

Presseinformation Der DGN, DGNI und DGNC

## Neuregelung der Notfallaufnahme gefährdet die neurologische und neurochirurgische Versorgung

**01. September 2023 – Im Juli hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine neue Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfes verabschiedet. Wesentliches Manko: Die Ersteinschätzung und Beurteilung der Dringlichkeit sollen ohne Patienten-Arzt-Kontakt erfolgen. Die Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI), die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) sehen darin eine Gefährdung von Patientinnen und Patienten mit neurologischem und neurochirurgischem Versorgungsbedarf. Alle drei Fachgesellschaften fordern daher eine umfassende Überarbeitung der Richtlinie.**

Zur Steuerung der großen Zahl von Patientinnen und Patienten, die eigenständig Hilfe in Notaufnahmen suchen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 6. Juli 2023 eine neue „Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfes in der Notfallversorgung gemäß §120, Absatz 3b SGB V (Ersteinschätzungsrichtlinie)“ verabschiedet. Bei Menschen, die fußläufig in Notaufnahmen Hilfe suchen, soll mittels Ersteinschätzungsinstrument ohne Patienten-Arzt-Kontakt entschieden werden, ob die jeweilige Patientin/der jeweilige Patient sofort in der Notaufnahme behandelt werden darf oder ob aufgrund fehlender medizinischer Dringlichkeit stattdessen auf eine Behandlung im kassenärztlichen Sektor verwiesen werden muss.

Im Vorfeld der Beschlussfassung waren verschiedene Entwürfe der Richtlinie den betroffenen Fachgesellschaften zur Kommentierung zugeleitet worden und auf relevante Vorbehalte gestoßen. Auch die DGN und die DGNI haben weitreichende Änderungsempfehlungen eingebracht, die jedoch in nahezu allen relevanten Punkten in der verabschiedeten Richtlinie unberücksichtigt blieben. Von Seiten der Dachorganisation der Intensiv- und Notfallmedizinisch aktiven Fachgesellschaften, der DIVI wie auch der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin und der DGINA, wurde am jetzigen G-BA Beschlusses ebenfalls bereits in vielen Punkten erhebliche Kritik geäußert. Ein grundsätzliches Problem ist, dass das Ersteinschätzungsverfahren zur Patientenzuordnung bisher nicht zur Verfügung steht und beurteilt werden kann. Die Qualität und Zuverlässigkeit des Systems und damit auch der Regelungen der Richtlinie des G-BA steht und fällt mit seiner Leistungsfähigkeit.

So ist insbesondere für neurologische Patientinnen und Patienten zu befürchten, dass akute oder subakute neurologische Symptome durch ein unzureichendes Ersteinschätzungsverfahren falsch zugeordnet werden und erst spät – und in manchen Fällen womöglich zu spät – die erforderliche Diagnostik und Behandlung durchgeführt wird. Diese Einschätzung wird auch durch aktuelle Studiendaten unterstützt, die bei vielen, vermeintlich leicht betroffenen neurologischen Patientinnen und Patienten erhebliche Schwächen der bisher erprobten Ersteinschätzungsverfahren belegen.

Hauptkritikpunkte der DGNI, DGNC und DGN an der Richtlinie des G-BAs, spezifisch für neurologische Patientinnen und Patienten, sind folgende:

- (i) Nachgewiesenermaßen werden Patientinnen und Patienten mit neurologischen Symptomen durch bestehende Ersteinschätzungsverfahren (ESI und MTS) nur unzureichend erfasst. Ersteinschätzungsinstrumente sind für neurologische Erkrankungen nicht validiert und deren Entwicklung während der vorgegebenen Übergangsfristen ist nicht absehbar.
- (ii) Insbesondere Patientinnen und Patientinnen mit neurologischen Symptomen fällt es schwer, ihre Beschwerden adäquat zu artikulieren. Bei gleichem Leitsyndrom finden sich mitunter sehr unterschiedliche Diagnostik- und Behandlungsdringlichkeiten. Beispielsweise kann sich hinter dem sehr häufigen neurologischen Leitsymptom Kopfschmerzen eine eher harmlose Ursache wie eine Migräne bis hin zu einer lebensbedrohlichen Erkrankung wie einer Hirnblutung oder Meningitis verstecken. Für die Beurteilung und differentialdiagnostische Einordnung der Beschwerden ist eine ärztliche Anamneseerhebung und neurologische Untersuchung unerlässlich. Eine ärztliche Plausibilitätsprüfung von durch Pflegekräften erhobenen Befunden auf Basis eines EDV-gestützten Ersteinschätzungsinstruments ist nicht adäquat.
- (iii) Selbst wenn es gelingen sollte, ein Ersteinschätzungsinstrument für den in der Richtlinie genannten Zweck ausreichend wissenschaftlich zu validieren, stellt sich die Frage, ob Patientinnen und Patienten, die dann nicht mehr in der Notaufnahme behandelt werden dürfen, auch zügig neurologische Hilfe im ambulanten Sektor erhalten können: Fachärztliche neurologische Ressourcen sind im niedergelassenen Bereich schon jetzt limitiert und kurzfristige Termine in den meisten Regionen überhaupt nicht erhältlich. Hinzu kommt häufig die Notwendigkeit einer zerebralen Schnittbildgebung; auch hier sind schon jetzt ambulante Termine nur mit erheblichen Wartezeiten zu erhalten. Auf diese ambulanten diagnostischen und neurologisch fachärztlichen Ressourcen bezogen, ist eine ausschließliche Unterscheidung in eine Behandlungsdringlichkeit von unter und über 24h -wie im G-BA-Beschluss gefordert- für neurologische Patientinnen und Patienten vollkommen unzureichend und potenziell patientengefährdend. Einige Krankheitsbilder könnten unproblematisch erst innerhalb von wenigen Tagen neurologisch behandelt werden – bei Verzögerungen von vielen Tagen bis Wochen besteht aber schnell die Gefahr von dauerhaften Schäden.
- (iv) Die Erfahrung durch die Etablierung von an Notaufnahmen angegliederten KV-Notdienstpraxen zeigt, dass Patientinnen und Patienten mit neurologischen Symptomen bereits jetzt zu einem sehr hohen Anteil zur weiteren Diagnostik und Therapie in die Notaufnahmen überwiesen bzw. wieder zurücküberwiesen werden. Es muss vermieden werden, dass Betroffene in eine diagnostische Schleife mit unnötig vielen Arztkontakten geschickt werden.

Zusammengefasst ist aus Sicht von DGNI, DGNC und DGN eine Umsetzung des G-BA Beschlusses für Patientinnen und Patienten mit neurologischen Symptomen gefährlich. Der Aufwand für eine verlässliche Patientensteuerung ohne Arztkontakt erscheint aus neurologischer Perspektive wie auch aus Sicht anderer Fachdisziplinen erheblich und die angestrebte Entlastung des Gesundheitswesens im Bereich der Akutneurologie nicht gegeben. Aus Sicht der DGNI, DGNC und der DGN ist eine umfassende Überarbeitung der Richtlinie zwingend erforderlich.

#### **Pressekontakt**

##### **Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Neurologie**

c/o Dr. Bettina Albers, albersconcept, Jakobstraße 38, 99423 Weimar

Tel.: +49 (0)36 43 77 64 23

Pressesprecher: Prof. Dr. med. Peter Berlit

E-Mail: [presse@dgn.org](mailto:presse@dgn.org)

#### **Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN)**

sieht sich als wissenschaftliche Fachgesellschaft in der gesellschaftlichen Verantwortung, mit ihren über 11.500 Mitgliedern die neurologische Krankenversorgung in Deutschland zu sichern und zu verbessern. Dafür fördert die DGN Wissenschaft und Forschung sowie Lehre, Fort- und Weiterbildung in der Neurologie. Sie beteiligt sich an der gesundheitspolitischen Diskussion. Die DGN wurde im Jahr 1907 in Dresden gegründet. Sitz der Geschäftsstelle ist Berlin. [www.dgn.org](http://www.dgn.org)

Präsident: Prof. Dr. med. Lars Timmermann

Stellvertretende Präsidentin: Prof. Dr. med. Daniela Berg

Past-Präsident: Prof. Dr. med. Christian Gerloff

Generalsekretär: Prof. Dr. med. Peter Berlit

Geschäftsführer: David Friedrich-Schmidt

Geschäftsstelle: Reinhardtstr. 27 C, 10117 Berlin, Tel.: +49 (0)30 531437930, E-Mail: [info@dgn.org](mailto:info@dgn.org)