



Wenn die Ersteinschätzung Pflicht wird

DIE BESCHLÜSSE DES GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSSES G-BA

ERLÄUTERUNG ZUM THEMA



GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (G-BA)

- **Höchstes Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Deutschlands**
- **Rechtsgrundlage SGB V §91**
- **13 stimmberechtigte Mitglieder**
- **5 Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen**
- **2 Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft**
- **2 Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**
- **1 Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung**
- **3 unparteiische Mitglieder**
- **Beratend 5 Patientenvertreter**

1. G-BA-Beschluss - 19. April 2018



Bundesministerium für Gesundheit

Bekanntmachung

SGB V §136c Abs 4

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2017 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei diesen Festlegungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1, soweit diese für die Notfallversorgung von Bedeutung sind. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss führt vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durch und berücksichtigt deren Ergebnisse.

Der Gemeinsame B
gen zu einem gestu

Die Regelungen we
„Regelungen des G
häusern gemäß § 1

gelun-
ossen:

anken-



1. G-BA-Beschluss - 19. April 2018

§3 Stufen des Systems von Notfallstrukturen

1. Basisnotfallversorgung

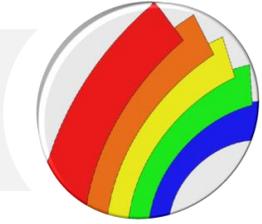
2. Erweiterte Notfallversorgung

3. Umfassende Notfallversorgung

Für Häuser, die die Anforderungen nicht erfüllen, „*bleiben die allgemeinen Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall unberührt*“

Spezielle Notfallversorgung (Kinder, Schwerverletzte, Stroke, Kardio, Psych)

1. G-BA-Beschluss - 19. April 2018



§6 Allgemeine Anforderungen an alle Stufen

- 1. Bedingungen sind 24/7 zu erfüllen**
- 2. Patienten werden „ganz überwiegend“ in einer ZNA versorgt**
- 3. ZNA ist räumlich abgegrenzt, fachübergreifend mit eigenständiger fachlich unabhängiger Leitung**
- 4. Zur Versorgung von ambulante Notfällen sollen Kooperationsvereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen werden**

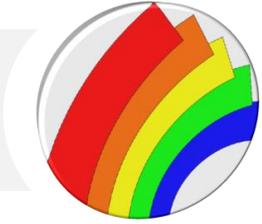
1. G-BA-Beschluss - 19. April 2018



§9 Basisnotfallversorgung – Anzahl und Qualifikation Fachpersonal

- 1. Es sind je ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt – diese müssen im Bedarfsfall verfügbar sein**
- 2. Der Arzt verfügt über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“, die Pflegekraft über die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ (Übergangsfrist 5 Jahre ab Verfügbarkeit der Weiterbildung)**
- 3. Es sind Fachärzte Innere, Chirurgie und Anästhesie binnen maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar**

1. G-BA-Beschluss - 19. April 2018



§§10-11 Basisnotfallversorgung – Intensivbetten und Ausstattung

- 1. Intensivstation mit sechs Betten, davon drei mit Beatmung**
- 2. Ein Schockraum**
- 3. 24/7 CT (auch in Kooperation zulässig)**
- 4. Möglichkeit zur Weiterverlegung per Hubschrauber**

1. G-BA-Beschluss - 19. April 2018



§12 Basisnotfallversorgung – Strukturen und Prozesse

- 1. „Die Aufnahme von Notfällen erfolgt ganz überwiegend in einer ZNA“***
- 2. „Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung ... zur Anwendung. Alle Notfallpatienten erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.“***
- 3. Aussagekräftige Dokumentation nach Minimalstandards, liegt bei Verlegung/Entlassung vor.**



1. G-BA-Beschluss - 19. April 2018

§12 (2) Basisnotfallversorgung – Ersteinschätzung

Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung zur Anwendung.

§25 Kinder: „ein strukturiertes System“

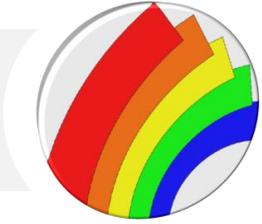
Keine Eigenentwicklungen mehr!

Alle Notfallpatienten erhalten spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der Behandlungspriorität.

„Erhalten“ = Abgeschlossen!

Eintreffen Notaufnahme

1. G-BA-Beschluss - 19. April 2018



Zusammenfassung



ERSTEINSCHÄTZUNG IST PFLICHT



KEINE EIGENENTWICKLUNGEN

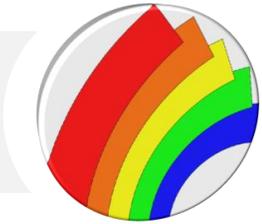


BINNEN 10 MINUTEN NACH EINTREFFEN ABGESCHLOSSEN



**Vereinbarung
über Zu- und Abschläge
für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme
von Krankenhäusern an der Notfallversorgung
gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG
i. V. m. § 136c Absatz 4 SGB V
(Notfallstufenvergütungsvereinbarung)**

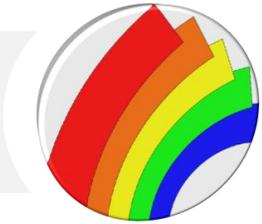
Notfallstufenvergütung – 10. Dezember 2018



§2 Abschlaghöhe bei Nichtteilnahme

Sofern die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die Nichtteilnahme eines Krankenhausstandortes an der Notfallversorgung nach § 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 festgestellt haben, erfolgt **für jeden vollstationären Behandlungsfall** am aufnehmenden Krankenhausstandort ein **Rechnungsabschlag in Höhe von 60 Euro**.

Notfallstufenvergütung – 10. Dezember 2018



§3 (1) Zuschlagshöhe je Notfallstufe

Sofern die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die Teilnahme eines Krankenhausstandortes

1. an der **Basisnotfallversorgung** (Stufe 1) ... vereinbart haben, ist eine jährliche Zuschlagspauschale in Höhe von **153.000 €** ... zu vereinbaren.
2. an der **erweiterten Notfallversorgung** (Stufe 2) ... vereinbart haben, ist eine jährliche Zuschlagspauschale in Höhe von **459.000 €** ... zu vereinbaren.
3. an der **umfassenden Notfallversorgung** (Stufe 3) ... vereinbart haben, ist eine jährliche Zuschlagspauschale in Höhe von **688.500 €** ... zu vereinbaren.

Ausbildung Ersteinschätzung



Notwendigkeit der Schulung

PETER LEMKE (HAMBURG):

„Von der Komplexität her ist die MTS-Ersteinschätzung vergleichbar mit einer Einweisung in eine Anlage 1-Gerät gemäß dem Medizinprodukterecht. Daher verbietet sich eine Einweisung in das System innerhalb einer Einrichtung durch einen Mitarbeiter, der lediglich eine Anwender-Einweisung in MTS erhalten hat.“

Quelle: Paper „Einsatz von MFA und anderen Berufsgruppen 2019“

Ausbildung Ersteinschätzung



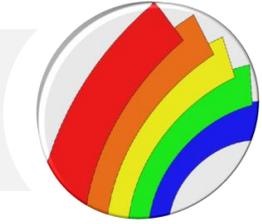
Notwendigkeit der Schulung

PROF. HANS BÖHME (FH JENA):

„Insoweit steht aber jeder Mitarbeiterin bzw. jedem Mitarbeiter eine Basisschulung zu, nachdem Notfallmedizin nicht Gegenstand der Ausbildung ist. Das Schneeballsystem – in dem Sinne, dass eine angelernte Mitarbeiterin bzw. ein angelernter Mitarbeiter eine neue Mitarbeiterin bzw. einen neuen Mitarbeiter anlernt – ist hier auf jeden Fall inakzeptabel.“

Quelle: Prof. Hans Böhme. Triagierung von Patienten durch angelerntes Personal? In: Pflege- & Krankenhausrecht 2/20, S.63.

2. G-BA-Beschluss – 17. Dezember 2020



Bundesministerium für Gesundheit

**Bekanntmachung
eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie:
Ergänzung von Teil B – Besonderer Teil Abschnitt 3**

Vom 17. Dezember 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2020 beschlossen, die MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) in der Fassung vom 21. Dezember 2017 (BAnz AT 12.12.2018 B2), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 3. Dezember 2020 (BAnz AT 03.02.2020 B2) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

2. G-BA-Beschluss – 17. Dezember 2020



§25 Anwendungsbereich und Kontrollgegenstand

Dieser Abschnitt des Besonderen Teils regelt gemäß Teil A § 3 Satz 2 Buchstabe e die **Kontrolle der Einhaltung von Mindestvorgaben gemäß den Regelungen zu einem gestuften System** von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Regelungen zu den Notfallstrukturen). Gegenstand der Kontrolle ist die Überprüfung, ob der Krankenhausstandort die zum Zeitpunkt der Einleitung des Kontrollverfahrens für ihn geltenden Mindestvorgaben der **Regelungen zu den Notfallstrukturen erfüllt.**

Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes



Kontrollen der Notaufnahmen

- **Erste Kontrollen 2021 – veröffentlicht Oktober 2022**
- **Kontrollen 2022 – Veröffentlichung in Kürze**
- **Kontrollen 2023 laufen**
- **Jedes Jahr 25 % der Notaufnahmen**

- **Ankündigung 7 Wochen vor Besuch**

Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes



Bericht über die im Jahr 2021 durchgeführten Qualitätskontrollen

**Bericht des Medizinischen Dienstes Bund gemäß § 16 Teil A der
Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3
SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V**

Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes



Prüfungsumfang (auszugsweise)

- **Stand der Fachweiterbildungen Notfallpflege und Notfall- und Akutmedizin**
- **Ausbildungsstand Ersteinschätzung**
- **Dienstpläne**
- **Facharztverfügbarkeit**
- **Ersteinschätzung inkl. 10min-Frist und Ausfallkonzept**

Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes



Auszug aus dem Qualitätsbericht 2021

Basisnotfallversorgung:	119 Kontrollen	nicht erfüllt: 44,5 %
Erw. Notfallversorgung:	41 Kontrollen	nicht erfüllt: 48,8 %
Umf. Notfallversorgung:	31 Kontrollen	nicht erfüllt: 12,9 %
Modul Notfallvers. Kinder:	45 Kontrollen	nicht erfüllt: 33,3 %

Wesentliche Gründe für die Nichterfüllung u.a.:

- Einhaltung der 30 Minuten durch die Fachärzte
- Fehlende Zusatzqualifikationen der Fachärzte (z.B. Kardiologie, Gastroenterologie)
- Modul „Notfallversorgung Kinder“: keine ausreichende Anzahl von Pädiatern
- Fehlende Strahlenschutznachweise der MA
- Keine ausreichende Dokumentation zur Einhaltung der „10 Minuten“ für die Triage
- Unvollständig ausgefüllte bzw. keine klar geregelten Dienstpläne

3. G-BA-Beschluss – 06. Juli 2023



Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie)

Vom 6. Juli 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 6. Juli 2023 folgende Erstfassung der Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120 Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie) beschlossen:

I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

**„Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung gemäß § 120
Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungs-Richtlinie)**

3. G-BA-Beschluss – 06. Juli 2023



§1 Ziel der Richtlinie

1. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt **Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung** des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich zur Behandlung eines Notfalls nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V an ein Krankenhaus wenden.
2. Krankenhäuser dürfen von gesetzlich Krankenversicherten für ambulante Behandlungen **grundsätzlich nur in Notfällen** im Sinne von § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V in Anspruch genommen werden.
3. Die **Ersteinschätzung dient unabhängig davon, ob das Krankenhaus an der gestuften stationären Notfallversorgung teilnimmt oder nicht, der Feststellung, ob ein für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus gemäß § 76 Absatz 1 Satz 2 SGBV erforderlicher sofortiger Behandlungsbedarf vorliegt.**

3. G-BA-Beschluss – 06. Juli 2023



§2 Anwendungsbereich des Ersteinschätzungsverfahrens

1. Gesetzlich Krankenversicherte, die selber ins Krankenhaus kommen
2. Rettungswagenpatienten nur, wenn die RTW-Besatzung keinen „unmittelbar behandlungsbedürftigen, lebensbedrohlichen Zustand“ feststellt
3. Patienten mit Einweisung kein Ersteinschätzungsverfahren

3. G-BA-Beschluss – 06. Juli 2023



§3 Anforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren und das Ersteinschätzungsinstrument

1. Für die Ersteinschätzung der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs von Hilfesuchenden und der geeigneten Versorgungsebene ist vom Krankenhaus ein qualifiziertes und standardisiertes Verfahren einzusetzen. Das Ersteinschätzungsverfahren muss relevante Symptome und Risikomerkmale für abwendbar gefährliche Krankheitsverläufe erkennen.
2. a) Patientensicherheit – unerwünschte Ereignisse müssen erfasst werden und das System muss weiterentwickelt werden.
b) Diskriminationsfähigkeit – lebensbedrohliche Zustände müssen binnen 1min erkannt werden, geringere Behandlungsdringlichkeit muss erkennbar sein. Das EE-Verfahren kann bei gleicher Leitsymptomatik unterschiedliche Schweregrade unterscheiden
c) Vollständigkeit – alle Behandlungsanlässe der Notfallversorgung abgebildet

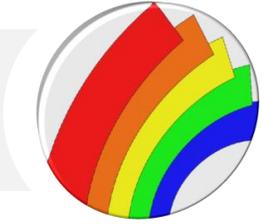
3. G-BA-Beschluss – 06. Juli 2023



§3 Anforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren und das Ersteinschätzungsinstrument

2. d) Objektivität – unabhängig von Einsatzort oder Ersteinschätzer:in.
- e) Reliabilität – das Ergebnis kann mit dem gleichen oder einem vergleichbaren System bestätigt werden
- f) Validität – Das Ersteinschätzungsverfahren bestimmt strukturiert und validiert zutreffend zunächst die Behandlungsdringlichkeit von Hilfesuchenden und bildet diese in fünf Dringlichkeitsstufen im Sinne der Triagesysteme **Manchester Triage System (MTS)** oder Emergency Severity Index (ESI) (Stufe 1 = höchste Dringlichkeitsstufe, Stufe 5 = niedrigste Dringlichkeitsstufe) ab.
- g) Stand der medizinischen Erkenntnisse
- h) Digitaler Ergebnisbericht

3. G-BA-Beschluss – 06. Juli 2023



§3 Anforderungen an das Ersteinschätzungsverfahren und das Ersteinschätzungsinstrument

3. Digitales Assistenzsystem (Übergangsfrist)
4. Mit der Festlegung der Dringlichkeitsstufe und der Versorgungsebene wird das Ersteinschätzungsverfahren abgeschlossen
5. Das Ergebnis ist verbindlich

3. G-BA-Beschluss – 06. Juli 2023



§4 Qualifikationsanforderungen an das Personal der Ersteinschätzung

2. a) Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ oder Notfallsanitäter
- b) Für das Ersteinschätzungsverfahren ausgebildet
- c) mindestens 1x/Quartal an Qualitätszirkeln teilnehmen
- d) mindestens 1x/Jahr Fortbildung zu Notfall-Leitsymptomen

3. G-BA-Beschluss – 06. Juli 2023



§5 Durchführung und Ablauf des Ersteinschätzungsverfahrens

1. Alle Hilfesuchenden binnen 10 Minuten eine Behandlungspriorisierung mit 5stufigen System wie MTS oder ESI
2. Patienten der Dringlichkeitsstufe 1 oder 2 werden in der ZNA behandelt und ambulant oder stationär versorgt
3. Für Patienten der Stufen 3-5 erfolgt ein weiterführendes Ersteinschätzungsverfahren:
 1. Ärztliche Behandlung sollte binnen 24 Stunden beginnen
 - Weiterleitung in Notfallpraxis am KH oder in der Nähe, MVZ
 - Nur wenn Notfallpraxis geöffnet hat oder in vertretbarer Zeit öffnet
 2. Ärztliche Behandlung muss nicht binnen 24 Stunden beginnen
 - Identifizierung der Fachrichtung und Kontakt zur Terminservicestelle

3. G-BA-Beschluss – 06. Juli 2023



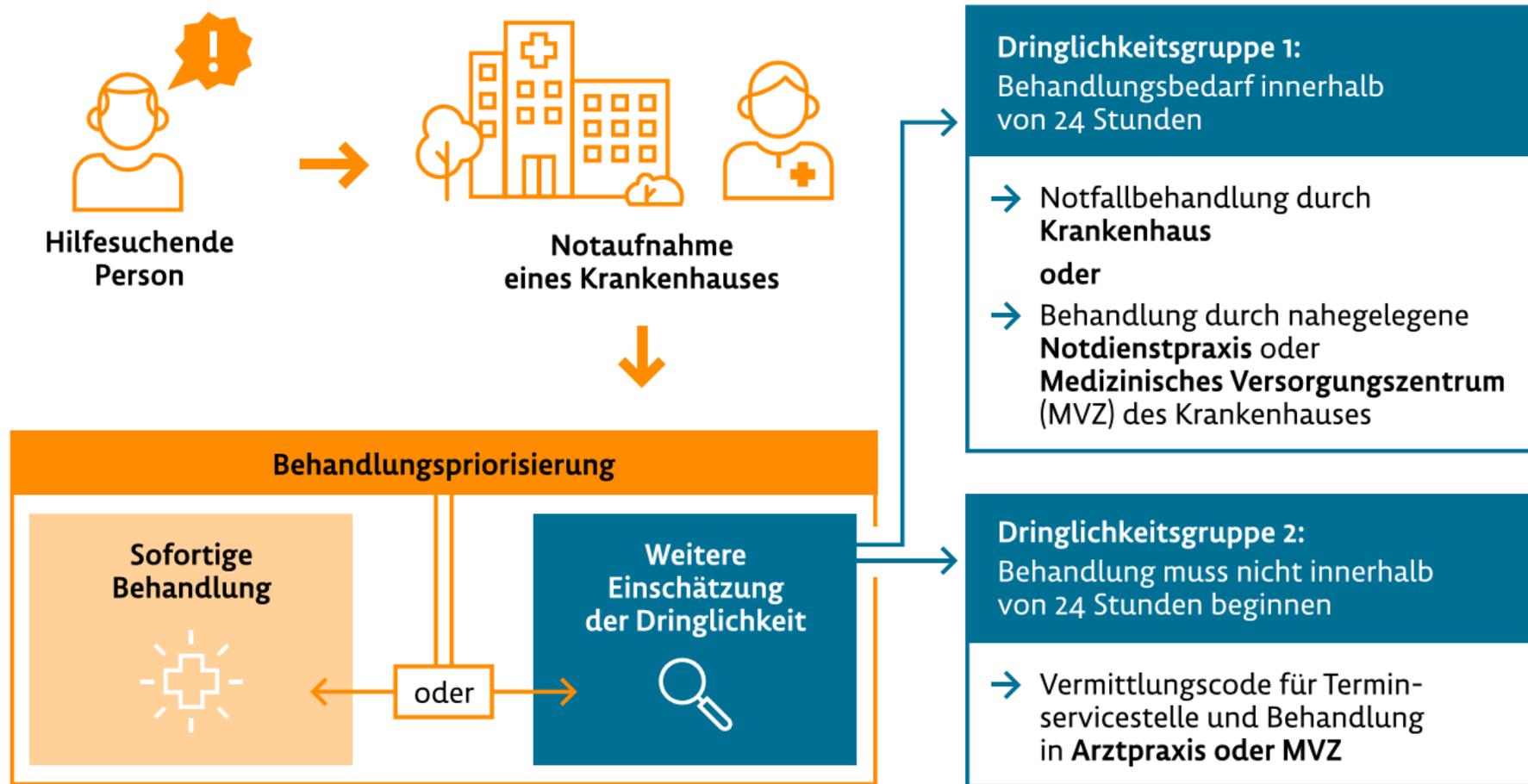
§7 Einbeziehung ärztlichen Personal vor der Weiterleitung

Für Patienten mit Behandlungsbedarf über 24h prüft ein Arzt vor der Weiterleitung den Ersteinschätzungsbericht. Dies kann persönlich oder telemedizinisch erfolgen.

3. G-BA-Beschluss – 06. Juli 2023



Ersteinschätzungsverfahren in Notaufnahmen: Medizinischer Notfall oder nicht?



3. G-BA-Beschluss – 06. Juli 2023 - **Ausgesetzt**



Beanstandung des Bundesgesundheitsministeriums

1. **Datenschutz**
2. **Nicht Abrechenbarkeit der ärztlichen Untersuchung**
3. **Weiterleitung an Notfallpraxen außerhalb des KH**
4. **Weiterleitung an MVZ**

Damit tritt der Beschluss nicht automatisch in Kraft
– der G-BA muss klagen (das macht er auch...)

3. G-BA-Beschluss – Was ist zu erwarten?



Mögliche Optionen für den G-BA-Beschluss „Reorganisation der Notfallversorgung“

1. Einheitliches Steuerungssystem

Telefontriage – NaRT – MTS im Rettungsdienst

2. Qualifikation

Krankenpflege – MFA/Arzthelferinnen – RA/NFS (2-3jährige Ausbildung)

3. Qualitätssicherung

Basiskurs - Mentor/Auditor – Auffrischkurs – Fallkonferenzen

4. Versorgungssteuerung zwischen ZNA und Notfallpraxis

Präsentations-Dringlichkeits-Matrix im MTS



3. G-BA-Beschluss – Was ist zu erwarten?

Versorgungssteuerung zwischen ZNA und Notfallpraxis



Musterausfüllung Abdominelle Schmerzen bei Erwachsenen

Dringlichkeitsstufe	Indikator	Versorgungsort	Fachabteilung	Behandlungspfade ZNA	Laborprofile	Sonstige Verweise	Behandlung
Rot	Gefährdeter Atemweg	Schockraum	Chir				
Rot	Unzureichende Atmung	Schockraum	Chir				
Rot	Schock	Schockraum	Chir				
Orange	Erbrechen von Blut	Behandlungsbereich Chir	Chir				
Orange	Frisch- oder Altblutiger Stuhlgang	Behandlungsbereich Chir	Chir				
Orange	Vaginaler Blutverlust zweite Schwangerschaftshälfte	Behandlungsbereich Gyn	Gyn				
Orange	Sehr heiß	Behandlungsbereich Chir	Chir				
Orange	Sepsisverdacht	Behandlungsbereich Chir	Chir				
Orange	Schmerzausstrahlung in den Rücken	Behandlungsbereich Chir	Chir				
Orange	Stärkster Schmerz	Behandlungsbereich Chir	Chir				
Gelb	Bericht über akutes Erbrechen von Blut	Behandlungsbereich Innere	Gastroenterologie/Innere				
Gelb	Teerstuhl oder frische Blutauflagerung	Behandlungsbereich Innere	Gastroenterologie/Innere				
Gelb	Anhaltendes Erbrechen	Behandlungsbereich Innere	Gastroenterologie/Innere				
Gelb	Schwangerschaft möglich	Behandlungsbereich Gyn	Gyn				
Gelb	Heiß	Behandlungsbereich Innere	Gastroenterologie/Innere				
Gelb	Schmerzausstrahlung in die Schulter	Behandlungsbereich Innere	Gastroenterologie/Innere				
Gelb	Mäßiger Schmerz	Behandlungsbereich Innere	Gastroenterologie/Innere				
Grün	Erbrechen	KV-Praxis	KV-Praxis			Wenn Internist/Allgemeinmediziner im Dienst	
Grün	Überwärmt	KV-Praxis	KV-Praxis			Wenn Internist/Allgemeinmediziner im Dienst	
Grün	Jüngerer leichter Schmerz	KV-Praxis	KV-Praxis			Wenn Internist/Allgemeinmediziner im Dienst	
Grün	Jüngeres Problem	KV-Praxis	KV-Praxis			Wenn Internist/Allgemeinmediziner im Dienst	
Blau		KV-Praxis	KV-Praxis			Wenn Internist/Allgemeinmediziner im Dienst	



Haben Sie Fragen?

