

03.09.2019 Politik

# BÄK und KBV kritisieren Überlegungen zum Sicherstellungsauftrag

*Bundesärztekammer*



BÄK und KBV kritisieren Überlegungen zum Sicherstellungsauftrag in der Notfallversorgung

Der im Juli vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgestellte Diskussionsentwurf für eine Reform der Notfallversorgung muss aus Sicht von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) in einigen Punkten nachgebessert werden. Das gilt vor allem für den Sicherstellungsauftrag, wie BÄK-Präsident Klaus Reinhardt und der stellvertretende Vorsitzende der KBV, Stephan Hofmeister, im Interview mit dem Deutschen

Ärzteblatt (27.08.2019) klarstellen.

**Deutsches Ärzteblatt (DÄ):** Herr Reinhardt, Herr Hofmeister, wie bewerten Sie den Diskussionsentwurf aus dem Hause Spahn?

**Klaus Reinhardt:** Die Richtung stimmt. Wir haben auf Deutschen Ärztetagen selbst Vorschläge für integrierte Notfallversorgungsstrukturen erarbeitet. Die Politik hat davon einiges übernommen. Dass jetzt ambulante Strukturen der Notfallversorgung in sogenannten Integrierten Notfallzentren mit geeigneten Krankenhausstandorten zusammenarbeiten sollen, ist richtig und wichtig. Das müssen wir weiter ausarbeiten.

**Stephan Hofmeister:** Auch wir bewerten die Zielsetzung des Diskussionsentwurfs vom Grundsatz her positiv: Es ist sinnvoll, die Notfallversorgung zu reformieren. Es dürfen dabei aber nicht gewachsene Strukturen zerstört werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bauen mit großen Anstrengungen die derzeitige Bereitschaftsdienstnummer 116117 zu einer umfassenden Nummer aus, unter der spätestens ab Beginn des nächsten Jahres sowohl Terminvermittlungen als auch Ersteinschätzungsverfahren stattfinden können – alles mit dem Ziel, die Notaufnahmen in den Krankenhäusern zu entlasten. Bereits heute betreiben die KVen an Krankenhäusern über 750 Bereitschafts- dienst- oder Portalpraxen. Vorhandene und bewährte Strukturen gilt es sinnvoll zu integrieren. Eins ist natürlich auch klar: Neue Ärzte gibt es dadurch nicht. Es gilt, die vorhandenen knappen Ressourcen zu bündeln.

**DÄ:** Sie haben die „Integrierten Notfallzentren (INZ)“ bereits angesprochen. Wie sollten Ihrer Meinung nach die Zuständigkeiten rund um die INZ verteilt sein?

**Hofmeister:** Eine aus unserer Sicht sinnvolle Struktur für ein Integriertes Notfallzentrum, das in Kooperation und mit klaren Kompetenzen mit dem Krankenhaus von der KV betrieben wird, besteht im Idealzustand aus einer Ambulanzereinheit in Trägerschaft der Kassenärztlichen Vereinigung sowie einer Notfalleinheit mit Schockraum, Stroke Unit, Trauma Center usw. in Trägerschaft des Krankenhauses. Damit ist auch die Zahl der Standorte klar umgrenzt. Die genaue Art der Kooperation sowie die jeweilige Leistungsfähigkeit werden möglichst exakt definiert, standardisiert und vereinbart. Das ist integrierte Versorgung und damit auch ein INZ. Mit dieser Konzeption wissen wir viele Krankenhausträger an unserer Seite.

**Reinhardt:** Bei der Wahl der Standorte der INZ muss genau darauf geachtet werden, dass den regionalen medizinischen Gegebenheiten und Erfordernissen Rechnung getragen wird. Keinesfalls sollten wir mit der Brechstange niederreißen, was in den letzten Jahren an guten passgenauen regionalen Angeboten entstanden ist. Herr Hofmeister hat auf die Notfall- und Portalpraxen in Deutschland hingewiesen. Sie sollten unbedingt in das neue Konzept integriert werden. Ich rate dringend dazu, die Ärztekammern bei der Standortauswahl für die Integrierten Notfallzentren stimmberechtigt zu beteiligen. Auch bei anderen wichtigen Fragen, wie zum Beispiel nach möglichen Auswirkungen der Reform auf Weiterbildungskapazitäten oder nach den Anforderungen an die Qualifikation von Ärzten, die die Endverantwortung für die Triage tragen sollen, sind wir die richtigen Ansprechpartner.

**DÄ:** Möglicherweise wird es einen neuen eigenständigen Versorgungsbereich geben, einen sogenannten dritten Sektor. Was halten Sie davon?

**Hofmeister:** Wir sind der festen Überzeugung, dass ein eigentlicher dritter Sektor, der über das Wesen einer gesonderten Finanzierung hinausgeht, weder erforderlich noch zweckmäßig ist. Eine Neuordnung der Notfall – und Bereitschaftsdienstversorgung wird jedoch gerade in strukturschwachen Gebieten eine Finanzierung brauchen. Hierbei handelt es sich ja letztlich um „Daseinsfürsorge“, die man beispielsweise über Systemzuschläge, Steuern o.ä. finanzieren muss. Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen dürfen hiermit nicht finanziell belastet werden.

**Reinhardt:** Ich sehe keinen Sinn darin, eine neue Versorgungsebene einzuziehen. Viel entscheidender ist doch, dass die neuen Strukturen angemessen finanziert werden. Die Kosten müssen eins zu eins abgebildet werden, da dürfen sich die Krankenkassen nicht aus der Verantwortung stehlen. Wir brauchen eine extrabudgetäre Honorierung dieses Versorgungsbereichs auf Basis der bestehenden Vergütungssystematik. Im Übrigen: Wenn die Reform gelingt, wird sie der sektorenübergreifenden Versorgung insgesamt neue Impulse geben. Das heißt aber auch, dass die Politik jetzt nicht überziehen darf. Ich warne deshalb davor, den Sicherstellungsauftrag für die Notfallversorgung auf die Bundesländer zu übertragen. Eine solche Abkehr von dem bislang klar geregelten Verantwortlichkeiten bringt für die Patienten keinerlei Vorteile, birgt aber unkalkulierbare Risiken für die Versorgung.

**DÄ:** Der Gemeinsame Bundesausschuss soll Vorgaben für Strukturen sowie Qualitäts- und Personalanforderungen der neuen Integrierten Notfallzentren schaffen. Ein guter Vorschlag?

**Reinhardt:** Ich glaube nicht, dass man so etwas von Berlin aus vorgeben muss. Die Einbeziehung des G-BA wird die konkrete Umsetzung der Pläne zwangsläufig verzögern. Wir alle wissen doch, dass die Beratungs- und Beschlussverfahren des G-BA aus formellen Gründen mit einem erheblichen zeitlichen Vorlauf verbunden sind.

Außerdem kann auf Landesebene viel besser auf die tatsächlichen Bedürfnisse vor Ort eingegangen werden. Wenn es also zentrale Vorgaben des G-BA geben soll, dann sollte man sie auf ein vertretbares Minimum beschränken.

**DÄ:** Herr Hofmeister, wie entwickelt sich die Notfallversorgung in Zahlen?

**Hofmeister:** Die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen belegen – das hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung erst jüngst nachgewiesen – einen deutlichen Trend: Die Zahl der an deutschen Krankenhäusern ambulant behandelten Notfallpatienten geht seit 2016 kontinuierlich zurück. Bis 2018 ist die Anzahl der Behandlungen dort um rund 222.000 Fälle gesunken. Gleichzeitig stiegen die durch niedergelassene Haus- und Fachärzte behandelten ambulanten Notfälle seit 2015 kontinuierlich um 360.000 Fälle von 8,96 Millionen in 2015 auf 9,32 Millionen Fälle in 2018 an.

**DÄ:** Noch liegt kein Gesetzentwurf vor. Wie geht es jetzt weiter?

Reinhardt: Das BMG hat seine Reformskizze als Diskussionspapier bezeichnet. Wir nehmen das Ministerium hier beim Wort und werden über einige kritische Punkte sicherlich noch diskutieren.

**Hofmeister:** Ich gehe davon aus, dass es bei Abwägung aller Notwendigkeiten zu einem sinnvollen Gesetzesentwurf kommt der die Notfallversorgung in Deutschland zukunftssicher macht, indem er die unterschiedlichen Kompetenzen der Beteiligten sinnvoll mit einzelnen Umsetzungsschritten einbindet.

*Quelle: Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, <http://www.bundesaerztekammer.de>, 28.08.2019*