

Dokumentation der Kommentierungsphase zum Positionspapier Notfall

Finaler Stand: 06.05.2019

1. Übersicht über die Kommentierungsphase

Es gab insgesamt 35 Rückmeldungen über das eingesetzte Online-Tool „Survey monkey“, sowie eine Rückmeldung in eigener E-Mail.

Folgende Kommentierungsfragen wurden im Online-Tool explizit gestellt:

1. Finden Sie die Positionierung verständlich und klar formuliert?
2. Finden Sie die Beschreibung des Ist-Zustands und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen für die Patientensicherheit angemessen?
3. Finden Sie die Vorschläge inhaltlich angemessen zur Verbesserung der Patientensicherheit und umsetzbar?
4. Fehlen Ihrer Ansicht nach relevante Literaturempfehlungen?
5. Gibt es weitere Anmerkungen Ihrerseits zu dieser Positionierung?

Die Antworten zu den Kommentierungsfragen, so weit sie keine weiteren textlichen Informationen enthielten, sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

Tabelle: Summarische Übersicht über die Antworten auf die Kommentierungsfragen

| Frage-Nummer | Anzahl „Ja“ | Anzahl „Nein“ | Wenn nein: Bitte listen... |
|--------------|-------------|---------------|----------------------------|
| 1 | 28 | 1 | 6 |
| 2 | 28 | 2 | 4 |
| 3 | 26 | 1 | 8 |
| 4 | 23 | 6 | |

2. Umgang mit den inhaltlichen Anmerkungen

Hinweise:

- Namentliche Anmerkungen werden im Original (mit orthographischen Korrekturen) veröffentlicht. Bei anonymen Kommentaren behalten wir uns eine redaktionelle Bearbeitung und Zusammenfassung vor.
- Rein redaktionelle Hinweise werden ohne Nennung in der folgenden Liste umgesetzt.
- Zeilenzahlen beziehen sich auf die Version des Dokuments, die für die Kommentierungsphase zur Verfügung gestellt wurde.

Tabelle: Inhalte und Umsetzung der Kommentare

Reihenfolge: Beginnend mit allgemeinen Anmerkungen, gefolgt von Anmerkungen, die sich auf verschiedene Textstellen beziehen und schließlich folgen die Kommentare zu den einzelnen Kapiteln des Dokuments.

| Name und ggf. Institution | Kap. | Inhalt des Kommentars | Umgang mit dem Kommentar |
|--|-----------|---|--|
| Jutta F. Maywald Kessel, Amb. Fachkrankenpflege A&I | Allgemein | Der Ist Zustand könnte noch deutlicher als markierter Vorsatz kenntlich gemacht werden. Daraus abgeleitet werden - aus meiner Sicht- die Forderungen noch deutlicher. | Keine Änderungen erfolgt. Die Intention, noch eindeutiger Forderungen abzuleiten, wird geteilt. Diese werden auf der Grundlage des vorliegenden Positionspapiers angepasst an den politischen Diskussionsprozess entwickelt und eingebracht. |
| Jutta F. Maywald Kessel, ähnlich bei: Prof. Dr. Hartmut Siebert, Bernd von Contzen, Philipp Peters | Allgemein | Ich konnte keinen separaten Literaturhinweis finden. Die in Klammern befindlichen Hinweise waren für mich nicht als Literaturhinweise auf den ersten Blick erkennbar. Vielleicht könnte man im Abspann einen Hinweis geben, dass die Literaturliste bei Bedarf als PDF zur Verfügung steht. | Die Frage in der Kommentierungsaufforderung nach relevanten Literaturempfehlungen war eher dahingehend ausgerichtet, entsprechende Empfehlungen von den Mitgliedern der AG Notfall und des APS zu erhalten. |
| Jutta F. Maywald Kessel, Amb. Fachkrankenpflege A&I | Allgemein | Das Papier ist sehr gut gelungen. | Keine Änderungen erforderlich. Vielen Dank für das positive Feedback! |
| Prof. Dr. Hartmut Siebert | Allgemein | Eine die Diskussion befördernde Zusammenstellung und Auflistung wichtiger Faktoren (hard and soft factors), die die Patientensicherheit bei der Notfallversorgung beeinflussen. Bewusst wohl keine Handlungsempfehlung!? Prinzipiell: Unklar für mich, an wen sich dieses Papier richtet? Zielgruppen? Politik? Alle Akteure an der Versorgung mittelbar und unmittelbar beteiligt? | Tatsächlich wurde beim vorliegenden Papier bewusst nicht die Form einer Handlungsempfehlung gewählt, da es sich um ein politisches Positionspapier handelt. Insofern ist die Zielgruppe in erster Linie die Politik. Das Papier soll aber auch den Mitgliedern des APS und allen Akteuren der Versorgung eine Orientierung ermöglichen, um die eigenen politischen Positionen vor dem Hintergrund der Notwendigkeiten der Patientensicherheit zu reflektieren. |
| Prof. Dr. Hartmut Siebert | Allgemein | Auf bestehende best practice Maßnahmen hinweisen : zB 195 ff: IT basierte online Kommunikation RD und Kliniken, Modell Frankfurt / Hessen | Wegen des politischen Charakters des Papiers wurde auf best practice-Beispiele verzichtet, um die Akzeptanz bei Akteuren, deren Aktivitäten nicht beispielhaft erwähnt wurden, nicht zu beeinträchtigen. Darüber hinaus wurde Wert darauf gelegt, das Papier für die politische Kommunikation möglichst knapp und fokussiert zu gestalten. |
| Prof. Dr. Hartmut Siebert | Allgemein | Empfehle Hinweise auf regional schon bestehende sektoral umgesetzte Maßnahmen s.o. Hinweis auf zunehmende Problematik des Kollektivs an | Keine Änderung erfolgt: Anregung wird in zukünftigen Äußerungen zum Thema aufgegriffen. |

| | | | |
|--|-----------|---|---|
| | | kognitiv defizitären Patienten - gerade im Notfall sind Maßnahmen, wie in den Häusern, die sich der Aktion "Demenzsensibles Krankenhaus" angeschlossen haben _ siehe Aktion Robert Bosch Stiftung DIADem 2017 -quoad Überleben von Bedeutung. | |
| Prof. Dr. Hartmut Siebert | Allgemein | Vielen Dank für die Mühe! Ein wichtiger Schritt! | Keine Änderungen erforderlich. Vielen Dank für das positive Feedback! |
| Bernd von Contzen, Sprecher Fachgruppe Notfallpflege DGF; Pflegerische Leitung ZNA Uni Düsseldorf | Allgemein | Es werden wechselnd die Begriffe Ersteinschätzung und Triage verwendet. Triage kommt aus dem militärischen Einsatz und hat eine andere Zielsetzung als die Ersteinschätzung. Aus diesem Grund hat sich das Deutsche Netzwerk für Ersteinschätzung darauf verständigt, im deutschen Sprachgebrauch ausschließlich den Begriff Ersteinschätzung zu verwenden. | Die Verwendung der Begriffe wurde entsprechend geändert. |
| Dr. Thomas Vorwerk, Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker ADKA e. V. | Allgemein | Bei dem vorliegenden Positionspapier geht es vorrangig um die strukturellen Fragen der Notfallversorgung. Die ADKA freut sich, den noch ausstehenden fachlichen Teil inhaltlich kommentieren zu dürfen. | Keine Änderungen erforderlich. Wir freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit. |
| Procula Glien, UKBonn und Mitglied DGF | Allgemein | Auch wenn die Triage in der Terminologie weit verbreitet ist, ist sie jedoch nur im Zusammenhang der Praeklinik und des Massenanfalls von Verletzten zu sehen. Für die Behandlungspriorisierung in Notaufnahmen wird und soll der Begriff Ersteinschätzung verwendet werden. | Die Verwendung der Begriffe wurde entsprechend geändert. |
| N.N. | Allgemein | Ich kann nichts wesentlich Neues entdecken. Das APS muss sich wohl "politisch" äussern... | Vgl. Erläuterung zur Zielgruppe auf eine Anmerkung von Prof. Dr. Hartmut Siebert. |
| Dr. Alexander Euteneier MBA, Euteneier Consulting GmbH | Allgemein | An wen ist das Schreiben adressiert? Den Patienten oder die Gesundheitsversorger? Für den Patienten mag das ausreichen, für Ärzte und Pflegekräfte ist das Positionspapier recht unverbindlich. Begriffe wie zeitnah sind selbstverständlich und dennoch sehr interpretierfähig. Adressat konkreter ansprechen. Was ist der Sinn und | Im Gegensatz zu sonstigen Produkten des APS handelt es sich hier nicht um eine Handlungsempfehlung oder Patienteninformation, sondern um ein politisches Positionspapier. (Vgl. Erläuterung zur Zielgruppe auf eine Anmerkung von Prof. Dr. Hartmut Siebert.) |

| | | | |
|--|-----------|---|---|
| | | Zweck der Positionierung. Aufklärung, Empfehlung, Hinweis, Impuls, etc.? | |
| Dr. Alexander Euteneier MBA, Euteneier Consulting GmbH | Allgemein | Empfehlungen der verschiedenen Fachgesellschaften! DGOU, Traumnetzwerk, Kardiologen, DGU, DIVI, etc. | Hinweis wird bei eventuellen späteren Fachpapieren berücksichtigt. |
| Dr. Michael Hintelmann, zuletzt Prof. für Gesundheitsmanagement | Allgemein | Es bleibt abzuwarten bzw. wäre turnusmäßig zu prüfen, wie das Ganze umgesetzt wird. Viel Erfolg und beste Grüße | Keine Änderungen erforderlich. |
| N.N. | Allgemein | Wichtig wäre noch zu erwähnen, dass die Rettungsdienste teilweise maßlos überfordert sind. Diese werden von Patienten gerufen mit nicht wirklich dringlichem Versorgungsbedarf. Teilweise fahren die Rettungsdienste etliche Kilometer über das Land und können nicht für dringliche Notfälle eingesetzt werden, Notfallpatienten warten unnötig. Ein Hinweis, dass wäre hier vielleicht hilfreich bei der Forderung, dass die Bevölkerung mehr Aufklärung bedarf und auch das eine oder andere Problem selbst versorgt werden kann. Aufklärung gehört nicht nur in die Schulen, ich denke bereits in Kindergärten. | Insbesondere die Aspekte der Gesundheitskompetenz, Aufklärung und telemedizinischen Anleitung sind bereits im Text enthalten. |
| N.N. | Allgemein | Es fehlt eine Kommentierung der Über-Inanspruchnahme der Notfallversorgung durch Patient*innen, die in niedergelassenen Praxen zu lange auf einen Termin warten oder die auf Termine außerhalb der normalen Praxisöffnungszeiten angewiesen sind. | Um eine breite Unterstützung des Positionspapiers zu ermöglichen, wurde bewusst auf eine Ursachenanalyse der Über-Inanspruchnahme der Notfallversorgung verzichtet. Diese wäre auch ausgesprochen multifaktoriell. Gemäß dem Motto des APS „Nicht Schuldige, sondern Lösungen suchen!“ wurden statt dessen Forderungen aufgestellt, die zur Verbesserung der Situation beitragen (z.B. zeitnahe Versorgung im ambulanten Bereich und Hausbesuche durch den Hausarzt). |
| N.N. | Allgemein | Beim ersten Lesen bleibt das Gefühl, dass das APS den Aussagen des Sachverständigenrats und des G-BA gut begründet zustimmt. Gibt es darüber hinaus eine eigene /weitere/andere Positionierung? | Mit den im Papier gemachten Aussagen stimmt das APS verschiedenen Prinzipien hinter den Aussagen von Sachverständigenrat und GBA zu. Ohne diese im Detail zu analysieren soll damit politische Unterstützung signalisiert |

| | | | |
|---|-----------|--|--|
| | | | werden, damit die eingeschlagenen oder zumindest vorgeschlagenen Wege weiter gegangen werden. Darüber hinaus dekliniert das APS die Frage der Notfallversorgung konsequent aus dem Blickwinkel der Patientensicherheit und setzt damit eigene Akzente. |
| Dirk Jahn | Allgemein | Evtl sollte auf vorhandene Handlungsempfehlungen die mit dem Thema im Zusammenhang stehen hingewiesen werden, z.B. Risiken der Digitalisierung oder Einweisung. | Keine Textänderung erforderlich. |
| Dr. Alexander Euteneier MBA, Euteneier Consulting GmbH | Diverse | Zum Teil wird auf G-BA-Vorschläge Bezug genommen, was sinnvoll erscheint. | Keine Änderungen erforderlich. |
| Bettina Godschalk, Geschäftsstelle Patientenbeauftragter der Bundesregierung | 1 | Zeile: 59/60: „Ein Notfall wird nicht durch die vermeintlich objektive medizinische Dringlichkeit definiert, sondern durch die Einschätzung des Patienten, eine Versorgung im Notfall zu brauchen.“ Ich verstehe die Intention, die hinter dem Leitgedanken steht. Schließt diese absolute Formulierung dann nicht aber konsequenter Weise jede Art der am objektiven Bedarf orientierten Patientensteuerung und führt die vorgeschlagenen Maßnahmen ad absurdum? Sollte es nicht das Ziel sein, unter Berücksichtigung der individuellen Einschätzung des Patienten zu einer medizinischen Einschätzung der Dringlichkeit zu kommen und den Patienten gut informiert in die entsprechenden Versorgungsbereiche zu leiten? | Der Formulierung liegt die Intention zugrunde, zu vermeiden, dass erst die medizinische Facheinschätzung einer objektiven und zeitlich dringenden Behandlungsbedürftigkeit den „Notfall“ ausmacht. So soll vermieden werden, dass Patienten von der Inanspruchnahme abgeschreckt werden, woraus sich unzweifelhaft Gefährdungen der Patientensicherheit ergeben. Aus diesem Grund wird die Formulierung beibehalten. Um jedoch Missverständnisse in der im Kommentar genannten Art zu vermeiden, wurde ein neuer Bulletpoint an dritter Stelle der genannten Aufzählung aufgenommen. |
| Bernd von Contzen, Sprecher Fachgruppe Notfallpflege DGF; Pflegerische Leitung ZNA Uni Düsseldorf | 1 | Insgesamt sehr positiv! Insbesondere die Definition des Notfalls, dass dieser individuell zu sehen ist. Jeder Patient der sich in einer Notfallpraxis, Notaufnahme vorstellt, hat zunächst einmal das Anrecht, in seiner Situation ernst genommen zu werden. | Keine Änderungen erforderlich. Vielen Dank für das positive Feedback! |
| Ute Haas, Deutscher Pflegerat (DPR) | 1 | Aus unserer Sicht könnten drei Punkte ergänzt werden: 1. Die zentrale Bedeutung | Der Text wurde entsprechend ergänzt. |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | <p>der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten sollte ergänzt werden.</p> <p>2. Der Hinweis auf den Umgang mit verängstigten oder aufgebrachten Angehörigen fehlt und Empfehlungen wie damit umgegangen werden soll.</p> <p>3. Spezifische, schwierige Patientengruppen, wie Menschen mit dementiellen Prozessen werden nicht berücksichtigt, sind jedoch Alltag in den ZNA's.</p> | |
| Philipp Peters, Lebenshilfe NRW e.V. | 1 | <p>Es fehlt der Hinweis auf Barrierefreiheit beim Zugang. Beispielsweise sollte festgehalten werden, dass der Zugang auf für Menschen mit geistiger Behinderung über Leichte Sprache oder Assistenzen erfolgen muss. ebenso sollten Barrieren für blinde oder gehörlose Patienten erwähnt werden, die aufgrund der Behinderung ohnehin schon einen erschwerten Zugang zu solchen Leistungen haben.</p> | <p>Der Aspekt war bereits vorhanden und wurde noch einmal geschärft.</p> |
| Bettina Godschalk, Geschäftsstelle Patientenbeauftragter der Bundesregierung | 2 | <p>Zeile: 83-85: Forderung nach einem Schulfach Gesundheit bzw. nach einer Aufnahme von entsprechenden Unterrichtsinhalten: Grundsätzlich ist es zu begrüßen, wenn bereits Schülerinnen und Schüler in der Schule mehr über Gesundheit erfahren würden. Allerdings handelt es sich hier um eine teilweise kontrovers geführte Debatte, an der sich das APS nicht zwangsläufig in einem Papier zur Notfallversorgung beteiligen muss. Zudem bin ich angesichts ohnehin voller Lehrpläne und ausgelasteter Lehrerinnen und Lehrern skeptisch, ob den Schulen und den Lehrkräften eine weitere Pflichtaufgabe zuzumuten ist. Besser wäre es, freiwillige Zusatzangebote an Schulen (AGs oder Einzelprojekte) zu unterstützen. Auch sollte Gesundheitsbildung bereits in der frühkindlichen Erziehung beginnen (Kindertagesstätten)</p> | <p>Keine Änderung erforderlich. Die Formulierung im Positionspapier ist im Zusammenhang mit der Gesundheitsbildung bewusst offen gefasst und nennt verschiedene Beispiele für Ansatzpunkte von Maßnahmen. Die Aufnahme von Gesundheit in die Ausbildung an allgemeinbildenden Schulen ist nur eines der Beispiele.</p> |
| Bettina Godschalk, | 3 | <p>Zeile 103-105: Eine Symp-</p> | <p>Gerade unter dem Aspekt der</p> |

| | | | |
|--|----|---|--|
| Geschäftsstelle Patientenbeauftragter der Bundesregierung | | tomabklärung durch telefonischen oder Internetkontakt birgt Gefahren für die Patientensicherheit. | Anleitung des Patienten zur Inanspruchnahme der für den jeweiligen Fall bestgeeigneten Versorgungsangebote und zur Vermeidung der Verstopfung kritischer Kapazitäten mit Fällen geringer medizinischer Dringlichkeit sind telemedizinische Angebote sinnvoll. Ein Warnhinweis, dass dies natürlich so ausgestaltet sein muss, dass unklare oder gar eindeutig dringliche Fälle schnell zu entsprechenden Versorgungsangeboten geleitet werden, wurde im Text ergänzt. |
| Prof. Dr. Hartmut Siebert | 3 | 103-ff für mich kontraproduktiv: wie soll ein Patient oder Angehörige in seiner empfundenen "Notfallsituation" sich gar noch telemedizinisch beraten lassen? m.E. ist diese Passage sehr kritisch im Kontext mit Notfall zusehen. | Ein entsprechender Hinweis zur Weiterleitung in die weiterführende Notfallversorgung wurde im Text aufgenommen. An dieser Stelle ist die Spannbreite der Notfälle zu berücksichtigen. Diese reichen von der Besorgnis von Eltern, ob das leichte Fieber ihres Säuglings oder Kleinkindes mit Hausmitteln zu behandeln ist, bis zum Polytrauma. Im Interesse der Vermeidung von Overcrowding sind niedrigschwellige telemedizinische Angebote, die in geeignete Angebote leiten, sinnvoll. Auch können diese Möglichkeiten dann zur Lenkung auch in die echte Notfallversorgung beitragen, wenn sich Patienten aus Unkenntnis oder falscher Zurückhaltung scheuen, andere Angebote in Anspruch zu nehmen. |
| Dirk Jahn | 3 | Hinweis: Gefahren der Selbstbehandlung durch nicht validierte APPs oder durch unqualifizierte Rätegeber unter Nutzung von neuen Medien im Rahmen der Digitalisierung (Aspekt wird zwar angesprochen sollte aber verstärkt werden) | Der Text wurde entsprechend ergänzt. |
| Bettina Godschalk, Geschäftsstelle Patientenbeauftragter der Bundesregierung | 4. | Zeile 126:"stationäre" ambulante Versorgungsangebote sind missverständlich, besser "ortsgebundene" | Der Vorschlag wurde umgesetzt. |
| Prof. Dr. Hartmut Siebert | 4 | 110-111 m. E. eine kritische Aussage: zuerst den "Hausarzt involvieren": aus eigener Erfahrung: ist die Praxis überfüllt, fernmündlich nie zu erreichen, viel Zeit wird ver- | Der Text wurde entsprechend ergänzt. |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | tan. Diese Passage sollte überarbeitet werden. Nicht der HA sollte kontaktiert werden, sondern die Rettungsleitstelle!!! Bitte Praktiker fragen!! | |
| Dr. Metzinger, DKG | 4 | Die Rolle des Hausarztes ist ergänzungsbedürftig. Er ist nur dann zu bevorzugen, wenn die Versorgung durch ihn auch in einem angemessenen Zeitraum stattfinden kann. Mit dem freitags gebrochenen Außenknöchel auf den Hausarzt am Montag zu warten, um die Medikamentenanamnese einzusparen, wäre nicht korrekt. So kann man das Positionspapier aber lesen. Es sollte umformuliert werden, weil der Grundgedanke ja richtig ist. | Der Text wurde entsprechend ergänzt/geändert. |
| Prof. Dr. Hartmut Siebert | 5 | 169 ff: wichtiger Punkt bestehende Hürden abbauen: Sprachverständnis und Sprachkenntnis sowohl des betroffenen Patienten wie des Personals in der Klinik / Praxis / Leitstelle. Text zu allgemein, es gibt gute Beispiele wie optimierbar! | Der Text wurde ergänzt. |
| Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG | 5 | Zeile 175: „Und wenn man über eine hohe Zentralisierung zumindest dieser spezialisierten Leistungen von Leitstellen nachdenkt, wäre auch die Vorhaltung von mehrsprachigem Personal zumindest für häufige Fremdsprachen nicht mehr abwegig“... „keine wertvolle Zeit mit Irrfahrten versäumt wird“. Vielleicht findet man hier noch angemessenere Formulierungen. | Der Text ab Zeile 175 wurde umformuliert. |
| Prof. Dr. Hartmut Siebert | 6 | Fokussiert wird auf nicht traumatische Notfälle, Absicht? In den verschiedenen Passagen werden nur nicht traumatische Notfälle - beispielhaft -aufgeführt. Was ist mit den traumatischen? insbesondere im Bereich ZNS? Keine Auffälligkeiten, deshalb nicht erwähnt?? | Der Begriff „traumatischer Notfall“ wurde unter Kapitel 6 ergänzt, in dem es um die Versorgung bei vital bedrohlichen Zuständen geht. |
| Prof. Dr. Hartmut Siebert | 6 | 203-204: Was ist mit "(finanzieller) Abschreckung gemeint? Verstehe ich nicht. | Auf politischer Ebene werden z.B. besondere Gebühren für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen ohne entsprechende „objektive“ medizinische Dringlichkeit diskutiert. |

| | | | |
|---------------------------|------|---|---|
| Prof. Dr. Hartmut Siebert | 6 | Hinweise auf bestehende etablierte Maßnahmen wie Manchester Triage, IT basierte Kommunikation RD / Leitstelle, Klinik mit Datentransfer; Kindernotarzdienst!; Hinweis auf bestehende etablierte Netzwerke der Notfallversorgung im Bereich : Schlaganfall, Trauma ,Kardiologie. Diese werden überhaupt nicht erwähnt- es muss das Rad nicht neu erfunden, sondern auch bestehende, nachweislich(evident)bewährte Systeme flächendeckend ausgerollt und ge- und befördert werden | Ergänzungen wurden im Text aufgenommen. |
| Manuel Schweizer | 6 | Bei Punkt 6 wird empfohlen, dass der RD eine ausreichend qualifizierte Klinik anfährt. Dies ist nach aktueller Gesetzeslage nicht möglich, da der RD das nächstgelegene geeignete Krankenhaus anfahren muss. Ist ein Maximalversorger näher, muss er angefahren werden auch wenn man ihn so „zumüllt“. Und ein weiter entfernterer Basisversorger geeignet wäre. Die Schlussfolgerung ist absolut korrekt. | Hinweis auf die Rechtslage wurde ergänzt. Mit diesem politischen Papier wird das Problem entsprechend adressiert. |
| Manuel Schweizer | 6 | Des weiteren fehlt meiner Meinung nach noch, dass viele Krankenhäuser Ihrer Verpflichtung nicht nachkommen Notfallpatienten zu versorgen in den Gebieten, die sie haben. Mir sind mehrere Landkreise bekannt, wo die Kliniken auf dem Papier (Krankenhausplan) vollstationäre Versorgung anbieten, jedoch nur einen Belegarzt haben und sich weigern, vor allem nachts diese Pat. aufzunehmen weshalb sie teilweise 100 km entfernt versorgt werden müssen. | Die Problemlage ist vielschichtig. Weder sollten Krankenhäuser genötigt werden, Patienten aufzunehmen, deren fachgerechte Versorgung sie nicht sicher gewährleisten können, noch sollten Lücken in der Versorgung auftreten. Der erste Aspekt wird mit der Forderung aufgegriffen, dass nur tatsächlich verfügbare und geeignete Versorgungsangebote angesteuert werden sollten. Der zweite Aspekt der flächendeckenden Versorgung wurde ergänzt. |
| Dirk Jahn | 6, 8 | Ergänzung: regelmäßiges Training bzw. Einweisung in Medizinprodukte z.B. Defibrillatoren oder Beatmungsgeräte in Notfallsituationsszenarien, um Sicherheit in Ausnahmesituationen zu gewinnen, die Reaktionszeiten zu minimieren und auch auf dem aktuellen Wissenstand zu bleiben. Hierfür muss Zeit | Der Aspekt wurde im Text ergänzt. |

| | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| | | und Ressourcen zur Verfügung gestellt und auch finanziell unterstützt werden. | |
| Prof. Dr. Hartmut Siebert | 7 | Overcrowding: Hinweis aus der Praxis: saisonale Krankheitshäufung in kalten Jahreszeiten; saisonale Mehrbelastung der Kliniken durch elektive Einbestellungen - Oktober - April: Aussage der KH Verwaltungen. | Ergänzung wurde im Text aufgenommen. |
| Bernd von Contzen, Sprecher Fachgruppe Notfallpflege DGF; Pfliegerische Leitung ZNA Uni Düsseldorf | 7 | Die Ersteinschätzung in den Kliniken muss durch entsprechend qualifizierte Pflegekräfte erfolgen. Siftware-Systeme können diese unterstützen, jedoch nicht die Kompetenzen und Qualifikationen von dafür ausgebildeten Pflegekräften ersetzen. Das von den KVen angestrebte Verfahren, das die Ersteinschätzung durch MFA mit Unterstützung von - bislang - nicht validierten PC programen erfolgen soll ist aus meiner Sicht bedenklich. Auch die Einführung eines weiteren Systems dient nicht der Patientensicherheit. Der GBA-Beschluss fordert von den Kliniken, das zur Ersteinschätzung ein validiertes fünfstufiges System eingesetzt wird. Diese Forderung muss - im Interesse und zur Sicherheit der Patienten - auch für den ambulanten Notfallbereich gelten, insbesondere wenn es in den Kliniken einen gemeinsamen Tresen geben soll - was, aus Sicht des Patienten sinnvoll ist. Für die Durchführung der Ersteinschätzung, die primär auf Krankenbeobachtung + Ermittlung und Interpretation von Basis-Vital Parametern beruht, sind Medizinische Fachangestellte nicht ausgebildet, im Gegensatz zu Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen. Dies wurde ausführlich in Gutachten für das Deutsche Netzwerk Ersteinschätzung beschrieben. Fazit: Gemeinsamer Tresen in den Kliniken ja, die Ersteinschätzung muss nach einem einheitlichen System für alle Notfallpatienten erfolgen - | Der Text wurde entsprechend ergänzt. |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | 5stufig, international validiert. Die Verwendung eines Systems erhöht die Sicherheit der Patienten! Für die Ersteinschätzung bedarf es speziell qualifizierter Pflegekräften mit entsprechender Berufserfahrung. | |
| Dr. Metzinger, DKG | 7 | Der gemeinsame Tresen in der Portalpraxis muss so besetzt sein, dass sich die Entscheidung zwischen Notfallpraxis und Notaufnahme des Krankenhauses allein an der Situation des Patienten und den vorgehaltenen Möglichkeiten, nicht aber an der Lukrativität der Versorgung orientiert. | Der Text wurde entsprechend ergänzt. |
| N.N. | 7 | Das "Wegschicken" vom Empfangstresen in alternative Angebote, bspw. beim Vertragsarzt, ist aus haftungsrechtlichen Gründen für ein Krankenhaus problematisch. Die Patienten müssen einmal ärztlich gesehen werden. | Bei den Konzepten des gemeinsamen Empfangstresens werden die Patienten nicht weggeschickt, sondern nur nach Dringlichkeit und Art des Versorgungsbedarfs zwischen der Versorgung durch das Krankenhaus und die – im gleichen Gebäude tätigen – Vertragsärzte in einer Bereitschaftspraxis aufgeteilt. So ist ein Arztkontakt in jedem Fall gewährleistet. |
| Bettina Godschalk, Geschäftsstelle Patientenbeauftragter der Bundesregierung | 8 | Zeile: 259-262: Überforderungssituation und Gefährdung. In den Zeilen 256 bis 258 wird bereits auf die Bedeutung einer ausreichenden Qualifikation von Ärzten hingewiesen. Insofern könnte auf die Zeilen 259-262 als Wiederholung verzichtet werden. Zumal die Zeilen als ziemlich drastische Kritik an den Ärzten bzw. Krankenhäusern missverstanden werden und unnötigerweise Kritik an den Positionen auslösen könnte. | Der Text wurde – bei gleichbleibendem Inhalt – gestrafft. |
| Prof. Dr. Hartmut Siebert | 8 | Zeile 263: nicht "ausgebildete" sondern "weiter- oder fortgebildete" Ärzte! Ausbildung findet nur im Medizinstudium statt | Der Text wurde entsprechend geändert. |
| Bernd von Contzen, Sprecher Fachgruppe Notfallpflege DGF; Pflegerische Leitung ZNA Uni Düsseldorf | 8 | Im Abschluss wird leider nur auf die Notwendige ärztliche Qualifikation hingewiesen. Jeder im Bereich der Notfallversorgung eingesetzte Mitarbeiter bedarf der entsprechenden Qualifikation! Pflegekräfte stellen in den Not- | Der Text wurde entsprechend ergänzt. |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | aufnahmen die größte Berufsgruppe dar und seit 2017 gibt es für die Berufsgruppe eine entsprechende Empfehlung der DKG zur Fachweiterbildung | |
| Prof. Dr. Christoph Scholz, Unifrauenklinik Ulm | 8 | In der letzten mir zugänglichen Fassung „kanibalisiert“ die sinnvolle und notwendige zeitliche Anwesenheit eines Gynäkologen/einer Gynäkologin in der Notaufnahme. Damit ist die Anwesenheit in der Geburtshilfe und hierbei insbesondere die Notsectio-Fähigkeit bzw. Entscheidungs-Entwicklungszeit nicht mehr gewährleistet. Die derzeitige Vorlage steht damit im Widerspruch zur G-BA Richtlinie zur Versorgung Frühgeborener. Nachdem sich das APS aktiv und sichtbar um die sichere Versorgung in der Geburtshilfe kümmert, sollten wir das erwähnen. | Da keine explizite Erwähnung von Fachärzten für Gynäkologie erfolgt, wurden keine Textänderungen vorgenommen. |
| N.N. | 8 | Personaluntergrenzen besonders im Pflegebereich auch in der Notaufnahme. | Auch wenn der Begriff Personaluntergrenzen nicht fällt, ist der Intention bereits mit der Aussage unter Punkt 3. (Zeile 241) Rechnung getragen. |
| N.N. | 8 | Ergänzend wäre es langfristig wünschenswert, wenn eine Notfall-Fachpflege pro Schicht eingesetzt werden müsste. Wünschenswert ist zumindest auch eine Mindestanforderung (Qualifikation) für den Ärztlichen Dienst vor Einsatz in der Notaufnahme (Intensivstation, X-Anzahl an Intubationen, ZVK-Anlage etc.) | Diese Aspekte wurden, wenn auch weniger detailliert, unter Punkt 8 bereits aufgenommen. Da es sich hier um ein politisches Positionspapier handelt, wurde auf die (fachlich sinnvollen) Ergänzungen verzichtet. |
| Dr. Heidemarie Haeske-Seeberg, Sana Kliniken AG | 8 | Fachärzte für Notfallmedizin sind nicht in ausreichendem Maß in ganz Deutschland verfügbar. | Aus diesem Grund wurde der Abschnitt ab Zeile 262 vorsichtig formuliert. Gleichzeitig muss aber der Prozess der Aus- und Weiterbildung entsprechender Fachärzte dringend forciert werden, was nur geschieht, wenn der Bedarf explizit gemacht wird. |
| Dr. Alexander Euteneier MBA, Euteneier Consulting GmbH | 8 | Aussagen sehr unverbindlich und interpretierfähig. z.B: Z 239: Es muss jederzeit bzw. zumindest binnen sehr kurzer Frist ärztliches Personal mit allen für die jeweilige 239 Versorgungssituation nötigen Fachkenntnissen verfügbar | Die Frage, welche Facharzt-richtungen jederzeit bzw. mit welcher Alarmierungsfrist vorzuhalten sind, entscheidet sich nach dem Leistungsspektrum bzw. der Stufe der Notfallversorgung des jeweiligen Standortes. Hierzu hat der GBA mit |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>sein Was bedeutet das im Konkreten?</p> | <p>seinem gestuften Konzept der Notfallversorgung Aussagen gemacht, die wegen der politischen Ausrichtung des Papiers nicht detailliert nachvollzogen werden sollten. Intention des Textabschnittes ist das klare Bekenntnis, dass die Personalausstattung dem angebotenen Versorgungsspektrum inhaltlich, quantitativ und zeitlich entsprechen muss, damit die Patientensicherheit gewährleistet sein kann.</p> |
|--|--|--|--|