



Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Kathrin Sonnenholzner SPD**
vom 15.04.2015

Notfallversorgung in Bayern

Die stationäre Notfallversorgung wird aufgrund verschiedener Entwicklungen immer häufiger in Anspruch genommen. Die Bundesregierung hat in Ihrer Antwort auf die Bundestagsdrucksache 18/2302 bereits einige Antworten zur Situation der Notfallmedizin in Deutschland gegeben, viele Fragen können aber nur von den einzelnen Landesregierungen beantwortet werden.

Ich frage die Staatsregierung:

1. a) Wie hat sich die Zahl der Notfallpatienten, welche jährlich die Notaufnahmen von bayerischen Kliniken in Anspruch nehmen, in den letzten 10 Jahren entwickelt (bitte auch aufgeschlüsselt, ob eine stationäre Aufnahme erfolgte oder die Patienten nur ambulant versorgt wurden)?
b) Wie viele Patienten, welche im Krankenhaus stationär aufgenommen werden, werden über die Notaufnahme eingewiesen?
c) Wie wird gewährleistet, dass die Notfallpatienten über die Versorgungsmöglichkeiten bei Vorliegen einer medizinischen Notfallsituation informiert sind und die adäquate Versorgungseinrichtung aufsuchen?
2. a) Wie hat sich die Zahl der Krankenhäuser in den letzten 10 Jahren entwickelt, welche sich an der Not- und Notfallversorgung beteiligen?
b) Wie hat sich die Anzahl der eigenständig organisierten Notaufnahmen entwickelt?
c) Wie hat sich die Zahl der eingeschränkten (z. B. auf bestimmte Krankheitsbilder oder nur Chirurgie) Notaufnahmen entwickelt?
3. a) Wie viele Notaufnahmen wurden in den letzten zehn Jahren geschlossen?
b) Aus welchen Gründen?
c) Wie viele Notaufnahmen haben nur zeitweise geöffnet?
4. a) Wie ist die durchschnittliche Erreichbarkeit einer stationären Notaufnahme (in Fahrminuten bzw. in Kilometern)?
b) Welche Kriterien sind dafür maßgeblich?
c) Welche Informationen liegen der Staatsregierung zu Problemen bei der Versorgung durch Notaufnahmen u. a. in ländlichen Gebieten vor?
5. a) Wie bewertet die Staatsregierung die Finanzierung der Vorhaltekosten der stationären Notfallversorgung?
b) Werden diese adäquat vergütet?
c) Wie bewertet die Staatsregierung die Einschätzung von Niehues/Barbe (in: Das Krankenhaus, 12/2012), dass das französische Abrechnungssystem, das den Krankenhäusern einen Sockelbetrag von 500.000 Euro für die Aufrechterhaltung einer Notfallversorgung zusichert zuzüglich mengenabhängiger Zuschläge, die Vorhaltekosten sachgerechter abbildet als die DRGs?
6. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die Sicherstellung der Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns?
b) Hat die Staatsregierung Kenntnis von Problemen beim ärztlichen Bereitschaftsdienst?
c) Wenn ja, welche?

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege
vom 07.07.2015

Der Staatsregierung ist eine flächendeckende und hochwertige notfall- und akutmedizinische Versorgung der Bevölkerung ein großes Anliegen. Aus Sicht der Staatsregierung ist eine Notfallversorgung auf hohem Niveau in Bayern gewährleistet. Diese gilt es zu erhalten und weiterzuentwickeln. Am 10.06.2015 hat das Bundeskabinett den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz, KHSG) beschlossen. Im KHSG sind sowohl eine bessere Vergütung der stationären Notfallversorgung durch Zu- und Abschläge als auch eine bessere Vergütung der ambulanten Notfälle im Krankenhaus durch Halbierung des Investitionskostenabschlags vorgesehen.

Entsprechend einem Beschluss des Landtags vom 26.02.2015 (Drs. 17/5450) hat die Staatsregierung außerdem einen Runden Tisch zur Notfallversorgung eingerichtet. In diesem Rahmen sollen mögliche strukturelle Probleme ermittelt und Lösungsvorschläge erarbeitet werden, sofern dies erforderlich ist. Im Rahmen des Runden Tisches werden außerdem die Fragen erörtert, zu denen die Staatsregierung gemäß dem Beschluss Bericht erstatten soll. Da die Fragen mit den den Teilnehmern des Runden Tisches vorliegenden Daten nicht beantwortet werden können, ist eine Abfrage bei den Krankenhäusern in Bayern mittels eines zuvor zu erstellenden Fragebogens erforderlich. Mit den Daten aus dieser Umfrage könnten möglicherweise auch einige der hier gestellten Fragen genauer beantwortet werden.

Für die Beantwortung der vorliegenden Schriftlichen Anfrage ist darauf hinzuweisen, dass es keine gesetzli-

che Definition des Begriffs „Notaufnahme“ gibt. Weder das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) noch das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) noch die Bundespflegesatzvereinbarung (BPfIV) kennen diesen Begriff. Die „Notaufnahme“ ist Teil der Notfallmedizin. Als Anlaufstelle zur Akutversorgung erreichen die Patienten sie über den Rettungsdienst oder weil sie sie aufgrund eigener Entscheidung selbstständig aufsuchen. Krankenhäuser sind nicht verpflichtet, eine gesonderte, organisatorisch abgegrenzte Einheit „Notaufnahme“ bereitzustellen. Dies ist auch nicht Gegenstand der Krankenhausplanung. Vielmehr obliegt es grundsätzlich dem jeweiligen Klinikträger, im Rahmen seiner Organisationshoheit über krankenhauserinterne Abläufe in eigener Verantwortung zu entscheiden.

1. a) Wie hat sich die Zahl der Notfallpatienten, welche jährlich die Notaufnahmen von bayerischen Kliniken in Anspruch nehmen, in den letzten 10 Jahren entwickelt (bitte auch aufgeschlüsselt, ob eine stationäre Aufnahme erfolgte oder die Patienten nur ambulant versorgt wurden)?

b) Wie viele Patienten, welche im Krankenhaus stationär aufgenommen werden, werden über die Notaufnahme eingewiesen?

Zahlen zur Inanspruchnahme der Notaufnahmen werden im Rahmen der amtlichen Statistik nicht erhoben.

Insbesondere die Angabe, ob die dort einlaufenden Patienten im Anschluss stationär oder ambulant behandelt wurden, erfordert einen erheblichen Erfassungsaufwand, wie das „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus“ der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) vom 17.02.2015 gezeigt hat. Mangels verbindlicher Definition und Erfassung ist trotz des für das Gutachten betriebenen Aufwands nur eine grobe Abschätzung möglich, nach der etwa die Hälfte der stationären Patienten über die Notaufnahme aufgenommen wurde. Die Aussagen dieser Studie sind zudem nicht repräsentativ. Da sich aber überdurchschnittlich viele bayerische Krankenhäuser (fast ein Viertel der im Gutachten ausgewerteten Daten) beteiligt haben, dürfte die Aussage in der Tendenz auf Bayern übertragbar sein.

Die Dokumentation als „Notfall“ im Rahmen der Abrechnung stationärer Fälle ist ebenfalls wenig trennscharf, die Bewertung erfolgt letztlich durch das Krankenhaus selbst. Unter diesen Vorbehalten steigt der Anteil der als „Notfall“ eingestuft Patienten an den insgesamt stationär aufgenommenen Patienten an. Im Jahr 2009 wurden in Bayern 34,1 % der Fälle nach den InEK-Daten (InEK = Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) als Notfälle stationär aufgenommen. Im Jahr 2013 wurden 42,2 % der Fälle nach den InEK-Daten als Notfälle stationär aufgenommen. Neuere bzw. ältere Daten liegen nicht vor.

Die Differenz zwischen den InEK-Daten und dem DGINA-Gutachten erklärt sich aus Erfassungsproblemen, die mangels verbindlicher Definitionen erheblich sind. So wird wohl häufiger ein Notfall vom Krankenhaus nicht als solcher erfasst, wenn die Einweisung eines Vertragsarztes vorliegt.

c) Wie wird gewährleistet, dass die Notfallpatienten über die Versorgungsmöglichkeiten bei Vorliegen einer medizinischen Notfallsituation informiert sind und die adäquate Versorgungseinrichtung aufsuchen?

Die Notfallbehandlung von Patienten mit akuten oder lebensbedrohlichen Verletzungen bzw. Erkrankungen in bayerischen Kliniken ist in jedem Fall gewährleistet. In Bayern sind die Landkreise und kreisfreien Städte gesetzlich verpflichtet, die notwendigen Krankenhäuser für die stationäre Versorgung ihrer Bürger vorzuhalten. Dieser Sicherstellungsauftrag umfasst auch die Notfallversorgung.

Die ambulante Notfallversorgung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung (KVB), die sie mithilfe der niedergelassenen Ärzte wahrnimmt. Patienten mit ambulantem Behandlungsbedarf können sich unter der bundesweit kostenfreien Rufnummer 116 117 über den nächsten diensthabenden Arzt informieren. Auch auf der Internetseite der KVB sind die nächstgelegenen Bereitschaftsdienstpraxen und weitere hilfreiche Informationen zur Bereitschaftsdienstversorgung unter: <http://www.kvb.de/service/patienten/aerztlicher-bereitschaftsdienst/> zu finden.

Die Orientierung wird Patienten möglicherweise durch die Einrichtung von Bereitschaftsdienstpraxen erleichtert. In Bayern gibt es 44 Bereitschaftsdienstpraxen, davon 37 an oder in Krankenhäusern (laut Internetauftritt KVB).

2. a) Wie hat sich die Zahl der Krankenhäuser in den letzten 10 Jahren entwickelt, welche sich an der Not- und Unfallversorgung beteiligen?

Im Notfall ist jedes Krankenhaus schon unter strafrechtlichen Aspekten (unterlassene Hilfeleistung nach § 323 c des Strafgesetzbuches (StGB)) verpflichtet, Notfallpatienten aufzunehmen. Die Grenze dieser Verpflichtung bildet die medizinische Leistungsfähigkeit des Krankenhauses. Auf jeden Fall ist aber eine Erstversorgung zu leisten, wenn dies erforderlich ist, um den Patienten zu stabilisieren und in eine für die Behandlung geeignete Klinik weiterverlegen zu können.

Ein Krankenhaus ist grundsätzlich zur Teilnahme an der Notfallversorgung verpflichtet. Beteiligt sich ein Krankenhaus nicht an der Notfallversorgung, muss es gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG i. V. m. § 4 Abs. 6 KHEntgG einen Abschlag (in Höhe von derzeit 50 Euro) hinnehmen.

Aus den vorliegenden Daten ergibt sich, dass die Pflege-satzparteien im Jahr 2010 in Bayern bei 11 von insgesamt 395 Krankenhäusern, davon 6 Krankenhäuser im ländlichen Raum, einen Abschlag wegen der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart haben. Im Jahr 2013 wurde in Bayern von den Pflegesatzparteien bei 13 von insgesamt 405 Krankenhäusern, davon 7 Krankenhäuser im ländlichen Raum, ein Abschlag wegen der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart.

Ob, wann und aus welchen Gründen sich Krankenhäuser im Einzelfall bei den Rettungsdienstleitstellen abmelden, ist nicht statistisch erfasst.

b) Wie hat sich die Anzahl der eigenständig organisierten Notaufnahmen entwickelt?

c) Wie hat sich die Zahl der eingeschränkten (z. B. auf bestimmte Krankheitsbilder oder nur Chirurgie) Notaufnahmen entwickelt?

Krankenhäuser sind nicht verpflichtet, eine gesonderte, organisatorisch abgegrenzte Einheit „Notaufnahme“ bereit zu stellen. Dies ist auch nicht Gegenstand der Krankenhausplanung. Vielmehr obliegt es grundsätzlich dem jeweiligen Klinikträger, im Rahmen seiner Organisationshoheit über krankenhauserinterne Abläufe in eigener Verantwortung zu entscheiden.

Dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) liegen keine Angaben über die dem jeweiligen Klinikträger obliegende Organisation der Notaufnahmen vor.

- 3. a) Wie viele Notaufnahmen wurden in den letzten zehn Jahren geschlossen?**
b) Aus welchen Gründen?
c) Wie viele Notaufnahmen haben nur zeitweise geöffnet?

Es wird auf die Antwort zu Frage 2a und zu Fragen 2b und 2c verwiesen.

- 4. a) Wie ist die durchschnittliche Erreichbarkeit einer stationären Notaufnahme (in Fahrminuten bzw. in Kilometern)?**

- b) Welche Kriterien sind dafür maßgeblich?**

Laut der im Endbericht des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e.V. „Krankenhausplanung 2.0“ veröffentlichten Erreichbarkeitsanalyse ist in Bayern die Erreichbarkeit eines Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung innerhalb von 30 Minuten mit wenigen Ausnahmen gewährleistet.

Die Frage ist je nach Aufnahmeanlass unterschiedlich zu bewerten. Beispielsweise ist ein leichter Fall eines Kreislaufversagens in jedem Krankenhaus der Grundversorgung adäquat zu behandeln, ein Schädel-Hirn-Trauma erfordert die Fachrichtung Neurochirurgie, die nur an Schwerpunktkliniken und Zentren vorgehalten wird.

Für den Bereich der Schlaganfallversorgung wird die flächendeckende Versorgung mithilfe telemedizinischer Netzwerke gewährleistet.

- c) Welche Informationen liegen der Staatsregierung zu Problemen bei der Versorgung durch Notaufnahmen u. a. in ländlichen Gebieten vor?**

Anfang des Jahres 2015 klagten einige bayerische Kliniken über eine Überlastung der Notaufnahme, allerdings insbesondere im Ballungsraum München. Die Auswertung einer Umfrage des StMGP unter den Münchner Kliniken zeigte, dass in erster Linie die Grippewelle die Ursache für die außergewöhnlich hohe Auslastung der Notaufnahmen war. Die Grippe führte nicht nur zu höheren Patientenzahlen, sondern auch zu einem hohen Krankenstand beim Klinikpersonal. Die Notfallbehandlung von Patienten mit akuten oder lebensbedrohlichen Verletzungen bzw. Erkrankungen in bayerischen Kliniken war aber in jedem Fall gewährleistet.

- 5. a) Wie bewertet die Staatsregierung die Finanzierung der Vorhaltekosten der stationären Notfallversorgung?**

- b) Werden diese adäquat vergütet?**

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform (B-L-AG) hat sich mit der Frage befasst, ob die Vorhaltekosten der stationären Notfallversorgung im DRG-System ausreichend abgebildet werden. In den Eckpunkten und im Kabinettsentwurf des KHSG ist eine bessere Vergütung der stationären Notfallversorgung vorgesehen. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, sollen in Abhängigkeit von den vorgehaltenen Notfallstrukturen zu differenzierende Zuschläge erhalten. Für nicht an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser ist ein Abschlag vorgesehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss

(G-BA) soll bis 30.06.2017 ein gestuftes System der vorgehaltenen Notfallstrukturen festlegen.

- c) Wie bewertet die Staatsregierung die Einschätzung von Niehues/Barbe (in: Das Krankenhaus, 12/2012), dass das französische Abrechnungssystem, das den Krankenhäusern einen Sockelbetrag von 500.000 Euro für die Aufrechterhaltung einer Notfallversorgung zusichert zuzüglich mengenabhängiger Zuschläge, die Vorhaltekosten sachgerechter abbildet als die DRGs?**

Die Einrichtung einer zentralen Notaufnahme als separate Kostenstelle ist eines von vielen verschiedenen möglichen Vergütungsmodellen. Eine Bewertung ist insofern schwierig, als im deutschen Vergütungssystem völlig andere Grundbedingungen gelten. Die vorgeschlagenen Regelungen können außerdem nicht losgelöst von den im deutschen Gesundheitssystem geltenden Rahmenbedingungen bewertet werden.

Eine Reform der Vergütung der stationären Notfallversorgung ist in Deutschland durch das KHSG angestoßen. Vgl. dazu Antwort auf Fragen 5 a und 5 b.

- 6. a) Wie beurteilt die Staatsregierung die Sicherstellung der Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns?**

- b) Hat die Staatsregierung Kenntnis von Problemen beim ärztlichen Bereitschaftsdienst?**

- c) Wenn ja, welche?**

Der Sicherstellungsauftrag bezüglich der vertragsärztlichen Versorgung liegt nach den gesetzlichen Bestimmungen bei der KVB. Nach § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V umfasst dieser Sicherstellungsauftrag auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (= ärztlicher Bereitschaftsdienst). Als Selbstverwaltungskörperschaft des öffentlichen Rechts nimmt die KVB diesen Sicherstellungsauftrag in eigener Zuständigkeit und Verantwortung wahr.

Nach Mitteilung der zuständigen KVB ist der Bereitschaftsdienst in Bayern flächendeckend und zeitlich lückenlos sichergestellt. Gleichwohl sei eine zunehmende Belastung der diensthabenden Ärzte insbesondere in ländlichen Regionen zu verzeichnen. Zur langfristigen Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes und zum Ausgleich der zunehmenden Dienstbelastung hat die KVB nach ihrer Mitteilung in jüngerer Vergangenheit folgende Maßnahmen ergriffen:

Im Zuge der im Rahmen der Bereitschaftsdienstreform vorgesehenen Zusammenlegung bisheriger Bereitschaftsdienstbezirke habe die KVB zwischen Juni 2012 und April 2015 178 Bereitschaftsdienstbezirke umstrukturiert, um langfristig eine flächendeckende Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes bei gleichzeitiger Entlastung der Diensthabenden zu gewährleisten. Im selben Zeitraum wurden nach Mitteilung der KVB zusätzlich zu den bislang existierenden 35 Kooperationsbereitschaftspraxen und den 4 von der KVB betriebenen Bereitschaftspraxen weitere 14 neue Kooperationsbereitschaftspraxen etabliert. Im Hinblick auf die Umsetzung der Bereitschaftsdienstreform hat die Vertreterversammlung der KVB am 21.03.2015 zudem die Einführung von Pilotregionen beschlossen. In diesen sollen zentrale Bereitschaftspraxen – bevorzugt in Kooperation mit Vertragsärzten und Krankenhäusern – sowie vom Sitzdienst in den Bereitschaftspraxen getrennte Fahrdienste für notwendige Hausbesuche eingerichtet werden. Zur personellen Entlas-

tung des Bereitschaftsdienstes initialisiert die KVB zudem aktuell ein „Poolarztsystem“ aus Nicht-Vertragsärzten, in dessen Rahmen die bislang nicht am Bereitschaftsdienst teilnehmenden Nicht-Vertragsärzte im Wege einer Kooperationsvereinbarung mit der KVB in den ärztlichen Bereitschaftsdienst eingebunden werden sollen. Die KVB ist zuversichtlich, mit den ergriffenen Maßnahmen den ärztlichen Bereitschaftsdienst – insbesondere in ländlichen Regionen – stärken zu können.

Darüber hinaus liegen auch der Staatsregierung keine eigenen Erkenntnisse vor, die an der Stellungnahme der KVB, der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst in Bayern sei flächendeckend und zeitlich lückenlos sichergestellt, Zweifel aufkommen lassen würden. Auch aus Sicht des StMG sind die seitens der KVB ergriffenen Maßnahmen grundsätzlich geeignet, neben der Gewährleistung der Sicherstellung ei-

nen Beitrag für eine zusätzliche Verbesserung der Bereitschaftsdienstversorgung zu leisten. So kann insbesondere das in der Initialisierungsphase befindliche Poolarztsystem für Nicht-Vertragsärzte dazu beitragen, die für den Bereitschaftsdienst zur Verfügung stehende Personaldecke zu erhöhen und damit die Dienstbelastung der bislang allein Dienstverpflichteten zu verringern. Im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ist hierfür die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die vorgesehene unbürokratische Teilnahmemöglichkeit der Nicht-Vertragsärzte aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der KVB vorgesehen. Auch eine verstärkte Einrichtung von Bereitschaftspraxen und die daneben vorgesehene Einrichtung eines getrennten Fahrdienstes können dazu beitragen, die Arbeitsbelastung der diensthabenden Ärzte im Rahmen des Bereitschaftsdienstes zu verringern.