

## Stellungnahme

25.06.2024

### Stellungnahme zu dem „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Notfallgesetz – NotfallG)“

Die DGPPN begrüßt die neuerliche Initiative des Bundesgesundheitsministerium für eine Reform der Notfallversorgung. Allerdings besteht die Sorge, dass die geplante Reformierung nicht ressourcenneutral machbar sein wird. Ein Abzug von Mitteln von Personalressourcen aus anderen Bereichen der Versorgung muss unbedingt vermieden werden. Insbesondere begrüßen wir, dass im Gesetzentwurf explizit auf die besonderen Bedürfnisse von psychisch erkrankten Menschen hingewiesen wird. Vor diesem Hintergrund möchten wir betonen, dass psychiatrische Expertise in der Notfallversorgung und in den Integrierten Notfallzentren unbedingt repräsentiert sein muss. Es fehlt allerdings bislang an konkreten Vorgaben, wie die Koordination somatischer mit bereits bestehenden psychiatrischen Notfallstrukturen geregelt werden soll. Die DGPPN empfiehlt, potenzielle Schnittstellen mit den angekündigten flächendeckenden psychiatrischen Notfall- und Krisendiensten bereits mitzudenken.

#### Allgemeine Bewertung

Im Gesetzentwurf werden psychisch kranke Menschen als eine besonders vulnerable Patientengruppe identifiziert, was die DGPPN sehr begrüßt. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, dass die Notfallversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einige Besonderheiten aufweist. Hier sind zwei Fallkonstellationen zu unterscheiden: Zum einen psychiatrische Notfälle im engeren Sinn und zum anderen Notfälle durch körperliche Erkrankungen bei Menschen mit vorbestehender psychischer Erkrankung.

Erstere sind dadurch gekennzeichnet, dass bei einer psychiatrischen Erkrankung (z. B. einer Depression oder Schizophrenie) ein akuter Behandlungsbedarf auftritt, der häufig durch eine lebensbedrohliche Eigengefährdung (z. B. durch Suizidalität) gekennzeichnet ist, nicht selten aber auch durch eine Gefährdung Dritter oder der Allgemeinheit durch Fremdaggressivität.

Zum anderen stellen somatische Notfälle (z. B. ein Herzinfarkt, ein hochfieberhafter Infekt oder eine schwere Unfallverletzung) häufig eine besondere Herausforderung dar, wenn sie bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung auftreten. Dies ist deshalb der Fall, weil die gleichzeitig bestehende psychiatrische Erkrankung die Kommunikation zwischen Patienten

und Gesundheitsdienstleistern beeinträchtigen und dadurch Diagnostik und Therapie erschweren kann, Nicht selten werden deshalb bei psychisch kranken Menschen schwere akute Erkrankungen übersehen und die Patienten werden entweder gar keiner Behandlung zugeführt, oder sie werden fälschlicherweise dem psychiatrischen Behandlungssystem zugeordnet. Die deshalb oft inadäquate Notfallversorgung psychiatrischer Patienten dürfte einer der Gründe für die massive Übersterblichkeit von Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen sein.<sup>1</sup>

Bei der Erstellung der ins Auge gefassten Richtlinie des G-BA müssen die besonderen Bedarfe und Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen in jeder der beiden geschilderten Konstellationen unbedingt berücksichtigt werden.

Deshalb ist es bedauerlich und erfordert dringend eine Anpassung der Überlegungen, dass im Referentenentwurf wichtige Fragen zur konkreten Ausgestaltung der Notfallversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und zum Zusammenspiel der somatischen und der psychiatrischen Notfallversorgung offenbleiben. Denn im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich existieren bereits spezielle Strukturen wie Krisendienste und Sozialpsychiatrische Dienste, sowie Notaufnahmen in den psychiatrischen Krankenhäusern, deren Einbeziehung in die künftige Notfallversorgung unabdingbar ist. Leider enthält der Referentenentwurf keine Angaben dazu, wie sich dieses Reformvorhaben zum im Koalitionsvertrag angekündigten flächendeckenden Ausbau psychiatrischer Notfall- und Krisenversorgung verhält.

Zu klären ist aus Sicht der DGPPN die Einbindung psychiatrischer Fachärzte im Rahmen der neu geschaffenen Notfallversorgungsstrukturen sowie die Kooperation zwischen somatischen und psychiatrischen Kliniken, Rettungsdiensten bzw. den zuständigen Behörden. Es wird daher angeregt, einen strukturierten Pfad für die medizinische Notfallversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen innerhalb der medizinischen Notfallversorgung zu erstellen.

Es scheint uns wichtig, in die weiteren Überlegungen zur Fortentwicklung des Referentenentwurfs Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie einzubeziehen. Die DGPPN ist gerne bereit ihre Expertise bei der Erstellung des vorgeschlagenen Spezialpfads „Psychiatrischer Notfall“ innerhalb der medizinischen Notfallversorgung zur Verfügung zu stellen.

### **Fachpsychiatrische Kompetenz der Integrierten Notfallzentren (INZ)**

In Art. 1 Nr. 11 werden die Integrierten Notfallzentren eingeführt. Demnach sollen INZ an Krankenhäusern eingerichtet werden, welche die Anforderungen des G-BA-Beschlusses nach

---

<sup>1</sup> Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2015; 72: 334–341

§ 136c Abs. 4 an eine Stufe der Notfallversorgung erfüllen. Dies würde psychiatrische Krankenhäuser nicht umfassen. In den INZ muss zwingend psychiatrische Kompetenz vorgehalten werden, um psychiatrische Notfälle erkennen und behandeln zu können. Dafür ist eine fachärztliche Expertise in den INZ jederzeit zu gewährleisten, ggf. könnte die Einholung der notwendigen Expertise durch Nutzung konsiliarischer Dienste oder telemedizinisch ermöglicht werden. Diese Option sollte insbesondere an INZ, die an Krankenhäusern eingerichtet sind, die nur die Stufe der Basisnotfallversorgung erfüllen, bestehen. Es ist auch sicherzustellen, dass INZ, die psychiatrische Patienten behandeln, über die spezifischen strukturellen einschließlich der baulichen Gegebenheiten verfügen, die hierzu bei eigen- und/oder fremdgefährdenden Patienten notwendig sind.

#### **Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument**

Es muss sichergestellt werden, dass das digitale Ersteinschätzungsinstrument alle in der Akut- und Notfallversorgung auftretenden psychiatrischen Behandlungsanlässe valide abbildet. Dies ist bislang in der Ersteinschätzungs-Richtlinie des G-BA nicht im Detail geregelt (§ 3 Abs. 2 Buchstabe c). Dort wird das Canadian Emergency Department Information System (CEDIS-Katalog) lediglich als Empfehlung bzw. Beispielinstrument genannt, welches die psychische Verfassung miterfasst.

#### **Korrespondenzadresse**

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg  
DGPPN-Präsident  
Reinhardtstr. 29  
10117 Berlin  
Telefon: 030 240 4772 0  
E-Mail: [praesident@dgppn.de](mailto:praesident@dgppn.de)