



BAGP PatientInnenstellen, Astallerstr. 14, 80339 München

BMG

Friedrichstr. 108

z. Hd.: Dr. Alice Süß

10055 Berlin

[notfallreform@bmg.bund.de](mailto:notfallreform@bmg.bund.de)

München, 08.02.2020

## **Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP) zum Referentenentwurf der Notfallversorgung**

### **Kontakt:**

Geschäftsstelle der BAGP

c/o Gesundheitsladen München e.V.

Astallerstr. 14, 80339 München

[mail@bagp.de](mailto:mail@bagp.de)

Verantwortlich:

Gregor Bornes & Carola Sraier, SprecherIn der BAGP<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Seit 1989 bündeln PatientInnenstellen und -Initiativen ihre Kompetenzen in der BAGP, um über gemeinsame Lobbyarbeit, Veröffentlichung von Informationen und Stellungnahmen, gesundheitspolitische Beteiligung, Erfahrungsaustausch und Fortbildung die Stellung der PatientInnen im Gesundheitssystem zu verbessern. Als unabhängige und neutrale Einrichtung der Patienten und Verbraucherberatung ist die BAGP eine der nach §140f SGB V anerkannten Patientenvertreterorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Unsere Stellungnahme greift u. a. die Erfahrungen zurück, die die BAGP im Rahmen der Beratungsarbeit und als maßgebliche Organisation der Patientenvertretung nach §140 f SGB V in den vergangenen Jahren im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesammelt hat.

Die Ergebnisse der Studie der Bertelsmann – Stiftung und die Reaktionen darauf, sowie die Empfehlungen des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen machen deutlich, dass eine gesellschaftliche Debatte um eine angemessene, qualitativ gute und bezahlbare Gesundheitsversorgung, in der die gesundheits- und versorgungsbezogenen Bedürfnisse der Bevölkerung die Hauptrolle spielen, notwendig ist. Die Krankenhausversorgung muss dabei eingebettet sein in ein sinnvoll abgestimmtes, regional organisiertes und gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen.

Die Patientenversorgung im Notfall ist derzeit problematisch. PatientInnen wenden sich übermäßig häufig an die Notfallambulanzen von Krankenhäusern ohne vorher in Kontakt mit dem ambulanten Bereitschaftsdienst gewesen zu sein. Anderen Patienten kann das bisherige ambulante System keine Hilfestellung anbieten, da die Ressourcen oder Kompetenzen fehlen, wie häufig in der Versorgung von Kindern, geriatrischen Patienten und psychisch kranken Menschen festgestellt. Diese äußert sich z. B. in unkoordinierter Weiterleitung innerhalb des ambulanten Settings, in fehlerhaftem Verweisen in Krankenhäuser ohne fachliche Expertise für die angefragte Notsituation, in extrem langen Wartezeiten und bei Leistungen, die als Über- und Fehlversorgung bezeichnet werden müssen.

### **Die BAGP befürwortet grundsätzlich die gesetzgeberische Initiative der Umstrukturierung der Notfallversorgung mithilfe von gemeinsamen Notfalleitsystemen und Integrierten Notfallzentren.**

Die geplante strukturelle Vereinfachung der Notfallversorgung kommt der Forderung nach einem verständlichen, verlässlichen und transparenten Versorgungssystem entgegen und kann dazu führen dass die Notfallstrukturen entlastet und zielgerichteter genutzt werden. Um den Erfolg der Umstrukturierung der Notfallversorgung zu garantieren, ist es notwendig die BürgerInnen zu informieren und zu beraten wohin sie sich im Notfall wenden können. Dabei ist auch sicherzustellen, dass die neuen Strukturen der Integrierten Notfallzentren und der Gemeinsamen Notfalleitsysteme regelmäßig reflektiert und an die Bedürfnisse der BürgerInnen und PatientInnen angepasst werden.

Die BAGP fordert die Entwicklung von Strategien und (Bildungs-)Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung von BürgerInnen, damit diese Notfälle besser erkennen und lebensbedrohliche Situationen passgenauer erkennen können.

Die Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz sind für alle in Deutschland lebenden Menschen zielgruppenspezifisch, einfach und barrierefrei anzubieten.

## **Zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**

### **I. Zu den wesentlichen Entwurfsinhalten (S. 1 – 4)**

#### **1. Gemeinsames Notfalleitsystem (GNL)**

Wir befürworten die Umstrukturierung des Erstzugangs in die Versorgung im Notfall, da sie den PatientInnen leichter als bisher ermöglicht, die richtige Stelle für eine gebotene medizinische Hilfe aufzusuchen.

Das GNL-Angebot für den ambulanten Versorgungsbereich rund um die Uhr erreichbar zu machen, stellt eine wirkliche Erleichterung für Ratsuchende dar.

Das GNL soll eine **standardisierte Ersteinschätzung** geben und eine passgenaue Zuweisung in das Hilfesystem realisieren.

Um dieser verantwortungsvollen Aufgabe gerecht werden zu können, sind unbedingt hohe Anforderungen an die fachliche Qualifikation der GNL-BeraterInnen und an deren kommunikativen Kompetenzen zu stellen.

Hierbei sind auch die Anforderungen an eine kultur- und sprachensible Kommunikation zu berücksichtigen und um weitere Angebote, wie ein entsprechendes Dolmetschersystem mit einzubinden.

#### **2. Integrierte Notfallzentren (INZ)**

Die Neuregelung des Zugangs in eine medizinische Versorgung mithilfe eines Integrierten Notfallzentrums ist eine Erleichterung für PatientInnen. Die räumliche Anbindung an eine Klinik wird dabei der Bedürfnislage von Hilfesuchenden gerecht, im Notfall schnell und gut versorgt zu werden.

Die Fachliche Leitung des zukünftigen INZ soll bei der Kassenärztlichen Vereinigung - sprich im Bereich der ambulanten Versorgung liegen.

Zur Umsetzung dieser fachlichen Leitung gibt der hier vorliegende Entwurf keine Auskünfte.

Aus Patientensicht erscheint es wichtig zur Gewährleistung der Patientensicherheit, dass die im INZ arbeitenden Mediziner über gute Kenntnisse der Notfallversorgung verfügen und nicht nur zeitweise Dienst im INZ leisten. Darüber hinaus muss ein INZ baulich und personell an die Besonderheiten der emotionalen Belastung der Ratsuchenden angepasst werden, da Übergriffe von PatientInnen bzw. Angehörigen in der Notfallversorgung zunehmen.

Ein INZ ist zukünftig die Anlaufstelle für ambulante Notfälle auch für Menschen mit fehlenden Deutschkenntnissen, für Menschen mit Behinderungen und sonstigen Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit. Das Konzept der INZ muss daher an die Heterogenität der PatientInnen angepasst werden.

### **3. Rettungsdienst als Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung**

Die BAGP befürwortet, die Überführung des Rettungsdienstes in den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung.

## **II. Zu den wesentlichen Entwurfsinhalten (S. 5 – 49)**

### **zu 2.**

#### **zu § 60 Medizinische Notfallrettung:**

Die Regelung wird begrüßt. Der Anspruch auf Notfallrettung entsteht bei Vorliegen von unmittelbarer Lebensgefahr oder Lebensbedrohung.

Aus unserer Sicht liegt bereits dann ein Notfall vor, wenn der Betroffene oder Angehörige von einem Notfall ausgehen. Das muss bereits das Recht auf Inanspruchnahme der Leistungen der GNL auslösen, die mit der Ersteinschätzung die notwendige adäquate Versorgung veranlasst bzw. auf die ambulante Regelversorgung verweist.

#### **zu § 60 Abs. 4 SGB V / Zuzahlung**

Die Zuzahlung für Leistungen der medizinischen Notfallrettung nach § 61 lehnen wir ab. Die Erstversorgung im Notfall muss für alle Bürger kostenlos nutzbar sein.

#### **zu § 60a Krankentransporte und Krankenfahrten**

Die Neuformulierung des alten §60 in den §60a wird begrüßt. Sie verpasst aus unserer Sicht aber notwendige Änderungen.

#### **zu § 60a Abs. 2 Nr. 3:**

Die ständig steigende Anzahl ambulanter Operationen macht es notwendig die PatientInnen vor und nach den Eingriffen optimal zu versorgen, wozu auch der Transport gehört. In der Versorgungsrealität werden derartige Fahrten aber selten verordnet und dann oft von den Krankenkassen nicht erstattet. Grund hierfür ist der einschränkende Passus am Ende des Satzes. Er ist unrealistisch und nicht an die Lebensrealität der Patienten vor und nach ambulanten Eingriffen angepasst. Die Vulnerabilität der Patienten z. B. durch Nachwirkungen von Narkosen wird ignoriert und notwendige Vorsichtsmaßnahmen und Kosten in den privaten Verantwortungsbereich verlagert.

Außerdem überfordert man die Patienten zu oft. Die Annahme, ambulante Eingriffe seien für die Betroffenen gut händelbar und die PatientInnen seien körperlich und psychisch in der Lage, sich in den häuslichen Bereich zu begeben, trifft längst nicht immer zu. Hier braucht es aus unserer Sicht mehr Klarheit, bei welchen Diagnosen / Prozeduren und unter welchen persönlichen Voraussetzungen eine Krankenfahrt verordnet werden kann und wann nicht. Die BAGP schlägt daher vor, den Halbsatz „*wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist,*“ zu streichen.

**zu § 60a Abs. 4:**

Die Ausnahmekriterien für die Inanspruchnahme eines Krankentransportes im Rahmen der Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit sind grundsätzlich gut gemeint.

Allerdings stellen wir fest, dass die Entscheidungsfindung der Versorgungsämter zu den Anträgen von Schwerbehinderung und die Anerkennung von Merkzeichen häufig Bearbeitungszeiten von mehreren Monaten in Anspruch nimmt und sehr häufig erst im Widerspruch- oder Klageverfahren für die Betroffenen entschieden wird. Daher fordern wir das BMG auf, Einfluss auf die Bearbeitungszeiten zu nehmen, in Analogie der Regelungen zu § 13 Abs. 3a SGB V.

Es fehlt aber dringend ein adäquater Umgang mit temporärer Eingeschränktheit durch Krankheit oder Unfallfolgen. Solche PatientInnen genügen nicht den Voraussetzungen des Schwerbehindertenrechts oder der Pflegerversicherungseinstufung, benötigen aber trotzdem eine Berücksichtigung und Regelung in der Krankentransportrichtlinie.

**zu § 60a Abs. 8:**

Die BAGP lehnt die Regelung einer finanziellen Beteiligung durch Zuzahlung der Patienten ab. Ein durch das GNL medizinisch festgestellter Notfall und die daraus resultierenden Maßnahmen sollten für niemanden Zuzahlungspflichtig sein. Die Zuzahlung verstößt gegen ein wesentliches Prinzip der solidarischen Krankenversicherung.

**zu 3.-7., § 73 – § 87b SGB V:**

keine Kommentare

**zu 8. § 90 SGB V****b) § 90 neuer Absatz 4a**

Die Änderung wird grundsätzlich begrüßt.

Die BAGP weist allerdings darauf hin, dass die bisherigen Gremien nach §90 Abs. (4) ausschließlich Expertise zur Zulassung von Regelungen nach §116 b SGB V vorhalten und die neuen Anforderungen in den Verantwortungsbereich auch des Bundeslandes (Krankenhausplanung) eingreifen. Es muss sichergestellt werden, dass der eLA mit Personal- und Sachkosten angemessen ausgestattet wird, um den neuen Aufgaben angemessen gerecht zu werden.

Die BAGP geht davon aus, dass der Patientenvertretung im Erweiterten Landesausschuss nach § 90a Abs. 4a neu ebenfalls ein Antragsrecht zusteht, wie den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zugestanden.

**zu 12. § 120 Abs. 1 b SGB V**

Die Vergütung einer ambulanten ärztlichen Leistung, welche durch ein Krankenhaus ausgeführt wird, soll um 50 Prozent gekürzt werden, wenn dieses Krankenhaus kein INZ ist. Die BAGP kann den grundsätzlichen Gedanken der Sanktion nachvollziehen, obgleich es nach unserer Meinung eine übermäßige Härte darstellt. Hier müssen die Einzelfälle der dringlichen Versorgung im Notfall darstellbar sein, da es unter Umständen sonst zu Abweisungen von Patienten kommt, die aus verschiedenen Gründen das INZ (so bereits vorhanden) nicht aufsuchen kann. Es mag darüber hinaus Leistungen geben, die aufgrund eines notwendigen Apparateparks (z. B. Dialyse) eben nicht in einem INZ erbracht werden können.

**zu 13. § 123 Integrierte Notfallzentren**

Die BAGP begrüßt die flächendeckende Einführung von INZ und deren räumliche Anbindung an Krankenhäuser. Dies ist eine konsequente Weiterentwicklung bisher schon erprobter Modelle z. B. der sogenannten Portalpraxen.

**zu § 123 Abs. 1:**

Ein INZ ist zukünftig die Anlaufstelle für ambulante Notfälle auch für Menschen mit fehlenden Deutschkenntnissen, für Menschen mit Behinderungen und Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit. Das Konzept der INZ muss an die Heterogenität der PatientInnen angepasst werden. Vor dem Hintergrund der möglicherweise auszusprechenden Rückverweisung von PatientInnen in das ambulante Versorgungssystem fordert die BAGP zusätzlich dringend definierte Informationspflichten des INZ.

PatientInnen, die vom INZ in ambulante Strukturen verwiesen werden, müssen entsprechende schriftliche und mündliche Informationen für eine medizinisch sachgerechte Versorgung und die anzusteuern Struktur erhalten. Zusätzlich sollte das INZ verpflichtet werden, entsprechende Informationen in verschiedenen Sprachen vorzuhalten.

**zu § 123 Abs. 2:**

Die fachliche Leitung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu übertragen, erscheint vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrages folgerichtig.

Die BAGP weist jedoch darauf hin, dass die Entscheidung für oder gegen eine Aufnahme ins Krankenhaus in Kooperation mit dem jeweiligen Krankenhaus getroffen werden sollte.

**zu § 123 Abs. 3:**

Die BAGP fordert den Gesetzgeber auf, dem G-BA klare Vorgaben zur Erreichbarkeit und zum Betroffenheitsmaß zu machen. Aus Sicht der BAGP sind für die Erreichbarkeit eines INZ maximal 30 Minuten mit dem PKW bei Durchschnittstempo 30 und ein Betroffenheitsmaß von mindestens 97% vorzugeben. In Ausnahmeregionen wie Inseln oder Enklaven müssen andere Regelungen unter Berücksichtigung grenz- oder Bundesland überschreitender Versorgungsangebote gelten dürfen.

**zu § 123 Abs. 5:**

Die Informationspflicht durch die Krankenkasse über das nächstgelegene INZ finden wir grundsätzlich richtig. Flankierende Maßnahmen durch entsprechende bundeseinheitliche Kampagnen zur Bewerbung des neuen Angebotes und damit zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz der Bürger müssen in abgestimmter Form erfolgen.

**zu 14. § 133 Abs. 1 SGB V**

Die BAGP fordert den Gesetzgeber auf, die zulässigen Träger der Rettungsdienste auf gemeinnützige Unternehmen zu begrenzen.

**zu 15. § 133b Abs. 1 SGB V**

Die BAGP begrüßt die verbindliche Einrichtung von GNZ und die damit verbundene Kooperation der Nummern 112 und 116 117. Die damit vorgeschriebene gemeinsam standardisierte Bearbeitung und notfallmäßige Einschätzung der Anrufe macht den zweiten Satz überflüssig. Die BAGP schlägt daher vor, den Satz 2 zu streichen.

**zu 15. § 133b Abs. 2 SGB V**

Die BAGP begrüßt die in der Begründung zu Abs. 2 erwähnten Ersthelfer als zusätzlich unterstützendes System. Die BAGP empfiehlt, die Ausbildung von Ersthelfern zu intensivieren und flächendeckend auszuweiten und dies auch gesetzlich zu regeln.

**zu 15. § 133b Abs. 4 SGB V**

Die BAGP begrüßt die Entwicklung eines Systems zur Echtzeitübermittlung von Rettungs- und Notfallversorgungskapazitäten. Ob hierfür die gewählte Formulierung ausreicht scheint fraglich.

Die BAGP begrüßt grundsätzlich die Nutzung eines datengeschützten elektronischen Informationssystems für die vorgesehene Kooperation. Sobald entsprechende Systeme vorhanden sind, sollten sie auch genutzt werden – auch wenn sie noch nicht flächendeckend vorgehalten werden können.

**zu 15. § 133b Abs. 6 SGB V**

Die Finanzierung der GNS Struktur soll mit 25 Millionen Euro durch die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden. Die BAGP fordert die Einbeziehung anderer Versicherungssysteme in gleicher Form. Die alleinige Finanzierung aus Versichertenbeiträgen der GKV lehnen wir ab. Andere Personengruppen, wie Beamte, Privatversicherte, und Versicherte anderer vergleichbarer Krankenversicherungen müssen anteilig des Versichertenklientels an den Gesamtkosten beteiligt werden.