

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vom
03.06.2024
(NotfallGesetz – NotfallIG)**

STELLUNGNAHME DES
BERUFSVERBANDES DER DEUTSCHEN CHIRURGIE E.V. UND DER
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR CHIRURGIE E.V. UND DER
DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KINDERCHIRURGIE E.V.
BERUFSVERBAND FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

(Stand: 25.06.2024)

INHALT:

Vorbemerkung	2
Stellungnahme des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)	2
Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	2
§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung	2
§ 123 Integrierte Notfallzentren	3
§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	4
Was fehlt?	6
Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V.	7
Stellungnahme des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)	8
Weitere chirurgische Fachgesellschaften, die die Stellungnahme unterstützen	13



Vorbemerkung

Effektive Rahmenbedingungen für die Notfallversorgung in Deutschland sind eine wichtige Voraussetzung, um Menschen bei medizinischen Notfallsituationen eine optimale Behandlung zu bieten. Im Zentrum des vorliegenden Referentenentwurfs stehen entsprechend Regelungen für eine Vernetzung der Versorgungsbereiche sowie die Steuerung der hilfesuchenden Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene. Das Ziel des Gesetzes, eine Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes zu erreichen, wird ausdrücklich unterstützt. Dabei muss aber auch berücksichtigt werden, dass die personellen Ressourcen auch im vertragsärztlichen Bereich begrenzt sind und nicht ausreichen, um alle Wünsche einer ständig verfügbaren ärztlichen Versorgung über Notfälle hinaus zu gewährleisten. BDC, DGCH und chirurgische Fachgesellschaften befürworten daher dieses Gesetzgebungsprojekt nachdrücklich, welches bereits in der vorangegangenen Legislaturperiode angestoßen wurde, und nehmen im Folgenden gemeinsam Stellung.

Stellungnahme DGCH und BDC

§ 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung Terminservicestelle – Akutleitstelle - Rettungsleitstelle

Die bisherigen Aufgaben der Terminservicestelle im Bereich der Akutfallvermittlung nimmt zukünftig die sogenannte Akutleitstelle der Kassenärztlichen Vereinigung wahr. BDC und DGCH begrüßen die angestrebte bundesweit einheitliche Vernetzung mit den Rettungsleitstellen, die idealerweise zu einer integrierten Leitstelle („Gesundheitsleitsystem“) für alle Belange der Notfallversorgung führt. Im Ergebnis können durch diese bedarfsgerechte Steuerung sowohl Notaufnahmen als auch Rettungsdienste entlastet werden. Gemäß vorliegendem Gesetzentwurf ist, auf Antrag eines Trägers einer Rettungsleitstelle, die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Kooperation nach § 133a Absatz 1 Satz 1 verpflichtet. Eine Umsetzung kann aber nur gelingen, wenn vonseiten der Bundesländer gleichzeitig eine gesetzliche Kooperationsverpflichtung für die Rettungsleitstellen auf den Weg gebracht wird. Dies sollte normativ unbedingt in der jeweiligen Landesgesetzgebung verankert werden.



Die Terminservicestellen sollen zukünftig die Fälle, bei denen – nach Inanspruchnahme eines Integrierten Notfallzentrums nach §§ 123 und 123b – eine weitere dringliche Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wurde, während der Öffnungszeiten an geeignete Kooperationspraxen vermitteln. Dieses Steuerungsinstrument, welches ebenfalls zur Entlastung von Notaufnahmen und zur Reduktion von ungeplanten Praxiskonsultationen beiträgt, wird seitens der Chirurgie positiv gesehen, sofern die entsprechenden Strukturen in Form einer Vorhaltepauschale und einer zusätzlichen fallbezogenen Vergütung gefördert werden. (s. Ausführungen zu § 123 SGB V/”Kooperationspraxen”).

§ 75 SGB V Inhalt und Umfang der Sicherstellung Telemedizinische und aufsuchende Versorgung 24/7

Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Akutversorgung von Patientinnen und Patienten werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, sich an den Integrierten Notfallzentren zu beteiligen sowie durchgängig (24/7) eine telemedizinische und eine aufsuchende Versorgung bereitzustellen.

BDC und DGCH lehnen vor dem Hintergrund von Ärzte- und Fachkräftemangel eine Erweiterung des Sicherstellungsauftrages in Bezug auf die aufsuchende Versorgung 24/7 ab und fordern, die Beteiligung an den Notdienstpraxen in den Integrierten Notfallzentren auf die bisherigen Zeitvorgaben des Notdienstes zu beschränken, es sei denn, das Integrierte Notfallzentrum trifft eine abweichende Vereinbarung, um die Versorgung zu gewährleisten. Eine durchgängige aufsuchende Versorgung für Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität ist derzeit und mittelfristig – auch unter Zuhilfenahme telemedizinischer Maßnahmen und teilweiser Delegation auf nichtärztliches Personal – nicht realistisch und nicht umsetzbar, auch wenn es Argumente gibt, die dafürsprechen. Zu den üblichen Sprechstundenzeiten würde hiermit eine Doppelstruktur mit erheblichem Missbrauchspotenzial aufgebaut. Erneut fehlen auch in diesem Gesetzesentwurf entsprechende Personalkalkulationen bzw. Lösungsansätze zur Vermeidung der Sozialversicherungspflicht bei Einsatz von Poolärztinnen und -ärzten.

↗ Konkrete Empfehlung:

§ 75 Absatz 1b

Nr. 2: Beschränkung des Angebots auf die sprechstundenfreien Zeiten

Nr. 3: streichen



§ 123 Integrierte Notfallzentren

Integrierte Notfallzentren – zentrale Ersteinschätzungsstelle

Integrierte Notfallzentren (INZ) werden als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen eingerichtet. Sie bestehen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung im oder am Krankenhausstandort und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle (ZES). Zugelassene Krankenhäuser und Vertragsärzte arbeiten darin verbindlich zusammen mit dem Ziel einer bedarfsgerechten ambulanten Erstversorgung. Die fachliche Leitung und Verantwortung für die zentrale Ersteinschätzungsstelle obliegt dem Krankenhaus, sofern in der Kooperationsvereinbarung nach § 123a Absatz 2 nichts Abweichendes geregelt ist (§ 123 Absatz 1).

Die Nutzung eines bundesweit einheitlichen digitalen Ersteinschätzungsverfahrens als Unterstützung der Vermittlung von Patienten in die richtige Versorgungsebene wird unterstützt (§ 123 Absatz 2). Wir begrüßen die Beauftragung der gemeinsamen Selbstverwaltung mit der Entwicklung eines Instruments zur standardisierten Ersteinschätzung (§ 123 Absatz 3). Die digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat innerhalb eines Integrierten Notfallzentrums wird ebenfalls positiv beurteilt. Mittelfristig muss eine solche digitale Fallübergabe auch an die Kooperationspraxen über die Telematik-Infrastruktur ermöglicht werden. Dies erleichtert die Kooperation erheblich und hilft, Bürokratie einzusparen.

§ 123 Integrierte Notfallzentren

Kooperationspraxen

Notdienstpraxen in den Integrierten Notfallzentren haben gemäß dem vorliegenden Entwurf während der sprechstundenfreien Zeiten eine vertragsärztliche Notfallversorgung zu gewährleisten.

Die Aufforderung an die Kassenärztlichen Vereinigungen als Soll-Bestimmung, darüber hinaus für die Versorgung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten (außerhalb der Öffnungszeiten der Notdienstpraxis),



sogenannte „Kooperationspraxen“ einschließlich digitaler Fallübergabe einzubinden, wird grundsätzlich befürwortet (§ 123 Absatz 1). Aus Häufigkeitsuntersuchungen ist bekannt, dass bis zu 50% der in den Krankenhausnotaufnahmen behandelten Fälle Unfallverletzte sind, von denen eine große Anzahl auch fachlich kompetent in chirurgischen Unfallpraxen versorgt werden könnten. Eine enge Kooperation zwischen dem Intersektoralen Notfallzentrum und einer chirurgischen Kooperationspraxis kann somit für leichtere Unfallverletzungen einen Arztkontakt im Intersektoralen Notfallzentrum ersparen und eine echte Entlastung der Krankenhausnotaufnahmen bewirken, ohne die Patientensicherheit zu gefährden. Zumindest die bundesweit 2.744 niedergelassenen Durchgangsärztinnen und -ärzte in ca. 2.000 Durchgangsarztpraxen stehen den Arbeitsunfallverletzten (nach SGB VII) ohnehin während der festgelegten unfallärztlichen Bereitschaftszeit zur Verfügung und könnten in diese Versorgung einbezogen werden. Da diese Art der Akutversorgung mit zusätzlichem Aufwand und veränderten Prozessen in einer „Bestellpraxis“ verbunden ist, sehen BDC und DGCH es für notwendig an, einen verbindlichen Auftrag an die Selbstverwaltung zu richten, diese Strukturen in Form einer Vorhaltepauschale und einer zusätzlichen fallbezogenen Vergütung zu fördern. Diese sollte sich an den existierenden Förderungspauschalen für die Akutvermittlung aus den Terminservicestellen orientieren.

Irritierend ist, dass der Unterrichtung des potenziellen Patienten durch entsprechende Aufklärungskampagnen und eine Gesundheitserziehung nichts Konkretes gewidmet ist. Die Effizienz einer Notfallversorgung hängt wesentlich vom Umgang der Betroffenen mit dem System ab.

↗ Konkrete Empfehlung:

§ 105 Absatz 1b: *Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen jährlich durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bereitzustellenden zweckgebundenen Betrag zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes. Die Förderung beinhaltet auch eine zweckgebundene Vorhaltepauschale und eine zusätzliche fallbezogene Vergütung für die Versorgung von Akutfällen während der Sprechstundenzeiten durch Kooperationspraxen gemäß § 123 Absatz 1.*



Was fehlt !

Zur Anpassung an die Neuregelung der Erreichbarkeit ist ein Übergangszeitraum von sechs Monaten geplant. Diese Übergangsfrist soll es den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichen, das für die vorgeschriebenen Erreichbarkeitszeiten gegebenenfalls erforderliche zusätzliche Personal zu rekrutieren. Dieser Zeitraum erscheint bei der jetzigen Situation auf dem Arbeitsmarkt und der zusätzlich notwendigen Ausbildung für extrem ambitioniert. **Wir halten einen Übergangszeitraum von 12 Monaten für eine realistische Größe und damit erforderlich.**

Auch sollte mittelfristig eine intersektorale und interdisziplinäre Leistungsgruppe mit hybrider Vergütung gebildet werden, um die jetzt extrem defizitäre Notfallversorgung auch mittels großzügiger Vorhaltepauschale ausreichend zu vergüten.

Die Notfallvorsorge ohne die präklinische Versorgung durch den Rettungsdienst bundesweit zu organisieren, halten wir aus medizinischer und logistischer Sicht für eine vertane Chance. Auch lassen sich hier durch Effektivitätssteigerung gewaltige Ressourcen (das Gesamtvolumen der präklinischen Rettung beträgt in Deutschland mehr als 8 Milliarden €) umwidmen oder einsparen. Erweiterte Kompetenzen der Rettungssanitäter wären hier nur ein Aspekt.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (NotfallGesetz)

Die Notfallmedizin differenziert im Erwachsenenalter immer und selbstverständlich zwischen Chirurgie und Innerer Medizin. Im gleichen Maße ist Notfallmedizin im Kindes- und Jugendalter auch nicht ausschließlich Innere Medizin – also



Pädiatrie –, da es sich auch im Kindes- und Jugendalter größtenteils um chirurgische Notfälle handelt. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen haben einen Anspruch auf eine adäquate Behandlung. Hierfür gibt es Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendchirurgie.

Sofern im Referentenentwurf im Zusammenhang mit Kindern und/oder Jugendlichen eine Fachrichtung genannt wird, ist ausschließlich von der Pädiatrie respektive der Kinder- und Jugendmedizin die Rede (S. 2, vorletzter Absatz; telemedizinische Unterstützung durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin; S. 8, § 75 Absatz 1b Punkt 2, gleiche Thematik; S. 14, § 123 Absatz 6, gleiche Thematik; S. 23, 3. Absatz, gleiche Thematik; S. 41, zu Absatz 6, gleiche Thematik; S. 45, zu § 123b, zu Absatz 1, pädiatrische Abteilung). Wir weisen mit Nachdruck darauf hin, dass Notfallzentren für Kinder und Jugendliche zur Gewährleistung einer adäquaten Versorgung nicht nur eine Fachärztin- bzw. einen -arzt für Kinder- und Jugendmedizin benötigen, sondern auch eine Fachärztin bzw. einen -arzt für Kinder und Jugendchirurgie. Wir empfehlen daher, den Referentenentwurf in diesem Sinne zu ergänzen und an den entsprechenden Stellen von konservativer und operativer Kinder- und Jugendmedizin zu sprechen.

2. Die DGKCH begrüßt ausdrücklich den vorgesehenen Aufbau von Integrierten Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (S. 23). Wir weisen aber darauf hin, dass die Einschränkung, wonach diese Zentren an geeigneten Standorten etabliert werden können, sich in der praktischen Umsetzung als äußerst problematisch erweisen könnte.

3. Überdies begrüßt die DGKCH die Implementierung zeitgemäßer telemedizinischer Strukturen in der Notfallversorgung ausdrücklich. Allerdings bestehen aus Sicht der DGKCH erhebliche Zweifel daran, ob die Finanzierung der notwendigen zusätzlichen technischen und personellen Ausstattung über die in § 105 Abs. 1b SGB V vorgesehene Möglichkeit der Bereitstellung zweckgebundener Beträge zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes gewährleistet werden kann (S. 33).

Anbei auch das bereits dem BMG zugegangene

Gemeinsame Positionspapier und Empfehlungen

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)



Einleitung

Eine Reform der Notfallversorgung steht auf der Agenda des Bundesgesundheitsministeriums. Zahlreiche Vorgutachten bzw. Vorschläge liegen dazu vor.

Hier erfolgt die fachärztliche Unterstützung aus dem Sektor Orthopädie und Unfallchirurgie.

Das folgende Eckpunktepapier stammt vom

- Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
und der

- Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Es beschäftigt sich mit der ambulanten Versorgung von Notfällen in Orthopädie und Unfallchirurgie. Es liefert eine kurze Analyse, erläutert wie eine leitliniengerechte Versorgung auszusehen hätte, und bietet konkrete, einfach umsetzbare Lösungsvorschläge.

Analyse der ambulanten Notfallversorgung im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie

Eine kürzlich erschienene Übersicht des ZI (2) zeigt, wie sich die ambulanten Notfälle in Kliniken und im ärztlichen Bereitschaftsdienst entwickelt haben. Im Jahr 2019 wurde der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVen ca. 8,2 Millionen Mal in Anspruch genommen, die Notfallambulanzen der Krankenhäuser verzeichneten 10,6 Millionen Fälle.

Für die Versorgung standen im Jahr 2019 ca. 830 Bereitschaftspraxen (SGB V spricht von Portalpraxen) bundesweit zur Verfügung. An der Notfallversorgung nahmen ca. 1200 Krankenhäuser mit ihren Notfallaufnahmen teil.

Für die Versorgung im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie gibt es im Jahr 2019 ca. 6300 Facharztpraxen und ca. 1200 Krankenhäuser.

Für die Versorgung von Arbeitsunfällen existieren im Jahr 2019 ca. 1.000 Ermächtigungen im Klinikbereich und ca. 2.800 Ermächtigungen in den Praxen. Für eine Analyse der Notfallversorgung in der Fachrichtung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ existieren keine bundesweiten Daten.

Einen Anhaltspunkt liefern aber die Daten der KV Baden-Württemberg aus dem Zeitraum von 2019. Die ge-samte Notfallversorgung in Baden-Württemberg stützt sich auf 120 Portalpraxen und 200 Krankenhausambulanzen.

In den 200 Notfallambulanzen wurden im Jahr 2019 insgesamt 1.2 Mio. Scheine abgerechnet., davon entfielen 485.000 auf werktags, 541.000 zur Unzeit (Wochenende und spät abends) und 248.000 nachts.



Auf den Sektor O und U entfielen laut der vorliegenden Diagnoseverschlüsselung über 50 % (Kategorie S- und M-Diagnosen), wobei die akuten Verletzungen dominieren.

In den 120 Portalpraxen, d.h. im ärztlichen Bereitschaftsdienst, wurden in Baden-Württemberg im Jahr 2019 exakt gleich viele Notfallscheine wie in den Notfallkrankenhäusern abgerechnet. Bei den Diagnosen dominieren akute Infektionen, aber O und U-Diagnosen machen mit ca. 20 Prozent (T- und S-Diagnosen) ebenfalls einen beträchtlichen Anteil aus.

Der Bereich O und U dominiert in den Krankenhausnotaufnahmen das Notfallgeschehen.

Unter den TOP 10 Diagnosen in den Krankenhäusern sind fünf sogenannte S-Diagnosen (akute Verletzungen). Weiterhin gehört die Behandlung von akuten nichttraumatischen Schmerzzuständen, hier insbesondere Rücken- aber auch akute Gelenkschmerzen zu den Versorgungsleistungen, diese Diagnosen belegen Rang 8.

In den Portalpraxen in Baden-Württemberg machen orthopädisch-unfallchirurgische Diagnosen ca. 20 Prozent aus - in den Portalpraxen werden vor allen Dingen akute Infekte behandelt.

Notfallversorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie anhand der Leitlinien

Für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie existieren eine Reihe von Leitlinien zur bestmöglichen Versorgung von akuten Erkrankungen und Unfällen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es der Erstversorgung von Unfällen in den allermeisten Fällen der fachärztlichen Expertise, insbesondere der diagnostischen Abklärung mittels Röntgen, Sonografie, der sorgfältigen Wundexploration, bzw. der fachgerechten Versorgung mit Verbänden und / oder Hilfsmitteln bedarf.

Bei der Erstversorgung von akuten Rückenschmerzen oder Gelenkschwellungen sehen die Leitlinien zunächst die Diagnostik mittels Anamnese und klinischer Untersuchung als ausreichend an. Erst im Falle sogenannter „Red flags“ sollte die weitere Diagnostik und Therapie unmittelbar fachärztlich erfolgen. Red flags beinhalten im Falle von Rückenschmerzen, z.B. klinische Hinweise auf osteoporotische Sinterungsfrakturen, Bandscheibenvorfälle usw., im Falle von Gelenkschwellungen Hinweise auf ein bakterielles Geschehen.

Gibt es diese klinischen Hinweise, dann sollten die weitere Diagnostik und Therapie unmittelbar durch einen Facharzt für O und U übernommen werden. Empfehlungen aus den vorliegenden Gutachten



Die existierenden Gutachten beklagen vor allem eine Fehlsteuerung bei Patienten, die einer dringlichen Notfallbehandlung nicht zwingend bedürfen und als Folge daraus überlange Wartezeiten in den Notfallaufnahmen. Als Konsequenz aus diesen Gutachten hat die letzte Bundesregierung den G-BA beauftragt, ein Konzept zur Ersteinschätzung zu erarbeiten, das vorliegt. (1). Die Träger (DKG, KBV und GKV) konnten sich nicht in auf einen gemeinsamen Entwurf einigen, aber in vielen Punkten herrscht im Plenum Einigkeit. Diese konsentierten Empfehlungen werden im Folgenden analysiert.

Standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren

Vorgesehen ist, dass alle Notfallpatienten die Ersteinschätzung per Telefon, digital oder persönlich unverzüglich erhalten sollen. Minutenlange Warteschleifen sind inakzeptabel. Das Ersteinschätzungsverfahren selbst sollte dann innerhalb von 10 Minuten abgeschlossen werden können. In keiner Empfehlung ist vorgesehen, dass die Einschätzung durch einen Arzt vorgenommen werden muss. Ein Arzt sollte jedoch auf Zuruf erreichbar bzw. zuschaltbar sein.

Mit dem Ersteinschätzungsverfahren sollten die Dringlichkeiten priorisiert und Empfehlungen für eine geeignete Versorgung abgegeben werden. Bei verzögerter Dringlichkeit sollte die weitere Versorgung, z.B. im Regelbetrieb am nächsten Tag, nahtlos organisiert werden.

Kommentar aus der Sicht von O und U

Eine digitale unterstützte Ersteinschätzung ist zu begrüßen. Sie entlastet die Ärzte in den Krankenhausnotaufnahmen und hilft Bagatellen und nichtdringliche Fälle in die Regelversorgung zu überführen. Dazu bedarf es eines evaluierten digital unterstützten Ersteinschätzungsverfahrens.

Damit sind wir in der Lage, das Notfallsystem effektiv zu entlasten.

Um ein solches Ersteinschätzungsverfahren effektiv zu etablieren, sollte es aus unserer Sicht durch ein Ticket-system ergänzt werden. Durch ein solches Ticket wäre der Patient dann in der versorgenden Rettungsstelle oder Praxis als berechtigter Notfall vorangemeldet, was für ihn kürzere Wartezeiten bedeuten würde.

Patienten ohne ein entsprechendes Notfallticket nehmen die Rettungsstellen unberechtigt in Anspruch, verzögern die Behandlung von dringlicheren Notfällen und tragen zur Überlastung des Personals bei.

Daher erscheint in diesem Fall eine Zuzahlung per nachträglicher Rechnung mehr als gerechtfertigt.



Die Patienten werden durch verkürzte Wartezeiten und vermiedene Zuzahlungen dahingehend gesteuert, am präklinischen Ersteinschätzungsverfahren teilzunehmen.

Findet die Ersteinschätzung erst „inhouse“ statt, sollte auch dort ein evaluiertes Ersteinschätzungsverfahren durch nichtärztliches Personal zum Einsatz kommen. Dies ermöglicht es dann auch in den Rettungsstellen eine verzögerte Priorisierung festzustellen und ggfs. den Verweis auf die Versorgung im Regelbetrieb.

Wer „Inhouse“ die Ersteinschätzung vornimmt, Rettungsstelle, Portalpraxis oder gemeinsamer Tresen, sollte vor Ort entschieden werden.

Empfehlungen BVOU und DGOU

- Die Ersteinschätzung sollte möglichst im präklinischen Bereich vorgenommen werden.
- Dazu bedarf es eines evaluierten Ersteinschätzungsverfahrens.
- 112 und 116117 sollten dieses standardisierte Verfahren verwenden.
- Die Erreichbarkeit der 116117 muss deutlich und nachweislich verbessert werden, um effektiv steuern zu können.
- Der Patient sollte ein sogenanntes Ticket nach Ersteinschätzung erhalten.
- Dieses Ticket soll helfen, Wartezeiten und Zuzahlungen für ihn zu vermeiden.
- Im Fall einer Ersteinschätzung „Inhouse“ sollte ebenfalls ein standardisiertes Verfahren zum Einsatz kommen.
- Wer die „Inhouse-Steuerung“ übernimmt, ob gemeinsamer Tresen, Portalpraxis oder Rettungsstelle, sollte den Kollegen vor Ort überlassen werden.

Schaffen eines Netzwerks von Partnerpraxen

Das Ersteinschätzungsverfahren dient der Priorisierung und Steuerung in den für die Therapie des Patienten bedarfsgerechten Sektor.

Hierzu stehen ambulant der allgemeinmedizinische oder fachärztliche Bereich zur Verfügung. Der allgemeinmedizinische Bereich wird vertreten durch die hausärztlichen Praxen bzw. durch die Portalpraxen. Der fachärztliche Bereich wird in Orthopädie und Unfallchirurgie vertreten durch kassenärztliche Praxen bzw. durch die D-Arztpraxen und durch die Klinikambulanzen.

Für den Bereich der Unfallversorgung sehen die Leitlinien eine Versorgung nach Facharztstandard O und U vor.

Zu jeder Zeit stehen bei Unfällen nur die orthopädischen-unfallchirurgischen Klinikambulanzen zur Verfügung, da nur hier die notwendigen Ressourcen in personeller Hinsicht bzw. bei der Ausstattung vorhanden sind.



Werktags stehen darüber hinaus qualifizierte orthopädisch-unfallchirurgische Praxen für die Unfallversorgung zur Verfügung. Dies gilt insbesondere für die D-Arztpraxen (2.800 ambulante Ermächtigungen).

Weiterhin könnten sich für die ambulante Unfallversorgung orthopädisch-unfallchirurgische Praxen registrieren, die über entsprechende Qualifikationen, wie Röntgen, Sonografie, Eingriffs- und Gipsräume verfügen. Diese Praxen müssen verpflichtend entsprechende Kapazitäten für Notfälle bereithalten. Um den Patienten eine gute Übersicht über dieses Versorgungsnetzwerk zu geben, bietet es sich an, eine App anzubieten, die diesen verunfallten Patienten eine Übersicht über Ambulanzen und Praxen in der Nähe gibt, ggfs. sogar ergänzt durch die Angabe von Wartezeiten.

Die sonstige Notfallversorgung im Bereich O und U, dies ist insbesondere der akute Rückenschmerz, kann zunächst durch den allgemeinmedizinischen Sektor geleistet werden, zu Unzeiten damit durch die Portalpraxen. Wird durch die Ersteinschätzung eine aufgeschobene Priorisierung festgestellt, sollten dann die hausärztlichen bzw. fachärztlichen Partnerpraxen entsprechende Slots bereithalten.

Empfehlungen BVOU und DGOU

- Bei Unfällen Einbeziehen von geeigneten Praxen in ein Versorgungsnetzwerk
- Übersicht über das Netzwerk in einer Unfall-App
- Im haus- und fachärztlichen Bereich müssen Partnerpraxen am nächsten Werktag Termine für Patienten mit aufgeschobener Priorisierung bereithalten

Finanzierung des Notfalldienstes

Die Bereitstellung einer gut erreichbaren und qualifizierten 24/7-Notfallversorgung, auch für ambulante Notfälle, zeichnet den Gesundheitsstandort Deutschland aus. Tatsache ist aber auch, dass bisher sowohl der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVen als auch der Betrieb der Krankenhausnotaufnahmen ein Zuschussgeschäft ist:

Im KV-Bereich wird der defizitäre Notfallbetrieb mittels Kopfpauschalen und Umsatzabgaben seit Jahren subventioniert. Auch in den Kliniken ist der Unterhalt des Notfallambulanzen defizitär und muss demnach durch Erlöse aus dem stationären Bereich quersubventioniert werden.

Eindeutig gehört die Notfallversorgung in den Bereich der Daseinsfürsorge. Die ökonomische Logik spricht dagegen, Daseinsfürsorge fallzahlabhängig zu finanzieren. Niemand würde erwarten, dass die Berufsfeuerwehren ihren mangelnden Deckungsbeitrag durch Lohnabzüge ausgleichen.

Empfehlungen BVOU und DGOU



- Um eine flächendeckende Versorgung zu erreichen, müssen ärztlicher Bereitschaftsdienst bzw. die Vorhaltung einer Notfallambulanz als Mindestumsatz von den Krankenkassen vorfinanziert werden.
- Die erlösten Honorare sind als Abschlagszahlungen zu leisten. Unterdeckungen zum Mindestumsatz sind von den Kommunen bzw. Ländern zu übernehmen.
- Honorare für die ambulanten Notfallambulanzen bzw. Praxen müssen Teil der extrabudgetären Vergütung sein, die von den Krankenkassen voll, ohne Abzüge und Mengenbegrenzung bezahlt wird.
- Partnerpraxen sind von der Verpflichtung zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst zu entbinden.

Zusammenfassung

Zur Verbesserung der Notfallversorgung im Bereich O und U bieten sich die folgenden Maßnahmen an, um die Probleme Wartezeit, Bedarfsgerechtigkeit und Unterfinanzierung zu beheben.

- Standardisierte, digital unterstützte und bundesweit einheitliche Ersteinschätzungen sollten möglichst schon präklinisch stattfinden.**
- Dazu muss die 116/117 ausgebaut werden.**
- Ohne präklinische Ersteinschätzung löst die Inanspruchnahme einer Klinikambulanz zur Unzeit eine Zuzahlung aus.**
- Die Klinik entscheidet, wer die standardisierte Ersteinschätzung vor Ort organisatorisch übernimmt.**
- Bei Notfällen mit verzögerter Priorität müssen Partnerpraxen zu den werktäglichen Übernahmen be-reitstehen.**
- Partnerpraxen sind vom ärztlichen Bereitschaftsdienst zu befreien.**
- Eine Unfall- App soll der Bevölkerung Übersicht über das Versorgungsnetzwerk von Praxen und Ambulanzen geben.**
- Notfallversorgung ist Daseinsfürsorge und von daher fallzahlunabhängig zu finanzieren.**

Quellen

- (1) Ersteinschätzungsverfahren: Vier Konzepte liegen vor, Dtsch Ärztebl 2022; 119(25): A-1120 / B-940, Kurz, Charlotte; Osterloh, Falk
- (2) Mangiapane S, Czihal T, von Stillfried D: The utilization of ambulatory emergency care and unplanned hospitalizations in Germany, 2010–2019. Dtsch Ärztebl Int 2022; 119: 425–6. DOI: 10.3238/atz-tebl.m2022.0160
- (3) https://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/d-arzt-verfahren/d-arzt-verfahren/index.jsp



Die Stellungnahmen werden explizit unterstützt von



Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz-, und Gefäßchirurgie e.V.



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.



Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer,- und Gesichtschirurgie e.V.

Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC) ist mit rund 17.000 Mitgliedern der größte europäische Interessenvertreter auf diesem Gebiet. Unter seinem Dach setzen sich Repräsentanten sämtlicher chirurgischer Disziplinen für die Belange der Mitglieder ein. Zu den Mitgliedern zählen sowohl Angestellte in der Klinik oder im MVZ als auch Selbstständige in der Praxis.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) wurde 1872 in Berlin gegründet. Sie gehört damit zu den ältesten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und hat sich inzwischen zur Dachgesellschaft mit 10 assoziierten chirurgischen Fachgesellschaften entwickelt. Zweck der Gesellschaft ist die Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Belange der Chirurgie. Neben dem Fortschritt in Forschung und Klinik, dessen kritischer Evaluatin und Umsetzung in eine flächendeckende Versorgung zählt dazu auch die Auseinandersetzung mit den politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen des Fachs.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH)

Die Kinderchirurgie ist eine wesentliche Säule der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland. Zu ihr gehören neben der allgemeinen Kinderchirurgie die Neugeborenenchirurgie, Kinderurologie, Kindertraumatologie (Kinderunfallchirurgie) und die chirurgische Kinderonkologie. Kinderchirurgie gehört in die Hände von Kinderchirurginnen und



Kinderchirurgen, denn ihre Patienten sind keine kleinen Erwachsenen. Die DGKCH vertritt das Fach Kinderchirurgie in allen wissenschaftlichen, fachlichen und beruflichen Belangen. Gegründet im Jahr 1963, schafft die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie bis heute Grundlagen für eine bestmögliche kinderchirurgische Versorgung in Deutschland.

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)

Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) ist die berufspolitische Vertretung für mehr als 7.000 in Praxis und Klinik tätige Kollegen und Kolleginnen. Der BVOU setzt die beruflichen Interessen seiner Mitglieder durch, indem er zum Vorteil der Patienten und des Gemeinwohls gemeinsam mit den wissenschaftlichen Gesellschaften den Standard orthopädisch-unfallchirurgischer Versorgung entwickelt, die politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen prägt und dadurch die öffentliche Wahrnehmung seiner Mitglieder als Experten für orthopädisch-unfallchirurgische Versorgung gestaltet.

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)

Als Vereinsverband bündelt die DGOU die Ziele und Aufgaben ihrer beiden Trägervereine, der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), und deren Mitglieder.

Damit vertritt die DGOU die übergeordneten und gemeinsamen Interessen des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie im Bereich der Forschung und der Lehre, der Fort- und Weiterbildung, in Klinik und in Praxis sowie auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik, um die Rahmenbedingungen für das Fach O und U entsprechend zu gestalten.

Kontakte:

Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V.

Tel.: 030-28004-100

E-Mail: mail@bdc.de

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e.V. (DGCH)

Tel.: +49 30 288-76290

E-Mail: info@dgch.de

Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie e.V. (DGKCH)

Tel.: +49 (030) 28 00 43 60

E-Mail: info@dgkch.de

Adresse für Alle:

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin

BVOU e. V. / DGOU e. V.



Straße des 17. Juni 106 – 108, 10623 Berlin

Tel.: 030 – 3406036-00

E-Mail: bvou@bvou.net, office@d gou.de