

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
zum
Referentenentwurf zur "Reform der Notfallversorgung" des
Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Autorinnen: Elke Mattern, Annekatrin Skeide, Lena Agel,

Prof. Dr. Dorothea Tegethoff

Kontaktadresse: geschaeftsstelle@dghwi.de

Datum: 07.02.2020

Die DGHWi nimmt im Folgenden tabellarisch Stellung zum Referentenentwurf zur "Reform der Notfallversorgung" des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Insgesamt erachtet die DGHWi es als notwendig, ein sinnvolles Vorgehen in Bezug auf den Transport zur Geburt (von Zuhause oder vom Geburtshaus, zu Beginn der Geburt oder im Verlauf) in eine Klinik in dem Gesetzentwurf aufzunehmen. Zudem werden im Gesetzentwurf geburtshilfliche Notfälle, die weder Krankheit noch Verletzung beinhalten, nicht berücksichtigt. Dies deutet auf die Notwendigkeit hin, die Reform der Notfallversorgung nicht auf Versorgungsstrukturen und -verfahren zu beschränken, sondern die Komplexität einer (vermeintlichen oder tatsächlichen) Notfallsituation gerade auch in Hinblick auf deren Definition zu berücksichtigen. Dazu sollten Konzepte unter Beteiligung von Pat/ient/innenvertreter/innen und Expert/innen erarbeitet werden.

	Stellungnahme/Änderungsvorschlag	Begründung
Allgemeiner Teil		
<p>I. Zielsetzung und Notwendigkeit</p> <p>Begründung</p> <p>„Es ist auch eine zunehmende Nutzung rettungsdienstlicher Ressourcen in Notsituationen zu verzeichnen, die nicht die definitorischen Voraussetzungen eines Notfalls erfüllen.“ (S.19)</p>	<p>Im Folgenden geht der Entwurf ausführlich auf die Unwägbarkeiten ein, die Definitionen von Notfällen mit sich bringen. Es bleibt unklar, welche Kriterien letztlich gelten sollen.</p>	<p>Um der derzeitigen Überlastungssituation der Notfallversorgung konstruktiv Abhilfe zu schaffen, ist es nicht ausreichend die Versorgungsstrukturen und -verläufe zu reformieren, sondern müssen auch Konzepte erarbeitet werden, die helfen mit der komplexen Situation eines vermeintlichen oder tatsächlichen Notfalls umzugehen. Diese Konzepte sollten nicht gesetzlich verankert werden, die Notwendigkeit diese mit dem Ziel der guten Versorgung von Patient/innen zu erarbeiten, jedoch schon. An diesem Prozess sollten Patient/innenvertreter/innen und Expert/innen gleichermaßen beteiligt sein.</p>

<p style="text-align: center;">II. Wesentlicher Inhalt</p> <p>2. Integrierte Notfallzentren</p> <p>Begründung</p> <p>„Die Planung der INZ soll eine flächendeckende, qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung mit INZ sicherstellen.“ (S.22)</p> <p>VI. Gesetzgebungskompetenz</p> <p>Begründung</p> <p>„Zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle Versicherten.“ (S.23)</p> <p>VI. Gesetzesfolgen</p> <p>4.Erfüllungsaufwand</p> <p>4.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger</p> <p>Begründung</p> <p>Bürger/innen werden zeitlich entlastet, da sie „telefonisch jederzeit eine qualitätsgesicherte Einschätzung ihrer Notsituation und eine Vermittlung in die richtige Versorgungsstruktur erhalten und indem sie mit dem INZ eine jederzeit erreichbare Anlaufstelle haben und, wenn dies medizinisch geboten ist, dort unmittelbar notdienstlich versorgt werden.“(S.26)</p>	<p>Wie sollen solch ein Auswahlprozess und dessen Instrumente aussehen? Wie beeinflusst die telefonische Vermittlung die „Anamnese“? Diese Fragen müssen beantwortet werden, wenn die Einschätzung „qualitätsgesichert“ (S.26) erfolgen soll, die die Bürger/innen tatsächlich entlastet.</p> <p>Darauf aufbauend stellt sich die Frage, wie Transporte von schwangeren Frauen zur Geburt ins Krankenhaus und deren Organisation im Rahmen der Organisation durch die INZ aussehen soll. Welchen Kriterien folgend sollen diese Transporte stattfinden? (Wie) Ist eine telefonische Einschätzung der Notwendigkeit der Transporte möglich? Dazu besteht unseres Erachtens vorerst Forschungsbedarf.</p>	<p>Wie genau diese zentralisierte Ersteinschätzung im Rahmen des Gemeinsamen Notfallsystems ablaufen soll, d.h. welche Kriterien gelten sollen und welche Abläufe geplant sind, bleibt offen. Das ist insofern bedauerlich, als die qualitative Hochwertigkeit der Gesundheitsversorgung für alle Versicherten“ (S.23) nur dadurch erreicht werden kann, dass alle Nutzer/innen und Patient/innen – ob ihr Anliegen nun der jeweiligen Definition von Notfall entspricht oder nicht – gut, d.h. ihrer jeweiligen Situation entsprechend, versorgt werden.</p>
<p>A. Besonderer Teil</p>		

<p>§60 (1) ... Ein Notfall nach Satz 1 liegt vor, wenn sich der Versicherte infolge von Verletzungen oder Krankheit in unmittelbarer Lebensgefahr befindet, sein Gesundheitszustand eine lebensbedrohende Verschlechterung erwarten lässt oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt.</p>	<p>Bitte Satz anhängen: Dies gilt auch für geburtshilfliche Notfälle, die weder Krankheit noch Verletzung beinhalten.</p>	<p>Bei einer Schwangeren kann es zu u. U. einer lebensbedrohlichen Situation für das Kind kommen, obwohl die schwangere Frau weder verletzt noch krank ist</p>
<p>§60 (3) Besteht bei einer Rettungsfahrt noch keine eindeutige Indikation für eine stationäre Aufnahme, ist grundsätzlich das nächstgelegene integrierte Notfallzentrum anzufahren. Ist eine stationäre Aufnahme absehbar, sind grundsätzlich nur solche Krankenhäuser anzufahren, die die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung, der erweiterten Notfallversorgung oder der umfassenden Notfallversorgung oder die Anforderungen für das Modul Notfallversorgung Kinder dieses Beschlusses erfüllen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 bundesweit einheitlich, in welchen Fällen abweichend von den Sätzen 1 und 2 aus Gründen der zielgerichteten Behandlung ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren werden soll. Die besonderen Bedürfnisse bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere Kindern und psychisch Erkrankten, sind zu berücksichtigen.</p>	<p>Bitte Regelung für den Transport von Schwangeren in geburtshilfliche Kliniken mit dem notwendigen Versorgungslevel einfügen.</p>	<p>Bei schwangeren Frauen ist es unerlässlich, dass sie in eine geburtshilfliche Klinik gebracht werden, die das notwendige Versorgungslevel anbieten kann. Weiterhin ist es grundsätzlich notwendig, dass Schwangere die geburtshilfliche Klinik in kurzer Fahrtzeit erreichen können.</p> <p>Wenn dies nicht in diesem Gesetz aufgenommen wird, dann muss dieser Vermerk in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 16 des Gemeinsamen Bundesausschuss aufgenommen werden.</p>

<p>§90 (4a) Der Landesausschuss nach Absatz 1 wird für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2 und § 123 Absatz 2 Satz 2 um Vertreter der Krankenhäuser in der gleichen Zahl erweitert, wie sie nach Absatz 2 jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und die Vertreter der Ärzte vorgesehen ist (erweiterter Landesausschuss).</p>	<p>Bitte anschließend einfügen:</p> <p>Dem erweiterten Landesausschuss muss auch eine Hebamme angehören. Diese werden für jedes Land über die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft bestellt.</p>	<p>Die Präsenz einer Hebamme in den erweiterten Landesausschüssen soll sicherstellen, dass die vulnerable Gruppe der Schwangeren hinreichend berücksichtigt wird.</p>
<p>§ 123 Abs. 3 Die besonderen Bedürfnisse bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere Kindern und psychisch Erkrankten, sind zu berücksichtigen.</p>	<p>Hier sind auch Schwangere zu nennen.</p>	
<p>§ 133b Abs. 3 Wesentlich für das gemeinsame Notfallleitssystem ist ein gemeinsames und verbindliches Verständnis zur Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs und der Disposition der erforderlichen medizinischen Versorgung. Hierzu vereinbaren die Träger der Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein qualifiziertes, standardisiertes und softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren von medizinischen Hilfeersuchen und die zum jeweiligen Endpunkt des Einschätzungsverfahrens zu disponierende Versorgung.</p>	<p>Bei der Erarbeitung des „Verständnisses zur Einschätzung der Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs und der Disposition der erforderlichen medizinischen Versorgung“ ist hebammenwissenschaftliche Expertise für die Bereiche Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett einzuholen. Dies gilt insbesondere für das „Ersteinschätzungsverfahren“.</p>	<p>Hebammen sind nach dem Hebammengesetz (§4) die Expertinnen für die Leitung normaler Geburten und die Überwachung des Wochenbetts.</p> <p>In den allgemeinen Ausführungen des Gesetzentwurfes wird darauf hingewiesen, dass die Bürgerinnen Anspruch auf ein qualitätsgesichertes Einschätzungsverfahren haben. Dies sollte durch Einbeziehung aller relevanten Expert*innengruppen gewährleistet werden.</p>