



Stellungnahme der DAG SHG

zum

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Bearbeitungsstand: 08.01.2020 11:28 Uhr

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) ist der Fachverband zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen, der Fachverband für Selbsthilfekontaktstellen und gemäß Patientenbeteiligungsverordnung auf der Grundlage von § 140g SGB V maßgebliche Organisation für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen gemäß § 140f SGB V.

Die DAG SHG begrüßt Ziel und Regelungsansatz des Referentenentwurfes zur Reform der Notfallversorgung ebenso wie den ausdrücklichen Verweis, dass bei der Umsetzung der im Entwurf beschriebenen Maßnahmen die Anforderungen des Beschlusses des GBA nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung, der umfassenden Notfallversorgung und der Notfallversorgung für Kinder zu berücksichtigen sind.

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf wird der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen definiert für eine vertragsärztliche Versorgung 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche für eine notdienstliche Versorgung. Die Sicherstellung erfolgt demnach durch den Betrieb von integrierten Notfallzentren (INZ) gemäß § 123 sowie telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdienst. Hier erkennt die DAG SHG weiteren Regelungsbedarf, auf welchen sie in nachfolgender Stellungnahme eingeht.

Zu §§ 60, 60a

Weiterer Bedarf für Regelungen zu Krankentransporten und Krankenfahrten

Gemäß § 60a Absatz 2 Nr. 5 des Entwurfes sollen Krankenkassen die Kosten übernehmen für Fahrten zu einer notdienstlichen Versorgung in einem INZ: nach Entscheidung des gemeinsamen Notfalleitsystems auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens nach § 133b Absatz 3 Satz 5, sofern dies nach den Umständen des Einzelfalls zwingend erforderlich ist. Auch die Wahl des bedarfsgerechten Transportmittels ist der Entscheidung des gemeinsamen Notfalleitsystems zugewiesen.

Diese Regelung ist wichtig für eine sachgerechte notdienstlichen Versorgung und auch sinnvoll gekoppelt an die Entscheidung des gemeinsamen Notfalleitsystems auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens. Allerdings gilt dieses Entscheidungsrecht des gemeinsamen Notfalleitsystems nur für eine ambulante Versorgung in einem INZ. **Dieses Verfahren ist nicht vorgesehen für eine notdienstliche Versorgung, die in einem ambulanten Setting möglich wäre.**

Hier besteht die Gefahr einer entstehenden **Regelungslücke** für solche notdienstlichen Versorgungsbedarfe, die zu Regelöffnungszeiten der vertragsärztlichen Versorgung entstehen.



Beispiele dafür sind z.B. akute Krankheitsschübe chronisch kranker Menschen oder schwere Krisen psychisch kranker Menschen. Wenn hier weder im Rahmen des gemeinsamen Notfalleitsystems eine Fahrt zu den ambulant behandelnden Ärzt*innen veranlasst werden kann noch ein aufsuchender Bereitschaftsdienst verfügbar ist, sind die Betroffenen trotz anders lautender Ersteinschätzung nicht in der Lage, einen Transport zur benötigten ambulanten Versorgung zu erhalten.

Sie sind auf ihre eigenen Kräfte und Möglichkeiten verwiesen, müssen sich also ohne Unterstützung des gemeinsamen Notfalleitsystems um einen Termin bei den behandelnden Ärzt*innen bemühen und selbständig dort hingelangen. Eine außerordentliche Belastung für chronisch (psychisch) kranke Menschen in einer gesundheitlichen Notlage, welche sich mit zunehmendem Alter immer weiter verschärft.

Mindestens entsteht in diesen Fällen die Gefahr einer Verschiebung von einer (möglichen) ambulanten Versorgung in die INZ oder in die stationäre Notaufnahme, um den akuten (notdienstlichen) Versorgungsbedarf decken zu können.

Als Lösung könnte in § 60a Absatz 2 Nr. 4 ergänzt werden, dass auch das Erfordernis einer **Fahrt zu einer ambulanten Behandlung nach Entscheidung des gemeinsamen Notfalleitsystems auf Basis des Ersteinschätzungsverfahrens** erfolgen kann, sofern der behandelnde Arzt (z.B. über die Terminservicestelle) erreicht werden konnte und Kapazität für eine Behandlung seiner Patient*in hat.

Zu § 123

Schaffung von Integrierten Notfallzentren – es fehlen Regelungen zu ambulanten Notfallzentren in Regionen ohne gut erreichbare Krankenhäuser

Gemäß § 75 Absatz 1b umfasst der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung auch die notdienstliche Versorgung. Die Versorgung soll durch die integrierten Notfallzentren gemäß § 123 und durch telemedizinischen und aufsuchenden Bereitschaftsdienst sichergestellt werden. Gemäß § 123 Abs. 2 sollen Integrierte Notfallzentren von der zuständigen KV gemeinsam mit Krankenhäusern als räumlich und wirtschaftlich von diesen abgegrenzten Einrichtungen errichtet und betrieben werden.

Allerdings ist nicht auszuschließen, dass bereits heute und zukünftig möglicherweise verstärkt Krankenhäuser in ländlichen Regionen geschlossen werden. Dann finden Hilfesuchende **keine erste Anlaufstelle für die ambulante Notfallversorgung**.

Auch der aufsuchende Bereitschaftsdienst gestaltet sich schon heute (nicht nur in ländlichen Gebieten) schwierig, z.B. wenn ausgeschriebene Arztstühle mangels Bewerber*innen nicht besetzt werden können. In diesen Regionen sind **neue Versorgungsstrukturen wünschenswert**, z.B. in Form von ambulanten Notfallzentren, welche außerhalb der üblichen Praxiszeiten von Vertragsärzt*innen für die Hilfesuchenden erreichbar wären. Hierzu fehlen jegliche Ansatzpunkte in dem Referentenentwurf.

Eine solche neuartige Versorgungsstruktur könnte auch Unterversorgung verhindern, wenn z.B. hochbetagte Menschen oder Menschen in stark ländlichen Regionen keine



sachgerechte Klärung ihres gesundheitlichen Problems finden und auch nicht die Notaufnahme aufsuchen (können).

Für die Gestaltung eines **telemedizinischen** Bereitschaftsdienstes, welcher von der DAG SHG grundsätzlich begrüßt wird, ist eine **funktionstüchtige Internetinfrastruktur erforderlich**, an welcher es in manchen, vor allem ländlichen Regionen leider bis heute mangelt.

Verantwortung für integrierte Notfallzentren – noch Fragen offen

Der DAG SHG ist ein besonderes Anliegen, dass eine sachgerechte ambulante notdienstliche Versorgung allen Versicherten gleichermaßen zugänglich wird. Deshalb begrüßen wir die Erweiterung des Sicherstellungsauftrages für die vertragsärztliche Versorgung.

Grundsätzlich ist zu der geplanten Neuregelung gem. § 75 Abs. 1b Satz 3 i.V.m. § 123 Abs. 2 Satz 4 jedoch festzustellen, dass noch erhebliche Konkretisierungen zu Schnittstellen anderer Bereiche der Sicherstellung einer Notfallversorgung fehlen. Das betrifft zum einen die Schnittstelle zum vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und zum anderen die Einbindung in das gestufte System der stationären Notfallrettung. Die DAG SHG befürchtet, dass die im Referentenentwurf vorgesehene alleinige Fachverantwortung für die INZ bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bei gleichzeitiger Kürzung der Finanzierung der stationären Rettungsstellen um 50 Prozent gemäß § 120 Absatz 1 zu einer drastischen Reduzierung der Notfallversorgung führen kann.

Unklar bleibt im vorliegenden Entwurf auch, mit welchen fachlichen Standards die INZ durch die KVen betrieben werden sollen. Die Zentrale Notaufnahme (ZNA) steht gemäß Beschluss des G-BA zum Beispiel unter Leitung einer Ärzt*in mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“. Diese Arztgruppe ist im Sektor der vertragsärztlichen Versorgung nicht vorgesehen. Soll diese neu eingeführt werden?

Wie sollen die INZ strukturell im Verhältnis zu den Vorhaltungen der dahinterliegenden Kliniken ausgestattet werden, um eine der Notfallversorgung mit ggf. lebensnotwendigen Maßnahmen angemessene Diagnose und Anamnese stellen zu können? Es macht keinen Sinn, Doppelvorhaltungen von Geräten und Infrastruktur zu schaffen, wenn nicht klar erkennbar ist, wie z.B. die Fachverantwortung geteilt wird. Welche personellen und strukturellen Ausstattungen die INZ haben sollen, muss in gemeinsamer Verantwortung von INZ und Kliniken erfolgen, um eine ökonomisch sinnvolle Arbeitsteilung sicherzustellen. Eine einfache Vorlagerung von schlecht ausgestatteten und nicht ausreichend mit fachlich qualifiziertem Personal bestückten INZ vor den Kliniken wird die Patientenströme in offene Rettungsstellen der Kliniken nicht verhindern.

Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse bestimmter Patientengruppen – es fehlt die Berücksichtigung der Bedarfe alter oder behinderter Menschen

Der Referentenentwurf legt fest, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien gemäß § 123 die besonderen **Bedürfnisse von Kindern und psychisch Erkrankten** angemessen zu berücksichtigen hat. Das begrüßt die DAG SHG sehr.



Allerdings fehlen Hinweise auf die Berücksichtigung der besonderen **Bedarfe alter und hochbetagter Menschen**. Zwar wird in dem Einleitungstext zum Referentenentwurf (S.1) und zur Begründung (S. 25) das „absehbar zunehmende geriatrische Notfallaufkommen“ erkannt und benannt, im Gesetzentwurf oder seiner Begründung werden dazu aber keine weiteren Anforderungen formuliert.

Auch wird der G-BA in seinem Auftrag zur Festlegung einheitlicher Vorgaben nicht darauf hingewiesen, dass sowohl den Bedürfnissen von Kindern und psychisch kranken Menschen als auch den Bedürfnissen alter und hochbetagter, multimorbider Menschen Rechnung zu tragen sei (z.B. in § 123 Abs. 3 Nr. 2). Hier sieht die DAG SHG Ergänzungsbedarf.

Es fehlen Auflagen, die Notfallversorgung in Deutschland endlich barrierefrei zu gestalten

Bei den Beratungen zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hat die Patientenvertretung sich sehr dafür eingesetzt, barrierefreie Zugänge zur Notfallversorgung zu schaffen. Das fordern unser Grundgesetz und die Behindertenrechtskonvention der UN, die von Deutschland anerkannt ist. Jegliche Baumaßnahmen und Versorgungsstrukturen müssten diesen Anspruch erfüllen.

Für die Ausgestaltung der Barrierefreiheit kann z.B. DIN 18040-1¹ herangezogen werden. "Ziel dieser Norm ist die Barrierefreiheit baulicher Anlagen, damit sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind" (Vorwort zur DIN-Norm, nach § 4 BGG Behindertengleichstellungsgesetz).

Diese DIN-Norm berücksichtigt insbesondere die Bedürfnisse von Menschen

- mit Sehbehinderung, Blindheit oder Hörbehinderung (Gehörlose, Ertaubte und Schwerhörige)
- mit motorischen Einschränkungen
- die Mobilitätshilfen und Rollstühle benutzen

und führt zu Nutzungserleichterungen für Personen

- die großwüchsig oder kleinwüchsig sind
- mit kognitiven Einschränkungen,
- die bereits älter sind,
- mit Kindern und Kinderwagen oder Gepäck.

Auch der Deutsche Ethikrat² forderte bereits im April 2016: „Für Menschen mit Behinderung sollten im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention Krankenhäuser barrierefrei gestaltet und Bedingungen geschaffen werden, die ihren besonderen Belangen gerecht werden.“

¹ <http://nullbarriere.de/din18040-1-inhaltsverzeichnis.htm> (27.09.2016)

² <http://www.ethikrat.org/presse/pressemitteilungen/2016/pressemitteilung-03-2016>



Barrierefreiheit sollte für die Strukturen zur Notfallversorgung verpflichtend Geltung erfahren und in den Gesetzentwurf aufgenommen werden.

Als sinnvoll erachten wir z.B. eine Auflage mit Verweis auf § 2a, dass die Richtlinien des G-BA die Barrierefreiheit zu regeln haben, um den besonderen Bedürfnissen beeinträchtigter Personengruppen wirklich zu entsprechen.

Zu § 133b

Die Schaffung von Transparenz und bundesweit einheitlicher Versorgungsstruktur dient der Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Es ist zutreffend, dass eine „qualitätsgesicherte medizinische Notfallversorgung in einer zunehmend auf Spezialisierung ausgerichteten Gesundheitsversorgung .. nur mit einer koordinierten Patientensteuerung gewährleistet werden (kann)“ (S. 30 des Referentenentwurfes).

Zutreffend ist allerdings auch, dass Patient*innen endlich **Klarheit** erhalten müssen, welche Institution bzw. welche Ansprechpartner ihnen zur Verfügung stehen, wenn Arztpraxen geschlossen sind und schwerwiegende Notsituationen vorliegen oder akute medizinische Versorgung erforderlich ist. Hier besteht zurzeit große Unkenntnis, auch, weil das Versorgungssystem keine Transparenz herstellt.

Für mehr Klarheit sorgen kann sicher die eindeutige Beschreibung der Funktionen der Rufnummern 112 und 116 117. Die Rufnummer 116 117 wurde endlich stärker beworben und dadurch auch besser bekannt. Allerdings fehlt es bisher an einer flächendeckend vergleichbaren, standardisierten Befragung der Hilfesuchenden zur Einschätzung des Versorgungsbedarfes.

Deshalb begrüßt die DAG SHG die Beauftragung des G-BA in § 123, Vorgaben für „das **Verfahren zur qualifizierten Ersteinschätzung** des Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden in Integrierten Notfallzentren (INZ) und die Sachverhalte der Weitervermittlung bundesweit einheitlich“ zu bestimmen“ (S. 40) sowie die **Schaffung eines gemeinsamen Notfallsystems** gemäß § 133b.

Es ist unseres Erachtens dringend erforderlich, gerade in diesem Segment - der Notfallversorgung – bundesweit einheitliche Voraussetzungen und eine bundesweit einheitliche Versorgungsstruktur zu schaffen, um vergleichbare und nachvollziehbare Verhältnisse für alle Bürger zu erhalten, egal in welchem Bundesland, ob Stadt oder Land, ob öffentliche, private oder freigemeinnützige Trägerschaft der einzelnen Segmente der Notfallversorgung.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V.

Verwaltung

Otto-Suhr-Allee 115

10585 Berlin

Fax: 030 / 31 01 89 70

E-Mail: patientenvertretung@dag-shg.de