



Deutscher  
Caritasverband e.V.



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

## Stellungnahme

### Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung des Bundesgesundheitsministeriums

6. Februar 2020

#### Vorbemerkung

Dem Deutschen Caritasverband (DCV) und seinen Fachverbänden, dem Katholischen Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) und dem Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP), sind die qualitativ gesicherte medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten in allen Krankenhäusern ein großes Anliegen. Insbesondere sehen sie es als wichtige Aufgabe an, sich für die spezifischen Belange der Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen im Gesundheitswesen einzusetzen und dafür Sorge zu tragen, dass die UN-Behindertenrechtskonvention entsprechend umgesetzt wird. Als Träger der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich die drei Verbände sowohl für die Belange betroffener Bürgerinnen und Bürger als auch für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen ein.

Die katholischen Einrichtungen sind verlässliche Träger der Daseinsvorsorge in der jeweiligen Region. Gerade in ländlichen Regionen vertraut die Bevölkerung auf die Versorgung durch die lokalen Krankenhäuser. Dortige Einrichtungen haben überdurchschnittlich hohe Zufriedenheitswerte von PatientInnen – an der Spitze liegen freigemeinnützige Träger.<sup>1</sup>

Aktuell sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser für PatientInnen eine ganz selbstverständliche Anlaufstelle. Wenn Patienten oft direkt die Notaufnahmen des Krankenhauses in Anspruch nehmen, hat das unterschiedliche Gründe. Viele Menschen erhoffen sich hier eine schnelle Hilfe und eine umfassende Untersuchung. Menschen mit Behinderung finden häufig in ihrer Umgebung keine Ärzte, die bereit sind, Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung zu behandeln. Mehr als die Hälfte der PatientInnen, die eine Notaufnahme aufsuchen, haben vorher versucht, ihr Problem bei einem niedergelassenen Arzt abzuklären - allerdings ohne Erfolg: es gab keine kurzfristigen Termine oder die PatientInnen wurden direkt weiter ins Krankenhaus vermittelt. Der Gesetzgeber hat mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz versucht, das Problem der Terminvergabe beim Facharzt bei kurzfristigen und dringlichen Gesundheitsproblemen von AkutpatientInnen durch einen Ausbau der Termin-

---

<sup>1</sup> Krankenhaus-Rating-Report 2018





Deutscher  
Caritasverband e.V.



kkvd

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 2

servicestellen zu lösen. Die Umsetzung des im Laufe des letzten Jahres in Kraft getretenen Gesetzes ist zwar im Gange, erste Studienergebnisse zeigen jedoch, dass die neu geschaffenen Strukturen eine positive Wirkung entfalten. Allerdings ist die Barrierefreiheit sowohl bei Terminservicestellen als auch bei Notaufnahmen noch nicht überall gegeben, so dass der Zugang für Menschen mit Behinderung weiterhin verwehrt bleibt.

So ist es nicht verwunderlich, dass etwa ein Drittel der PatientInnen in den Notaufnahmen keine akute Notbehandlung benötigen. Die Folge sind lange Wartezeiten. Dass die, die den Sicherstellungsauftrag innehabenden und somit eigentlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ihre Verantwortung nur unzureichend erfüllen, ist vor allem dem Mangel an Personal und der Überlastung der ambulant tätigen Ärzte geschuldet. Bereits heute ist absehbar, dass sich dieser Trend in den kommenden Jahren noch verschärfen wird. 2030 werden aufgrund von Ruhestandseintritten weitere 11.000 Ärzte fehlen. Der Fachkräftemangel wird sich besonders im ländlichen Bereich verstärken – die Folge ist eine wachsende Unterversorgung. Es besteht die Gefahr, dass eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung nicht aufrechterhalten werden kann.

In solchen Fällen übernehmen stationäre Strukturen die ambulante Versorgung vor Ort. Politik und Selbstverwaltung haben diese Probleme erkannt und in den vergangenen Jahren wichtige Schritte unternommen, um Abhilfe zu schaffen. So hat die zentrale Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117, die seit 2012 besteht, positive Auswirkungen. Nachdem der Bekanntheitsgrad der Nummer gestiegen ist, wird sie zunehmend genutzt. Allein im Jahr 2018 haben mehr als sieben Millionen Anrufer die Hotline kontaktiert. Entscheidende Verbesserungen für die PatientInnen in der Versorgung haben vor allem die Portalpraxen und gemeinsame Kooperationsmodelle gebracht, die von KV und Krankenhäusern in den vergangenen Jahren aufgebaut wurden. An mehr als 700 Standorten sind diese bereits vertreten. Durch das Krankenhausstrukturgesetz wurde diese Struktur erst im Jahr 2016 gesetzlich verankert. Heute lässt sich sagen: die Anlaufstellen bewähren sich in der Praxis. Der kkvd – wie auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) – unterstützen den Gesetzgeber in seinen Bestrebungen, die vorhandenen Strukturen noch besser zu verbinden und effektiver zu nutzen. Vor allem ist es erforderlich die jährlich etwa 20 Millionen ambulanten NotfallpatientInnen in gefühlten und tatsächlichen Notsituationen dorthin zu lenken, wo sie die passende Hilfe erhalten. Ein besonderes Augenmerk gilt es dabei auch der Notfallversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu widmen. Aufgrund der Komplexität der psychiatrischen Notfallversorgung existieren bereits heute im Zuge psychiatrischer Versorgungsnetzwerke und im Rahmen der sogenannten psychiatrischen Versorgungsverpflichtung gesonderte, meist gestufte Notfallkonzepte, die den Hilfebedarfen psychisch kranker Menschen in Krisen- und akuten Gefähr-





Deutscher  
Caritasverband e.V.



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 3

zungssituationen entsprechen. Diese sollten außerhalb des Geltungsbereiches des vorliegenden Reformentwurfes weiterhin Bestand haben, um den besonderen Belangen der Menschen mit psychischer Erkrankung gerecht zu werden.

Die medizinische Versorgung vor Ort und im Alltag hat für die Bevölkerung eine hohe Bedeutung. So sieht eine übergroße Mehrzahl der Menschen eine gute Gesundheitsversorgung als Grundlage für ein gutes Leben an.<sup>2</sup> Das Gebot der „gleichwertigen Lebensverhältnisse“ ist in Art. 72 GG im Grundgesetz (Artikel 72) festgeschrieben. Mit Blick auf die Menschen mit Behinderung ist festzustellen, dass die gesundheitliche Versorgung nicht barrierefrei und unzureichend ist. Bund und Länder, Leistungsträger und Leistungserbringer stehen daher vor der Aufgabe und der Herausforderung, eine verlässliche Daseinsvorsorge für alle Menschen zu gewährleisten. Dies gilt unabhängig vom Ort - egal ob auf dem Land oder in städtischen Strukturen.

## Allgemeiner Teil

Die Unterzeichnenden erkennen im vorliegenden Entwurf die Bestrebungen des Gesetzgebers das System der Notfallversorgung in Deutschland grundlegend neu zu gestalten. Hierzu sollen die Rettungsleitstellen und die Rettungsdienste reformiert werden. Darüber hinaus soll zudem die Zusammenarbeit von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern neu geordnet werden. Die drei Verbände sehen in dem angestrebten Maßnahmenpaket allerdings die Gefahr, zeitgleich auf mehreren Ebenen Regelungen zu treffen, die miteinander in einer Wechselwirkung stehen. Wir befürchten, dass vorschnell Regulierungen angestrebt werden, obwohl die angestoßenen Reformen der letzten Jahre bereits greifen. Damit wird Unsicherheit ins System gebracht, welche in der Praxis keine Verbesserungen für PatientInnen oder die betroffenen Leistungserbringer schafft. Daher schlagen die Unterzeichnenden grundlegend eine zweistufige Umsetzung zur Reform der Notfallversorgung vor.

### Erster Schritt: Gemeinsames Notfallsystem einrichten

In einem ersten Schritt sollte das neu zu schaffende Gemeinsame Notfallsystem (GNL) implementiert und die Notfallrettung mit den vorgesehenen Änderungen in der Praxis verankert werden. Die drei Verbände sehen hierin das Kernstück der Reform. Wie auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit), vertreten beide Verbände die Meinung, dass dieser Eingriff die oben beschriebenen Maßnahmen ergänzt und sich dadurch spürbare Veränderungen der Patientenbewegungen ergeben werden. Die Steuerung durch das

---

<sup>2</sup> Institut für Demoskopie Allensbach: Studie Generation Mitte 2018.





Deutscher  
Caritasverband e.V.



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 4

GNL ist eine grundlegende Neuerung im System. Damit werden PatientInnen noch stärker als heute „an die Hand genommen“ und in die Versorgungswege gelotst, die dem jeweiligen Bedarf entsprechen. Eine gezielte Lenkung kann einen entscheidenden Beitrag leisten, um einen unnötigen Besuch der Notfallambulanz zu vermeiden. Weiterhin sollte vor weiteren Veränderungen abgewartet werden, wie sich die positiven Impulse für die Patientenversorgung durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) auswirken. Sofern das KV-System das Problem der dringlichen Termine löst, wird dies den Druck auf Notfallambulanzen verringern. Als Drittes ist es wahrscheinlich, dass sich auch durch die Reform und die zukünftige Disposition der Rettungsdienste Patientenwege verschieben werden.

Insgesamt machen all diese Maßnahmen deutlich, dass aktuell viel „Bewegung“ im System ist, sich die Auswirkungen der vielfältigen Änderungen nach heutigem Stand aber nicht valide voraussagen lassen.<sup>3</sup> Weder im vorliegenden Gesetzentwurf noch im SVR-Gutachten gibt es belastbare Annahmen, wie sich die Fallzahlen im stationären und ambulanten Bereich verteilen werden. Damit ist zugleich auch keine verlässliche Aussage über die notwendigen Strukturen und das Personal möglich, die zukünftig vorgehalten werden müssen, um PatientInnen passgenau zu versorgen. Klar ist allerdings bereits heute, gemäß den Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes, dass es in den kommenden Jahren eine weitere Zunahme von Multimorbidität geben wird. Ältere Menschen, die alleine leben, werden zwangsläufig auf Hilfsysteme zugreifen. Damit werden die Fallzahlen nicht weniger werden.

### **Parallel dazu: Auswirkungen der gesetzlichen Änderungen evaluieren**

Die Caritas sieht in den o.g. Reformen und der zeitgleichen Schaffung von Integrierten Notfallzentren (INZ) an einzelnen Krankenhausstandorten somit die große Gefahr, unverhältnismäßig und überhastet in einen laufenden Prozess einzugreifen und damit finanzielle Ressourcen für notwendige Baumaßnahmen und Investitionen zu verschwenden. Existierende Probleme in Versorgung von NotfallpatientInnen zu lösen ist zwar ein gutes und verständliches Anliegen, aber wenn damit zugleich neue Abgrenzungsprobleme geschaffen werden, ist den Betroffenen damit nicht geholfen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, in einem Zeitraum von 24 Monaten die Auswirkungen des neuen Gemeinsamen Notfallsystems zu evaluieren, bevor die ambulanten-stationären Strukturen grundlegend reformiert werden. Ein Gemeinsames Notfallsystem benötigt in einem ersten Schritt die notwendige Zeit, entsprechende Arbeitsabläufe aufzubauen, technische Möglichkeiten zu implementieren und vorgegebene Qualitätskriterien umzusetzen. Die Verbände folgen damit der Argumentation des SVR, der für die Implementierung prädefinierte Evaluationsstudien vorschlägt. Dieser

---

<sup>3</sup> Laufende Untersuchungen im Rahmen des Innovationsfondsprojektes DEMAND





Deutscher  
Caritasverband e.V.



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 5

zeitliche Versatz gibt den Leistungserbringern die Möglichkeit, sich auf veränderte Patientenbewegungen einzustellen, weitere Kooperationen zu schließen und Portalpraxen aufzubauen (wie im Krankenhausstrukturgesetz vorgesehen) und Personalplanungen dahingehend anzupassen. Nicht zuletzt können sich vor allem PatientInnen auf veränderte Versorgungsstrukturen und die Nutzung einer telefonischen / digitalen Triagierung z.B. auch unter Einsatz telemedizinischer Einschätzung, wie im Notdienst in Bayern erprobt, einstellen. Die Unterzeichnenden weisen darauf hin, dass die digitalen Möglichkeiten von Anfang an barrierefrei zu gestalten sind, damit auch Menschen mit Beeinträchtigungen die Strukturen nutzen können. Darüber hinaus müssen die Belange von Menschen mit Behinderungen, insbesondere kognitiven Beeinträchtigungen im Rahmen eines zentralen GNL in den Blick genommen werden. Dafür ist es erforderlich, dass im Rahmen des Notrufs barrierefrei abgefragt wird, ob die Menschen mit Behinderung eine spezialisierte Leistung benötigt. Im vorliegenden Referententwurf wird nicht ohne Berechtigung darauf hingewiesen, dass die Herausforderung darin besteht, PatientInnen auf die neuen Wege, z.B. mittels Werbung und Ansprache durch die Krankenkassen, mitzunehmen.

### **Zweiter Schritt: INZ-Struktur überdenken / Portalpraxen ausbauen**

Die drei Verbände empfehlen erst in einem zweiten Schritt die Verknüpfung von ambulanten und stationären Strukturen in den Blick zu nehmen. Zugleich stellen wir fest, dass mit den geplanten INZ neue Probleme geschaffen werden, anstatt sektoral organisierte Versorgungsbereiche miteinander sinnvoll zu einem integrierten System zu verbinden. Die INZ sind in ihrer Trägerform abzulehnen, denn sie dienen eher der Abgrenzung als der Kooperation. Eine solche Zwangsträgerschaft entspricht nicht den Empfehlungen des Sachverständigenrates. Im Gutachten wird angeraten, die Notfallversorgung in Gänze aus einer Hand zu planen und zu organisieren. Dieser sektorübergreifende Ansatz wird verfehlt, wenn INZ als „Betrieb-im-Betrieb“ mit neuen Schnittstellen und Organisationsübergängen installiert wird. Während die KV die fachliche Leitung übernimmt, sollen Krankenhäuser in der wirtschaftlichen Verpflichtung und rechtlichen Haftung verbleiben. Dies ist in sich nicht schlüssig. Um dem geforderten Ansatz des Expertengremiums gerecht zu werden, wäre demgegenüber eine einheitliche Planung durch das jeweilige Bundesland vorstellbar. Portalpraxen müssen barrierefrei erreichbar sein und Krankenkassen müssen in geeigneter Weise als auch barrierefrei Patientinnen und Patienten über diese Anlaufstellen informieren.

Vorbild für den Wunsch des Gesetzgebers nach einer sektorübergreifenden Versorgung können vielmehr die unterschiedlichen Modelle sein, die als bestehende Kooperationen, „gemeinsamer Tresen“ oder Portalpraxen im Alltag bereits praktiziert werden. Diese Einrichtungen sind in den Strukturen der Krankenhäuser vernünftig eingebunden. Vor allem nutzen sie das vorhandene Potenzial an Beschäftigten und Struktu-





Deutscher  
Caritasverband e.V.



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 6

ren, ohne vermeidbare personelle, räumliche und organisatorische Doppelstrukturen – z.B. zu den Zentralen Notaufnahmen (ZNA) – in den Krankenhäusern zu schaffen. Für die PatientInnen haben sich damit bereits Anlaufstellen im oder am Krankenhaus etabliert, die tatsächlich genutzt werden. Diese sollten daher dringend ausgeweitet werden.

### **Ziel des Gesetzes sollte keine Strukturpolitik sein!**

Vielmehr scheint es ein Anliegen des Gesetzentwurfes zu sein, eine Konzentration der heute etwa 1.100 vorhandenen Notfallambulanzen (die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser beteiligt sich an der Notfallversorgung) auf weniger Standorte herbeizuführen. Dies soll einerseits über die Festlegung der INZ-Standorte geschehen. Als zweites Mittel sieht der Entwurf Vergütungskürzungen von 50 Prozent für Krankenhäuser vor, die zukünftig über kein INZ verfügen und dennoch Patienten im individuellen, akuten Notfall ambulant behandeln. Dies ist ungerechtfertigt. Vergütungsabschläge für die Kliniken sind kein Mittel der Patientensteuerung. Patienten entscheiden selbst, wo sie Hilfe suchen. So werden Kliniken vor ein Dilemma gestellt: Sie sind aufgrund der ihnen vom Land übertragenen Versorgungsverpflichtung angewiesen, Patienten im Notfall zu behandeln, die in gefühlten Notlagen die Ambulanzen aufsuchen. Kommen die Einrichtungen dieser Verpflichtung nach, müssen sie Abschläge in Kauf nehmen. Menschen hingegen abzuweisen, ist aus Haftungsgründen riskant und entspricht vor allem nicht dem ethischen Anspruch und der Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in katholischen Kliniken. Daher halten die Unterzeichnenden eine Vergütungskürzung mehr als unangemessen - vor allem da die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus bereits heute, mit durchschnittlich 88 Euro pro Fall, defizitär vergütet wird. Aufgrund der unzureichenden Vergütung sind bereits heute mehrere Fälle von Abweisungen von Menschen mit Behinderung bekannt, weil diese häufig eine komplexe und zeitlich anspruchsvolle Unterstützung benötigen.

Der vorliegende Entwurf zur Reform der Notfallversorgung muss zugunsten einer realistischen Durchführbarkeit der Vorgaben in der Praxis deutlich angepasst und überarbeitet werden.





Deutscher  
Caritasverband e.V.



kkvd

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 7

## Besonderer Teil

### Artikel 1 Nr. 1 (§ 60 SGB V) - Medizinische Notfallrettung

Regelung: Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird ein eigener Rechtsanspruch der Versicherten auf medizinische Notfallrettung geschaffen. Dies wird von den Unterzeichnenden grundsätzlich begrüßt. Nach Absatz 3 Satz 3 soll der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 bestimmen, in welchen Fällen bei der Rettungsfahrt ein spezialisiertes Krankenhaus angefahren werden soll. Er soll dabei den besonderen Bedürfnissen bei der Versorgung bestimmter Patientengruppen, insbesondere Kindern und psychisch Erkrankten, Rechnung tragen. Bei dieser Aufzählung sind die Belange von Menschen mit Behinderungen zu ergänzen, die ebenfalls häufig komplexe und spezialisierte Unterstützung benötigen.

Die drei Verbände weisen in diesem Zusammenhang grundsätzlich darauf hin, dass auch Menschen mit Behinderung, die ihre Versorgung nicht im Rahmen des sog. „Arbeitgebermodells“ sicherstellen, einen Rechtsanspruch auf Mitnahme einer Pflegefachkraft ins Krankenhaus haben müssen, wenn dies nach dem Erfordernis des Einzelfalls medizinisch geboten und erforderlich ist. In der Praxis wird bisher die medizinische Notwendigkeit in § 11 Abs. 3 sehr eng ausgelegt, so dass die Mitnahme einer Pflegefachkraft außerhalb des Arbeitgebermodells kaum möglich ist. Außerdem ist auch die Mitnahme einer Assistenzperson erforderlich, die notwendige Unterstützung leistet und die keine Pflegekraft, sondern pädagogische Assistenz ist, die z.B. zwecks Kommunikation und Verständigung erforderlich ist.

Änderungsbedarf: § 11 Absatz 3 Satz 1 SGB V ist nach den Worten „durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräften sicherzustellen“ um die Worte „die Mitaufnahme einer Assistenzkraft erforderlich ist“ zu ergänzen. Zugleich ist eine Verankerung der Assistenz im Krankenhaus im Recht der Eingliederungshilfe (§§ 113 Abs. 2 Nr.2 und Abs. 3 i. V. m. 78 SGB IX) erforderlich.

### Artikel 1 Nummer 2 (§ 60a SGB V) – Krankentransporte und Krankenfahrten

Regelung: Die bisher in § 60 alt SGB V geregelten Kosten für die Krankentransporte und Krankenfahrten werden unter weitgehender Übernahme der bisherigen Regelungsinhalte und in Anpassung an die Einführung des GNL und von INZs nun in § 60a SGB V geregelt. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass jetzt Fahrten von ambulanten Behandlungen nicht mehr der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse bedürfen, sofern aus medizinischer Sicht ein Krankentransport erforderlich ist. Durch die Neuregelungen kann eine zielgenaue Steuerung des Einsatzes von Rettungswagen erreicht werden, indem nach § 60a Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 Fahrten zu einer notdienstli-





Deutscher  
Caritasverband e.V.



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 8

chen Versorgung durch den Rettungswagen nur noch nach Entscheidung durch das GNL auf der Grundlage des Ersteinschätzungsverfahrens disponiert werden. Der neue Absatz 3 regelt die Krankenfahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer medizinisch-fachliche Betreuung bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustands zu erwarten ist. Dies sind z.B. pflegebedürftige multimorbide Menschen, insbesondere Menschen mit einer Demenz oder auch Menschen mit komplexen Behinderungen. Nach der bisherigen Regelung war als Voraussetzung ausreichend, wenn im Einzelfall der Transport die Begleitung aufgrund einer notwendigen fachlichen Betreuung erforderlich war. Nun wird als Voraussetzung das Erfordernis einer medizinisch-fachlichen Betreuung vorgesehen. Dies wird den Umständen der genannten Patientengruppen nicht gerecht.

Änderungsbedarf: In Absatz 3 ist das Wort „medizinisch-fachlich“ durch „fachlich“ zu ersetzen.

### **Artikel 1 Nummer 5 (§75, Absatz 1b SGB V) - Inhalt und Umfang der Sicherstellung**

Regelung: Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf (siehe auch „Besonderer Teil, Zu Nummer 5“) wird der Sicherstellungsauftrag neu gefasst. Maßgabe ist es, eine „Rundum-die-Uhr-Versorgung“ sicher zu stellen. Eine Sicherstellung durch INZ als Trägerform ist dagegen aus den oben genannten Gründen abzulehnen. Dagegen wird eine Ausweitung von bereits im Gesetz stehenden Kooperationsmodellen (Portalpraxen, „Gemeinsamer Tresen“) begrüßt. Diese Modelle bewähren sich in der Praxis. Portalpraxen müssen mit GNL und ZNA noch besser verzahnt werden, um unnötige Informationserhebungen bzw. Doppeluntersuchungen für die Patienten zu vermeiden. Digitale Patienteninformationssysteme mit Sektor übergreifender Datenerhebung und Zugriffsmöglichkeit aller am Behandlungsprozess Beteiligten müssen hier zum Einsatz kommen, um den Versorgungsprozess patientenorientiert zu verbessern. Die Krankenkassen müssen in geeigneter Weise und barrierefrei über diese Anlaufstellen informieren.

Änderungsbedarf: §75 Absatz 1b, Satz 3 wird wie folgt geändert:

1. In Artikel 1 entfällt Nummer 5, Buchstabe b) zu § 75 Abs. 1b SGB V (neu).
2. In § 75 SGB V wird der Abs. 1c) und 1d) neu eingefügt:

(1c) Die Landesausschüsse nach § 90 Absatz 4a legen fest, wo Kooperationen nach Absatz 1b erfolgen sollen.





Deutscher  
Caritasverband e.V.



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 9

(1d) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten barrierefrei und in geeigneter Weise über die nächstgelegene Portalpraxis und über die gemeinsamen Notfalleitsysteme nach § 133b.“

### **Artikel 1 Nummer 8 (§ 90 SGB V) – Landesausschüsse**

Regelung: Grundsätzlich erachten es die Unterzeichnenden für sinnvoll, die Rolle der Länder in der Bedarfsplanung zu stärken. Zu diesem Zweck sollten die Rechte der obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen nach § 90 SGB V gestärkt werden. Analog zu ihrer Beteiligung am erweiterten Landesausschuss für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b Absatz 3 sollten auch bei den Landesausschüssen nach § 90 SGB V ein erweiterter Landesausschuss vorgesehen werden, der einstimmig verbindlich Entscheidungen über die intersektorale Versorgungsplanung treffen kann. Eine zukunftsgerichtete Versorgungsplanung kann nur intersektoral funktionieren und die Strukturen des SGB V sind entsprechend anzupassen. Der SVR hält auch die Option für denkbar, dass die Landesausschüsse keine konkreten Standorte für die Einrichtung eines INZ festlegen, sondern nur Kriterien für eine Ausschreibung definieren, wie z.B. Fallzahl, Strukturqualität, räumliche Abdeckung.

Änderungsbedarf: §90 Absatz 4a wird wie folgt geändert:

„Der Landesausschuss nach Absatz 1 wird für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2 und § 75 Absatz 1d 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). Die Vertreter der Krankenhäuser werden von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt. Über den Vorsitzenden des erweiterten Landesausschusses und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes im Benehmen mit den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft berufen. Die dem erweiterten Landesausschuss durch die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 116b Absatz 2 und § 75 Absatz 1d entstehenden Kosten werden zur Hälfte von den Verbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie zu je einem Viertel von den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaft getragen. Der erweiterte Landesausschuss beschließt gemeinsam und einheitlich. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden wirken im erweiterten Landesausschuss beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der





Deutscher  
Caritasverband e.V.



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 10

Beschlussfassung. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach § 75 Absatz 1d umfasst das Mitberatungsrecht auch das Recht zur Antragstellung. Kommt die Festlegung nach § 75 Absatz 1d ganz oder teilweise nicht fristgemäß zustande, erfolgt die Festlegung durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde innerhalb von sechs Wochen. Der erweiterte Landesausschuss stellt die hierfür erforderlichen Informationen, Unterlagen und Stellungnahmen unverzüglich zur Verfügung.“

### **Artikel 1 Nummer 12 (§120, Absatz 1, SGB V) – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen**

Regelung: Sofern Krankenhäuser Patienten nicht abweisen dürfen, ist der Abschlag von 50 Pro-zent auf die erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen nach §76 Absatz 1 Satz 2 nicht hinnehmbar. Krankenhäuser sind aufgrund landesrechtlicher Planungsvorgaben verpflichtet, Patienten zu versorgen. Da sich prospektiv voraussagen lässt, ob ein ambulanter oder stationärer Notfall vorliegt, können Krankenhäuser nicht im Vorfeld über eine Behandlungsnotwendigkeit entscheiden.<sup>4</sup> Eine Vergütungskürzung ist zudem aufgrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes nicht zu vertreten.

Änderungsbedarf: Die vorgesehene Änderung in Artikel 1 Nr. 12, Buchstabe b) wird aufgehoben.

### **Artikel 1 Nummer 13 (§123 SGB V) – Integrierte Notfallzentren**

Regelung: Gemäß dem Entwurf sollen Integrierte Notfallzentren von der Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam mit Krankenhäusern als räumlich und wirtschaftlich abgetrennte Einrichtungen betrieben werden. Gleichzeitig obliegen die fachliche Leitung und der Sicherstellungsauftrag der KV. Diese Trägerform ist unsachgemäß und daher abzulehnen. Damit werden Krankenhäuser per Zwang an Einrichtungen „beteiligt“, für deren Betrieb sie laut Gesetz keine Verantwortung tragen und an deren Leitung sie nicht beteiligt sind. Mit Errichtung der INZ würden sich praktische Umsetzungsfragen (insbesondere rechtliche und organisatorische Abgrenzungsprobleme) ergeben, deren Lösung noch völlig offen ist – siehe hierzu auch Schreiben des kkvd an das Bundesgesundheitsministerium vom 13.12.2019.

Weiterhin wird die zeitliche Umsetzung als schwierig erachtet. INZ-Standorte sollen durch die neu zu bildenden erweiterten Landesausschüsse innerhalb von sechs Monaten (nach Veröffentlichung der Planungsvorgaben durch den G-BA) festgelegt wer-

---

<sup>4</sup> Diese Annahme wird durch zuständige Fachgesellschaften (etwa DGINA e.V.) gestützt.





Deutscher  
Caritasverband e.V.



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 11

den. Wie im allgemeinen Teil beschrieben, lässt die kurze Frist keine validen Aussagen zu notwendigen Bedarfen zu. Aufgrund der Besetzung mit Vertretern der KV und der Krankenkassen besteht darüber hinaus besteht die Gefahr, dass nicht nur das Patienteninteresse, sondern vor allem Eigeninteressen der Selbstverwaltung im Vordergrund stehen.

Änderungsbedarf: §123 SGB V – neu – entfällt.

### **Artikel 1 Nummer 14 (§ 133b SGB V) – Gemeinsames Notfalleitsystem**

Regelung: § 133b Absatz 1 normiert, dass die Versicherten bei Lebensgefahr oder der Gefahr schwerer gesundheitlicher Schäden die 112 wählen müssen, in allen anderen Fällen die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Häufig können Versicherte in tatsächlichen gesundheitlichen Notsituationen aber nicht entscheiden, welche Nummer nun für ihre gesundheitliche Situation relevant ist. Bewährt hat sich das System in Baden-Württemberg, wonach die Kassenärztliche Vereinigung und die Rettungsleitstelle des Landes auf der Grundlage des § 75 Absatz 1b kooperieren und in integrierten Leitstellen sowohl die Rufnummer 112 als auch 116 117 entgegen nehmen und die Zuordnung zu der jeweils erforderlichen Versorgungsstruktur disponieren. Die Unterzeichnenden erachten diese Regelung für sinnvoll und sehen daher keine Notwendigkeit, in § 133b Absatz 1 die Versicherten zu einer Entscheidung zu verpflichten.

Für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst sollte zudem ein Dispensierrecht für die Abgabe von Medikamenten im Rahmen eines klar umschriebenen Notfallsortiments gelten, damit Patient/innen nicht darauf angewiesen sind, nach der ärztlichen Versorgung noch die nächste notdiensthabende Apotheke aufzusuchen. Letzteres stellt vor allem für Patient/innen im ländlichen Raum oft eine große Herausforderung dar, insbesondere wenn sie nicht mehr mobil sind.

Die tragenden Angebote des gemeinsamen Notfalleitsystems -wie beispielsweise den ärztlichen Bereitschaftsdienst- sind für Menschen mit Behinderung barrierefrei auszugestalten. So finden sich beispielsweise auf der offiziellen Website der kassenärztlichen Bundesvereinigung zu der Rufnummer der ärztlichen Bereitschaftsdienstes ([www.116117.de](http://www.116117.de)) keine Informationen in leichter Sprache oder in Gebärdensprache.

Große Chancen für eine zielgerichtete und passgenaue Steuerung der Patientenströme an die richtige Versorgungsebene mittels der Digitalisierung. Die Gemeinsamen Notfalleitsysteme müssen einen barrierefreien Zugang der Versicherten gewährleisten. Zu diesem Zweck soll verpflichtend eine digitale Notruf-Software zum Einsatz kommen, die Sprach- und Kommunikationsbarrieren von Menschen mit Gehör- oder Sprachbeeinträchtigungen überwindet. Dazu kann z.B. die Software „Emergency Eye





Deutscher  
Caritasverband e.V.



kkvd

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 12

X“ zur Anwendung kommen, bei der Gehörlose bei der Anwahl der Leitstelle eine Chat über Smartphone freistellen können, über den sie kommunizieren. Diese Software hat auch eine Übersetzungsfunktion, sodass auch Migranten davon profitieren. Auch digitale Möglichkeiten, mit denen eine Live-Video-Schaltung oder eine Lokalisierung des Ortes, an dem der Notfall stattfindet, sollten zum Einsatz kommen.

Der Einsatz einer Software gestützten Einschätzungsinstrument, wie in Absatz 3 vorgesehen, ist daher nachdrücklich zu begrüßen. Bei der Auswahl eines geeigneten Instruments ist auf die vorhandenen Einschätzungsinstrumente, die bereits auf Landes- oder Bundesebene zum Einsatz kommen, zurückzugreifen. Für die Ersteinschätzung soll nicht nur ärztliches, sondern auch pflegerisches Personal mit einer entsprechenden Kompetenz eingesetzt werden können. Generell muss der Pflege bei der Zuleitung der Patient/innen in die richtigen Versorgungsstrukturen in Zukunft eine weitaus stärkere Rolle zugewiesen werden. Im Notfalleitsystem sollte auch ein Notfallpflegeteam zum Einsatz kommen, das bei Bedarf auch für Hausbesuche z.B. in stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden kann, wenn deutlich wird, dass pflegerische Bedarfe und weniger medizinische Bedarfe im Vordergrund stehen. Das in der Schweiz bereits erprobte Konzept der Akutbetten in stationären Pflegeeinrichtungen sollte auch in Deutschland erprobt werden, um unnötige Krankenhauseinweisungen von pflegebedürftigen Patient/innen zu vermeiden.

Bereits heute werden im Rahmen der Notfallversorgung die Belange von Menschen mit Behinderungen, insbesondere kognitiven Beeinträchtigungen, nicht hinreichend berücksichtigt, da z.B. nicht erfragt wird, ob eine entsprechende Beeinträchtigung vorliegt. Dies hat zur Folge, dass die Patienten nicht an die fachlich entsprechend aufgestellten Versorgungssysteme verwiesen werden. Durch die Zentralisierung des GNL wird dieses Problem verschärft, wenn nicht sichergestellt wird, dass im Rahmen des Notrufs die entsprechenden Parameter abgefragt werden, damit Menschen mit Behinderung eine spezialisierte Leistung erhalten.

Ebenso muss in jedem Fall sichergestellt werden, dass die Algorithmen, die im Notfalleitsystem zur Triagierung dienen, auch zur Erkennung und Graduierung psychischer Erkrankungen geeignet sind.

Änderungsbedarf: § 133b Absatz 1 ist zu streichen.

In § 133 Absatz 2 ist nach Satz 3 wie folgt zu fassen und um einen Satz 4 zu ergänzen:

„Das gemeinsame Notfalleitsystem bietet einen barrierefreien Zugang sowie barrierefreie digitale Unterstützungsangebote für Hilfesuchende in medizinischen Notfallsituationen an oder bezieht barrierefreie digitale Anwendungen ein.“





Deutscher  
Caritasverband e.V.



**kkvd**

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 13

### **Zu Artikel 3 (§ 11 Absatz 1 Nummer 5 KHSFV) – Förderungsfähige**

Regelung: Der Krankenhausstrukturfonds stellt Mittel zur Verfügung, die Strukturen in der Krankenhausversorgung verbessern sollen, darunter zählen der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern. Mit den sogenannten INZ unter Leitung der KV werden neue Strukturen geschaffen, die dem ambulanten Versorgungssystem zuzurechnen sind. Eine Verwendung der Mittel zum Aufbau dieser Einrichtungen entzieht notwendige Mittel für die Anpassungen im stationären Bereich und ist daher abzulehnen.

Änderungsbedarf: Die Formulierung unter Artikel 3 entfällt.

#### Kontakt:

Bernadette Rümmelin  
Geschäftsführerin  
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)  
Große Hamburger Str. 5 | 10115 Berlin  
Telefon +49 (0)30 2408368 11  
kkvd@caritas.de | www.kkvd.de

Dr. Elisabeth Fix  
Referentin für Rehabilitation, Alten- und Gesundheitspolitik  
Deutscher Caritasverband (Berliner Büro)  
Telefon +49 (0)30 284447 46  
elisabeth.fix@caritas.de | www.caritas.de

Janine Bessenich  
Geschäftsführerin  
Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP)  
Reinhardtstr. 13 | 10117 Berlin  
Telefon: 030-284447-821  
cbp@caritas.de | www.cbp.caritas.de

