

Regelungen zu Notfallstrukturen des G-BA in Krankenhäusern des SVR in Notfallambulanz

VLK

A blue rectangular sign with a red square on the left and a red arrow pointing right. The word 'Notaufnahme' is written in red, sans-serif font in the center.

**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Regelungen zu Notfallstrukturen an VLK

Kliniken



Gemeinsamer
Bundesausschuss

- **§1 Ziel der Regelung**

Der G-BA beschließt ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. In Abhängigkeit der festgelegten Mindestvoraussetzungen für differenzierte Stufen gibt es Zuschläge für die Teilnahme und Abschläge für die Nichtteilnahme.

nichtenthalten: Regelungen zur ambulanten Notfallversorgung

Entwurf von GKV-SV und DKG (KBV. PatV)

Stand: 19.10.2016

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Erstfassung der Regelungen zu einem
gestuften System von Notfallstrukturen in
Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

**Stellungnahmeverfahren der Fachgesellschaften,
BÄK, Verbände, DNFV zu den Vorschlägen**



Editorial

DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum

Alarm aus dem Schockraum

Drohender Kahlschlag in der Notfallversorgung! Kürzung der DRG-Fallpauschalen!

**Radikale Flurbereinigung der flächendeckenden Notfallversorgung
Zentrale Notaufnahmen ZNA, nicht realisierbare Personalvorgaben
Massenhafter Ausstieg auch aus der ambulanten Notfallversorgung**

Strukturvorgaben im Entwurf



GKV-SV zur Basisversorgung

- Facharztstandard, mit der Zusatzbezeichnung Arzt für Notfallmedizin, Arzt für klinische Notfall- und Akutmedizin
- ZNA mit angestelltem Facharzt der innerhalb 30 Minuten 24h/7d verfügbar ist
- 24h/7d CT Bereitschaft
- Intensivstation mit 6 Betten
- Facharzt Innere, Chirurgie (mit visceral- und unfallchirurgischer Kompetenz), Anästhesie je innerhalb 30min. verfügbar
- Art und Anzahl von Fachabteilungen, Fachpersonal, Intensivkapazität, medizinisch technische Ausstattung unterscheidet zu Schwerpunkt- und Maximalversorgern
- Modul Spezialversorgung z.B. Chest Pain Units

Zentrale Notaufnahme(ZNA)

- ZNA mit zusätzlicher eigener ärztlicher Leitung und Personal
- ZNA kann sinnvoll sein, ist aber keine Grundvoraussetzung für eine gute Notfallversorgung
- Im Falle von Herzinfarkten und Schlaganfällen bzw. Trauma Zentren verzögert es eher die rasche definitive Versorgung
- Konzept Stroke Unit und Chest Pain Unit besser

Facharztstandard, Einsatzzeiten

- Derzeit gestuftes System aus Facharztstandard mit Facharzt/Schwerpunkt in Rufbereitschaft
- Forderung nach genereller Versorgung durch einen Facharzt innerhalb 30min.
- Macht arbeitsrechtlich das System der Rufbereitschaft unmöglich, Schicht- oder Bereitschaftsdienst nicht leistbar
- Jeder Notfall muss unverzüglich versorgt werden, aber die nötige Zeit richtet sich nach Krankheitsbild und Ausmaß der Gefährdung

Forderung nach Zusatzbezeichnungen



- Notfallmedizin (präklinisch)
- Klinische Notfall- und Akutmedizin
 - Bisher nur von der Ärztekammer Berlin eingeführt
 - In der BÄK (neue WBO) umstritten
 - Umsetzung flächendeckend nicht absehbar
 - somit nicht umsetzbar !

Versuch einer groben Auswirkungsanalyse auf Kliniken der Notfallversorgung aktuell (ca. 1750)

- DKG Vorschlag - 10%
- Kliniken ohne CT/Intensivstation - 25%
- GKV-SV Vorschlag - 40%
- Verteilung auf
 - ca. 5% Maximalversorger
 - ca. 35% Schwerpunktversorger ?
 - ca. 60% Grundversorger?

Mediale Begleitung SZ 26.10.16



- Von den mehr als 1600 allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland könne der Großteil weg, sagt die Nationale Akademie der Wissenschaften.
- Deutsche Kliniken arbeiteten weder wirtschaftlich noch im Sinne der Patientengesundheit, schreiben die Wissenschaftler.
- Kern des Problems sei die strukturelle Verdünnung medizinischer Kompetenz durch zu viele Einrichtungen.

Von *Kathrin Zinkant, Berlin*

ANZEIGE

Anzeige ges

Wie Kliniken aus Notfall-Patienten Profit schlagen

Von Anette Dowideit | Veröffentlicht am 23.10.2016 | Lesedauer: 2 Minuten



Viele Kliniken schicken Patienten mit harmlosen Erkrankungen direkt in die stationäre Behandlung, um so die Kliniken zu füllen Die Welt

Übertragen der Daten von pixel.quantserve.co

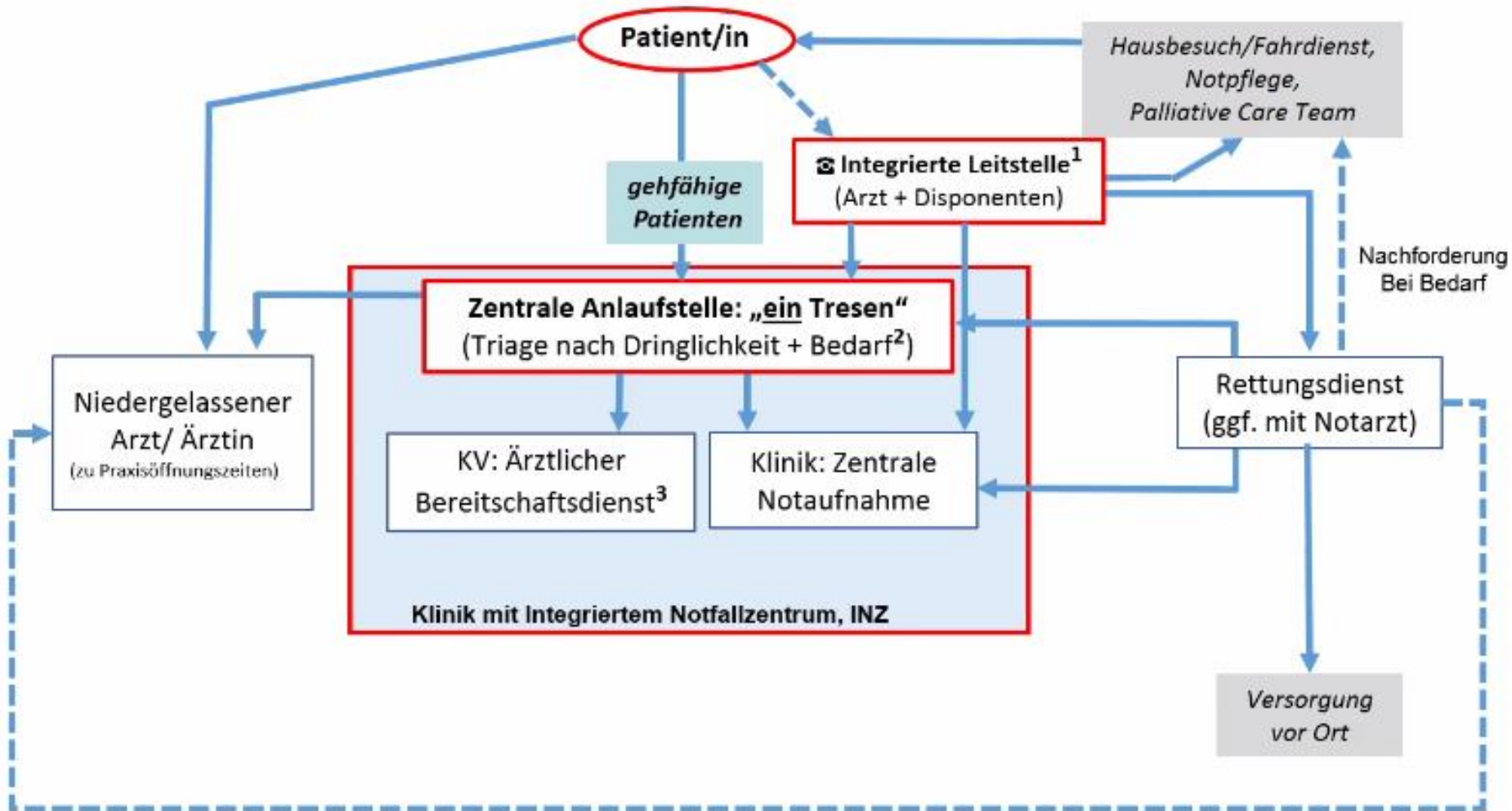
Zeitplan

- Ursprünglich Abgabe bis 30.06.2016, Inkrafttreten 30.12.2016
- Nach Aufschrei im Stellungnahmeverfahren
 - jetzt um ein Jahr vom BMG verschoben bis Ende 2017 (Ergänzung als Omnibus im psych. Ent. Gesetz 11.11.2016)
 - Primär belastbare Folgeabschätzung
 - Umfrage des IGES Institutes

Mit einer erneuter Verschiebung nach den Wahlen ist zu rechnen, bis ca. Mitte 2018

Die Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland

Entwurf eines Vorschlages des
Sachverständigenrates Zeitplan
2 Quartal 2018



- 1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle
- 2 Triage möglichst durch Generalisten, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung
- 3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst

Vorschläge des SVR GESUNDHEIT

- Integrierte Leitstellen
- Integrierte Notfallzentren (INZ)
- Finanzierung extrabudgetär aus ambulantem u. stationären Bereich
- Rettungsdienst: eigenständiger Leistungsbereich im SGB V, Bezahlung der medizinischen Leistung auch ohne Transport
- Palliativ- und Pflege-Teams

Streit um ambulante Notfallversorgung

Artikel

Briefe & Kommentare

Statistik

4,74€ tags, 8,45€ nachts für 2

Minuten Abklärung ob Behandlung nötig ist Nicht akzeptabel!!

In Hessen ist ein Streit um die Vergütung von Notfällen ausgebrochen. Für die Abklärung, ob ein Patient stationär oder ambulant behandelt werden soll, soll ein Notaufnahmearzt im Krankenhaus künftig 4,74 Euro Abklärungspauschale erhalten. Das hatte der Erweiterte Beirat des Berufsverbands der Ärzte in Hessen, das seit gerade etwa zwei Minuten ärztlicher Arbeitszeit, kritisierte die Arbeitsgemeinschaft Zentraler Notaufnahmen Hessen. „Ich kann nicht mehr mal bis zu zwei Minuten erwidern, ob ein Patient in eine Praxis oder ein Krankenhaus gehört. Damit gefährde ich Leben“, meinte der Chefarzt der zentralen Notaufnahme am Klinikum Frankfurt Höchst, Dr. med. Peter-Friedrich Petersen.

PiNo-Nordstudie: 50% der Pat. stuften ihre Behandlung als nicht dringlich ein



Ambulante Notfälle

- Stehen nicht im Auftrag an den G-BA
- Komplizieren die Mehrheitsverhältnisse im G-BA
- Sollte deshalb getrennt geregelt werden
- nach Vorschlägen SVR integriert (INZ)
- Forderung VLK/VKD **Muss- Regelung für KV Praxen in Kliniken §75 Abs. 1b SGB V**
- Vorschläge SVR gut, aber keine **Leitung der INZ** durch KV, **nur gemeinsam**

Reaktion Gröhe auf SVR-Vorschläge



- Der Grundausrichtung gilt große Sympathie meinerseits
- Lobt die Einrichtung von > 500 Portalpraxen
- Aber man müsse fragen, wo eine Zentralisierung der Qualitätssteigerung diene und ab wann sie von der Bevölkerung als Abbau von Leistungen wahrgenommen werde

Fazit

- GB-A: Neue Regelungen zu Notfallstrukturen in Krankenhäusern: erhebliche Standort Reduktion
- Strukturvoraussetzungen CCT/Intensiv 7/24
- G-BA bekommt wohl erneut mehr Zeit zur Entwicklung
- SVR: Konstruktive Vorschläge für Notfallambulanz (INZ)
- Länder sollen Standorte festlegen, bilanziert zwischen Zentralisierung und flächdeckender Versorgung
- Mitarbeit Klinikärzte im INZ nur begrenzt möglich
- Kooperation mit der KV in der Notambulanz (INZ) gerne, aber nur unter gemeinsamer Leitung!
- Dritter Topf zur Finanzierung?