



Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten **Alexander Muthmann (fraktionslos)**
vom 18.04.2018

Versorgung der bayerischen Bevölkerung im Notfall

Derzeit werden in Bayern sowohl Veränderungen im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, aber auch im Bereich der rettungsdienstlichen Versorgung durch Notarzt und Rettungsdienst wirksam und für die Bürger spürbar. Darüber hinaus gibt es auch Auswirkungen auf die Versorgung von schwer erkrankten Patienten in den Notaufnahmen der Kliniken.

Diese drei Säulen der Notfallversorgung sind voneinander abhängig, sodass Veränderungen an einer Stelle immer auch durch Auswirkungen an anderer Stelle spürbar werden und auch zu finanziellen Verlagerungseffekten führen. Hierbei muss auch das Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung mit ins Kalkül gezogen und eventuell durch entsprechende ordnungspolitische Rahmensetzung beeinflusst werden.

Vor diesem Hintergrund frage ich die Staatsregierung:

1. Zu den Vorhaltungsstunden im Rettungsdienst
 - a) Wie hat sich die Anzahl der Jahresvorhaltungsstunden im Rettungsdienst 2018 im Vergleich zu 2003, 2008 und 2013 insgesamt verändert?
 - b) Wie hat sich entsprechend die Zahl der Vorhaltungsstunden für die einzelnen Fahrzeugtypen entwickelt (Krankentransportwagen – KTW, Rettungswagen – RTW, Notarzteinsatzfahrzeuge – NEF, Intensivtransportwagen – ITW, Intensivtransporthubschrauber – ITH)?
 - c) Welche Zahlen liegen der Staatsregierung zur sogenannten Kreuzverwendung (Einsatz von RTW statt KTW etc.) der Rettungsmittel in Bayern in den letzten zehn Jahren vor?
2. Zu den Einsätzen im Rettungsdienst
 - a) Wie hat sich die Zahl der Einsätze für die entsprechenden Fahrzeugtypen im Rettungsdienst 2018 im Vergleich zu 2003, 2008 und 2013 verändert (bitte dabei gesondert die Rettungsdienstbereiche ausweisen, die mit den Pilotregionen für die Bereitschaftsdienstreform der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns – KVB – korrespondieren)?
 - b) Welche Auswirkungen haben oben genannte Zahlen auf die Arbeitsbelastung (Arbeitsverdichtung), aufgliedert in die genannten Fahrzeugtypen?
 - c) In welchem Umfang kam es in den vergangenen zehn Jahren zum Ausfall von Rettungsmitteln durch Krankheit oder personelle Engpässe oder Ausfall der Fahrzeuge oder Geräte etc. (bitte aufgliedert nach Fahrzeugtypen und unter Angabe der Ausfallursachen)?
3. Zu dem Anrufaufkommen in den Integrierten Leitstellen (ILS)
 - a) Wie hat sich das Anrufaufkommen in den ILS in dem Zeitraum von 2003 bis 2018 verändert?
 - b) In welchem Umfang wurden rettungsdienstliche Einsätze durch die Leitstelle des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ausgelöst (falls vorhanden bitte mit statistischen Zahlen für die letzten fünf Jahre hinterlegen)?
 - c) Welche Erkenntnisse liegen der Staatsregierung über das Anrufaufkommen von Patienten vor, die sich an eine ILS wenden, da die zuvor kontaktierte 116117 zu lange Wartezeiten mit sich gebracht hätte?
4. Zur personellen Situation der Rettungsdienste
 - a) Wie gestaltet sich derzeit die personelle Situation der Rettungszweckverbände (bitte Nennung der Zahl der Planstellen sowie der offenen unbesetzten Stellen unter gesonderter Ausweisung der Qualifikation Rettungssanitäter und Rettungsassistent)?
 - b) Welche Auswirkungen hat der zu besetzende Fahrdienst des ärztlichen Bereitschaftsdienstes auf die personelle Lage der Rettungsdienste?
 - c) Wie bewertet die Staatsregierung die personelle Ausstattung vor dem Hintergrund der Arbeitsbelastung (bitte unter Angabe möglicher Strategien und Zielmarken im Personalbereich)?
5. Zu Strategien der Arbeitsentlastung
 - a) Welche Maßnahmen plant die Staatsregierung, um den Rettungsdienst von Einsätzen außerhalb der Akutversorgung zu entlasten?
 - b) In welchen Bereichen hält es die Staatsregierung für geboten, Änderungen an der Vorhaltung (personell und Fahrzeuge) vorzunehmen, um steigende Belastungen abzufedern?
6. Zu den Notaufnahmen in Bayern
 - a) Wie hat sich die Inanspruchnahme der Notaufnahmen in den bayerischen Krankenhäusern in den letzten zehn Jahren verändert (bitte wenn vorhanden getrennte Betrachtung von städtischen, kleinstädtischen und ländlichen Bereichen)?
 - b) Wie hat sich im Bereich der stationären Aufnahme der Anteil der sogenannten ambulant sensitiven Fälle in den letzten zehn Jahren in Bayern entwickelt (bitte auch unter Darstellung der Erhebungsmöglichkeiten derartiger Einstufungen anhand von Diagnosen)?
 - c) Welche Erhebungen liegen der Staatsregierung vor, die sich mit der Entwicklung der Notarztversorgung, einschließlich -ausbildung in Räumen ohne Maximalversorgungskliniken mit Notaufnahmen und Intensivstationen, beschäftigen?

7. Zu der Auswirkung von Bereitschaftspraxen an Kliniken
- Welche Erkenntnisse liegen der Staatsregierung aus den Pilotregionen der Bereitschaftsdienstreform hinsichtlich der erwarteten Entlastung der Notaufnahmen vor?
 - Welche Erkenntnisse liegen der Staatsregierung aus den bisherigen Erfahrungen der Bereitschaftsdienstreform hinsichtlich Doppelbehandlungen in Bereitschaftspraxis und Notaufnahmen vor?
 - Welche Erkenntnisse liegen der Staatsregierung hinsichtlich der Wiederholung von bereits im Bereitschaftsdienst durchgeführter Diagnostik durch Praxen von niedergelassenen Ärzten vor?
8. Zu den finanziellen Auswirkungen der Bereitschafts- und Rettungsdienstreform
- Wie hoch schätzt die Staatsregierung die Kosten für die Umgestaltung des Bereitschafts- und Rettungsdienstes in Bayern ein (bitte gesonderte Betrachtung für die gesetzlichen Krankenversicherungen, die Rettungszweckverbände und die Krankenhäuser)?
 - Wie bewertet die Staatsregierung die nun durchgeführte Reform aus finanzieller Sicht im Vergleich zu möglichen alternativen Versorgungskonzepten, die beispielsweise auch bestehende vorhandene regionale Strukturen berücksichtigen?

- c) **In welchem Umfang kam es in den vergangenen zehn Jahren zum Ausfall von Rettungsmitteln durch Krankheit oder personelle Engpässe oder Ausfall der Fahrzeuge oder Geräte etc. (bitte aufgliedert nach Fahrzeugtypen und unter Angabe der Ausfallursachen)?**

Die im Staatsministerium des Innern und für Integration (StMI) zu den Fragen vorhandenen Zahlen sind sämtlich im Rettungsdienstbericht veröffentlicht. Auf diesen wird verwiesen. Er ist unter <https://www.stmi.bayern.de/sus/rettungswesen/index.php> in der Rubrik „Veröffentlichungen“ herunterladbar. Weitere Zahlen sind nicht verfügbar. Eine Umrechnung auf die Pilotregionen der Bereitschaftsdienstreform der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) ist nicht möglich.

Was die Arbeitsbelastung des rettungsdienstlichen Personals betrifft, so ist anzunehmen, dass diese durch steigende Einsatzzahlen auch steigt. Weitere Informationen hierzu liegen dem StMI nicht vor, da rettungsdienstliche Leistungen von den Durchführenden des Rettungsdienstes, also Hilfsorganisationen und privaten Unternehmen, im Auftrag der kommunalen Zweckverbände für Rettungsdienst- und Feuerwehralarmierung (ZRF) erbracht werden. Das StMI hat daher keine Möglichkeiten, Erhebungen zur Arbeitsbelastung anzustellen.

Ausfälle von Rettungsmitteln aufgrund von Krankheit oder anderen personellen Engpässen sind beim StMI nicht bekannt. Die Durchführenden des Rettungsdienstes haben in ihren Verträgen mit den für die Sicherstellung des Rettungsdienstes zuständigen ZRF üblicherweise Vertretungskonzepte und Ausfallsicherheiten zugesichert, sodass Vorkehrungen für den Ausfall von Personal getroffen sind.

Antwort

des Staatsministeriums des Innern und für Integration im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
vom 28.05.2018

1. **Zu den Vorhaltungsstunden im Rettungsdienst**
- Wie hat sich die Anzahl der Jahresvorhaltungsstunden im Rettungsdienst 2018 im Vergleich zu 2003, 2008 und 2013 insgesamt verändert?
 - Wie hat sich entsprechend die Zahl der Vorhaltungsstunden für die einzelnen Fahrzeugtypen entwickelt (Krankentransportwagen – KTW, Rettungswagen – RTW, Notarzteinsatzfahrzeuge – NEF, Intensivtransportwagen – ITW, Intensivtransporthubschrauber – ITH)?
 - Welche Zahlen liegen der Staatsregierung zur sogenannten Kreuzverwendung (Einsatz von RTW statt KTW etc.) der Rettungsmittel in Bayern in den letzten zehn Jahren vor?
2. **Zu den Einsätzen im Rettungsdienst**
- Wie hat sich die Zahl der Einsätze für die entsprechenden Fahrzeugtypen im Rettungsdienst 2018 im Vergleich zu 2003, 2008 und 2013 verändert (bitte dabei gesondert die Rettungsdienstbereiche ausweisen, die mit den Pilotregionen für die Bereitschaftsdienstreform der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns – KVB – korrespondieren)?
 - Welche Auswirkungen haben oben genannte Zahlen auf die Arbeitsbelastung (Arbeitsverdichtung), aufgliedert in die genannten Fahrzeugtypen?

3. **Zu dem Anrufaufkommen in den Integrierten Leitstellen (ILS)**

- a) **Wie hat sich das Anrufaufkommen in den ILS in dem Zeitraum von 2003 bis 2018 verändert?**

Die hier angefragten Zahlen und Informationen werden in den Integrierten Leitstellen (ILS) erfasst. Eine Weitergabe an das StMI erfolgt standardmäßig nicht. Die für die Beantwortung der Frage notwendigen Zahlen zu ermitteln, würde daher eine Abfrage in den 26 bayerischen ILS über die Daten für den Zeitraum von 15 Jahren erfordern. Dies kann mit verhältnismäßigem Aufwand und in einem annehmbaren Zeitrahmen nicht geleistet werden.

- b) **In welchem Umfang wurden rettungsdienstliche Einsätze durch die Leitstelle des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ausgelöst (falls vorhanden bitte mit statistischen Zahlen für die letzten fünf Jahre hinterlegen)?**
- c) **Welche Erkenntnisse liegen der Staatsregierung über das Anrufaufkommen von Patienten vor, die sich an eine ILS wenden, da die zuvor kontaktierte 116117 zu lange Wartezeiten mit sich gebracht hätte?**

Vorbemerkung:

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist gesetzliche Aufgabe der KVB. Hierzu zählt auch die Versorgung zu den an sich stundenfreien Zeiten (Bereitschaftsdienst), in Bayern zudem auch der bodengebundene Notarzteinsatzdienst, den die KVB gemäß § 75 Abs. 1b Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) in Ver-

bindung mit Art. 14 Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG) zusammen mit den ZRF sicherstellt. Als Selbstverwaltungskörperschaft nimmt die KVB diese Aufgaben in eigener Zuständigkeit und Verantwortung wahr.

Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) übt allein die Rechtsaufsicht über die KVB aus. Daher liegen dem StMGP auch keine entsprechenden eigenen Daten oder Erkenntnisse zur Beantwortung der Schriftlichen Anfrage vor. Insoweit wurde von der KVB als der zuständigen Behörde eine entsprechende Stellungnahme angefordert und der Beantwortung der jeweiligen Fragen zugrunde gelegt.

Zum besseren Verständnis der Stellungnahme der KVB ist vorab darauf hinzuweisen, dass – soweit die KVB Aussagen zu „Pilotregionen“ trifft – hiermit diejenigen Bereitschaftsdienstbereiche in Bayern gemeint sind, in denen die KVB die neuen Strukturen des Bereitschaftsdienstes zunächst erprobt hat bzw. weiterhin erprobt.

zu b):

Hierzu führte die KVB aus:

„Die Vermittlungs- und Beratungszentralen (VBZ) lösen primär nur dann rettungsdienstliche Einsätze aus, wenn diese indiziert sind. Grundlage zur Auslösung eines Notarzteeinsatzes ist der Notarztindikationskatalog des Bayerischen Staatsministeriums des Innern und für Integration. Zusätzlich erhalten die VBZ auch direkte Anweisungen von Bereitschaftsärzten, für den bereits vom Arzt behandelten Patienten ein Rettungsmittel (NA oder RTW) zu bestellen.“

Der Umfang der angeforderten Rettungsmittel seit 2013 war wie folgt:

2013:	Notarzt: 1,6 Prozent	RTW: 1,2 Prozent
	KTP: 0,6 Prozent	
2014:	Notarzt: 1,8 Prozent	RTW: 1,3 Prozent
	KTP: 0,6 Prozent	
2015:	Notarzt: 1,7 Prozent	RTW: 1,4 Prozent
	KTP: 0,6 Prozent	
2016:	Notarzt: 1,7 Prozent	RTW: 1,5 Prozent
	KTP: 0,7 Prozent	
2017:	Notarzt: 1,7 Prozent	RTW: 1,4 Prozent
	KTP: 0,8 Prozent	

Legende:

Notarzt = Notarzteeinsätze; RTW = Rettungswagen ohne Notarzt; KTP = Krankentransportanforderungen, nach ärztlicher Anweisung.

Die prozentualen Angaben beruhen auf den Gesamtanrufen des jeweiligen Jahres.

Beispiel: 2013 wurden 1,6 Prozent der gesamteingehenden Anrufe der 116117 als Notarztfälle eingeschätzt und direkt an die zuständige ILS abgegeben.“

zu c):

Hierzu führte die KVB aus:

„Hierüber liegen uns keine validen Zahlen vor. Eine Auswertung kann, wenn überhaupt, nur durch die Integrierten Leitstellen vorgenommen werden.“

Zu den Wartezeiten der 116117:

Die Wartezeiten der 116117 sind analog der Wartezeiten bei einem Anruf in einer niedergelassenen Arztpraxis zu sehen. Wenn es an bestimmten Tagen zur Hochlastzeit zu War-

tezeiten kommt, werden die Anrufer in eine Warteschleife aufgenommen. In der Warteschleife erhalten Patienten hilfreiche Hinweise zur ärztlichen Versorgung. Gehfähige Patienten erhalten bereits als Vorabansage eine in der Nähe befindliche geöffnete Bereitschaftspraxis. Somit wird schnell und effektiv die in der Regel gewünschte Information bereitgestellt. Jeder Patient, der den ärztlichen Bereitschaftsdienst erreichen will, erreicht diesen auch, da die VBZ rund um die Uhr an allen Tagen des Jahres kostenfrei erreichbar ist. Selbst in Ausnahmesituationen, in denen die Warteschleife so gefüllt ist, dass ein Anrufer nicht direkt in die Warteschleife gelangt, wird kein Besetztzeichen gesendet, sondern der Anrufer gebeten, zu einem späteren Zeitpunkt erneut anzurufen. Hier erfolgt ebenfalls ein Hinweis, dass bei einem lebensbedrohlichen Fall der Notruf 112 zu wählen ist. Der ärztliche Bereitschaftsdienst stellt die ärztliche Versorgung auch außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten der Praxen sicher. Für alle Erkrankungen, die normalerweise die Behandlung eines niedergelassenen Arztes in dessen Praxis erfordern, deren Behandlung aber aus medizinischen Gründen nicht bis zur nächsten Öffnung der Praxis warten kann, ist der ärztliche Bereitschaftsdienst zuständig. Daher gibt es auch für den ärztlichen Bereitschaftsdienst keine Hilfsfristen, wie diese für den Rettungsdienst gesetzlich vorgeschrieben sind.

Es ist anzumerken, dass die durchschnittliche Wartezeit für durch die VBZ bearbeitete Anrufe im vergangenen Jahr bei 47 Sekunden lag. Selbst während der erst kürzlich zurückliegenden Grippewelle, im Zeitraum Januar 2018 bis März 2018, betrug die durchschnittliche Wartezeit der bearbeiteten Anrufe in diesen Monaten zwischen 36 Sekunden im Januar und 266 Sekunden im März. Die Wartezeiten können zu Spitzenlastzeiten höher sein als die Durchschnittswerte.“

Zur Verfügbarkeit entsprechender Zahlen in den ILS verweist das StMI auf die Antwort zu Frage 3 a.

4. Zur personellen Situation der Rettungsdienste

a) **Wie gestaltet sich derzeit die personelle Situation der Rettungszweckverbände (bitte Nennung der Zahl der Planstellen sowie der offenen unbesetzten Stellen unter gesonderter Ausweisung der Qualifikation Rettungssanitäter und Rettungsassistent)?**

b) **Welche Auswirkungen hat der zu besetzende Fahrdienst des ärztlichen Bereitschaftsdienstes auf die personelle Lage der Rettungsdienste?**

c) **Wie bewertet die Staatsregierung die personelle Ausstattung vor dem Hintergrund der Arbeitsbelastung (bitte unter Angabe möglicher Strategien und Zielmarken im Personalbereich)?**

Bei den ZRF handelt es sich um kommunale Strukturen. Informationen über die Personalplanung der Kommunen liegen beim StMI deswegen nicht vor. Im Übrigen werden rettungsdienstliche Leistungen nicht von den ZRF selbst erbracht. Die ZRF beauftragen vielmehr die Durchführenden des Rettungsdienstes, d. h. Hilfsorganisationen und private Unternehmer nach Art. 13 BayRDG mit der Erbringung der rettungsdienstlichen Leistungen. Informationen über die Personalplanung der Durchführenden des Rettungsdienstes liegen beim StMI deswegen nicht vor.

Zur Auswirkung des zu besetzenden Fahrdienstes des ärztlichen Bereitschaftsdienstes auf die personelle Lage

der Rettungsdienste hat die KVB darauf hingewiesen, dass ihr dazu nichts bekannt ist. Die Vergabe der Fahrdienstleistungen erfolgt auf Basis einer öffentlichen Ausschreibung. Bei der Ausschreibung kann sich jeder Anbieter bewerben, der die Voraussetzung zur Eignung erfüllt. Aktuell hat die KVB verschiedene Vertragspartner. Diese sind unter anderem das Bayerische Rote Kreuz sowie private Rettungsdienste oder geeignete Fahrdienste mit medizinisch qualifiziertem Personal.

5. Zu Strategien der Arbeitsentlastung

a) Welche Maßnahmen plant die Staatsregierung, um den Rettungsdienst von Einsätzen außerhalb der Akutversorgung zu entlasten?

Der Bedarf der Bevölkerung nach medizinischer Versorgung in verschiedenen Ausprägungen lässt sich nicht vorgeben. Eine Inanspruchnahme des Rettungsdienstes für Einsätze außerhalb seiner Kernaufgabe, der Notfallrettung, ist gegeben. Der Umfang und die Zuordnung dieser Einsätze zu anderen Aufgabenträgern sind nicht wissenschaftlich untersucht und daher nicht bekannt. Dennoch gibt es Überlegungen, wie Abhilfe oder Erleichterung für den Rettungsdienst geschaffen werden kann. Exemplarisch sind hierfür die Überlegungen des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Dieses Gutachten soll im Sommer vorgelegt werden und geeignete Maßnahmen vorschlagen. Es wird zu prüfen sein, inwieweit sich diese Maßnahmen umsetzen lassen; die Problematik ist aufgrund sehr zahlreicher Beteiligter (KVB, Krankenhäuser, Ärzteschaft, Kommunen, staatliche Stellen des Bundes) sehr vielschichtig.

Neben diesen grundlegenden Ansätzen verfolgt das StMI diverse andere Ansätze, die den Rettungsdienst flexibilisieren und entlasten sollen, so z. B. die Erweiterung der Kompetenz der Notfallsanitäter durch die sogenannte Delegation oder telemedizinische Projekte, wie z. B. den Telenotarzt, der derzeit im Rettungsdienstbereich Straubing erprobt wird.

b) In welchen Bereichen hält es die Staatsregierung für geboten, Änderungen an der Vorhaltung (personell und Fahrzeuge) vorzunehmen, um steigende Belastungen abzufedern?

Die Ermittlung der rettungsdienstlichen Vorhaltung erfolgt bayernweit einheitlich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Nach Art. 7 Abs. 2 BayRDG ist die Vorhaltung am rettungsdienstlichen Bedarf auszurichten. Dieser wird durch das regelmäßige Einsatzaufkommen, saisonale Schwankungen sowie die besonderen Bedingungen des Einsatzbereichs bestimmt. Aufgrund der sich stetig ändernden Anforderungen an den Rettungsdienst, wie beispielsweise ein steigendes Einsatzaufkommen, ist jedoch eine kontinuierliche Überprüfung des rettungsdienstlichen Bedarfes vorzunehmen. Die nach Art. 4 Abs. 1 und Abs. 3 sowie Art. 5 BayRDG für die Versorgungsplanung zuständigen ZRF lassen deswegen die rettungsdienstlichen Strukturen in ihrem Zuständigkeitsbereich im Rahmen der Trend- und Strukturanalyse (TRUST) in regelmäßigen Abständen gutachterlich untersuchen. Kommt das Gutachten zum Ergebnis, dass die

Vorhaltung erhöht werden muss, so wird dies von den ZRF regelmäßig zeitnah umgesetzt.

6. Zu den Notaufnahmen in Bayern

a) Wie hat sich die Inanspruchnahme der Notaufnahmen in den bayerischen Krankenhäusern in den letzten zehn Jahren verändert (bitte wenn vorhanden getrennte Betrachtung von städtischen, kleinstädtischen und ländlichen Bereichen)?

b) Wie hat sich im Bereich der stationären Aufnahme der Anteil der sogenannten ambulant sensitiven Fälle in den letzten zehn Jahren in Bayern entwickelt (bitte auch unter Darstellung der Erhebungsmöglichkeiten derartiger Einstufungen anhand von Diagnosen)?

Zahlen zur Inanspruchnahme der Notaufnahme werden im Rahmen der amtlichen Statistik (Krankenhausstatistik) nicht erhoben.

Insbesondere die Angabe, ob die dort einlaufenden Patienten im Anschluss stationär oder ambulant behandelt wurden, würde einen erheblichen Erfassungsaufwand erfordern, wie bereits 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 mit einer nach Auffassung der Gutachter „außergewöhnlich breiten Datengrundlage“ nur eine Abschätzung und keine Aussage zur statistischen Repräsentativität möglich. Nach dieser bundesweit durchgeführten Befragung wurden durchschnittlich etwa 38 Prozent der Notfallpatienten stationär aufgenommen. 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“ eingestuftten Patienten an den insgesamt stationär aufgenommenen Patienten an. Im Jahr 2009 wurden in Bayern 34,1 Prozent der Fälle nach den InEK-Daten (InEK = Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) als Notfälle stationär aufgenommen; im Jahr 2013 wurden 42,2 Prozent der Fälle nach den InEK-Daten als Notfälle stationär aufgenommen; im Jahr 2014 42,6 Prozent, im Jahr 2015 43,9 Prozent sowie im Jahr 2016 46,0 Prozent.

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.

Ergänzend führte die KVB hierzu aus:

„Seit 2010 ist die Anzahl der Fälle in den Notfallaufnahmen der Kliniken um über 30 Prozent gestiegen.“

Der Grund für die gestiegene Belastung der Notaufnahmen liegt unseres Erachtens in einer veränderten Erwar-

tungshaltung an die Verfügbarkeit medizinischer Leistungen. Gemäß unseren Fallzahlen gibt es eine relativ gleichmäßige Inanspruchnahme der Krankenhäuser – auch zu den regulären Sprechstundenzeiten der Praxen. Dies deutet darauf hin, dass ein bestimmter Anteil der Bevölkerung zur medizinischen Abklärung routinemäßig direkt die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsucht, anstatt einen ambulant tätigen Haus- oder Facharzt zu konsultieren, der hierfür eigentlich zuständig ist.

Wir stellen jedoch in unseren Pilotregionen fest, dass die Fallzahlen der Kliniken zu den Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxen rückläufig sind (siehe Antwort zu Frage 7 a). Diesen Effekt wollen wir mit dem bis Ende November 2018 abgeschlossenen Rollout, das dem System der bewährten Pilotregionen entspricht, flächendeckend erreichen.“

c) Welche Erhebungen liegen der Staatsregierung vor, die sich mit der Entwicklung der Notarztversorgung, einschließlich -ausbildung in Räumen ohne Maximalversorgungskliniken mit Notaufnahmen und Intensivstationen, beschäftigen?

Hierzu führte die KVB aus:

„Soweit Notfallpatienten nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGBV Anspruch auf ärztliche Behandlung haben, ist diese – mit Ausnahme der Behandlung durch im Luftrettungsdienst mitwirkende Ärzte – Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und von der KVB sicherzustellen. Insgesamt gibt es in Bayern 229 Notarztstandorte, die idealerweise rund um die Uhr besetzt sind. Eine Auswertung aller gemäß Dienstplan im Jahr 2017 in ganz Bayern vorzuhaltenden Dienststunden hat ergeben, dass die Besetzungsquote bei 98,2 Prozent lag. Diese Quote konnte im bisherigen Verlauf des Jahres 2018 sogar auf 98,5 Prozent verbessert werden.

Die Anzahl der Notarzteinsätze in Bayern ist zwischen den Jahren 2011 und 2015 um fast 10 Prozent gestiegen. In den Jahren 2016 und 2017 ist sie leicht gesunken. Die Anzahl der Notarzteinsätze in den Pilotregionen korrelierte in den Jahren 2016 und 2017 mit dem bayernweiten Trend. Dieser bewegte sich in Bayern in den Quartalen 01/2016 bis 04/2017 (jeweils Vergleich zum Vorjahresquartal) zwischen -4,7 und 1,8 Prozent. In den Pilotregionen lag die Schwankungsbreite zwischen -3,7 und 3,4 Prozent. Somit kann eine Verschiebung von Bereitschaftsdienstfällen in den Notarzt-dienst ausgeschlossen werden.“

7. Zu der Auswirkung von Bereitschaftspraxen an Kliniken

a) Welche Erkenntnisse liegen der Staatsregierung aus den Pilotregionen der Bereitschaftsdienstreform hinsichtlich der erwarteten Entlastung der Notaufnahmen vor?

Hierzu führte die KVB aus:

„In nahezu allen Kliniken in den Pilotregionen mit Anbindung einer Bereitschaftspraxis gehen die Fallzahlen während der Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxis zurück. Über alle Kooperationskliniken hinweg sind die Fallzahlen während dieser Zeiten im Vergleich von Quartal 01/2017 zu Quartal 01/2015 um 14 Prozent zurückgegangen. Dies stellt in der Kürze der Zeit bereits eine eindeutige Entlastung der Notaufnahmen dar. Der Rollout der neuen Strukturen im Be-

reitschaftsdienst wird Ende 2018 abgeschlossen sein. Bis dahin werden ca. 110 Bereitschaftspraxen angebunden sein und zu einer Flächendeckung im Freistaat führen. Zukünftig verspricht dies ein weiteres Entlastungspotenzial für die Notaufnahmen.“

b) Welche Erkenntnisse liegen der Staatsregierung aus den bisherigen Erfahrungen der Bereitschaftsdienstreform hinsichtlich Doppelbehandlungen in Bereitschaftspraxis und Notaufnahmen vor?

Hierzu führte die KVB aus:

„Unter dem Begriff ‚Doppelbehandlung‘ verstehen wir, dass die gleiche medizinische Leistung mehr als einmal erbracht wird. Dies ist aus unserer Sicht unerwünscht. Vor diesem Hintergrund möchten wir begrifflich von ‚Doppelkontakten‘ sprechen. ‚Doppelkontakte‘ unterscheiden sich von ‚Doppelbehandlungen‘ dahin gehend, dass sie erwünscht sind, da der ‚Zweitkontakt‘ eine ergänzende Leistung zum ‚Erstkontakt‘ darstellt. Hier wird gerade das Synergiepotenzial der räumlichen Nähe zwischen Bereitschaftspraxis und Notfallambulanz deutlich. Durch diese hat der Patient die Möglichkeit, zunächst in der Bereitschaftspraxis behandelt zu werden und im Bedarfsfall anschließend einer spezialisierteren Versorgung zugeführt zu werden. Ebenso ist die Patientensteuerung auch in die andere Richtung möglich.

In Summe verzeichnen wir in den Pilotregionen einen geringen Anteil an Doppelkontaktfällen.“

c) Welche Erkenntnisse liegen der Staatsregierung hinsichtlich der Wiederholung von bereits im Bereitschaftsdienst durchgeführter Diagnostik durch Praxen von niedergelassenen Ärzten vor?

Hierzu führte die KVB aus:

„Der ärztliche Bereitschaftsdienst stellt die ärztliche Versorgung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten sicher und ist – nur – auf die Notfall-Erstversorgung ausgerichtet. Dabei werden Patienten mit akuten Erkrankungen/Beschwerden versorgt, die normalerweise die Behandlung eines niedergelassenen Arztes in dessen Praxis erfordern, aber bei denen die Behandlung/Versorgung aus medizinischen Gründen nicht bis zum nächsten Tag (bis zur regulären Sprechstunde) warten kann. (Spezielle) diagnostische Maßnahmen bilden im Bereitschaftsdienst in der Regel die Ausnahme (vgl. hierzu auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – BSG –, z. B. BSG vom 12.12.2012, B 6 KA 5/12 R).“

8. Zu den finanziellen Auswirkungen der Bereitschafts- und Rettungsdienstreform

a) Wie hoch schätzt die Staatsregierung die Kosten für die Umgestaltung des Bereitschafts- und Rettungsdienstes in Bayern ein (bitte gesonderte Betrachtung für die gesetzlichen Krankenversicherungen, die Rettungszweckverbände und die Krankenhäuser)?

Da die Organisation und Durchführung des Bereitschaftsdienstes sowie dessen Reformierung Selbstverwaltungsaufgaben der KVB sind und die Reform bislang auch noch nicht abgeschlossen ist, kann die Staatsregierung die Kosten der Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes nicht abschätzen.

Ergänzend teilte die KVB im Rahmen der eingeholten Stellungnahme diesbezüglich Folgendes mit:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden nach § 75 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2 SGB V vom Gesetzgeber beauftragt, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und die Gewähr zu übernehmen, dass sie den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Hierzu gehört auch die Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Durchführung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Die Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrages obliegt damit einzig und allein der Selbstverwaltung der KVB. Durch die Vertreterversammlung der KVB als oberstem Organ der Selbstverwaltung wurde die Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes durch entsprechende Beschlussfassungen unter vorheriger Einbindung aller erforderlicher Gremien (z. B. Finanzausschuss) herbeigeführt.

Darüber hinaus obliegt die Verantwortlichkeit der Prüfung der Umsetzung der gesetzlichen Aufgaben und Verwendung der Mittel durch die KVB dem Landesprüfungsamt als Aufsichtsbehörde. Das Landesprüfungsamt hat in den Jahren 2016/2017 im Rahmen der Aufsichtsprüfung nach § 274 Abs. 1 SGB V auch die Umgestaltung (Organisation und Weiterentwicklung) des ärztlichen Bereitschaftsdienstes geprüft. Im Ergebnis (Abschlussbericht vom 15.11.2017) ist festgehalten, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst entsprechend der gesetzlichen Vorgaben ordnungsgemäß organisiert ist.“

Da derzeit keine konkrete Rettungsdienstreform geplant ist noch zuletzt eine solche durchgeführt wurde, sind diesbezüglich keine Kosten zu berechnen.

b) Wie bewertet die Staatsregierung die nun durchgeführte Reform aus finanzieller Sicht im Vergleich zu möglichen alternativen Versorgungskonzepten, die beispielsweise auch bestehende vorhandene regionale Strukturen berücksichtigen?

Da die Organisation und Durchführung des Bereitschaftsdienstes sowie dessen Reformierung Selbstverwaltungsaufgaben der KVB sind und die Reform bislang auch noch nicht abgeschlossen ist, kann die Staatsregierung die Kosten der Umgestaltung des Bereitschaftsdienstes nicht abschätzen. Dies gilt umso mehr für einen Vergleich mit Kosten hypothetischer Gestaltungs- bzw. Organisationsalternativen, da nicht beurteilt werden kann, wie und mit welchem Aufwand sich diese in ein bayernweit funktionsfähiges Gesamtkonzept einbinden lassen würden.

Im Hinblick auf eventuelle Mehrkosten von unterschiedlichen Organisationsvarianten des Bereitschaftsdienstes ist jedoch Folgendes anzumerken: Die Auswahl zwischen unterschiedlichen möglichen Organisationsvarianten für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst ist von der Selbstverwaltungskompetenz der KVB umfasst. Entsprechende Fragen sind von der KVB daher ausschließlich in eigener Zuständigkeit zu klären. Die Zweckmäßigkeit einzelner Organisationsentscheidungen entzieht sich einer rechtsaufsichtlichen Bewertung durch das StMG.

Solange eine gewählte Organisationsform zur Zweckerreichung nicht per se ungeeignet ist, kann sie von den Entscheidungsgremien der KVB grundsätzlich auch dann gewählt werden, wenn dies zu Mehrausgaben gegenüber anderen denkbaren Organisationsstrukturen führt. Zwar dürfen Mehrausgaben nicht ausschließlich willkürlich und ohne jegliche inhaltliche Rechtfertigung in Kauf genommen werden. Solange damit aber ein bestimmter, von der KVB selbst zu gewichtender Zweck verfolgt wird, muss nicht zwingend die preiswerteste Organisationsalternative gewählt werden.

Es ist nicht erkennbar, dass die derzeit von der KVB angestrebten Organisationsstrukturen des Bereitschaftsdienstes zur mittel- und langfristigen Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes in Bayern generell ungeeignet wären. Auch verfolgt die KVB mit den einzelnen Elementen der Organisation des Bereitschaftsdienstes – wie etwa dem Fahrdienst oder der Vergrößerung der Bereitschaftsdienstbereiche – bewusst gewählte Ziele (z. B. Sicherheitsaspekte, Reduzierung von Dienstfrequenzen u. a. auch zur besseren Nachwuchsgewinnung, Akzeptanzsteigerung u. Ä.).

Ob und inwieweit diese Ziele entsprechende Mehrausgaben rechtfertigen, ist als reine Zweckmäßigkeitserwägung einer rechtsaufsichtlichen Würdigung nicht zugänglich. Vielmehr ist es eigenverantwortliche Aufgabe der zuständigen Entscheidungsgremien innerhalb der KVB und dabei allen voran der dortigen Vertreterversammlung, dies im Rahmen ihrer Zuständigkeit für Grundsatzentscheidungen der Körperschaft sowie für die Haushaltsplanung und -überwachung zu gewichten und zu entscheiden. Anhaltspunkte, die einen generell unververtretbaren Umgang der KVB mit den ihr zur Verfügung stehenden Finanzmitteln darstellen könnten, konnten bislang nicht festgestellt werden.

Im Rahmen der eingeholten Stellungnahme führte die KVB ergänzend Folgendes aus:
„Unserer Meinung nach sollte mit der sich in der Umsetzung befindlichen Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes nicht einzig der finanzielle Aspekt betrachtet werden, zumal der Bereitschaftsdienst bereits vor der Reform Kosten verursachte, also finanzielle Mittel erforderte. Unabhängig davon war die Organisation des Bereitschaftsdienstes in der Vergangenheit weitestgehend dezentral geregelt. Aufgrund der demografischen Entwicklung der niedergelassenen Vertragsärzte war es dringend erforderlich, zukunftsfähige Strukturen im Bereitschaftsdienst zu schaffen. In dem Zusammenhang ist ganz Bayern im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung durch den organisierten Bereitschaftsdienst zu betrachten. Kleinräumige Betrachtungen („Insellösungen“) stellen nach unseren Analysen keine langfristig zukunftssträchtige Lösung dar. Durch die neuen Strukturen wird gemäß dem gesetzlichen Auftrag die Sicherstellung der Versorgung außerhalb der regulären Sprechzeiten einheitlich flächendeckend für ganz Bayern zum einen für die Bevölkerung und zum anderen unter zumutbaren Bedingungen für die diensthabenden Ärzte gewährleistet.“

Wesentlich ist für uns demnach die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages, in diesem Fall die Sicherstellung der

ärztlichen Versorgung auch außerhalb der üblichen Sprechzeiten (ärztlicher Bereitschaftsdienst). Dabei stehen für uns folgende Faktoren – unter Berücksichtigung ergänzender gesetzlicher Vorgaben (z. B. Krankenhausstrukturgesetz u. a.) – im Vordergrund:

- medizinisch ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten;
- zumutbare Belastung der Ärzte, die den Bereitschaftsdienst verrichten, und zwar für ganz Bayern, insbesondere in ländlichen Regionen;
- Gewährleistung der Sicherheit der Ärzte im Fahrdienst (organisiert mit Fahrer);
- Kooperation mit Krankenhäusern zur Etablierung von Bereitschaftspraxen bzw. fakultative Einbindung in den organisierten Bereitschaftsdienst;
- dadurch Entlastung der Notfallambulanzen von Fällen, die grundsätzlich von niedergelassenen Vertragsärzten in der Praxis zu versorgen wären;

- Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen, um den ärztlichen Nachwuchs zu fördern (Abbau unzumutbarer Belastungen im Bereitschaftsdienst, die junge Ärztinnen und Ärzte häufig von einer Niederlassung abhielten).

Mit der Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes kommt die KVB ihrem gesetzlichen Auftrag – unter Beachtung des nach Haushaltsrecht geltenden Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit – nach. Alle Maßnahmen wurden von den verantwortlichen Organen der KVB beschlossen, ebenso die dafür erforderlichen finanziellen Mittel.“

Es ist derzeit keine konkrete Rettungsdienstreform geplant noch wurde zuletzt eine solche durchgeführt.