig unangenehm, wo Sie so etwas Substantielles gesagt haben, dass ich so eine kleine Nachfrage stellen muss, die wieder zurückkommt auf unsere Richtlinienentwürfe. – Herr Gries, wir haben zwei Entwürfe, dort stehen Zeiten drin, wann die Patienten in den Partnerpraxen gesehen werden sollen. Für mich hat sich da immer die Frage gestellt: Gibt es dafür eine Evidenz? Braucht man eine Evidenz? Wird es Systeme geben, die uns diese Zeiten vorgeben? Das sind einmal sieben Tage, 30 Tage oder es sind 24 Stunden oder vier Tage. Könnten Sie dazu noch etwas sagen? Das wäre nett.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Professor Gries.

**Herr Prof. Dr. Gries (DIVI):** Das geht ganz schnell: Da gibt es keine Evidenz.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, eben. Das kann man am Ende nur nach Bauchgefühl machen, um es mal ganz untechnisch zu sagen. Also man muss sich darauf verlassen können – und das ist eben schon mal gesagt worden –, dass relativ exakt eingeschätzt worden ist, ob das jetzt möglicherweise etwas ist, was chronifiziert ist. Oder es ist etwas, was als Akutfall im Gewande einer Pseudochronifizierung daherkommt. Das ist eine Einschätzung, wo ich sage: Da ist jeder Patient anders und jeder unterschiedlich.

Da kommen wir wirklich an ein ernsthaftes Problem, das halbwegs validiert abzuschichten. Mir ist überhaupt nicht vorstellbar, wie man das abbilden könnte und wie man da Vergleichspopulationen, was auch immer, dann eben erstellen könnte. Das geht gar nicht!

**Herr Prof. Dr. Gries (DIVI):** Eine Ergänzung sei mir noch erlaubt, Ländervertretung, Herr Hecken. – Das hat, glaube ich Kollege Dodt schon zum Ausdruck gebracht: Je länger das Zeitintervall ist, was vorgegeben ist zwischen initialem Aufsuchen meinerwegen der Notaufnahme und dann dem Vorschlag die und die Ressource in Anspruch zu nehmen, umso mehr Unsicherheiten wird es geben.

Die Frage ist ja, und da dürfen wir auch den Patienten selber nicht außer Acht lassen, also uns alle, wie wir so ticken, wie unsere Gesellschaft so tickt: Ist es gesellschaftlich überhaupt möglich, den Patienten, der sich heute mit einem Problem vorstellt, zu sagen: Dieses Problem lösen wir mal in sieben Tagen oder in 14 Tagen. Und sind es vielleicht nicht doch eher fünf Tage oder eher drei Tage? Und müssen wir, wenn wir das wirklich wollen, diese Ressource nicht so sicherstellen, dass dann – und dann sind wir eigentlich wieder auch bei diesen aktuell schon verfügbaren Systemen wie MTS und so weiter –, eben zwischen sofortiger, sehr zeitnah oder Vorstellung innerhalb von 24 Stunden differenziert wird, aber nicht darüber hinaus. – Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Gries. – Einen Punkt, den wir auch sehr intensiv diskutiert haben, ist derjenige, dass wir gesagt haben, wenn man jetzt wirklich zu dem Ergebnis käme: Okay, da ist ein Patient, den kann man in den vertragsärztlichen Bereich überleiten, der ist möglicherweise in zwei oder drei Tagen dann eben auch irgendwo verbindlich terminiert. Wird er überhaupt dorthin gehen? Oder geht er zur nächsten Notaufnahme und macht es dann solange bis er irgendwo dreimal ersteingeschätzt, dreimal möglicherweise ärztlich begutachtet worden ist und damit einen echten Entlastungseffekt für das System bewirkt hat?

Ich weise darauf hin, dass Herr Szecsenyi absolut korrekt darauf hingewiesen hat, dass auch ein Expertenkonsens Evidenz des Grades 1 darstellen kann. Das ist absolut richtig. Das ist auch so in der Geschäfts- und Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in den entsprechenden Kriterien des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin abgebildet. Es ist halt nur ein schwacher Evidenzgrad, den wir beispielsweise bei der Methodenbewertung in der Vergangenheit überhaupt nicht betrachtet haben. Hier wird das aber letztlich der Rettungsanker sein, auf den wir, um auf die Frage von der Ländervertretung zurückzukommen, dann eben zurückgreifen müssen, dass sich irgendwie ein Commitment ergibt, indem man sagt, bei den wirklich Dunkelblauen kann man es im Regelfall riskieren, sie dann in die vertragsärztliche Versorgung weiterzuverweisen. Eine stärkere Evidenz in Gestalt von vergleichenden Studien – die einen schicken wir weiter, die anderen behandeln wir im Krankenhaus und dann gucken wir, wo die Sterberate liegt, egal ob durch Straßenbahnüberfahren oder sonstige Obliegenheiten – wird es da sicher nicht geben. – Jetzt habe ich noch Herrn Krey und dann ist der GKV-SV dran.

**Herr Krey (Netzwerk Ersteinschätzung):** Zur Frage der Zeiten: Was internationaler Standard ist, und zwar egal welches Triage-System Sie nehmen, das sind dann halt eben diese fünf Stufen zwischen null Minuten und Maximum vier Stunden, Regelfall ist null und zwei. Das ist die Mehrheit der Systeme. Aber mehrere Tage gab es ganz früher mal in Australien in den 70-er Jahren.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Da mussten sie auch weit hüpfen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Natürlich, klar! Das hat auch mit den Grund gehabt. Aber mittlerweile ist Australien auch auf zwei Stunden Maximum herunter für die bei uns Blauen – die haben dort einen anderen Farbcode.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Geht denn in Australien die Deutsche Bundesbahn? In Deutschland ist zwei Stunden mit ÖPNV im Moment nicht mehr zu machen.

**Herr Krey (Netzwerk Ersteinschätzung):** Was ich sagen wollte, ist, dass dieses weitergehende Zeitfenster mittlerweile international anerkannt nicht mehr der Standard ist. Ich glaube, das ist dann eine Expertenmeinung, die noch eine Stufe höher ist, denn das ist einfach international überall gleich, nämlich bis zu vier Stunden.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Jetzt habe ich noch Herrn Trentzsch.

**Herr Dr. Trentzsch (DGOU):** Ländervertretung, wenn ich Ihre Frage richtig verstanden haben, dann fragen Sie aber nach der Latenz zum Behandlungsbeginn und nicht nach der Zeit, wann der Doktor oder die Doktorin draufgucken muss. Und die 120 Minuten: Es tut mir leid, aber da bin ich jetzt über die Antworten ein bisschen verwirrt.

Um bei der anekdotenhaften Evidenz aus Australien zu bleiben: Wir wissen das aus dem Bereich der Schwerverletztenversorgung. Die haben erstaunlich niedrige Mortalitätsraten. Das liegt daran, dass die Patienten ewig brauchen, bis sie überhaupt das Krankenhaus erreichen. Und wer das überlebt hat, der überlebt alles andere auch. Aber die Frage ist: Auf welchem Qualitätsniveau überlebt er das? Wenn Sie eine schlechtversorgte Fraktur erst nach einer Woche angucken, dann haben Sie am Ende des Tages kein gutes Behandlungsergebnis.

Und da bin ich jetzt wieder bei Herrn Professor Gries und sage: Da gibt es keine Evidenz. Das werden wir auch nicht in der Zeit, die uns jetzt hier eingeräumt wurde, wissenschaftlich erforschen können. Das widerspricht auch ehrlich gesagt ärztlichem Handeln, bei einer gestellten Diagnose die Therapie zu verzögern, weil man ein Ressourcenproblem hat. Wir sind ja nicht im Krieg. – Also Gott sei Dank nicht. – Deswegen glaube ich, dass wir da sehr, sehr vorsichtig sein müssen, wenn wir Leute in einen anderen Versorgungssektor verschieben, wo man sagen würde, das gehört aber eigentlich behandelt. Ich sage jetzt mal Stichwort Infektionen, Verzögerung von Antibiotikatherapien, das ist immer wieder ein angeführtes Thema, wo man sagt, das muss man aber zeitnah angehen. Und viele der Qualitätsziele, die da gesetzt wurden, auch in der internationalen Literatur, wurden dann unterwandert, weil man es schlicht und ergreifend nicht schafft. Also: Ich glaube, da muss man sehr vorsichtig sein. Wir müssen ganz klar trennen: Dringlichkeit bis zum Anschauen; Latenz bis zum Therapiebeginn.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wobei ich hier ein bisschen relativieren möchte: Mir sind – das sind sicherlich nur ganz wenige Einzelfälle aus der Versorgung – aber durchaus Fälle bekannt, bei denen es im ambulanten wie auch im stationären Bereich bei Überleitungsnotwendigkeiten von Patienten zwischen gestellter Diagnose und Behandlungsbeginn sehr, sehr lange Wartezeiten gibt, weil eben fachärztliche Kapazitäten, auch klinische Kapazitäten knapp sind. Vor diesem Hintergrund unterschreibe ich aus ethischen Gesichtspunkten exakt das, was Sie sagen, sage aber: Wir sollten jetzt hier uns nicht gegenseitig frohreden, was die Versorgung und die Input- und die Output-Qualität und die Schnelligkeit der Prozesse angeht. Ich sage bewusst, dass das alle Versorgungsbereiche betrifft.

Ein Dekubitus liegt im Krankenhaus bis dann nach gestellter Diagnose wegen Knappheiten dann bestimmte Dinge eingeleitet werden, oder wo man, wenn es von der einen Subspezialität zur anderen geht im fachärztlichen Bereich auch in akuten Schmerzzuständen recht lange warten muss. Ich sprach bewusst nur von Einzelfällen. Also es ist überhaupt kein Massenphänomen. Hört man ja nichts von, sieht man auch nirgendwo in der Tagespresse. Aber es soll gelegentlich mal vorkommen.

**Herr Dr. Trentzsch (DGOU):** Wenn ich darauf direkt antworten darf? – Ich wollte keinesfalls hier eine Kontroverse aufmachen. Ich wollte der Ländervertretung lediglich eine Handreichung machen, wie sie die Antworten, die hier gegeben wurden, einschätzen kann. – Danke schön!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, ist ja klar. – Jetzt haben wir Herrn Bayeff-Filloff und dann den GKV-SV. Und dann würde ich Schluss machen.

**Herr Dr. Bayeff-Filloff (RoMed):** Wir diskutieren da über Tage. Ich glaube, wir müssen da auch ein bisschen den Patienten beachten. Die Praktiker unter uns müssen nur mal in ihrer Notaufnahme die Wiederkehrer auswerten. Wenn man wirklich zu jemanden sagt „geh doch morgen bitte zum Hausarzt“, dann ist er spätestens am nächsten Tag wieder in der Notaufnahme.

Also ich glaube nicht, dass Zeiten über Tage in irgendeiner Weise praktikabel wären, zumindest im derzeitigen Anspruchsdenken, sage ich jetzt ganz bewusst, mancher Teile der Bevölkerung.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Entschuldigung. Ich will das nicht werten, was hier gesagt wird. Aber wir sehen teilweise tatsächlich dann Inanspruchnahmeverhalten, die manchmal gar nicht so sind, dass sie in der gleichen Klinik auftauchen, aber dann zur nächsten gehen.

Wir haben ein sehr spannendes Innovationsfond-Projekt am Bodensee, in dem sich mehrere notfallbetreuende Kliniken dann zusammengeschlossen haben und gemeinsam unter Pflegepersonalleitung eine Station betreiben für Patientinnen und Patienten, bei denen man bei der Eingangsdiagnostik im Krankenhaus sagt: Die sind weder akut behandlungsbedürftig noch stellt sich die Frage, ob sie überhaupt behandlungsbedürftig sind. Sie stehen aber jetzt zur Nachtzeit mit der Lidl-Plastiktüte als multimorbider Alter vor der Tür und wir können sie da nicht einfach stehen lassen.

Weil sie aber nicht krank sind, können wir sie auch nicht mit dem Taxi irgendwo hinschicken. Die Limitation ist eine maximale Verweildauer von zwei Tagen. Es wird ein tagesgleicher Pflegesatz bezahlt. Nach zwei Tagen gehen alle durch die Tür, die meisten nach einem Tag. Nur 20 Prozent müssen überhaupt einen Doktor sehen, weil eben die Ersteinschätzung so ist, dass man sagt, ja das bestätigt sich. Meisten liegen Versorgungsprobleme im Hintergrund.

Das Projekt wäre fast daran gescheitert, weil diese Patienten als nicht krank eingestuft wurden, die Frage zu klären war: Kann man den Transport zu dieser einen, ich sage mal, Notaufnahmestation oder Notunterkunft zu relativ niedrigen Pflegesätzen nach der Krankentransportrichtlinie abrechnen? – So weit ist unser System.– Damit gibt es gute Erfahrungen.

Das hat aber diesen Drehtüreffekt ausgeschlossen, weil in diesen kleinen Krankenhäusern genau das eingetreten ist, dass immer dieselben Patienten in bestimmten Notsituationen vor der Haustür gestanden haben und eigentlich klar war, was war. Man konnte sie aber aus pseudo- oder echten haftungsrechtlichen Problemen, insbesondere nicht zur Nachtzeit, vor die Haustür stellen. Das sind ja die Sachen, die uns am Ende des Tages sehr große Probleme bereiten. – GKV-SV, bitte schön. Dann habe ich keine weiteren Fragen mehr auf der Liste.

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Wir haben jetzt schon mehrfach gehört, dass wir, sage ich mal, bevor ein solches System an den Start geht, sicher nicht bis in jeden Winkel hier die vollkommene Evidenz herstellen können. Deshalb haben wir auch vorgesehen, dass hier auf jeden Fall eine begleitende Evaluation durchgeführt werden soll.

Frau Professor Blaschke, Sie haben ja auch gesagt, Sie würden es begrüßen, wenn das durch eine unabhängige Institution wie das IQTIG erfolgen würde. Jetzt wäre meine Frage an Sie: Was wären denn so die zwei, drei dringlichsten Fragestellungen, die wir im Rahmen einer begleitenden Evaluation dort berücksichtigen sollten?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, GKV-SV! – Frau Blaschke.

**Frau Prof. Dr. Blaschke (OPTINOFA):** Zuerst, denke ich, ist das Thema der Patientensicherheit hier im Fokus. Das heißt, hier müsste eine begleitende Evaluation zum Thema der Disposition der Notfallpatienten stattfinden und das nicht nur am Tag der Notaufnahmeverstellung, sondern möglichst innerhalb eines Zeitkontingentes beispielsweise drei bis fünf Tage, um zu schauen, ob in dem konkreten Notfall die Zuweisung in den ambulanten Sektor nicht doch eine Fehlzuweisung gewesen ist, sodass wir hier quasi eine Falschpositivitätsrate ermitteln müssten, wie gut oder wie schlecht in den ambulanten vertragsärztlichen Sektor gesteuert werden kann, um sicherzugehen, dass im Sinne der Patientensicherheit das jeweilige Triageinstrument hier auch das sicher umsetzt, was gefordert ist,.

Die zweite Thematik, die natürlich hier von großer Bedeutung ist, ist die Frage: Wie lange dauert die Anwendung des Triage-Systems? Wir hatten gehört, dass es in einigen Kliniken mittlerweile umgesetzt wird, dass verschiedene Ersteinschätzungssysteme in Reihe geschaltet werden. Da ist natürlich die Frage, ob das eine sinnvolle Maßnahme ist, wenn man hier doch mehr Zeit investiert für die Durchführung der Ersteinschätzung als im Notfall, der vital bedroht ist.

Das dritte Thema, was sicherlich hier auch bereits angesprochen worden ist, ist die Frage der Qualifikation der Anwender. Hier müsste, denke ich, schon auch eine begleitende Evaluation durchgeführt werden, ob es tatsächlich erforderlich ist, dass nur Fachärzte weiterleiten dürfen, sodass hier die Frage zu stellen wäre: Welche Qualifikationsanforderungen sind erforderlich, um eine sichere Ersteinschätzung auch bei einer Weiterleitung in den ambulanten Bereich durchzuführen?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Frau Professor Blaschke. – GKV-SV, Nachfrage oder okay?

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Das war ausreichend. Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Ich schaue mal in Richtung der Bänke und Patientenvertreter: Gibt es weitere Fragen? – Die DKG noch einmal

**DKG:** Tatsächlich zur Evaluation noch einmal an Frau Blaschke. – Wir müssen hier ein bisschen unterscheiden, ob wir jetzt hier so eine Studie aufsetzen oder ob wir unsere Richtlinie evaluieren wollen.

Können Sie uns noch einmal sagen, welche drei Parameter es sein sollten. Der GKV-SV ja hat danach gefragt. Bei Ihnen klang es so ein bisschen wie: „Da müssen wir mal gucken in den nächsten Tagen, wie es dem Patienten geht.“ Das geht so in Richtung relevante Endpunkte und Studie. Uns geht es ja darum, diese Richtlinie, die wir hier jetzt etablieren, knackig evaluieren zu lassen. Da wäre noch mal meine Frage, ob Sie zu diesen drei Punkten wirklich so stehen, wenn Sie einmal davon ausgehen, dass der G-BA diese Evaluierung vornimmt und keine Studie aufsetzt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön für diese klarstellende Frage, DKG! – Frau Blaschke, bitte.

**Frau Prof. Dr. Blaschke (OPTINOFA):** Ich denke, dass die Evaluierung einer Richtlinie genau diesen wissenschaftlichen Grundlagen genügen muss. Wenn wir evaluieren möchten, wie gut oder wie schlecht eine Ersteinschätzung durchgeführt wird auf der Grundlage einer Richtlinie, dann muss ich diese Qualitätskriterien anlegen, um zu schauen, wie gut oder wie schlecht es umgesetzt wird.

Natürlich ist es so, dass wir in Deutschland bis dato tatsächlich keine Qualitätsindikatoren für die Ersteinschätzung, für die Triage definiert haben. Insofern gebe ich Ihnen recht, dass man das vielleicht noch erweitern muss.

Aber ich halte es für essentiell, dass zumindest diese drei Aspekte, die ich gerade genannt habe, auch in die Bewertung einer Richtlinie auf der Basis einer wissenschaftlichen Grundlage einfließen. Das ist unabhängig von einer klinischen Studie.

Natürlich ist es so, dass auch eine klinische Studie diesen Kriterien Rechnung tragen muss. Aber wenn ich eine Richtlinie evaluiere, halte ich es für essentiell, dass genau diese wissenschaftlichen Kriterien natürlich in gleicher Weise dort zum Tragen kommen in der abschließenden Bewertung, die ich begleitend durchführe.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Es ist schon mehrfach gesagt worden – Entschuldigung, wenn ich da reingehe – von Herrn Gries und anderen, dass man schon eine gewisse Transparenz erzeugen muss. Das heißt, ich wiederhole das, was ich vor etwa 1,5 Stunden gesagt habe: Man darf den Patienten nicht mit einem Blatt Papier vor die Haustür stellen und ihn dann der Verschollenheit preisgeben.

Also eine Evaluation muss man am Ende des Tages schon in irgendeiner Form nachvollziehen können: Wie viel Prozent der Patienten haben eine Weiterleitung dann tatsächlich binnen des vorgegebenen Zeitfensters auch wahrgenommen? Welche Ergebnisse sind dabei zutage getreten? Wie viel Prozent Rückeinweisungen ans Krankenhaus hat es gegeben? Das kann ich über eine repräsentative Stichprobe machen; das kann ich am besten darüber machen, dass ich sage: Wir schaffen eben diese datenrechtlichen Verknüpfungen, dass man das eben in der Masse der Fälle nachverfolgen kann.

Ich glaube, die Fragestellungen sind klar. Die Frage ist nur, wie ich das beantworte. Mache ich ein Versorgungsforschungsprojekt risikoadjustiert, altersadjustiert, vom Bildungsstand her adjustiert? Das sind ja alles Einflussfaktoren, ob solche Weiterleitungen am Ende des Tages wahrgenommen werden, ob diese Punkte dann erfüllt worden sind oder nicht. Aber diese drei Punkte sind, glaube ich, schon wesentliche Punkte, die im Rahmen der Evaluation so oder so geklärt werden müssen und nicht einfach so adressiert werden müssen: Naja, da gucken wir mal und nach drei Jahren beurteilen wir das mit Bauchvidenz. Das ist ja keine Evaluation. – GKV-SV, sehen Sie das ähnlich? Und dann würde ich die DKG auch noch einmal fragen.

**GKV-SV:** Auf jeden Fall. Ich finde, das sind sehr relevante Punkte, die Frau Blaschke gut zusammengefasst hat. Und wie Sie richtig sagen, Herr Professor Hecken: Es ist ja immer eine Frage, sich Gedanken zu machen, wie man das geeignet erheben kann, welche Daten da geeignet sind, um diese Fragestellung zu beantworten.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – DKG noch einmal und dann die KBV.

**DKG:** Ganz genau! – Es ging mir gar nicht darum, dass infrage zu stellen, sondern: Wie kommen wir an diese Daten heran? Bisher ist es ja in den Entwürfen so vorgesehen, dass die Krankenhäuser dazu die Daten liefern müssen. Und wir werden uns einfach die Frage einfach stellen müssen, ob es damit getan ist, dass die Parameter, die genannt worden sind – es sind ja unterschiedliche genannt; bei den einen mehr, bei den anderen weniger –, ob diese Fragen, die Frau Blaschke gerade adressiert hat, wirklich über diese Evaluation möglich sind. Aber darüber machen wir uns noch einmal Gedanken.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Ja, das sehe ich genauso. Danke schön! – KBV, bitte.

**KBV:** Ich habe noch einmal eine Anmerkung zu den Zeitintervallen. Zeitintervalle sind in der Medizin insgesamt schlecht evidenzmäßig belegt – Augenhintergrunduntersuchung bei Diabetikern, Screeningintervalle, da wird es sehr, sehr dünn. Auch als man aus England MTS übernommen hat, hat man die Intervalle verändert. Ich habe keine vergleichende Untersuchung gesehen, die die Veränderung der Intervalle gegeneinander getestet hätte. Ich glaube, da werden wir auch auf Jahre hinaus jetzt nicht den ganz großen Evidenzdurchbruch haben.

Aber meine Frage an Professor Gries wäre: Wären denn sorgsam gesetzte Intervalle nicht sinnvoll auch im Sinne einer Gewährleistung gegenüber der ambulanten Versorgung, dass Patienten weiterversorgt werden müssen? Also die Fragen: Wollte man sich dazu gar nicht äußern? Das macht jedes Haus für sich alleine? Oder wäre es sinnvoll, in einer solchen Richtlinie zu sagen, dass Fälle bis vier Stunden, 24 Stunden differenziert werden. Da würde mich Ihre Einschätzung noch mal interessieren.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, KBV. – Herr Gries.

(Herr Gries das Büro verlassen.)

**KBV:** Vielleicht mag jemand anderes antworten. – Herr Pin?

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Pin hat das Büro auch verlassen? – Nein!

**Herr Prof. Bösel (DGNI):** Vielleicht kann ich ganz kurz etwas dazu sagen. – Im Bereich der Neurologie haben wir natürlich insbesondere die vaskulären Patienten, die Schlaganfallpatienten, die sehr, sehr zeitkritisch sind. Andere wie Meningitis sind auch zeitkritisch. Und in vielen anderen Fachbereichen, anderen medizinischen Bereichen gibt es sicherlich auch viele Krankheitsbilder, wo schon aus Studien bestimmte Zeitvorgaben abgeleitet worden sind, also wo wirklich auch herausgearbeitet worden ist, dass sich der Zustand ganz klar und manchmal sogar irreversibel verschlechtert, wenn bestimmte Intervalle missachtet werden. Insofern finde ich es schon wichtig, solche Zeitvorgaben da auch einzubauen und zu überprüfen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Jetzt sehe ich eine Wortmeldung von Herrn Professor Dodt.

**Herr Prof. Dodt (München Klinik):** Ich denke auch, dass nach ärztlicher Evaluation – und dieser Zusatz ist wichtig – immer Zeitvorgaben bis zur nächsten Wiedervorstellung und welchem Versorgungsort gemacht werden.

Die Frage, die sich hier stellt, ist, ob eine Zuordnung zu einem Zeitintervall in einem anderen Versorgungsort ohne ärztliche Evaluation statthaft ist. Und das ist wirklich sehr, sehr schwierig, weil zum Zeitpunkt einer Ersteinschätzung möglicherweise die Dynamik eines Geschehens nicht vorhersehbar ist. Deswegen würde ich glauben, dass eine Festlegung eines Zeitfensters absolut möglich ist, aber erst nach ärztlicher Evaluation und nicht allein durch eine ersteinschätzende Pflegekraft.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank! – Jetzt habe ich Herrn Pin und dann habe ich noch einmal eine Wortmeldung vom GKV-SV.

**Herr Pin (DGINA):** Zustimmung zu Herrn Dodt. – Und ein klassisches Beispiel dafür sind ja Patienten, die einen septischen Verlauf haben, die sich zunächst mit vielleicht noch harmlosen Symptomen in der Notaufnahme vorstellen, wo es dann aber doch fulminant schlechter werden kann. Und da glaube ich, muss es eine ärztliche Vorstellung und Untersuchung geben. Und das beinhaltet dann eigentlich fast schon wieder eine Behandlung oder eine Ersttherapie. Genauso wie bei den neurologischen Krankheitsbildern. Da sind verpasste Therapieeinsätze für den Patienten zum Teil wirklich schwerwiegend mit irreversiblen Folgen. Deswegen immer nur nach ärztlicher Sichtung und Kontakt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – Jetzt noch einmal der GKV-SV.

**GKV-SV:** Ich würde an der Stelle gerne auch noch einmal einhaken: Wir haben ab heute im Grunde zwei Punkte, wo Sie ja eine deutlich höhere Unklarheit oder längere Intervalle haben. Das eine ist: Sie haben ja die sogenannte Abklärungspauschale.

Das heißt, wenn Sie die Patienten wegschicken, dann gibt es dort gar keinen verbindlichen weiteren Versorgungspfad. Das heißt, die müssen dann selber sehen, wie sie sich in der vertragsärztlichen Versorgung dann einen Termin organisieren. Und das sind auch nicht wenige Patienten, die wir da jedes Jahr sehen, für die diese Pauschale abgerechnet wird.

Das Zweite ist: Wenn Sie einen Dringlichkeitscode für die Terminservicestelle bekommen, dann haben Sie ganze vier Wochen Zeit, in denen ein Termin vermittelt werden kann. Also auch vor dem Hintergrund wäre noch einmal meine Frage, ob es nicht dann sinnvoller wäre, wenn man eben Patienten hat, bei denen man sagt, das ist vertretbar auch eine vertragsärztliche Versorgung anzubieten, dann hier auch noch einmal explizit über Zeitfenster nachzudenken.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Wer möchte darauf antworten?

Ich klammere ausdrücklich die neurologischen Patienten aus; ich klammere die Apoplexie aus; den mit einem möglicherweise septischen Verlauf. Ich sage jetzt mal, das ist auch wieder anekdotische Evidenz: Wir sind ganz im Tiefblauen, bei dem mit dem eben erwähnten gespaltenen Fußnagel, bei dem eben nicht die Gefahr besteht, dass er jetzt in eine Sepsis verfällt; bei dem nicht die Gefahr besteht, dass plötzliche Komorbiditäten zum Tod führen. Sondern wo man dann heute sagen würde: Du bist nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig. Wir schicken dich mit dieser Abweisungspauschale auf die Straße.

Hier finde ich den Ansatz vom GKV-SV und die Nachfrage spannend, jetzt nicht immer vom Extremfall auszugehen. Sondern wir haben jetzt einen Fall, von dem wir nach menschlichen Ermessen, unter Berücksichtigung ärztlicher Einschätzungen und Sorgfaltspflichten davon ausgehen, dass das einigermaßen okay ist; da sollte nichts passieren. Wäre es da nicht vernünftig zu sagen: So, nächster Tag, nach zwei Tagen, spätestens nach vier Tagen. – Jetzt habe ich Herrn Dodt und Herrn Pin dazu.

**Herr Prof. Dodt (München Klinik):** Tatsächlich würde ich das rein semantisch trennen von einem Behandlungswunsch eines Patienten und einem Beratungswunsch. Also jetzt gehen wir einmal zurück zu dem Begriff des Hilfesuchenden, der sich in Unkenntnis der Versorgungssituation fälschlicherweise in der Notaufnahme mit einem banalen Problem vorstellt und der nicht die 116 117 angerufen hat. Das sind ja diese Patienten, die sicher vorkommen, aber keine große Zahl sind. Diese Patienten brauchen eine Beratung nach einer Ersteinschätzung des Risikoprofils, aber keine-

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Man hört Sie nicht mehr Herr Dodt. – Herr Dodt? \*\*

**Herr Prof. Dodt (München Klinik):** -auf die 116 117 und auf die verpflichtende telefonische Ersteinschätzung hingewiesen werden sollen. Das ist mein Punkt, den ich heute noch machen möchte. Ich denke, was die Ersteinschätzungsregelung angeht, ist es wichtig, dass wir nach dänischem Vorbild eben eine telefonische Ersteinschätzung von den Patienten, von denen wir das erwarten können, auch erwarten. Und dann werden sich viele Probleme von selber lösen

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Dodt! – Ich frage jetzt mal in die Runde: Hören Sie uns noch? \* Ja, okay. Danke schön! – Dann Herr Pin, bitte.

**Herr Pin (DGINA):** Hat sich erledigt.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – GKV-SV, ist die Frage beantwortet?

**GKV-SV:** Den spannendsten Teil von Herrn Dodt eben habe ich leider nicht gehört. Von daher wäre noch einmal meine Bitte an Herr Dodt: Könnten Sie den Mittelteil noch einmal kurz adressieren? Nicht dass wir den spannendsten Teil verpasst haben.

**Herr Prof. Dodt (München Klinik):** Den spannendsten Teil. Das ist jetzt-

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Das war alles toll. Das war alles toll. – Sagen Sie es noch einmal ganz kurz, Herr Dodt.

**Herr Prof. Dodt (München Klinik):** Der spannende Teil ist: Ich glaube, es gibt Patienten, die sich in unserem System der getrennten Versorgung verirren und die einen Rat brauchen, welche Versorgung tatsächlich adäquat ist, die also nach einer Ersteinschätzung und einem Ausschluss, dass ein Risiko besteht, die also Dunkelblau sind, denen man sagt: Wir nehmen hier keine Behandlung auf, denn wir raten Ihnen für die adäquate Versorgung einen anderen Versorgungsort aufzusuchen. – Das sind in meinen Augen die Patienten, die am nächsten Tag durchaus in eine Praxis gehen können.

Dann habe ich den Punkt gemacht, dass wenn wir die 116 117 als die medizinisch fundierte, also nach Einschätzung eines Risikos durchgeführt SmED-Beratung verbindlich vorschreiben für alle, die selbsttätig die Notaufnahmen aufsuchen, dann müssten wir hier, glaube ich, überhaupt nicht diskutieren, weil dann das Problem zahlenmäßig so gering ist, dass es sich erübrigt. Ich glaube, das würde sehr helfen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön! – GKV-SV?

**GKV-SV:** Ist okay. – Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herr Professor Klein?

**Herr Prof. Dr. Klein (DGNI):** Ich wollte da noch einmal Folgendes anmerken: Wir haben uns jetzt über die Diskussion der gelben Patienten zu den tiefblauen Patienten durchgerungen. – Herr Dodt hat es gerade schön ausgeführt. – Und wir haben vorher das Beispiel des Zehnnagels gesehen.

Die Frage, die sich hier am Ende stellt, wenn man bei diesen Patienten bleibt: Wie viel Entlastung für die Notaufnahme kann man denn jetzt noch erreichen, wenn diese Patienten noch weggeschickt werden? Das sind diese kurzen Beratungsgespräche, die auch durch einen Arzt mit einer entsprechenden ärztlichen Einschätzung natürlich erfolgen.

Aber ob das dann wirklich den ganzen Aufwand Wert ist, die Notaufnahme dadurch zu entlasten, da würde ich mal ein ganz großes Fragezeichen dahinter stellen oder ob man nicht doch erwarten kann, dass die Notaufnahmen gerade diese Patienten zwischendrin auch mitziehen.

Also ich kann für unsere große Notaufnahme sagen: Das sind nicht die Patienten, die bei uns die Notaufnahme verstopfen. Die sind zwar ärgerlich für viele Assistenten, weil sie vielleicht nicht immer Lust haben, genau diese Patienten zu sehen. Aber das Problem sind diese Patienten nicht.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Danke schön, Herr Professor Klein!

Wobei ich das jetzt mit großer Freude zur Kenntnis nehme, was Sie sagen. Ich muss aber feststellen, dass das mit der zumindest in der Vergangenheit veröffentlichten Meinung seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht übereinstimmt.

Ich habe regelmäßig gelesen, dass Notfallpatienten, echte Notfallpatienten, überbordend und übergebürlich lange warten müssen, weil eben andere, diese Selbsteinweiser mit profanen Obliegenheiten, die weder Notfall noch behandlungsbedürftig sind, dort auftauchen. Ich habe bewusst den ohrenschmalzentfernenden oder ohrenschmalzentfern-heischigen Ägyptentauchurlauber als Beispiel gewählt, weil er mehrfach Gegenstand der Berichterstattungen der Zeitschrift „Die Zeit“ war, gesponsert durch bestimmte Kliniken.

Das wurde immer als großes Problem dargestellt. Wenn das keines ist oder wenn das kein quantitatives Problem ist, dann wird man das sicher auch bei der Diskussion zu berücksichtigen haben. – Jetzt habe ich noch Herrn Dr. Selbach. Und dann würde ich gerne ein kurzes Fazit ziehen und die Anhörung beenden.

**Herr Dr. Selbach (Helios Klinikum):** Das Statement von Professor Klein fand ich sehr spannend. Denn in den meisten Krankenhäusern, ob klein oder groß, machen grüne und blaue Patienten statistisch die Hälfte oder mehr aus, sprich in Berlin. In Ballungszentren sind es teilweise 70 Prozent und im ländlichen Bereich 40 bis 50 Prozent.

Genau diese blauen Patienten kann man in einer perfekt strukturierten Notaufnahme schnell abarbeiten. Wenn Sie davon aber zehn die Stunde bekommen, wenn Sie 140 Patienten haben, – allein durch die Warteschlange, die sammeln sich ja –, verstopfen diese Patienten dann die Notaufnahme. Das heißt, in meinen Augen sollte man jeden Patienten, der nicht in die Notaufnahme gehört, dort – wenn möglich – fernhalten oder in einen passenden Sektor allokalieren.

Die Anspruchshaltung des Patienten ist ja das Problem. Wie Professor Hecken gesagt hat: Der Patient sucht sich halt den Weg, der weiß sich nicht anders zu helfen. Also in meinen Augen muss es in der Triage einen Ansprechpartner geben, der eben den Patienten behutsam die Angst nimmt und sagt: Wir haben eine Lösung für Sie. Sie können morgen oder übermorgen zum Hausarzt oder wohin auch immer gehen.

Das Zeitslot sollte bezüglich der Anspruchshaltung, denke ich, nicht länger als fünf Tage sein. Denn jemand mit Kopfschmerzen oder irgendetwas Unspezifischem, wird sich nicht drei Wochen vertrösten lassen.

Zusammenfassend kann ich nur aus meiner Erfahrung aus anderen Notaufnahmen sagen: Die grünen und blauen Patienten sind meist die, die die Notaufnahme verstopfen.

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Herzlichen Dank, Herr Dr. Selbach. – Ich sehe jetzt keine Fragen mehr bei den Bänken, bei der Patientenvertretung oder bei den Ländern.

**PatV:** Nein, keine Frage mehr. – Danke!

**Herr Prof. Hecken (Vorsitzender):** Das ist nicht der Fall. – Dann bedanke ich mich bei denjenigen, die Fragen gestellt haben und noch mehr bei denjenigen, die uns ihre schriftlichen Stellungnahmen eingereicht haben und hier jetzt fast drei Stunden Rede und Antwort gestanden haben. Wir hatten eine Stunde angesetzt.

Sie sehen aber aus der Dauer der Anhörung die Ernsthaftigkeit unseres Bemühens, jetzt jenseits der gesetzgeberisch eingeräumten und verlängerten Frist, nicht irgendetwas zu erzeugen, was am Ende – einer hat es eben so schön gesagt – eine Pseudoerleichterung bringt. Aber wenn ich zweimal eine elektronische, maschinelle Einschätzung mache und dann am Ende noch jemand eine Paraffe auf einer Karteikarte macht, dann stellt sich die Frage: Hätte nicht am besten sofort selber der Doktor draufgeguckt? Und wären wir damit nicht besser gefahren?

Also wir versuchen uns jetzt hier auf der Basis dieser Stellungnahmen und Ihrer Äußerungen ein noch klareres Bild der Situation zu machen. – Danke, dass Sie so viel Geduld hatten und dass Sie uns an Ihrem Wissen haben teilhaben lassen. Ich glaube, das war sehr fruchtbar für uns alle. – Damit beende ich die Anhörung.

Schluss der Anhörung: 14:04 Uhr