



Herr Michael Weller
Bundesgesundheitsministerium
Abteilung 2
Gesundheitsversorgung,
Krankenversicherung
Mauerstraße 29, 10117 Berlin
Rochusstraße 1, 53123 Bonn

Düsseldorf, der 20. Juni 2024

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie e.V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG)

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme und begrüßt den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Neuregelung der Notfallversorgung als überfällige Anpassung der aktuellen Regelungen zur nachhaltigen Sicherstellung einer hochwertigen Notfallversorgung, insbesondere auch der großen Gruppe mit kardiovaskulärem, akutem Versorgungsbedarf. Allerdings wird ergänzend gefordert, Integrierte Notfallzentren mit Chest Pain Units an allen Krankenhausstandorten der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung einzurichten und den Auftrag an den G-BA, eine Richtlinie zur Ersteinschätzung zu erstellen, zu streichen.

A. Problem und Ziel

Die DGK vertritt die Haltung einer interdisziplinären Notfallversorgung, zu der fachspezifisch mit den zertifizierten Chest Pain Units (CPU) als Teil der Notaufnahmen ein wesentlicher Beitrag geleistet wird. Die Vernetzung mit dem niedergelassenen Bereich ist hier bereits beispielhaft organisiert. Die DGK vermisst bei der Beschreibung der Ausgangslage die Anerkennung der besonderen Aufwände, die neue, zuvor nicht bekannte Patient:innen nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in niedergelassenen Praxen verursachen und für die es keine ausreichende Vergütung gibt. Dieser Aspekt sollte in die Liste der zu lösenden Herausforderungen aufgenommen werden.

B. Lösung

Das Gesetz bietet drei Lösungsoptionen an, die um zwei Elemente der Digitalisierung und eine Kostenprognose ergänzt werden.

Lösungsoptionen

1. Die Vernetzung der Rufnummern 116117 und 112; Stärkung der Akutleitstelle (statt einer integrierten Rettungsleitstelle)
2. Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags
3. Die Einrichtung Integrierter Notfallzentren

Digitalisierung

1. Einheitliches digitales Ersteinschätzungsinstrument
2. Digitale Fallübergabe mit medienbruchfreier Übermittlung bereits erhobener Daten

Kostenprognose

Aus Sicht der DGK ist die **Vernetzung der Rufnummern 116117 und 112 mit Stärkung der Akutleitstelle** unbedingt zu befürworten. Eine **integrierte Rettungsstelle** wäre die optimale Lösung, aber die jetzige Lösung erscheint pragmatisch und eher umsetzbar.

Die **Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags** verlagert Versorgungsaufgaben in den vertragsärztlichen Bereich ohne dass Mittel für die absehbaren Mehraufwände in Aussicht stehen. Die Mehraufwände bestehen nicht nur in der Anzahl zusätzlicher Fälle, sondern auch den hohen Aufwänden die sich beim Erstkontakt mit Neufällen ergeben. Vielfach könnte es sich um einmalige Kontakte handeln. Diese Regelungen können nur sinnvoll mit einer Aufhebung der Fallzahlendeckel für zugewiesene Notfälle und einer zusätzlichen Vergütung für den damit verbundenen Aufwand umgesetzt werden. Die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags wird in der Begründung mit dem Zusatz versehen, „Die notdienstliche Versorgung ist durchgängig, das bedeutet 24 Stunden täglich, sicherzustellen. Sie ist jedoch ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten begrenzt.“

Dabei bleibt unklar, was hier unter „Erstversorgung“ zu verstehen ist. Es ist seit längerem wissenschaftlich eindeutig belegt(1, 2), dass Patienten in den Notaufnahmen, die dort ambulant versorgt werden, in der Regel Leistungen benötigen, die z.B. der aufsuchende Notdienst nicht zur Verfügung hat (Labor, Röntgen). Zudem ist aus Sicht der DKG zu fordern, dass jeder Patient mit kardiovaskulären Beschwerden Zugang zu einer Chest Pain Unit der Notaufnahme hat und nicht mit allein klinischen Mitteln an eine Praxis verwiesen wird. Hier muss gemäß Guidelines ein EKG innerhalb von 10min geschrieben und Laborergebnisse (kardiales Troponin) innerhalb von 60min

verfügbar sein(3) und ggf. sofort spezielle Bildgebungsverfahren wie Echokardiographie, Röntgen oder Computertomographie für Diagnose und Differentialdiagnose lebensbedrohlicher Erkrankungen zur Verfügung stehen.

Die **Einrichtung integrierter Notfallzentren (INZ)** wird begrüßt, allerdings sollten diese an allen Krankenhausstandorten der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung vorgesehen werden.

Zur **Digitalisierung** ist insbesondere die Forderung nach „Digitale(r) Fallübergabe mit medienbruchfreier Übermittlung bereits erhobener Daten“ unbedingt zu begrüßen. Der damit verbundene Aufwand dürfte jedoch erheblich sein. Für die Definition entsprechender Datensätze zur interoperablen Übergabe von Ersteinschätzungs- und Falldaten sollte auf die Vorarbeiten und die Erfahrung der Arbeitsgruppen der Fachgesellschaften zurückgegriffen werden.

Die Festlegung auf ein **einheitliches digitales Ersteinschätzungsinstrument** wird in Frage gestellt, da ein solches bislang nicht existiert bzw. keine ausreichenden wissenschaftlichen Daten zu entsprechenden Prototypen publiziert sind. Weiterhin sind für die prä-hospitale Steuerung in der Akutleitstelle ggf. andere Ersteinschätzungsinstrumente geeignet als für die Patientensteuerung zwischen KV-Praxen und Notaufnahme in einem INZ. Studien zeigen, dass Patient*innen in niedergelassenen Praxen eine niedrigere Vor-Test-Wahrscheinlichkeit für schwerwiegende Diagnosen (wie zum Beispiel einen Akuten Myokardinfarkt) haben, als Personen, welche sich in einer Notaufnahme vorstellen(4-6). Dementsprechend kommen hier bereits in der klinischen Versorgung unterschiedliche Risikoscores und diagnostische Algorithmen zur Anwendung. Dementsprechend ist Evidenz zur Sicherheit von Ersteinschätzungsinstrumenten im Akutleitstellensetting (116117 der KV) nicht auf Notaufnahmepopulationen übertragbar. Darüber hinaus folgt der Referentenentwurf sehr stark dem Narrativ der Fehlsteuerung, als wenn es nur darum ginge, vorhandene Ressourcen besser auszunutzen. Es ist aber wahrscheinlich eher so, dass die im Notfall nachgefragten Ressourcen ambulant nicht ausreichend verfügbar sind und auch erhebliche zusätzliche Kosten verursachen würden. Studien zeigen jedoch, dass Patient*innen erhebliche Barrieren im Zugang zu notwendiger Diagnostik und zeitnaher fachärztlicher Versorgung im niedergelassenen Versorgungssektor erleben(7). Vorstellungsgründe in der Notaufnahme sind weniger „Bequemlichkeit“, sondern Vorstellung bei progredienter klinischer Symptomatik während der oft monatelangen Wartezeit auf einen ambulanten Facharzttermin verbunden mit entsprechender Sorge und Verzweiflung der Patient*innen. Viele Patient*innen, auch im weniger dringlichen Segment, suchen darüber hinaus die Notaufnahmen

bereits jetzt mit Einweisung oder inoffizieller Weiterleitung aus einer niedergelassenen Praxis auf, weil die für die Diagnostik und Behandlung benötigten Ressourcen dort eben nicht zur Verfügung stehen. Hinsichtlich der Weiterleitung von Patient*innen aus dem INZ ist insbesondere der sehr geringe Anteil von Patient*innen, welche tatsächlich in eine weniger zeitnahe Versorgung (binnen oder über 24h) in die ambulante Versorgung weitergeleitet werden können zu betonen. Die wenigen Studien zu diesem Thema zeigen, dass diese Gruppe circa 2-3% der Gesamtpopulation einer Notaufnahme ausmacht(8). Zeitgleich erfordert die sichere Weiterleitung auf Notaufnahmeseite einen hohen Ressourcenaufwand: Der vom BMG abgelehnte Ersteinschätzungsrichtlinienentwurf des G-BA sah hier eine fachärztliche Sichtung und Terminvermittlung vor. Hinzuweisen ist an dieser Stelle noch einmal auf weiterhin fehlende Ressourcen in der niedergelassenen Versorgung. Ein Weiterleiten dieser Patient*innengruppe erscheint darum aus Effizienz- und Ressourcensicht nicht sinnvoll und eine Mitversorgung in INZ-Strukturen sollte hier angestrebt werden. Diese Strukturen sind auf Basis bisheriger Daten durch die aus Notaufnahmen weitergeleiteten Fälle ohnehin nicht ausgelastet. Insofern sollte das Gesetz bei fehlenden konkreten Möglichkeiten hier geändert und der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), eine Richtlinie zur Ersteinschätzung am INZ zu erstellen, gestrichen werden. Die Expertise für die Risikostratifizierung dieser Patient*innenpopulation liegt bei den Notaufnahmen bzw. CPUs für kardiologische Patient*innen und kann je nach Einzugsgebiet und Risikoprofil der Patientenpopulation variieren. Zentrale Ersteinschätzungsvorgaben sind an dieser Stelle dementsprechend nicht sinnvoll.

Die **Kostenprognose** mit einem Einsparvolumen ist nicht nachvollziehbar und erscheint unrealistisch. Aus unserer Sicht sollte in die Akutversorgung investiert werden und seriöse, Daten basierte Kostenschätzungen erfolgen.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Holger Thiele
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Lars Eckardt
Vorsitzender
*Kommission für Klinische Kardiovaskuläre
Medizin*

Prof. Dr. Martin Möckel
Autor und Mitglied
*Ständiger Ausschuss Kardiologische
Versorgung*

Prof. Dr. Evangelos Giannitsis
Autor und Stellv. Sprecher
Arbeitsgruppe Akuter Thoraxschmerz (AG44)

Literatur

1. Schmiedhofer M, Möckel M, Slagman A, Frick J, Ruhla S, Searle J. Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ Open*. 2016;6(11):e013323.
2. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patients Attending Emergency Departments. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(39):645-52.
3. Giannitsis E, Post F, Haerer W, Bauersachs J, Thiele H, Buerke M, et al. Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung für „Chest Pain Units“. *Der Kardiologe*. 2020;14(6):466-79.
4. Cayley WE, Jr. Diagnosing the cause of chest pain. *Am Fam Physician*. 2005;72(10):2012-21.
5. Möckel M, Schmiedhofer M. No Primary Care Physician Available. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115(5):65-6.
6. Schmiedhofer MH, Searle J, Slagman A, Möckel M. [Exploring Patient Motives to Use Emergency Departments for Non-urgent Conditions: A Qualitative Study]. *Gesundheitswesen*. 2017;79(10):835-44.
7. Lowthian JA, Curtis AJ, Cameron PA, Stoelwinder JU, Cooke MW, McNeil JJ. Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective. *Emerg Med J*. 2011;28(5):373-7.
8. Koech L, Ströhl S, Lauerer M, Oslislo S, Bayeff-Filloff M, Thoß R, et al. [Redirection of patients from the emergency department to ambulatory care: a feasibility study]. *Gesundheitswesen*. 2024;86(5):339-45.