

Redner zu nachfolgendem Tagesordnungspunkt

Vierte Vizepräsidentin Ulrike Gote

Abg. Kathrin Sonnenholzner

Abg. Bernhard Seidenath

Abg. Dr. Karl Vetter

Abg. Ulrich Leiner

Abg. Jürgen Baumgärtner

Staatsministerin Melanie Huml

Vierte Vizepräsidentin Ulrike Gote: Ich rufe den **Tagesordnungspunkt 15** auf:

Beratung der zum Plenum eingereichten Dringlichkeitsanträge

Dringlichkeitsantrag der Abgeordneten Markus Rinderspacher, Kathrin

Sonnenholzner, Ruth Müller u. a. und Fraktion (SPD)

Notfallversorgung in bayerischen Krankenhäusern sicherstellen! (Drs. 17/5402)

Ich eröffne die Aussprache. – Erste Rednerin ist die Kollegin Sonnenholzner. Bitte schön.

(Bernhard Roos (SPD): Wegen Überfüllung geschlossen!)

Kathrin Sonnenholzner (SPD): (Von der Rednerin nicht autorisiert) – Ja, Herr Kollege, Sie haben recht, dass die Dringlichkeit des Themas in der Bevölkerung tatsächlich besser erkannt wurde.

Frau Präsidentin, Kollegen und Kolleginnen! Wenn man die Menschen fragt, was ihnen bei der medizinischen Versorgung wichtig ist, kommt die Notfallversorgung an erster Stelle, weil alle selbstverständlich die Sicherheit haben wollen, dass dann, wenn es brennt oder gar eine lebensbedrohliche Situation vorliegt, eine schnelle und auch gute Versorgung stattfinden kann. Dafür gibt es im deutschen Gesundheitssystem drei Säulen, nämlich den ärztlichen Bereitschaftsdienst, die stationäre Notaufnahme und den Rettungsdienst, mit klaren Kompetenzzuschreibungen.

Vor einigen Wochen gab es wegen Überlastung der stationären Notaufnahme massive Alarmrufe. Das Klinikum Nürnberg ist da dankenswerterweise vorgeprescht. Aber das war nur ein Beispiel für die tatsächliche Situation in vielen deutschen Notaufnahmen. Ich gebe gerne zu, dass wir aktuell eine ganz besondere Situation haben, weil die Grippewelle – dabei muss ich sagen, dass Grippepatienten in den meisten Fällen eigentlich keine Fälle für stationäre Notaufnahmen sind – in den Notaufnahmen zu viel mehr Patienten führt und auf der anderen Seite beim Personal Lücken reißt, also mehr

Patienten weniger Personal gegenübersteht. Es ist klar, dass das eine Sondersituation ist.

Heute Früh war im "Morgenmagazin" zu sehen, was an der Uniklinik Erlangen geleistet werden muss. Aber auch wenn wir jetzt eine Extremsituation oder eine Ausnahmesituation haben, ist die Steigerung der Patientenzahlen in Deutschland und auch in bayerischen Notaufnahmen ein generelles Problem. Im Klinikum Fürstentfeldbruck betrug die Steigerung zwischen 2012 und 2013 17 % und zwischen 2013 und 2014 9 %. Dabei sind die Bevölkerungszahl und die Zahl der Erkrankungen nicht entsprechend gestiegen, sondern es gibt einfach eine stärkere Inanspruchnahme der Notaufnahmen.

Ungefähr 50 % der Aufnahmen bedürfen einer stationären Behandlung; das heißt, sie sind dort richtig. Aber im Umkehrschluss heißt es eben auch, dass 50 % nicht aufgenommen und nicht oder zum großen Teil dort gar nicht behandelt werden müssten. Warum ist es trotzdem so? - Ein Grund ist, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst wenig bekannt und wenig beliebt ist. Jetzt frage ich Sie einmal – ich weiß nicht, ob ich das darf, Frau Präsidentin, und tue es trotzdem –: Wer von Ihnen kann mir außer dem Kollegen Vetter die Telefonnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes hier nennen? – Nur der Kollege Streibl bekommt ein Fleißbildchen. Aber, ich gestehe, ehrlich gesagt, dass ich sie auch nachschauen musste. Das ist einer der Gründe, dass man ins Krankenhaus fährt, bevor man nach der Nummer sucht.

Ein anderer Grund ist, dass Praxiszeiten heute häufig nicht mehr den Bedürfnissen der Arbeitswelt entsprechen, dass Leute also gar nicht mehr in die Praxen kommen, weil sie vielfach noch arbeiten, auch wenn sie krank sind.

Es besteht dringender Handlungsbedarf, und deswegen fordert unserer Antrag vor allen Dingen einen Runden Tisch beim Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, der viele Fragen zu behandeln hat, zum Beispiel, wie wir flächendeckend und nachhaltig eine Notfallversorgung in Bayern garantieren, wie gewährleistet werden kann,

dass in den stationären Notaufnahmen ausreichend Zeit für die wirklichen Notfälle bleibt und wie die Aufgaben zwischen den einzelnen Beteiligten geregelt sind. Selbstverständlich funktioniert das nur sektorenübergreifend.

Deswegen freue ich mich sehr, Herr Ministerpräsident, dass Sie heute da sind; denn Ihre Paragrafenbremse blockiert seit mindestens zwei Jahren die Landesverordnung für ein Landesgremium nach § 90 a SGB V, mit dem wir endlich die Bedarfsplanung regeln könnten. Das gilt auch für die Notfallversorgung. Vielleicht überlegen Sie sich das an dieser Stelle noch einmal.

(Beifall bei der SPD)

Wie muss die Finanzierung der Notaufnahme geregelt werden? Muss man nur umschichten, weil auch die Patienten umgeschichtet werden, oder braucht man mehr? Hier spielt auch die Frage der Best-Practice-Beispiele herein. Wir haben viele gut funktionierende Bereitschaftspraxismodelle an Krankenhäusern. Da muss man sich einmal genau anschauen, ob sie tatsächlich funktionieren und ob es in solchen Notaufnahmen weniger Fälle gibt als dort, wo es sie nicht gibt. Brauchen wir unter Umständen langfristig sogar neue oder neue alte Strukturen wie eine Poliklinik, wenn die KV den Bereitschaftsdienst auf dem Land nicht mehr gewährleisten kann? Welche Steuerungsmöglichkeiten – die Frage geht an Sie, Frau Ministerin – gibt es in der Krankenhausplanung zumindest für die Zukunft? Ich darf an dieser Stelle schon sagen, dass die Bayerische Staatsregierung bei der Krankenhausplanung noch viel, viel Luft nach oben hat.

Ich halte die Fragen, die ich aufgezählt habe, und die Fragen in unserem Antrag, die ich jetzt nicht einzeln vorlesen werde und die den zweiten Teil des Antrags, nämlich einen Bericht an den Ausschuss, enthalten, für wichtig und bitte um Zustimmung zu dem Antrag auf Drucksache 17/5402.

(Beifall bei der SPD)

Vierte Vizepräsidentin Ulrike Gote: Vielen Dank, Frau Kollegin Sonnenholzner. – Unser nächster Redner ist der Kollege Seidenath. Bitte schön.

Bernhard Seidenath (CSU): Sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrter Herr Ministerpräsident, meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen! Mit dem Dringlichkeitsantrag spricht die SPD ein wichtiges Thema an, das uns, die CSU-Fraktion, ebenfalls seit Monaten umtreibt, nämlich die Behandlung von Notfallpatienten in den Krankenhäusern in Bayern. Wir werden deshalb einem Bericht der Staatsregierung über die Entwicklung in den letzten Jahren und auch der Einrichtung eines Runden Tisches zu dieser Frage gerne zustimmen.

Die Situation hat sich aktuell massiv zugespitzt. Die Grippewelle hat nicht nur mehr Patienten zur Folge, sondern hat auch das Personal in den Krankenhäusern in Mitleidenschaft gezogen. Allerdings erscheint es uns zu drastisch, von einem Notstand zu sprechen. Wir haben eine Extremsituation, und wir haben ein strukturelles Problem, das man aber nicht allgemein als Notstand bezeichnen kann. Deswegen bitten wir Sie um eine Umformulierung des Antrags, indem wir zum einen die Vokabel "Notstand" durch die Vokabel "Extremsituation" ersetzen und zum zweiten von der Erarbeitung von Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der Situation sprechen, damit wir auch hier die Vokabel "Notstand", die aus unserer Sicht für die Situation nicht angebracht ist, umgehen können.

Wie schätzen wir aber die aktuelle Situation und das grundlegende Problem, von dem ich vorhin gesprochen habe, ein? Wenn man mit Notärzten spricht, dann hört man, dass die Zahl der Krankenhäuser, die im Freistaat Bayern zur Behandlung von Notfallpatienten zur Verfügung stehen, im Laufe eines Tages deutlich schwankt. Nicht selten haben sich am späten Nachmittag bis zu einem Viertel der bayerischen Krankenhäuser bei den Integrierten Leitstellen von der Notfallversorgung abgemeldet mit der Folge, dass sie von den Rettungswagen nicht mehr angefahren werden. Das ist ein Zustand, dem abgeholfen werden sollte; Abhilfe wäre für alle Seiten gut. Die Patienten würden profitieren, da ihnen Wege im Rettungswagen, die länger als nötig sind, er-

spart bleiben, die einzelnen Krankenhäuser würden profitieren, da sie durch die Aufnahme von Notfallpatienten eigene Einnahmen generieren könnten, und das Gesundheitssystem als Ganzes würde profitieren, da der Rettungswagen nicht unbedingt ein höher versorgendes Krankenhaus ansteuern müsste. Die Behandlung in den maximal versorgenden Krankenhäusern ist ja regelmäßig teurer als die Behandlung in Krankenhäusern niedrigerer Versorgungsstufen.

Gerade der Aspekt des möglichst kurzen Weges für die Patienten ist ganz wichtig und einer, der uns hier umtreiben muss; denn Rettungsdienst und aufnehmende Klinik sind Teile der Rettungskette, die ganzheitlich betrachtet werden muss. Wir brauchen eine enge Verzahnung zwischen Präklinik und Notfallklinik, eine engere noch als bisher, und der Faktor Zeit ist für die Behandlung vieler Notfallpatienten – ich nenne jetzt nur die drastischen Fälle: Schlaganfall, Herzinfarkt, Schädel-Hirn-Trauma, auch Polytrauma – ganz entscheidend. "Time is brain." Das ist etwa beim Schlaganfall so. Deswegen sollte das präklinische Zeitintervall auch nicht mehr als eine Stunde betragen. Die Experten sprechen von der "golden hour". Hier kämpfen wir also um jede Sekunde, und dies gerade im Rettungsdienst, auch mit Hilfe der Telemedizin, wie beim Schlaganfall bereits an vielen Orten in Bayern praktiziert. Wir wollen künftig auch die neuen Möglichkeiten der Digitalisierung bei der Ersten Hilfe besser als bisher einsetzen. Insofern gibt es genug Möglichkeiten, aber Sie sehen schon: Es kommt auf jede Minute an. Dann ist es bitter, wenn ein weiter entferntes Haus angefahren werden muss und durch den längeren Transport wertvolle Zeit verloren geht.

Auch wenn meine Beispiele – Schlaganfall, Herzinfarkt usw. – in der Regel die maximal versorgenden Häuser betreffen, so gilt die Erkenntnis, dass es auf jede Minute ankommt, auch für die übrigen Notfälle.

Was ist die Lösung für dieses Problem? - Die Krankenhausplanung sollte berücksichtigen und nachvollziehen, dass es zur Qualität eines Krankenhauses gehört, zur Notfallversorgung bereit und imstande zu sein, und das möglichst rund um die Uhr. Diese Leistungsfähigkeit könnte die Staatsregierung durchaus zur Voraussetzung für die

Aufnahme in den Krankenhausplan des Freistaates Bayern machen. In Frage sechs des Berichtsantrags wird dieses Thema ebenfalls angesprochen.

Wichtiger aber als diese Planung ist die Finanzierung. Diesbezüglich hat sich auf Bund-Länder-Ebene einiges getan. Es gibt die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform, die am 5. Dezember 2014 ihre Eckpunkte vorgelegt hat. Hier versucht man, über Geld zu steuern und auch Anreize zu schaffen. Grundlage hierfür war der Koalitionsvertrag auf Bundesebene zwischen CSU, CDU und SPD, der schon festgehalten hat, es sei zu überprüfen, ob für Krankenhäuser die Vorhaltekosten insbesondere für die Notfallversorgung aktuell ausreichend finanziert werden. Mit den Vorhaltekosten hat sich auch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe befasst. Unsere Gesundheitsministerin Melanie Huml war dabei. Es werden nun Zuschläge für die Krankenhäuser geplant, die Notfallstrukturen vorhalten, und Abschläge für die Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen. Krankenhäuser mit einem großen Umfang an diesen Notfallstrukturen sollen besser gestellt werden als Krankenhäuser mit einem geringeren Umfang.

Diese Eckpunkte müssen jetzt umgesetzt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bis zum Ende des Jahres 2016 Zeit, ein gestuftes System vorzulegen, beginnend bei den Mindestvoraussetzungen für die Grundstrukturen bis hin zur Rundumversorgung der maximalversorgenden Kliniken. Bis zum 30. Juni 2017 sollen dann diese Zu- und Abschläge bestimmt werden. Die Länder sollen auf dieser Grundlage planungsrechtlich bestimmen können, welche Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen.

Dies sind gute und vernünftige Hebel: über die Finanzierung und über einen Nachvollzug des gestuften Systems in der Krankenhausplanung.

Frau Sonnenholzner hat es gerade angesprochen: Nicht nur die stationäre Versorgung ist wichtig, sondern auch der ambulante Bereich; denn viele Patienten müssten nicht stationär versorgt werden. Die ambulante Betreuung muss funktionieren. Das

klingt auch in Ihrer Frage fünf an, in der eine Zusammenlegung von ärztlichem Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahme angedacht wird. Wir als CSU-Fraktion haben hierzu einen Antrag eingebracht, der schon im System des Landtags zu finden ist und der, soweit ich weiß, in der nächsten Sitzung des Gesundheitsausschusses zur Sprache kommen wird. Hierbei handelt es sich um die Drucksache 17/5340.

Erste Anlaufstelle ist demnach der niedergelassene Arzt. So ist es, und so soll es bleiben. Hier hat die KV ihren Sicherstellungsauftrag. Die KV muss aber auch Mittel und Wege finden, dass sich die Patienten in dringenden medizinischen Fällen auch außerhalb der normalen Praxisöffnungszeiten - auch am Wochenende, auch am Abend - an ihre niedergelassenen Ärzte und nicht ans Krankenhaus wenden. Wir alle kennen das: Wenn wir uns fragen, wohin wir fahren würden, wenn nachts ein Problem auftritt, dann sagen wir: Wir fahren ins Krankenhaus. Wir müssen schauen, dass wir diese Situation ändern, dass der erste Weg wirklich der zum niedergelassenen Arzt oder zum Bereitschaftsdienst ist und dass hier verschiedene Möglichkeiten in Angriff genommen werden.

So begrüßen wir ausdrücklich Modelle, bei denen sich die ärztlichen Bereitschaftspraxen räumlich in der Nähe der Krankenhäuser ansiedeln. So ist es beispielsweise in Ingolstadt, so ist es in Augsburg, so ist es ganz aktuell auch in Straubing. Das sind gute Möglichkeiten. Dass die Krankenhäuser außerdem besser entlohnt werden müssen, spielt für die Notfallversorgung zunächst einmal keine Rolle, aber wichtig ist doch, dass der Weg der Patienten zum Krankenhaus auch genutzt wird, sie in die Praxen der niedergelassenen Ärzte zu leiten.

Und: Ja, wir werden das Landesgremium nach § 90 a SGB V auf den Weg bringen. Eine solche Verordnung muss und wird es geben. Sie ist schon auf den Weg gebracht.

(Kathrin Sonnenholzner (SPD): Der Herr Ministerpräsident ratscht gerade! Sie müssen ihm das Protokoll schicken!)

Meine Damen und Herren, ich kann zusammenfassend feststellen: Die Notfallversorgung in den bayerischen Krankenhäusern ist ein enorm wichtiges Gut. Hier tut sich zurzeit einiges - Bund-Länder-Reform, Finanzierung, Nachvollzug in der Krankenhausplanung -, aber dies ist auch gut so; denn hier muss sich etwas tun. Gut und wichtig ist auch, dass wir als Landtag dies eng begleiten, und zwar durch den Berichtsantrag, der heute beschlossen werden soll, und auch durch einen Runden Tisch von Experten aus den Krankenhäusern, von den Rettungsdiensten und aus der Notfallmedizin.

Wir stimmen dem Antrag mit den Änderungen, wenn sie denn konsentiert werden – worum ich bitte -, zu. Wir tun dies gerne. - Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der CSU)

Vierte Vizepräsidentin Ulrike Gote: Vielen Dank, Herr Kollege Seidenath. - Als Nächster hat sich der Kollege Dr. Vetter zu Wort gemeldet. Bitte sehr.

Dr. Karl Vetter (FREIE WÄHLER): Frau Präsidentin, Herr Ministerpräsident, Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, an der Richtigkeit und Notwendigkeit, sich mit der Notfallmedizin in Bayern zu beschäftigen, gibt es keinen Zweifel. Ich begrüße den Antrag der SPD. Wir werden ihm – dies sage ich vorweg – zustimmen.

Aber, liebe Kolleginnen und Kollegen von der SPD, eigentlich springt der Antrag schon in der Überschrift zu kurz. Ich denke, wir müssen uns einmal über die Notfallversorgung in Bayern unterhalten und nicht nur über die Notfallversorgung in bayerischen Krankenhäusern. Herr Seidenath ist am Schluss seiner Ausführungen hierauf schon eingegangen.

(Beifall bei den FREIEN WÄHLERN)

Dem kranken Menschen ist es gleich, wer ihm hilft. Wichtig ist für ihn, dass er für sein Problem, das er aktuell hat, Hilfe bekommt. Die Patienten können ihre Beschwerden nicht immer richtig einschätzen. Sie können nicht abschätzen, ob eine schwere oder

eine leichte Erkrankung dahinter steht, und – das ist Fakt – tendieren im Moment dazu zu sagen: Dann gehe ich halt dorthin, wo alle Spezialisten und alle medizinischen Geräte vorhanden sind, nämlich ins Krankenhaus. Im Hinterkopf hat der Patient dabei immer, dass es auch eine schwere Erkrankung sein könnte, und dann wäre es logisch, dass man es so macht. Das führt letztendlich dazu, dass mindestens jeder zweite Patient, der als Notfall in ein Krankenhaus geht, eigentlich nicht in die Notaufnahme gehört.

(Zurufe von der CSU: 80 %!)

Ich glaube, die 80 % betreffen einen anderen Sachverhalt. 80 % der Patienten, die in Krankenhäuser gehen, hatten vorher keinen Kontakt mit einem niedergelassenen Arzt. Aber ich glaube, über die Zahlen brauchen wir uns nicht zu streiten.

Noch einmal: Ein Patient, der sich in den Finger geschnitten hat, einen verstauchten Knöchel oder einen grippalen Infekt hat, gehört nicht in die Notaufnahme eines Krankenhauses. Dort werden durch den Umstand, dass diese Patienten behandelt werden müssen, wertvolle Ressourcen vergeudet.

Ich komme zu dem eigentlichen Problem, das hinter der vorhandenen Situation steckt und die Diskussion ausgelöst hat: Ich glaube, dass die sektorenübergreifende Medizin – ambulant, stationär – zumindest in diesem Bereich nicht oder schlecht funktioniert. An dieser Schnittstelle müssen wir in Zukunft arbeiten, zumindest mittel- und langfristige.

Ein weiterer Aspekt, der sich mir vordergründig auftut: Es geht wohl, wie immer bei diesen Dingen, um das Geld. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft errechnet, dass die Krankenhäuser bei circa 10 Millionen an Notfällen im Jahr 1 Milliarde Defizit machen. Wir müssen uns die Frage stellen: Wo soll das Geld herkommen? Andere Bereiche werden nichts abgeben; Beitragserhöhungen wollen wir alle nicht. Für mich ist es schwer einzusehen, dass bei einem Patienten, der eigentlich nicht in das Krankenhaus gehört, von den Kassen eine Notfallbehandlung bezahlt wird, die teurer ist, als

dies bei den niedergelassenen Ärzten der Fall ist. Das möchte ich einmal deutlich sagen.

(Beifall bei den FREIEN WÄHLERN)

Viele Patienten, die in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser behandelt werden, gehören aus meiner Sicht dort nicht hin. Das ist eine wichtige Feststellung, und ich wiederhole sie deshalb: Diese Patienten gehören in die Behandlung niedergelassener Ärzte.

Dass die aktuelle Situation anders ist, ist auch klar. Die Patienten stimmen im Moment mit den Füßen ab und gehen in die Notfallambulanz der Krankenhäuser, und zwar aus den von mir schon genannten Gründen. Wir von den FREIEN WÄHLERN sind auch in diesem Punkt Pragmatiker. Ich als Vertreter des ländlichen Raums sage das ganz explizit: Ärztemangel oder Mangel an Notfallambulanzen trifft besonders den ländlichen Raum. Drum machen wir einen pragmatischen Vorschlag, den wir fraktionsübergreifend weiterverfolgen sollten: Ich glaube, wir müssen die niedergelassenen Ärzte vermehrt an die Krankenhäuser holen. Das ist aus meiner Sicht ein entscheidender Punkt. Das soll durch die bereits angesprochenen Bereitschaftspraxen an den Kliniken oder in unmittelbarer räumlicher Nähe zu den Kliniken geschehen. Solche Praxen gibt es schon – ein oder zwei Beispiele sind schon genannt worden – in Ingolstadt oder in Augsburg. Es gibt sie bereits 50-mal in Bayern. Es ist insofern nichts Neues. Die Anzahl soll in den nächsten Jahren verdoppelt werden. Ich würde sogar so weit gehen: Mir wäre es recht, wenn in jeder Region, also in jeder Stadt und in jedem Landkreis, zumindest an einem Krankenhaus eine solche Bereitschaftsdienstpraxis funktionieren würde. Die Wege wären dann gebahnt. Die Betroffenen gehen in die Notfallambulanz der Krankenhäuser. Sie werden dort von niedergelassenen Ärzten betreut. Es wäre dann auch kein Druck vorhanden, diese Menschen – an bestimmten Krankenhäusern ist das so – stationär aufnehmen zu müssen. Das wäre ein gangbarer Weg, den wir weiterverfolgen sollten.

Zum SPD-Antrag eine Bemerkung nebenbei: Die Große Koalition, die Landtagskoalition von CSU und SPD, hat funktioniert. Der Antrag ist im Vorfeld schon abgeändert worden. Wir stimmen ihm auch in der jetzt noch einmal geänderten Form zu, also Zustimmung vonseiten der FREIEN WÄHLER. Der Antrag geht sicher in die richtige Richtung. Einen Runden Tisch kann man immer einrichten. Zur Klärung der Situation in München ist ein solcher Runder Tisch für Anfang März ins Auge gefasst worden, soweit ich informiert bin. Also: Zustimmung zum Antrag der FREIEN WÄHLER.

(Kathrin Sonnenholzner (SPD): Zum Antrag der SPD!)

Vierte Vizepräsidentin Ulrike Gote: Vielen Dank, Herr Dr. Vetter. Es geht um den Antrag der SPD. Das war sicher nur ein Versprecher. - Der nächste Redner ist Herr Kollege Uli Leiner. Bitte.

Ulrich Leiner (GRÜNE): Sehr geehrte Frau Landtagspräsidentin, liebe Kolleginnen und Kollegen! Es ist vieles schon gesagt worden: In den Notaufnahmen der bayerischen Krankenhäuser kommt es derzeit vielfach zu ernstzunehmenden Engpässen. Das Problem, dass die Notaufnahmen überlaufen, haben wir in nahezu allen Regionen in Bayern. Ich muss Ihnen aber sagen: Die Situation ist nicht ganz neu. Die Situation hat sich schon länger abgezeichnet. Die Staatsregierung hat in diesem Bereich wenig bis gar nichts unternommen und bisher keine Lösung angeboten.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Jetzt haben wir die Situation, dass alle auf diesem Feld Tätigen – die bereits genannten Bereitschaftsärzte, die Notärzte, die Notfallambulanzen in den stationären Einrichtungen sowie die Patienten – unzufrieden und verärgert sind, weil sie unter der derzeitigen Situation leiden. Daran ist aber nicht nur die Grippewelle schuld. Wir brauchen sofortige sowie mittelfristige Lösungen für diese Situation, die auch – es wurde schon von Herrn Seidenath gesagt – ein strukturelles Problem ist.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Wir brauchen endlich eine neue Notfallversorgung, eine vernetzte Notfallversorgung mit einer Zusammenführung aller drei Bereiche, nämlich des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, des Rettungsdienstes und der Notaufnahmen der Krankenhäuser. Die KVB kommt zumindest in Bayern ihrem Sicherstellungsauftrag hinsichtlich der Bereitschaftsärzteversorgung nicht genügend nach. Ich drücke mich vorsichtig aus. Ich verstehe auch die Menschen, die nicht zu einem Augenarzt beim Bereitschaftsdienst gehen wollen, wenn ihnen etwas weh tut, sondern die lieber in die Ambulanz des Krankenhauses gehen.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Wir haben überlastete, verstopfte Notaufnahmen. Circa 30 bis 40 % der Patientinnen und Patienten – wir haben es schon gehört - gehören nicht in die Krankenhausnotaufnahme, weil es klassische ambulante Notfälle sind. Das Ergebnis ist, dass die Ärzte und Pflegekräfte überlastet sind und die Patienten ewig warten.

Wir haben darüber hinaus eine Personalknappheit. Daran ist nicht nur die Grippewelle schuld. Dabei spielt auch der Fachkräftemangel in den Kliniken eine wichtige Rolle, dem wir uns endlich effektiv stellen müssen.

Des Weiteren gibt es hohe Defizite und eine Unterfinanzierung der Kliniken durch mangelnde Vergütung in der ambulanten Notfallversorgung. Die Kliniken erhalten für solche Patienten, die nicht in der Klinik bleiben, keine kostendeckende Vergütung. Das gilt vor allem, wenn diese als ambulante Patienten das Haus wieder schnell verlassen. Dies führt dazu, dass eine Neigung zur stationären Aufnahme dieser Patienten besteht, die eventuell nicht notwendig wäre. Die Kliniken versuchen aber, in der Nachbehandlung ihre Kosten zu decken. Das ist eine ganz unglückliche Situation.

Wir kommen nicht daran vorbei: Wir müssen Patientenströme effektiver koordinieren, um Engpässe zu vermeiden. Wir müssen die Strukturen verändern und funktionierende Kooperationen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich ermöglichen.

Die Situation wird sich langfristig auch ohne Grippewelle verschärfen, wenn wir nichts unternehmen.

Derzeit haben wir 6 bis 10 % Zuwachs an Patienten pro Jahr. In Zukunft werden sich die Notfalleinsätze – man weiß das, denn es hat mit der demografischen Entwicklung und mit vielen anderen Faktoren zu tun – auf 30 bis 40 % erhöhen. Wichtig wäre daher die Etablierung einer zentralen Leitstelle je Region – das ist ein Vorschlag von uns – mit einer einheitlichen Telefonnummer, die für die Patienten leicht merkbar ist. Dann hätten wir nicht das Problem, Frau Sonnenholzner, dass man die Nummer nicht weiß. Auf diese Weise könnten die Patienten der geeigneten Versorgung zugeführt werden. Das ist nur ein Beispiel.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Um die Notfallaufnahme zu entlasten – diese Maßnahmen wurden schon genannt – gibt es heute schon Möglichkeiten durch eine Einrichtung von Bereitschaftspraxen in den stationären Einrichtungen, eventuell auch durch ein Notfall-MVZ an der Klinik oder über die Einrichtung einer Praxis für Allgemeinmedizin in der zentralen Notfallaufnahme. Das alles wären Möglichkeiten. Solche Modelle muss man fördern, und solche Modelle müssen wir in Bayern fordern.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Wir stimmen dem Berichtsantrag der SPD aufgrund der derzeitigen Situation zu und werden auch der Forderung nach einem weiteren Runden Tisch zustimmen, obwohl wir im Gesundheits- und Pflegebereich schon bald nicht mehr wissen, wie viele Runde Tische wir eigentlich haben, Frau Ministerin.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Vierte Vizepräsidentin Ulrike Gote: Moment bitte, Herr Kollege Leiner, noch nicht weglaufen! Es gibt noch eine Zwischenbemerkung des Kollegen Baumgärtner. Bitte schön.

Jürgen Baumgärtner (CSU): Kolleginnen und Kollegen, lieber Herr Kollege Leiner, ich will Ihnen in einem zentralen Punkt deutlich widersprechen. Uns ist nicht gedient, wenn wir den Kliniken die Möglichkeit eröffnen, das ambulante Angebot zu verbreitern. Ich bin sehr dafür, dass wir die Hausärzte und die Fachärzte in Bayern stärken. Alles andere würde den ländlichen Raum nicht stärken, sondern schwächen. Es war mir wichtig, dass ich das hier formulieren konnte.

(Beifall bei der CSU)

Vierte Vizepräsidentin Ulrike Gote: Danke schön, Herr Baumgärtner. – Herr Leiner, bitte schön.

Ulrich Leiner (GRÜNE): Sehr geehrter Kollege, es geht um die Bereitschaftsdienste. Sie aber haben von der ärztlichen Versorgung auf dem Land generell gesprochen. Das ist auch ein Problem, das wir angehen müssen; insoweit haben Sie recht. Aktuell stehen wir aber vor der Frage, wie wir darauf hinwirken können, dass die Patienten nicht sofort die Notaufnahme des Krankenhauses aufsuchen, sondern auch die anderen Möglichkeiten, zum Beispiel die Bereitschaftsdienste, nutzen; denn wir haben einen Bereitschaftsdienst. Er sollte auch funktionieren.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Vierte Vizepräsidentin Ulrike Gote: Danke schön, Herr Leiner. – Nachdem die CSU-Fraktion Änderungen vorgeschlagen hat, gebe ich noch einmal Kollegin Sonnenholzner das Wort. Bitte schön.

Kathrin Sonnenholzner (SPD): (Von der Rednerin nicht autorisiert) Frau Präsidentin, Kollegen und Kolleginnen! Wir übernehmen die Änderungsvorschläge der CSU-Fraktion gern, weil sie nicht substanzieller Art sind und das Wesen unseres Antrags nicht verändern.

Kollege Leiner, es ist wahr, dass die Situation nicht neu ist. Aber es gibt Gelegenheiten, bei denen man weniger Erfolg hat, und solche, bei denen man mehr Erfolg hat. In

einer Extremsituation wie der gegenwärtigen wird es leichter. Auch die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hätte in den vergangenen Jahren Anträge zu dem Thema stellen können; das wäre durchaus eine Möglichkeit gewesen.

Vorhin ist die Frage aufgeworfen worden, ob ein Augenarzt Bereitschaftsarzt sein könne. Hierzu stelle ich zunächst einmal fest, dass der Ärztliche Bereitschaftsdienst etwas anderes ist als die Notaufnahme. Auch der Augenarzt hat sechs Jahre lang Medizin studiert und ist – das sage ich optimistisch – durchaus in der Lage, einen Notfall von einem Nicht-Notfall zu unterscheiden. Nur darum geht es in der ersten Runde. Es ist anscheinend nicht bekannt, dass alle Disziplinen im Bereitschaftsdienst vertreten sind. Es muss auch möglich sein, dieses "Ventil" zu nutzen.

Kollege Vetter, Sie haben gesagt, mit dem Antrag würden wir zu kurz springen. Es geht darum, die Notfallversorgung in den Krankenhäusern sicherzustellen. In der Praxis ist sie nicht gefährdet. Gefährdet ist sie nur dann, wenn Patienten, die nicht in die Notaufnahme des Krankenhauses gehören, den Rettungsweg verstopfen. Auch in den Zeiten außerhalb der Grippewelle ist die Überlastung massiv. Die dort Tätigen leisten fast Übermenschliches, und das jeden Tag. Allerdings steigen dadurch auch die Fehlerquoten. Steigende Fehlerquoten sind aber genau das, was aus der Sicht der Patienten nicht erwünscht ist. Daher müssen wir sicherstellen, dass in den Notaufnahmen bayerischer Krankenhäuser nur noch die Patienten ankommen, die dort hingehören. Natürlich sind noch andere Maßnahmen notwendig. Alle Beteiligten sind in die Suche nach Lösungen einzubeziehen.

Die Einrichtung eines Runden Tisches beantragen wir, weil wir trotz aller Freude an Kritik an der Bayerischen Staatsregierung wissen, dass deren Rolle insoweit vergleichsweise gering ist und jenseits der Krankenhausplanung andere Player am Zug sind. Viele andere Möglichkeiten als die Einrichtung eines Runden Tisches gibt es nicht.

Ich danke schon an dieser Stelle den anderen Fraktionen für die Zustimmung. Ich hoffe, dass wir mit unserem Antrag im Interesse der Menschen in Bayern etwas voranbringen können.

(Beifall bei der SPD)

Vierte Vizepräsidentin Ulrike Gote: Vielen Dank, Frau Kollegin Sonnenholzner. – Nun hat sich noch Frau Staatsministerin Huml zu Wort gemeldet. Bitte schön.

Staatsministerin Melanie Huml (Gesundheitsministerium): Werte Präsidentin, liebe Kolleginnen und Kollegen! Lassen Sie mich vorweg festhalten: Die Notfallversorgung der Bevölkerung ist auch in der aktuellen Ausnahmesituation sichergestellt. So lautet die Auskunft der Klinikträger. Es gibt aber keinen Grund, die Situation zu beschönigen. Dazu brauche ich nur an die längeren Wartezeiten zu denken und an manchen zusätzlichen Weg, der genommen werden muss. Grund zur Verunsicherung oder zur Panikmache besteht jedoch nicht. Es ist mir sehr wichtig, das an dieser Stelle zu betonen.

(Beifall bei der CSU)

Das bayerische Gesundheitsministerium steht wegen der aktuellen Situation mit den Klinikträgern in Kontakt. So haben wir auch die Kliniken in der Landeshauptstadt München angeschrieben, um zu erfahren, welche Gründe es gibt, die die momentane Situation bewirkt haben. Ohne dem Ergebnis der Umfrage vorgereifen zu wollen, meine ich doch, feststellen zu können, dass es mehrere Ursachen gibt. Wichtig ist die Feststellung, dass bisher kein Notfallpatient abgewiesen wurde. Die Notfallbehandlung von Patienten mit akuten oder lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Verletzungen ist in bayerischen Krankenhäusern gewährleistet. So lautet die Auskunft der Klinikträger. Vertreter der Kliniken und der Rettungsdienste in München und Nürnberg bestätigen uns das. Wir haben auch in anderen Landesteilen stichprobenartig nachgefragt. Selbst die Krankenhäuser, die über eine Überlastung der Notaufnahme klagen, bestätigen uns, dass kein Notfallpatient abgewiesen wurde.

Insgesamt ist anzumerken, dass die Klinikkapazitäten durchaus ausreichend sind. Im Jahr 2013 erreichte die Auslastung im Jahresdurchschnitt nur knapp 75 %. Selbst im Grippemonat Februar erreichte die Auslastung lediglich 80 %. In den Krankenhäusern waren also immer noch Reservekapazitäten vorhanden.

Man muss sich auch vor Augen halten, dass die momentane Extremsituation nicht der Maßstab sein kann, an dem wir den Ausbau der Kapazitäten voll ausrichten können. Gleichzeitig müssen wir aber für solche Situationen gerüstet sein. Es gibt in Krankenhäusern jedoch auch planbare Eingriffe, die, ohne dass es den Patienten schadet, durchaus eine Woche, zwei Wochen oder einen Monat später durchgeführt werden können. Die Krankenhäuser handeln entsprechend; das heißt, sie verschieben, wenn es vertretbar ist, die Behandlung bzw. Operation des einen oder anderen Patienten ein Stück weit nach hinten.

Kommen wir zu den Hauptursachen zurück! Eine davon ist sicherlich die außergewöhnlich hohe Auslastung im Zuge der Grippewelle. Diese führt zu einer höheren Patientenzahl, aber auch dazu, dass sich vermehrt Personal im Krankenstand befindet. Das ist durchaus ein Grund, weshalb es zu Engpässen gekommen ist.

Ein weiteres Problem ist – Kollegin Sonnenholzner und Kollege Seidenath haben es angesprochen -, dass mancher Patient in der Notaufnahme eines Krankenhauses landet, der nicht unbedingt ein stationärer Fall ist.

(Kathrin Sonnenholzner (SPD): Genau! Manche Patienten werden aber auch ins Krankenhaus geschickt!)

Viele Patienten gehen dann wieder nach Hause. Es ist wichtig, dass wir die Bevölkerung darüber aufklären, dass man nicht bei jedem Wehwehchen gleich das Krankenhaus aufsuchen muss, sondern zunächst die ambulant tätigen Hausärzte und Fachärzte konsultieren sollte. Dafür sollten wir alle werben. So ist es nicht notwendig, beim Auftreten leichter Symptome einer Grippe sofort das Krankenhaus aufzusuchen, sondern man sollte zum Hausarzt gehen. Man kann auch den Bereitschaftsdienst der

KVB nutzen oder die Bereitschaftspraxen, von denen übrigens auch ich ein großer Fan bin, lieber Kollege Vetter, die an den Krankenhäusern entstanden sind.

Die ambulante Notfallversorgung ist nicht Aufgabe der Krankenhäuser, sondern Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, die sie mithilfe der niedergelassenen Ärzte wahrnimmt. An dieser Stelle möchte ich die bundesweit gültige kostenfreie Rufnummer nennen – wir haben sie schon gehört -, unter der man sich auch informieren kann: 116 117. Das ist zudem auf der Internetseite der KVB möglich. Es bestehen also viele Möglichkeiten. Das ist sicherlich auch eine interessante Information für die Kolleginnen und Kollegen im Hohen Hause.

Ich darf zu den Krankenhäusern zurückkommen. Es trifft leider zu, dass die Krankenhäuser in finanzieller Hinsicht Schwierigkeiten bekommen, wenn sie Notfallpatienten behandeln; Kollege Seidenath hat das schon verdeutlicht. Deswegen war es mir in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe ein großes Anliegen, insoweit eine Entlastung der Krankenhäuser zu erreichen. Wir konnten in dem Eckpunktepapier festhalten, dass neue Zuschläge für die Notfallversorgung gezahlt werden, um die Situation der stationären Notfallversorgung zumindest künftig finanziell zu entspannen. Was die ambulanten Notfälle angeht, so ist es uns in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe gelungen, den bisherigen 10-prozentigen Abschlag auf 5 % zu halbieren. Auch das dürfte zu einer gewissen Entspannung bei der Finanzierung führen. Aber auch an diesem Thema werden wir dranbleiben. Wenn es jedoch um Finanzierungsfragen geht, die allein auf der Bundesebene oder von der Selbstverwaltung zu lösen sind, müssen sie in den dafür zuständigen Gremien angesprochen werden.

Meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen, wir werden, soweit das Hohe Haus dies wünscht, einen Runden Tisch zu den Fragen der Notfallversorgung, insbesondere in Krankenhäusern, einrichten, aber auch den gewünschten Bericht vorlegen. Ich darf allerdings anmerken, dass die Daten, die zur Beantwortung der Fragen notwendig sind, zum großen Teil freiwillig herausgegeben werden. Wir bemühen uns zwar, die Daten zu bekommen, können aber noch nicht mit Sicherheit sagen, ob es uns möglich

sein wird, alle Fragen exakt zu beantworten. Aber wir bemühen uns bestmöglich, dem so Rechnung zu tragen, wie es sich dem Hohen Haus gegenüber gehört. Übrigens: Der § 90 a kommt in den nächsten 14 Tagen.

(Beifall bei der CSU)

Vierte Vizepräsidentin Ulrike Gote: Vielen Dank, Frau Staatsministerin. – Weitere Wortmeldungen liegen mir nicht vor. Die Aussprache ist damit geschlossen. Wir kommen zur Abstimmung. Zum Dringlichkeitsantrag der SPD auf Drucksache 17/5402 betreffend "Notfallversorgung in bayerischen Krankenhäusern sicherstellen!" wurde ein Änderungsantrag gestellt. Ich lese vor, wie nun der erste Absatz des Änderungsantrags lauten soll:

Die Staatsregierung wird aufgefordert, aufgrund der aktuell zu Tage getretenen Extremsituation in bayerischen Krankenhäusern einen Runden Tisch einzurichten, um Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der Situation zu erarbeiten.

(Unruhe – Glocke der Präsidentin)

Wer dem Dringlichkeitsantrag der SPD auf Drucksache 17/5402 in der soeben vorge-tragenen geänderten Fassung seine Zustimmung geben will, den bitte ich um das Handzeichen. – Das sind alle Fraktionen. Gibt es Gegenstimmen? – Sehe ich keine. Enthaltungen? – Auch keine. Damit ist dieser Dringlichkeitsantrag einstimmig ange-nommen.