



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zu dem Antrag der Fraktion der FDP:  
Notfallversorgung neu denken – Jede Minute zählt  
(BT-Drucksache 19/16037) vom 17.12.2019

und

zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:  
Im Notfall gut versorgt – Patientengerechte Reform der Notfallversorgung  
(BT-Drucksache 19/5909) vom 20.11.2018

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen  
Bundestages am 9. Juni 2021

Berlin, 03.06.2021

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## **Stellungnahme zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Im Notfall gut versorgt – Patientengerechte Reform der Notfall- versorgung**

Das vorgelegte Konzept der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN enthält eine Reihe positiver Ansätze, die von der Bundesärztekammer ausdrücklich unterstützt werden. Auch wir sehen es als Aufgabe der Politik und der beteiligten Akteure an, das Angebot für Notfallpatienten auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger abzustimmen, anstatt die Verantwortung für eine als fehlerhaft bezeichnete Inanspruchnahme der Notaufnahmen durch ambulante Notfallpatienten den Patientinnen und Patienten zuzuweisen. Gezielte Informationen für die gesamte Bevölkerung, an wen sie sich bei einem medizinischen Notfall oder einem akuten Behandlungsbedarf wenden können und die Schaffung klarer und verständlicher Strukturen, sind maßgeblich.

Die Bundesärztekammer unterstützt ausdrücklich das im Antrag vorgebrachte Bestreben, bewährte regionale Regelungsmodelle zu berücksichtigen und auf die etablierten Kooperationsstrukturen von Krankenhäusern und Notdienstpraxen zurückzugreifen. Die Entscheidung über sinnvolle Standorte von Notdienstpraxen sollte dabei weitgehend den Akteuren vor Ort überlassen werden. Bedarf und Ansiedlung der vertragsärztlichen Versorgung an Krankenhäusern sowie Mindestvorgaben für die Strukturqualität sollten im Wesentlichen auf regionaler Ebene festgelegt werden, um so den regionalen Erfordernissen besser gerecht werden zu können. Auch wenn grundsätzlich die Definition von Qualitätsvorgaben für die ambulante Notfallversorgung – gerade auch vor dem Hintergrund existierender Vorgaben in der stationären Notfallversorgung – als sinnvoll erachtet werden, dürfen erfolgreiche Aktivitäten auf regionaler Ebene nicht zu einem Stillstand gebracht und in ein Korsett gepresst werden, das der Versorgung vor Ort nicht gerecht wird. Aus Sicht der Ärzteschaft sollten sich bundesweite Planungsvorgaben auf ein Minimum an Strukturmerkmalen beschränken, zumal zum Beispiel die Ausgestaltung von Kooperationsvereinbarungen zur Mitnutzung der Ressourcen des Krankenhauses Einfluss auf zusätzlich benötigte Vorhaltungen in den Portalpraxen hat.

In ihrer Stellungnahme vom 07.02.2020 zu dem Referentenentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung hat die Bundesärztekammer bereits auf die fehlenden Versorgungsmöglichkeiten im psychosozialen und pflegerischen Bereich im Anschluss an eine Notfallbehandlung hingewiesen. Vorgaben für die Versorgung geriatrischer und psychiatrischer Notfälle sollten mit in den Blick nehmen, dass nach der Notfallversorgung auf kurzfristige rein pflegerische Versorgungsmöglichkeiten, z. B. eine Kurzzeitpflege, zugegriffen werden kann und dass in den Notfallstrukturen ein Sozialdienst eingebunden ist, der insbesondere die weitere Versorgung von Menschen ohne medizinischen Versorgungsbedarf organisiert.

Auch die Bundesärztekammer sieht dringenden Reformbedarf bei der Finanzierung von Notfalleleistungen. Dabei ist anzuerkennen, dass viele Patientinnen und Patienten oftmals bis zum Ende der Notfallbehandlung nicht in „ambulant“ oder „stationär“ unterteilt werden können, weil die Notfallbehandlung, neben den akut lebensrettenden Maßnahmen, gerade auch dazu dient, die Ursache von Beschwerden differentialdiagnostisch abzuklären. Dabei kann der Einsatz von personellen (z. B. fachärztlichen) und technischen Ressourcen (z. B. Bildgebungsverfahren wie CT und MRT) des Krankenhauses auch bei Patienten erforderlich sein, bei denen sich Verdachtsdiagnosen nicht bestätigen und die letztendlich ambulant verbleiben.

## **Stellungnahme zur Einführung einer eigenständigen Facharzt-Weiterbildung Notfallmedizin:**

Einleitend weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass sich die BÄK und ihre Gremien viele Jahre, zuletzt im Rahmen der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) 2018, mit der möglichen Einführung eines Facharztes für Notfallmedizin für eine Organisationseinheit eines Krankenhauses, hier für die Zentrale Notfallaufnahme, befasst haben.

In der Weiterbildungssystematik ist Deutschland gut für den Notfallbereich aufgestellt, daher gab es zahlreiche Bedenken gegen die Übernahme des angloamerikanischen Vorbilds.

Die Inhalte der Notfallversorgung sind gebietspezifisch in vielen klinischen Fächern, bspw. in den Gebieten Innere Medizin und Chirurgie, mit Zeiten von 6 Monaten und in der Allgemeinmedizin mit 12 Monaten stationäre Akutversorgung belegt. Darüber hinaus gibt es bereits zwei Zusatzqualifikationen:

1. die präklinische Notfallmedizin, die zwar keinen Facharztstatus voraussetzt, aber den Facharztstandard gewährleistet, und

2. die neu in die MWBO 2018 aufgenommene Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin für die innerklinische Notfallversorgung, welche eine Facharztqualifikation in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung voraussetzt. Sie verfolgt das Ziel, auf die spezifischen Behandlungsanlässe in der Akut- und Notfallmedizin vorzubereiten.

Bei beiden o. g. Qualifikationen handelt es sich um Querschnittsqualifikationen, welche die ärztliche Aus- und Weiterbildung zusätzlich vertiefen. Beide Qualifikationen werden von der Ärzteschaft breit angenommen; bspw. gab es laut Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2020 rund 50.000 Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin in Deutschland.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die bestehenden Notfall-Qualifikationen der MWBO bereits vom G-BA im gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern Berücksichtigung gefunden haben.

Gegen eine eigenständige Facharztetablierung für den Bereich Notfallmedizin spricht, dass die Tätigkeit von Vertretern verschiedener Fachgebiete in interdisziplinären Notfallaufnahmen auch weiterhin für zwingend erforderlich gehalten wird und die notfallmedizinische Kompetenz Teil der entsprechenden Fachgebiete ist und bleiben soll. Im Rahmen vergangener Diskussionen haben die beteiligten Fachgesellschaften die Vorteile der Qualifikation als Zusatz-Weiterbildung auch für kleinere Krankenhäuser außerhalb der Ballungsräume betont.

Soweit mit der neuerlichen Forderung nach einem Facharzt für Notfallmedizin ein flächendeckendes Angebot mit entsprechend qualifizierten Fachärzten etabliert werden soll, bestehen hier erhebliche Zweifel. Allgemein ist festzustellen, dass es einen Mangel an ärztlichem Nachwuchs gibt. Kaum eine Facharztentität ist von dieser Entwicklung ausgenommen. Die Corona-Pandemie legt diesen Missstand besonders offen. Demensprechend sollte die breite fachärztliche Versorgung nicht durch eine aus strukturellen Gründen unnötige Regulierung der Berufsausübung gefährdet werden.

Die Bundesärztekammer, die sich für eine bestmögliche und adäquate Versorgung von notfallmedizinisch zu versorgenden Patienten einsetzt, hat im Blick, dass es sich bei der Notfallversorgung um eine Querschnittsaufgabe handelt, die typischerweise über eine Zusatz-Weiterbildung im Weiterbildungsrecht abgebildet wird und, wie bereits erläutert,

mehreren Facharztspezialisierungen offen steht und stehen muss. Die Anforderungen an die Notfallversorgung sind umfassend und betreffen das gesamte Spektrum der Medizin, da es den „einen Notfallpatienten“ nicht gibt. Allein daraus ergibt sich, dass auch eine eigenständige Facharztentität im Bereich der Notfallmedizin die fachspezifische Versorgung nicht ersetzen kann. Im deutschen Versorgungssystem geht es vielmehr um eine Erstversorgung und Lotsenfunktion für die anschließende fachspezifische Behandlung, denn im Gegensatz zu anderen Ländern haben Patienten in Deutschland einen schnelleren Zugang zur fachspezifischen Versorgung. Zudem gab es Bedenken, dass sich eine Facharztbezeichnung in der Notfallmedizin ggf. als Sackgasse für die berufliche Karriere herausstellen könnte, denn außerhalb der Notaufnahme hätte ein Facharzt Notfallmedizin keine weiteren Arbeitsmöglichkeiten. Auch haftungsrechtliche Probleme in der Notfallaufnahme sind mit dieser Qualifikation nicht zu lösen. Es ist auch fraglich, über welche Kompetenzen eine eigenständige Facharztentität verfügen soll. Alle relevanten Bereiche der Notfallmedizin unter Berücksichtigung des Facharztstandards abzubilden, dürfte die übliche Weiterbildungszeit von fünf bis sechs Jahren um ein Vielfaches übersteigen.

Die Zielsetzung der Antragsteller, der gesellschaftlichen Entwicklungen in der Anspruchshaltung von Patienten, der mangelnden Steuerung des Patientengutes oder den Defiziten in der Versorgungsstruktur entgegenzutreten, ist nachvollziehbar. Die Etablierung einer Facharzt-Kompetenz Notfallmedizin ist aber nicht Teil der Lösung, sondern verhindert geradezu eine Lösung, da dann ein echter „Flaschenhals“ entsteht, der die qualifizierte Besetzung der Notfallaufnahmen geradezu verhindern würde.

### **Stellungnahme zur Forderung einer obligaten Weiterbildungszeit in einer Notfallpraxis für die Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin:**

Allgemeinmediziner sind vorrangig in der ambulanten Versorgung tätig und in der Regel erster Ansprechpartner der Patienten. Sowohl die Patientengruppen – pädiatrisch bis geriatrisch – als auch die Behandlungsfälle – allgemein bis fachspezifisch – sind vielfältig. Die Ausgestaltung der Facharzt-Weiterbildung orientiert sich an dieser Ausrichtung. Daher umfasst das Gebiet Allgemeinmedizin die medizinische Akut-, Langzeit- und Notfallversorgung von Patienten jeden Alters mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen sowie die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und die Versorgung in der Palliativsituation unter Berücksichtigung somatischer, psychosozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte. Die Weiterbildungszeiten und -inhalte in der Allgemeinmedizin sind mit den Anforderungen des Gebietes abgestimmt. Als Teil der zu absolvierenden Weiterbildungszeit müssen u. a. 12 Monate im Gebiet Innere Medizin in der stationären Akutversorgung abgeleistet werden.

Nach Auffassung der Bundesärztekammer ist nicht ersichtlich, dass die derzeitige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nicht zu einer qualifizierten Akutversorgung im notfallmedizinischen Bereich befähigt. Da viele Notfälle ihren Hintergrund im Bereich der Inneren Medizin haben, vermittelt gerade die Erfahrungszeit in der stationären Akutversorgung im Gebiet Innere Medizin das erforderliche Rüstzeug für die Versorgung dieser Patientengruppe. Erfahrungsgemäß hat auch der unfallchirurgische/orthopädische Bereich einen hohen Anteil an der Notfallversorgung. Hier, wie auch bei Notfällen aus anderen Fachgebieten, kann dem Allgemeinmediziner nur die Aufgabe einer Versorgung im Rahmen der Grenzen seines Fachgebietes bzw. der Erstversorgung zukommen, da die fachärztliche Versorgung bzw. der Facharztstandard nicht ersetzbar sind.

Auf Basis ihrer Weiterbildung sind Allgemeinmediziner – neben der eigenen Praxis oder der Tätigkeit in einem MVZ – bereits jetzt erfolgreich in Bereitschaftspraxen, im mobilen Bereitschaftsdienst oder in Notfallpraxen an Kliniken tätig und versorgen akut erkrankte Patienten.

Aus den genannten Gründen ist eine obligate Weiterbildungszeit für Allgemeinmediziner in einer Notfallpraxis nicht erforderlich. Fachärzte für Allgemeinmedizin, die ggf. eine ausschließliche Tätigkeit in der ambulanten Notfallversorgung anstreben, können ihre Kompetenzen individuell vertiefen; damit wird eine spezifische und adäquate Patientenversorgung gewährleistet.

## **Stellungnahme zu dem Antrag der Fraktion der FDP: Notfallversorgung neu denken – Jede Minute zählt**

Der Antrag der FDP entspricht in weiten Teilen dem im Januar 2020 vorgelegten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung der Bundesregierung.

Inwieweit eine umfassende Reform der Notfallversorgung einschließlich der Schaffung integrierter Leitstellen und des Aufbaus integrierter Notfallzentren „im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel“ möglich ist, müsste geprüft werden. Zu beachten ist, dass hierfür neben zum Beispiel personellen und technischen Umstrukturierungen, digitalen Lösungen und Informationskampagnen auch bauliche Maßnahmen notwendig sein werden.

In Bezug auf die von der FDP angeregte „qualifizierte Ersteinschätzung“ und Veranlassung der weiteren Versorgung durch „vom Krankenhausträger unabhängige Kräfte“ verweist die Bundesärztekammer auf den Beschluss des diesjährigen 124. Deutschen Ärztetages „Reform der Notfallversorgung: Schlüssiges Gesamtkonzept statt Stückwerk“ (Drucksache I – 04, siehe Anlage). Die Patientensicherheit gebietet es, dass Patientinnen und Patienten nicht ohne eine ärztliche Abklärung ihrer Beschwerden nach Hause oder in andere Versorgungsstrukturen weitergeleitet werden. Weder eine Algorithmus-basierte Softwarelösung noch eine Ersteinschätzung durch nicht-ärztliches Fachpersonal kann eine solche Entscheidung herbeiführen.

Auch in Bezug auf den Antrag der FDP betont die Bundesärztekammer, dass bundeseinheitliche Regelungen sich auf ein Maß beschränken sollten, das wesentliche Regelungen auf regionaler Ebene erlaubt, um so den regionalen Erfordernissen besser gerecht werden zu können. Erfolgreiche Aktivitäten auf regionaler Ebene dürfen nicht zu einem Stillstand gebracht und in ein Korsett gepresst werden, das der Versorgung vor Ort nicht gerecht wird. Aus Sicht der Ärzteschaft sollten sich bundesweite Planungsvorgaben auf ein Minimum an Strukturmerkmalen beschränken.

Bezüglich einer grundlegenden Reform der Kompetenzverteilung im Bereich stationärer Einrichtungen möchten wir unter Bezugnahme auf die aktuellen Beratungsergebnisse des 124. Deutschen Ärztetages auf den Vorschlag der Bundesärztekammer zur Einrichtung eines nationalen Krankenhausgipfels unter Einbindung der Vertreter der verfassten Ärzteschaft hinweisen.

---

**TOP I            Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Leitantrag zu Lehren aus der COVID-19-Pandemie**

**Titel:**            Reform der Notfallversorgung: Schlüssiges Gesamtkonzept statt Stückwerk

**Beschluss**

---

Auf Antrag von Dr. med. Susanne Johna, Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Dr. med. Andreas Botzlar, PD Dr. med. Peter Bobbert, Dr. med. Sven C. Dreyer, Dr. med. Hans-Albert Gehle, Sylvia Ottmüller, Dr. med. Melanie Rubenbauer-Beyerlein, Dr. med. Steffen König, Dr. med. Alexander Schultze und Stefanie Oberfeld (Drucksache I - 04) beschließt der 124. Deutsche Ärztetag 2021:

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 fordert den Gesetzgeber zur Vorlage eines schlüssigen Gesamtkonzepts für die sektorenübergreifende Kooperation in der Akut- und Notfallversorgung auf. Eine mit dem Gesetzesentwurf des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) geplante isolierte Einführung einer zusätzlichen verpflichtenden, standardisierten Ersteinschätzung, für die der Gemeinsame Bundesausschuss die Vorgaben und Qualitätsvorgaben aufstellen soll, lehnt der 124. Deutsche Ärztetag ab.

**Begründung:**

Entgegen vielfacher Ankündigungen hat der Gesetzgeber in der laufenden Wahlperiode die dringend notwendige sektorenverbindende grundlegende Reform der Notfallversorgung nicht umgesetzt. Stattdessen soll eine zusätzliche verpflichtende standardisierte Ersteinschätzung eingeführt werden. Patientinnen und Patienten kommen mit der Erwartung in die Notaufnahme eines Krankenhauses, dass sie ärztliche Hilfe erhalten. Dieses Vertrauen würde massiv erschüttert, wenn Patienten zukünftig ohne ärztliche Abklärung ihrer Beschwerden allein aufgrund eines Software-Algorithmus abgewiesen werden können. Derzeit existiert kein wissenschaftlich evaluiertes Ersteinschätzungssystem, das automatisiert die Behandlungsdringlichkeit feststellen und zusätzlich auch die Steuerung in die richtige Versorgungsebene sicher gewährleisten kann.

Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass ihre individuellen Beschwerden ärztlich bewertet werden und die Patientensicherheit im Vordergrund steht.

Unklar bleibt auch, wie mit Patienten verfahren werden soll, die im Ersteinschätzungsverfahren der vertragsärztlichen Versorgungsebene zugeteilt werden, dann aber aus Sicht des dort tätigen Arztes doch im Bereich der stationären Notaufnahme

behandelt werden sollen, weil der klinische Blick der Ärztin oder des Arztes der Ersteinschätzung widerspricht. Viele Vorstellungen in den Krankenhaus-Notfallaufnahmen erfolgen sogar auf Zuweisung eines Vertragsarztes und bleiben nach weiterer Abklärung in der Notaufnahme dennoch in ambulanter Weiterbehandlung.