

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

Sozialverband VdK Deutschland e. V.  
Abteilung Sozialpolitik  
Linienstraße 131  
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300  
Telefax: 030 9210580-310  
E-Mail: [sozialpolitik@vdk.de](mailto:sozialpolitik@vdk.de)

Berlin, den 07.02.2020

## 1. Zu den Zielen des Referentenentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Ziel des Gesetzes ist es, die bisher weitgehend sektoral organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem System der integrierten Notfallversorgung weiterzuentwickeln. Eine enge Verzahnung dieser Versorgungsbereiche soll zu mehr Orientierung für Patient:innen, zu kürzeren Wartezeiten, zu einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung in der gebotenen Versorgungsstruktur sowie zu einem sinnvollen und effizienten Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen und damit zu einer Verbesserung der Gesamtqualität der Notfallversorgung führen.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK begrüßt die Maßnahmen zur Entwicklung einer integrierten Notfallversorgung, die sich an den Vorschlägen des Sachverständigenrats Gesundheit orientieren. Im Bereich der Notfallversorgung besteht erheblicher Handlungsbedarf. Nur durch eine enge Verzahnung der drei Versorgungsbereiche kann eine effektive Nutzung aller Ressourcen und damit eine qualitativ hochwertige Versorgung sichergestellt werden.

Die Notfallambulanzen sind völlig überlaufen, so dass es zu langen Wartezeiten kommt und eine sachgerechte Versorgung oft nicht stattfindet. Durch die Überfüllung ist das Krankenhauspersonal überlastet und kann seine Energie nicht vollständig den Patient:innen teilwerden lassen. Dem steht gegenüber, dass die Behandlungszahlen im ärztlichen Bereitschaftsdienst stetig sinken.

Fälschlicherweise wird die Schuld daran oft bei den Patient:innen gesucht. Die Überfüllung liegt jedoch vor allem daran, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst in seiner jetzigen Form schlichtweg nicht funktioniert. Eine Befragung durch den Sachverständigenrat Gesundheit zeigte, dass der Hälfte der Patient:innen in einer Notaufnahme der ärztliche Bereitschaftsdienst überhaupt nicht bekannt war. Zudem wissen wir von unseren Mitgliedern, dass oft die mangelnde Erreichbarkeit der Servicenummer und zu lange Wartezeiten auf einen Termin bei dringenden medizinischen Problemen Gründe sind, stattdessen die Notaufnahme eines Krankenhauses aufzusuchen. Eine Reform ist daher längst überfällig.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK zu ausgewählten Punkten Stellung.

## 2. Zu den Regelungen im Einzelnen

### 2.1. Gemeinsame Notfall-Leitstellen (GNL)

Die zentrale telefonische Lotsenfunktion der integrierten medizinischen Notfallversorgung soll künftig das GNL übernehmen, das in lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Notsituationen unter der von den Rettungsleitstellen verantworteten Rufnummer 112 und in allen anderen Fällen unter der von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantworteten Rufnummer 116 117 rund-um-die-Uhr erreichbar sein soll. Über das GNL sollen Leistungen der medizinischen Notfallrettung, Krankentransporte und eine telemedizinische oder aufsuchende

notdienstliche Versorgung auf Basis eines qualifizierten, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens disponiert werden.

Vorgesehen ist eine umfassende Kooperation der an der medizinischen Notfallversorgung Beteiligten, die sich ganz wesentlich auf eine digitale Vernetzung und eine zentrale Steuerung durch das GNL stützt. Künftig sollen medizinische Notfalldaten zur Weiterversorgung sowie verfügbare Ressourcen und Versorgungskapazitäten der an der Notfallversorgung Beteiligten digital erfasst und in Echtzeit übertragen werden. Die dafür erforderliche Anschaffung von Softwarelösungen für Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung soll aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 25 Millionen Euro gefördert werden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Die verbindliche Zusammenarbeit der Rufnummern 112 und 116 117 halten wir für sehr sinnvoll. Es muss dabei sichergestellt sein, dass Feuerwehr und Katastrophenschutz, die ebenfalls unter der 112 erreichbar sind, nicht geschwächt werden. Besonders begrüßenswert ist, dass die Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Zukunft durchgehend erreichbar sein soll. Damit sie auch tatsächlich genutzt wird, muss die 116 117 eine ähnliche Bekanntheit erreichen wie die 112.

Die digitale Vernetzung muss eine einheitliche Ersteinschätzung gewähren. Dazu ist nicht nur ein einheitliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs notwendig. Noch wichtiger ist ein einheitlicher Standard für die Besetzung der Rufnummern mit Fachpersonal. Nur wenn eine qualifizierte Ersteinschätzung über die Rufnummern sichergestellt ist, wird dies tatsächlich dazu führen, dass Patient:innen mit niedriger Dringlichkeit als solche erkannt und an die ambulante Versorgung weitergeleitet werden können.

Ein wichtiges Anliegen ist uns darüber hinaus die Barrierefreiheit der Notrufübermittlung. In der Bundesrepublik Deutschland leben ca. 80.000 gehörlose Menschen. Über alle Altersgruppen verteilt geht man von einem Anteil von ca. 16 Prozent aus, der als „nicht normalhörig“ eingestuft werden kann. Dabei steigt der Anteil derjenigen, die von Schwerhörigkeit betroffen sind – wie zu erwarten – mit dem Alter an.

Die bisher übliche Kommunikation per Anruf, ist vor allem für viele hör- und sprachbeeinträchtigte Menschen ein unüberwindbares Hindernis. Um die Barrierefreiheit zu garantieren, muss ein Notruf grundsätzlich über mindestens zwei verschiedene Kommunikationswege möglich sein. Es müssen daher von öffentlicher Hand kostenlose Alternativen zu den Notrufnummern zur Verfügung gestellt werden. Daran fehlt es bisher. Die bereits angekündigte bundesweite Notruf-App ist weiterhin nicht verfügbar.

Auch bei der Vermittlung von Terminen bei niedergelassenen Ärzten durch die Disponenten muss ein besonderes Augenmerk auf die Barrierefreiheit gelegt werden. Ziel muss es sein, jeder Person einen Termin in einer für sie barrierefreien Praxis zu vermitteln.

## 2.2. Integrierte Notfallzentren (INZ)

Als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung sollen INZ an dafür geeigneten Krankenhausstandorten derart eingerichtet werden, dass sie als erste Anlaufstelle im Notfall wahrgenommen werden. Die INZ sollen eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs leisten und die aus medizinischer Sicht unmittelbar erforderliche notdienstliche Versorgung erbringen oder eine stationäre Versorgung veranlassen. Es gilt hierbei grundsätzlich das Prinzip „ambulant vor stationär“.

INZ sollen von den für die Sicherstellung der notdienstlichen Versorgung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern gemeinsam errichtet und unter fachlicher Leitung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung betrieben werden.

Die Festlegung der Anzahl und konkreten Standorte der INZ soll durch die erweiterten Landesausschüsse nach Maßgabe der bundesweit einheitlichen, bedarfsbezogenen Planungsvorgaben des G-BA erfolgen. Die Planung der INZ soll eine flächendeckende, qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung mit INZ sicherstellen.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK bewertet auch die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren positiv. Wir halten es außerdem für richtig, dass bereits bestehende Portalpraxen eingegliedert werden sollen, um bestehende Strukturen zu nutzen.

Auch hier muss die Barrierefreiheit wieder eine entscheidende Rolle spielen. Nur wenn die INZ umfassend barrierefrei sind, können sie auch tatsächlich als erste Anlaufstelle für alle gelten. Um dies zu erreichen, muss bereits die äußere Erschließung so ausgestaltet sein, dass auch Menschen mit Behinderung die INZ problemlos auffinden können. Alle Räumlichkeiten und Angebote müssen sowohl für Rollstuhlfahrer:innen, als auch gehende Patient:innen nutzbar sein. Dazu gehört auch, dass barrierefreies Behandlungsmobiliar vorhanden ist. Alle Informationen müssen zudem mit mindestens zwei Sinnen erfassbar sein und zusätzlich in leichter Sprache angeboten werden.

Nicht vergessen werden dürfen aber auch immobile Patient:innen. Die Zeiten sind vorbei, in denen man seinen Hausarzt im Notfall auch abends oder nachts anrufen konnte und dieser zuhause vorbei kam. Um aber die Versorgung von diesen meist älteren Menschen sicherzustellen, müssen Hausbesuche wieder vermehrt möglich werden.

Insgesamt steht und fällt das gesamte Gesetzesvorhaben mit der Navigation der Patient:innen. Das Ziel ist eine qualitativ hochwertige Versorgung aller. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, dass qualifiziertes Fachpersonal die Ersteinschätzung übernimmt. Dazu bedarf es verbindlicher Vorgaben für die Besetzung der Integrierten Notfallzentren.

Wir sehen es kritisch, dass der G-BA und die erweiterten Landesausschüsse sowohl hierüber, als auch über geeignete Standorte für die INZ entscheiden sollen. Wir sehen die Notwendigkeit bundeseinheitlicher Vorgaben und Planungen, um eine bessere Qualität der Versorgung zu erreichen. Wir bezweifeln allerdings, dass die Akteure die Richtigen sind. Entscheidungen für mehr Qualität und gleichzeitig gegen eigene finanzielle Interessen zu treffen ist schwierig. Zudem sind einige relevante Akteure nicht vertreten, beispielsweise die Land-

kreise und das Rettungswesen. Wir bitten daher zu überdenken, ob nicht andere Beratungsstrukturen geeigneter wären.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist außerdem, dass die Elektronische Patientenakte sinnvoll nutzbar eingeführt wird, damit in der Notfallversorgung der Zugriff auf die Gesundheitsdaten möglich ist. Aus Sicht des VdK bietet die Digitalisierung große Chancen für die Gesundheitsversorgung.

### **2.3. Rettungsdienst als Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen**

Die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste der Länder soll als eigenständige Leistung der medizinischen Notfallrettung anerkannt und unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden. Damit soll der zentralen Bedeutung der rettungsdienstlichen Notfallversorgung für eine effektive Notfallversorgung Rechnung getragen und der langjährigen Forderung der Länder nachgekommen werden.

In einem zunehmend auf Spezialisierung ausgerichteten Gesundheitswesen ist es wichtig, dass Patient:innen im Notfall unmittelbar der geeigneten Versorgungsstruktur zugeleitet werden, und dass insofern einheitliche Vorgaben durch den G-BA beschlossen werden.

Für alle in diesem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen werden Vorgaben des G-BA maßgeblich sein, so dass die Regelungen erst dann in Kraft treten, wenn die neue Richtlinie des G-BA zu Leistungen der medizinischen Notfallrettung und INZ vorliegt. Der G-BA hat die Richtlinie innerhalb von 18 Monaten nach der Verkündung des Gesetzes zu beschließen.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK befürwortet ausdrücklich, dass falsch gesetzte finanzielle Anreize beseitigt werden. Bisher wird der Rettungsdienst für Transporte in die Krankenhäuser und nicht die Versorgung vor Ort finanziell belohnt. Dies führt zu einem Anreiz, die Patient:innen öfter als nötig in Krankenhäuser zu bringen. Dort bestehen wiederum falsche finanzielle Anreize, diese stationär aufzunehmen. Es kommt dadurch nicht nur zu einer Überfüllung der Notaufnahmen, sondern auch zu einer unnötigen Belastung der Patient:innen. Dies kann in Zukunft verhindert werden, indem die medizinische Notfallversorgung der Rettungsdienste sowie die Rettungsfahrt eigenständige Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen werden. Patient:innen sollten der Belastung einer stationären Behandlung nur ausgesetzt werden, wenn dies tatsächlich notwendig ist.

Nicht vergessen darf man in diesem Zusammenhang auch die ambulanten Pflegedienste. Diese sind oft so schlecht ausgestattet, dass sie einen Rettungswagen rufen müssen, wenn sie etwas nicht machen können oder dürfen (z. B. Blasenkatether). Dies dann im Krankenhaus durchführen zu lassen, kann nicht die Lösung sein.

Insgesamt beobachten wir mit Sorge, dass der G-BA immer mehr Aufträge erteilt bekommt. Der Zeitplan ist straff und die gestufte Beschlussfassung des G-BA, die nach der Geschäftsordnung zwingend vorgesehen ist, benötigt einige Zeit. Zu befürchten ist daher, dass die

Patienteninteressen in der knappen Zeit zwischen den harten Interessen der Bänke untergehen.

## 2.4. Ergänzender Änderungsbedarf

Die Reform der Notfallversorgung ist eine gute Gelegenheit, den Anspruch auf Begleitung durch eine Assistenzkraft im Falle einer stationären Versorgung zu verbessern. Wir fordern, dass der Rechtsanspruch auf Mitnahme von Assistenzpersonen ins Krankenhaus aus §11 Absatz 3 Satz 1 SGB V auch für Menschen mit Behinderung gelten muss, die ihre Versorgung nicht im Rahmen des „Arbeitgebermodells“ (§29 SGB IX) sicherstellen.