



# Zusammenfassende Dokumentation

## Unterausschuss Bedarfsplanung

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 6. Juli 2023

### Inhalt

<b>A</b>	<b>Beschluss und Tragende Gründe .....</b>	<b>3</b>
<b>A-1</b>	<b>Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V.....</b>	<b>3</b>
<b>B</b>	<b>Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens.....</b>	<b>3</b>
<b>B-1</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen .....</b>	<b>3</b>
<b>B-2</b>	<b>Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens .....</b>	<b>4</b>
<b>B-3</b>	<b>Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer .....</b>	<b>4</b>
<b>B-4</b>	<b>Übersicht .....</b>	<b>4</b>
	B-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde .....	4
	B-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen .....	5
<b>B-5</b>	<b>Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens.....</b>	<b>5</b>
<b>B-6</b>	<b>Schriftliche Stellungnahmen .....</b>	<b>6</b>
	B-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen .....	7
	B-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen .....	319
<b>B-7</b>	<b>Mündliche Stellungnahmen .....</b>	<b>324</b>
	B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	324
	B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren.....	327
<b>B-8</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen .....</b>	<b>327</b>

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
BAnz	Bundesanzeiger
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA BPL	Unterausschuss Bedarfsplanung
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

## **A Beschluss und Tragende Gründe**

*Der Beschluss und die Tragenden Gründe werden nach Inkrafttreten hier eingefügt.*

### **A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V**

Die Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V wird nach Beschlussfassung veranlasst. Nach Vorliegen des Prüfergebnisses ist dieses unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/6078/> abrufbar.

## **B Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens**

### **B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. April 2022 den in Kapitel B-4.1 aufgeführten Institutionen/Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

Folgenden Organisationen ist Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu geben:

- Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V,
- Bundespsychotherapeutenkammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V,
- Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) § 91 Absatz 5a SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. April 2022 folgende weitere Institutionen/Organisationen, denen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) VerFO für dieses Beschlussvorhaben Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme zu erteilen war, festgestellt:

- Deutsche Gesellschaft (DGf) für Allgemein- & Familienmedizin (DEGAM)
- DGf Allgemein- & Viszeralchirurgie (DGAV)
- DGf Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)
- DGf Chirurgie (DGCH)
- DGf Geriatrie (DGG)
- DGf Gynäkologie & Geburtshilfe (DGGG)
- DGf HNO-Heilkunde, Kopf- & Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)
- DGf Innere Medizin (DGIM)
- DIV für Intensiv- & Notfallmedizin (DIVI)
- DGf Internistische Intensiv- & Notfallmedizin (DGIIN)
- DGf Kinderchirurgie (DGKCH)
- DGf Kinder- & Jugendmedizin (DGKJ)
- DGf Kinder- & Jugendpsychiatrie & Psychotherapie (dgkjp)
- DGf Neurointensiv- & Notfallmedizin (DGNI)

- DGf Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- DGf Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik & Nervenheilkunde (DGPPN)
- DGf Psychosomatische Medizin & Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
- DGf Unfallchirurgie (DGU)
- Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA)
- Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung, Asklepios Institut für Notfallmedizin
- Prof. Dr. med. Sabine Blaschke (OPTINOFA Projekt)
- Prof. Dr. Joachim Szecsenyi (DEMAND Projekt)
- Dr. Michael Selbach, ehemals Leiter der Notaufnahme des Helios Klinikums Schwerin
- Prof. Dr. Reinhard Busse- Professor für Management im Gesundheitswesen- Fakultät Wirtschaft und Management der Technische Universität Berlin
- Prof. Christoph Dodt- Chefarzt der Notaufnahme in München Bogenhausen
- Dr. med. Michael Bayeff-Filloff- Chefarzt, Landesbeauftragter Ärztlicher Leiter Rettungsdienst- Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim GmbH
- Dr. med. Timo Schöpke, MBA, Direktor Notfallzentrum Werner Forßmann Klinikum Eberswalde

## **B-2 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens**

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschloss in seiner Sitzung am 21.04.2022 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen (s. Kapitel B-5) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 25.04.2022 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von fünf Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

## **B-3 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer**

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.

## **B-4 Übersicht**

### **B-4.1 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde**

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Name Fachgesellschaft	Eingang Stellungnahme (Ja/Nein/Verzicht)	Datum des Eingangs	Anmerkungen
<b>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5 SGB V</b>			
Bundesärztekammer (BÄK)	Ja	30.05.2022	
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Ja	30.05.2022	
<b>Stellungnahmeberechtigte gemäß § 91 Absatz 5a SGB V</b>			
Bundesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI)	Ja	25.05.2022	
<b>Gewillkürtes Stellungnahmerecht im Einzelfall</b>			
DGPM	Ja	16.05.2022	
Dr. Michael Selbach	Ja	23.05.2022	
Asklepios Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung	Ja	25.05.2022	
DGHNO	Ja	27.05.2022	
DGIM (DGIIN)	Ja	30.05.2022	
DGOU	Ja	30.05.2022	
DGNI	Ja	30.05.2022	
DGKJ	Ja	30.05.2022	
Prof. Dr. Dodt	Ja	30.05.2022	
DGPPN	Ja	30.05.2022	
Dr. Bayeff-Filloff	Ja	30.05.2022	
DGINA	Ja	30.05.2022	
Dr. Timo Schöpke	Ja	30.05.2022	
DIVI	Ja	30.05.2022	
Prof. Dr. Joachim Szecsenyi	Ja	09.06.2022	verfristet
Prof. Dr. Sabine Blaschke	Ja	19.06.2022	verfristet

#### **B-4.2 Nicht zur Stellungnahme berechtigte Organisationen/Institutionen**

Es wurden unaufgefordert keine Positionierungen abgegeben.

#### **B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens**

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens sind in der Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet. Die Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation ist unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/6078/> abrufbar.

## **B-6 Schriftliche Stellungnahmen**

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in der Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet, die unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/6078/> abrufbar ist.

### B-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen / Institutionen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in der Anlage zu dieser Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet. Die Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation ist unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/6078/> abrufbar. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
<b>Entwurf A</b>					
<b>Dt. Netzwerk Ersteinschätzung</b>	1	<b>§ 1 Absatz 1</b> Rechtschreibfehler vorletzte Zeile „Bestandteil“		<b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme und entsprechende Änderung der Regelung	<b>GKV-SV:</b> § 1 Abs. 1 S. 3 wird wie folgt geändert: „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 <b>Bestandteil</b> der qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung.“

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
	2	<p><b>§ 2 Absätze 1 und 2</b></p> <p>Die Ersteinschätzung ist nicht unter Berücksichtigung der verfügbaren Behandlungskapazitäten zu treffen – sonst führt dies zu einer Rationierung 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 Rationalisierung).</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>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</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; BE der KBV nicht betroffen</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Die Anregungen zur Begriffsklärung und Begriffsharmonisierung werden aufgenommen.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Begrifflichkeiten werden in den Tragenden Gründen vor der finalen Fertigstellung klargestellt.</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
		<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>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</li> </ol>		

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>ist krankenhauses- und ortsabhängig und 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>		
	3	<p><b>§ 2 Absatz 3</b></p> <p>Die Ersteinschätzung wird am Eingang der Zentralen Notaufnahme durchgeführt – und nicht an zentraler Stelle</p>	<p>1. Um auf vital bedrohte Notfallpatienten adäquat reagieren zu können, muss die Ersteinschätzung am</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; BE der KBV nicht betroffen</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Änderung des § 2 Abs. 3 S. 1:</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		im Krankenhaus. Die Ersteinschätzung ist bei allen eintreffenden Notfallpatienten durchzuführen.	<p>Eingang der ZNA durchgeführt werden.</p> <p>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.</p> <p>3. Die Entscheidungen im RTW werden nicht immer in gleicher Art und systematisch getroffen und sind in der Qualität ist nicht einheitlich.</p> <p>4. Nur die konsequente Erfassung aller Dringlichkeiten erlaubt in der ZNA die Steuerung</p>	<p>Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich eine verbindliche Ersteinschätzung aller Hilfesuchenden, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen.</p> <p>Der Regelungsentwurf des GKV-Spitzenverbandes (Entwurf A) sieht grundsätzlich die Ersteinschätzung aller Hilfesuchenden vor, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen bzw. dorthin gebracht werden. Patientinnen und Patienten, bei denen der Rettungsdienst bereits 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</p>	<p>„Die Ersteinschätzung wird an einer zentralen und für die Patientinnen und Patienten gut erkennbaren Stelle im Krankenhaus in <b>unmittelbarer Nähe zur zentralen Notaufnahme des Krankenhauses</b> durchgeführt.“</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>der Behandlungsprozesse.</p>	<p>durchlaufen. Die Ersteinschätzung erfolgt dann durch die Pflegekräfte der Notaufnahme im Schockraum. Diese Patientinnen und Patienten erhalten der Natur nach die Dringlichkeitsstufe 1 oder 2 (vgl. TG 2.2.3, S. 5). Alle anderen Patientinnen und Patienten durchlaufen das Ersteinschätzungsverfahren zur sachgerechten Feststellung der Behandlungsdringlichkeit und Empfehlung der erforderlichen Versorgungsstufe.</p> <p>Kenntnisnahme. Der Eingang der Notaufnahme ist kein örtlich definierter Bereich. Eine Ansammlung der Notfallpatienten am Eingang der Notaufnahme erscheint schwierig. Der GKV-Spitzenverband sieht daher in seinem Regelungsentwurf vor, dass die Ersteinschätzung an einem zentralen Ort des Krankenhauses erfolgen soll.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
				Die genaue Ausgestaltung vor Ort obliegt der Krankenhausleitung.	
	4	<p><b>§ 2 Absatz 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 Ersteinschätzungssystem besucht haben, b) regelmäßig die geforderten</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 Verfügung stehen. In Anbetracht der langen zeitlichen Bindung</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; BE der KBV nicht betroffen</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Die Qualifikation der Ersteinschätzung sollte nicht unbelegten Machbarkeitsüberlegungen unterworfen werden.</p>	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
		<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Siehe hierzu die als Anlage beigefügten rechtlichen Statements von P. Lemke und H. Böhme.</p>		
	5	<p><b>§ 3 Absatz 1</b></p> <p>Hier muss die Terminologie wie oben dargestellt standardisiert werden. Grundsätzlich muss der gesamte Absatz bereinigt werden (siehe unter Bemerkungen rechts).</p>	<p>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</p>	<p><b>KBV:</b> Zustimmung; In der Richtlinie sollten Kriterien definiert werden, die vom Ersteinschätzungssystem erfüllt werden müssen, nicht das System selbst.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Dem G-BA wurde der</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>Auch sind verschiedene Fehlannahmen zu entfernen:</p> <p>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.</p> <p>b) Grundsätzlich können Notfallkataloge wie der kanadische CEDIS oder der britische</p>	<p>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.</p> <p>Diese Problematik beschreiben die Autoren selber (und widersprechen sich damit selber) in den Tragenden Gründen auf Seite 6 unter 2.2.4 Zeile 6ff.</p> <p>ECDS ist als Anlage beigefügt</p> <p>Die Möglichkeit Behandlungspfade und Orte auf der Ebene der</p>	<p>gesetzliche Auftrag erteilt, das Nähere zur Weiterleitung von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 an ein Krankenhaus wenden, an Notdienstpraxen gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Absatz 1 zu regeln (vgl. § 120 Abs. 3b S. 3 Nr. 5 SGB V). Eine Weiterübertragung dieser Aufgabe an Dritte ist nicht möglich. Es fehlen zudem konkrete Änderungsvorschläge.</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV sieht eine digitale Umsetzung vor, enthält jedoch keine Vorgabe eines konkreten Systems zur Umsetzung vor.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>ECDS gemappt werden – dort wo auch die notwendige Fachlichkeit und der mögliche Versorgungsort gemappt sind.</p> <p>c) Das Mapping ist Bestandteil des Ersteinschätzungssystems – nicht umgekehrt!</p> <p>d) Das Mapping zum möglichen Ort und der erforderlichen Fachlichkeit muss lokal vereinbart und in der IT-Lösung hinterlegt werden.</p>	<p>Beschwerdebilder und Indikatoren zu verknüpfen bieten die vorhandenen IT-Systeme bereits heute.</p> <p>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 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.</p> <p>Siehe hierzu Zimmermann The case for a ... 5-Tier Triage</p> <p>Hinzu kommt, dass Aufgabe des Beschlusses lt. SGB V §120 Abs 3b die</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; die ambulante Notfallversorgung ist im Sinne einer Akutversorgung zu verstehen und muss von der Terminvermittlung ohne unmittelbaren Behandlungsbedarf getrennt werden.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme: Die Ersteinschätzungssystem im stationären Kontext sind von dem gesetzlichen Auftrag zu unterscheiden, der den Beschlussentwürfen dieses Stellungnahmeverfahrens zugrunde liegt. Stationäre Ersteinschätzungssysteme stellen auf die Priorisierung der Versorgung innerhalb des Krankenhauses ab und berücksichtigen die geeignete Versorgungsebene und die Möglichkeit der Weiterleitung</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>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.</p>	<p>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.  <b>Anlage unveröffentlichtes Paper Schöpke und Quelle hierzu van der Wulp</b>  <b>Aber auch: Martins Is MTS more than a triage system – im Gegensatz dazu Graeff Validity German MTS</b></p>	<p>in die ambulante Versorgung nicht. Sie erfüllen den gesetzlichen Auftrag damit nicht.</p> <p><b>KBV: Kenntnisnahme</b></p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<p>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? Bisläng darf nur ein Arzt einen Patienten wegschicken. Die grundsätzliche Frage ist hier aber: selbst wenn der Triage-</p>	<p><b>KBV:</b> Der Gesetzgeber hat mit § 120 Abs. 3b S. 2 Nr. 2 SGB V vorgegeben, das Nähere zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei Nichtvorliegens sofortigen Behandlungsbedarfs vorzugeben; dementsprechend geht der Gesetzgeber davon aus, dass hier ein Regelungsbedarf besteht. BE C sieht vor, im Zweifelsfall einen Arzt hinzuzuziehen.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<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</p>	<p>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>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Aktuell werden rd. 100.000 Patienten jährlich in der Notaufnahme abgewiesen. Dies kann den Abrechnungsstatistiken für die Abklärungspauschale entnommen werden. Es ist daher offenbar sowohl haftungsrechtlich als auch medizinisch-fachlich möglich die Entscheidung zu treffen, Patienten ohne aufwendige Diagnostik Wegzuschicken. Ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren kann die Rechtssicherheit der Entscheidungen hier lediglich erhöhen. Auf die inhaltliche Begrenzung des Versorgungsauftrags in der Notfallbehandlung auf eine Notfallversorgung von Hilfesuchenden im engeren Sinne weist u.a. auch Hr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a.D., hin (vgl. Dt. Ärzteblatt vom 13.06.2022: „Die</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		zweifelsfrei erforderlich. Der Ressourcenbedarf ist obsolet.		Notfallbehandlung ist nach der Rechtsprechung des BSG auf die Akutversorgung im engeren Sinne begrenzt“) <b>KBV:</b> Kenntnisnahme	
	6	<p><b>§ 3 Absatz 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.</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>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Die ärztliche Supervision und Letztverantwortung für die Entscheidung zur Behandlung eines Hilfesuchenden in der Notaufnahme eines Krankenhauses oder aber der strukturierten Weiterleitung eines Hilfesuchenden in die vertragsärztliche Versorgung ist im Entwurf geregelt. Die Arztentscheidung wird durch das Ersteinschätzungsinstrument lediglich unterstützt. Gegenüber der derzeitigen Situation ergibt sich daher keine grundsätzlich andere Rechtslage. Im Gegenteil wird durch die Unterstützung der Arztentscheidung mittels einen validierten standardisierten Ent-</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
		<p>Weiterleitung also nur in ein MVZ am oder vor dem Krankenhaus oder die gleichartig gelagerte, dienstbereite Notfallpraxis.</p> <p>e) s.o.</p>		<p>scheidungsunterstützungssystems die Qualität bundeseinheitlich gesichert und die Patientensicherheit erhöht. Hierzu auch folgender Hinweis auf die Tragenden Gründe 2.3.2 (a): Die EES-Fachkraft sowie die Fachärzte können von der Empfehlung des EES abweichen in begründeten Fällen. Die Abweichungen sind zu begründen und auch zur Qualitätssicherung des EES-Instruments zu dokumentieren.</p>	
	7	<p><b>§ 4</b> 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?</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag. Wie in den Tragenden Gründen zum Entwurf A dargestellt, stellt die Regelung von 30 PKW-Fahrzeitminuten ein bereits in anderen Regelungen des G-BA erprobtes und etabliertes Kriterium für die zumutbare Erreichbarkeit von</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
				Krankenhäusern für Hilfesuchende dar.	
	8	<p><b>§ 5</b></p> <p>Prinzipiell muss die Dokumentation gespeichert werden...aber wenn es kein Patient des Krankenhauses wird, dann gibt es auch keine Patientenakte!</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme.  Kein konkreter Regelungsvorschlag. Der Ergebnisbericht der Ersteinschätzung muss gespeichert werden. Es handelt sich dabei nicht zwingend um „stationäre“ Krankenakte. Im Übrigen sollte jeder Patient ersteingeschätzt werden. Das Ergebnis der Ersteinschätzung ist damit auch für jeden Patienten zu dokumentieren.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Änderung des § 5 S.1 wie folgt:</p> <p>„Der Ergebnisbericht der Ersteinschätzung nach § 3 Absatz 1 Buchst. f ist <b>in der Patientenakte im elektronischen Krankenhausinformationssystem (KIS) vom Krankenhaus zu speichern. Nach Einwilligung der Patientin oder des Patienten kann der Ergebnisbericht anschließend in die patientengeführte elektronische Patientenakte (ePA) übernommen werden.</b>“</p>
	9	<p><b>§ 6 Absatz 1</b></p> <p>a) Die Erfahrung zeigt, dass vielfach an die Notfallpraxis verwiesene Patienten heute binnen kurzem mit einer Einweisung wieder in der</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme.  Keine konkreter Regelungsvorschlag. Zum einen werden auch Patienten mit einer Einweisung ersteingeschätzt und zum anderen wird mit dem GKV</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>Notaufnahme stehen. Wie soll das System das verhindern?</p> <p>b) Falsch – Begriffsvermischung.</p> <p>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!</p> <p>d) Sehr schön erklärt. Genau darum ist ein Instrument validiert und reliabel – weil es unabhängig vom Zeitpunkt und vom</p>	<p>Hier übrigens benutzt dieser Entwurf wieder Ersteinschätzungsinstrument getrennt von IT – so wie es üblich ist.</p>	<p>Vorschlag ein direktes System für eine verbindliche Terminbuchung über die TSS eingeführt. Die Patienten werden also nicht ohne Behandlungsalternative weggeschickt.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
		<p>Nutzer zu identischem Ergebnis führt...</p> <p>e) Responsive Design...und wenn die Ersteinschätzung auf verschiedenen Endgeräten lauffähig ist, dann ist das Ergebnis auch dokumentierbar. Und trägt einen Zeitstempel...</p> <p>k) Jetzt wird Instrument und IT schon wieder vermengt. Und nicht die IT schätzt ein, das macht der Anwender!</p>			
	10	<p><b>§ 6 Absatz 3</b>  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?</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag. Die ICD_Kodes sollten im Ersteinschätzungsbericht verzeichnet werden.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
	11	<p><b>Tragende Gründe</b> Ergänzend zu den bereits oben erwähnten Punkten hier noch ein paar Hinweise: <b>Seite 8 zum Buchstaben e:</b> 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. <b>Seite 8 unten zum Buchstaben b:</b> Hier muss es korrekt heißen: „...eine hohe Dringlichkeit der Diagnostik...“ <b>Seite 11 Mitte zu Buchstabe a:</b></p>		<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		Nicht nur hier steht als Erläuterung einfach nur der Text des Entwurfs – das aber ist keine Begründung.			
DIVI	12	<b>Allgemein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• umfangreiche apparative, personelle und infrastrukturelle Ressourcen</li> <li>• 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>A. niedergelassenen Bereich</li> </ul> </li> </ul>	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag.	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<ul style="list-style-type: none"> <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>		
	13	<b>§1 Ziel der Regelung</b>	(1) qualifizierte standardisierte Ersteinschätzung für alle PatientInnen notwendig – auch bei PatientInnen mit einer Einweisung durch niedergelassene Ärzte (o.ä.)	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Keine konkreter Regelungsvorschlag.</p> <p>Grundsätzlich begrüßt der GKV-Spitzenverband eine verbindliche Ersteinschätzung aller Hilfesuchenden, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen.</p> <p>Der Regelungsentwurf des GKV-Spitzenverbandes (Entwurf A) sieht grundsätzlich die Ersteinschätzung aller Hilfesuchenden vor, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen</p>	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
				<p>bzw. dorthin gebracht werden. Patientinnen und Patienten, bei denen der Rettungsdienst bereits 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. Die Ersteinschätzung erfolgt dann durch die Pflegekräfte der Notaufnahme im Schockraum. Diese Patientinnen und Patienten erhalten der Natur nach die Dringlichkeitsstufe 1 oder 2 (vgl. TG 2.2.3, S. 5). Alle anderen Patientinnen und Patienten durchlaufen das ersteinschätzungsverfahren zur sachgerechten Feststellung der</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
				Behandlungsdringlichkeit und Empfehlung der erforderlichen Versorgungsstufe.	
	14	<b>§2 Allg. Anforderungen</b>	<p>(1) Prädiktion einer fehlenden Vitalgefährdung für die nächsten 7</p> <p>(2) 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</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag</p> <p>Hinweis zu Pkt. 1 und 2: Die Regelung der sieben Kalendertage bezieht sich auf die Festlegung der für die ambulante Versorgung am jeweiligen Krankenhausstandort zu Verfügung stehenden vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten: Laut Entwurf A sollen alle vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten berücksichtigt werden, die (1.) vom Krankenhausstandort aus innerhalb von 30 PKW-Fahrzeitminuten zu erreichen sind und die (2.) innerhalb der nächsten 7 Kalendertage verfügbar sind. Damit soll</p>	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>Ausbildung + 2 jährige Erfahrung in der Notfallversorgung + ausreichende Einweisung in das Ersteinschätzungssystem</p> <p>B. auch ein Facharzt mit ZWB steht aktuell nicht 24/7 zur Verfügung</p> <p>C.</p> <p>D. a) Forderung nach möglicher Hinzuziehung eines Facharztes mit Zusatzqualifikation 24/7 unrealistisch</p> <p>E. b) ebenfalls unrealistisch, dass ein solcher FA mit ZWB auf Basis des Ergebnisberichts der</p>	<p>sichergestellt werden, dass das Krankenhaus ambulant behandelbare Patienten nur dann an Vertragsärzte weiterleiten kann, wenn diese (1.) in der Nähe sind (vgl. 30 PKW-Fahrzeitmin.) und (2.) auch innerhalb der nächsten 7 Kalendertage Behandlungskapazitäten für diese Patienten zur Verfügung haben. Dies dient der Sicherstellung der ambulanten Versorgung der Patienten und damit der Patientensicherheit.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<p>Ersteinschätzung den durch das Ersteinschätzungsinstrument vorgeschlagenen Ressourcenbedarf und das vorgeschlagene medizinisch vertretbare Zeitfenster bis zur F. Behandlung in einer Partnerpraxis prüft (Aufwand zu hoch).</p>		
	15	<p><b>§ 3 Anforderungen an ein Ersteinschätzungsinstrument</b></p>	<p>(1) trotz niedriger Behandlungsdringlichkeit kann Indikation zur stationären Behandlung bestehen.</p> <p>(2) Für aktuelle Umsetzung zu hoher personeller Ressourcenbedarf (s.o.) andererseits ist</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; bzgl. (2) schlägt BE C vor, bei der Frage des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs im Zweifelsfall ärztliches Personal hinzuzuziehen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag. Die Aufnahme eines Patienten</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>die Prüfung auf Weiterleitung nicht nur auf Basis einer schriftlichen Dokumentation möglich und jeder Patient muss ärztlich gesehen und beurteilt werden. Aufwand zu hoch -&gt; dann kann gleich abschließend behandelt werden</p>	<p>mit geringer Behandlungsdringlichkeit „über die Notaufnahme“ erscheint vor dem Hintergrund überfüllter Notaufnahmen nicht zielführend. Die Kritik zu Absatz 2 ist widersprüchlich. Zum einen wird behauptet, dass zu wenig Personal vorhanden ist um die Erforderlichkeit weiterer Diagnostik festzulegen andererseits möchte man jeden Patienten ärztlich beurteilen und Patienten mit geringer Dringlichkeit aufnehmen.</p>	
DGINA	16	§ 1 Absatz 1	<p>Nach den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern sind validierte Systeme zu Ersteinschätzung vorzuhalten. Die in Deutschland meist genutzten Systeme sind das Manchester Triage System (MTS) und der EmergencySeverity Index</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Fundamentalkritik. Kein konkreter Regelungsvorschlag.</p>	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd · Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<p>(ESI). Beide Systeme legen die Behandlungsdringlichkeit von Notfallpatienten fest und geben die maximale Zeit bis zumArztkontakt vor.</p> <p>Die „Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden“ 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. Zur Umsetzung des §1 (1) ist eine wissenschaftliche Validierung von Ersteinschätzungssystemen</p>		

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			hinsichtlich der kombinierten Kriterien Behandlungsdringlichkeit und Versorgungsebene auf der Basis definierter Leistungsspektren aller Versorgungsebenen erforderlich.		
	17	<b>§ 1 Absatz 2</b>	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	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme. Gemäß § 120 Abs. 3b S. 3 SGB V setzt eine Vergütung zur Behandlung ambulanter Notfälle im Krankenhaus voraus, dass mittels Ersteinschätzung gem. § 120 Abs. 3b SGB V ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde. <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag. Das Gesetz sieht gemäß § 120 Abs. 3b S. 4 SGB V vor, dass die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Abs. 1 S. 2 im Krankenhaus ab Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses zur Ersteinschätzungsrichtlinie	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>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>die Feststellung eines sofortigen Behandlungsbedarfs bei der Durchführung der Ersteinschätzung nach dieser Richtlinie voraussetzt. Der Entwurf A setzt diese gesetzliche Regelung um. Hier tritt erneut die oben schon adressierte Widersprüchlichkeit zwischen personeller Ressourcenknappheit und dem Wunsch jeden Patienten unabhängig von der Dringlichkeit fallabschließend im Krankenhaus zu behandeln.</p>	
	18	<b>§ 2 Absatz 1</b>	<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</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag.  Wie in den Tragenden Gründen zum Entwurf A dargestellt, stellt die Regelung von 30 PKW-Fahrzeitminuten ein bereits in anderen Regelungen des G-</p>	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			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.	BA erprobtes und etabliertes Kriterium für die zumutbare Erreichbarkeit von Krankenhäusern für Hilfesuchende dar.	
	19	<b>§ 2 Absatz 3</b>	Ersteinschätzung innerhalb von 10 Minuten ist richtig. 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 diese Patienten ist eine Weiterleitung nicht sinnvoll.	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Hinweis: vgl. § 3 Abs. 2 b: Für Patienten mit Dringlichkeitsstufe 1 und 2 entfällt die Überprüfung auf ambulante Behandelbarkeit und ggf. Weiterleitung. Dies umfassend regelhaft Patienten, bei denen der Rettungsdienst bereits eine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit festgestellt hat (vgl. TG 2.2.2, S. 5).	<b>GKV-SV:</b> nein
	20	<b>§ 2 Absatz 4</b>	Insgesamt sind die Anforderungen an die ersteinschätzende Kraft sehr hoch.	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme.	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<p>4 a. Bei ersteinschätzenden Pflegekräften mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ ist die zweijährige Berufserfahrung per se gegeben.</p> <p>4 b. Schulung in der Anwendung des verwendeten Ersteinschätzungsinstrument es ist unabdingbar. Der Schulungserfolg muss überprüfbar sein.</p> <p>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.</p> <p>Anforderung an ersteinschätzende Kraft:</p> <p>Notfallmedizinisch qualifizierter Gesundheitsberuf (idealerweise Notfallpflege) mit mindestens 2-jähriger</p>		

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			Erfahrung in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin in einer zentralen Notaufnahme. Die Schulung in der Anwendung des verwendeten Ersteinschätzungsinstrument es ist unabdingbar. Der Schulungserfolg muss überprüfbar sein.		
	21	<b>§ 2 Absatz 5</b>	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	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; per 31.12.2021 sind lt. Ärztet Statistik der Bundesärztekammer 119 Ärzte mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügbar.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Die Qualifikation der Ersteinschätzung sollte nicht unbelegten Machbarkeitsüberlegungen unterworfen werden.</p>	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			Notaufnahme“ gefordert werden.		
	22	<b>§ 3 Absatz 1</b>	<p>1 a. Zustimmung</p> <p>1 b. Zustimmung</p> <p>1 c. Die Ermittlung der Behandlungsdringlichkeit in einem 5-stufigen System ist nachvollziehbar, wenn dies auf der Basis von MTS oder ESI 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.</p> <p>1 d. Der komplette Abschnitt 1 d. ist abzulehnen und in dieser Form nicht begründbar</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Studienergebnisse für ein Instrument des Ersteinschätzungsverfahrens mit den Dimensionen „Behandlungsdringlichkeit“ und „Versorgungsebene“ werden für das Jahr 2023 erwartet.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Hinweis zur Anmerkung zu 1d: § 120 Abs. 3b S. 3 Nr. 5 SGB V sieht explizit vor, dass die vom G-BA zu beschließende Ersteinschätzungs-Richtlinie auch das Nähere zur Weiterleitung</p>	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>und gefährdet die Patientensicherheit.</p> <p>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.</p> <p>Für die Festlegung einer Zeitspanne, innerhalb der sich ein Patient nach Ersteinschätzung und Festlegung der Versorgungsebene „Partnerpraxis“ unter</p>	<p>von Patienten an Notdienstpraxen und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren regeln soll. Diesem gesetzlichen Auftrag kommt Entwurf A nach.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung; „Partnerpraxen“ können neben vielen anderen regionalen Organisationsformen der Kooperation eine regionale Möglichkeit darstellen; die TSS ist ein niedrigschwelliges Angebot des KV-Systems zeitnah Termine in der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stellen und</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>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.</p> <p>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.</p> <p>1 e. Eine Empfehlung zum voraussichtlichen Ressourcenbedarf kann durch das System, nur auf Basis der Ersteinschätzung, schwerlich getätigt werden. Die Abschätzung der</p>	<p>kann regelmäßig direkt durch die Patienten, aber auch vom Krankenhaus gebucht werden.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<p>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.</p> <p>1 f. – g. Zustimmung. Dokumentation und Information sind Voraussetzung.</p>		
	23	<b>§ 3 Absatz 2</b>	<p>2 c. Eine Priorisierung der Notdienstpraxis im Krankenhaus /in der Notaufnahme gegenüber einer entfernten Partnerpraxis ist richtig. Letztlich erübrigt sich die Differenzierung, da es für die gefahrlose Weiterleitung in</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>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</p>	<p><b>KBV:</b> Zur „Partnerpraxis“ s.o.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Wie in den Tragenden Gründen zum Entwurf A dargestellt, stellt die Regelung von 30 PKW-Fahrzeitminuten ein in der G-BA Regelung für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 SGB V erprobtes und etabliertes Kriterium für die zumutbare Erreichbarkeit eines Krankenhausstandortes für Hilfesuchende.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<p>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>		
	24	<b>§ 4 Absatz 1</b>	<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><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; eine 24/7-Abdeckung für jede benannte Fachrichtung entspricht nicht den Anforderungen an eine Notdienstversorgung; dort, wo sie aufgrund von speziellen Kenntnissen notwendig ist (z.B. Augenheilkunde) erfolgt dies bereits durch einen gesonderten Notdienst.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<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 Klinken 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</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag. Der Sicherstellungsauftrag der KV gilt auch in den sprechstundenfreien Zeiten und am Wochenende.</p> <p>Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass der Notdienst auch zu den sprechstundenfreien Zeiten eine ambulante Versorgung gewährleisten soll, wenn diese unter medizinischen Gesichtspunkten dringend benötigt wird. Die Versorgung im Notdienst zielt jedoch nicht darauf ab, dass 24/7 das gesamte Spektrum der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung stehen soll. Im Regelfall sollen die Patienten bei ambulantem Behandlungsbedarf einen Vertragsarzt zu den Sprechstundenzeiten in Anspruch nehmen. Die Daten der vertragsärztlichen Abrechnung belegen, dass dies in weiten Teilen auch der</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<p>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 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>	<p>tatsächlichen Inanspruchnahme entspricht.</p> <p>Besteht ein ambulanter Behandlungsbedarf der jedoch nicht unmittelbar erbracht werden muss, sollen Patienten künftig direkt in der Notfallaufnahme einen Termin über die TSS und dadurch eine verbindliche Behandlungsalternative erhalten.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
	25	§ 5	<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>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag. Der Ergebnisbericht der Ersteinschätzung muss gespeichert werden. Es handelt sich dabei nicht zwingend um „stationäre“ Krankenakte.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Änderung des § 5 S.1 wie folgt:  „Der Ergebnisbericht der Ersteinschätzung nach § 3 Absatz 1 Buchst. f ist <b>in der Patientenakte im elektronischen Krankenhausinformationssystem (KIS) vom Krankenhaus zu speichern. Nach Einwilligung der Patientin oder des Patienten kann der Ergebnisbericht anschließend in die patientengeführte elektronische Patientenakte (ePA) übernommen werden.</b>“</p>
	26	§ 6 Absatz 1	<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</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag. Fundamentalkritik.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>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>		
	27	<b>§ 6 Absätze 2 und 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</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; die quartals-weise Erhebung ist mit dem Rhythmus und der Definition von KV-Abrechnungen konform.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Eine monatliche Datenübermittlung würde unnötig hohe bürokratische</p>	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>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>	<p>Aufwände verursachen und widerspricht der Abrechnungsorganisation im KV-System, das auf Quartalsfälle ausgerichtet ist.</p>	
	28	§ 7	<p>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 weiterbestehen. Im Grunde gibt es dann auch keine Grundlage für die pflegerischen und ärztlichen Personalvorgaben zur Ersteinschätzung mehr, so</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Wenn das Ersteinschätzungsinstrument die Anforderungen nicht erfüllt, ist eine Teilnahme an der ambulanten Notfallversorgung ausgeschlossen. Ein Vergütungsanspruch besteht entsprechend nicht.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>dass die komplette Richtlinie ausgesetzt werden sollte.</p> <p>- 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.</p> <p>Haftungsfragen sind unter verschiedenen Perspektiven nicht abschließend geklärt.</p> <p>Wenn mehr als ein Ersteinschätzungssystem die Anforderungen erfüllt, können dann mehrere Systeme nebeneinander existieren? Wer trifft die</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Ersteinschätzung erfolgt im Krankenhaus und in Verantwortung des Krankenhauses</p>	

Inst. / Org.	Lfd. · Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<p>Auswahl? Ist die Anforderung an ein einheitliches System über die Sektoren hinweg damit noch zu gewährleisten (und ist es überhaupt möglich und nötig)?</p> <p>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 Weiterentwicklungsmöglichk</p>		

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<p>eit blockiert wird und die Patienten nicht an den neuesten medizinischen Entwicklungen, wie z.B. im Leitlinienprozess seit Jahren etabliert, profitieren können.</p>		
DGPM	29	<p>Wir regen an, Beschlusentwurf A in § 4 Abs. 2 Satz 3 um den Buchstaben „n. Psychosomatische Medizin“; zu ergänzen</p>	<p>In den Beschlusentwürfen 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>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme und Aufnahme des Regelungsvorschlags</p>	<p><b>GKV-SV:</b> § 4 Abs. 2 S. 4 wird wie folgt ergänzt: „ n. Psychosomatische Medizin“</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
DGNI	30	<p>Der Entwurf A stellt insgesamt die am weitest reichenden Anforderungen an die Ersteinschätzung und die Weiterversorgung dar.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag.</p> <p>Entwurf A regelt im § 3 Abs. 1 b explizit, dass das EES-Instrument alle in der Akut- und Notfallmedizin auftretenden Behandlungsanlässe abbilden muss. Dies umfasst auch neuro-logische Symptome und Behandlungsanlässe, die in der Akut- und Notfallmedizin relevant sind.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			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).		
	31	2. Der Entwurf sieht zur Absicherung des Ersteinschätzungsinstrument es 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.	<p>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.</p> <p>b. eine Umsetzung in der Fläche insbesondere für</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Die Qualifikation der Ersteinschätzung sollte nicht unbelegten Machbarkeitsüberlegungen unterworfen werden.</p>	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>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.</p> <p>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,</p>		

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			Absatz 2 (e)) den Umfang einer Bestätigung des Ersteinschätzungsinstruments . Sie stellen bereits eine ambulante Behandlung dar.		
	32	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	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme und Aufnahme der Anregung zur Erweiterung der im Entwurf A genannten Facharztgruppen.</p> <p>Hinweis: Wenn die EES eines Patienten mit neurologischen Symptomen im Ergebnis eine zeitnahe ambulante neurologische Behandlung empfiehlt, diese aber aufgrund fehlender vertragsärztlicher Behandlungskapazitäten im Umfeld des KH-Standortes nicht möglich ist, sieht Entwurf A die Möglichkeit vor, dass diese Patient dann in der ZNA behandelt werden kann (vgl. § 3 Abs. 2 f).</p>	<p><b>GKV-SV:</b> § 4 Abs. 2 S. 4 wird wie folgt ergänzt: „ o. Neurologie“</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
			<p>angemessenen Zeitfenster zur Verfügung stehen.</p> <p>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.</p>		
DGPPN	33	Zusatzqualifikation stellt Hürde dar	Vor dem Hintergrund akuten ärztlichen Personalmangels in den psychiatrischen Kliniken ist die Bedingung einer Zusatzqualifikation der beteiligten Fachärzte in Klinische Notfall- und	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Die Qualifikation der Ersteinschätzung sollte nicht unbelegten Machbarkeitsüberlegungen	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			<p>Akutmedizin eine unangebrachte hohe Umsetzungshürde, siehe hierzu auch die Ausführungen zur Ersteinschätzung.</p>	<p>unterworfen werden. Im Übrigen sind psychiatrische Notfallpatienten oft schwer somatisch erkrankt: „Die gründliche somatische Diagnostik ist auch deshalb wichtig, weil viele Notfälle, die primär als psychiatrisch imponieren, eine organische Ursache haben (z.B. schwere Erregungszustände bei Hypoglykämie). Die Zahlen schwanken zwischen den Untersuchungen stark zwischen 2,5% und 63% (Henneman et al., 1994; Janofsky &amp; Tamburello, 2006; Ziegenbein et al., 2006). Umgekehrt kann eine psychiatrische Ursache zu lebensbedrohlichen organmedizinischen Störungen führen (z.B. perniziöse Katatonie oder Malignes Neuroleptisches Syndrom)“ (Leitlinie S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“)</p>	
	34	Ersteinschätzungsinstrument muss psychische	Notwendig ist die Sicherstellung, dass in Allgemeinkrankenhäusern	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		Erkrankungen und Symptome erfassen	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).	<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag.</p> <p>Entwurf A regelt im § 3 Abs. 1 b explizit, dass das EES-Instrument alle in der Akut- und Notfallmedizin auftretenden Behandlungsanlässe abbilden muss. Dies umfasst auch psychische Erkrankungen und Behandlungsanlässe, die in der Akut- und Notfallmedizin relevant sind.</p>	<b>GKV-SV:</b> nein
DGKJ	35	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.		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme und Aufnahme der Anregung.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Tragenden Gründe zu Entwurf A werden wie folgt geändert:</p> <p>Kap. 2.3.1 auf Seite 7</p> <p>Buchstabe b</p> <p>„Das Einschätzungsverfahren muss so viele Leitsymptome oder Gründe für die Inanspruchnahme der Notaufnahme wie möglich digital abbilden. <b>Dabei</b></p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
					<p>müssen die spezifischen Belange von Kindern und Jugendlichen sowie die spezifischen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden. 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. (...)“</p>
<p><b>Prof. Dr. med. Christoph Dodt</b></p>	<p>36</p>	<p><b>§ 1 Absatz 1</b> 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</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>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.</p>			
	37	<p><b>§ 1 Absatz 2</b> Dieses neue Ersteinschätzungstool soll als Kernkriterium einen sofortigen Behandlungsbedarf feststellen. Liegt dieser nicht vor, soll der Patient in eine Vertragsarztpraxis gesandt werden.</p>	<p>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</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; das Kriterium der „sofortigen Behandlungsbedürftigkeit“ wird vom Gesetzgeber in § 120 Abs. 3b S. 3 SGB V vorgegeben. <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag. Das Gesetz sieht gemäß § 120 Abs. 3b S. 4 SGB V vor, dass die Vergütung ambulanter Leistungen zur Behandlung von Notfällen nach § 76 Abs. 1 S. 2 im Krankenhaus ab Inkrafttreten des G-BA-</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
			eines Gesundheitszustandes und andere.	<p>Beschlusses zur Ersteinschätzungsrichtlinie die Fest-stellung eines sofortigen Behandlungsbedarfs bei der Durchführung der Ersteinschätzung nach dieser Richtlinie voraussetzt. Der Entwurf A setzt diese gesetzliche Regelung um</p> <p>Zudem berücksichtigt der Entwurf A explizit (1.) die Verfügbarkeit vertragsärztlicher Versorgungsangebote im 30 PKW-Fahrzeit-Min.-Radius um den KH-Standort und (2.) die Verfügbarkeit von freien Behandlungskapazitäten innerhalb von 7 Kalendertagen nach EES (vgl. § 2 Abs. 1).</p>	
	38	<p><b>§ 2</b> Ad1) Eine Weiterverweisung an vertragsärztliche Ressourcen außerhalb des Krankenhausareals ist bisher durch ein validiertes Ersteinschätzungstool nicht</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag. Im weiteren Prozess kann keine</p>	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
		<p>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</p>		<p>Berücksichtigung bestimmter Qualifikationen und eine Übergangsfrist erforderlich werden</p> <p>Aktuell werden rd. 100.000 Patienten jährlich in der Notaufnahme abgewiesen. Dies kann den Abrechnungsstatistiken für die Abklärungspauschale entnommen werden. Ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren kann die Rechtssicherheit der Entscheidungen hier lediglich erhöhen. Auf die inhaltliche Begrenzung des Versorgungsauftrags in der Notfallbehandlung auf eine Notfallversorgung von Hilfesuchenden im engeren Sinne weist u.a. auch Hr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a.D., hin (vgl. Dt. Ärzteblatt vom 13.06.2022: „Die Notfallbehandlung ist nach der Rechtsprechung des BSG</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>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)</p>		<p>auf die Akutversorgung im engeren Sinne be-grenzt“)</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
		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.			
	39	<p><b>§ 3</b> 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</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag.</p> <p>Die ärztliche Supervision und Letztverantwortung für die Entscheidung zur Behandlung eines Hilfesuchenden in der Notaufnahme eines Krankenhauses oder aber der strukturierten Weiterleitung eines Hilfesuchenden in die vertragsärztliche Versorgung ist im Entwurf A geregelt. Die Arztentscheidung wird durch das Ersteinschätzungsinstrument lediglich unterstützt. Gegenüber der derzeitigen</p>	<b>GKV-SV:</b> nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>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</p>		<p>Situation ergibt sich daher keine grundsätzlich andere Rechtslage. Im Gegenteil wird durch die Unterstützung der Arztentscheidung mittels einen validierten standardisierten Entscheidungsunterstützungsystems die Qualität bundeseinheitlich gesichert und die Patientensicherheit erhöht. Aktuell werden rd. 100.000 Patienten jährlich in der Notaufnahme abgewiesen ohne, dass ein standardisiertes Ersteinschätzungsinstrument vorliegt.</p> <p>Hierzu auch folgender Hinweis auf die Tragenden Gründe 2.3.2 (a): Die EES-Fachkraft sowie die Fachärzte können von der Empfehlung des EES abweichen in begründeten Fällen. Die Abweichungen sind zu begründen und auch zur Qualitätssicherung des EES-Instruments zu dokumentieren.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
		<p>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.</p> <p>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</p>		<p>Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist verwirrend einerseits eine Überlastung der Notaufnahme zu beklagen und andererseits die Weiterleitung in die vertragsärztlichen Versorgung durch Kasuistiken zu problematisieren</p> <p>Das genannte elaborate Beispiel eigentlich das Gegenteil, weil die Minderung eines Reflexes keine notfallmäßige Schnittbilddiagnostik im Krankenhaus begründet. Vielmehr liegt nahe, dass die Einweisung in Krankenhaus in Folge zu einer Operation (mit grenzwertiger Indikation) führen wird die im ambulanten Bereich hätte vermieden werden können. Darüber hinaus stellt sich vor dem Hintergrund überlasteter Notaufnahme die Frage ob diese nun zusätzlich für ambulante Schnittbilddiagnostik</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
		<p>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</p>		<p>ambulant behandelbaren bandscheibenbedingten Erkrankungen genutzt werden sollten.</p> <p>Gleiches gilt für die Untersuchung aller Halsschmerzen in der Notaufnahme eines Krankenhauses. Wenn die Notaufnahme überlastet sind können sie nicht auch noch Halschmerzpatienten untersuchen. Ohne Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung wird die derzeitige Situation verschlimmert, weil kein Anreiz besteht die vertragsärztliche Versorgung aufzusuchen. Hintergrund der gesetzlichen Regelung ist es gerade, ambulante Fälle, die aufgrund der geringen Fall-schwere keine ambulante Behandlung im Krankenhaus benötigen, in die ambulante Ver-sorgung weiterzuleiten. Eine Versorgung im Krankenhaus wäre in diesen Fällen unwirtschaftlich. Ein Patient mit Hals-schmerzen</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
		<p>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,</p>		<p>kann sich vertrauensvoll an seinen Hausarzt wenden.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>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</p>			

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
		<p>Partnerpraxis von der Notaufnahme sind dem Beispielpatienten Schmerzen nicht zeitnah gelindert und unnötiger Aufwand evoziert worden.</p> <p>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.</p> <p>Als Beispiel nenne ich einen Patienten mit Halsschmerzen,</p>			

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>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</p>			

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
		und Behandlung wie bereits im Krankenhaus geschehen. Das ist ineffizient.			
	40	<p><b>§ 4</b>  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 Transport-möglichkeiten selbst besser als das Krankenhaus.</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag.</p> <p>§ 120 Abs. 3b S. 3 Nr. 5 SGB V sieht explizit vor, dass die vom G-BA zu beschließende Richtlinie auch das Nähere zur Weiterleitung von Patienten an Notdienstpraxen und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und medizinische Versorgungszentren regeln soll. Diesem gesetzlichen Auftrag kommt Entwurf A nach. Des Weiteren ist ein standardisiertes EES-System gefordert, so dass auch die Weiterleitung von Patienten in die vertragsärztliche Versorgung strukturiert, standardisiert und qualitätsgesichert ablaufen sollte. Dies wäre nicht</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
				gegeben, wenn sich die Patienten selbst um Termine kümmern müssten. Ziel ist es dem Patienten eine verbindliche Behandlungsperspektive anzubieten.	
	41	<p><b>§5</b> Es bleibt unklar, warum Patienten, die auf Grund der Ersteinschätzung an eine Partnerpraxis weiter-geleitet 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.</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag. Der Ergebnisbericht der Ersteinschätzung muss gespeichert werden. Es handelt sich dabei nicht zwingend um „stationäre“ Krankenakte.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Änderung des § 5 S.1 wie folgt: „Der Ergebnisbericht der Ersteinschätzung nach § 3 Absatz 1 Buchst. f ist <b>in der Patientenakte im elektronischen Krankenhausinformationssystem (KIS) vom Krankenhaus zu speichern. Nach Einwilligung der Patientin oder des Patienten kann der Ergebnisbericht anschließend in die patientengeführte elektronische Patientenakte (ePA) übernommen werden.</b>“</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
	42	<p><b>§ 6</b> 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,</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Entwurf A sieht die Möglichkeit vor, dass die EES-Fachkraft so-wie auch der Facharzt im Hintergrund in begründeten Fällen von der medizinischen EES-Empfehlung des EES-Instruments abweichen können. Dies muss begründet und dokumentiert werden. So können soziale Faktoren, wie</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
		<p>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)</p> <p>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.</p>		<p>die hier beschriebenen, in Einzelfällen Berücksichtigung finden, sofern sie begründet sind und die Begründung dokumentiert wird. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung richtet sich nach medizinischen Gesichtspunkten im Einzelfall. Siehe auch „Fest steht nach dem Wortlaut nur, dass der Aufenthalt im Krankenhaus einem Behandlungszweck dienen muss und die Krankenkasse deshalb nicht leistungspflichtig ist, wenn der Patient aktuell keiner ärztlichen Behandlung (mehr) bedarf, sondern aus anderen Gründen, etwa wegen Hilflosigkeit, Pflegebedürftigkeit, zur Verwahrung oder zum Schutz der Öffentlichkeit, im Krankenhaus behalten oder dort untergebracht wird (ständige Rechtsprechung des BSG; siehe zuletzt BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 4</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
				<p>RdNr. 13 m.w.N.; zum früheren Recht der RVO: BSGE 47, 83, 85 f = SozR 2200 § 216 Nr. 2 S 3 f; BSGE 59, 116 = SozR 2200 § 184 Nr. 27; BSG SozR 2200 § 184 Nr. 22 S 32 f und Nr. 28 S 41 ff). Davon geht auch der 3. Senat ausdrücklich aus (Beschluss vom 3. August 2006 - B 3 KR 1/06 S - Umdruck RdNr. 5 und 8).“ Az.: GS 1/06 )</p> <p>Im Übrigen umfasst der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung auch die Versorgung sozial benachteiligter Patientengruppen.</p>	
Prof. Dr. Sabine Blaschke	43	<p><b>§1 Ziel der Regelung</b>  Vorgaben für den Kreis der Notfallpatienten, die der Ersteinschätzung unterliegen sollen, fehlen:  insbes.  - Vorgaben für Notfallpatient*innen, die mit dem Rettungsdienst eingewiesen werden</p>	<p>Durch den qualifizierten Rettungsdienst erfolgt bereits präklinisch eine Ersteinschätzung; unter dem Primat der Patientensicherheit ist daher eine sekundäre Weiterleitung in eine Partnerpraxis inadäquat. Das implementierte Ersteinschätzungsinstrument</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme.  Der Regelungsentwurf des GKV-Spitzenverbandes (Entwurf A) sieht grundsätzlich die Ersteinschätzung aller Hilfesuchenden vor, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen bzw. dorthin gebracht werden. Patientinnen und</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Änderung von § 2 im Entwurf A wie folgt:  § 2 Absatz 1 (neu):  <b>„Alle Krankenhäuser, die ambulante Notfälle nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V behandeln, haben die Ersteinschätzung nach § 120 Abs. 3b SGB V verbindlich durchzuführen.“</b></p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- -Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser</li> <li>G. oder Einrichtungen, die das Modul Kindernotfallversorgung oder das Modul Spezialversorgung erfüllen</li> </ul>	muss die hierfür erforderlichen fachspezifischen Anforderungen erfüllen.	<p>Patienten, bei denen der Rettungsdienst bereits 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. Die Ersteinschätzung erfolgt dann durch die Pflegekräfte der Notaufnahme im Schockraum. Diese Patientinnen und Patienten erhalten der Natur nach die Dringlichkeitsstufe 1 oder 2 (vgl. TG 2.2.3, S. 5). Alle anderen Patientinnen und Patienten durchlaufen das Ersteinschätzungsverfahren zur sachgerechten Feststellung der Behandlungsdringlichkeit und Empfehlung der</p>	

Inst. / Org.	Lfd · Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
				<p>erforderlichen Versorgungsstufe.</p> <p>Der Entwurf A sieht weiterhin vor, dass alle Krankenhäuser, die ambulante Notfälle nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V behandeln, die Ersteinschätzung nach § 120 Abs. 3b SGB V verbindlich durchzuführen haben. Hierzu erfolgt eine Klarstellung im Entwurf A. Weitere Ausnahmen sind explizit nicht vorgesehen. Es geht um die Entwicklung eines einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsinstrumentes. Daher sind Ausnahmen nicht zielführend. Darüber hinaus wird jeder Patient der sich im Krankenhaus vorstellt eingeschätzt. Das Ersteinschätzungsinstrument soll digital zur Verfügung stehen, den Prozess vereinfachen und die Entscheidungsfindung unterstützen.</p>	

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
	44	<p><b>§6 Qualitätssicherung</b>            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)</p>	<p>Die Qualitätssicherung des Ersteinschätzungs-verfahrens beinhaltet angegebenen die notfallmedizinischen technischen und 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.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme.            Der Regelungsentwurf A legt in § 6 Abs. 1 die Qualitätsanforderungen fest, die ein Ersteinschätzungsinstrument mindestens erfüllen muss, um als Ersteinschätzungsinstrument nach der Regelung des G-BA gemäß § 120 Abs. 3b SGB V gelten zu können. Der Regelungsentwurf definiert jedoch keine spezifische IT-Anwendung für eine Ersteinschätzung, weshalb die Qualitätsanforderungen allgemeiner beschrieben werden müssen.            Die Qualitätsanforderungen an das digitale Ersteinschätzungsinstrument zur Unterstützung der Ersteinschätzung nach den gesetzlichen Vorgaben gemäß § 120 Abs. 3b SGB V sind in den Tragenden Gründen zum Entwurf A näher beschrieben. U.a. werden dort die</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
				wissenschaftliche Evidenz des Ersteinschätzungsinstruments , die kontinuierliche Aktualisierung der Inhalte, Methoden zur Qualitätssicherung und Berücksichtigung unerwünschter Ereignisse als Qualitätsanforderungen beschrieben.	
	45	<b>§7 Evaluation</b> Die Einbeziehung des IQTIG als Datenannahmestelle für die Evaluation des Ersteinschätzungsinstruments ist sinnvoll.	Die Bewertung des Ersteinschätzungsverfahrens in Bezug auf die Inanspruchnahme der Notaufnahmen und der vertragsärztlichen Ebene sowie der Auswirkungen auf die Patienten-versorgung kann durch eine unabhängige Einrichtung am besten gewährleistet werden.	<b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme	<b>GKV-SV:</b> Nein

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf

**Entwurf B**

<p><b>Dt. Netzwerk Ersteinschätzung</b></p>	<p>1</p>	<p><b>§ 1 Absatz 2</b>  Die Ersteinschätzung muss bei allen Patienten vorgenommen werden.  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.  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:  <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>  und die Ausgestaltung der Weiterleitung (bzw. wie in meiner anderen Stellungnahme besser genannt: Versorgungssteuerung).  Zur Frage der Notwendigkeit auch bei Vorliegen einer Einweisung die Behandlungsdringlichkeit zu überprüfen siehe Bernhard Validität von Einweisungsdiagnosen – hier</p>	<p><b>DKG:</b> Die formulierten Ausnahmen nehmen spezialisierte Einrichtungen von den Regelungen zur Ersteinschätzung im Sinne einer Weiterleitungsentscheidung optional bzw. verbindlich aus. Die Notwendigkeit der Durchführung einer Ersteinschätzung im Sinne einer Priorisierung bleibt davon unberührt.  Der Begriff der Ersteinschätzung im Kontext der Weiterleitung stammt aus dem Regelungsauftrag §120 Abs. 3b SGB V.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p>
---	----------	---	---	---	-------------------------

			besonders wichtig die finale Schlussfolgerung!		
	2	<b>§ 1 Absatz 3</b> 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).	Die Pädiatrien in Deutschland, Österreich und den Niederlanden arbeiten sehr erfolgreich zusammen in der Anwendung des MTS als Steuerungsinstrument in der Pädiatrischen Notaufnahme.	<b>DKG:</b> Die formulierten Ausnahmen nehmen spezialisierte Einrichtungen von den Regelungen zur Ersteinschätzung im Sinne einer Weiterleitungsentscheidung optional bzw. verbindlich aus. Die Notwendigkeit der Durchführung einer Ersteinschätzung im Sinne einer Priorisierung bleibt davon unberührt. <b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> nein
	3	<b>§ 2 Absatz 1</b> Die Ersteinschätzung basiert auf der Situation des Patienten – nicht auf den lokal vorhandenen Möglichkeiten. Diese finden sich dann in der Versorgungssteuerung wieder!	Wieder die Vermengung der Begriffe...	<b>DKG:</b> Der Begriff der Ersteinschätzung im Kontext der Weiterleitung stammt aus dem Regelauftrag §120 Abs. 3b SGB V. Gemeint ist analog zum Gesetzauftrag eine Ersteinschätzung im Sinne einer Versorgungssteuerung. <b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> nein
	4	<b>§ 2 Absatz 2</b> Die Ersteinschätzung wird an der ZNA durchgeführt – nur so ist die Sicherheit vital gefährdeter Patienten gewährleistet. Außerdem	<i>„Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung. Alle</i>	<b>DKG:</b> Die Durchführung an einer ZNA ist selbstverständlich möglich. Der Regelauftrag nimmt nicht dazu Stellung, welche	<b>DKG:</b> nein

		verlangt der G-BA-Beschluss von 2018 es...	<i>Notfallpatienten des Krankenhauses erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.“</i>	konkreten Strukturenbezeichnungen hierfür infrage kommen. <b>KBV:</b> Kenntnisnahme	
	5	<p><b>§ 2 Absatz 3</b> Die Ersteinschätzung wird durch umfassend in Krankheitslehre und Krankenbeobachtung qualifiziertes Personal durchgeführt, das</p> <p>a) aus den Berufsgruppen mit dreijähriger Ausbildung „Pflegefachfrau/-mann“, „Notfallsanitäter“ oder „Medizinische Fachangestellte“ kommt,</p> <p>b) über eine mindestens 1jährigen Berufstätigkeit in der Notaufnahme verfügt,</p> <p>c) einen zertifizierten Lehrgang zum eingesetzten</p>	Es gibt mittlerweile keine ernsthafte 2jährige Ausbildung mehr – Rettungsassistenten werden nicht mehr ausgebildet und MFA werden mittlerweile auch 3jährig ausgebildet.	<p><b>DKG:</b> Die Regelung ist eine mindestens-Regelung. Ausbildungsberufe mit einer zweijährigen Ausbildung würden diese Qualifikationsanforderungen erfüllen.</p> <p>Mangels eines validierten und etablierten Ersteinschätzungsinstruments zum Zwecke einer Weiterleitung, um die es hier geht, kann es noch keine zertifizierten Lehrgänge geben.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<b>DKG:</b> nein

		<p>Ersteinschätzungssystem besucht hat,</p> <p>d) regelmäßig die geforderten Auffrischkurse besucht,</p> <p>e) in der Anwendung der IT-Unterstützung geschult ist,</p> <p>f) in der Nutzung der integrierten Versorgungssteuerung unterwiesen ist.</p> <p>Es muss eine regelmäßige Qualitätskontrolle nach Vorgaben des Ersteinschätzungssystems durch entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden.</p>			
	6	<p><b>§ 3 Absatz 1</b></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</p>		<p><b>DKG:</b> Der Begriff der Ersteinschätzung im Kontext der Weiterleitung stammt aus dem Regulationauftrag §120 Abs. 3b SGB V. Gemeint ist analog der Begrifflichkeit im Gesetzauftrag eine Ersteinschätzung zum Zwecke einer Versorgungssteuerung.</p>	<p><b>DKG:</b> Änderung „§ 3 (1) a. Es muss sowohl geeignet sein, lebensbedrohliche Zustände und abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe <del>zu</del> erkennen als auch Behandlungsanlässe mit geringerer Dringlichkeit <del>zu</del> identifizieren <b>zu lassen</b>. (...)“</p> <p>Das Ersteinschätzungsverfahren</p>

	<p>Dringlichkeitsstufen vorgesehen sind.</p> <p>a) Nicht das System erkennt, sondern der Anwender bei Durchführung der Ersteinschätzung – das IT-System unterstützt nur.</p> <p>b) CEDIS ist eine Option, die andere wäre ECDS</p> <p>c) Letzter Satz falsch, die Ersteinschätzung gem. §120 Abs 3b SGB V ist Grundlage des Vorgehens – nicht Bestandteil.</p>		<p>a) Der Einwand ist nachvollziehbar.</p> <p>b) Kenntnisnahme H. I.</p> <p>c) Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p>berücksichtigt bei der Zuweisung der Versorgungsebene zudem die Verfügbarkeit von Notdienstpraxen <b>und Partnerpraxen.</b></p> <p>(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 <b>oder Partnerpraxen</b> zur Verfügung steht. <b>Die Prüfung einer Verfügbarkeit von Partnerpraxen erfolgt unter Berücksichtigung von Fahrzeiten. Dabei orientiert sich das Krankenhaus an den Behandlungszeit-Zielen, 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</b></p>
--	--	--	---	--

					<p><del>weitergeleitet werden kann.</del> Ist eine verlässliche Weiterleitung aufgrund von fehlenden vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten nicht möglich, erfolgt die Behandlung im Krankenhaus.</p> <p><del>(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.</del></p> <p>(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</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>Gegebenheiten hierfür vorliegen und die Einwilligung der Patientin oder des Patienten hierfür vorliegt. Ansonsten erhält die Patientin oder der Patient die Informationen in Schriftform. <b>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.“</b></p> <p style="text-align: center;">J.</p>
	7	<b>§ 3 Absatz 2</b>	Genau so muss es laufen!	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN	<b>DKG:</b> nein
	8	<b>§ 4 Absatz 1</b> 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	Grundsätzlich Ersteinschätzung rund um die Uhr, auch sollte konsequent die Option zur möglichen Weiterleitung identifiziert, aber in zu vereinbarenden Zeiten ggf. nicht durchgeführt werden. Diese Ergebnisse sind statistisch hoch wichtig.	<b>DKG:</b> Diese Ausnahme von der Regelung bezieht sich wie oben bereits ausgeführt nicht auf die Ersteinschätzung zum Zwecke einer Behandlungspriorisierung.  Es wird aufgrund der Vorhaltekosten als nicht sachgerecht eingestuft, Strukturen in Zeiten aufrechtzuerhalten, in denen	<b>DKG:</b> nein

		<p>Versorgung. Nächsten Satz streichen <del>Die vorliegenden Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses finden daher in diesem Zeitraum keine Anwendung.</del></p>		<p>antizipierbar nicht viele Weiterleitungen stattfinden können. Die hohe Wichtigkeit statistischer Ergebnisse wird geteilt, steht aber nicht in Relation zu der Höhe der erwartbaren Vorhaltekosten.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	
	9	<p><b>Tragende Gründe</b> Ergänzend zu den bereits oben erwähnten Punkten hier noch ein paar Hinweise: Seite 3 zu 1.1 Absatz 3 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-</p>		<p><b>DKG:</b> Die SN ist als Zustimmung zum DKG-Regelungsentwurf (B) zu werten. Die Ausnahme für pädiatrische Einrichtungen folgt dabei genau dem Grundsatz, dass eine Weiterleitung vielerorts unwahrscheinlich ist. Einzelnen lokalen Begebenheiten mit funktionierenden Strukturen wird der Regelungsentwurf ebenfalls gerecht, da die Ausnahme als eine optionale Ausnahme formuliert ist.</p> <p><b>DKG: 10min-Regelung:</b> Der Zeitpunkt des Eintreffens eines Patienten ist nicht normenklar festlegbar. Ein Krankenhaus kann einen Patienten erst nachverfolgen</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p>

	<p>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 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> <p>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,</p>		<p>und einzuhaltende Zeiten „nachweisen“, wenn die Anmeldung erfolgt und eine Verankerung im IT-System erfolgt ist.</p> <p><b>DKG: <u>Wartezeiten in Notfallpraxen</u>:</b> Diese liegen nicht im Verantwortungsbereich des Krankenhauses. Für das Krankenhaus können daher nur Wegezeiten relevant sein, nicht der Zeitpunkt der tatsächlichen Behandlung.</p> <p><b>DKG: <u>Weiterleitung RTW-Patienten</u>:</b> Wie in den Tragenden Gründen ausgeführt, ist es Patienten nicht zumutbar, nach Eintreffen am Krankenhaus wieder weggeschickt zu werden. Optimierung etwaiger Ersteinschätzungsprozesse im Vorfeld des Eintreffens im Krankenhaus sind nicht Gegenstand des vorliegenden Regelungsauftrages an den G-BA, sondern vielmehr durch eine auch von der DKG</p>	
--	---	--	---	--

		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...		geforderten großen Notfallreform leistbar.  <u>Soziale Faktoren:</u> Kenntnisnahme der zustimmenden SN	
<b>DIVI</b>	10	<b>Allgemein</b>	<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> </ul>	<p><b>DKG:</b> Zustimmung zur SN, wurde im Konzept der DKG (B) weitestgehend berücksichtigt, entbindet den G-BA aber nicht von seinem Regelungsauftrag. Der vorliegende Beschlussentwurf hat das Ziel, vor dem Hintergrund eines fehlenden validierten Instruments weitestgehend umsetzbare Regelungen zu schaffen und den bürokratischen Aufwand so gering wie möglich zu halten. Allerdings ist ein bürokratischer Aufwand nicht zu vermeiden, da dem Regelungsauftrag immanent.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<b>DKG:</b> nein

			<ul style="list-style-type: none"> <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>		
	11	<b>§ 1 Ziel der Regelung</b>	<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</p>	<p><b>DKG:</b> (2), (3), (4) Kenntnisnahme der zustimmenden SN</p> <p>(1) Die Ersteinschätzung zum Zwecke einer Behandlungspriorisierung soll im Sinne der Patientensicherheit nicht gefährdet werden und in jedem</p>	<b>DKG:</b> nein

			<p>Notaufnahmen eine Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit erfahren (die beiden Ebenen Behandlungsdringlichkeit und die notwendige Versorgungsebene müssen auch unabhängig voneinander anwendbar sein). Systeme für die Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit (MTS, ESI) liegen vor, für Versorgungsebene nicht. A. (3) und (4) Herausnahme der Module „Pädiatrie“ und „Spezialversorgung“ ist sinnvoll</p>	<p>Fall angewandt werden. Eine Weiterleitungseinschätzung soll daher auf MTS, ESI aufbauen, diese nicht ersetzen.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	
12	<b>§ 2 Allgemeine Anforderungen</b>	<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</li> </ul>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<b>DKG:</b> nein	

			<p>NotfallpflegerInnen, allgemeiner Pflegemangel)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• es sollte eine mindestens 2-jährige Berufserfahrung in der klinischen Notfallversorgung vorliegen</li> <li>• regelmäßige Schulungen/Fortbildungen notwendig</li> </ul>		
	13	<b>§3 Spezifische Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung</b>	<p>(1) Berücksichtigung der Verfügbarkeit von vertragsärztlichen Notfallstrukturen ist sinnvoll.  (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.  (3) Prüfung der ambulanten vertragsärztlichen Behandlungsmöglichkeit bei Fällen mit Dringlichkeitsstufe 4 und 5 ist grundsätzlich</p>	<p><b>DKG:</b> (1) Kenntnisnahme der zustimmenden SN.  (2) Die Meinung, dass auch Pat. der Stufe (2-) 3 in vielen Fällen ambulant behandelt werden können, wird geteilt. Allerdings werden für diese Stufe fast ausnahmslos die Diagnose- und Therapiemöglichkeiten des Krankenhauses benötigt.    K.  (3) Kenntnisnahme der zustimmenden SN, deckt sich auch mit der allgemeinen Haltung der DKG zur</p>	<b>DKG:</b> nein

			<p>sinnvoll (Berücksichtigung von Transportwegen notwendig) Weiterleitung von Notfallpatient*innen des Rettungsdienstes, an vertragsärztliche Notfallstrukturen ist nicht realistisch bzw. pragmatisch.  (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</p>	<p>Notwendigkeit einer großen Notfallreform  L.  (4) Die SN ist nachvollziehbar. Daher erforderte im DKG-Konzept-Entwurf (B) eine Weiterleitung an vertragsärztliche Strukturen außerhalb des Klinikgeländes auch eine aufwandsarme und verlässliche Kapazitäten-Prüfung. Sofern diese nicht zur Verfügung steht, sah das DKG-Konzept (B) auch keine Weiterleitung vor. <i>(Allerdings wird im überarbeiteten Entwurf der DKG auf eine Weiterleitung an Partnerpraxen aus ganz generellen Erwägungen heraus verzichtet. (siehe Würdigung anderer SN)</i>  M.</p>	
--	--	--	---	--	--

		<p>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)</p> <p>(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.</p> <p>(5) Terminvereinbarung mit den ambulanten</p>	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme	
--	--	---	---------------------------	--

			<p>vertragsärztlichen Behandlungsstrukturen ist sinnvoll aber die Verfahren zur verbindlichen Weiterleitung in ambulante vertragsärztliche Angebote sehr ressourcenaufwändig (v.a. mit</p>		
14	<b>§ 4 Bereitstellung von Informationen durch die KV für die Weiterleitung</b>	<p>(1) vertragsärztlichen Notfallstrukturen (KV-Notfallpraxen und KV-Partnerpraxen) sollten bis 22 Uhr vorgehalten werden (gefolgt vom KV-Notdienst).  (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).</p>	<p><b>DKG:</b> Wie in den Tragenden Gründen zum DKG-Konzept (B) ausgeführt, 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.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Partnerpraxen können neben vielen anderen regionalen Organisationsformen der Kooperation eine regionale Möglichkeit darstellen.</p>	<b>DKG:</b> nein	

	15	<b>§ 5 Evaluation</b>	(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.	<b>DKG:</b> Der Einwand des SN ist plausibel. Der Gesetzgeber fordert im Regelungsauftrag eine Evaluation, äußert sich aber nicht zu einer Erstattung finanzieller Aufwände. Auch ist nicht davon auszugehen, dass der EBM die Evaluation abbildet, da es sich dabei nicht um eine ärztliche Leistung handelt.  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> <i>In der AG zu diskutieren</i>
<b>DGIN A</b>	16	<b>§ 1 Absatz 2</b>	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.	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN, der Regelungsentwurf der DKG (B) unterscheidet nicht zwischen verschiedenen Verordnern, sondern nimmt alle Pat. mit einer Verordnung für eine Krankenhausbehandlung von den Regelungen aus.  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> nein

17	<b>§ 1 Absätze 3 und 4</b>	<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>DKG:</b> Selbstverständlich werden die spezialisierten pädiatrischen Einrichtungen mit dem vorliegenden Regelungsentwurf nicht von einer Ersteinschätzung zur Behandlungspriorisierung ausgenommen. Vielmehr soll eine Ersteinschätzung zum Zwecke der Weiterleitung nicht zwingend erfolgen, die Gründe hierfür sind in den Tragenden Gründen benannt. Der Gesetzgeber hat das Verfahren zum Zwecke einer Weiterleitung Ersteinschätzung genannt. Dies darf nicht verwechselt werden.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<b>DKG:</b> nein
18	<b>§ 2 Absatz 3</b>	<p>Analog zur Stellungnahme in Entwurf A</p> <p>Anforderung an ersteinschätzende Kraft: Notfallmedizinisch qualifizierter Gesundheitsberuf (idealerweise Notfallpflege) mit mindestens 2-jähriger Erfahrung in der Klinischen Akut- und Notfallmedizin in</p>	<p><b>DKG:</b> Die Forderung einer zwingenden Vorhaltung der Expertise aus einer ZNA ist nicht schlüssig. Erfahrungen in der Ersteinschätzungen oder im Umgang von Notfall-Patienten auch außerhalb von ZNAs werden als ausreichend angesehen.</p>	<b>DKG:</b> nein

			einer zentralen Notaufnahme. Die Schulung in der Anwendung des verwendeten Ersteinschätzungsinstrument es ist unabdingbar. Der Schulungserfolg muss überprüfbar sein.	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme	
	19	<b>§ 3 Absatz 1</b>	a., b., c. stellen die aktuellen Anforderungen an Ersteinschätzungssysteme (ESI / MTS) dar. Eine Weiterleitung aufgrund dieser Ersteinschätzung in Partnerpraxen ist aufgrund fehlender wissenschaftlicher Evidenz nicht möglich. Siehe Kommentare in Entwurf A.	<b>DKG:</b> Zustimmung zur SN  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4, 5) „§ 2 (1) Die Ersteinschätzung ist unter Berücksichtigung der am Krankenhausstandort <del>und um das Krankenhaus (im Folgenden Partnerpraxen)</del> vorhandenen verfügbaren und für das Krankenhaus als verlässliche Information vorliegenden vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten zu treffen. <del>Partnerpraxen sind vertragsärztliche Praxen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen für ein bestimmtes Krankenhaus als „zuständig“ definiert werden. Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die hierzu notwendigen</del>

					<p><b>vertraglichen Vereinbarungen mit diesen Praxen.“</b></p> <p>§ 3 siehe Lfd. Nr. 6</p> <p><b>„ § 4 (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.</b></p> <p><b>(3) Die Kassenärztliche Vereinigung legen für das Krankenhaus zuständige vertragsärztliche Praxen</b></p>
--	--	--	--	--	--

					<p><b>(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:</b></p> <p>— Allgemeinmedizin — oder Innere — Medizin (hausärztliche Versorgung)</p> <p>— Orthopädie — und Unfallchirurgie</p>
--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> <li>— Allgemein Chirurgie</li> <li>— Gynäkologie und Geburtshilfe</li> <li>— Urologie</li> <li>— Augenheilkunde</li> <li>— Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde</li> <li>— Dermatologie</li> <li>— Neurologie</li> <li>— Pädiatrie</li> <li>— Psychiatrie</li> </ul> <p><b>(4) Für die Weiterleitung an eine Notdienstpraxis sind lediglich verlässliche Informationen zu deren Sprechstundenzeit bereitzustellen. Absatz 3 findet für diese keine Anwendung.“</b></p> <p>„ § 5 (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):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anzahl der durchgeführten</li> </ul>
--	--	--	--	--	--

					<p>Ersteinschätzungen im Sinne dieser Richtlinie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anzahl der in Notdienstpraxen weitergeleiteten Fälle</li> <li><del>– Anzahl der in Partnerpraxen weitergeleiteten Fälle</del></li> <li>– Anzahl der im Krankenhaus behandelten Fälle.</li> </ul> <p>Die Anzahl der im Krankenhaus behandelten Fälle werden zudem differenziert in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fälle, bei denen infolge der Anwendung von § 3 Absatz 2 ein unmittelbarer Krankenhausbehandlungsbedarf festgestellt wurde</li> <li>– Fälle, bei denen infolge der Anwendung von § 3 Absatz 3, eine Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung aufgrund fehlendem Versorgungsangebot nicht möglich war</li> <li><del>– Fälle, bei denen infolge der Anwendung § 3 Absatz 4</del></li> </ul>
--	--	--	--	--	---

					<p><del>eine Weiterleitung an eine Partnerpraxis</del> <del>nicht vertretbar war</del></p> <p>Fakultativ kann das Krankenhaus auch diejenigen Fälle übermitteln, die infolge der Anwendung von § 3 Absatz 3 <del>und 4</del> nach einer Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung zurück ans Krankenhaus verwiesen worden sind.</p>
	20	<b>§ 3 Absatz 2</b>	Die Berücksichtigung der Dringlichkeitsstufen 1-3 für eine Behandlung im Krankenhaus ist richtig und aus den Erfahrungen der Fachgesellschaft notwendig.	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<b>DKG:</b> nein
	21	<b>§ 3 Absatz 3</b>	Die Weiterleitung und Einhaltung von Behandlungszeiten auf Basis der Fahrzeitenregelung ist nicht tauglich. Siehe Kommentar in Entwurf A 2 d. Die Weiterleitung an eine Partnerpraxis, die innerhalb eines 30-Minuten-PKW-Fahrzeitenradius erfolgen soll, berücksichtigt nicht die Mobilität der Patienten. Kein PKW vorhanden, Fahrzeiten mit öffentlichen	<b>DKG:</b> Die SN ist plausibel. Da der Entwurf der DKG (B) dahingehend geändert wird, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, entfällt hier eine Anpassung.	<b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4, 5), siehe Lfd. Nrn. 6 und 19

			Verkehrsmitteln, Taxifahrt mit Kosten zu Lasten des Patienten oder der Klinik oder des Vertragsarztes? Krankentransport?	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme	
	22	<b>§ 3 Absatz 4</b>	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 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>DKG:</b> Zustimmung zur SN  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4, 5), siehe Lfd. Nrn. 6 und 19
	23	<b>§ 3 Absatz 5</b>	Siehe Kommentar in Entwurf A (Cloud Lösung) Eintrag in die elektronische Gesundheitsakte sinnvoll	<b>DKG:</b> Auch die DKG sieht diesen Ansatz als sinnvoll an, aufgrund vieler ungeklärter allgemeiner Fragen auf diesem Gebiet ist eine verpflichtende Festschreibung per RL aber nicht sinnvoll.	<b>DKG:</b> nein

				<b>KBV:</b> Kenntnisnahme	
	24	<b>§ 4 Absatz 1</b>	<p>Damit besteht für die KV keine umfassende Erfüllung des Sicherstellungsauftrages mehr.</p> <p>Sollte sich am Krankenhaus eine Notdienstpraxis mit 24/7 Verfügbarkeit befinden, so ist diese in die Versorgung einzubinden</p>	<p><b>DKG:</b> Wie in den Tragenden Gründen zum DKG-Konzept (B) ausgeführt, 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.</p> <p>Diese Regelung gilt ausweislich des Regelungstextes nur für den Fall, dass Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhaus nichts anderes vorsehen.</p> <p><b>KBV:</b> Ablehnung; der Sicherstellungs-auftrag kann, bzw. soll in Berücksichtigung der regionalen</p>	<b>DKG:</b> nein

				Gegebenheiten kooperativ wahrgenommen werden (§ 75b Abs. 1b Satz 3 SGB V). Die Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Notfallversorgung ist gesetzlich vorgesehen.	
	25	<b>§ 4 Absätze 2, 3 und 4</b>	<p>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.</p> <p>Darüber hinaus muss die KV Sorge tragen, dass neben der Verfügbarkeit auch die Versorgungsqualität und Strukturqualität gewährleistet ist.</p>	<p><b>DKG:</b> Zustimmung zur SN. Daher wurde der Regelungsentwurf auch in diesem Sinne formuliert. Da ein derartiges System aber absehbar noch nicht verfügbar ist und SN zum derzeitigen Zeitpunkt eine Weiterleitung außerhalb des Klinikgeländes aus nachvollziehbaren Gründen für nicht umsetzbar halten, wird eine Weiterleitung an Partnerpraxen im Entwurf der DKG (B) nicht mehr vorgesehen.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; das Ersteinschätzungssystem dient der Ersteinschätzung.</p> <p>Die Prüfung der Versorgungs- und Strukturqualität wird durch die KVen vorgenommen und sichergestellt.</p>	<b>DKG:</b> nein

	26	<b>§ 5 Absätze 1, 2 und 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>DKG:</b> Die SN ist nachvollziehbar. Leider beinhaltet der gesetzliche Regelungsauftrag aber nur Pflichten für Krankenhäuser, indem die Vergütung zukünftig an ein stattgefundenes Ersteinschätzungsverfahren zum Zwecke der Prüfung einer Weiterleitung geknüpft werden soll. Eine direkte Verpflichtung von KVen oder vertragsärztlichen Strukturen ergibt sich aus dem Gesetzesauftrag nicht.	<b>DKG:</b> nein
<b>DGPM</b>	27	Beschlussentwurf B in § 4 Abs. 3 Satz 3 um den Spiegelstrich „- Psychosomatische Medizin“; zu ergänzen.	In den Beschlussentwürfen ist das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin in den Praxen, in welchen die Patienten ambulant weiterversorgt werden sollen, nicht aufgeführt. Die Verfügbarkeit einer psychiatrischen Versorgung wird jedoch vorausgesetzt. Für diese Differenzierung ist ein sachlicher Grund nicht ersichtlich. Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist seit 1992 ein eigenständiges	<b>DKG:</b> Da der Regelungstext der DKG (B) dahingehend angepasst wird, dass eine Weiterleitung außerhalb des Klinikgeländes nicht vorgesehen wird, ist auch keine differenzierte Auflistung von Fachdisziplinen notwendig. <b>KBV:</b> Kenntnisaufnahme	<b>DKG:</b> nein

			Fachgebiet mit einer eigenen Facharztausbildung. Aus fachlicher Sicht ist es vielmehr geboten, dass auch eine psychosomatische Versorgung sichergestellt ist.		
<b>DGIN</b>	28	Der Entwurf B sieht eine automatische Behandlungsweiterleitung 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	<b>DKG:</b> Zustimmung zur SN. Eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes wird nicht mehr vertreten. Es wird davon ausgegangen, dass Patienten, die neurologische Symptome haben und nicht den Stufen 1-3 in der Behandlungspriorisierung zugeordnet werden, an die Notdienstpraxis vor Ort weitergeleitet werden können.  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4, 5), siehe Lfd. Nrn. 6 und 19, ansonsten keine Änderung.

			<p>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.</p>		
<b>DGPP N</b>	29	Ersteinschätzungsinstrument muss psychische Erkrankungen und Symptome erfassen	<p>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).</p>	<p><b>DKG:</b> Sowohl MTS als auch ESI decken psychiatrische Erkrankungen ab. Häuser, die nicht nach §136 einer Notfallstufe zugeordnet sind, nutzen diese nicht zwingend, sondern entscheiden hier ggf. individuell.</p> <p>Da das neu zu etablierende EE-Instrument die Vorgaben nach §136 mit enthalten soll (somit also MTS/ESI) und verbindlich für ALLE Häuser eingeführt wird, ist sichergestellt, dass auch Allgemeinkrankenhäuser ein EE-Instrument verwenden, das psychiatrische Erkrankungen miterfasst.</p>	<b>DKG:</b> nein

				<b>KBV:</b> Kenntnisnahme	
<b>dgni</b>	30	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.		<b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> nein
<b>Prof. Dr. med. Christ</b>	31	<b>§1</b> Ad 2) Das Ziel der Regelung sollte sein, dass alle Menschen, die eine Notaufnahme		<b>DKG:</b> 2) Da der Regelungsauftrag Behandlungen nach SGB V adressiert und die	<b>DKG:</b> nein

<p><b>oph</b> <b>Dodt</b></p>	<p>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 &amp;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</p>		<p>Ersteinschätzung als Voraussetzung für eine Vergütung, die durch den ergänzten Bewertungsausschuss präzisiert werden soll, legitimieren soll, kann es sich hier nur um gesetzlich Versicherte handeln.</p> <p>3), 4) Kenntnisanahme der zustimmenden SN</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisanahme</p>	
-----------------------------------	---	--	--	--

		Ersteinschätzungstools nicht profund wissenschaftlich validiert möglich.			
	32	<p><b>§2</b> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinisches Fachpersonal</li> <li>• 2-jährige Tätigkeit in einer Notaufnahme in der direkten Patientenversorgung</li> <li>• Schulung in der selbstständigen Anwendung des Ersteinschätzungsinstru</li> </ul>		<p><b>DKG:</b> Die Regelung ist eine mindestens-Regelung.  Ausbildungsberufe mit einer zweijährigen Ausbildung würden diese Qualifikationsanforderungen erfüllen.  Die Forderung einer zwingenden Vorhaltung der Expertise aus einer ZNA ist nicht schlüssig. Erfahrungen in der Ersteinschätzungen oder im Umgang von Notfall- Patienten auch außerhalb von ZNAs werden als ausreichend angesehen.  Mangels eines validierten und etablierten Ersteinschätzungsinstruments zum Zwecke einer Weiterleitung, um die es hier geht, kann es noch keine zertifizierten Lehrgänge bzw. Schulungen mit Abschlussprüfungen geben.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisaufnahme</p>	<b>DKG:</b> nein

		ments und erfolgreiche Abschlussprüfung dieser Schulung oder Zusatzweiterbildung „Notfallpflege“			
	33	<p><b>§3</b>  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</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG:</b> 2) Kenntnisnahme der zustimmenden SN</p>	<p><b>DKG:</b> Nein</p> <p><b>DKG:</b> nein</p>

	<p>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 Auto-fahrtzeit kann hier nicht als Maß gelten, sondern es</p>		<p><b>DKG:</b> 3 und 4) Da der Entwurf der DKG (B) dahingehend geändert wird, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, entfällt hier eine Anpassung.</p>	<p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in den §§ 2,3,4,5), siehe Lfd. Nrn. 6 und 19, ansonsten keine Änderungen</p>
--	---	--	--	---

	<p>muss auch eine Erreichbarkeit der Partnerpraxen innerhalb eines vorgegebenen Zeitkorridors ohne Auto gegeben sein.</p> <p>Ad 4)</p> <p>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 Erstein-schätzung 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.</p>			
--	---	--	--	--

	<p>34 §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.</p>		<p>1) <b>DKG:</b> Die Ausnahme soll nur dann greifen, wenn Vereinbarungen zwischen KVen und Häusern nichts anderes vorsehen. Insofern ist selbstverständlich eine WL möglich, wenn die Strukturen vorhanden sind. 2) <b>DKG:</b> Und 3) <b>DKG:</b> Da der Entwurf der DKG (B) dahingehend geändert wird, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, entfällt hier eine</p>	<p><b>DKG:</b> Nein</p>
--	--	--	---	-------------------------

		<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Halbjährige Tätigkeit in einer interdisziplinären Notaufnahme</li> <li>• Möglichkeit zur Wundversorgung</li> <li>• Möglichkeit zur und Kenntnisse in der Notfallsonographie</li> </ul>		<p>Anpassung, da nun nach „nichtärztlicher Befragung“ entweder eine Behandlung durch den Krankenhausarzt oder unter gegebenen Voraussetzungen durch den Vertragsarzt der Notdienstpraxis des Krankenhausstandortes erfolgt, ist der Facharztstandard gesichert.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV:</b> Allgemeinärzte benötigen folgende Qualifikation: Facharzt für Allgemeinmedizin</p>	
Prof. Dr. Sabine Blaschke	35	<p><b>§2 Allgemeine Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung</b> Die Qualifikation „medizinischen des</p>	Für die Durchführung der strukturierten Ersteinschätzung sind im Kontext der Patientensicherheit hohe Anforderungen an die Qualifikation des medizinischen Personals zu	<p><b>DKG:</b> Die im DKG- Entwurf (B) geforderten personellen Voraussetzungen stellen eine Mindest-Regelung dar, mit der davon ausgegangen wird, dass sie für die Qualifikation zur Einschätzung im Kontext der Weiterleitung zum</p>	<b>DKG:</b> nein

		<p>Fachpersonals“, das strukturierte die 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.</p>	<p>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 Hintergrundicherheit möglichst jederzeit ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Klinische 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>Krankenhausarzt oder ggf. zum Vertragsarzt der Notdienstpraxis des Krankenhausstandortes adäquat ist.</p>	
	36	<p><b>§3 Spezifische Anforderungen</b> In den spezifischen Anforderungen fehlen sämtliche Qualitätsanforderungen für das</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</p>	<p><b>DKG:</b> Eine Weiterleitung von Patientinnen und Patienten auf der Grundlage des DKG-Entwurfes erfolgt auf Basis von in strukturierten und validierten Priorisierungssystemen</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p>

		<p>eingesetzte Ersteinschätzungsinstrument. Diese umfassen</p> <p>a) notfallmedizinische Anforderungen, wie Wissenschaftliche Evidenz, Qualitätssicherung und Aktualisierung der Inhalte, Zeitdauer der Anwendung, definitive Behandlungsdistribution, klinische Entscheidungsunterstützung mittels erklärbarer KI Verfahren) sowie</p> <p>b) technische (funktionale/nicht-funktionale) Anforderungen</p>	<p>beschriebenen Anforderungen einzuhalten und nachweisen.</p>	<p>festgelegten Arztkontaktzeiten und nur für den Fall, dass in diesen Zeiträumen ein vertragsärztliches Versorgungsangebot in unmittelbarer räumlicher und zeitlicher Nähe möglich ist, wodurch die Patientensicherheit Berücksichtigung findet.</p>	
37	<p><b>§4 Bereitstellung von Informationen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Weiterleitung von Patientinnen und Patienten</b></p> <p>a) Die Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung sollte 24/7/365 zur Verfügung stehen.</p> <p>b) Für die verbindliche Weiterleitung von Notfallpatienten sind Vorgaben für die Kooperation zwischen den</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.</p> <p>Ad b) Um eine verbindliche Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgungsebene sicherzustellen, sind die Verfahren (u.a. für die Terminbuchung) für die</p>	<p><b>DKG:</b> a) Wie in den Tragenden Gründen zum DKG-Konzept (B) ausgeführt, 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</p>	<p><b>DKG:</b> a) nein b) Streichung der Partnerpraxen (in den §§ 2,3,4,5), siehe Lfd. Nrn. 6 und 19, ansonsten keine Änderungen</p>	

		Versorgungspartnern zu definieren.	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>Weiterleitung in die ambulante Notfallversorgung von 7 bis 19 Uhr ermöglicht wird.</p> <p>Diese Regelung gilt ausweislich des Regelungstextes nur für den Fall, dass Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhaus nichts anderes vorsehen.</p> <p>b) Da der Entwurf der DKG (B) dahingehend geändert wird, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, entfällt hier eine weitere Anpassung, da die Weiterleitung zum Vertragsarzt direkt in die Notdienstpraxis des Krankenhausstandortes erfolgt.</p>	
38	<b>§5 Evaluation</b> Die differenzierte Meldung der Anzahl der im	Die Evaluation des Ersteinschätzungsverfahrens	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden	<b>DKG:</b> nein	

		Krankenhaus behandelten Fälle ist für alle genannten Fälle obligat und nicht fakultativ.	in Bezug auf die differenzierte Meldung der im Krankenhaus behandelten Fälle ist die Grundlage für die Verbesserung der Notfallversorgungsstrukturen in beiden Ebenen.	Stellungnahme. Die Anzahl der im Krankenhaus behandelten Fälle wird laut §5 Absatz 1 an das IQWiG weitergeleitet.	
	39	<p><b>Tragende Gründe</b></p> <p>Anm. zu Absatz 1.2</p> <p>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</p>		DKG: Kenntnisnahme	DKG: nein

		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 notfall-medizinischen Leitsymptome gemäß CEDIS Katalog angewendet und übertragen werden.			
--	--	---	--	--	--

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
<b>Entwurf C</b>					
<b>Dt. Netzwerk Ersteinschätzung</b>	1	<b>§ 1 Absatz 1</b> 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	Diese Diskrepanz muss für die Endformulierung aufgelöst werden.	<b>KBV:</b> Der Beschlussentwurf gibt bei der Definition des Notfalls die Rechtsprechung des BSG wieder.  Ablehnung	<b>KBV:</b> Nein

		<p>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>			
	2	<p><b>§ 2 Absatz 1</b> 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>KBV:</b> Der G-BA hat die maßgebliche Regelungskompetenz für Patienten innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dies wird in § 2 Abs. 1 des BE abgebildet.</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>
	3	<p><b>§ 2 Absatz 2</b> 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>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>

4	<p><b>§ 3 Absatz 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>	<p><b>KBV:</b> Formulierung zur Qualifikation des medizinischen Personals wird auf Basis der Hinweise aus dem Stellungnahmeverfahren geprüft.</p>	<p><b>KBV:</b> Ggf. Ja</p>
5	<p><b>§ 3 Absatz 2</b> Der G-BA-Beschluss von 2018 geht da weiter...</p>	<p><i>„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</i></p>	<p><b>KBV:</b> Bezug zu §9 Nr. 1 und 2 der Regelungen des Gestuften Systems der Notfallversorgung in Krankenhäusern</p>	

			<p><i>jeweiligen Qualifikationen in diesem Land verfügbar sind.“</i> Dies heißt 24/7 verfügbar und damit reicht es nicht aus, nur die ärztliche Leitung zu qualifizieren.</p>		
6	<p><b>§ 4 Absatz 1</b> 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 <b>Absatz 2:</b> 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</p>	<p>Für akut vital bedrohte Patient unverzichtbar!</p> <p><b>Anlage unveröffentlichtes Paper Schöpke und Quelle hierzu van der Wulp</b> <b>Aber auch: Martins Is MTS more than a triage system – im Gegensatz dazu Graeff</b> <b>Validity German MTS</b></p>	<p><b>KBV:</b> § 4 Abs. 1: Bei Krankenhäusern mit Notfallstufe wird die zentrale Stelle grundsätzlich die Zentrale Notaufnahme (ZNA) sein. Die Formulierung in Entwurf C ermöglicht eine Berücksichtigung individueller Gegebenheiten des Krankenhauses, ggf. auch ohne Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung. § 4 Abs. 2: Der Vorschlag zur regelhaften Versorgung von Patienten mit der Dringlichkeitsstufen 3 (MTS/ESI) in der ZNA des Krankenhauses ohne Durchführung der erweiterten Ersteinschätzung wird geprüft. Eine pauschale bzw. vollständige Herausnahme der Stufe 3 aus der erweiterten Ersteinschätzung führt dazu, dass für Hilfesuchende dieser Stufe keine Erkenntnisse im</p>	<b>KBV:</b> Nein	

		Behandlung bedürfen. Damit rationiert dieser Ansatz – und rationalisiert nicht.		Zusammenhang mit der Weiterleitung gewonnen werden können.	
7	<p><b>§ 4 Absatz 2</b></p> <p><b>1. Hiermit verlässt der Entwurf den G-BA-Beschluss von 2018. Die Darstellungen aus (2) 1. sind in keinsten Weise validiert und entziehen sich jeder internationalen Vergleichbarkeit.</b></p> <p><b>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</b></p>	<p><i>„Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung.“</i></p> <p>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.</p>	<p><b>KBV:</b> An dieser Stelle scheint es ein Missverständnis zwischen der Auffassung der Autoren des BE und der Stellungnehmenden zu geben.</p> <p>Die weiterführende Ersteinschätzung, bzw. das Instrument zeigt entsprechend der Symptome des Hilfesuchenden die notwendige Versorgungsebene an; die entsprechenden Anforderungen an das Instrument werden im BE an anderer Stelle konkretisiert.</p> <p>Eine Validierung bzw. Erprobung eines entsprechenden Instruments erfolgt derzeit in laufenden Studien; dies wird im Datum des Inkrafttretens berücksichtigt.</p>	<b>KBV:</b> Nein	

		gegenwärtig klar so, dass dies eine ärztliche Entscheidung erfordert.			
8	<p><b>§ 5</b> 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.</p>			<p><b>KBV:</b> Die KV unterstützt das Krankenhaus bei der Suche nach einer geeigneten Versorgungsstruktur mittels TSS und stellt somit die notwendige Struktur zur Verfügung; die Art der Einbindung der Krankenhäuser kann dabei variieren.</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>
9	<p><b>§ 6 Absatz 1</b> 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 &lt;- &gt; linke Tür).</p>			<p><b>KBV:</b> Die grundsätzliche Einbeziehung eines Arztes in die Ersteinschätzung konterkariert das Wesen der Ersteinschätzung; dennoch legt der BE die Entscheidung darüber in die Hände des Krankenhauses. Abs. 2 regelt dabei, dass bei unmittelbarer Weiterleitung ein Einbezug ärztlichen Personals nicht notwendig sei. Letzteres kann präzisiert werden.</p>	<p><b>KBV:</b> Ja; Präzisierung von Absatz 2</p>
10	<p><b>§ 8 Absatz 1</b> Die Formulierung ist „merkwürdig“ – natürlich muss es das sein. Das verlangt der G-BA-Beschluss von 2018!</p>	<p><i>„Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung.“</i></p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>

11	<p><b>§ 8 Absatz 3</b>  <b>Diese Darstellung widerspricht allen internationalen Standards und ist nicht validiert.</b></p>	<p>„Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten zur Anwendung.“</p> <p><b>Siehe hierzu Zimmermann The case for a ... 5-Tier Triage</b></p>	<p><b>KBV:</b> Den Stellungnehmenden ist Recht zu geben, dass ein solches System derzeit nicht validiert ist; dies ist jedoch im Datum des Inkrafttretens berücksichtigt. Derzeit laufen Studien zur Validierung solcher Systeme.</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>
12	<p><b>§ 9</b>  Das Krankenhaus muss dies dem Medizinischen Dienst des Bundes nachweisen.  Die Forderung nach einer Qualitätssicherung ist richtig – aber auch das ist dem MD nachzuweisen.</p>		<p><b>KBV:</b> Da es sich hier um die Versorgung bzw. Ersteinschätzung ambulanter Notfälle handelt, liegt die Zuständigkeit der Qualitätssicherung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, welche letztlich auch die Abrechnung übernehmen. Somit liegt dies außerhalb der Zuständigkeit des MD.</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>
13	<p><b>Tragende Gründe Seite 5 zu 2.3 Absatz 2</b>  Hier widersprechen die tragenden Gründe der Formulierung im Absatz 4 (2)  <b>Seite 8/9 zu 2.7</b>  Hier verkennen die Darstellung, dass die Grundlage immer ein notfallmedizinisches Ersteinschätzungsinstrument wie MTS oder ESI sein muss –  <b>alles andere ist nicht validiert!</b></p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	

		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.			
DIVI	14	<b>§2 Kreis der ersteinzuschätzenden Hilfesuchenden, Anwendungen</b>	<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.</li> </ul> <p>A. Definition der Aufgabe des KH im ambulanten Bereich</p>	<b>KBV:</b> Die Differenzierung der Versorgungsnotwendigkeiten berücksichtigt die organisatorischen Rahmenbedingungen und die medizinische Notwendigkeit; die zeitliche Differenzierung erfolgt jedoch nicht in § 2	

			notwendig. Entscheidung über eine ambulante oder stationäre Weiterbehandlung bei einer Vielzahl von Patienten erst nach Abklärungsuntersuchung möglich.		
	15	<b>§3 Qualifikation des für die Ersteinschätzung eingesetzten med. Personals, Leitung der Notfallambulanz</b>	<p>„Triagekraft" streichen: Triage ist ein Begriff der Katastrophenmedizin. Nicht zu verwechseln mit der Dringlichkeitseinschätzung von Patienten, welche eine Notfallabteilung aufsuchen, Dringlichkeit des Arztkontaktes.</p> <p>(1) -&gt; komplett streichen. Ersteinschätzung sollte nur durch Gesundheits- und Krankenpflege mit Erfahrung in innerklinischer Notfallmedizin erfolgen</p> <p>(1) -&gt; das eine mindestens zweijährige Berufserfahrung in der inner- oder außerklinischen Notfallversorgung hat, "außerklinisch" streichen, siehe oben ABER: flächendeckend auch absehbar nicht vorhanden</p> <p>B. (2) Die ärztliche Leitung der Notfallambulanz des Krankenhauses muss über die</p>	<b>KBV:</b> Formulierung zur Qualifikation des medizinischen Personals wird auf Basis der Hinweise aus dem Stellungnahmeverfahren geprüft.	<b>KBV:</b> Ggf. Ja

			Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen. -> Notfallabteilung statt Notfallambulanz		
	16	<b>§4 Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens</b>	<p>(1) eingesetztes Verfahren muss validiert und geeignet sein (1) streichen: Bei diesen Hilfesuchenden ist die Behandlung in der Notaufnahme des Krankenhauses durchzuführen.</p> <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>§ 1 (2) - Die Feststellung der notwendigen Versorgungsebene anhand der dazu aufgeführten Kriterien muss um die Versorgungsmöglichkeiten</p>	<p><b>KBV:</b> Bei Krankenhäusern mit Notfallstufe wird die zentrale Stelle grundsätzlich die Zentrale Notaufnahme (ZNA) sein. Die Formulierung in Entwurf C ermöglicht eine Berücksichtigung individueller Gegebenheiten des Krankenhauses, ggf. auch ohne Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung.</p> <p>Verweis auf Abs. 2 kann an dieser Stelle vorgenommen werden</p> <p>In Übereinstimmung mit den weiteren Stellungnahmen kann die Behandlungsnotwendigkeit im Krankenhaus auch Stufe 3 des Systems zur Behandlungspriorisierung umfassen.</p>	<b>KBV:</b> Nein

			<p>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>		
	17	<p><b>§ 5 Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung, Nachweis eines Falles nach <sup>3</sup>75</b></p>	<p>(1) Die Prüfung auf die reine Entfernung zu begrenzen entspricht nicht den Erfordernissen.  (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.  (4+5) Die Serviceleistung bei der Terminvergabe zu unterstützen ist durch die Kliniken nicht leistbar.</p>	<p><b>KBV:</b>  (1) Kenntnisnahme  (3) Kenntnisnahme  (4 + 5) Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>

			Abwarten des Ergebnisses dieser Terminsuche ggf. konterkariert Grundgedanken des Systems. -> Insgesamt ist das System der Weiterleitung und Terminfindung sehr unausgegoren und umständlich dargestellt und erscheint unpraktikabel.		
18	<b>§6 Einbeziehung ärztlichen Personals bei Festlegung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsfalls</b>	(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.	<b>KBV:</b> Bezug zum BE C nicht ganz deutlich; Kenntnisnahme	<b>KBV:</b> Nein	
19	<b>§7 Form und Inhalt des Nachweises der Ersteinschätzung</b>	Zu (1) Finanzierung eines derartigen elektronischen Dokumentationssystem ist nicht geklärt. Zu (2) Die Regelung zur Übermittlung der genannten Informationen als Abrechnungsgrundlage gegenüber der jeweiligen KV stellt administrativen Mehraufwand dar und ist in	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme Die Regelungen zur Finanzierung des Ersteinschätzungssystems ist kein Teil des Regelungsauftrags des G-BA, § 120 Abs. 3b S. 5 SGB V.	<b>KBV:</b> Nein	

			der aktuellen Gebührenordnung nicht ausreichend refinanziert		
	20	<b>§8 Eignung des Ersteinschätzungsverfahrens</b>	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)	<b>KBV:</b> (f) führt zu keiner Benachteiligung einzelner Häuser, da diese Regelung alle Häuser der Notfallversorgung mit den Stufen 2 und 3 betrifft.	<b>KBV:</b> Nein
	21	<b>§9 Qualitätssicherung</b>	Refinanzierung der Schulungen muss geklärt werden. Wer kann/darf/muss diese Schulung durchführen?	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme  Die Regelungen zur Finanzierung des Ersteinschätzungssystems ist kein Teil des Regelungsauftrags des G-BA.	<b>KBV:</b> Nein
	22	<b>§ 10 Evaluation</b>	- skizzierte Form der Evaluation der Ersteinschätzung bedeutet massiven bürokratischen Mehraufwand - Spezielle elektronischen Systeme stehen aktuell nicht zur Verfügung a. Zudem ist die Finanzierung für die Einführung derartiger Systeme und des dazugehörigen Personalaufwandes nicht ausreichend abgebildet.	<b>KBV:</b> Die Evaluation ist Teil des gesetzlichen Auftrags. Entsprechende Systeme zur Dokumentation, wie sie in §7 vorgesehen sind, sollten eine Auswertung ermöglichen.	<b>KBV:</b> Nein

	23	<b>§11 Inkrafttreten</b>	<p>zeitlichen Rahmenbedingungen, abhängig von der vorliegenden Stufe der Notfallversorgung, und die dazugehörige Begründung mit Hinweis auf den bereits vorhandenen Organisationsgrad sind nicht schlüssig.</p> <p>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.</p>	<p><b>KBV:</b> Die gestufte Einführung soll in erster Linie diejenigen Krankenhäuser von ambulanten Hilfesuchenden entlasten, die besonders davon betroffen sind. Grundlage dessen sind Auswertungen von Abrechnungsdaten zur Abklärungspauschale. Somit liegt u.E. keine Benachteiligung vor.</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>
<b>DGIN A</b>	24	<b>§ 3 Absatz 1</b>	<p>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</p>	<p><b>KBV:</b> Formulierung zur Qualifikation des medizinischen Personals wird auf Basis der Hinweise aus dem Stellungnahmeverfahren geprüft.</p>	<p><b>KBV:</b> Ja</p>

			<p>analog zu den Entwürfen A und B anzusetzen. Abweichend von dem Entwurf C werden folgende Anforderungen an die ersteinschätzende Kraft für notwendig gehalten:</p> <p>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 Ersteinschätzungsinstrumente s ist unabdingbar. Der Schulungserfolg muss überprüfbar sein.</p>		
	25	<b>§ 3 Absatz 2</b>	<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><b>KBV:</b> Eine Überarbeitung der Begrifflichkeit „Notfallambulanz“ erfolgt in „ambulante Notfallstruktur“.</p>	<p><b>KBV:</b> Ja</p>

			Zur ärztlichen Qualifikation siehe Kommentar zu §2 Entwurf A		
	26	<b>§ 4 Absatz 1</b>	Wird im Rahmen des GBA Beschluss zur Stufung der stationären Notfallversorgung bereits so umgesetzt.	<b>KBV:</b> Die Umsetzung erfolgt derzeit nur, sofern ein Krankenhaus am gestuften System der Notfallversorgung teilnimmt. Somit ist § 4 Absatz 1 relevant für ein Residuum an Krankenhäusern, welche (bisher) nicht teilnehmen.	<b>KBV:</b> Nein
	27	<b>§ 4 Absätze 2 und 3</b>	Wie bereits in den Kommentaren in Entwurf A und B ausführlich dargestellt, liegen hierzu keine wissenschaftlich validierten Daten vor. Es existieren keine Ersteinschätzungssysteme mit hinreichender wissenschaftlicher Evidenz.	<b>KBV:</b> Zum aktuellen Zeitpunkt existieren keine Ersteinschätzungssysteme, welche die Anforderungen nach § 4 Abs. 2 und 3 erfüllen. Hierzu laufen unterschiedliche Studien. Dies wird beim Datum des Inkrafttretens berücksichtigt. Durch die Formulierung der Anforderungen kann Einfluss auf die Ausgestaltung genommen werden.	<b>KBV:</b> Nein
	28	<b>§ 5 Absatz 1</b>	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	<b>KBV:</b> Wie in BE C vorgesehen, stellt die KV über die TSS die entsprechende Plattform mit den verfügbaren ärztlichen Ressourcen.	<b>KBV:</b> Nein

			zur Verfügung stehen. (Bringschuld der KV). Die in § 5 umfänglich beschriebenen Aufgaben sind nicht mehr Aufgaben des Krankenhauses, wenn nach einer Ersteinschätzung die Entscheidung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gefallen ist.		
	29	<b>§ 6</b>	Wie bereits in den Kommentaren in Entwurf A und B ausführlich dargestellt, liegen hierzu keine wissenschaftlich validierten Daten vor. Es existieren keine Ersteinschätzungssysteme mit hinreichender wissenschaftlicher Evidenz.	<b>KBV:</b> S. Auswertung zu lfd. Nr. 27	<b>KBV:</b> Nein
	30	<b>§§ 8, 9 und 10</b>	Statt der Formulierung hier in Entwurf C wird die Formulierung in § 6 - § 9 in Entwurf D vorgeschlagen.	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Zustimmung	<b>KBV:</b> Nein <b>PatV:</b> nein
<b>DGPM</b>	31	Beschlussentwurf C in § 4 Abs. 2 Nr. 3 Satz 2 um den Buchstaben „k. Psychosomatische Medizin“ ergänzen	In den Beschlussentwürfen ist das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin in den Praxen, in welchen die Patienten ambulant weiterversorgt werden sollen, nicht aufgeführt. Die Verfügbarkeit einer psychiatrischen Ver-sorgung wird jedoch vorausgesetzt.	<b>KBV:</b> Die Sicherstellung, bzw. Verfügbarkeit einer Psychosomatischen Versorgung wird mit dieser Richtlinie zur Ersteinschätzung ambulanter Notfälle im Krankenhaus nicht infrage gestellt. Im Fokus steht die Abklärung zum Vorliegen	<b>KBV:</b> Nein

			<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. Aus fachlicher Sicht ist es vielmehr geboten, dass auch eine psychosomatische Versorgung sichergestellt ist.</p>	<p>eines potentiellen Notfalls mit sofortigem Behandlungsbedarf.</p>	
DGNI	32	<p>Kritikpunkte hinsichtlich des vorgeschlagenen Ersteinschätzungsinstrumentes analog I. sowie Entwurf A und B.</p>	<p>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</p>	<p><b>KBV:</b> Die Fachrichtung Neurologie wird in den BE aufgenommen.</p> <p>Kenntnisnahme bzgl. der Anmerkungen zu § 4 Abs. 2</p> <p>Das System IVENA würde eine Nutzung in dem im BE C vorgesehenen Sinne aktuell nicht ermöglichen; eine Weiterentwicklung, um eine Transparenz über vertragsärztliche Ressourcen in den jeweiligen Praxen zu schaffen, ist jedoch möglich und wird aktuell z.B. in Hessen durchgeführt.</p>	<p><b>KBV:</b> Ja</p>

			<p>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.</p>		
<b>DGPP N</b>	33		<p>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.</p>	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>KBV:</b> Nein
<b>DGKJ</b>	34	<p>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</p>		<b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>KBV:</b> Nein

		Versorgungsangebote vorhalten können.			
<b>Prof. Dr. med. Christoph Dodt</b>	35	<p><b>§ 2</b> 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 vorge-schaltet. Deswegen kann die Entscheidung bezüglich einer stationären Behandlungspflicht den Ersteinschätzungsprozess nicht</p>		<p><b>KBV:</b> Es ist nicht vorgesehen, dass der Ersteinschätzungsprozess gem. § 120 Abs. 3b SGB V die Prüfung auf stationäre Behandlungsbedürftigkeit ersetzt. Hierfür hat der G-BA auch keine Regelungskompetenz. Dies macht § 2 Abs. 2 des BE C deutlich.</p> <p>§ 3 Qualifikation</p> <p>Ad 1) Formulierung zur Qualifikation des medizinischen Personals wird auf Basis der Hinweise aus dem Stellungnahmeverfahren geprüft</p> <p>Ad 2) Die Qualifikation des ärztlichen Leiters mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ soll zunächst sicherstellen, dass auf prozessualer Ebene die Organisation den aktuellen Anforderungen entspricht; Aufgrund der aktuell noch geringen Anzahl an Ärzten mit der benannten</p>	<b>KBV:</b> Nein

	<p>ersetzen. Generell muss bei allen Patienten, die sich in einer Notaufnahme vorstellen, eine Ersteinschätzung durchgeführt werden.</p> <p>§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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinisches Fachpersonal</li> <li>• 2-jährige Tätigkeit in einer Notaufnahme in der direkten Patientenversorgung</li> <li>• Schulung in der selbstständigen Anwendung des Ersteinschätzungsinstruments und erfolgreiche Abschlussprüfung dieser Schulung oder Zusatzweiterbildung „Notfallpflege“</li> </ul> <p>Ad 2)</p>		<p>Zusatzweiterbildung (zum 31.12.2021 insgesamt 119 Ärzte lt. Ärztestatistik der BÄK) ist zunächst auf eine entsprechende Verteilung der Kompetenz in der Fläche zu achten.</p>	
--	--	--	--	--

		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.			
35	<p><b>§ 4</b> 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</p>		<p><b>KBV:</b> Zustimmung, dass es aktuell noch kein entsprechend validiertes System gibt; laufende Studien werden voraussichtlich im Jahr 2023 peer-reviewed und veröffentlicht vorliegen.</p> <p>Ebenfalls Zustimmung zur Zielstellung das telefonische Ersteinschätzungssystem der 116117 stärker genutzt werden müsste, bevor sich Hilfesuchende selbstständig in der Notaufnahme des Krankenhauses vorstellen.</p> <p>Kenntnisnahme</p>	<b>KBV:</b> Nein	

	<p>die Krankenhausnotaufnahme liegen.</p> <p>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.</p> <p>Grundsätzlich ist aber ohnehin zu fragen, ob der Aufwand, der hier getrieben wird, nicht viel zu groß ist, um ein Problem zu lösen, dass dadurch entsteht, dass die Steuerung vor der Klinik durch das bereits in Entwicklung befindliche SMED System noch nicht ausreichend genutzt wird.</p> <p>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</p>			
--	---	--	--	--

	<p>Behandlung möglich sind, sucht niemand eine Notaufnahme auf.</p> <p>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.</p> <p>Ein wirksames Schmerzmittel zu verabreichen, erfordert eine kurze (ärztliche) Anamnese und die Festlegung der weiteren Diagnostik eine zielgerichtete Untersuchung.</p> <p>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 Ersteinschät-</p>			
--	--	--	--	--

	<p>zung. Faktisch handelt es sich aber um eine komplette ärztliche Leistung, die nicht mehr als Erstein-schätzung zu werten ist.</p> <p>Gegebenenfalls wird eine ersteinschätzende Gesundheitskraft also einen ärztlichen Rat bezüglich ei-ner 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 Wei-terverweisung erfolgt, hat also bereits eine komplette ärztliche Erstuntersuchung stattgefunden, die vielleicht schon einen Fallabschluss reichen würde. Warum sollte</p>			
--	---	--	--	--

		<p>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.</p>			
	36	<p><b>§5</b> Ad 1-5) Wenn das Krankenhaus festgestellt haben sollte, dass keine Krankenhausleistung</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme Für einen großen Teil der Hilfesuchenden wird das Krankenhaus voraussichtlich</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>

		<p>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.</p>		<p>nicht bei der weiteren Terminsuche behilflich sein müssen; die Richtlinie adressiert an dieser Stelle vor allem den Unterstützungsbedarf bei denjenigen Hilfesuchenden, die aus unterschiedlichen Gründen nicht fähig sind, selbstständig eine Terminvereinbarung in einer vertragsärztlichen Praxis vorzunehmen und sich daher – gegebenenfalls aus Unwissenheit – an das Krankenhaus gewendet haben.</p>	
	37	<p><b>§ 6 Ad 1)</b> Siehe Kommentar zu Paragraph 4 Absatz 2 Ad 2)</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>

		Wichtig ist, dass die vertragsärztliche Versorgung ohne Zeitverzug geschieht, also direkt in/an der Notaufnahme stattfinden kann.			
38	§ 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 ein-kalkuliert werden. Deswegen bleibt die Verweisung aus der Notaufnahme eines Krankenhauses ohne		<b>KBV:</b> Kenntnisnahme In Anbetracht der Tatsache, dass noch Studien zur Validierung eines Ersteinschätzungsinstrumentes im Sinne der Richtlinie (BE C) laufen, ist es fraglich, woher der Stellungnehmende eine „Irrtumswahrscheinlichkeit, die sicher über 5 % liegt“, annimmt. Das Ziel muss sein, Fehler 1. und 2. Art möglichst gering zu halten, wenn nicht gar auszuschließen.	<b>KBV:</b> Nein

		Arztkontakt bezüglich der Patientensicherheit einer sofortigen Behandlung in oder in direkter Nähe der Notaufnahme immer unterlegen.			
	39	<p><b>§9</b>  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.</p>		<b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>KBV:</b> Nein

<p><b>Prof. Dr. Sabine Blaschke</b></p>	<p>40</p>	<p><b>§ 2 Kreis der ersteinzuschätzenden Hilfesuchenden, Anwendungsbereich der Vorgaben</b></p> <p>a) Vorgaben für Notfallpatient*innen, die mit dem Rettungsdienst eingewiesen werden, fehlen.</p> <p>b) Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser oder Einrichtungen, die das Modul Kindernotfallversorgung oder das Modul Spezialversorgung erfüllen, fehlen.</p>	<p>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.</p> <p>Ad b) Das implementierte Ersteinschätzungs-instrument muss die hierfür erforderlichen fachspezifischen Anforderungen erfüllen.</p>	<p><b>KBV:</b> 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.</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>
	<p>41</p>	<p><b>§ 3 Qualifikation des für die Ersteinschätzung eingesetzten medizinischen Personals, Leitung der Notfallambulanz</b></p> <p>a) Triagekraft: Die Triage kann nicht eigenständig durch eine „MFA“ oder einen Mitarbeiter mit einem „vergleichbaren Abschluss in der direkten</p>	<p>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</p>	<p><b>KBV:</b> Formulierung zur Qualifikation des medizinischen Personals wird auf Basis der Hinweise aus dem Stellungnahmeverfahren geprüft.</p>	<p><b>KBV:</b> ggf. Ja</p>

		<p>Patientenversorgung“ durchgeführt werden.</p> <p>b) Ärztliche Leitung der Notfallambulanz: Im Rahmen der Durchführung der strukturierten Ersteinschätzung ist die Präsenz eines qualifizierten Arztes obligat.</p> <p>c) Die regelmäßige Teilnahme der Triagekräfte an ärztlich supervidierten Qualitätszirkeln fehlt.</p>	<p>mehrfährige (prä) klinische Berufserfahrung in der Notfallversorgung voraus.</p> <p>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.</p> <p>Ad c) Zur Sicherstellung der qualifizierten Triage ist im Kontext der Patientensicherheit eine</p>		
--	--	---	---	--	--

			regelmäßige Teilnahme der Triagekräfte an Qualitätszirkeln unter ärztlicher Supervision erforderlich.		
42	<p><b>§ 3 Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens</b></p> <p>a) Die Durchführung einer „weiter-führenden 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 additivne, sog. Weiterführenden Ersteinschätzung gem. Abs. 2 unterzogen werden.</p> <p>b) Für die Einordnung der Hilfesuchenden, die in die vertragsärztliche Versorgungsebene weitergeleitet werden sollen, ist eine ärztliche Sichtung erforderlich.</p>	<p>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 Behandlungs-bedarfs wird durch die international validierten Triageinstrumente ESI und MTS sehr gut erfasst.</p> <p>Ad b) Im Rahmen der strukturierten Ersteinschätzung mit Weiterleitung in den vertragsärztlichen Sektor ist aus medikolegalen Gründen eine ärztliche Sichtung erforderlich.</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Es ist Konsens aller BE, dass auf den etablierten Systemen MTS/ESI aufgebaut wird</p> <p>Der Gesetzgeber hat mit § 120 Abs. 3b S. 2 Nr. 2 SGB V vorgegeben, das Nähere zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei Nichtvorliegens sofortigen Behandlungsbedarfs vorzugeben; dementsprechend geht der Gesetzgeber davon aus, dass hier ein Regelungsbedarf besteht. BE C sieht vor, im Zweifelsfall einen Arzt hinzuzuziehen.</p>		
43	<p><b>§5 Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung</b></p> <p>Die Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung</p>	<p>Im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der KV sollte eine Weiterleitung auch außerhalb der Regeldienstzeiten in die</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>		

		sollte 24/7/365 zur Verfügung stehen.	vertragsärztliche Versorgung ermöglicht werden.		
	44	<p><b>§6 Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarf</b></p> <p>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>KBV:</b> Der Gesetzgeber hat mit § 120 Abs. 3b S. 2 Nr. 2 SGB V vorgegeben, das Nähere zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei Nichtvorliegens sofortigen Behandlungsbedarfs vorzugeben; dementsprechend geht der Gesetzgeber davon aus, dass hier ein Regelungsbedarf besteht. BE C sieht vor, im Zweifelsfall einen Arzt hinzuzuziehen.</p>	
	45	<p><b>§7 Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung</b></p> <p>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>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	
	46	<p><b>§ 8 Eignung des Ersteinschätzungsverfahrens</b></p> <p>a) Für die Ersteinschätzung sind Verfahren, die „mindestens strukturiert“ sind, nicht ausreichend. Die im Ersteinschätzungsverfahren</p>	<p>Ad a) Zur Qualitätssicherung des Ersteinschätzungsverfahrens ist eine Offenlegung der zugrundeliegenden Algorithmen obligat.</p> <p>Ad b) Die Validität des Ersteinschätzungsverfahrens muss</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	

		<p>n hinterlegten Algorithmen müssen nachvollziehbar und transparent sein.</p> <p>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>vor dem Einsatz in der Notfallversorgung nachgewiesen werden. Eine Konformitätsbescheinigung als Medizin-produkt ist hierbei nicht ausreichend.</p>		
47	<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 notfall-medizinischen Anforderungen, wie Wissenschaftliche Evidenz, Qualitätssicherung und Aktualisierung der Inhalte, Zeitdauer der Anwendung, definitive Behandlungsdistribution, klinische Entscheidungsunterstützung mittels erklärbarer KI Verfahren sowie technische -</p>	<p>Die Qualitätssicherung des Erstein-schätzungsverfahrens 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 Notfall-versorgung.</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>		

		funktionale und nicht-funktionale- Anforderungen zu definieren und nachzuweisen.			
48	<p><b>§ 10 Evaluation</b> Zur Evaluation des Triageinstrumentes sind Kennzahlen der Krankenhäuser und der KVen erforderlich:</p> <p>Krankenhäuser: In der Evaluation ist die Anzahl der im Krankenhaus behandelten Fälle weiter zu differenzieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fälle mit sofortigem Behandlungsbedarf</li> <li>b) Fälle, bei denen eine Weiterleitung nicht möglich war wegen fehlender Verfügbarkeit</li> <li>c) Fälle, bei denen eine Weiterleitung medizinisch nicht vertretbar war</li> <li>d) Fälle, die aufgrund von fehlenden vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten nicht vermittelt werden konnten</li> <li>e) Fälle, die infolge der Weiterleitung in die</li> </ul>	<p>Für die Evaluation des Ersteinschätzungsverfahrens 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 Versorgungsebenen im Kontext der Notfallversorgung und der Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Daher ist eine umfassende Evaluation der Kennzahlen beider Versorgungs-ebenen unerlässlich.</p>	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme		

		<p>vertragsärztliche Versorgung zurück ans Krankenhaus verwiesen worden sind.</p> <p>Darüber hinaus sollten die Hauptdiagnosen der ambulant in der ZNA behandelten Fälle gemeldet werden.</p> <p>KVen:  Folgende Kennzahlen der KVen sollten übermittelt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hauptdiagnosen der behandelten- Fälle in Notdienstpraxen am Krankenhausstandort</li> <li>- Anzahl der Hauptdiagnosen der je Facharztgruppe in Partnerpraxen behandelten Fälle nach Weiterleitung</li> <li>- Zeitraum nach der Ersteinschätzung bis zu dem ein Notfallpatient*in eine vertragsärztliche Versorgung erhalten hat (Zeitstempel Buchungscode)</li> </ul>			
--	--	--	--	--	--

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
<b>Entwurf D</b>					
<b>Dt. Netzwerk Ersteinschätzung</b>	1	<p><b>§ 2 Absätze 2 und 3</b> Die Ersteinschätzung muss bei allen Patienten vorgenommen werden. 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. 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. Die Ausnahme von RTW-Patienten von der Versorgungssteuerung wird zu einer vermehrten Inanspruchnahme des Rettungsdienstes führen. 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>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme Konkretisierung und Unterscheidung nach Ersteinschätzung und Weiterleitung für die beiden genannten Gruppen möglich Abs. 2 Hier kann noch hinzugefügt werden, dass notarztbegleitete Patienten automatisch als Patienten gelten, die zu einer Krankenhausbehandlung eingewiesen wurden.</p>	<p><b>PatV:</b> ja (2) Die Vorgaben nach dieser Regelung gelten nicht für hilfeschuchende Patienten, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung zur Krankenhausbehandlung in die Notaufnahme kommen. Notarztbegleitete Patienten gelten automatisch als Patienten, die zu einer Krankenhausbehandlung eingewiesen wurden. Die Vorgaben lassen die Regelung des § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V unberührt.</p>
	2	<p><b>§ 4 Absatz 1</b> Die Ersteinschätzung wird durch umfassend in Krankheitslehre und Krankenbeobachtung qualifiziertes Personal durchgeführt, das</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Zustimmung zur Konkretisierung der Anforderung, aber keine</p>	<p><b>PatV: ja</b>  Konkretisierung der Anforderungen an die</p>

	<p>a) aus den Berufsgruppen mit dreijähriger Ausbildung „Pflegefachfrau/-mann“, „Notfallsanitäter“ oder „Medizinische Fachangestellte“ kommt,</p> <p>b) über eine mindestens 1jährigen Berufstätigkeit in der Notaufnahme verfügt,</p> <p>c) einen zertifizierten Lehrgang zum eingesetzten Ersteinschätzungssystem besucht hat,</p> <p>d) regelmäßig die geforderten Auffrischkurse besucht,</p> <p>e) in der Anwendung der IT-Unterstützung geschult ist,</p> <p>f) in der Nutzung der integrierten Versorgungssteuerung unterwiesen ist.</p> <p>Es muss eine regelmäßige Qualitätskontrolle nach</p>		<p>Zustimmung zum hier gemachten Vorschlag.</p>	<p>Berufserfahrung:</p> <p><b>Qualifikationskriterium ist die zweijährige, vollzeitige, ganztägige Tätigkeit in einer Notaufnahme.</b></p>
--	---	--	---	--

		Vorgaben des Ersteinschätzungssystems durch entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden			
	3	<b>§ 4 Absatz 2</b> Hier sollte als Anforderung die Weiterbildung innerklinische Notfallmedizin gefordert sein – im Unterschied zur Fachweiterbildung Notfallpflege ist hier der Zeitaufwand zum Erwerb deutlich geringer.		<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme	<b>PatV:</b> siehe oben
	4	<b>§ 4 Absatz 4</b> „zur [„die“ streichen] Qualifikation...“		<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> ok	<b>PatV:</b> ja
	5	<b>§ 5 Absatz 2</b> Die Ersteinschätzung muss bei allen Patienten vorgenommen werden.	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>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Zustimmende Kenntnisnahme. Die Einschätzung im Sinne der Triage muss in der Tat für alle Patienten (abgesehen von Pat., die eine ärztliche Einweisung haben oder notärztlich im RTW begleitet sind) erfolgen.	<b>PatV:</b> ggf. Konkretisierung in diesem Sinne, siehe oben
	6	<b>§ 5 Absatz 3</b> Ersteinschätzung ist die Festlegung der Behandlungsdringlichkeit.		<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme	

		Verknüpft ist die Versorgungssteuerung und die Weiterleitungsoption.			
7	<b>§ 5 Absatz 4</b> Die Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit erfolgt binnen 10min nach Eintreffen des Patienten (nicht nach Anmeldung!).	Nur der Bezug auf den Zeitpunkt des Eintreffens wird eine dringlichkeitsgerechte Prozessorganisation unterstützen.	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Zustimmung	<b>PatV:</b> Diese Priorisierung erfolgt anhand einer Bewertung der Symptome in einer fünf-stufigen Dringlichkeitsskala innerhalb von zehn Minuten nach Eintreffen im Krankenhaus.	
8	<b>§ 6</b> Hier werden wieder etablierte Begriffe verändert. Vorschlag siehe rechts (und in den anderen Stellungnahmen gleichlautend).	Es wäre also zunächst eine Standardisierung der Begrifflichkeiten erforderlich. Diese sollte unter der geforderten Berücksichtigung der bereits in den Notaufnahmen etablierter Systeme folgendermaßen lauten: 1. Ersteinschätzung ist die standardisierte Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit mit einem validierten System (wie MTS oder ESI). Dieses weist neben der Stufe ein Zeitfenster zu. 2. Die Versorgungssteuerung	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahmen	<b>PatV:</b> Eine Anpassung der Begriffe ist ggf. - nach Abstimmung in der AG - in Erwägung zu ziehen.	

			<p>(Ort, Fachlichkeit) ergibt sich aus der Ersteinschätzung und wird mit dem Ergebnis der Ersteinschätzung verknüpft. Diese Versorgungssteuerung ist krankenhaushaus- und ortsabhängig und berücksichtigt die verfügbaren vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten (im Zeitfenster des Ersteinschätzungssystems!). Ebenso können Behandlungsstandards verknüpft werden.</p> <p>Siehe hierzu auch Graeff Prozessoptimierung im INZ 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>	
--	--	--	---	--

	9	<p><b>§ 8</b>  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. 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. 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</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	
--	---	--	--	--	--

		vergleichbaren Ergebnissen bei der Dringlichkeitseinschätzung (!) kommen.			
	10	<p><b>Tragende Gründe</b>  Der zweite Absatz beschreibt sehr schön, was Ziel dieses Beschlusses sein sollte. Damit lässt sich aber auch erkennen, wie wichtig die genaue Wortwahl ist:  Ersteinschätzung –  Versorgungssteuerung –  Weiterleitung</p> <p><b>Seite 9 zu Absatz 5</b>  Hier wird die Notwendigkeit der lokalen Anpassung nochmal eindeutig beschrieben</p> <p><b>Seite 11 3.6 zu §6 Das Instrument</b>  Hier werden im zweiten Absatz leider wieder die Begrifflichkeiten vermengt</p>		<b>PatV:</b> Kenntnisnahme	
<b>DIVI</b>	11	<b>Allgemein</b>	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	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme	

			Voraussetzungen und die erheblichen regionalen Unterschiede in den Versorgungsangeboten		
12	<b>§ 2 Kreis der ersteinzuschätzenden hilfeschenden Patienten</b>	(1): Auch bei Privatpatienten sollte aus medizinischen und organisatorischen Gründen ein Ersteinschätzungsverfahren durchgeführt werden. (2): Das Instrument der Ersteinschätzung sollte auch bei Patienten mit einer Verordnung zur Krankenhausbehandlung angewendet werden. (Begründung siehe Kommentare Florian Unbehaun) (2): das Instrument der Ersteinschätzung sollte auch bei Patienten mit einer Verordnung zur Krankenhausbehandlung angewendet werden	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme	<b>PatV:</b> Ggf. Konkretisierung, dass alle Patienten eine Einschätzung auf Behandlungsdringlichkeit erhalten sollen, dass sich die im BE genannten Ausnahmen dann auf die Weiterleitung in andere Versorgungsebenen beziehen. PatV prüft	
13	<b>§ 3 Kooperation und Strukturvorgaben für die Zusammenarbeit der Versorgungspartner</b>	(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. (2-3) eine Umsetzung dieser Vorgaben wäre sicherlich als	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Partnerpraxen können neben vielen anderen regionalen Organisationsformen der Kooperation eine regionale Möglichkeit darstellen. <b>PatV:</b> Zustimmung zur Aussage. In		

			<p>großer Fortschritt zu betrachten. Die Frage ist nur, ob hier entsprechende Anreize oder Verpflichtungen für die Partnerpraxen eingeführt werden. Wenn die hier festgelegten Verordnungen zu KV-Partnerpraxen und Echtzeit-Monitoring umgesetzt würden wäre das ein echter Benefit für jede ZNA.</p>	<p>der Tat ist im BE eine Versorgungsstruktur reklamiert, die noch nicht Realität ist, aber anzustreben und daher auch vorzugeben ist.</p>	
	14	<p><b>§ 4 Qualifikation des Personals, das in der Ersteinschätzung eingesetzt wird</b></p>	<p>Eine entsprechende pflegerische und ärztliche Qualifikation ist sicherlich wünschenswert (Möglichkeit einer 24/7- Abdeckung aber fraglich). Kriterien eher als Zieldefinition und nicht als Sanktionskriterium werten 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. Sowohl pflegerische wie auch ärztliche Qualifikation werden adäquat abgebildet. Vorschlag einer KV-Servicekraft gut.</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Zustimmung Kenntnisnahme</p>	

	15	<b>§ 5 Das Verfahren</b>	(2): siehe §2 ( 1 und 2) (7): siehe §4 (11): Hier wäre ein Eintrag in der ePA längerfristig anzustreben (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. (7): Die ärztliche Sichtung vor Weiterleitung dürfte gerade für kleinere Häuser ein Problem darstellen. (11): Die schriftliche Information führt zu einem deutlichen Anstieg der Bürokratie	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme	
	16	<b>§ 7 Dokumentation: Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung</b>	(3): siehe §5(11). Möglicherweise ist eine digitale Erstellung mit entsprechend vorkonfigurierten Elementen anwendbar.	<b>PatV:</b> Kenntnisnahme	
<b>DGIN A</b>	17	<b>§ 1</b>	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	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme	

			<p>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.</p>		
	18	§ 2	<p>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</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> prüfende Kenntnisnahme</p>	<p><b>PatV:</b> siehe oben</p>

			<p>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.</p>		
	19	<b>§ 5</b>	<p>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.</p> <p>Abs. 5) Die Festlegung auf einen cut off bei einem bisher nicht existenten System ist nicht sinnvoll.</p> <p>Abs. 6) Wenn diese im Entwurf D gewählte Formulierung impliziert, dass die Notdienstpraxis im Krankenhaus oder in der Notaufnahme integriert ist, ist</p>		

			diese Formulierung zu unterstützen.		
	20	<b>§ 10</b>	Die Regelungen zum Inkrafttreten in Entwurf D werden ausdrücklich unterstützt und sollten auch in den anderen Entwürfen berücksichtigt werden.	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme	
<b>DGPM</b>	21	Beschlussentwurf D in § 3 Abs. 3 Satz 3 um den Spiegelstrich „- Psychosomatische Medizin“ ergänzen.	In den Beschlussentwürfen ist das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin in den Praxen, in welchen die Patienten ambulant weiterversorgt werden sollen, nicht aufgeführt. Die Verfügbarkeit einer psychiatrischen Versorgung wird jedoch vorausgesetzt. Für diese Differenzierung ist ein sachlicher Grund nicht ersichtlich. Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist seit 1992 ein eigenständiges Fachgebiet mit einer eigenen Facharztausbildung. Aus fachlicher Sicht ist es vielmehr geboten, dass auch eine psychosomatische Versorgung sichergestellt ist.	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> prüfende Kenntnisnahme	<b>PatV:</b> prüft
<b>DGNI</b>	22	Kritikpunkte hinsichtlich des vorgeschlagenen Ersteinschätzungsinstrumente s analog I. sowie Entwurf A	Hinsichtlich der formulierten Anforderungen Paragraph 3, Absatz 4 siehe auch	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme	

		und B. Ebenso trifft hier vollumfänglich Kritikpunkt I.4. zu (Behandlungsweiterleitung an ambulante vertragsärztliche Versorgungsstrukturen gemäß ESI-Triagierung).	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.		
<b>DGPP N</b>	23	Ersteinschätzungsinstrument muss psychische Erkrankungen und Symptome erfassen	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>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme	
	24	Für Patienten mit Überweisung sollten dieselben Algorithmen gelten	Die Empfehlung der Variante D, dass Patienten, die per Überweisung eines Vertragsarztes kommen, nicht	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> prüfende Kenntnisnahme	<b>PatV:</b> prüft

			dem Algorithmus unterliegen müssen, wird aufgrund der Erfahrung aus der Praxis nicht für realistisch gehalten.		
<b>DGKJ</b>	25	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.		<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme	
<b>Prof. Dr. med. Christoph Dodt</b>	26	<b>§ 2</b> 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		<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Zustimmung	<b>PatV:</b> ja Übernahme des Vorschlags zu Ad 2

		automatisch als Patienten gelten, die zu einer Krankenhausbehandlung eingewiesen wurden.			
	27	<b>§ 3</b> Klare Regelungsvorgabe		<b>PatV:</b> Zustimmung	
	28	<b>§ 4</b> 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		<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Zustimmung	<b>PatV: ja</b> Anpassung Notaufnahme statt notfallversorgung
	29	<b>§ 5</b> Klare Regelungsvorgabe			
	30	<b>§ 6</b> Gut an diesem Vorschlag ist, dass die bisher in deutschen Krankenhäusern betriebenen		<b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Es ist Konsens aller BE, dass auf den	

	<p>Ersteinschätzungssysteme als Basis angesehen werden und damit auf gut eingeübte Systeme als Grundlage der Ersteinschätzung gesetzt wird. Das erhöht die prinzipielle Umsetzbarkeit.</p> <p>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.</p> <p>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. &gt; 4 Stunden) durch ein Ersteinschätzungssystem gefahrlos festzulegen. Solange der Aspekt, dass eine verzögerte Vorstellung die</p>		<p>etablierten Systemen MTS/ESI aufgebaut wird.</p> <p><b>PatV:</b> Zustimmung</p>	
--	--	--	--	--

		Patientensicherheit nicht gefährdet, sollte die Verweisung in einen vertragsärztlichen Behandlungssektor immer innerhalb von kurzer Zeit (< 4 Stunden) empfohlen werden und möglich sein.			
	31	<b>§ 7</b> Sehr sinnvoll erscheint neben der fachlichen Zuordnung auch die Definition benötigter Ressourcen durch das einzuführende Ersteinschätzungssystem.		<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme	
	32	<b>§ 8</b> 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 Entscheidungsfindung des Ersteinschätzungssystemes muss bei Überprüfungsbedarf für die Anwendenden nicht allein prinzipiell, sondern konkret zum Zeitpunkt der		<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Zustimmung	<b>PatV:</b> prüft mögliche ANpassung

		<p>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?</p>			
	33	<p><b>§ 9</b> 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.</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Zustimmung</p>	<p><b>PatV:</b> Anpassung in diesem Sinne</p>
<p><b>Prof. Dr. Sabine Blaschke</b></p>	34	<p><b>§3 Kooperation und Strukturvorgaben für die Zusammenarbeit der Versorgungspartner</b> Die Mindestanforderungen an die Prozesse der strukturierten</p>	<p>Aus medikolegalen Gründen müssen für die strukturierte Weiterleitung von Notfallpatient*innen in den vertragsärztlichen Sektor neben den Strukturvorgaben auch die</p>	<p><b>PatV:</b> prüfende Kenntnisnahme</p>	<p><b>PatV:</b> prüft</p>

		Patientenweiterleitung müssen genau definiert werden (vgl. Entwurf A §2 Abs. 2 und §4)	Mindestanforderungen an die Prozessabläufe definiert werden, um die Patientensicherheit in der Notfallversorgung zu gewährleisten.		
35	<b>§ 4 Qualifikation des med. Personals</b> 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 Berufserfahrung in der Notfallversorgung ist nicht ausreichend. c) Zur Unterstützung der Ersteinschätzungskraft können geschulte	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 mehr-jährige (prä)klinische Berufserfahrung in der Notfallversorgung voraus. Ad b) 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	<b>PatV:</b> Kenntnisnahme	<b>PatV:</b> prüft - Anpassung der Angaben zur ärztlichen Sichtung	

		Servicekräfte der KV für die Terminkoordination im Sinne eines Flowmanagements in der vertrags-ärztlichen Notfallpraxis eingesetzt werden, nicht jedoch für die selbständige Durchführung der Ersteinschätzung.	Weiterleitung von Notfallpatient*innen zu fordern. Ad c) Zur Sicherstellung der qualifizierten Triage ist im Kontext der Patientensicherheit der Einsatz von geschulten Servicekräften der KV nicht möglich.		
	36	<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)	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 durch-zuführen.	<b>PatV:</b> Kenntnisnahme	
	37	<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	Zur Bewertung der Entwicklung der Inanspruchnahme der Notaufnahmen und des vertragsärztlichen Sektors im Kontext der Notfallversorgung ist die Erhebung und Auswertung der Kennzahlen	<b>PatV:</b> Kenntnisnahme	

		<p>Hauptdiagnosen der ambulant in der ZNA behandelten Fälle. Darüber hinaus fehlen die folgenden Kennzahlen der KVen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hauptdiagnosen der behandelten Fälle in Notdienstpraxen am Krankenhausstandort</li> <li>- Anzahl der Hauptdiagnosen der je Facharztgruppe in Partnerpraxen behandelten Fälle nach Weiterleitung</li> <li>- Zeitraum nach der Ersteinschätzung bis zu dem ein Notfallpatient*in eine vertrags-ärztliche Versorgung erhalten hat (Zeitstempel Buchungscode)</li> </ul>	der Krankenhäuser und der KVen relevant.		
	38	<p><b>Tragende Gründe</b> 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</p>		PatV: Kenntnisnahme	

		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.			
--	--	--	--	--	--

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
<b>Gesamtchau Entwürfe A, B, C und D</b>					
<b>Dt. Netzwerk Ersteinschätzung</b>	1	<p><b>§ 1 Zielsetzung</b> Hier wird der Auftrag des Gesetzgebers an den Gemeinsamen Bundesausschuss beschrieben. 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>	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“.	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Betrifft nicht Entwurf A.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> nein</p> <p><b>PatV:</b> nein</p> <p><b>DKG:</b> nein</p>
	2	<p><b>§ 2 Zielgruppe</b> Wie bereits in meinen anderen Stellungnahmen</p>		<p><b>DKG:</b> Eine Ersteinschätzung zum Zwecke einer</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p>

		<p>ausgeführt, wird hier nochmal (auch um den Beschluss des G-BA von 2018 zu unterstreichen) dargestellt, dass alle Notfallpatienten eine Ersteinschätzung bekommen. 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>Behandlungspriorisierung bleibt im Regelungsentwurf der DKG (B) unbenommen.</p> <p>Kenntnisnahme, dass SN bei Stufen 1-3 einer Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung zustimmt.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p>Ziel der Ersteinschätzung im Sinne von § 120 Abs. 3b SGB V ist es u.a. unter zu definierenden Kriterien Hilfesuchende in die vertragsärztliche Versorgung weiterzuleiten (vgl. § 120 Abs. 3b S. 2 Nr. 5 SGB V).</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme.</p> <p>Grundsätzlich begrüßt der GKV-Spitzenverband eine verbindliche Ersteinschätzung aller Hilfesuchenden, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen.</p> <p>Der Regelungsentwurf des GKV-Spitzenverbandes (Entwurf A) sieht grundsätzlich die Ersteinschätzung <b>aller</b> Hilfesuchenden vor, die die Notaufnahme eines</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> nein</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>Krankenhauses aufsuchen bzw. dorthin gebracht werden. Patientinnen und Patienten, bei denen der Rettungsdienst bereits 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. Die Ersteinschätzung erfolgt dann durch die Pflegekräfte der Notaufnahme im Schockraum. Diese Patientinnen und Patienten erhalten der Natur nach die Dringlichkeitsstufe 1 oder 2 (vgl. TG 2.2.3, S. 5). Alle anderen Patientinnen und Patienten durchlaufen das ersteinschätzungsverfahren zur sachgerechten Feststellung der Behandlungsdringlichkeit und Empfehlung der erforderlichen Versorgungsstufe.</p>	
--	--	--	--	---	--

				<b>PatV:</b> Kenntnisnahme	
3	<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> <p>a) aus den Berufsgruppen mit dreijähriger Ausbildung „Pflegefachfrau/-mann“, „Notfallsanitäter“ oder „Medizinische Fachangestellte“ kommt,</p> <p>b) über eine mindestens 1jährigen Berufstätigkeit in der Notaufnahme verfügt,</p> <p>c) einen zertifizierten Lehrgang zum eingesetzten Ersteinschätzungssystem besucht hat,</p> <p>d) regelmäßig die geforderten</p>	<p>Die Notwendigkeit dieser Festlegungen habe ich in meinen anderen Stellungnahmen bereits umfassend dargestellt.</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>DKG:</b> SN bereits oben gewürdigt</p> <p>(Die Regelung der DKG ist eine mindestens-Regelung.</p> <p>Ausbildungsberufe mit einer zweijährigen Ausbildung würden diese Qualifikationsanforderungen erfüllen.</p> <p>Die Forderung einer zwingenden Vorhaltung der Expertise aus einer ZNA ist nicht schlüssig. Erfahrungen in der Ersteinschätzungen oder im Umgang von Notfall-Patienten auch außerhalb von ZNAs werden als ausreichend angesehen.</p> <p>Mangels eines validierten und etablierten Ersteinschätzungsinstruments zum Zwecke einer Weiterleitung, um die es hier geht, kann es noch keine zertifizierten Lehrgänge geben.)</p> <p><b>KBV:</b> Eine Präzisierung der Formulierungen zur Qualifikation des medizinischen Personals wird</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Ja</p>	

		<p>Auffrischkurse besucht,</p> <p>e) in der Anwendung der IT-Unterstützung geschult ist,</p> <p>f) in der Nutzung der integrierten Versorgungssteuerung unterwiesen ist.</p> <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. Es muss eine regelmäßige Qualitätskontrolle nach Vorgaben des Ersteinschätzungssystems durch entsprechend qualifiziertes Personal durchgeführt werden</p>		<p>vorgenommen, wobei die Hinweise aus den Stellungnahmen berücksichtigt werden</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme Der GKV-Spitzenverband stellt hierzu zu seinem Regelungsentwurf A in § 2 Abs. 4 klar: 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</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>
--	--	--	--	--	----------------------------

				<p>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.</p> <p>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. Vgl. hierzu auch TG zum Entwurf A)</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	
	4	<b>§4 Anforderungen an das System und Ablauf des Verfahrens</b>	Subbe Validation of physiological scoring systems... zeigt, dass die	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> nein

		<p>Hier wird definiert,</p> <p>a) welche Anforderungen das Ersteinschätzungssystem einhalten soll,</p> <p>b) wie die Systematik der externen Versorgungsorte gestaltet werden soll</p> <p>c)</p> <p>d) wie der Versorgungsumfang im Rahmen Verfahrens ausfallen soll</p> <p>e) der Zeitrahmen bis zum Arztkontakt verbindlich definiert.</p>	<p>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. In Kapitel 8.3 des Buches „Ersteinschätzung in der Notaufnahme – Das Manchester Triage System“ wird genau dieser Prozess beschrieben.</p> <p>Alle relevanten Triage-Systeme sind sich darin einig, dass die Ersteinschätzung 5-stufig erfolgen sollte. ATS, CTAS und MTS geben für alle Stufen Zeitfenster vor</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Betrifft nicht Entwurf A.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p> <p><b>PatV:</b> nein</p>
--	--	--	--	---	---

			(MTS in deutschsprachigen 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.		
	5	<p><b>§5 Qualitätssicherung</b>  <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</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Qualitätssicherung. Der Einbezug des unzuständigen MD ist nicht möglich.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Betrifft nicht Entwurf A.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p> <p><b>PatV:</b> nein</p>

		<p>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 Rückweisungen evaluiert.</p> <p>Zusätzlich wird die Einhaltung der vereinbarten Verfügbarkeitszeiträume und Einhaltung der vereinbarten Fachlichkeit der Notfallpraxen überprüft</p>			
--	--	--	--	--	--

6	<p><b>§6 Dokumentation und Datenaustausch</b>  Hier ist neben der fachlich korrekten Abbildung des Ersteinschätzungsverfahrens die korrekte Integrationsmöglichkeit der Versorgungspfade und –orte zu definieren und prüfen. Es muss beschrieben werden, wie die Schnittstellen zu definieren sind, wie die Daten an die weiterversorgende Einrichtung zu senden sind. Es muss der Umfang des Datensatzes definiert werden.</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Betrifft nicht Entwurf A</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p> <p><b>PatV:</b> nein</p>
7	<p><b>Anmerkungen</b>  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:</p> <p>a) Die Weiterleitung eines Patienten erfordert bislang</p>		<p>a) <b>DKG:</b> Der Entwurf der DKG (B) wird dahingehend geändert, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird.</p> <p>b) <b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>PatV:</b> prüfende Kenntnisnahme</p>	<p>a) <b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4, 5)</p> <p>b) <b>DKG:</b> nein</p> <p><b>PatV:</b> prüft Regelungen zu "Partnerpraxen"</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p>

		<p>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.</p> <p>b) Der Datenaustausch erfordert eine einheitliche Schnittstellendefinition und eine elektronische Patientenakte mit einem hohen Sicherheitsstandard. An diesem Problem arbeitet die Gematik seit 20 Jahren...</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; die rechtliche Problematik wird mit dem Instrument zur Ersteinschätzung adressiert. Durch die Zertifizierung als Medizinprodukt der Klasse IIb ist eine hohe Patientensicherheit gewährleistet.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband stellt zu seinem Regelungsentwurf A folgendes klar:</p> <p>Die ärztliche Supervision und Letztverantwortung für die Entscheidung zur Behandlung eines Hilfesuchenden in der Notaufnahme eines Krankenhauses oder aber der strukturierten Weiterleitung eines Hilfesuchenden in die vertragsärztliche Versorgung ist im Entwurf geregelt. Die Arztentscheidung wird durch das Ersteinschätzungsinstrument lediglich unterstützt. Gegenüber der derzeitigen Situation ergibt sich daher keine grundsätzlich andere Rechtslage. Im Gegenteil wird</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
--	--	--	--	---	----------------------------

				<p>durch die Unterstützung der Arztentscheidung mittels einen validierten standardisierten Entscheidungsunterstützungssystems die Qualität bundeseinheitlich gesichert und die Patientensicherheit erhöht.</p> <p>Hierzu auch folgender Hinweis auf die Tragenden Gründe zum Regelungsentwurf A, Punkt 2.3.2 (a): Die EES-Fachkraft sowie die Fachärzte können von der Empfehlung des EES abweichen in begründeten Fällen. Die Abweichungen sind zu begründen und auch zur Qualitätssicherung des EES-Instruments zu dokumentieren.</p>	
	8	<p><b>Vision</b> 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</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme, angeführte Aspekte wären relevant für eine große Notfallreform</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung; Ziel muss sein, dass Hilfesuchende, bevor sie die Zentrale Notaufnahme des Krankenhauses aufsuchen,</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p>

	<p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine vierstufige Telefontriage (eingesetzt im UK, Norwegen, Portugal, Australien, Neuseeland) – TTA</li> <li>- Eine vereinfachte Triagierung zum Einsatz in Alten- und Pflegeheimen um bei Notfällen entscheiden zu können, ob ein</li> </ul>		<p>bereits eine telefonische Ersteinschätzung über die Nummer 116 117 durchlaufen, um direkt die für sie adäquate Versorgungsebene anzusteuern.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag. Fehlende Rechtsgrundlage.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Nein</p> <p><b>PatV:</b> nein</p>
--	---	--	---	---

		<p>RTW-Einsatz erforderlich ist – NaRT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein Steuerungssystem für den Rettungsdienst um die geeignete Versorgungsstruktur zu finden – Pre-Hospital Pathfinder</li> <li>- Ein Steuerungssystem für Telefonzentralen und Telemedizinischen Dienste (außer Rettungsleitstellen) – CoTT</li> </ul> <p>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.</p>			
--	--	---	--	--	--

<p><b>DGNI</b></p>	<p>9</p>	<p>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.</p>	<p>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 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</p>	<p><b>DKG:</b> Da der Entwurf der DKG (B) dahingehend geändert wird, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, entfällt hier eine Anpassung, da nun nach „Pflegetriagierung“ entweder eine Untersuchung und Behandlung durch den Krankenhausarzt oder unter gegebenen Voraussetzungen durch den Vertragsarzt der Notdienstpraxis des Krankenhausstandortes erfolgt, ist der Facharztstandard gesichert und die ggf. nötige neurologische Fachbehandlung kann initiiert werden.</p> <p><b>KBV:</b> Ablehnung; dem Vorwurf ist entschieden entgegenzutreten. Das vorgesehene zweistufige</p>	<p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4, 5), siehe oben</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p>
--------------------	----------	--	--	---	--

		<p>auflösen lässt, weswegen bei neurologischen Symptomen v.a. die neurologische Fachqualifikation zwingend ist, die nicht durch Ersteinschätzungsinstrumente oder gar Pflorgetriagierung ersetzt werden kann. In allen vorgelegten Entwürfen ist die Durchführung einer Ersteinschätzung aller Hilfesuchenden, die sich fußläufig in Notaufnahmen von Krankenhäusern vorstellen, mittels eines Ersteinschätzungsinstruments 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</p>	<p>Verfahren mit einer Behandlungspriorisierung im ersten Schritt, wie sie aktuell bereits auf Basis der Regelungen zum gestuften System der stationären Notfallversorgung vorgesehen ist, wird bei Patienten der Stufe (3 und) 4 und 5 eine Ersteinschätzung vorgenommen. Die Stellungnahme scheint auf einem Missverständnis der Regelungsentwürfe zu basieren.</p> <p>Zustimmung zur Beobachtung, dass derzeit keine validierten Instrumente zur Ersteinschätzung existieren; hierzu laufen Studien, um Evidenz diesbezüglich zu generieren.</p> <p>Zustimmung zur Aufnahme neu-rologischer fachärztlicher Praxen in die Aufzählung unter § 4 Abs. 2 Nr. 3 in BE C.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag.</p> <p>Der Entwurf des GKV-Spitzenverbandes (Entwurf A) sieht vor, dass das digitale</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>KBV:</b> Ja</p> <p><b>GKV-SV:</b> nein</p>
--	--	--	---	--

			<p>Notfallpatienten die folgende Problematik:</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>Ersteinschätzungsinstrument, das den Ersteinschätzungsprozess in den Notaufnahmen der Krankenhäuser gemäß der gesetzlichen Regelung nach § 120 Abs. 3b SGB V unterstützen soll, die spezifischen Anforderungen an die Versorgung von neurologischen Patientinnen und Patienten bzw. Hilfesuchenden mit neurologischen Symptomen valide abbilden muss.</p> <p><b>PatV:</b> prüfende Kenntnisnahme  <b>PatV:</b> prüft Regelungen zu Partnerpraxen wie DKG Vorschlag.</p>	
--	--	--	--	--	--

		<p>übersteigt die Möglichkeit der in den Entwürfen vorgesehenen Art der Ersteinschätzung.</p> <p>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.</p> <p>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</p>		
--	--	--	--	--

			<p>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.</p> <p>II. Hinsichtlich der Weiterleitung neurologischer Notfallpatienten in die geeigneten Notfallstrukturen ergibt sich ebenfalls eine relevante Problematik:</p> <p>1. Nur zwei der vorgelegten Entwürfe sehen überhaupt eine Relevanz der</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>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:</p> <p>2. Bereits aktuell besteht in den meisten Regionen besteht ein eklatanter Versorgungseingpass 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</p>		
--	--	--	--	--	--

			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.		
	10	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	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	<b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme <b>PatV:</b> prüfende Kenntnisnahme <b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>GKV-SV:</b> nein  <b>DKG:</b> nein

		<p>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.</p>	<p>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. ambulante 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.</p> <p>(ii) Aus Sicht der Neurologie müssen Ersteinschätzungsinstrumente wichtige Neurologische Symptome und Krankheitsbilder wie akute und subakute Schlaganfälle, Enzephalitiden, Meningitiden, entzündliche Erkrankungen</p>		
--	--	---	--	--	--

			<p>des peripheren Nervensystems, epileptische Anfälle, das große Spektrum der Schwindelsymptome und -erkrankungen sowie Kopfschmerzen explizit abbilden.</p> <p>(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,</p>		
--	--	--	---	--	--

			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.		
<b>DGPP N</b>	11	Allgemein: Psychiatrische Kliniken müssen von Notwendigkeit der Ersteinschätzung ausgenommen bleiben	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>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN, da in der DKG- Regelung (B) die formulierte Ausnahme (§1 Absatz 3) spezialisierte Einrichtungen von den Regelungen zur Ersteinschätzung im Sinne einer Weiterleitungsentscheidung verbindlich ausnimmt. <b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> nein  <b>KBV:</b> Nein

				<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Aufnahme der Anregung zur Spezifizierung, für welche Krankenhäuser die Regelung nach § 120 Abs. 3b SGB V gilt im Entwurf A.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme Prüfung der Anregung zur Spezifizierung, für welche Krankenhäuser die Regelung nach § 120 Abs. 3b SGB V gilt.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Änderung von § 2 im Entwurf A wie folgt: § 2 Absatz 1 (neu): „<b>Alle Krankenhäuser, die ambulante Notfälle nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V behandeln, haben die Ersteinschätzung nach § 120 Abs. 3b SGB V verbindlich durchzuführen.</b>“</p>
	12	Allgemein: Mehraufwand durch RL muss refinanziert werden	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	<p><b>DKG:</b> Die SN ist nachvollziehbar. Leider beinhaltet der gesetzliche Regelungsauftrag aber nur Pflichten für Krankenhäuser, indem die Vergütung zukünftig an ein stattgefundenes Ersteinschätzungsverfahren zum Zwecke der Prüfung einer Weiterleitung geknüpft werden soll. Der vorliegende DKG-Beschlussentwurf (B) hat das Ziel, vor dem Hintergrund</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p>

			<p>Krankenhäusern nicht vergütet wird</p>	<p>eines fehlenden validierten Instruments weitestgehend umsetzbare Regelungen zu schaffen und den bürokratischen und administrativen Aufwand so gering wie möglich zu halten. Allerdings ist ein Aufwand nicht in Gänze zu vermeiden, da dem Regelungsauftrag immanent und ohne Refinanzierungsklausel.</p> <p><b>KBV:</b> Regelungen zur Finanzierung sind kein Teil des Regelungsauftrags an den G-BA; § 120 Abs. 3b S. 5 SGB V sieht eine Regelung zur Finanzierung innerhalb der ersten sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie durch den ergänzten Bewertungsausschuss vor.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Das Ersteinschätzungsinstrument erfordert kein zusätzliches Personal. Zum einen müssen die Patienten im Krankenhaus auch bereits heute ersteingeschätzt werden. Zum anderen sieht zumindest der Entwurf A ein weitestgehend digitales Unterstützungsinstrument</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
--	--	--	---	--	--

				<p>vor. Dadurch wird die Entscheidungsfindung gegenüber dem Status Quo vereinfacht und abgesichert.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	
	13	<p>Allgemein: Überweisung an vertragsärztlichen Bereich muss im Ermessen der Klinik liegen.</p>	<p>Die Regelungen einer strukturierten Weiterleitung an entsprechende Praxen werden aufgrund der praktischen Erfahrung nicht für realistisch gehalten.</p>	<p><b>DKG:</b> Der Entwurf der DKG (B) wird dahingehend geändert, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Regelungen zur strukturierten Weiterleitung sollen insbesondere Struktur und Rechtssicherheit an Stelle nicht überprüfbarer Kriterien bieten; ein Abweichen ist in begründeten Fällen zulässig.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme.</p> <p>Der GKV-Spitzenverband stellt hier zu seinem Entwurf A folgendes klar:</p>	<p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4, 5), siehe oben</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>

				<p>Die ärztliche Supervision und Letztverantwortung für die Entscheidung zur Behandlung eines Hilfesuchenden in der Notaufnahme eines Krankenhauses oder aber der strukturierten Weiterleitung eines Hilfesuchenden in die vertragsärztliche Versorgung ist im Entwurf geregelt. Die Arztentscheidung wird durch das Ersteinschätzungsinstrument lediglich unterstützt. Gegenüber der derzeitigen Situation ergibt sich daher keine grundsätzlich andere Rechtslage. Im Gegenteil wird durch die Unterstützung der Arztentscheidung mittels eines validierten standardisierten Entscheidungsunterstützungssystems die Qualität bundeseinheitlich gesichert und die Patientensicherheit erhöht.</p> <p>Hierzu auch folgender Hinweis auf die Tragenden Gründe 2.3.2 (a): Die EES-Fachkraft sowie die Fachärzte können von der Empfehlung des EES abweichen in begründeten</p>	
--	--	--	--	--	--

				Fällen. Die Abweichungen sind zu begründen und auch zur Qualitätssicherung des EES-Instruments zu dokumentieren.	
				<b>PatV:</b> Kenntnisnahme	
<b>DGKJ</b>	14	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.	Die Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen während der Werktage, 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	<b>DKG:</b> Teile der SN sind als Zustimmung zum DKG-Regelungsentwurf (B) zu werten. Die Ausnahme für pädiatrische Einrichtungen folgt dabei genau dem Grundsatz, dass eine Weiterleitung vielerorts unwahrscheinlich ist. Einzelnen lokalen Begebenheiten mit funktionierenden Strukturen wird der Regelungsentwurf ebenfalls gerecht, da die Ausnahme als eine optionale Ausnahme formuliert ist.  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Eine Prüfung, inwiefern die Versorgung von Kindern und Jugendlichen Teil der Regelungen sein werden, sollte in den Beratungen nochmals geprüft werden.	<b>DKG:</b> Nein



			<p>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 Zusatz-qualifikation „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 Fachweiter-bildung 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</p>	<p>DKG-Entwurf (B) geforderten personellen Voraussetzungen stellen eine Mindestens-Regelung dar, mit der davon ausgegangen wird, dass sie für die Qualifikation zur Ersteinschätzung im Kontext der Weiterleitung zum Krankenhausarzt oder ggf. zum Vertragsarzt der Notdienstpraxis des Krankenhausstandortes adäquat ist.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme und Aufnahme der Anregung im Entwurf A.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Tragenden Gründe zu Entwurf A werden wie folgt geändert:</p> <p>Kap. 2.3.1 auf Seite 7</p> <p>Buchstabe b</p> <p>„Das Einschätzungsverfahren muss so viele Leitsymptome oder Gründe für die Inanspruchnahme der Notaufnahme wie möglich digital abbilden. <b>Dabei müssen die spezifischen Belange von Kindern und Jugendlichen sowie die spezifischen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden.</b> 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</p>
--	--	--	---	---	--

			in § 25, Abs. 3, zweiter Spiegelstrich der stationären Notfallregelung orientieren (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekraft im Präsenzdienst).		Notfallpräsentationen auf (...)“
15	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			<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme, angeführte Aspekte wären relevant für eine große Notfallreform.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; vgl. lfd. Nr. 14</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Entwurf A sieht ein integriertes System zur Ersteinschätzung vor. Es ist nicht vorgesehen der stationären Triage ein weiteres System vorzuschalten. Die Option der Weiterleitung in die ambulante Versorgung schließt sich inhaltlich an, wenn ein dringlicher ambulanter Behandlungsbedarf im Krankenhaus nicht gegeben ist. Wenn bereits integrierte Notfallstrukturen im Krankenhaus vorhanden sind,</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> nein</p>

	<p>unnötig den Aufwand verdoppelt.</p> <p>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.</p> <p>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</p>		<p>kann die Behandlung direkt durch den partnerschaftlich eingebundenen niedergelassenen Arzt oder die Ärztin erfolgen. Eine Herausnahme von Kindern- und Jugendlichen aus dem Ersteinschätzungssystem würde bedeuten, dass bei der Notfallversorgung ausgerechnet für Kinder und Jugendliche geringere Qualitätsanforderungen bestehen. Eine solche Regelung wird abgelehnt.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	
--	---	--	---	--

		Kinder“ erfolgreich weiterzuentwickeln.			
<b>DGHN O</b>	16	<p><b>Allgemein</b> 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?</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Die Prüfung auf Notwendigkeit einer (stationären) Krankenhausbehandlung erfolgt grundsätzlich bei jedem Patienten, der sich selbstständig oder auch mittels Einweisung im Krankenhaus vorstellt.</p> <p>Die Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Notfallversorgung ist in § 75 Abs. 1b SGB V ebenso gesetzlich vorgegeben wie in § 120 Abs. 3b SGB V die Prüfung der Frage, ob ein Hilfesuchender einen Anspruch auf eine ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus hat. Denn hier befindet er sich.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Betrifft nicht Entwurf A</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p> <p><b>DKG:</b> nein</p>

17	<p><b>§ 1</b>  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.</p>	<p>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</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Es geht um die Entwicklung eines einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsinstrumente s. Daher sind Ausnahmen nicht zielführend. Darüber hinaus wird jeder Patient der sich im Krankenhaus vorstellt eingeschätzt. Das Ersteinschätzungsinstrument soll digital zur Verfügung stehen, den Prozess vereinfachen und die Entscheidungsfindung unterstützen.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
----	---	--	--	--

			<p>Ärzte:innen sollten angesichts der Fachkräfteverknappung besser in den Notfallambulanzen oder KV-Praxen an Kliniken tätig werden.</p> <p>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.</p> <p>Entwurf D stellt sehr klar dar, dass bei dem</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Der GKV-Spitzenverband stellt zu seinem Regelungsentwurf A folgendes klar:</p> <p>Entwurf A sieht explizit vor, dass bei einer systemseitigen Empfehlung für eine Weiterleitung des Patienten die Prüfung durch einen Facharzt mit ZWB erfolgen muss (vgl. § 3 Abs. 2 e). Bei dem in Entwurf A vorgesehenen Prozedere geht es um eine digitale Terminvermittlung durch die</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>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.</p>	<p>TSS. Die Terminvermittlung erfolgt damit durch die KVen. Ist eine Terminvermittlung nicht möglich, kann eine Behandlung im Krankenhaus erfolgen. Dem Krankenhaus entstehen durch die Systematik keine Nachteile. Die vorgesehene Terminvermittlung schafft eine verbindliche Behandlungsoption und erleichtert es dadurch Patienten in die geeignete Versorgungsebene zu vermitteln.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	
18	<p><b>§ 2</b> In Entwurf A werden Qualifikationen für die Ersteinschätzung aufgerufen, die kaum erfüllbar sind.</p>	<p>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</p>	<p><b>DKG:</b> Der Entwurf der DKG (B) wird dahingehend geändert, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird.</p> <p>Die im DKG-Entwurf (B) geforderten personellen</p>	<p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4 ,5), siehe oben</p>	

			<p>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?</p>	<p>Voraussetzungen stellen eine Mindestens-Regelung dar, mit der davon ausgegangen wird, dass sie für die Qualifikation zur Ersteinschätzung im Kontext der Weiterleitung zum Krankenhausarzt oder ggf. zum Vertragsarzt der Notdienstpraxis des Krankenhausstandortes adäquat ist.</p> <p>Die Frage des SN zur „Finanzierung“ ist nachvollziehbar. Leider beinhaltet der gesetzliche Regelungsauftrag aber nur Pflichten für Krankenhäuser, indem die Vergütung zukünftig an ein stattgefundenes Ersteinschätzungsverfahren zum Zwecke der Prüfung einer Weiterleitung geknüpft werden soll. Eine direkte Verpflichtung von KVen oder vertragsärztlichen Strukturen ergibt sich aus dem Gesetzesauftrag nicht. Der vorliegende DKG-Beschlussentwurf (B) hat daher auch das Ziel, weitestgehend umsetzbare Regelungen zu schaffen.</p>	
--	--	--	---	--	--

				<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Aktuell werden rd. 100.000 Patienten jährlich in der Notaufnahme abgewiesen. Dies kann den Abrechnungsstatistiken für die Abklärungspauschale entnommen werden. Es ist daher offenbar sowohl haftungsrechtlich als auch medizinisch-fachlich möglich die Entscheidung zu treffen, Patienten ohne aufwendige Diagnostik wegzuschicken. Ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren kann die Rechtssicherheit der Entscheidungen hier lediglich erhöhen. Auf die inhaltliche Begrenzung des Versorgungsauftrags in der Notfallbehandlung auf eine Notfallversorgung von Hilfesuchenden im engeren Sinne weist u.a. auch Hr. Ulrich Wen-ner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a.D., hin (vgl. Dt. Ärzteblatt vom 13.06.2022: „Die Notfallbehandlung ist nach der Rechtsprechung des BSG auf die Akutversorgung im engeren Sinne begrenzt“).</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>Der Facharztstandard im Krankenhaus geht regelhaft mit der Delegation ärztlicher Leistungen an Weiterbildungsassistenten und Pflegepersonal einher.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	
19	<p><b>§ 3</b> 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!</p>	<p>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</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Es ist richtig, dass Entwurf A eine weitestgehend digitale Lösung vorsieht und damit eine Zielrichtung setzt, die künftig umzusetzen ist. Die Regelung beabsichtigt eine Veränderung des Status Quo. Dies wird nicht erreicht, indem bestehende Defizite für die Zukunft zementiert werden.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>	

			<p>Laufwege oder mehr Personalbedarf.  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.</p>		
	20	<p><b>§ 6 ff.</b>  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</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Optinova und Smed wurden bereits im Rahmen von Projekten im Rahmen des Innovationsfonds untersucht. Im Weiteren soll es hier nicht darum gehen neue Forschungsfelder für den Innovationsfonds zu generieren, sondern bestehende</p>	<p><b>DKG:</b> nein  <b>KBV:</b> Nein  <b>GKV-SV:</b> Nein</p>

		<p>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.</p>		<p>Versorgungsprobleme zu lösen.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	
21	<p><b>Fazit:</b> 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?</p> <p><b>Vorschlag:</b></p>		<p><b>DKG:</b> Da der Entwurf der DKG (B) dahingehend geändert wird, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, entspricht die aktualisierte DKG-Regelung unseres Erachtens weitgehend dem Vorschlag des SN zur praktischen Umsetzung: Krankenhäuser mit Notdienstpraxen am Krankenhausstandort leiten</p>	<p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (§§ 2, 3, 4, 5), siehe oben, ansonsten keine Änderungen</p>	

		<p>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.</p>		<p>ambulant behandelbare Patienten dorthin weiter.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Ein Betrieb von KV-Notdienstpraxen orientiert sich am Bedarf; daher ist ein regelhafter Betrieb 24/7 nicht erforderlich, unwirtschaftlich und nicht im Entwurf vorgesehen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Fundamentalkritik und fehlende Rechtsgrundlage</p> <p><b>PatV:</b> Zustimmung zum Vorschlag, dass eine EE eigentlich nur für Notaufnahmen mit integrierten Notfallpraxen zielführend ist.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
<b>DGIM</b>	22	<p>Es wird nicht erläutert, warum es vier Entwürfe gibt, wer die</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p>

	<p>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.</p> <p>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</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Die Organisation der Durchführung von Stellungnahmeverfahren obliegt dem G-BA. Vorgesehene Stellungnehmer können auf Ihr Recht zur Stellungnahme verzichten. Die Terminvorgabe ergibt sich aus dem Gesetz.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
--	---	--	--	--

		Termin sollte um 1 Jahr verschoben oder ganz ausgesetzt werden. Kommentare im Einzelnen:			
	23	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 unwägbara 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.	<b>DKG:</b> Da der Entwurf der DKG (B) dahingehend geändert wird, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, berücksichtigt die aktualisierte DKG-Regelung unseres Erachtens weitgehend die Bedenken des SN.  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kenntnisnahme. Aktuell werden rd. 100.000 Patienten jährlich in der Notaufnahme abgewiesen. Dies kann den Abrechnungsstatistiken für die Abklärungspauschale entnommen werden. Es ist daher offenbar sowohl haftungsrechtlich als auch	<b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (§§ 2, 3, 4, 5), siehe oben, ansonsten keine Änderungen  <b>KBV:</b> Nein  <b>GKV-SV:</b> Nein

				<p>medizinisch-fachlich möglich die Entscheidung zu treffen, Patienten ohne aufwendige Diagnostik wegzuschicken. Ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren kann die Rechtssicherheit der Entscheidungen hier lediglich erhöhen. Auf die inhaltliche Begrenzung des Versorgungsauftrags in der Notfallbehandlung auf eine Notfallversorgung von Hilfesuchenden im engeren Sinne weist u.a. auch Hr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a.D., hin (vgl. Dt. Ärzteblatt vom 13.06.2022: „Die Notfallbehandlung ist nach der Rechtsprechung des BSG auf die Akutversorgung im engeren Sinne begrenzt“)</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	
	24	Die Einrichtung einer Notdienstpraxis mindestens an allen Häusern der Notfallstufen 2 und 3 sollte als Voraussetzung der Weiterleitung von Patienten an KV-Strukturen verbindlich		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme, angeführte Aspekte wären relevant für eine große Notfallreform</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p>

		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.		<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Fehlende Rechtsgrundlage</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<b>GKV-SV:</b> Nein
25	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		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; die „Widersprüche“ in den BE resultieren aus den unterschiedlichen Annahmen der jeweiligen Autoren. Somit bieten diese den Stellungnehmenden die Möglichkeit, die unterschiedlichen Formulierungen gegeneinander abzuwägen und Argumente für oder gegen die jeweiligen Positionen zu finden.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Fehlende Rechtsgrundlage</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>

		den Akteuren vor Ort festgelegt werden.			
26	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		<p><b>DKG:</b> Der Einwand des SN ist plausibel, weswegen im DKG-Regelungsentwurf (B) keine über die in den Priorisierungsinstrumenten festgelegten Zeitkorridore enthalten waren.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung; eine entsprechende Einteilung in die benannten Zeitfenster, wie in BE A vorgesehen, ist u.E. nicht möglich.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kenntnisnahme. Aktuell werden rd. 100.000 Patienten jährlich in der Notaufnahme abgewiesen. Dies kann den Abrechnungsstatistiken für die Abklärungspauschale entnommen werden. Es ist daher offenbar sowohl haftungsrechtlich als auch medizinisch-fachlich möglich die Entscheidung zu treffen, Patienten ohne aufwendige Diagnostik wegzuschicken. Ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>

		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.		<p>kann die Rechtssicherheit der Entscheidungen hier lediglich erhöhen. Auf die inhaltliche Begrenzung des Versorgungsauftrags in der Notfallbehandlung auf eine Notfallversorgung von Hilfesuchenden im engeren Sinne weist u.a. auch Hr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a.D., hin (vgl. Dt. Ärzteblatt vom 13.06.2022: „Die Notfallbehandlung ist nach der Rechtsprechung des BSG auf die Akutversorgung im engeren Sinne begrenzt“).</p> <p>Die genannten Zeitfenster dienen der Terminvermittlung in Fällen, in denen kein unmittelbarer ambulanter Behandlungsbedarf im Krankenhaus besteht</p> <p><b>PatV:</b> zustimmende Kenntnisnahme</p>	
	27	5. Der Entwurf A definiert die zutreffende Patientengruppe wie folgt: „Jeder Notfallpatient und jede Notfallpatientin, der oder die	Diese Regelung ist nicht nachvollziehbar, da der Rettungsdienst ja ausschließlich für Patienten zuständig ist, bei denen ein	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN, der Regelungsentwurf der DKG (B) unterscheidet nicht zwischen verschiedenen Verordnern,	<b>DKG:</b> keine

		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.“	„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.	sondern nimmt alle Pat. mit einer Verordnung für eine Krankenhausbehandlung von den Regelungen aus. <b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Die Aussage gibt ein theoretisches Konzept wieder, das sich in der Praxis nicht bestätigt.  <b>PatV:</b> Kenntnisnahme	<b>GKV-SV:</b> Nein
	28	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).	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme  <b>KBV:</b> Zustimmung; In Bezug auf die Begrifflichkeiten ist der BE stringent zu überarbeiten.  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme  <b>PatV:</b> zustimmende Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> nein  <b>KBV:</b> Ja  <b>GKV-SV:</b> Prüfung  <b>PatV:</b> Überprüfung der Begriffe
	29	7. Die durchgehende Vorgabe, eine Ersteinschätzung innerhalb		<b>DKG:</b> zustimmende Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> keine

		<p>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.</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; diese Regelung geht konform mit den Regelungen zum gestuften System der Notfallstrukturen von Krankenhäusern.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme: Jeder Patient der in einem Krankenhaus vorstellig wird, muss ersteingeschätzt werden. Die Beschlussentwürfe ändern an dieser Tatsache nichts. Entwurf A sieht ein integriertes und weitestgehend digitales System vor, dass kaum personelle oder finanzielle Zusatzaufwände verursacht.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
	30	<p>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</p>		<p><b>DKG:</b> Die SN ist plausibel. Da der Entwurf der DKG (B) dahingehend geändert wird, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher</p>	<p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4, 5), siehe oben</p>

	<p>eingeführt, doch erscheint eine bundesweite und v.a. flächendeckende Einführung und belastbare Umsetzung eines solchen Konzeptes derzeit unrealistisch. Die im Entwurf A präzisierte 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</p>		<p>Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, entfällt hier eine Anpassung.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Partnerpraxen können neben vielen anderen regionalen Organisationsformen der Kooperation eine regionale Möglichkeit darstellen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung liegt bei den KVen.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Betrifft den BE der KBV nicht, daher: Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
--	---	--	--	--

		(kardiologisch, gastroenterologisch, neurologisch etc.) von teilweise mehreren Monaten in Kauf zu nehmen.			
31	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		<p><b>DKG:</b> Der vorliegende DKG-Beschlussentwurf (B) hat das Ziel, vor dem Hintergrund eines fehlenden validierten Instruments weitestgehend umsetzbare Regelungen zu schaffen und den bürokratischen und administrativen Aufwand so gering wie möglich zu halten. Allerdings ist dieser Aufwand nicht zu vermeiden, da dem Regelungsauftrag immanent</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme zum Vorschlag des SN, Notdienstpraxen verbindlich an allen für die Notfallversorgung relevanten Krankenhäuser anzusiedeln, jedoch wäre dies sicher ein Aspekt für eine große Notfallreform und war nicht Gegenstand dieses Regelungsauftrages.</p> <p>Der Entwurf der DKG (B) wird dahingehend geändert, dass eine Weiterleitung an</p>	<p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4, 5), siehe oben, ansonsten keine Änderungen</p>

		<p>Weiterversorgung. Nur so ist dieses Modell auch vereinzelt (z.B. in der Region Rosenheim) erprobt worden.</p>		<p>Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Fehlende Rechtsgrundlage. Die Ansiedlung von Notdienstpraxen an allen Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, ginge am Versorgungsbedarf der Patienten vorbei und kann bei den durchschnittlich geringen Fallzahlen nicht wirtschaftlich umgesetzt werden. Im Übrigen bezieht sich die Versorgung im Notdienst auf die Versorgung zu sprechstundenfreien Zeiten. Darüber hinaus erfolgt die ambulante Versorgung durch die niedergelassenen Vertragsärzte und liegt im</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>Sicherstellungsauftrag der KVen.</p> <p><b>PatV:</b> Zustimmung zur Aussage: Die zielführende Lösung wäre die verbindliche Ansiedlung von Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen an allen für die Notfallversorgung relevanten Krankenhäusern</p>	
	32	<p>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.</p>		<p><b>DKG:</b> zustimmende Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Fehlende Rechtsgrundlage</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
<b>DGOU</b>	33	<p><b>Einleitung</b></p> <p>Grundsätzlich ist es zu begrüßen, Patientenströme in Notaufnahmen zu regulieren und sicherzustellen, dass zu jedem Zeitpunkt ausreichende Valenzen zur Behandlung „wirklicher Notfälle“ gegeben sind.</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; benannte „Unschärfen“ lassen eine Flexibilität auf regionaler Ebene zu, die für eine erfolgreiche Integration der Ersteinschätzung in die</p>	<p><b>DKG:</b> keine</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p>

		<p>Nichtsdestotrotz enthalten diese Entwürfe zahlreiche Unschärfen, die eine Umsetzung fragwürdig und bisweilen kritisch erscheinen lassen.</p> <p>Eine klare Stellungnahme seitens unserer Fachgesellschaft erscheint uns als unabdingbar.</p>		<p>bestehenden regionalen Strukturen der Notfallversorgung und in Bezug auf die unterschiedlichen regionalen Bedarfe notwendig sind.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
34	<p><b>Triage-System</b></p> <p>Dreh- und Angelpunkt des vorliegenden Entwurfes ist eine Triage-Software.</p> <p>Es bleibt offen, welches Triage-System hier konkret genutzt werden soll.</p>	<p>Genannt werden das Manchester Triage System (MTS) oder der Emergency Evaluation Index (ESI).</p> <p>Es ist richtig, dass diese Instrumente standardisiert und validiert sind. <b>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.</b></p> <p>Die Ergebnisse einer Studie, die die Eignung des deutschen MTS zur Umleitung von nicht-chirurgischen Patienten, die sich in der Notaufnahme einer Universitätsklinik vorstellten,</p>	<p><b>DKG:</b> Da der Entwurf der DKG (B) dahingehend geändert wird, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, berücksichtigt die aktualisierte DKG-Regelung unseres Erachtens weitgehend die Bedenken des SN.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung, dass die benannten Triage-Systeme lediglich eine</p>	<p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (§§ 2, 3, 4, 5), siehe oben, ansonsten keine Änderungen</p>	

		<p>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. <i>BMJ open</i>. 2019;9(5):e024896). Gräff und Pin resümieren in einer aktuellen Übersichtsarbeit, dass Ersteinschätzungssysteme und -prozesse es grundsätzlich nicht erlauben,</p>	<p>Behandlungspriorisierung vorsehen und zur Steuerung in eine entsprechende Versorgungsebene nicht geeignet sind. Aus diesem Grund sehen alle vier BE ein zweistufiges Verfahren vor, bei dem im zweiten Schritt die Ersteinschätzung i.e.S. die adäquate Versorgungsebene zuweist. Dem G-BA ist dabei bewusst, dass ein System der zweiten Stufe derzeit noch nicht validiert vorliegt. Dies wird sich nach Abschluss laufen-der Studien voraussichtlich ändern.</p> <p>Anders als die Stellungnehmen-den behaupten, schließen die Entwürfe A und C bei Hilfesuchenden mit einer festgestellten MTS/ESI-Stufe 3 eine Behandlung in der Notaufnahme des Krankenhauses nicht aus, sondern sehen die Durchführung eines Ersteinschätzungsverfahrens zur Feststellung der adäquaten Versorgungsebene vor. Im Ergebnis kann die Behandlung im Krankenhaus</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>
--	--	---	--	-------------------------

			<p>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 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).</p> <p><b>Zusätzlich ist zu beachten, dass gerade alte Patienten oftmals durch diese etablierten Triage-systeme</b></p>	<p>die adäquate Versorgungsebene sein. Zu betonen ist, dass, wie auch die Stellungnehmenden herausstellen, Stufe 3 strittig ist und es zu prüfen gilt, ob Stufe 3 nicht (zunächst) regelmäßig direkt einer Versorgung im Krankenhaus zugeordnet werden sollte. Dies ist in einem regelmäßig vorgesehenen Verfahren zu evaluieren.</p> <p>Wie bereits an anderer Stelle beschrieben, ist die Finanzierung nicht Teil des Regelungsauftrags des G-BA. Diese ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Regelungen zu klären.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Aktuell werden rd. 100.000 Patienten jährlich in der Notaufnahme abgewiesen. Dies kann den Abrechnungsstatistiken für die Abklärungspauschale entnommen werden. Es ist daher offenbar sowohl haftungsrechtlich als auch medizinisch-fachlich möglich</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
--	--	--	---	--	----------------------------

			<p><b>nicht adäquat eingeschätzt werden</b> (Boulton AJ, Peel D, Rahman U, Cole E. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2021 Aug 30;29(1):127).</p> <p>Auch bezüglich der Beschränkung einer notfallmäßigen Krankenhausbehandlung auf die Dringlichkeitskategorien 1 und 2 bestehen fachliche Bedenken.</p> <p>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.</p> <p><b>Es gibt eine Vielzahl von Arbeiten, die ganz eindeutig zeigen, dass Patienten in dieser Kategorie 3 kritisch</b></p>	<p>die Entscheidung zu treffen, Patienten ohne aufwendige Diagnostik wegzuschicken. Ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren kann die Rechtssicherheit der Entscheidungen hier lediglich erhöhen. Auf die inhaltliche Begrenzung des Versorgungsauftrags in der Notfallbehandlung auf eine Notfallversorgung von Hilfesuchenden im engeren Sinne weist u.a. auch Hr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a.D., hin (vgl. Dt. Ärzteblatt vom 13.06.2022: „Die Notfallbehandlung ist nach der Rechtsprechung des BSG auf die Akutversorgung im engeren Sinne begrenzt“).</p> <p>Jeder Patient der in einem Krankenhaus vorstellig wird, muss ersteingeschätzt werden. Die Beschlussentwürfe ändern an dieser Tatsache nichts. Entwurf A sieht ein integriertes und weitestgehend digitales System vor, dass kaum</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p><b>sind und die Versorgungsleistung der Klinik benötigen</b></p> <p>(Literatur kann bei Bedarf nachgeliefert werden).</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>personelle oder finanzielle Zusatzaufwände verursacht.</p> <p><b>DKG:</b> (zu „Es gibt eine Vielzahl von Arbeiten, die ganz eindeutig zeigen, dass Patienten in dieser Kategorie 3 kritisch sind und die Versorgungsleistung der Klinik benötigen“): Die vom SN geforderte grundsätzliche Krankenhausbehandlung der Dringlichkeitsstufen 1-3 entspricht der DKG-Regelung (B) und wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> (zu dem letzten Teil der SN zur Software ... kompliziert): Zustimmung zur SN, wurde im Konzept der DKG (B) berücksichtigt. Der vorliegende Beschlussentwurf hat das Ziel, vor dem Hintergrund eines fehlenden validierten Instruments weitestgehend umsetzbare Regelungen zu schaffen und den bürokratischen Aufwand so gering wie möglich zu halten.</p> <p><b>PatV:</b> Zustimmung, dass die benannten Triage-Systeme</p>	
--	--	--	---	--	--

		<p>Schnittstelle zu einer im Text genannten Servicestelle zu ermöglichen.</p> <p>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.</p> <p><b><i>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.</i></b></p> <p>Zuletzt stellt sich die Frage, wie die Implementierung einer solchen Software dann am Ende im einzelnen Krankenhaus finanziert werden soll.</p> <p><b><i>Insgesamt findet sich in den vorliegenden Unterlagen kein</i></b></p>	<p>lediglich eine Behandlungspriorisierung vorsehen und zur Steuerung in eine entsprechende Versorgungsebene nicht geeignet sind.</p> <p>Eine ambulante Behandlungsmöglichkeit bei den letzten Stufen von MTS oder ESI vorzusehen, ist in der Tat nicht ableitbar und bisher liegen keine validen Systeme für die Einschätzung zur relevanten Versorgungsebene vor. PatV teil daher wesentliche Bedenken.</p>	
--	--	---	---	--

			<p><i>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.</i></p>		
35	<p><b>Praktische Umsetzung</b></p> <p>Die Ersteinschätzung der Patienten anhand der beschriebenen Software soll durch Pflegepersonal mit der Zusatzbezeichnung „Notfallpflege“ mit entsprechender Berufserfahrung realisiert werden.</p> <p>Hierzu sind zwei Punkte anzumerken: Grundsätzlich sind die meisten weltweit etablierten Triassysteme so ausgelegt, dass eine notfallmedizinische Ausbildung nicht zwingend erforderlich ist. Zum anderen</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme der SN, die sich ausschließlich auf den Beschlussentwurf A beziehen</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung in Bezug auf die Anmerkungen zur Qualifikation des Pflegepersonals und des ärztlichen Personals.</p> <p>Das D-Arzt-Verfahren ist in diesem Fall nicht betroffen, da sich die Regelungen auf das Leistungsrecht des SGB V beziehen und das D-Arzt-Verfahren auf das Leistungsrecht des SGB VII</p>	<b>DKG:</b> nein	

	<p>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 Personalmangels in der Pflege. Es erscheint fraglich, ob dieser Mangel bis 2025 (Übergangsphase) reguliert werden kann.</p> <p>Gleiche Vorbehalte bestehen auch bezüglich des Passus, der ausführt, dass jede Einschätzung grundsätzlich durch einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung „klinische Notfallmedizin“ kontrolliert werden soll.</p> <p>Hier stellt sich zusätzlich die Frage, wie das offensichtlich bewusste Ausschließen anderer Fachrichtungen, wie zum Beispiel der (Unfall-)Chirurgie und Inneren Medizin begründet ist.</p> <p><b>Grundsätzlich ist es unverständlich, warum</b></p>		<p>(Gesetzliche Unfallversicherung).</p> <p>Die 10-Minuten-Frist entspricht den Regelungen des gestuften Systems der Notfallversorgung im Krankenhaus und gilt somit zumindest in Krankenhäusern mit einer zugeordneten Notfallstufe bereits jetzt. Im §120 Abs. 3b Satz 2 ist geregelt, dass die nach § 136c Absatz 4 beschlossenen Festlegungen zu berücksichtigen sind.</p> <p>Der Hinweis bzgl. der Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens im Schockraum des Krankenhauses stammt nicht aus Entwurf C der KBV; bei erkennbarer lebensbedrohlicher Verletzung ist eine Ersteinschätzung zwingend abzurechnen und die Versorgung unverzüglich einzuleiten; dies rechtfertigt auch die Anforderungen an die Qualifikation des Personals.</p>	
--	---	--	---	--

	<p><b>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.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p>Gerade in Bezug auf das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren ist auch anzumerken, dass bundesweit eine Vielzahl - insbesondere großer - Kliniken eigene D-Arzt-Sprechstunden vorhalten, die auch</p>		<p>PatV: Kenntnisnahme.</p> <p><b>DKG:</b> (zu „Zuletzt bei Behandlung berufsgenossenschaftlicher Unfälle“): Kenntnisnahme der SN. Da der Regelungsauftrag im Verständnis der DKG Behandlungen nach SGB V adressiert und die Ersteinschätzung als Voraussetzung für eine Vergütung, die durch den ergänzten Bewertungsausschuss präzisiert werden soll, legitimieren soll, bezieht sich die DKG- Regelung (B) nur auf gesetzlich Versicherte und nicht auf Behandlungsfälle, deren Behandlung über die Kostenträger der gesetzlichen</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p>
--	---	--	--	-------------------------

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>		<p>Unfallversicherung/ Berufsgenossenschaft abgerechnet werden.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p>	
--	--	--	--	--

	<p>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.</p> <p>Auf der anderen Seite bestehen hier aus Sicht der Autoren auch Zweifel bezüglich der Wirtschaftlichkeit eines solchen Vorgehens.</p> <p>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</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Nein</p> <p><b>DKG:</b> nein</p>
--	---	--	--	--

	<p>Zahl der Fälle eine stringente Behandlung sicher.</p> <p>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.</p> <p><b><i>Es steht zu befürchten, dass dieses System in vielen Fällen zu einer Verzögerung einer zeitgerechten Therapie und gegebenenfalls unnötig erweiterten Diagnostik führt.</i></b></p> <p>Der Entwurf führt weiterhin aus, dass eine entsprechende Ersteinschätzung spätestens 10 Minuten nach Eintreffen in einer Notaufnahme zu</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme der SN, die sich nicht auf die DKG-Regelung (B) bezieht, da in der Regelung der DKG (B) die Behandlungsdringlichkeit auf Basis eines strukturierten und validierten Systems zur Behandlungspriorisierung (MTS/ ESI) erfasst wird.</p>	
--	--	--	--	--

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p><b><i>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</i></b></p>			
--	--	--	--	--

		<p><b>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.</b></p> <p>Es bleibt unklar, warum trotz dieser notwendigen und sinnvollen Vorhaltung die Entscheidung über die Behandlungspflichtigkeit eines solchen Patienten in pflegerischer Hand liegen soll.</p>			
	36	<p>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</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme, für die sachgerechte Vergütung des zusätzlichen Aufwandes in Zusammenhang mit der Ersteinschätzung nach §120 Abs. 3b wird im Anschluss an eine Beschlussfassung der ergänzende Bewertungsausschuss zuständig sein.</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p>

		<p>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.</p> <p>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.</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; die Vergütungsform und –höhe wird nicht über die Regelungen zum Ersteinschätzungsverfahren mitgeregelt; diese Regelungen schließen sich gemäß § 120 Abs. 3b Satz 5 SGB V an das Inkrafttreten an und werden vom ergänzten Bewertungsausschuss erlassen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>
<p><b>Prof. Dr. med. Christoph Dodt</b></p>	<p>37</p>	<p><b>Kommentar zu den Eckpunkten der Richtlinie zur Ersteinschätzung</b></p> <p><b>Weiterverweisung von Patienten, die am Krankenhaus notfallmedizinische Hilfe suchen</b></p> <p>Laut international anerkannter Definition ist ein Notfallpatient ein Mensch, der aus eigener Veranlassung oder nach Ansicht Dritter notfallmäßig</p>		<p><b>DKG:</b> Da der Entwurf der DKG (B) dahingehend geändert wird, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, berücksichtigt die aktualisierte DKG-Regelung unseres Erachtens</p>	<p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (§§ 2, 3, 4, 5), siehe oben, ansonsten keine Änderungen</p>

	<p>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</p>		<p>weitgehend die Bedenken des SN.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; die für die Regelungen zum Ersteinschätzungsverfahren relevante Definition eines Notfalls ist die des BSG.</p> <p><b>KBV:</b> Die Unterscheidung zwischen „Hilfesuchendem“ und „Notfallpatient“ kann auch auf der Basis von Abrechnungsdaten erfolgen, auch wenn diese immer eine ex post-Betrachtung des jeweiligen Einzelfalls darstellt. Dennoch bestätigen diese Auswertungen die Annahme, dass ein erheblicher Teil der Hilfesuchenden auch außerhalb eines Krankenhauses versorgt werden kann.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Fundamentalkritik</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>
--	---	--	--	----------------------------

	<p>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.</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; die Vorgaben berücksichtigen dabei den § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V</p>	
--	---	--	---	--

	<p>Das bedeutet, dass das <b>Sozialgesetzbuch den Menschen, die Mündigkeit zur Wahl des geeigneten Versorgungsortes in einem angenommenen Notfall abspricht</b>. 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.</p> <p>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</p>		<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; sofern die Selbstwahrnehmung des Hilfesuchenden und die Einschätzung des Gesundheitspersonals unter Einbezug des vorgegebenen Ersteinschätzungsverfahrens mit vorgeschalteter Behandlungspriorisierung eine Behandlung im Krankenhaus als adäquat betrachten, wird sich dies in der Evaluation niederschlagen.</p> <p><b>KBV:</b> Ziel sollte sein, dass Hilfesuchende im Zweifel zunächst eine Ersteinschätzung via Telefon über die 116 117 durchlaufen, bevor sie sich selbstständig im Krankenhaus vorstellen. Die Regelung, dass ein Patient ohne dringenden Behandlungsbedarf keine</p>	
--	---	--	---	--

	<p>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</p>		<p>Behandlung im Krankenhaus erhält, ist bereits mit § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorhanden.</p> <p><b>KBV:</b> Im Sinne der Patientensicherheit muss die Irrtumswahrscheinlichkeit minimiert werden und ein möglichst sicheres Instrument eingesetzt werden. Hierzu ist z.B. vorgesehen, das Ersteinschätzungsinstrument als Medizinprodukt zu klassifizieren.</p>	
--	--	--	---	--

	<p>Anamnesegespräch 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</p>		<p><b>KBV:</b> Es ist fraglich, dass ein beschwerdefreier Patient (Oxy-moron?) selbstständig ein Krankenhaus aufsucht und schließlich in eine Praxis der vertragsärztlichen Versorgung geschickt wird – ohne Beschwerden. Ebenso wäre es fraglich, ob ein Arzt schwerste gesundheitliche Schäden voraussehen kann, wenn der „Patient“ frei von Beschwerden ist.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	
--	--	--	---	--

	<p>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.</p> <p>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</p>			
--	---	--	--	--

		ist oder auf Grund von Sprachbarrieren eine Erklärung des weiteren Vorgehens annähernd unmöglich ist, um nur 2 häufige Beispiele aus der Praxis zu nennen.			
38	<p><b>Aktuelle wissenschaftliche Evidenzgrundlage bezüglich in Deutschland angewandter Ersteinschätzungssysteme</b></p> <p><b>A) Ersteinschätzung als Mittel der Verweisung in eine Notfallpraxis außerhalb der Notaufnahme</b></p> <p>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</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN. Da der Entwurf der DKG (B) dahingehend geändert wird, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, entfällt hier eine Anpassung.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung; Die Anwendung der Instrumente zur Behandlungspriorisierung (MTS/ESI) ist bisher nicht dazu angelegt, Patienten einer anderen Versorgungsebene zuzuweisen, sofern kein dringender Behandlungsbedarf besteht. Hierfür ist MTS/ESI nach den</p>	<p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in den §§ 2,3,4,5), ansonsten keine Änderungen</p>	

	<p>gefährlos 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.</p> <p>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</p>		<p>Regelungsentwürfen aber auch nicht gedacht, Vielmehr sehen diese konsistent vor, dass für Patienten ohne dringenden Behandlungsbedarf (MTS/ESI Stufe 3-5, bzw. 4-5) eine weitergehende Prüfung vorgenommen wird, die Ersteinschätzung i.e.S.; ebenfalls stimmt der G-BA zu, dass ein solches Instrument zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorliegt, jedoch Validierungsstudien laufen. Dies wird beim Zeitpunkt der Inkraftsetzung der Richtlinie berücksichtigt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Aktuell werden rd. 100.000 Patienten jährlich in der Notaufnahme abgewiesen. Dies kann den Abrechnungsstatistiken für die Abklärungspauschale entnommen werden. Es ist da-her offenbar sowohl haftungs-rechtlich als auch medizinisch-fachlich möglich die Entscheidung zu treffen, Patienten ohne aufwendige Diagnostik wegzuschicken. Ein</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>
--	---	--	--	----------------------------

	<p>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.</p> <p>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.</p>		<p>standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren kann die Rechtssicherheit der Entscheidungen hier lediglich erhöhen.</p> <p><b>PatV:</b> Zustimmungde Kenntnisnahme</p>	
--	--	--	--	--

		<p>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.</p>			
	39	<p><b>B) Ersteinschätzung zur Bestimmung des Zeitpunktes der Wiedervorstellung im ambulanten Versorgungssektor</b></p> <p>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</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung; Die Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgungsstruktur innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen (30 Tagen) scheint willkürlich und ist in keinem der in Erprobung befindlichen Instrumente hinterleg. Zielführend scheint eine Differenzierung binnen 72 Stunden (über das Wochenende hinaus) oder in</p>	<p><b>DKG:</b> keine</p> <p><b>KBV:</b> Nein, betrifft nicht den BE C der KBV</p>

		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.		<p>selteneren Fällen, ohne akute Symptomatik, auch über 72 Stunden hinaus.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Hier geht es um Vorgaben zur Terminvermittlung durch die TSS für Patienten, die keine unmittelbare ambulante Behandlung im Krankenhaus benötigen.</p> <p><b>PatV:</b> Zustimmungende Kenntnisnahme</p>	<b>GKV-SV:</b> nein
	40	<p><b>C) Eine verpflichtende telefonische Vortriage erhöht die Krankheitsschwere der Patienten, die sich in einer Notaufnahme vorstellen</b></p> <p>Die aktuell in Deutschland durchgeführten Validierungsstudien beziehen die Tatsache nicht mit ein, dass die Hilfesuchenden in Deutschland zunehmend die Möglichkeit haben, durch eine telefonische</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN (in Bezug auf eine Weiterleitung außerhalb des Krankenhausgeländes. Da der Entwurf der DKG (B) dahingehend geändert wird, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher</p>	<b>DKG:</b> nein

	<p>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 Vorhersage-wahrscheinlichkeit für das Vorliegen im Krankenhaus zu behandelnden Störungen von Notfallpatienten fraglos erhöhen. Gleichzeitig wird die Zahl derer, die durch Systemunkenntnis den falschen Versorgungsort aufsuchen, abnehmen.</p> <p>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</p>		<p>Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, entfällt hier eine Anpassung.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; eine verpflichtende „Vortriage“ i.S.e. telefonischen Ersteinschätzung ist derzeit vom Gesetzgeber nicht vorgesehen/ vorgeschrieben. Obschon dies das Aufkommen in den Krankenhaus-Notaufnahmen vermutlich verringern würde.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Fehlende Rechtsgrundlage. Das beschriebene Verfahren ist die Zielsetzung von Entwurf A für Patienten, die nicht die 116117 anrufen/ erreichen und physisch in der Notaufnahme vorstellig werden.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> nein</p>
--	---	--	---	--

	<p>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.</p> <p>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 tele-phonischen Vortriage, das Risiko eines Verweizens von am Krankenhaus erscheinenden Patienten nicht so hoch ist, dass eine Weiterleitung dieser</p>			
--	---	--	--	--

		<p>Patienten <b>an einen anderen Ort</b> 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.</p>			
	41	<p><b>Zusammenfassung:</b>  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</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme:  fehlende Rechtsgrundlage  <b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein  <b>KBV:</b> nein  <b>GKV-SV:</b> nein</p>

		<p>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.</p> <p>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.</p>		<p><b>GKV-SV</b> Kenntnisnahme. Aktuell werden rd. 100.000 Patienten jährlich in der Notaufnahme abgewiesen. Dies kann den Abrechnungsstatistiken für die Abklärungspauschale entnommen werden. Es ist daher offenbar sowohl haftungsrechtlich als auch medizinisch-fachlich möglich die Entscheidung zu treffen, Patienten ohne aufwendige Diagnostik Wegzuschicken. Ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren kann die Rechtssicherheit der Entscheidungen hier lediglich erhöhen.</p>	
<b>Dr. Michael</b>	42	<p><b>Allgemeine Anforderungen</b> Um einen einheitlichen bundesweiten Standard zu</p>		<p><b>KBV:</b> Zustimmung <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> nein <b>GKV-SV:</b> nein</p>

Selbach		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))		<b>PatV:</b> prüfende Kenntnisnahme <b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>PatV:</b> prüft <b>DKG:</b> nein
	43	<b>Qualifikation des Personals (siehe A, B §2, C §3, D §4)</b> 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 Facharzt, 2 Jahre Vollzeittätigkeit Notfallmedizin und abgeschlossene Prüfung. in Arzt mit 2 Jahren Berufserfahrung in der Notaufnahme – wie in Entwurf D §4 (2) gefordert - erfüllt		<b>DKG:</b> Die Mindestqualifikation hängt von der zu verantwortenden Aufgabe ab, sodass in dem Regelungsentwurf der DKG, bei dem die Ersteinschätzung die Weiterleitung innerhalb des Krankenhausgeländes beinhaltet, die vom SN beispielhaft aufgeführten Entscheidungen oder Diskussionen nicht zum Aufgabengebiet des Ersteinschätzers gehören wird.  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme; bei derzeit 119 Ärzten, welche in Deutschland die entsprechende Zusatzbezeichnung führen,	<b>DKG:</b> nein  <b>KBV:</b> nein

		<p>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 permanent ein Ansprechpartner dieser Qualifikation für die Triagekraft - auch aus medicolegalen Aspekten heraus- ansprechbar ist (siehe Entwurf A §2 (5)).</p>		<p>wird es auf absehbare Zeit nicht möglich sein, die Anforderungen von BE A zu erfüllen. BE C sieht vor, dass zumindest der ärztliche Leiter über die Qualifikation verfügt und somit eine flächendeckende Verfügbarkeit gewährleistet sein muss.</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>	
44	<p><b>Ersteinschätzungsverfahren</b></p> <p>Sowohl Entwurf A, als auch Entwurf B definieren vollumfänglich die Anforderungen an ein geeignetes System.</p> <p>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</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden Stellungnahme</p> <p><b>KBV:</b> Eine Anpassung des BE C wird berücksichtigen, dass die MTS-/ESI-Kategorie 3 (zunächst) ebenfalls von einer Ersteinschätzung i.e.S. ausgenommen wird und durch das Krankenhaus versorgt werden kann.</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Ja, Änderung des BE dahingehend, dass die MTS-/ESI-Kategorien 1-3 zur Versorgung durch das Krankenhaus vorgesehen sind, ohne, dass ein weiterführendes Ersteinschätzungsverfahren durchlaufen werden muss (Ersteinschätzung i.e.S.)</p>	

	<p>AHA-Leitlinie mit einem geforderten EKG und Erstkontakt binnen 10 Minuten. Dies wäre durch eine Erweiterung auf Kategorie 1-3 zu entschärfen.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Wichtig: es muss bundeseinheitlich sein. Entwurf D stellt unter §8 (2) dem Krankenhaus frei, welches System Anwendung finden darf. Dies</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>GKV-SV:</b> nein</p>
--	---	--	-------------------------------------	----------------------------

		sehe ich gerade in Bezug auf länderübergreifende Versorgung kritisch.			
45	<p><b>Bereitstellung von Informationen</b></p> <p>Entwurf C formuliert hier unter §7 und Entwurf A unter §6 eine praktikable Lösung.</p> <p>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.</p> <p>Zusätzlich müssen transparent in beiden Sektoren zum Zeitpunkt der Erhebung die vorhandenen Ressourcen und verfügbaren Termine in den nächsten 5-7 Tagen dargestellt und dokumentiert werden, um</p>		<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme. Wie in den Tragenden Gründen zum DKG-Konzept (B) ausgeführt, 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.</p> <p>Diese Regelung gilt ausweislich des Regelungstextes nur für den Fall, dass Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhaus nichts anderes vorsehen.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> nein</p>	

		<p>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>		<b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme	
	46	<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</p>		<p><b>DKG:</b> Die SN ist auch als Zustimmung zum DKG-Regelungsentwurf (B) zu werten, da auch in diesem JEDER Notfallpatient triagiert und ärztlich gesehen wird.</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p>

	<p>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 grössteils 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</p>		<p><b>KBV:</b> Zustimmung: Dass jeder Hilfesuchende (aka Notfallpatient) in der Notaufnahme triagiert (bzw. einer Behandlungspriorisierung unterzogen) werden muss, sieht bereits das gestufte System der Notfallversorgung in Krankenhäusern vor. Einer gegebenenfalls ärztlichen Sichtung stimmt der G-BA ebenfalls zu.</p> <p>Die angeführten Werte können so nicht nachvollzogen werden. Ca. 10 Millionen Patienten werden jährlich von Krankenhäusern im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung behandelt, diese teilen sich jeweils hälftig auf die Sprechstundenzeit und ausserhalb selbiger auf.</p> <p><b>KBV:</b> Eine Zusammenarbeit zwischen ÄBD-Praxis im/am Krankenhaus muss auf lokaler Ebene vereinbart werden;</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p>
--	--	--	--	---

	<p>Kenntnissen im Umgang und der Auswertung der Notfalldiagnostik) in den Notfallpraxen. Ein Kompromiss könnten vertragsseitige Vereinbarungen bzgl. Nutzung der vorhandenen Ressourcen (Radilogie, 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 der Republik die Valenzen in den Krankenhäusern minutengenau abbildet. Notfalldiagnostik) in den Notfallpraxen. Ein Kompromiss könnten vertragsseitige Vereinbarungen bzgl. Nutzung der vorhandenen Ressourcen (Radilogie, Labor) durch die Notfallpraxie am bestehenden Krankenhaus liefern.</p> <p>Zusätzlich sollten neben Notfallpraxen am Krankenhaus</p>		<p>diese kann auch die Nutzung der Krankenhaus-ressourcen umfassen.</p> <p><b>KBV:</b> Das Konzept der Partnerpraxen kann eine regionale Lösung sein, wie sie derzeit in Hessen umgesetzt wird. Eine bundesweite Einrichtung ist nicht vorgesehen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
--	---	--	--	--

		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 der Republik die Valenzen in den Krankenhäusern minutengenau abbildet.			
47	<p><b>Übergangsregeln, Inkrafttreten und Evaluation</b></p> <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><b>DKG:</b> laut Regelungsentwurf der DKG (B) tritt die Richtlinie zu 01.07.2023 in Kraft. Ausschließlich bei Krankenhäusern, die in Kooperation mit der kassenärztlichen Vereinigung bereits gute Konzepte zur Steuerung des Patientenaufkommens an Notaufnahmen im Sinne der Zielsetzung des Gesetzgebers umgesetzt haben, können diese bis zum 31.12.2026 fortführen.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Die Zahl der ambulanten Notfallpatienten in Krankenhäusern ist seit dem Jahr 2016 rückläufig (Quelle: Auswertungen des Zi); Unabhängig davon kann es vor allem in (groß-</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</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>		<p>städtischen Regionen weiterhin zu einer starken Nutzung der Krankenhausnotaufnahmen kommen.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung; BE C beinhaltet ein gestuftes Einführen der strukturierten Ersteinschätzung, um zuvorderst die Notaufnahmen großer Krankenhäuser zu entlasten; bei ca. 2/3 der Krankenhäuser mit Notfallstufe 2 und 3 befindet sich bereits jetzt eine ÄBD-Praxis im oder in unmittelbarer Nähe am Krankenhaus, um die Versorgung zu übernehmen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Zustimmung</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
<p><b>Dr. med. Timo Schöpke MBA</b></p>	48	<p><b>Der G-BA sollte den gesetzlichen Auftrag gemäß § 120 Absatz 3b des SGB V zum aktuellen Zeitpunkt nicht umsetzen.</b></p>	<p>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</p>	<p><b>DKG:</b> Der G-BA könnte nur vom BMG von dessen Regelungsauftrag entbunden werden.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Der G-BA ist an den gesetzlichen Auftrag nach § 120 Abs. 3b</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> nein</p>

			<p>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.</p>	<p>SGB V gebunden und berücksichtigt die derzeitigen Gegebenheiten im Rahmen seiner Möglichkeiten</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Auftrag des Gesetzgebers ist hier eindeutig. Die Nichtumsetzung einer gesetzlichen Vorgabe steht für den G-BA nicht zur Disposition. „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt 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.“</p>	
	49	<p><b>Das in allen vorliegenden Entwürfen beschriebene Ersteinschätzungssystem kann die Patientensicherheit nicht gewährleisten.</b></p>	<p>Aktuell existiert kein wissenschaftlich validiertes Ersteinschätzungssystem, das automatisiert die Behandlungsdringlichkeit feststellen und zusätzlich auch die Steuerung in die richtige</p>	<p><b>DKG:</b> Der Entwurf der DKG (B) wird dahingehend geändert, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und</p>	<p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4 ,5)</p>

			<p>Versorgungsebene sicher gewährleisten kann.</p>	<p>haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; s.o.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Aktuell werden rd. 100.000 Patienten jährlich in der Notaufnahme abgewiesen. Dies kann den Abrechnungsstatistiken für die Abklärungspauschale entnommen werden. Es ist daher offenbar sowohl haftungsrechtlich als auch medizinisch-fachlich möglich die Entscheidung zu treffen, Patienten ohne aufwendige Diagnostik Wegzuschicken. Ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren kann die Rechtssicherheit der Entscheidungen hier lediglich erhöhen.</p>	<p><b>KBV:</b> nein</p>
50	<p><b>In den Entwürfen werden Prozessgestaltungen vorgeschlagen, die in Krankenhäusern zu unnötigen</b></p>	<p>Sofern Krankenhäuser angehalten werden sollen, hilfeschende Akut- bzw. Notfallpatienten an Notdienst- bzw.</p>	<p><b>DKG:</b> diese SN wird als Zustimmung gewertet, da der DKG Regelungsentwurf (B) keine Weiterleitung außerhalb des Krankenhauses</p>	<p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4 ,5), siehe oben</p>	

		<p><b>und kritischen Personalbindungen und Verwaltungskosten führen.</b></p>	<p>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</p>	<p>mehr (siehe bitte auch Lfd. Nr. 49) vorsieht und somit Patienten entweder vom Krankenhauspersonal behandelt werden oder in die geöffnete Notdienstpraxis am Haus geschickt werden, was keinen erheblichen zeitlichen bzw. logistischen Aufwand beinhaltet.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Die Forderung der Stellungnahme wird in BE C berücksichtigt. Über die TSS/ den E-Terminservice kann die digitale Buchung niederschwellig bereitgestellt werden.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme: Der Entwurf A sieht ein digitales System der Terminvermittlung vor.</p>	
--	--	--	---	--	--

			und ist bei den heutigen technischen Möglichkeiten als unnötig einzustufen. Insbesondere darf den Krankenhäusern keine Begründung für Patientenbehandlungen aufgezwungen werden, wenn die Gründe dafür in der Nichtverfügbarkeit geeigneter vertragsärztlicher Strukturen liegen.		
	51	<b>Die Evaluation der ambulanten Notfallversorgung im Sinne der vorliegenden Entwürfe muss schnellstmöglich digital und automatisiert gestaltet werden.</b>	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	<b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Kein konkreter Regelungsvorschlag. Fehlende rechtliche Grundlage.	<b>DKG:</b> In der AG zu diskutieren <b>KBV:</b> Nein

			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.		
<b>Dr. med. Michael Bayeff-Fillof</b>	52	<b>Geeignete Krankenhäuser und stufenweise Einführung</b>	<p>Meine Zustimmung:</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 Gestuftes System von Notfallstrukturen 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 Gestuftes System von</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung; eine vorzeitige Einführung von Krankenhäusern mit Notfallstufe 2 ist möglich.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Es erscheint nicht zielführend die Einführung eines Ersteinschätzungsinstrumente s zeitlich zu verzögern. Dadurch werden bestehende Defizite im Versorgungssystem für Jahre zementiert.</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>

			Notfallstrukturen grundsätzlich vorauszusetzen.		
53	<b>Patientengruppen Ersteinschätzung</b>	<p><b>Grundsätzlicher Ausschluss</b></p> <p>Meine Zustimmung:</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). Änderungsvorschlag: Kinder, psychiatrische Patienten werden vielfach auch außerhalb der Modulkrankenhäuser versorgt – hier ist grundsätzlich keine Beschränkung auf Modulkrankenhäuser sinnvoll.</li> <li>- Änderungsvorschlag: Weiter sollten Schwangere Patientinnen grundsätzlich von der Ersteinschätzung ausgeschlossen werden</li> </ul> <p>Meine Ablehnung:</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</li> </ul>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme: Entwurf A sieht ein integriertes Ersteinschätzungsinstrument vor, dass für alle Patienten gleichermaßen angewendet wird. Jeder Patient, der im Krankenhaus vorstellig wird, muss ohnehin ersteingeschätzt werden. Bei einem integrierten System entsteht gegenüber dem Status Quo kein zusätzlicher Aufwand. Auch der Behandlungsbedarf von Schwangeren muss grundsätzlich abgeschätzt werden.</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>	

			<p>mit Verordnung Krankenhausbehandlung zuweisen dürfen – diese führt dann zum Ausschluss – siehe oben. - 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.</p> <p>- Dasselbe gilt auch für „alte und hilflose Patienten (TG D), die über den Notruf in eine Klinik gebracht werden“.</p> <p>Sofern hier die Organisation eines Hausnotruf gemeint ist, erfolgt die Zuweisung in eine Klinik über ILS und Rettungsdienst.</p> <p>Anmerkung:</p> <p>- Ausschluss Kostenträger Selbstzahler (TG B zu §1 Abs 2) in einer G-BA Richtlinie ist</p>		
--	--	--	---	--	--

		<p>wohl grundsätzlich nicht aufzuführen aber auch nicht auszuschließen.</p> <p>Meine Zustimmung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rettungsdienstpatienten</li> </ul> <p>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</p> <p>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.</p> <p>Der Ausschluss Schockraumpatienten (TG A zu §2 Abs 3) ist zu hoch gegriffen. Nicht jeder unmittelbar behandlungsbedürftige Rettungsdienstpatient (E A in</p>		
--	--	--	--	--

			<p>§2 Abs 3) wird über den Schockraum aufgenommen.</p> <p>Insgesamt besser erscheint mir zur Selektierung der Rettungsdienstpatienten für die Ersteinschätzung die Verwendung der Rettungsdienst Sichtungskategorien (SK) ambulante Versorgung SK3 (neben Notfall SK1, Stationäre Versorgung SK2), wie sie in der Anmeldung über die Integrierte Leitstelle (ILS) in etablierten Behandlungskapazitäten nachweisen, z.B. IVENA verwendet wird. Da Behandlungskapazitäten nach und nach flächendeckend eingeführt werden, sind diese aus meiner Sicht Voraussetzung in Bezug auf die Einbeziehung des Rettungsdienstes in einen modularen Aufbau der Richtlinie.</p> <p>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,</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>kann die Zuweisung der SK3 Rettungsdienstpatienten direkt in die Praxen erfolgen. Hier sind Synergieeffekte der Anwender zu erwarten.</p> <p>- Patienten über die 116117 mit Lenkung nur bei vorhandener und besetzter Bereitschaftspraxis der KV (E D in §2 Abs 3).</p> <p>Anmerkung: Sofern der Nachweis einer Zuweisung über das Abfragesystem der 116117 in die Zentrale Notaufnahme technisch möglich wird, ist eine neuerliche Ersteinschätzung nicht erforderlich.</p>		
	54	<b>Sichtung, Behandlungspriorisierung ZNA / Ersteinschätzung</b> der	<p>Meine Zustimmung</p> <p>- 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;).</p> <p>Die Behandlungspriorisierung (mit unverändert angewendeten Systemen MTS</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung;</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Prüfung, ob MTS-/ESI-Stufe 3 der ZNA zugeschlagen wird</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>

			<p>und ESI) muss im Ablauf vorausgeschaltet sein. (Zur Integration in eine gemeinsame Anwendung siehe unten)</p> <p>- 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).</p> <p>Meine Ablehnung</p> <p>Die grundsätzlich vorgegebene Aufnahme der Gruppe 3 (gelb) (E1 und 3) in die Ersteinschätzung ist nicht sinnvoll, da nur ein (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</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>„hin und her“ weniger Patienten aufgeweicht wird. Rückläufer unmittelbar aus dem</p> <p>Ersteinschätzungsergebnis in die ZNA sollten auch aus Akzeptanzgründen der Patienten insgesamt die Ausnahme sein. Auch die Anwender (Sichtungskräfte) brauchen eindeutige Grenzen.</p> <p>Anmerkung aus der Praxis:</p> <p>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.</p>		
--	--	--	---	--	--

		<p>Meine Zustimmung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- Änderungsvorschlag: Ausschluss Anwendung der Ersteinschätzung in den Gruppen 4 und 5 bei ressourcenbezogen notwendiger Behandlung in der ZNA.</li> </ul> <p>Beispiel: Eine Wundversorgung sollte aus Hygienegründen nicht den Weg in eine Partnerpraxis nehmen. 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>		
	55	<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 nach erfolgter Sichtung / Behandlungspriorisierung.</p> <p><b>Meine Zustimmung:</b></p> <p>Konsent in allen Entwürfen erkennt das System in seiner Abfrage als Rückfallebene die Behandlungsnotwendigkeit</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnismahme der zustimmenden SN</p> <p><b>DKG:</b> Der Entwurf der DKG (B) wird dahingehend geändert, dass eine Weiterleitung an</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpraxen (in §§ 2, 3, 4, 5), siehe oben</p>

			<p>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>Änderungsvorschlag:</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>	<p>Partnerpraxen außerhalb des Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, sodass der Empfehlung des SN, Patienten zu Partnerpraxen oder zu ihrem Hausarzt weiterzuleiten, aus o. g. Gründen nicht gefolgt werden kann.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Stärkere Hervorhebung der Allgemeinmedizin/ des Hausarztes in § 4 Abs. 2 Nr. 3</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
	56	<b>Ärztliche Ersteinschätzung</b> <b>Kontrollergebnis</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</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>

			<p>Zusatzqualifikation Klinische Akut und Notfallmedizin.</p> <p>E D fordert vor jeder Weiterleitung die Einbeziehung ärztlichen Personals mit 2 Jahren Berufserfahrung in der Notfallversorgung.</p> <p>E B fordert hierzu die Einbeziehung ärztlichen Personals.</p> <p>E C fordert die Einbeziehung ärztlichen Personals nur in Zweifelsfällen und insbesondere zur Entscheidung der Ärztlichen Behandlung &lt; / &gt; 72 Stunden,</p> <p>Meine Bewertung:</p> <p>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</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>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.</p> <p>Der Anspruch an einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin bringt die Regelung wegen fehlender Ärzte schlichtweg an die Grenze bzw. ist aus</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>meiner Sicht über Jahre nicht umsetzbar und stellt im Übrigen eine Erweiterung des G-BA Beschluss Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäuser dar.</p> <p>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 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.</p>		
57	<b>Gemeinsame / getrennte Systeme</b>	Meine Bewertung:	<b>GKV-SV: Kenntnisnahme</b>	<b>GKV-SV: Nein</b>	

		<p>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.</p> <p>Äußerst relevant für die Patientensicherheit ist die mögliche Trennung zwischen Sichtung / Behandlungspriorisierung der ZNA und Ersteinschätzung und Durchführung durch zwei</p>	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> nein
--	--	--	---------------------------	------------------

			<p>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.</p> <p>Anmerkung:</p> <p>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“.</p>		
	58	<b>Qualifikation med. Personal Ersteinschätzung</b>	<p><b>Allgemeine Ausbildung und Berufserfahrung:</b></p> <p><i>Meine Zustimmung:</i></p> <p>- Gesundheits- Krankenpflege, Notfallsanitäter und MFA mit aus meiner Sicht 1 Jahr</p>	<p><b>DKG:</b> Die im DKG-Entwurf (B) geforderten personellen Voraussetzungen stellen eine Mindestens-Regelung dar, mit der davon ausgegangen wird, dass sie für die Qualifikation</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p>

		<p>Berufserfahrung Notfallversorgung</p> <p><i>Meine Ablehnung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusatzqualifikation Notfallpflege (E A)</li> </ul> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Mindestens 6 Monate Berufserfahrung in der jeweiligen ZNA</i></li> </ul> <p><i>Anmerkung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rettungsassistent – ist durch Notfallsanitäter abgelöst. Die Überführung in diesen sichert den geforderten Stand der Ausbildung</li> </ul> <p><b>Einweisung, Fortbildung</b></p> <p><i>Meine Zustimmung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulung Ersteinschätzungsinstrument und Sichtungssystem ZNA.</li> </ul> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <p>Selbstständige Anwendung der Systeme erst nach angemessener Zeit der direkten Anleitung am Patienten. Individuell von Leitung Pflege ZNA (mit Zusatzqualifikation Notfallpflege) festzulegen.</p>	<p>zur Ersteinschätzung im Kontext der Weiterleitung zum Krankenhausarzt oder ggf. zum Vertragsarzt der Notdienstpraxis des Krankenhausstandortes adäquat ist.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Überarbeitung der Bezeichnungen von BE C erfolgt auf Basis der Empfehlung der Stellungnahme</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
--	--	--	--	---

			<p><i>Anmerkung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelmäßige Fortbildung Notfallmedizin (bereits im Beschluss gestuftes System von Notfallstrukturen enthalten)</li> <li>- Differenzierung Erkennen von Notfalleitsymptomen (EA §2 Abs 4 d) ist allgemeine Grundvoraussetzung zum Einsatz in der ZNA und in der Fortbildung ebenso enthalten</li> </ul> <p><i>Änderungsvorschlag:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gefordertes Qualitätsmanagement der ZNA. Dies beinhaltet in sich Qualitätszirkel, PDCA, Fallbesprechungen der Ersteinschätzung, Fallmeldungen an die Evaluationsstelle.</li> </ul>		
	59	<b>Zuordnung der Ersteinschätzung</b>	<p><i>Meine Bewertung:</i></p> <p>Auch wenn sich alle Entwürfe weitgehend einig sind, dass die Ersteinschätzung durch Klinikpersonal durchgeführt wird, möchte ich dies doch in Frage stellen.</p> <p>Aus eigener Studie hat tagsüber die Ersteinschätzung</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Prüfung</p>

			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.		
	66	<b>Zeitkorridore der Lenkung</b>	<p><i>Meine Bewertung:</i></p> <p>Die Entwürfe weisen Zeitkorridore zur Behandlung in einer Partnerpraxis bis zu 30 Tagen (E 1 §3 Abs 1 d) auf.</p> <p>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.</p>	<p><b>DKG:</b> im Regelungsentwurf der DKG (B) wurden keine Zeitkorridore zur Behandlung in einer Partnerpraxis genannt. Da derzeit die einzigen validierten Instrumente MTS und ESI sind, wurde sich im DKG Regelungsentwurf nur an diese Zeitvorgabe gehalten.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> nein</p>

		<p>Insbesondere muss kein Klinikarzt prüfen, ob die vertragsärztliche Versorgung über 72 Stunden liegen kann (E 3 § 4 Abs 2 1.)</p> <p>Dementsprechend gibt es Zeitkorridore:</p> <p>Prioritär bei geöffneter Bereitschaftspraxis unmittelbar dieselbe</p> <p>Bei geschlossener Bereitschaftspraxis und geöffneten Hausarzt- bzw. Partnerpraxen unmittelbar dieselbe</p> <p>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</p> <p>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 vereinbar – salopp gesagt</p>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
--	--	---	--	--

			<p>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>		
67	<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>	<p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Entwurf A sieht ein weitestgehend digitales System zur Terminvermittlung vor.</p> <p><b>DKG:</b> Der Entwurf der DKG (B) wird dahingehend geändert, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des Klinik-geländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird.</p>	<p><b>KBV:</b> Nein BE C nicht betroffen</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p> <p><b>DKG:</b> Streichung der Partnerpra-xen (in §§ 2, 3, 4, 5), siehe oben, sonst keine Änderungen</p>	

<p><b>BÄK</b></p>	<p>68</p>	<p>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.</p>	<p>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</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme; der G-BA hat gemäß § 120 Abs. 3b SGB V einen Regelungsauftrag. Der G-BA wird diesem Auftrag im Rahmen nachkommen. Entwurf C sieht aus diesen Gründen ein gestuftes Inkrafttreten der Richtlinie vor.  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme. Fehlende Rechtsgrundlage</p>	<p><b>DKG:</b> nein  <b>KBV:</b> Nein    <b>GKV-SV:</b> Nein</p>
-------------------	-----------	---	--	---	--

			<p>(z. B. SmED oder OPTINOFA) noch aus.</p> <p>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.</p> <p>Die Bundesärztekammer fordert daher den G-BA und das Bundesministerium für Gesundheit auf, das Beratungsverfahren bis zum Vorliegen validierter Ersteinschätzungsinstrumente sowie einer grundlegenden Reform mit einem schlüssigen Gesamtkonzept für die sektorenübergreifende Kooperation in der Akut- und Notfallversorgung auszusetzen.</p>		
<b>BPtK</b>	69	<p><b>Weiterleitung von Patient*innen an ambulante Partnerpraxen</b></p> <p><b>Entwurf A:</b></p>	<p>Die BPtK hält es für notwendig, dass in dieser Richtlinie verbindliche Regelungen zum Aufbau von</p>	<p><b>DKG:</b> Der Entwurf der DKG (B) wird dahingehend geändert, dass eine Weiterleitung an Partnerpraxen außerhalb des</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p>

	<p>§ 4 Strukturierte Weiterleitung von Notfallpatient*innen an Partnerpraxen Absatz 1</p> <p><b>Entwurf B:</b> § 4 Bereitstellung von Informationen durch die KVen für die Weiterleitung von Patient*innen Absatz 3</p> <p><b>Entwurf D:</b> § 3 Kooperation und Strukturvorgaben für die Zusammenarbeit der Versorgungspartner Absatz 3</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>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</p>	<p>Klinikgeländes aufgrund zahlreicher Bedenken von Stellungnehmern und haftungsrechtlicher Problematiken aufgrund des Fehlens validierter Instrumente nicht verankert wird, sodass der Empfehlung des SN, Patienten zu Partnerpraxen weiterzuleiten, aus o. g. Gründen nicht gefolgt werden kann. Die vom SN geschilderten Versorgungsprobleme können nicht durch diesen Regelungsauftrag gelöst werden.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme; Partnerpraxen können neben vielen anderen regionalen Organisationsformen der Kooperation eine regionale Möglichkeit darstellen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
--	--	--	---	--

			<p>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</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>Vertragspsychotherapeut*innen, 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>		
70	<p><b>Einbezug der Vertragspsychotherapeut*innen als Partnerpraxen</b></p> <p><b>Entwurf A:</b> § 4 Strukturierte Weiterleitung von Notfallpatient*innen an Partnerpraxen Absatz 2</p> <p><b>Entwurf B:</b> § 4 Bereitstellung von Informationen durch die KVen für die Weiterleitung von Patient*innen Absatz 3</p> <p><b>Entwurf C:</b></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</p>	<p><b>DKG:</b> Da der Regelungstext der DKG (B) dahingehend angepasst wird, dass eine Weiterleitung außerhalb des Klinikgeländes nicht vorgesehen wird, ist auch keine differenzierte Auflistung von Fachdisziplinen notwendig.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p> <p><b>GKV-SV:</b> Prüfung</p>	

	<p>§ 4 Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens Absatz 3</p> <p><b>Entwurf D:</b></p> <p>§ 3 Kooperation und Strukturvorgaben für die Zusammenarbeit der Versorgungspartner Absatz 3</p> <p>Die BptK schlägt vor, in den jeweiligen Entwürfen in den genannten Paragrafen bzw. Absätzen bei den Aufzählungen der Facharztgruppen, fachärztlichen Einrichtungen bzw. Fachrichtungen „Psychotherapie“ bzw. „Psychotherapeutische Versorgung“ als Versorgungspartner/Partnerpraxen zur Weiterleitung von Patient*innen mit der entsprechenden Indikation zu ergänzen.</p>	<p>benötigen, überweisen können soll. Es werden dabei diejenigen Fachrichtungen aufgeführt, die für die in der Notfallversorgung am häufigsten vor-kommenden 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</p>		
--	--	---	--	--

			<p>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_Statiti.pdf">https://www.kbv.de/media/sp/2021-12-31_BAR_Statiti.pdf</a>)</p> <p>Das Aufgabenspektrum dieser Vertragspsychotherapeut*innen hat sich in den letzten Jahren unter 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</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>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</p>		
--	--	--	---	--	--

			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.		
71	<b>Herausnahme der eigenständigen psychiatrischen Fachabteilungen aus dem Ersteinschätzungsverfahren</b> <b>Entwurf B:</b> § 1 Absatz 4 Die BPtK spricht sich gegen eine Herausnahme der psychiatrischen Fach-abteilungen 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	<b>DKG:</b> Die Erläuterung, warum die DKG eine Herausnahme befürwortet, findet sich in den Tragenden Gründen. <b>KBV:</b> Zustimmung  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> nein  <b>KBV:</b> Nein  <b>GKV-SV:</b> Nein	

			Institutsambulanz, erfolgen muss, aber eine zeitnahe ambulante Weiterbehandlung erforderlich ist, sollte bei entsprechender Indikation eine verbindliche und strukturierte Weiterleitung in die vertragsärztliche 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.		
<b>BfDI</b>	72	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		<b>DKG:</b> Kenntnisnahme der zustimmenden SN <b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> nein <b>KBV:</b> Ja, nach Prüfung <b>GKV-SV:</b> Prüfung

		<p>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 so-wie in Beschluss B) § 3 Abs. 5 als Bedingung für eine Einstellung in die elektronische Patientenakte (ePA)).</p> <p>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 datenschutz-rechtlichen Zusammenhängen zu verwenden und sprachliche Synonyme wie bspw. „not-wendig“ zu meiden (vgl. etwa in Beschluss D) § 7 Abs. 1).</p>			
	72	<p>Ich bitte Sie, die verwandten Begrifflichkeiten das Medium betreffend in den jeweiligen Regelungen zur Dokumentation der Ersteinschätzungen terminologisch zu überprüfen.</p>	<p>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</p>	<p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme  <b>KBV:</b> Kenntnisnahme  <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>DKG:</b> nein  <b>KBV:</b> nein  <b>GKV-SV:</b> Prüfung</p>

			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.		
	73	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.		<b>DKG:</b> das DKG-Konzept (B) sieht bereits eine anonymisierte und aggregierte Auswertung vor <b>KBV:</b> Kenntnisnahme <b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> nein <b>KBV:</b> nein <b>GKV-SV:</b> Nein
	74	Zudem sehe ich Konkretisierungs- und Erläuterungsbedarf zur verwandten Begrifflichkeiten der	Aus den Vorgaben des Gesetzgebers in §§ 91, 129	<b>DKG:</b> Kenntnisnahme <b>KBV:</b> Kenntnisnahme	<b>DKG:</b> nein <b>KBV:</b> Nach Prüfung

	<p>„DSGVO-Konformität“ und „Sozialdatenschutz“ (vgl. etwa in Beschluss A) § 6 Abs. 1 lit. j) oder in Beschluss D) § 8 Abs. 6).</p>	<p>Abs. 3b S. 3 insbesondere Nrn 3-5 SGB V schließe ich, dass das Nähere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zu Form und zum Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung,</li> <li>• zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall nach § 75 Absatz 1a Satz 4 Nummer 2 SGB V vorliegt und</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>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</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Nein</p>
--	--	---	-------------------------------------	----------------------------

			Adressaten der Richtlinie für erforderlich.		
<b>Prof. Dr. Joachim Szece nyi</b>	75	<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</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme.</p> <p>Gemäß § 120 Abs. 3b SGB V muss der G-BA Vorgaben für eine Ersteinschätzung von Hilfesuchenden beschließen, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen. Das Spektrum der dort ersteinzuschätzenden und ggf. auch zu behandelnden Symptome ist breit und erfordert daher eine entsprechend hohe Qualifikation des medizinischen Personals, dass die Ersteinschätzung vor Ort durchführt. Die Qualifikationsanforderungen gehen daher über solche an Personal, welches eine telefonische Ersteinschätzung vornimmt, hinaus.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p>

			<p>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 erfahrenem Gesundheitspersonal nach einer Einführungsschulung und unter fortwährender praxisbezogener Fortbildung und fall-bzw.- datenbasierter Qualitätszirkelarbeit sicher angewendet werden kann.</p>		
76	<p><b>Themenbereich: Anforderungen an das Ersteinschätzungsinstrument / Eignung</b></p> <p>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</p>	<p>Aus den Erfahrungen im DEMAND-Projekt (und den Vorarbeiten zur Identifizierung eines geeigneten Instruments zur Ersteinschätzung am Gemeinsamen Tresen und der 116117) 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</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung; Prüfung auf Begriffliche Konsistenz wird vorgenommen</p> <p><b>DKG:</b> Die Meinung, dass auch Pat. der Stufe 3 in vielen Fällen ambulant behandelt werden können, wird geteilt. Allerdings werden für diese Stufe fast ausnahmslos die Diagnose- und Therapiemöglichkeiten des Krankenhauses benötigt.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Nein</p> <p><b>KBV:</b> Ja (BE C)</p> <p><b>DKG:</b> nein</p>	

	<p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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</p>		
--	---	--	--	--

			Identifizierung von lebensbedrohlichen Zuständen („klassischer Notfall“) wiederum ist innerhalb einer Minute in vielen Fällen machbar und kann als Anforderung bestehen bleiben.		
77	<p><b>Themenbereich: Qualitätssicherung / weitere Anforderungen</b></p> <p>Viele detaillierte Anforderungen an die Funktionsweise, Validierung und Qualitätssicherung des (nachgeschalteten) Instruments zur Identifizierung von Dringlichkeit und Versorgungsebene bzw. -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</p>	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	<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme</p> <p>Eine Zertifizierung als Medizinprodukt mind. der Klasse IIa gem. MDR kann nicht die spezifischen Qualitätsanforderungen (u.a. die kontinuierliche Aktualisierung der Inhalte, Berücksichtigung unerwünschter Ereignisse und erhöhter Wiedervorstellungen bei der Qualitätssicherung) an ein digitales Ersteinschätzungsinstrument ersetzen.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung; Zertifizierung als Medizinprodukt der Klasse IIa gem. MDR wird als sachgerecht angesehen.</p> <p><b>DKG:</b> Kenntnisnahme</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Nein</p> <p><b>DKG:</b> nein</p>	

		<p>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).</p>	<p>näherer Zukunft) kein verfügbares Instrument alle Anforderungen erfüllt wird. Die Muss-Vorgabe einer klinischen multizentrischen Studie (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.</p>		
--	--	--	---	--	--

**B-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen**

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
<b>Entwurf A</b>					
Prof. Dr. Joachim Szece nyi	75	<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</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Kenntnisnahme.</p> <p>Gemäß § 120 Abs. 3b SGB V muss der G-BA Vorgaben für eine Ersteinschätzung von Hilfesuchenden beschließen, die die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen. Das Spektrum der dort ersteinzuschätzenden und ggf. auch zu behandelnden Symptome ist breit und erfordert daher eine entsprechend hohe Qualifikation des medizinischen Personals, dass die Ersteinschätzung vor Ort durchführt. Die Qualifikationsanforderungen gehen daher über solche an Personal, welches eine telefonische Ersteinschätzung vornimmt, hinaus.</p> <p><b>KBV:</b> Kenntnisnahme.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Nein</p> <p><b>KBV:</b> Nein</p>

			<p>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 erfahrenem Gesundheitspersonal nach einer Einführungsschulung und unter fortwährender praxisbezogener Fortbildung und fall-bzw.- datenbasierter Qualitätszirkelarbeit sicher angewendet werden kann.</p>		
--	--	--	---	--	--

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
<b>Entwurf B</b>					
Prof. Dr. Sabine Blaschke	35	<p><b>§2 Allgemeine Anforderungen an die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung</b>  Die Qualifikation „medizinischen des Fachpersonals“, das strukturierte die 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.</p>	<p>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 Hintergrundumsicherung möglichst jederzeit ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Klinische Akut- und Notfallmedizin zur Verfügung stehen, der bei</p>	<p><b>DKG:</b> Die im DKG- Entwurf (B) geforderten personellen Voraussetzungen stellen eine Mindest-Regelung dar, mit der davon ausgegangen wird, dass sie für die Qualifikation zur Einschätzung im Kontext der Weiterleitung zum Krankenhausarzt oder ggf. zum Vertragsarzt der Notdienstpraxis des Krankenhausstandortes adäquat ist.</p>	<p><b>DKG:</b> nein</p>

			Fragen zur Behandlungsdringlichkeit und zur Versorgungsebene hinzugezogen werden kann (s. Entwurf A §2 Abs. 5)		
--	--	--	--	--	--

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlussentwurf
<b>Entwurf C</b>					
Prof. Dr. Sabine Blaschke	40	<p><b>§ 2 Kreis der ersteinzuschätzenden Hilfesuchenden, Anwendungsbereich der Vorgaben</b></p> <p>a) Vorgaben für Notfallpatient*innen, die mit dem Rettungsdienst eingewiesen werden, fehlen.</p> <p>b) Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser oder Einrichtungen, die das Modul Kindernotfallversorgung oder das Modul Spezialversorgung erfüllen, fehlen.</p>	<p>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.</p> <p>Ad b) Das implementierte Ersteinschätzungs-instrument muss die hierfür erforderlichen fachspezifischen Anforderungen erfüllen.</p>	<p><b>KBV:</b> 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</p>	<p><b>KBV:</b> Nein</p>

				Anforderungen dieser Richtlinie zu erfüllen.	
--	--	--	--	--	--

Inst. / Org.	Lfd. Nr.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung im UA BPL	Änderung im Beschlusentwurf
<b>Entwurf D</b>					
Prof. Dr. Sabine Blaschke	34	<p><b>§3 Kooperation und Strukturvorgaben für die Zusammenarbeit der Versorgungspartner</b></p> <p>Die Mindestanforderungen an die Prozesse der strukturierten Patientenweiterleitung müssen genau definiert werden (vgl. Entwurf A §2 Abs. 2 und §4)</p>	<p>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.</p>	<p><b>PatV:</b> prüfende Kenntnisnahme</p>	<p><b>PatV:</b> prüft</p>

## B-7 Mündliche Stellungnahmen

### B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 13. Juli 2022 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 13. Juli 2022 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Frau Dr. Tina Wessels	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsches Netzwerk Ersteinschätzung, Asklepios Institut für Notfallmedizin	Herr Jörg Krey	ja	ja	ja	nein	nein	nein
Prof. Dr. med. Sabine Blaschke (OPTINOFA Projekt)	Frau Prof. Dr. Sabine Blaschke	ja	nein	ja	ja	nein	nein
Prof. Dr. Joachim Szecsenyi (DEMAND PROJEKT)	Herr Prof. Dr. Joachim Szecsenyi	ja	nein	nein	ja	nein	ja

Dr. Michael Selbach (ehem. Leiter der Notaufnahme des Helios Klinikums Schwerin)	Dr. Michael Selbach	ja	ja	ja	nein	ja	ja
Prof. Christoph Dodt (Chefarzt der Notaufnahme in München Bogenhausen)	Prof. Christoph Dodt	nein	ja	nein	ja	nein	nein
Dr. med. Michael Bayeff-Filloff (Chefarzt, Landesbeauftragter Ärztlicher Leiter Rettungsdienst-Kliniken der Stadt und des Landkreises Rosenheim GmbH)	Dr. med. Michael Bayeff-Filloff	ja	ja	nein	nein	nein	nein
Dr. med. Timo Schöpke (MBA, Direktor Notfallzentrum Werner Forßmann Klinikum Eberswalde)	Dr. med. Timo Schöpke	ja	ja	ja	nein	nein	nein
DGf HNO- Heilkunde, Kopf-& Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)	Herr Prof. Dr. Thomas Deitmer	ja	ja	ja	nein	nein	nein
DGf (DGIM) Dtsch. Gesellschaft für Innere Medizin Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)	Herr Prof. Dr. Georg Ertl	ja	ja	ja	nein	nein	ja
	Herr Prof. Dr. Christian Karagiannidis	nein	nein	ja	nein	nein	nein
DGf Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI)	Herr Prof. Julian Bösel	ja	nein	ja	nein	ja	nein
	Herr Prof. Dr. Matthias Klein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
DGf Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)	Herr Dr. Heiko Trentzsch	nein	ja	ja	ja	nein	nein

DGKJ (Dtsch. Ges. für Kinder- und Jugendmedizin e.V.)	Herr Dr. Burkhard Rodeck	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA)	Herr Martin Pin	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Herr Raik Schäfer	nein	nein	nein	nein	nein	nein
DIVI Dtsch. Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- & Notfallmedizin	Herr Prof. Dr. Gernot Marx	nein	ja	ja	ja	nein	ja
	Herr Prof. Dr. André Gries	nein	nein	nein	ja	nein	nein

### Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

### Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

### Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

### Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

### **Frage 5: Sonstige Unterstützung**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

### **Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile**

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

### **B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren**

Das Wortprotokoll der Anhörung am 13. Juli 2022 ist in der Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation abgebildet. Die Anlage zur Zusammenfassenden Dokumentation ist unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/6078/> abrufbar.

### **B-8 Würdigung der Stellungnahmen**

Der G-BA hat die schriftliche Stellungnahme ausgewertet. Das Stellungnahmeverfahren ist in den Abschnitten B 1 bis B 5 dokumentiert.