

Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten **Günther Felbinger FREIE WÄHLER**
vom 18.03.2011

Notarztversorgung im ländlichen Raum

Ich frage die Staatsregierung:

1. Wie viele Notärzte sind in Unterfranken im Einsatz?
 - a) Wie sieht die Verteilung nach Landkreisen aus?
 - b) Sind diese Notärzte freiwillig oder verpflichtet im Einsatz?
2. Wie viele Ärzte in Unterfranken besitzen eine Notarzt-ausbildung und üben sie nicht aus, und gibt es hier eine Aufschlüsselung nach Landkreisen?
3. Warum unterscheiden sich die Pauschalen für einen akutmedizinischen Notfall im ländlichen Raum so stark von denen in Großstädten?
 - a) Warum bekommt ein Notarzt in Baden-Württemberg eine mehr als viermal so hohe Grundpauschale, obwohl beide Länder strukturell miteinander zu vergleichen sind?
 - b) Plant die Staatsregierung eine leistungsgerechte Anpassung der Pauschalen auch für den ländlichen Raum?
4. Warum werden die Ergebnisfristen verzerrt, indem die Zeit bis zur Versorgung des Patienten ab dem Start des Notarztes und nicht, wie in anderen Bundesländern, ab dem Eingehen des Notrufs gezählt werden, und plant die Staatsregierung hier eine transparentere Umsetzung?
5. Welche Maßnahmen sind geplant, um einen Notarzt-dienst in Zukunft attraktiver zu machen?
6. Welche Maßnahmen plant die Staatsregierung, um den sinkenden Hausarzt- und damit verbunden auch Not- arztzahlen entgegenzuwirken, ist ein Einsatz hauptbe- ruflicher Notärzte geplant, und wenn ja, an welchen Standorten?

Antwort

des **Staatsministeriums des Innern**
vom 06.05.2011

Die Schriftliche Anfrage wird im Einvernehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit wie folgt beantwortet:

Zu 1.:

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), die gemeinsam mit den Zweckverbänden für Rettungs-dienst und Feuerwehralarmierung die gesetzliche Aufgabe hat, die Mitwirkung von Ärzten in der bodenge- bundenen Notfallrettung sicherzustellen (Art. 14 Abs. 2 Satz 1 des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes), waren in Unter- franken im Auswertungszeitraum 01.10.2010 bis 31.03.2011 353 Notärzte aktiv im Notarzt-dienst tätig.

Zu 1. a):

Die Verteilung der Notärzte auf die Landkreise gestaltet sich wie folgt:

Landkreis	aktive Notärzte *)
Aschaffenburg	21
Stadt Aschaffenburg	31
Bad Kissingen	39
Haßberge	29
Kitzingen	45
Main-Spessart	50
Miltenberg	35
Rhön-Grabfeld	29
Schweinfurt	16
Stadt Schweinfurt	26
Würzburg	12
Stadt Würzburg	71
Summe *) inkl. Mehrfachnennungen	404

*) Mehrfachnennung: 3 Notärzte nehmen in 3 verschiedenen Landkreisen und 45 Notärzte in 2 verschiedenen Landkreisen am Notarzt-dienst teil.

Zu 1. b):

Die Teilnahme am Notarzt-dienst in Bayern ist für keinen Arzt verpflichtend, sondern erfolgt ausschließlich freiwillig.

Zu 2.:

Nach Auskunft der KVB sind derzeit 87 Notärzte zur Teil- nahme am Notarzt-dienst in Unterfranken berechtigt, üben diese Tätigkeit jedoch nicht aus.

Bezogen auf die einzelnen Landkreise ergibt sich folgendes Bild:

Landkreis	nicht aktive Notärzte
Aschaffenburg	4
Stadt Aschaffenburg	10
Bad Kissingen	11
Haßberge	17
Kitzingen	3
Main-Spessart	17
Miltenberg	5
Rhön-Grabfeld	9
Schweinfurt	2
Stadt Schweinfurt	4
Würzburg	3
Stadt Würzburg	3
Summe *) inkl. Mehrfachnennungen	88

*) Mehrfachnennung: Ein Notarzt ist für 2 verschiedene Landkreise zur Teilnahme am Notarzdienst berechtigt.

Diese Zahlen erfassen nur Notärzte, die früher im Notarzdienst in Bayern tätig waren, ihre Notarztätigkeit aber mittlerweile wieder aufgegeben haben oder ruhen lassen. Da Ärzte nicht verpflichtet sind, den Erwerb der Notarztqualifikation zu melden, liegen darüber hinaus keine weiteren Informationen vor.

Zu 3.:

Einsätze der Notfallrettung werden in ländlichen Regionen genauso hoch vergütet wie in Großstädten. Im Notarzdienst setzt sich die Vergütung aus einer Pauschale, mit der der einzelne durchgeführte Notarzteinsatz abgegolten wird, und einer Pauschale, die den Bereitschaftsdienst an sich honoriert, zusammen. Die Einsatzpauschale ist nach Tages- bzw. Nachtzeit und im Übrigen nach der Dauer des Einsatzes gestaffelt. Die Bereitschaftsdienstpauschale ist ebenfalls für Tag und Nacht unterschiedlich hoch und danach gestaffelt, wie häufig am konkreten Notarztstandort Notarzteinsätze anfallen. Je höher das Einsatzaufkommen (für das Einsatzpauschalen ausgeschüttet werden) an einem Standort ist, umso geringer ist die Bereitschaftsdienstpauschale. Damit sollen auch Notarztstandorte, in denen das Einsatzaufkommen vergleichsweise gering ist, für den Notarzdienst wirtschaftlich attraktiv gestaltet werden. In der Summe unterschiedlich hohe Vergütungen im Notarzdienst sind daher das Ergebnis der sehr unterschiedlichen Einsatzhäufigkeit an den einzelnen Standorten. Gerade um auch im ländlichen Raum eine genauso gute notärztliche Versorgung zu gewährleisten wie in Ballungsräumen, werden in Bayern derzeit rund 230 Notarztstandorte besetzt, obwohl das Einsatzaufkommen an mehr als der Hälfte der Standorte so gering ist, dass sich im Mittel nur zwischen einem und zwei Notarzteinsätzen pro 12-Stunden-Schicht errechnen.

Zu 3. a):

Die pauschale Aussage, dass ein Notarzt in Baden-Württemberg eine mehr als viermal so hohe Grundpauschale erhalte wie ein bayerischer Notarzt, ist nicht zutreffend. Die Grundpauschale (einschließlich der Vergütung von einem oder zwei Notarzteinsätzen) bewegt sich in Baden-Württemberg

– abhängig vom Wochentag und der hauptberuflichen Tätigkeit des Notarztes – zwischen 320 und 400 Euro für 24 Stunden. In diesen Beträgen ist bereits eine pauschale Vergütung für bis zu zwei Notarzteinsätze enthalten.

In Bayern beträgt die Bereitschaftsdienstpauschale aktuell an einsatzschwachen Notarztstandorten tagsüber maximal 174 Euro für eine 12-Stunden-Schicht und 222 Euro für eine 12-Stunden-Schicht in der Nacht. Abhängig vom Einsatzaufkommen am Standort wird diese Bereitschaftsdienstpauschale bis auf 48 Euro für eine 12-Stunden-Schicht am Tag und 96 Euro für eine 12-Stunden-Schicht in der Nacht abgeschmolzen. Diese Absenkung der Bereitschaftsdienstpauschale wird jedoch durch die Vergütung der einzelnen durchgeführten Einsätze, für die eine gesonderte Pauschale zwischen 91 Euro am Tag und 111,50 Euro in der Nacht (zu denen je nach Dauer des Einsatzes zusätzliche Zuschläge gezahlt werden) kompensiert.

Die Unterschiede in der Darstellung der Notarztvergütung in Baden-Württemberg und in Bayern ergeben sich also daraus, dass in Baden-Württemberg die Grundpauschale einmalig je 24 Stunden Bereitschaftszeit gezahlt wird und bereits eine Pauschalvergütung für einen (wenn der Notarzt ein Krankenhausarzt ist) oder für zwei Einsätze (wenn der Notarzt ein niedergelassener Vertrags- oder Nichtvertragsarzt ist) beinhaltet. In Bayern wird hingegen die Bereitschaftsdienstpauschale für jede einzelne Stunde einer in der Regel 12 Stunden dauernden Bereitschaftszeit gezahlt. Eine Einsatzvergütung ist darin nicht enthalten. Zusätzlich zur Bereitschaftsdienstpauschale können die Notärzte gesonderte Einsatzpauschalen abrechnen.

Zu 3. b):

Die Benutzungsentgelte für die Mitwirkung von Ärzten im Rettungsdienst in Bayern werden zwischen der KVB und den Sozialversicherungsträgern als Kostenträgern des Rettungsdienstes auf der Grundlage der Art. 32 und 35 des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes jährlich neu vereinbart. Die Staatsregierung ist an den Entgeltverhandlungen nicht beteiligt und hat daher keinen Einfluss auf die Höhe der veranschlagten Pauschalen.

Das Staatsministerium des Innern hat jedoch im Juni 2009 in einem Situationsbericht über Ärzte im Rettungsdienst, LT-Drs. 15/11225, darauf hingewiesen, dass die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung in einsatzschwachen ländlichen Gebieten dadurch verbessert werden könnte, dass die Bereitschaftsdienstpauschale im Verhältnis zur Einsatzpauschale erhöht wird. Dieser Empfehlung ist die KVB mit Wirkung zum 01.07.2009 auf der Grundlage eines von den Sozialversicherungsträgern bewilligten Sonderbudgets gefolgt und hat die Bereitschaftsdienstpauschalen angehoben und stärker nach dem Einsatzaufkommen am jeweiligen Standort ausdifferenziert. Die Höhe der Bereitschaftsdienstpauschale ist dabei indirekt proportional zum jährlichen Einsatzaufkommen am jeweiligen Notarztstandort, um einen finanziellen Anreiz für die Übernahme von Diensten an einsatzschwachen Standorten zu schaffen. Im Rahmen der Entgeltverhandlungen für den Notarzdienst für das Wirt-

schaftsjahr 2011 haben die Sozialversicherungsträger am 03.03.2011 außerdem einer weiteren Erhöhung des Benutzungsentgeltes für den Notarztdienst gegenüber dem Stand von 2010 zugestimmt. Ein Budget für strukturelle Verbesserungen in einsatzschwachen Gebieten wurde vereinbart.

Zu 4.:

Die Hilfsfrist ist ein Hilfsmittel, um die Versorgungsstruktur in der Notfallrettung zu planen (Art. 7 Abs. 2 Satz 3 des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes) und ist in § 2 Abs. 1 der Ausführungsverordnung zum Bayerischen Rettungsdienstgesetz (AVBayRDG) definiert als die Fahrzeit zwischen dem Ausrücken des Rettungsmittels von seinem Standort bis zum Eintreffen am Einsatzort. Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 3 AVBayRDG sind Standort und Anzahl der Rettungswachen und Stellplätze so zu bemessen, dass Notfälle im Versorgungsbereich einer Rettungswache in der Regel spätestens 12 Minuten nach dem Ausrücken eines Rettungsmittels erreicht werden können. Die sogenannte Hilfsfrist ist in Bayern seit jeher als einzuhaltende maximale Fahrzeit zum Einsatzort definiert. Aus fachlicher Sicht ist die Fahrzeit das richtige Kriterium für die Bemessung und Verteilung der rettungsdienstlichen Infrastruktur in der Notfallrettung. Eine Intransparenz ist – entgegen der Fragestellung – damit nicht verbunden. Die Zeiten zwischen dem Eingang des Notrufgesprächs und dem Auslösen der ersten Alarmierung (Dispositionsintervall) sowie die Zeit zwischen dem Eingang der ersten Alarmierung bis zur Übernahme des Einsatzes durch das Rettungsmittel (Ausrückintervall) werden vielmehr systematisch richtig zum Gegenstand eines kontinuierlichen Qualitätsmanagements gemacht (§ 11 AVBayRDG). Aus Sicht der Staatsregierung ist damit ein größtmögliches Maß an Transparenz hergestellt. Die undifferenzierte Übernahme von Dispositions- und Ausrückintervall in die sogenannte Hilfsfrist würde potenziell zu dem unerwünschten Ergebnis führen, dass Defizite in diesen Bereichen zu einer unnötigen Verdichtung der rettungsdienstlichen Versorgungsstruktur führen, statt die Qualität der Leistungen bei der Disposition und dem Ausrückverhalten der Einsatzmittel zu optimieren.

Die Regelung der sogenannten Hilfsfrist hat das Staatsministerium des Innern erst jüngst im Rahmen des Verfahrens zum Erlass der Ausführungsverordnung zum Bayerischen Rettungsdienstgesetz intensiv mit den beteiligten Verbänden und Hilfsorganisationen diskutiert und abgestimmt. Für Änderungen besteht kein Anlass.

Zu 5.:

Mehr als die Hälfte der Notarztstandorte in Bayern weist ein Einsatzaufkommen von weniger als drei Notarzteinsätzen in 24 Stunden auf und ist für die Notärzte daher finanziell und auch unter dem Gesichtspunkt der notärztlichen Praxis nur bedingt attraktiv. Finanzielle Anreize, um Notarztstandorte in ländlichen Bereichen mit geringen Einsatzzahlen besetzen zu können, wurden bereits geschaffen, sind jedoch kein Allheilmittel, um strukturellen Veränderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung zu begegnen.

Um die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit der Notärzte zu verbessern, hat das Bayerische Rettungsdienstgesetz die

Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Notarzt-Einsatzfahrzeuge mit einem Fahrer besetzt werden können. Er soll den Notarzt von der Fahrt zum Einsatzort entlasten, sodass dieser sich auf den bevorstehenden Einsatz konzentriert vorbereiten kann, und den Notarzt am Einsatzort qualifiziert unterstützen. Um den Notarztdienst von den oft zeitintensiven Verlegungstransporten zu entlasten, hat das Bayerische Rettungsdienstgesetz die Kategorie des arztbegleiteten Patiententransport neu geschaffen und dafür besonders ausgebildete Verlegungsärzte vorgesehen. Die Notärzte können sich damit uneingeschränkt ihren Aufgaben in der Notfallrettung widmen und werden von der Versorgung von Patienten, die nicht akut bedroht sind, entlastet. Zudem hat das Bayerische Rettungsdienstgesetz die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Krankenhäuser gegen Ersatz der dadurch entstehenden Kosten sich an der Notarztversorgung beteiligen können. Damit können ausgehend von den großen Kliniken der Verdichtungsräume Filialsysteme und Standortverbünde gebildet werden, die Standorte, für die bisher nur schwer genügend Notärzte gefunden werden konnten, unterstützen.

Zu 6.:

Nach geltendem Recht haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die ambulante vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Sie müssen den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber Gewähr leisten, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht (§ 75 SGB V).

Ungeachtet dessen trägt aber auch der Staat als Ausfluss des verfassungsrechtlich normierten Sozialstaatsprinzips letztlich die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung seiner Bürgerinnen und Bürger. Konzentrationsprozesse in der Gesundheitsversorgung, aber auch die demografische Entwicklung erfordern ein vorausschauendes Handeln. Hierzu hat in Bayern der Ministerrat am 23.03.2010 ein umfangreiches Maßnahmenpaket beschlossen. Dieses beinhaltet neben strukturellen Maßnahmen, wie z.)B. der Verbesserung der Bedarfsplanung und einer angemessenen Honorierung, Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung. Viele der hierin enthaltenen Maßnahmen wurden bereits oder werden derzeit umgesetzt. So wurde die Anzahl der Studienplätze für Medizin erhöht. Bei der Vergabe von Studienplätzen ist künftig neben der Abiturnote auch die Motivation zur Ergreifung des Arztberufes von Bedeutung. Außerdem wurden verschiedene Maßnahmen zur Förderung der Weiterbildung initiiert.

Der Bund beabsichtigt, in diesem Jahr im Rahmen des GKV-Versorgungsgesetzes die derzeit geltende Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung zu reformieren und dabei auch die Problematik einer ausreichenden Nachwuchsgewinnung anzugehen. Aus bayerischer Sicht sind insbesondere regionale Gestaltungsspielräume und die Möglichkeit der Abweichung von Bundesvergaben zwingend erforderlich, um der konkreten Versorgungssituation vor Ort angemessene Rechnung tragen zu können. Die Niederlassung von Ärzten insbesondere im ländlichen Raum soll u. a. durch Erleichterungen bei der Gründung von Zweigpraxen, die Möglichkeit von Sicherstellungszuschlägen zur Vergütung

bei besonderem lokalen Versorgungsbedarf und durch die Lockerung der Residenzpflichten der Ärzte gefördert werden. Bayern wird in diesem Gesetzgebungsverfahren die Interessen der bayerischen Patientinnen und Patienten mit Nachdruck vertreten.

Am 11.04.2011 fand in Regensburg eine Bayerische Versorgungskonferenz statt, zu der das Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit alle Verantwortlichen der ambulanten ärztlichen Versorgung eingeladen hatte. Im Mittelpunkt stand dabei ebenfalls die Frage, wie mehr junge Menschen für den Arztberuf und die Tätigkeit als Landarzt gewonnen werden können.

Der Erhalt der flächendeckenden und wohnortnahen ärztlichen Versorgung gerade im ländlichen Raum wird auch künftig ein Schwerpunkt der bayerischen Gesundheitspolitik bleiben.

Ein Einsatz hauptberuflicher Notärzte ist derzeit nicht geplant.