

vlk | Tersteegenstr. 9 | 40474 Düsseldorf

Bundesministerium für Gesundheit
Referat – „Projektgruppe Notfallversorgung“

11055 Berlin

per E-Mail: notfallreform@bmg.bund.de

Düsseldorf, 05.02.2020

Stellungnahme des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (vlk) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der (ambulanten) Notfallversorgung

Verband der
Leitenden Krankenhausärzte
Deutschlands e.V.

Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

Fon 0211 45 49 90
Fax 0211 45 49 929

info@vlk-online.de
www.vlk-online.de

Dependance Berlin
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

der vlk begrüßt eine Reform der ambulanten Notfallversorgung, die zum Ziel hat, die qualitative Versorgung der Patienten zu verbessern und überfüllte Notaufnahmen der Kliniken zu entlasten.

Die stationäre Notfallversorgung wurde in den Beschlüssen des G-BA vom 19.04.2018 (BANz AT18.05.2018.84) bereits mit folgenden Zielen neu geregelt: Sichere Erreichbarkeit, verbesserte Qualität und zielgenaue Finanzierung. Besonders die hohen Struktur- bzw. Qualitätsanforderungen für dieses gestufte System der stationären Notfallversorgung führten dazu, dass ca. 25 % der an der Notfallversorgung teilnehmenden Kliniken, welche die Voraussetzungen für die Stufe I der Basisnotfallversorgung nicht mehr erreichten, aus der Notfallversorgung ausschieden. Dies wurde im Sinne einer Qualitätsverbesserung akzeptiert. Bereits bei dieser Reduktion war zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung die Zulassung von Ausnahmetatbeständen in den Ländern notwendig.



Das jetzige Gesetz befasst sich mit der ambulanten Notfallversorgung. Dies sollte auch entsprechend im Namen des Gesetzes ausgewiesen werden. Der Sicherstellungsauftrag für diese ambulante Notfallversorgung liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, die in der Vergangenheit diesen Auftrag aber nicht erfüllt haben, so dass mit jährlich ca. 11 Millionen Fällen mehr als die Hälfte der ambulanten Notfälle von ca. 20 Millionen in den Notfallambulanzen der Kliniken behandelt wurden. Dies hat durch überlange Wartezeiten zur Gefährdung von schwer erkrankten Patienten geführt und zu einer chronischen Überlastung der Ärzte und des Pflegepersonals.

Bei einer Neuordnung der ambulanten Notfallversorgung sind also alle Maßnahmen zu begrüßen, die das ambulante Versorgungsangebot der niedergelassenen Ärzte für Notfälle verbessern, eine bessere Steuerung der Patienten in die richtige Versorgungseinheit ermöglichen und zu einer Entlastung der chronisch überlasteten Notaufnahmen führen. Ziele müssen dabei aber - wie bei den Regelungen zur stationären Notfallversorgung - eine sichere Erreichbarkeit, verbesserte Qualität und zielgenaue Finanzierung sein.

Der jetzige Referentenentwurf lässt diese Zielsetzung aber vermissen.

Durch die Konzentration auf neu einzurichtende integrierte Versorgungszentren (INZ) wird die Erreichbarkeit deutlich erschwert. Bei den derzeit genannten Zahlen für zukünftige INZ Standorte von 500 - 600 kommt es zu einer Ausdünnung der Notfalleinheiten gegenüber dem Ist-Stand aus 2018 von deutlich über 50 %. Dies gefährdet eine flächendeckende Versorgung. Es wird zu erheblich weiteren Wegen für den Rettungsdienst führen und zahlreiche Sekundärtransporte bedingen, da die Kliniken mit INZ nicht erkennbar über die notwendige Bettenkapazität für die anfallenden stationären Aufnahmen verfügen.

Darüber hinaus muss die Erlössituation für Fälle, die nach aufwendiger Diagnostik nicht vor Ort aufgenommen werden können und in andere Kliniken zurückverlegt werden, gesondert geregelt werden.



Es ist nicht erkennbar, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen, die jetzt schon ihren Versorgungsauftrag im Bereitschaftsdienst in manchen Regionen kaum noch erfüllen können, den für die INZ notwendigen zusätzlichen qualifizierten ärztlichen und nicht-ärztlichen Personalbedarf decken können.

Über die Qualifikations- und Strukturvoraussetzungen des ambulanten Teils der INZ werden keine Standards gesetzt, die aber wie zuvor bei den stationären Regelungen des G-BA zwingend notwendig sind. So erschließt es sich weder, wie die KV die fachliche Leitung übernehmen soll, noch wie sie in Zukunft den Sicherstellungsauftrag erfüllen will. Eine nennenswerte Abstellung des bereits jetzt überlasteten Klinikpersonals wird nicht möglich sein und wird von allen Beteiligten der stationären Versorgung vehement abgelehnt.

Die Vorstellung, dass Kliniken, die kein INZ zugeordnet bekommen haben, mit einem 50 prozentigem Erlösabschlag für Notfalleleistungen bedacht werden, ist vom Gedanken her abstrus und rechtlich nicht haltbar, da die Kliniken zur Notfallversorgung verpflichtet sind. Es entlarvt das Hauptziel der hinter diesem Reformansatz stehenden Vorschläge der Sachverständigen, durch nicht auskömmliche Bezahlung und Angebotsverknappung eine Versorgungssteuerung zum Nachteil der nicht INZ Standorte zu erreichen. Sobald dies von Patienten und der interessierten Öffentlichkeit durchschaut wird, werden massive Proteste die Folge sein.

Um das gewünschte Ziel einer Steigerung von Qualität und Erreichbarkeit bei gleichzeitig gesicherter Finanzierung erreichen zu können muss der Referentenentwurf zur Neuordnung der ambulanten Notfallversorgung in folgenden zentralen Punkten geändert bzw. verbessert werden:

1. Die fachliche Aufsicht der INZ muss in der Hand eines in der Notfallmedizin hinreichend qualifizierten Arztes liegen. Das muss für den stationären Teil ein Klinikarzt sein, für den ambulanten Teil kann es ein Arzt der KV sein, wenn die entsprechende Qualifikation für Notfallmedizin vorliegt. Eine gemeinsame Leitung ist vorstellbar. Die fachliche und wirtschaftliche Verantwortung für den stationären Teil muss jedoch bei den Krankenhäusern bleiben.



2. Die Strukturvoraussetzungen für den ambulanten Teil des INZ müssen neben der Qualifikation des Arztes, ein EKG, Sonographie und ein Point-of-Care Labor vorsehen, ebenso eine Mitbenutzung der radiologischen Einrichtung. Sonst besteht die große Gefahr, dass es zu einer Behandlungsverzögerung und Kostensteigerung durch Doppeluntersuchungen kommt, wenn ein erheblicher Teil der primär ambulanten Patienten sekundär in den stationären Teil eingewiesen wird.
3. Alle Kliniken die den Status zur Basisnotfallversorgung § 136 c Abs. 4 SGB V haben, müssen – im Sinne der Patienten - auch ambulante Notfälle ohne Vergütungsabschläge behandeln können. Die Vergütung muss zu 100 % der von Kliniken mit INZ entsprechen und ebenfalls direkt mit den Kassen abgerechnet werden.
4. Bestehende Portalpraxen sollten erhalten bleiben, wenn sie nicht in ein INZ überführt werden. Wo beide Formen nicht bestehen ist die KV ist überall zur Kooperation aufgefordert.
5. Die Triage sollte möglichst an einem gemeinsamen Tresen von einer in Notfallmedizin erfahrenen und entsprechend qualifizierten medizinischen Fachkraft durchgeführt werden.
6. Die Entscheidungen über eine Standortvergabe der INZ müssen mit den Krankenhäusern gemeinsam getroffen werden, ohne dass sie von Kassen und KV in den erweiterten Landesausschüssen überstimmt werden können, d.h. sie müssen einstimmig erfolgen. Kommt es zu keiner Einigung, müssen die zuständigen Landesregierungen entscheiden.
7. Die fachliche Leitung der INZ muss unter Leitung eines entsprechend qualifizierten Facharztes stehen, der auch die Weiterbildungsbefugnis der Landesärztekammer hat. Nur so kann die Weiterbildung in diesem sehr wichtigen Versorgungsbereich gesichert werden, die eine Voraussetzung für eine ausreichende Besetzung mit ärztlichem Personal darstellt.



Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



PD Dr. Michael A. Weber
- Präsident -



Rechtsanwalt Normann J. Schuster
- Hauptgeschäftsführer -

