



Björn Steiger Stiftung gGmbH · Max Eyth Str. 7 · 71364 Winnenden

Bundesministerium für Gesundheit
Projektgruppe Notfallversorgung
Frau Dr. Alice Süß
Friedrichstr. 108
10117 Berlin
-per E-Mail-

Winnenden, den 31.01.2020

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Sehr geehrte Frau Dr. Süß
sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank, dass wir zu Ihrem Entwurf Stellung nehmen dürfen und für Ihr Engagement im Sinne der Notfallpatienten.

Die Björn Steiger Stiftung bemüht sich seit über 50 Jahren darum, die Notfallrettung zu verbessern und Leben zu retten. Es geht uns um das Wohl der Patienten.

Die zukünftigen gemeinsamen Notfalleitsysteme (GNL) sind leider ein Kompromiss, da der Rettungsdienst weiterhin Ländersache bleibt. Dass bisherige Leitstellen, KV Callcenter und GNLs zukünftig nebeneinander existieren ist für den Notfallpatienten gefährlich. Unsere Forderung ist, dass zumindest die störungsfreie und direkte Vernetzung sichergestellt ist. Bei zukünftigen Leitstellenneubauten dürfen nur noch GNL förderfähig sein!

Bei der Notrufannahme, egal ob der Anruf über 116117 oder 112 erfolgt, darf es zu keiner Verzögerung kommen. Es muss bei max. 1 Minute (Dispositionszeit) als Qualitätskriterium bleiben, in der ein Notfallrettungsmittel entsandt wird, wenn erforderlich.

Ob allerdings die SMED Einsatzöffnungsmaske hierfür geeignet ist, wird zu beweisen sein, wir haben Bedenken.

Im Vergleich zu unseren europäischen Nachbarländern gibt es in Deutschland keine flächendeckende und noch viel weniger eine einheitliche strukturierte Notrufabfrage. Dies ist eine Kernforderung, die sich im Gesetz wiederfinden muss.

Sie nehmen aufgrund fehlender Vorgaben in Kauf, dass in Deutschland je nach Länderrettungsdienstgesetz, bzw. Rettungsdienstbereich, weiterhin völlig unterschiedliche Rettungsdienste mit voneinander abweichenden Hilfsfristen und Versorgungsstrategien existieren. Dies ist zum Nachteil der Patienten.



WIR HELFEN LEBEN RETTEN

Björn Steiger Stiftung
gGmbH
Max Eyth Str. 7

71364 Winnenden

T +49 7195-30 55-0
F +49 7195-30 55-999
E u.schreiner@steiger-
stiftung.de

H www.steiger-stiftung.de

Amtsgericht Stuttgart
HRB 756657

Geschäftsführung
Ulrich Schreiner

Im Entwurf ist die 116117 falsch geschrieben: der Bürger denkt Notrufnummern sind immer dreistellig und wundert sich, dass bei der 116 oder der 117 niemand den Anruf entgegen nimmt. Die 116117 ist weiterhin nicht ausreichend bekannt und die groß angekündigte Werbekampagne ist wohl schon beendet.

Es fehlt eine Weisungspflicht der Leitstellen gegenüber den KV Fahrdiensten und Ärzten, wenn der Disponent entschieden hat, dass es ein KV Diensteseinsatz ist, hat er diesen durchzuführen. Das ist heute nicht so!

Den Leitstellen muss es ermöglicht werden, neben dem im Entwurf genannten Sozialpsychiatrischen Kriseninterventionsdiensten, auch: Palliativteams, Krankenpflegedienste, Gemeindenotfallsanitäter, Sozialdienste, andere Fahrdienste etc. einzusetzen. Es muss möglich sein, nach entsprechender Beratung im gegenseitigen Einverständnis auch niemanden zu schicken. Hierfür gibt es heute keine Rechtsgrundlage, da auch keine strukturierte Notrufabfrage in Deutschland vorgegeben ist in der diese Option besteht.

Alle Leitstellen müssen AML, die Notrufortung einsetzen, genauso wie die Anleitung zur Telefonreanimation. All diese Basics und vor allem die Verpflichtung dazu gibt es in Deutschland nicht flächendeckend und nicht in Ihrem Entwurf.

GNL werden eine Verbesserung der jetzigen Zustände sein, Ziel muss aber die räumlich nicht getrennte Version sein, miteinander reden und Fälle direkt zu besprechen führt zu Verbesserungen, genauso wie kurze Wege.

Es fehlt ein minimaler Datensatz vom Notfallereignis bis in der Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, denn nur dann kann nachgewiesen werden, was die Notfallversorgung wirklich leistet und was u.U. in der Notfallversorgung und danach schief läuft.

Dass die Gebührensatzung abgeschafft und das Verhandlungsmandat bundesweit eingeführt wird begrüßen wir, es fehlt aber die Definition „Beteiligung“ am Aufbau der Notfallrettung. Wir erwarten, dass hier nicht nur die „Anhörung“ der Kostenträger gemeint ist: heute ist Standard in der Protokollierung: „wird beschlossen ohne Zustimmung der Kostenträger“, aber sie wurden ja beteiligt. In die zukünftig geplanten Pauschalen müssen auch die Fehlweinsätze einberechnet werden. **Was der Gesetzgeber möchte muss klar formuliert und definiert werden.**

Telemedizin, länderübergreifendes Agieren der GNL, Datenvernetzung, Datenübertragung aus den Rettungsmitteln in die Kliniken ist schon lange notwendig, von den Ländern aber nicht umgesetzt. Die Übersicht der bundesweit vorhandenen und verfügbaren Versorgungskapazitäten in Krankenhaus, INZ, Notaufnahme, Herzkatheter-Messplatz, Rettungsmittel, etc. begrüßen wir, diese müssen aber auch jedem Bürger inkl. der voraussichtlichen Wartezeiten online zugänglich sein. Wir müssen uns Standards der europäischen Nachbarländer annähern.

Telemedizin muss genau definiert werden. Es gibt Ansätze der Telemedizin im KV Bereich aber auch in der Notfallrettung mit dem Telenotarzt. Alles wieder völlig uneinheitlich ohne bundesweite Konzepte und Standards. Wir lesen den Entwurf so, dass der Telenotarzt jetzt mit dem Begriff Telemedizin verschmolzen wird, was wir medizinisch fachlich für bedenklich halten.

Gut ist der Transport unklarer nicht zeitkritischer Erkrankungen in das INZ. Heute fehlt in Deutschland die Entscheidungskompetenz der Rettungsmittelbesatzung einen Patienten zuhause zu belassen. Das Notfallsanitäter-Gesetz weist erhebliche Defizite auf, und Ihre Begründung Seite 19 mit dem Arztvorbehalt ist hier kontraproduktiv und verbessert die aktuellen Defizite sicher nicht. Die Kompetenzen der Notfallsanitäter müssen gesetzlich geregelt werden, um ärztliche Tätigkeiten bei vorhandener entsprechender Ausbildung delegieren zu können.

Es fehlen Vorgaben für die medizinisch fachliche und die sprachliche Qualifikation der KV Ärzte und auch der Notärzte.

Der Gesetzentwurf kennt keine Qualität und Qualitätssicherung. Diese Definitionen dem GBA zu überlassen, lehnen wir ab, solange vor allem die Patientenvertreter kein Stimmrecht haben. Auch ist es wenig sinnvoll, zukünftig Vertreter der Bundesorganisationen der Hilfsorganisationen (ohne Beteiligung der Feuerwehren, der Privaten und der kommunalen Rettungsdienste?) zu beteiligen. Wir schlagen vor die Repräsentanz der Leistungserbringer im Rettungsdienst durch je einen Vertreter der Leitstellen, der Rettungsdienstaufsichten, einem Notfallsanitäter aus dem rettungsdienstlichen Einsatzdienst und einem aktiven Vertreter aus dem Notarztdienst sicherzustellen. All diese „neuen“ Vertreter müssen regelmäßig im Einsatzdienst tätig sein und somit die aktuellen Entwicklungen/Veränderungen aus eigener Erfahrung kennen! Dies empfehlen wir auch so für den §90.

Es fehlt eine Qualitätsvorgabe, welche die Versorgung mit Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, flächendeckend vorgibt. Geschieht dies nicht, ist die Unterversorgung im ländlichen Raum nicht bekämpft. Die maximale Entfernung/Fahrzeit muss verbindlich festgelegt werden, sonst steigen die Abwesenheitszeiten der Rettungsmittel ins unermessliche und Einsparungen im Rettungsdienst werden dann sicher noch weniger kommen.

Im Entwurf fehlt komplett die Vorgabe sich auf KRITIS einzustellen. Alle Einrichtungen der Notfallversorgung müssen ihre Aufgaben ausfallsicher bspw. bei Stromausfall über mehrere Stunden/Tage sicherstellen, auch der berühmte Bagger der einem Telekom Knotenpunkt lahmlegt, Redundanz von GNL, Versorgung mit Kraftstoff für Rettungsmittel, Notstromaggregate, Vorgaben fehlen hier völlig für alle an der Notfallversorgung Beteiligten.

Bedenken melden wir an, dass die Verantwortung für die INZ an die KV`en übertragen wird. Die derzeitige kritische Gesamtsituation der Notfallversorgung wird aus unserer Sicht durch die Nichterfüllung der Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung und die wochenlangen Wartezeiten bei Fachärzten mit verursacht. Regelmäßig klagen die KV`en über bundesweiten Ärztemangel! Sind dann genau diese die richtigen Partner, die missliche Situation in

Deutschland zu verbessern? Kliniken und Rettungsdienste sind heute täglich die Ausputzer dieser Defizite.

Wir erkennen an, dass die KBV den Sprung nach vorne angetreten hat mittels bundeseinheitlicher 116117 Abfrage, 24/7 Vorhaltung seit 01.01.20, Terminvergabetools (durch den Gesetzgeber vorgegeben) , aber ein Patientenlotsensystem wie in Österreich, Portugal und Dänemark ist sicher im Sinne der Notfallversorgung die bessere Lösung.

Sanktionen bei Nichterfüllung der geforderten Leistungen finden wir nicht, gehören aber vorgegeben. Sie schaffen die Möglichkeit, Kosten von sogenannten Ersthelfer Apps in den Leitstellengebühren geltend zu machen, dies begrüßen wir, denn jede Sekunde zählt beim Herz Kreislaufstillstand. Es fehlt, eine bundesweite Ersthelfer App oder eine übergeordnete Plattform vorzugeben. Nur durch diese wird der wirklich nächsten Ersthelfer alarmiert, unabhängig davon, welche der derzeit über 10 unterschiedlichen Ersthelfer Apps in der jeweiligen Region verwendet wird. Derzeit ist die Qualifikation und der Versicherungsschutz der Ersthelfer nicht bundesweit einheitlich definiert.

Auch gibt es in Deutschland immer noch keine bundeseinheitliche Notruf App.

Wir hoffen, dass unsere Anregungen/Forderungen aufgenommen werden und freuen uns auf den Erörterungstermin am 17.02.20.

mit den besten Grüßen



Ulrich Schreiner
-Geschäftsführer-