



BVA

Berufsverband
der Augenärzte
Deutschlands e.V.



DOG

Deutsche Ophthalmologische
Gesellschaft

24. Juni 2024

Gemeinsame Stellungnahme des BVA und der DOG

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom
03.06.2024, 15:59 Uhr

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung
(Notfallgesetz – NotfallG)

Kontakt:

Berufsverband der Augenärzte
Deutschlands e.V.

Tersteegenstraße 12
40474 Düsseldorf
Telefon (0211) 430 37 00
e-mail: bva@augeninfo.de

Inhalt

- **Zur Kommentierung**
- **Grundlegende Anmerkung**
- **Im Einzelnen**

Zur Kommentierung

Die vorliegenden Bestimmungen werden im Folgenden kommentiert.

Soweit keine Anmerkungen vorgenommen werden, wird die Regelung durch den Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA) und die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e.V. (DOG) begrüßt oder man betrachtet die Interessen der deutschen Augenärztinnen und Augenärzte als nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der Regel nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

Grundlegende Anmerkungen

Der Referentenentwurf zum Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (NotfallG) trifft direkt selbst keine Aussage zur Versorgung augenärztlicher Notfälle. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) weist jedoch in der Begründung des NotfallG zu Nummer 2 (§75 SGB V) Buchstabe b darauf hin, dass die aufgezählten Versorgungsangebote nicht abschließend sind und es insoweit *„Kassenärztlichen Vereinigungen obliegt, eine hinreiche fachärztliche notdienstliche Versorgung, zum Beispiel durch Augenärztinnen und Augenärzte, zu gewährleisten.“*

BVA und DOG begrüßen ausdrücklich die o.a. Klarstellung in der Gesetzesbegründung und betonen in diesem Zusammenhang nochmals drei Aspekte, die aus augenärztlicher Sicht besondere Bedeutung haben.

1. Ambulanter augenärztlicher Notdienst

Es gibt in Deutschland fast flächendeckend einen eignen und gut funktionierenden ambulanten augenärztlichen Notdienst, der in der Regel von der ärztlichen Selbstverwaltung (z.B. KVen auf Bezirks- und Landesebene und Ärztekammern) organisiert wird. Diese regional gut funktionierenden Strukturen müssen zwingend erhalten bleiben und dort, wo es keine entsprechenden Strukturen gibt, müssen diese optional geschaffen werden können. Hierzu gibt es regional meist enge Absprachen mit den Augenkliniken, insbesondere durch die seit wenigen Jahren mögliche erfolgreiche Einrichtung von Portalpraxen an Kliniken. Wir möchten betonen, dass eine notfallmäßige Behandlung von Augenkranken nicht einfach im allgemeinen Notdienst erfolgen kann, solange nicht dafür ein Augenarzt/Augenärztin und die gerätemäßige Infrastruktur für eine Augenbehandlung vorgehalten werden. Dies ist u.a. auch einer der Gründe, dass die Augenärzte im Bereich der Regelversorgung vom Überweisungsvorbehalt explizit ausgenommen sind. Eine augenärztliche Untersuchung und Behandlung kann nicht in der medizinisch gebotenen Sorgfalt und Sicherheit im Sinne der Patientinnen und Patienten durch andere Fachgruppen erfolgen.

Ein eigener Augenarztnotdienst oder augenärztliche integrierte Notfallzentren (INZ) kommen im BMG-Referentenentwurf zum NotfallG selbst nicht vor. Dies ist nur dann nachvollziehbar und sachgerecht, wenn dies als Fortsetzung und Weiterbetrieb der bisherigen ambulanten augenärztlichen Notdienststrukturen verstanden werden kann. Ausdrücklich erwähnt das BMG im NotfallG, die Sicherstellung der notdienstdienstliche Akutversorgung insbesondere durch die Beteiligung an INZ gemäß § 123 bzw. 123a SGB V, ein telefonisches und videogestütztes ärztliches 24/7 Versorgungsangebot und einen aufsuchenden 24/7 Dienst. Mit der Formulierung „insbesondere“ ist den Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß Gesetzesbegründung möglich, eine hinreichende notdienstliche Versorgung zum Beispiel durch Augenärztinnen und Augenärzte alternativ und abweichend zu den aufgezählten Versorgungsformen des Notdienstes zu organisieren. BVA und DOG unterstützen diese Klarstellung ausdrücklich.

2. Telemedizin in der augenärztlichen Notfallversorgung ist insuffizient und patientengefährdend

Die Versorgung von Patienten im augenärztlichen Notdienst ausschließlich oder auch überwiegend über telemedizinische Anwendungen ist - trotz anders lautender Empfehlungen von sogenannten „Experten“ - keine Hilfe, sondern würde nur ineffiziente Doppelstrukturen schaffen. Eine Video- oder Bildübertragung von Patienten zum Augenarzt kann niemals vollständig ausreichen, eine ggf. ernste Augenerkrankung auszuschließen. Soweit es nicht um eine offensichtliche Bagatelle, wie z.B. das immer zitierte Chalazion, handelt, wäre die Vorstellung im augenärztlichen Präsenz-Notdienst immer die Folge. Niemand würde die Verantwortung für eine Therapieempfehlung übernehmen wollen, ohne mit augenärztlichen Untersuchungsgeräten und Untersuchungstechniken (z.B. Spaltlampenuntersuchung, Funduskopie, Ektropionieren des Augenlids, mechanische Entfernung eines Hornhautfremdkörpers, etc.) selbst einen Blick ins Auge zu werfen. Wirkliche augenheilkundliche Notfälle erfordern in der Regel ein direktes und sehr zeitnahes Eingreifen durch eine Augenärztin bzw. einen Augenarzt, in den meisten Fällen sind dies vorgenannte Fremdkörper auf oder im Auge, die Abklärung einer akuten Sehverschlechterung oder diffuse, komplexe Sehstörungen, z.B. durch Netzhautablösungen, Ischämien der Netzhautgefäße oder intraokuloaren Entzündungen, die sehr häufig Vorstellungsgrund im Notdienst sind. Hierzu können wir bei Bedarf gerne entsprechende Zahlen liefern.

3. Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED)

Eine strukturierte medizinische Ersteinschätzung (telefonisch, mittels Internet oder durch gemeinsamen Tresen) wird auch für die augenärztliche Notfallbehandlung optional ausdrücklich unterstützt und sollte für diesen Sektor weiterentwickelt werden. Die Ressourcen im ambulanten augenärztlichen Notdienst und insbesondere in den augenärztlichen Notfallambulanzen sind begrenzt. Die professionalisierte Ersteinschätzung kann daher eine wichtige Unterstützung liefern, echte Notfälle von Bagatellfällen (z.B. Brille kaputt) zu unterscheiden und die Weiterleitung in eine angemessene Versorgungsebene zu gewährleisten. Eine Ausweitung der bestehenden SmED-Angebote und bessere Aufklärung und Einschätzung

der Patientinnen und Patienten über das Wesen und den Zweck der Notfallversorgung würde allein große Entlastung bringen.

Ein aufsuchender 24/7-Dienst und ein 24/7- Tele- oder Videoangebot ist angesichts der Problematik bei den dafür notwendigen ärztlichen und nichtärztlichen personellen Ressourcen kaum umzusetzen. Diese sollten sich unbedingt weiter auf die reinen Bereitschaftsdienstzeiten außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten beschränken. Die Reform der Notfallversorgung sollte sich nach Ansicht des Berufsverbands der Augenärzte und der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft darauf konzentrieren, Menschen einen klaren, einfachen und eindeutigen Versorgungszugang zu ermöglichen, die eine dringende, akute Versorgung außerhalb von normalen Sprechstundenzeiten benötigen und so die Zeit bis zur nächsten regulären Sprechstunde zu überbrücken. Dort, wo bestehende, gut funktionierende augenärztliche Notdienste etabliert sind, gilt es diese im Sinne der Patientenversorgung unbedingt zu erhalten und keinesfalls diese durch neue, z.T. unklare Modelle zu gefährden.

Im Einzelnen

Zu Nummer 2., § 75 wird wie folgt geändert

b) Absatz 1b wird wie folgt gefasst:

Vor dem Hintergrund der Klarstellung zu Nummer 2 (§75 SGB V) Buchstabe b in der Gesetzesbegründung verzichten BVA und DOG auf einen konkretisierenden Vorschlag zum augenärztlichen Notdienst.

Zu Nummer 11., §123 wird wie folgt gefasst

Absatz 3

BVA und DOG regen an, in der Begründung zu § 123 Absatz 3 SGBV „Augenranke“ in die Aufzählung der Patienten mit besonderen Bedürfnissen aufzunehmen. Die Begründung von BVA und DOG folgt aus den grundlegenden Anmerkungen zur Nr. 1 und 3 dieser Stellungnahme. (s.o.).

Begründung zu Absatz 3:

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes Vorgaben für ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument sowie die sächliche und personelle Ausstattung der Notdienstpraxis fest. Die Richtlinie soll Vorgaben an ein standardisiertes digitales Ersteinschätzungsinstrument enthalten, das für Hilfesuchende einerseits die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs feststellen und andererseits eine Entscheidung, ob sie in der Notaufnahme oder in der Notdienstpraxis beziehungsweise einer geöffneten Kooperationspraxis nach Absatz 1 Satz 6 zu versorgen sind, generieren kann. Das System zur Ersteinschätzung muss validiert und patientensicher sein. Die besonderen Bedürfnisse von Kindern, **Augenranke**, Menschen mit Behinderung und psychisch Erkrankten sind zu berücksichtigen. Die Vorgaben sind mit den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß §

136c Absatz 4 SGB V in der geänderten Fassung vom 20. November 2020 abzustimmen. Die neu zu entwickelnden Vorgaben sind mit den bereits derzeit nach diesen Regelungen in den Notaufnahmen zur Anwendung kommenden Systemen zur Behandlungspriorisierung, wie zum Beispiel dem Manchester Triage System (MTS), in Einklang zu bringen. Diese Systeme sollen ein Bestandteil des neuen Ersteinschätzungsinstruments sein.