

## Gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

**Diakonie Deutschland  
Evangelisches Werk für  
Diakonie und Entwicklung e. V.**

Maria Loheide  
Vorstand Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin  
T +49 30 65211-1632  
maria.loheide@diakonie.de  
www.diakonie.de

**Deutscher Evangelischer  
Krankenhausverband e. V.**

Christoph Radbruch  
Vorsitzender

Invalidenstraße 29  
10115 Berlin  
T: +49 30 801986-0,  
kanzler@dekv.de  
www.dekv.de

**06. Februar 2020**

### Einleitung

Die Diakonie Deutschland und der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und seine Mitglieder übernehmen eine aktive Rolle in der Sicherung der stationären und ambulanten Notfallversorgung in Deutschland.

Wir erachten es für notwendig, dass eine Neureglung der Notfallversorgung von der Bundesregierung grundsätzlich angegangen wird. Die Gestaltung der Notfallversorgung nimmt eine Schlüsselrolle bei einer Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung ein. Alle Reformbemühungen zur Überwindung von Sektorengrenzen und einer vertieften Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Kassenärztlichen Vereinigungen bei der ambulanten Notfallversorgung sind wünschenswert und notwendig. Nur eine flächendeckende und hochwertige, qualifizierte Notfallversorgung in Verbindung mit einer sinnvollen Patienten- und Ressourcensteuerung ermöglicht, Krankenhausstrukturen zukunftsfähig und robust auszugestalten.

Rund 20 Millionen Notfallpatienten pro Jahr werden aktuell in rund 1.200 Krankenhäusern mit Zentralen Notaufnahmen (ZNA) betreut. Erfahrungswerte der evangelischen Krankenhäuser zeigen, dass ca. 60 % der in der ZNA aufgenommenen Patienten ambulant entlassen werden können, 40 % werden stationär aufgenommen.

Ein Drittel der heutigen Notfallpatienten ist älter als 70 Jahre. In den kommenden Jahren wird aufgrund der Demografie der Anteil dieser besonders vulnerablen Patientengruppe weiter deutlich steigen. Auch über diese Patientengruppe hinaus ist in den evangelischen Krankenhäusern eine deutliche Zunahme der Notfallpatientinnen und -patienten in den Zentralen Notaufnahmen zu verzeichnen.

Die besonderen Belange von Menschen mit kognitiven und körperlichen Einschränkungen und psychischen Störungen sehen wir im Referentenentwurf noch nicht ausreichend berücksichtigt. Für Menschen mit Behinderungen ist in Umsetzung der UN-BRK Barrierefreiheit zu sichern.

Die Diakonie Deutschland und der DEKV werden sich künftig weiterhin mit ihrem bundesweiten Netzwerk von Krankenhäusern auch in Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) an einer flächendeckenden ambulanten Notfallversorgung aktiv beteiligen.

Aufgabe der Politik ist es, die Bedingungen dafür sicherzustellen. Eine Konzentration der ambulanten Notfallversorgung auf nur wenige zentralisierte Anbieter wird die Versorgungsbedingungen verschlechtern und wird von uns nicht mitgetragen.

Im Sinne einer der politischen Verantwortung der Länder zur Schaffung sektorenübergreifender Strukturen zur Gesundheits- und Teilhabesicherung sowie ihre Finanzierungsverantwortlichkeiten halten wir es für unabdingbar, dass ihre Rolle im erweiterten Landesausschuss gestärkt wird.

Die nachfolgende Stellungnahme konzentriert sich vornehmlich auf die Regelungen zur Etablierung der Integrierten Notfallzentren (INZ).

### **Die Regelungen im Einzelnen**

Positiv bewerten wir, dass die ambulante Notfallversorgung künftig stärker verzahnt und somit sektorenübergreifend erfolgen soll. Das befördert eine bedarfsgerechte, qualifizierte Patientenversorgung im Notfall. Grundvoraussetzung dafür ist eine klare Zuständigkeit und eine Verantwortung für die Strukturen und die Organisation der Prozesse zwischen den beteiligten Leistungserbringern.

### **Änderungsvorschläge:**

#### **Zu § 90 Abs. 4a (neu) (Landesausschüsse):**

Aus Sicht der zeichnenden Verbände ist die Rolle der Länder im erweiterten Landesausschuss zu schwach. Die Diakonie Deutschland hat sich in ihren Äußerungen zur sektorenübergreifenden Versorgung mehrfach dahingehend positioniert, dass die politische Verantwortung der Länder für die Schaffung sektorenübergreifender Strukturen gestärkt werden sollte. Auch die BAGFW hat sich in ihrer Stellungnahme zum TSVG (vom 10.01.2019, S. 7) dafür ausgesprochen, die Kompetenzen und Rechte der obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen nach § 90 SGB V zu stärken. Dies ist zu insbesondere auch in Hinblick auf die landesrechtliche Verantwortung für Gefahrenabwehr, Gesundheitsfürsorge und Organisation und Durchführung des Rettungsdienstes sowie den damit verbundenen Finanzierungsverantwortlichkeiten der Länder unabdingbar.

Vorschlag:

Es wird vorgeschlagen, nach Satz 8 in Abs. 4a (als neuen Satz zu 9) zu ergänzen:  
„Die Beschlüsse des erweiterten Landesausschusses unterliegen dem Zustimmungsvorbehalt der zuständigen obersten Landesbehörde“.

#### **1. Risiko-Stratifizierung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten als zentrale Schlüsselaufgabe für INZ**

Artikel 1 Nr. 13 (§ 123 SGB V Integrierte Notfallzentren)

## **Änderungsvorschlag:**

(3) [...]

2. Ausnahmetatbestände, in denen ein Krankenhaus in zwingend erforderlichen Fällen als Standort eines integrierten Notfallzentrums festgelegt werden kann, obwohl es nicht die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an einer Stufe der Notfallversorgung erfüllt oder nicht in der höchsten, regional verfügbaren Stufe einzuordnen ist.

In den Richtlinien nach Satz 1 bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss auch bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Leistungserbringung in integrierten Notfallzentren.

Hierbei sind insbesondere Vorgaben

1. zur räumlichen, personellen und apparativen Ausstattung von integrierten Notfallzentren,
2. zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden und
3. zum Umfang der von den integrierten Notfallzentren zu erbringenden notdienstlichen Versorgung festzulegen.

Die besonderen Bedürfnisse bei der Versorgung von bestimmten Patientengruppen, insbesondere Kindern, **kognitiv Beeinträchtigten, multimorbiden und älteren Patienten, und** psychisch Erkrankten und **Menschen mit Behinderungen**, sind zu berücksichtigen. Sofern Leitlinien oder standardisierte Verfahrensanweisungen von wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder in Modellvorhaben entwickelt wurden, sind diese bei der Entscheidung zu berücksichtigen.

### **Begründung:**

In den vergangenen Jahren kam es zu einem stetigen Anstieg des geriatrischen Notfallaufkommens. Notfallsignale kognitiv eingeschränkter und hochbetagter Patienten richtig zu erkennen, bedarf einer hohen pflegerischen und medizinischen Kompetenz. Multimorbide Krankheitsbilder kognitiv eingeschränkter Notfallpatienten sind eine Herausforderung besonders in der Notaufnahme. Wichtig ist eine gute Symptomerkennung und Koordination der Fachdisziplinen. Studien zeigen, dass 7 – 24 Prozent der älteren Patienten in der Notaufnahme ein Delir haben. Neben der Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Patientengruppe bei der Gestaltung der Strukturen muss mehr Zeit für Pflege, Betreuung und Kommunikation sowohl für die Patienten als auch für ihre Angehörigen vorgesehen werden.

Eine qualitätsorientierte Notfallversorgung muss sicherstellen, dass regelhaft eine Stratifizierung von Niedrig- und Hochrisikopatienten erfolgt. Dafür sind u.a. Screeningmaßnahmen geeignet wie auch die Schaffung und Weiterentwicklung der erforderlichen Fachkompetenzen im Team. Für kognitiv eingeschränkte ältere Notfallpatienten muss das Team über Entschlüsselungskompetenzen non-verbaler Kommunikation verfügen.

In Anlehnung an Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention müssen Maßnahmen erfolgen, die eine barriere- und diskriminierungsfreie Versorgung für Menschen mit Behinderungen im Notfall sicherstellen. Laut Teilhabebericht der Bundesregierung (2017) bestehen gravierende Mängel bei der Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen. Die Gewährleistung von Niedrigschwelligkeit bzw. Barrierefreiheit im Kontext gesundheitsbezogener Leistungen erfordert eine entsprechende Qualifizierung der Dienste. Dies gilt einerseits für die

Vermittlung von Kenntnissen zu Krankheits- bzw. Behinderungsbildern, Behandlungsspektrum und Behandlungspraxis und andererseits für den Abbau von Kommunikationsbarrieren vor allem mit Blick auf geistig oder mehrfach behinderte Patienten.

## **2. Keine ordnungspolitisch motivierte Wettbewerbsverzerrung schaffen / Klare Zuständigkeit für die organisatorische, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung**

Artikel 1 Nr. 13 (§ 123 SGB V Integrierte Notfallzentren)

(2) [...] Die fachliche Leitung des integrierten Notfallzentrums obliegt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. [...]

### **Bitte um Präzisierung:**

Wir bitten um rechtsverbindliche Klärung, welche Verantwortlichkeiten eine „fachliche Leitung“ umfasst und welche haftungsrechtlichen Aspekte damit einhergehen.

Artikel 1 Nr. 13 (§ 123 SGB V Integrierte Notfallzentren)

Änderungsvorschlag:

(2) [...] Die **fachliche** Leitung des integrierten Notfallzentrums obliegt ~~der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung~~ dem Krankenhaus. [...]

### **Begründung:**

So wünschenswert die in Kooperation wahrgenommene Gemeinschaftsaufgabe Notfallversorgung ist, sind klare Zuständigkeiten und abgrenzbare Verantwortlichkeiten dringend geboten und notwendige Voraussetzung, um die komplexen Prozesse der Notfallversorgung zu organisieren und ressourcenschonend zu managen.

In der Vergangenheit ist die KV der Sicherstellung der Notfallversorgung nur unzureichend nachgekommen. Das hat u.a. dazu geführt, dass ZNAs der Krankenhäuser verstärkt aufgesucht wurden. Auch von Patientinnen und Patienten, die sich im Nachhinein nicht als Notfälle herausgestellt haben. Des Weiteren wird in der aktuellen Praxis häufig relativ schnell ein Patient aus der KV-Praxis in die Rettungsstelle/Notaufnahme weitergeleitet (weitere Diagnostik). Die vorliegenden Reformvorschläge würden dadurch viele stationäre Fälle verursachen oder eine Erhöhung der apparativen sowie der personellen Ausstattung bedingen. Nur dies könnte effektiv die Wartezeit für die Patienten verringern. In Abhängigkeit von der Facharztexpertise (Augenarzt, Internist, Hausarzt) des KV-Arzt ergeben sich für bestimmte Patienten/Diagnosegruppen Einweisungen in das Krankenhaus. Erfolgt in dem INZ eine Fehleinschätzung von Patienten, muss die haftungsrechtliche Verantwortung bei dem Betreiber des INZ liegen.

Weiter wird die Altersstruktur der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wie auch ihre Präferenzen für bestimmte Beschäftigungsformen dazu führen, dass künftig eine verstärkte Knappheit medizinischer Ressourcen vorhanden sein wird. Für die lückenlose Sicherstellung eines INZ-Betriebs 24/7 sind pro VK Arzt und Pflege 5,5 Ärzte notwendig.

Deshalb sehen wir mit Sorge, dass die KV durch die fachliche Leitung in einem INZ die 24/7 Versorgung sicherstellen soll.

### 3. Fachlich-medizinische Leitung des INZ nach fachlichen Kriterien vergeben

Artikel 1 Nr. 13 (§ 123 SGB V Integrierte Notfallzentren)

Änderungsvorschlag:

(2) [...] Die ~~fachliche-medizinische~~ Leitung des integrierten Notfallzentrums obliegt ~~der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung dem jeweiligen Notfallarzt des Krankenhauses~~. [...]

#### **Begründung:**

Notfallmedizinerinnen und –mediziner wie auch die Notfallpflegenden tragen eine hohe Verantwortung für Gesundheit und Leben von Notfallpatienten. Notfallmedizinische Prozesse patientenzentriert, sicher und effizient zu organisieren ist herausfordernd. Um die Patientensicherheit und die Qualitätssicherung zu garantieren, gehört die Steuerung und Leitung der Versorgung von Notfallpatienten im INZ in die Verantwortung von erfahrenen notfallmedizinischen Experten. Daher muss zwingend ein/e Facharzt/Fachärztin mit der Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin die fachlich-medizinische Leitung des INZ innehaben. Nur so gelingt es, eine hochwertige, qualifizierte Notfallversorgung sicherzustellen.

Darüber hinaus ist allein solch eine qualifizierte Leitung in der Lage, die fachliche Eignung von Ärzten zum Einsatz in dem INZ zu beurteilen.

### 4. Keine Bestrafung für Notfallbehandlung: Vergütungsabschläge für Notfallbehandlung an Krankenhäusern ohne INZ ersatzlos streichen

Artikel 1 Nr. 12 § 120 Absatz 1b

Änderungsvorschlag:

§ 120 Absatz 1 b) wird gestrichen:

[...]

~~b) Folgender Satz wird angefügt:~~

~~„Die Vergütung der in einem Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen nach § 76 Absatz 1 Satz 2 ist um einen Abschlag von 50 Prozent zu kürzen, wenn an diesem Krankenhaus kein Standort eines integrierten Notfallzentrums nach § 123 Absatz 2 Satz 2 festgelegt worden ist oder eine Kooperation nach § 75 Absatz 1b Satz 2 in der Fassung vom ... [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten] nicht vorliegt.“~~

#### **Begründung:**

Krankenhäuser haben gegenüber Notfallpatienten eine Hilfeleistungspflicht. Eine Unterlassung dieser Hilfeleistung führt zu Rechtsansprüchen der Geschädigten gegenüber den Krankenhäusern gemäß § 323c StGB. Die Patienten können als Selbsteinweiser kommen oder über den Rettungswagen eingeliefert werden. Sollte sich im Nachhinein herausstellen, dass der Patient wieder nach Hause gehen kann, bekommt das versorgende Haus ohne INZ gemäß Referentenentwurf einen 50 % Abschlag auf die Vergütung.

Da das Krankenhaus keinen Einfluss darauf hat, ob Patienten mit ihren akuten Behandlungsbedürfnissen in ihrer Not das Krankenhaus aufsuchen, und es sie nach § 323c StGB auch nicht abweisen darf, wird der vorgesehene Vergütungsabschlag als Bestrafung für geleistete medizinische Notfallbehandlung eines Krankenhauses gewertet und ist strikt abzulehnen.

## **5. Versorgungssicherheit von Notfallpatienten nicht verengen: Gleichberechtigter Zugang zu den INZ für Krankenhäuser der Basisstufe, der erweiterten und umfassenden Notfallstufe**

### **Besonderer Teil B**

Seite 39, Absatz 3

#### **Änderungsvorschlag:**

Der G-BA wird beauftragt, einheitliche Planungsvorgaben zu beschließen, nach deren Maßgabe der erweiterte Landesausschuss die Anzahl und Standorte der INZ nach Absatz 2 Satz 2 festlegt. Die Planung soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte, flächendeckende Versorgung mit gleichmäßigem Zugang der Bevölkerung zu INZ als zentrale Anlaufstellen der Notfallversorgung an dafür geeigneten Standorten sicherstellen und auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung tragen. Damit nur solche Krankenhäuser als Standorte von INZ festgelegt werden können, die über die erforderliche personelle und sächliche Ausstattung für die Erbringung einer qualitätsorientierten stationären Notfallversorgung verfügen, muss ein Krankenhaus mindestens die Anforderungen des Beschlusses des G-BA nach § 136c Absatz 4 für eine Teilnahme an der Basisstufe, der erweiterten Stufe, der umfassenden Stufe oder der des Moduls „Notfallversorgung Kinder“ erfüllen. ~~Da nicht alle Krankenhäuser, die am Notfallstufensystem für die stationäre Versorgung teilnehmen, ein INZ erhalten können, sollten insbesondere jene ausgewählt werden, welche die Anforderungen der erweiterten oder umfassenden Stufe der Notfallversorgung erfüllen.~~ Der Beschluss des G-BA nach § 136c Absatz 4 ist nach Festlegung der INZ-Standorte anzupassen. Hierbei ist auch zu prüfen, ob ergänzende Vorgaben für die Teilnahme von Krankenhäusern an der stationären Notfallversorgung erforderlich sind.

#### **Begründung:**

Die Notfälle, bei denen keine Klarheit über die Behandlungsnotwendigkeit (ambulant oder stationär) besteht, werden gemäß Referentenentwurf alle im INZ behandelt und bei Bedürftigkeit im dazugehörigen Krankenhaus stationär behandelt. Damit entsteht ein unerwünschter einseitigen Wettbewerbsvorteil für die Krankenhäuser mit INZ. Als problematisch werten wir die Zielrichtung des Referentenentwurfs, dass für Ballungsgebiete vornehmlich ein INZ an Krankenhäuser der erweiterten und umfassenden stationären Notfallstufe vergeben werden soll. Damit ginge eine gezielte Stärkung großer Krankenhäuser einher.

Solche Regelungen würden zwangsläufig die Notfallversorgung verengen und die Versorgungssicherheit für die Bürgerinnen und Bürger gefährden. Im Notfall müssen sich die Menschen darauf verlassen können, gut, schnell und auf der richtigen Ebene versorgt zu werden. Wir sind überzeugt, dass sich durch die oben genannte Regelung die Notfallversorgung nicht verbessern würde.

Zudem sind die Präferenzen der Bevölkerung in die Krankenhausstrukturrentscheidungen einzubeziehen. So hat eine im Januar 2020 veröffentlichte vdek Bevölkerungsumfrage zum Krankenhausstrukturwandel ergeben,

dass 87 Prozent der Bevölkerung sich ängstigt, dass bei Schließung kleiner Krankenhäuser die sichere Versorgung der Menschen in ländlichen Regionen gefährdet ist. Um den Bürgerinnen und Bürgern eine flächendeckende, sichere Notfallversorgung anzubieten, muss zwingend jedes Krankenhaus der Basisstufe ein INZ erhalten.

## 6. Zu § 133b (Gemeinsames Notfallsystem)

In Abs. 6 wird zur Finanzierung von gemeinsamen Notfallsystemen ausgeführt: „Bei einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag“. Angesichts des Sachverhalts, dass auch privat versicherte Bürgerinnen und Bürger am Nutzen eines gemeinsamen Notfallsystems teilhaben, ist die finanzielle Beteiligung der PKV sachlich und ethisch geboten.

Vorschlag: Satz 4 ist deshalb so zu fassen: Die privaten Krankenversicherungen beteiligen sich entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Versicherten; das Fördervolumen erhöht sich entsprechend“.

Berlin, den 06. Februar 2020



Christoph Radbruch  
Vorsitzender  
Deutscher Evangelischer  
Krankenhausverband



Maria Loheide  
Vorstand Sozialpolitik  
Diakonie Deutschland

-----  
Die **Diakonie Deutschland** ist die soziale Arbeit der evangelischen Kirchen. Der Glaube an Jesus Christus und praktizierte Nächstenliebe gehören zusammen. Daher leisten die 525.000 hauptberuflich Mitarbeitenden der Diakonie gemeinsam mit 700.000 freiwillig Engagierten vielfältige Dienste am Menschen in bundesweit 31.500 diakonischen Einrichtungen. Sie helfen Menschen in Not und in sozial ungerechten Verhältnissen. Sie vermitteln gesellschaftliche Teilhabe, Zuwendung, Bildung und Befähigung. Sie tragen dazu bei, die Ursachen von Notlagen zu beheben.

Der **Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV)** vertritt mit 201 evangelischen Kliniken an über 270 Standorten jedes achte deutsche Krankenhaus. Die evangelischen Krankenhäuser versorgen jährlich mehr als 2,5 Mio. Patientinnen und Patienten stationär und mehr als 3,5 Mio. ambulant. Mit über 120.000 Beschäftigten und einem Umsatz von 10 Mrd. € sind sie ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Der DEKV ist Branchenverband der evangelischen Krankenhäuser, Mitglied im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. und im Vorstand und Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V.. Der DEKV setzt sich insbesondere für eine zukunftsorientierte und innovative Krankenhauspolitik mit Trägervielfalt, verlässliche Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung, eine Modernisierung der Gesundheitsberufe und für eine zukunftsorientierte konsequente Patientenzentrierung in der Versorgung ein.