

Liebe Notärztinnen und Notärzte,

liebe Mitglieder der agbn,

am 17.6. um 19 Uhr wurde die Verpflichtung der Mitglieder der KVB-Vorstandskommission, darunter auch die des agbn-Vertreters und der Regionalvertreter, zur Verschwiegenheit bezüglich der Entgelt-Verhandlungen im bayerischen Notarzdienst aufgehoben. Wir wollen Sie daher heute zusammenfassend über die bisherige Diskussion und den gegenwärtigen Verhandlungsstand der Honorardiskussion informieren. Dieser Verhandlungsstand muss in zwei Teilen dargestellt werden:

- das in den Verhandlungen angebotene Gesamtbudget und
- das Abrechnungsmodell, d.h. die Methode der Verteilung der verfügbaren Gelder

Aktuell wurden 63 Mio€ Gesamtbudget erhandelt, das ist eine Steigerung gegenüber den bisher jährlich zur Verfügung stehenden 58 Mio€ von 8,6%. Eine derartige Steigerung ist zwar zunächst sehr erfreulich, leider ist dabei aber auch zu bedenken, dass das bayerische Notarztsystem mit den Budgets der letzten Jahre stark ins Minus gegangen ist. So sind unverändert 6 Mio€ „Schulden“ aus den vergangenen Jahren auszugleichen, die aus eben diesem Topf in den nächsten zwei Jahren noch mit jeweils 3 Mio€ zu Buche schlagen werden. Es stehen also nur 60 Mio€ für den Notarzdienst zur Verfügung. Nach Abzug anderer Auslagen (Zweiteinsätze, LNA, Ausstattung etc.) werden daraus 58 Mio€, die nun alleine für die auszahlende Vergütung der Notärzte zur Verfügung stehen.

Ob die gebotene Summe ausreichend ist oder nicht, kann natürlich niemand alleine aus dieser Information heraus sagen, so lange unklar ist, was dies umgerechnet auf die Vergütung der einzelnen Notarzdienste und -einsätze bedeutet. Daher ist die Methode der Verteilung des Budgets mit den daraus resultierenden individuellen Auswirkungen auf die Vergütung der einzelnen Kollegen nicht weniger wichtig. Im Gegenteil: zuerst muss festgelegt werden, wie die faire Verteilung einer fiktiven Geldmenge unter den Dienstuenden erreicht werden kann, danach erst kann sinnvoll ermittelt werden, welche Geldmenge nötig ist, um neben der fairen Verteilung auch eine adäquate Honorierung zu erreichen.

In den letzten Jahren hat sich immer wieder gezeigt, dass in Bayern vielerorts Nachbesserungen in Form von standortspezifischen Zulagen, Zulagen bei weiteren Anfahrtswegen etc. erforderlich schießen, um die Notarzt-Versorgung in der Fläche sicherzustellen. Alles Gelder, die „im Topf“ an anderer Stelle fehlten. Andererseits waren eben diese Bemühungen wenig erfolgreich, bestrafte sogar die, die sich vorab - d.h. ohne Mehrvergütung - unter großem Aufwand um einen vollen Dienstplan mühten und brachen nicht zuletzt eine zunehmend absurde Neiddebatte zwischen „armen“ und „reichen“ Standorten vom Zaun.

Es war daher allen an den Vergütungsverhandlungen Beteiligten klar, dass das „gewachsene“ Vergütungsmodell durch ein besser geeignetes Abrechnungsmodell ersetzt werden muss. Daher haben sich seitdem agbn und Regionalvertreter engagiert und ein gemeinsames Modell (sog. „Notarzt-Modell“) zur Abrechnung vorgeschlagen, das von der KVB in die Verhandlungen mit den Kostenträgern eingebracht wurde. Dieses Modell wurde von den Kassen jedoch strikt abgelehnt. Die Kostenträger haben stattdessen ein eigenes Modell zur Abrechnung im Notarzdienst entwickelt (sog. „Kassen-Modell“),

an dem sie festhalten und das sie - Stand heute, d.h. 20.06.2014 - als ausschließliche Verhandlungsgrundlage akzeptieren.

Um Sie über das von agbn und Regionalvertretern angestrebte Vergütungsmodell und den gegenwärtigen Verhandlungsstand zu informieren gliedert sich dieser Spezial-Newsletter in drei Teile:

- Kurzvorstellung von Notarzt-Modell und Kassen-Modell
- Gegenüberstellung der Modelle im Detail
  - organisatorische Auswirkungen
  - finanzielle Auswirkungen
- Konsequenzen und weiteres Vorgehen

## **Kurzvorstellung von Notarzt-Modell und Kassen-Modell**

### **Das Notarzt-Modell**

Bei der Entwicklung des Notarzt-Modells (erstmal öffentlich vorgestellt am 5.10.2013 auf der 31. Fortbildungstagung der agbn in Rosenheim) war es der agbn und den beteiligten Regionalvertretern wichtig drei Vorstellungen umzusetzen:

- Erhalt des Leistungsbezuges (die ganze Nacht lang zu arbeiten muss besser vergütet werden als durchzuschlafen)
- Definition eines standortunabhängigen, bayernweit einheitlichen Notarzt-Abrechnungsmodells (Beendigung der Neiddebatte)
- Förderung der Standorte in der Fläche (auch die Arbeit an Standorten mit niedrigem Einsatzaufkommen muss sich lohnen)

Ausgehend von diesen Vorstellungen wurde ein Modell entwickelt, das sich durch eine relativ hohe Wartezeitvergütung auszeichnet, andererseits aber den bisherigen Leistungsbezug in Form einer Einsatzvergütung erhält. Ziel dieser Abrechnungsform ist es, jedem Notarzt an jedem Standort in Bayern unabhängig vom täglich wechselnden Einsatzaufkommen eine akzeptable Grundvergütung und eine leistungsorientierte Aufwertung zu sichern. Zuschläge für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit sind vorgesehen.

### **Das Kassen-Modell**

Die Kostenträger bieten ein Pauschalen-Modell an. Dieses Modell bietet einen festen, standortabhängigen Stundenlohn. Die jeweilige Stundenvergütung wird in Abhängigkeit von der relativen Einsatzhäufigkeit am jeweiligen Notarzt-Standort festgelegt. Hierzu werden die bayerischen Standorte in unterschiedliche Einsatzstärken gruppiert<sup>1</sup>. Sollte ein Notarzt im Rahmen seiner über ein halbes Jahr gemittelten Dienste die relative Häufigkeit der Einsätze an seinem Standort überschreiten, so wird eine Nachzahlung festgelegt, falls er durch seine so individuell gemittelte Einsatzzahl in eine höhere Gruppe als sein Standort einzustufen wäre.

---

<sup>1</sup> Gruppengröße definiert nach mittlerer Anzahl (x) pro 12 Stunden gemittelt über ein Jahr. Gruppe 1:  $x \leq 1$ , Gruppe 2:  $1 < x \leq 2$ , Gruppe 3:  $2 < x \leq 3$ , Gruppe 4:  $3 < x \leq 6$ , Gruppe 5:  $x > 6$   
Die relative Einsatzhäufigkeit wird dabei jährlich auf der Basis der in emDoc dokumentierten Einsätze ermittelt.

## Gegenüberstellung der Modelle im Detail

### Organisatorische Auswirkungen

Beim Kassen-Modell erfolgt die Einsatzvergütung nach Standort-Ranking, damit wäre eine Abrechnungsdokumentation der Einsätze entbehrlich (auch der gesetzlich unverändert geforderte ZAST-Abgleich ist damit nicht mehr nötig) – eigentlich sehr erfreulich.

Der Schuss geht aber aus Sicht der Unterzeichner dieses Papiers „nach hinten“ los, denn jeder nicht dokumentierte Notarzt-Einsatz wird in der Statistik des kommenden Jahres nicht gerechnet und kann zu einer Abwertung des jeweiligen Standortes führen. Jeder Notarzt ist also von der Dokumentationswilligkeit seiner Kollegen abhängig (Anmerkung: Das Abgreifen der Notarzt-Einsatzzahl von den Leitstellen weder vorgesehen, noch sinnvoll).

Leider ist auch die vorgesehene, oben genannte Nachzahlungs-Option schwierig zu werten. Hat ein Notarzt eine Nachschicht mit 7 Einsätzen an einem Standort mit sonst im Schnitt 0,5 Einsätzen/12 Stunden abgeleistet, so sollte er tunlichst vermeiden im betreffenden Halbjahr noch weitere „durchschnittliche“ Schichten abzuleisten. Er bekommt nur dann eine Nachzahlung, wenn er keine zusätzlichen „Durchschnittsschichten“ (d.h. zwischen 0 und 1 Einsatz/12h) fährt. Begeht er den „Fehler“ an seinem Standort weitere Durchschnittsschichten abzuleisten, so wird er spätestens nach 6 weiteren Nullschichten oder 11 Durchschnittsschichten wieder den Jahresdurchschnitt seines Standortes erreicht haben und keine Nachzahlung erhalten. Der Verlust der einsatzbezogenen Bezahlung hin zu einer pauschalierten Abrechnung wird den Einen oder Anderen am sonst so ruhigen Standort unglücklich machen, der am Kirchweihabend die Nacht mit 20 Patienten, die dem Alkohol zu sehr zugesprochen haben, verbringt. Bei Vergütung nach dem Kassen-Modell werden die Schichten mit voraussehbar wenig Einsätzen fortan begehrt sein, die Schichten an Sturm- und Drang-Tagen werden dagegen zum Ladenhüter. Die gutmütigen Notärzte sind dann wieder einmal die „gebrannten“ und werden schon einspringen.

Im Gegensatz dazu garantiert das Notarztmodell automatisch nur eine Basisvergütung. Für die Dokumentation und Abrechnung und damit auch die Entlohnung der Einsätze ist der Notarzt selbst verantwortlich. Wer mehr arbeitet kann mehr dokumentieren und bekommt auch mehr. Wer nicht dokumentiert bekommt nur die Basisvergütung, schädigt aber damit aber keinen Kollegen.

Auch garantiert das Notarztmodell eine kontinuierliche Steigerung des Entgeltes bei einer bayernweiten Zunahme an Notarzteinsätzen. Jeder Einsatz wird honoriert. Mit dem Pauschalmodell wird gerade in den Ballungsräumen das Morbiditätsrisiko der Bevölkerung zunehmend auf die Notärzte verlagert. Nehmen die Einsatzzahlen an einem bereits hochfrequentierten Standort weiter zu, weil ärztliche Hausbesuche ausbleiben (denken Sie z.B. an die Probleme im kassenärztlichen Notdienst, die bereits letztes Jahr zu neuen sehr großen Einsatzgebieten mit langen Wartezeiten für die Patienten geführt haben), ist dies mit den gegebenen Pauschalen nicht abbildbar.

Bedenken haben die Unterzeichner bezüglich der Pauschal-Bezahlung auch, weil sie das schlechte Beispiel des VEF-Systems vor Augen haben. An manchen Orten kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass der eine oder andere - pauschal bezahlte - VEF-Arzt zum Einsatz überredet werden muss. Dies ist keine billige Polemik sondern leider bereits Gegenstand zahlreicher öffentlich vorgelegener Beschwerden. Wir befürchten daher, dass mit Einführung des Kassen-Vergütungsmodells nicht mehr darüber diskutiert wird, warum beim einen oder anderen Einsatz darauf verzichtet wurde den Notarzt hinzuzurufen. Bei Vorliegen eines pauschalen Vergütungs-Modells wird in Zukunft wohl

von den Kolleginnen und Kollegen eher diskutiert werden, ob der Notarzt wirklich nötig war. Statt „im Zweifelsfalle mit“ wird das Motto „im Zweifelsfalle erst einmal ohne Notarzt“ emotional führend. Das wird in der Fläche eine weitere Verschlechterung der Versorgung verursachen und gleichzeitig die Diskussion „warum überhaupt ein Notarzt?“ fördern. Damit stellen die Notärzte sich selbst in Frage.

Zudem werden mit dem Pauschal-Modell - der Eine oder Andere mag es begrüßen - auch alle Bemühungen zum Qualitätsmanagement im Notarztdienst, die bereits durch die unselige Debatte der letzten beiden Jahre anhaltend zurückgedrängt wurden, endgültig torpediert. Jede Dokumentation abseits der medizinisch erforderlichen wird selbst bei Extra-Bezahlung (früher 1,74€ extra) unterbleiben, denn selbst der QM-motivierteste Arzt wird sich überlegen, ob er irgendwelche Angaben an irgendeiner Stelle macht, wenn diese nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Gesamtvergütung stehen. Das gesetzlich geforderte Qualitätsmanagement hat keine finanzielle Grundlage mehr und wird daher bei realistischer Einschätzung wohl eher nicht quantitativ durchgeführt werden. Das zementiert dann einen weiteren Meilenstein auf dem Weg weg vom Notarztsystem.

Abschließend muss die politische Bedeutung eines Systemwechsels von der Stundenpauschale mit Einsatzvergütung hin zur reinen Pauschalvergütung beleuchtet werden. Nach Aussagen der KVB-Verhandlungsführer wünschen die Kassen das Pauschalmodell, um so Kalkulationssicherheit zu erhalten. Diese wäre aber nur dann gegeben, wenn die „Nachzahlungs-Option“ nur selten greift. Wie oben ausgeführt wird sie das aber auch kaum je tun.

Die Unterzeichner fordern dagegen Entgelt-Fairness für den Notarzt. Eine Pauschalierung mag im Bereich der allgemeinen Gesundheitsversorgung möglich sein, da dort über den Zeitpunkt der Leistungserbringung meist durch den Arzt entschieden werden kann („Den Ultraschall machen wir dann im nächsten Quartal“). Eine Pauschalierung im Bereich des Notarztdienstes würde voraussetzen, dass auch die Notärzte über ihre Leistungserbringung selbst entscheiden können („Hallo Leitstelle, tut mir leid, Polytrauma gibt's erst wieder im nächsten Quartal“) und die Einsätze nicht mehr hoheitlich angeordnet werden. Ist die Pauschalierung erst eingeführt, wird es keinen Weg zurück zu einer leistungsbezogenen Bezahlung geben. Langfristig wird es werden, wie an jeder Stelle im Gesundheitssystem: Leistungssteigerung bei gleicher Vergütung, im speziellen Fall des Notarztdienstes ohne sich der Leistungserbringung entziehen zu können.

Auch sind einst nur provisorisch gedachte Lösungen, die mittlerweile Standard wurden, um die Versorgungssicherheit in der Fläche zu gewährleisten (z.B. Zwischenschichten, stundenweises Einspringen, Einsatzabbruch zum Folgeeinsatz etc.) nur mit dem Notarzt-Modell fair abbildbar.

Zudem hat das Notarzt-Modell einen zusätzlichen Charme, der aus Sicht der Unterzeichner einen sicher nicht zu vernachlässigenden Grund darstellt, aus dem es von den Kostenträgern kategorisch abgelehnt wird. Mit dem Einsatz des Notarzt-Modells wird das Einkommen des Notarztes vollkommen transparent und öffentlich vermittelbar:

- Werden die Pauschalen als „Stundenlohn“ präsentiert, so kann sich dieser natürlich durchaus mit Stundenvergütungen messen, die „Lieschen Müller“ bekannt sind. Es resultiert ein „was wollen die denn, die sind doch ausgezeichnet bezahlt“. Vergessen wird dabei aber, dass diese Stundenvergütung nicht dem Bruttostundenlohn eines Arbeitnehmers entspricht, da von der Stundenvergütung noch die vollen "Arbeitgeberzuschläge" wie Haftpflichtprämien, Renten-

versicherung, Krankenversicherung, Urlaubsgeld, Lohnfortzahlung im Krankheitsfall etc. abgezogen werden müssen.

- Rechnet man die gegebene Gesamtsumme der Notarztvergütung auf das Notarzt-Modell um, so kann man die notärztliche Wartezeit-Vergütung an der eines Taxi-Fahrers messen und die notärztliche Einsatzvergütung an der eines Schlüsseldienstes. Beide werden wie der Notarzt immer dann gerufen, wenn man sie halt mal gerade mehr oder minder dringend braucht. Dieser Vergleich wird dann selbst bei „Lieschen Müller“ zu großem Erstaunen führen, beim einen oder anderen Politiker, der von „Jammern auf hohem Niveau“ spricht, sicher auch.

## Finanzielle Auswirkungen

Die finanziellen Auswirkungen unterscheiden sich zwischen den beiden Abrechnungsmodell kaum, wenn eine feste Budget-Summe zugrundegelegt wird. Ein „Sprengen“ des Budgets kann bei Zunahme der Einsatzzahlen gegenüber den Vorjahren aber realistisch betrachtet nur erfolgen, wenn das Notarzt-Modell zugrunde gelegt wird.

Im Folgenden stellen wir im Detail dar, welche Auswirkungen die unterschiedlichen Abrechnungsmodelle (einschließlich des aktuellen Abrechnungsmodells) haben, sofern diese in Zukunft zum Einsatz kommen. Zu Grunde gelegt wird dabei der aktuelle Verhandlungsstand mit einem Gesamtbudget in Höhe von zur Auszahlung kommenden 58 Mio€.

Klar ist: Bei Kassen- UND Notarzt-Modell kommt es zu einer Umverteilung der aktuell sehr hohen Einkommen an den Standorten mit regelmäßigem Aufkommen von mehr als 4 Einsätzen pro 12 Stunden hin zu den Standorten mit bis zu 3 Einsätzen pro 12 Stunden (=78,9% der Notarzt-Standorte). An allen Standorten kann - bei beiden Modellen - demgegenüber mit einer sicheren und gegenüber dem bisherigen Modell hohen Grundvergütung gerechnet werden. Auch die Schicht am sonst hochfrequentierten Standort mit ausnahmsweise geringer Einsatzzahl rechnet sich also bei beiden Modellen. Ausreißer „nach oben“ (egal ob am „armen“ oder „reichen“ Standort) sind aber nur beim Notarzt-Modell spürbar.

### Jetziges Abrechnungsmodell:

Dieses Modell ist bekannt und muss nicht zu intensiv erläutert werden, prinzipiell werden 4€ tags und 8€ nachts an Bereitschaftspauschalen pro Stunde ausbezahlt und jeder Einsatz mit 91€ vergütet. Zu den Einsatzpauschalen werden Zuschläge berechnet (Feiertag, Nacht, Zeitzuschläge). An Standorten mit geringer jahresdurchschnittlicher Einsatzfrequenz werden höhere Bereitschaftspauschalen ausbezahlt, die bis zu 14,50€ tags und 18,50€ nachts an kleinsten Standorten betragen. Seit 2006 sind die Einsatzpauschalen, seit länger als 1995 die Stundenpauschalen nicht mehr erhöht worden. Die starke Unterbewertung der einsatzarmen Standorte machte allerdings mancherorts „individuelle“ Nachbesserungen nötig.

### Kassen-Modell:

Es wird keine Einsatzpauschale mehr ausbezahlt, sondern der Notarzt erhält eine reine Stundenvergütung. Um hochfrequentierte Standorte entsprechend der Mehrleistung höher zu entlohnen, teilt man die einzelnen Notarztstandorte in 5 verschiedene Gruppen ein, wobei die höchste Gruppe 5 auch das höchste Stundenentgelt bekommt. Die Einteilung erfolgt auf Basis der Jahreseinsätze, die auf 12 Stunden heruntergerechnet werden. Die Gruppeneinteilung erfolgt in 5 Gruppen wie folgt:

Gruppe 1: Standorte mit 0 bis einschließlich 1 Einsatz pro 12h werden mit 21€ pro Stunde vergütet, plus Nachtzuschlag 3,50€ von 22:00 bis 6:00h. (Betrifft 27 Standorte= 11,89%)

Gruppe 2: Standorte mit mehr als 1 bis einschließlich 2 Einsätze pro 12h werden mit 23,75€ pro Stunde vergütet, plus Nachtzuschlag 3,50€ von 22:00 bis 6:00h. (Betrifft 97 Standorte=42,73%)

Gruppe 3: Standorte mit mehr als 2 bis einschließlich 3 Einsätze pro 12h werden mit 25,58€ pro Stunde vergütet, plus Nachtzuschlag 3,50€ von 22:00 bis 6:00h. (Betrifft 55 Standorte=24,23%)

Gruppe 4: Standorte mit mehr als 3 bis einschließlich 6 Einsätze pro 12h werden mit 31,83€ pro Stunde vergütet, plus Nachtzuschlag 3,50€ von 22:00 bis 6:00h. (Betrifft 41 Standorte=18,06%)

Gruppe 5: Standorte mit mehr als 6 Einsätzen pro 12h werden mit 44,33€ pro Stunde vergütet, plus Nachtzuschlag 3,50€ von 22:00 bis 6:00h. (Betrifft 7 Standorte=3,08%)

Es ist angedacht, zusätzlich einen Wochenend-/Feiertagszuschlag von 6,30€ auszubezahlen.

Leistet ein Notarzt überdurchschnittlich viele Einsätze in seinen Schichten, soll seine Stundenpauschale nach oben korrigiert werden, eine Korrektur nach unten erfolge laut Kassen nicht. Die Gruppeneinteilungen sollen regelmäßig den tatsächlichen Einsatzzahlen angepasst werden.

#### Beispiele besonders unglücklicher Auswirkungen der Pauschalierung:

- Der Standort NATS07 (Haag) wird mit 729 Einsätzen in 2013 Gruppe 1 eingeteilt, nur 2 Einsätze mehr und der Standort bekäme jährlich 24090€ mehr Honorar durch Eingruppierung in die Gruppe 2.
- Der Notarztstandort NARO08 Wasserburg muss wegen 1 fehlendem Einsatz in 2013 auf die Eingruppierung in Gruppe 3 verzichten.

Der „Bayernmedian-Standort“ ist mit 1366 Einsätzen im Jahr der Gruppe 2 zugeordnet. Wie bei jeder Pauschalierung wird es dabei in den „Grenzbereichen“ der Gruppenzuordnung immer unberechtigte Sieger und glücklose Verlierer geben. Geringer Trost: bei der jährlichen Neugruppierung trifft das knappe (Un-)Glück vermutlich jedes Mal andere Standorte. Gerecht geht anders.

#### **Notarzt-Modell:**

Die Vergütung besteht aus einer Basisvergütung pro Stunde Wartezeit (Bereitschaftspauschale) ohne Einsatz und einer Einsatzpauschale pro Einsatz. Während des Einsatzes wird keine Bereitschaftspauschale ausbezahlt, denn wer einen Einsatz fährt kann nicht gleichzeitig warten. Der Einfachheit halber wird je Einsatz immer nur 1 Stunde aus der bestehenden Schicht nicht ausbezahlt, egal, wie lange der Einsatz dauert. Zusätzlich zu den Bereitschaftspauschalen und ebenfalls zusätzlich zu den Einsatzpauschalen werden analog dem jetzigen System Zuschläge ausbezahlt. Im Einsatzfall bleiben auch die Bereitschaftszuschläge z.B. für nachts bestehen. Es gibt Zuschläge wie bisher für nachts, Wochenenden und Feiertage. Näheres hier: <http://www.bayerische-notaerzte.de/?p=798>.

Durch die Kombination von Bereitschaft und individuell abhängiger Einsatzpauschale wird jeder Notarztstandort von der Systematik her gleich vergütet. Das Leistungsprinzip bleibt dabei individuell erhalten, ohne dass Jahresdurchschnitte verglichen werden müssen. Es werden keine knappen Grenzen kreiert, die Ungerechtigkeiten schaffen. Im Vergleich zum jetzigen System wird die Bereitschaft aber erheblich höher vergütet, um einen Anreiz zu schaffen, auch an den kleineren Standorten Dienste zu

übernehmen. Das Mindesthonorar bei einer 12h "Nullschicht" beträgt hierbei im Jahresmittel 270€... an jedem Standort Bayerns!

Um alle drei Modelle (jetzt, Kassenmodell, Notarztmodell) vergleichen zu können, wurde für diesen Vergleich das Gesamthonorar auf 58 Mio€ angesetzt. Die Autoren hatten beim Entwickeln des Notarztmodells ursprünglich an 25€ pro Stunde und 100€ pro Einsatz gedacht, um ein angemessenes ärztliches Honorar abzubilden. Dies hätte aber ein Gesamtvolumen von über 80 Mio€ zur Folge. Da hier aber die Vergütungs-Modelle anhand gleicher Finanzierungsvolumina verglichen werden sollen, musste im Notarzt-Modell die Bereitschaftspauschale auf 21€ gesenkt werden, der Nachzuschlag liegt bei 3€/h (20:00-8:00), Wochenende/Feiertage bei 5€/h. Für die Einsatzpauschalen können in der Folge unter Berücksichtigung des Budgets nur noch mit 40€ angesetzt werden, im Durchschnitt kommen inklusive der Zuschläge ca. 45€ pro Einsatz zur Auszahlung. Die von den Kassen befürchtete Einsatzsteigerung von 10% würde im Notarztmodell Mehrausgaben von ca. 1 Mio€ verursachen. Nebenbei bemerkt betrug die Einsatzsteigerung 2012 gegenüber 2011 aber gerade 2,47% und die Einsatzsteigerung 2013 gegenüber 2012 sogar nur 0,79%.

Im Anhang findet sich eine Tabelle, bei der alle Standorte Bayerns mit den Einsatzzahlinformationen aus emDoc 2013 gelistet sind. In dieser Tabelle ist die durchschnittliche Einsatzfrequenz in 12h dargestellt, um die verschiedenen Modelle vergleichbar zu machen. In der Spalte "jetziges System" wird von einer durchschnittliche Einsatzpauschalenauszahlung von 108€ ausgegangen (nach Informationen der KVB), die Bereitschaftsstunden sind mit den höheren Auszahlungen an den kleineren Standorten korrigiert (diese Standorte sind farblich rot hervorgehoben). Tag- und Nachtschichten sind der Einfachheit halber gleichgesetzt und gemittelt. In der Spalte Eingruppierung nach Kassenmodell kann man sehen, welcher Gruppe der Standort im Kassenmodell zugeordnet wird. Die Spalten "Kassenmodell", "Notarztmodell" und "jetziges System" vergleichen die im Schnitt auf 12h erzielbaren Honorare, wobei im jetzigen System und im Notarzt-Modell Einsatzsteigerungen sofort höheres Honorar zur Folge haben.

Mit dem Kassen-Modell profitieren 168 der 227 Standorte im Vergleich zum jetzigen Modell, im Notarzt-Modell profitieren 173 Standorte im Vergleich zum jetzigen Modell. Im direkten Vergleich zwischen Kassen- und Notarzt-Modell profitieren 171 Standorte, wenn das Notarzt-Modell zum Einsatz kommt.

## **Konsequenzen und weiteres Vorgehen**

Naturgemäß sind weder die agbn noch die Regionalvertreter mit der Gesamthöhe der Vergütung wirklich zufrieden, in Anbetracht der in den Verhandlungen erzielten Steigerung des Vorjahres-Budgets um 8,6% stellt sich aber die Frage, ob wir noch mehr zu fordern riskieren sollen und das dann auch realistisch erreichen können. Dazu stellt sich vor allem die Frage, ob wir die Ablehnung des Notarzt-Abrechnungsmodells akzeptieren und die mit dem Kassen-Modell die Abkehr von der unmittelbar leistungsbezogenen Vergütung akzeptieren. Zusammengefasst stellt sich die Gretchen-Frage: Ist das gegenwärtige Verhandlungsergebnis also akzeptabel oder fordern wir die KVB auf, das Ergebnis nicht zu akzeptieren und zu versuchen - wenn ja mit welcher Vorgabe - weiter zu verhandeln. Letzteres um den Preis nachfolgend genannter, potenziell nicht unerheblicher Konsequenzen.

Zunächst muss gesagt werden, dass wir Notärzte bzw. die KVB das Messer auf der Brust haben. Die gesetzlich vorgesehene Verhandlungszeit ist bereits überschritten, d.h. formal hätte das Schiedsgericht bereits angerufen werden können bzw. müssen. Die Kostenträger können das Schiedsgericht ab

sofort also jederzeit anrufen. Der Anruf des Schiedsgerichts ging bisher aber in jedem Fall mit einem Verlust für die Ärzte einher. Die Kostenträger zogen in einem solchen Fall bisher regelmäßig das erhandelte Angebot zurück, um das Vorjahresbudget anzubieten. Eine Aufwertung durch das Schiedsgericht zumindest auf die aktuell angebotenen 63 Mio€ erscheint mehr als unwahrscheinlich. Ob das Schiedsgericht zudem der leistungsbezogenen Vergütung zustimmt, ist leider ebenso unwahrscheinlich. Bisher gibt es keinen Schiedsspruch, der von den Kostenträgern nicht eine strenge Budgetierung der Ausgaben („im Interesse der Beitragszahler“) gefordert hätte. Vor dem Schiedsgericht werden die Notärzte also nach aller Lebenserfahrung nur verlieren können.

Gleichzeitig hätte der Abbruch der Verhandlungen zur Folge, dass die Finanzierungssicherheit formal für das laufende Jahr per akut nicht mehr besteht. Ab Juli oder August müsste es in der Folge bis zum Abschluss des „Arbeitskampfes“ zu einer Absenkung der Notarztvergütung kommen, die erst nach Abschluss der Vergütungsverhandlungen (ggf. mit Nacherstattung einbehaltener Sicherheitsbeträge) wieder aufgehoben werden könnte.

Nach unglücklichem Ausgang des Schiedsgerichts bliebe dann zur Durchsetzung unserer Interessen nur noch ein wie auch immer gearteter Arbeitskampf. Streiks im Notarzdienst sind aber ethisch hoch problematisch, in der Notärzteschaft flächendeckend nicht durchsetzbar und würden zudem öffentlich nicht goutiert (ein totes Kind auf der Straße, weil ein Notarzt aus pekuniären Gründen nicht kommt und das Image der Notärzte ist bayernweit dahin). Streiks zur Durchsetzung unserer Interessen sind also weder führbar noch ein geeignetes Mittel zur Durchsetzung unserer Interessen. Wir wären zwar nicht wehrlos, Waffengleichheit bestünde aber nicht.

Akzeptieren wir aber insbesondere die Abkehr von der leistungsbezogenen Vergütung hin zu einer rein pauschalen Stundenvergütung, dann ist dieser Schritt wohl unwiderruflich. Wir können uns natürlich trösten lassen „das probieren wir jetzt mal zwei Jahre aus, dann können wir ja das Notarzt-Modell probieren, wenn sich das Kassen-Modell nicht bewährt“. Es gilt aber zu bedenken, dass wir uns bereits an anderer Stelle trösten ließen: bei der Ermächtigungsfrage („da kriegen wir schon noch eine Lösung hin“). Aktuell durften die ersten Neu-Notärzte ihre Antrags- und Zulassungsgebühr schon zahlen, die Alt-Notärzte sind dann in 5 Jahren dran. Eine Lösung ist nicht in Sicht und „was soll's, es geht doch auch so“ scheint die Parole zu sein. Gerade in diesem Zusammenhang bleibt aber auch daran zu erinnern, dass wir die ganze Bescherung der Ermächtigungsproblematik einem klagenden Kollegen zu verdanken haben, der den schlafenden Löwen durch seinen frustranen Versuch, sich in einen einsatzstarken Standort einzuklagen, ausgelöst hat. Sollen wir unser Recht also wirklich vor Gericht – und sei es das Schiedsgericht – suchen?

## Was tun?

Es soll nicht verborgen bleiben, dass ein Riss durch die Riege der bei der letzten Kommissionssitzung anwesenden Regionalvertreter und den KVB Vorstand ging. Zwei der Vorstände und einer der Regionalvertreter hielten das Risiko, den Kassen gegenüber auch nur zu signalisieren, dass der gegenwärtige Verhandlungsstand nicht akzeptiert wird für zu hoch und zeigten sich potenziell bereit das aktuelle Verhandlungsergebnis mit mehr oder minder großem „Bauchgrimmen“ zu akzeptieren. Einer der KVB-Vorstände, fünf der anwesenden Regionalvertreter und der Vertreter der agbn sahen keine Möglichkeit, das Verhandlungsergebnis in der vorliegenden Form zu akzeptieren. Zwei der Regionalvertreter waren bei der anfangs genannten Sitzung nicht anwesend. Der als Gast anwesende Landesbeauftragte der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst meldete Bedenken an, dass in der Auseinandersetzung um die Vergütungsmodelle die Konsequenzen für die überfällige, notwendig durchgän-



gige Dokumentation der Notarzteinsätze im Qualitätsmanagement wohl nicht diskutiert wurden und forderte die KVB auf dies in den abschließenden Gesprächen einzubringen. Er kündigte an, dies kurzfristig auch in den Gremien seiner Zuständigkeit so darzustellen.

Wir sind gespannt die Meinung von Notärztinnen, Notärzten und anderen agbn-Mitgliedern zu erfahren und bitten Sie, Ihren Kommentar - bitte kurz, zusammenfassend und konstruktiv - an die hierfür geschaltete Mail-Adresse [verguetung@bayerische-notaerzte.de](mailto:verguetung@bayerische-notaerzte.de) zu übermitteln (anonym eingehende eMails werden nicht berücksichtigt).

## Fazit

Die Unterzeichner dieses Schreibens meinen, dass die jetzt seit Jahren erste erfolgte Erhöhung des Gesamtbudgets für den Notarztdienst zwar bei Weitem nicht ausreichend, aber zumindest als erster Schritt in die richtige Richtung gewertet werden darf und damit zu begrüßen ist. Dass allerdings die dringend erforderliche Aufwertung der Honorare an den einsatzschwachen Standorten überwiegend von den Kollegen an den einsatzstarken Standorten bezahlt werden muss, halten wir für äußerst bedenklich. Hier kommt wieder einmal das im Gesundheitswesen so gerne geübte „Umverteilungsverfahren“ zum Tragen, nämlich Strukturprobleme vom Leistungserbringer selbst bezahlen zu lassen um zu vermeiden das dringend benötigte Geld ins System zu geben, das die faire Bezahlung notwendiger Leistung vollumfänglich gewährleisten würde.

Das nun von den Kostenträgern vorgegebene Verteilungsverfahren ändert zwar pekuniär im Vergleich zu dem von den Notärzten favorisierten Verfahren nur wenig, impliziert allerdings einen als unumkehrbar empfundenen Schritt in Richtung auf die Übernahme des Morbiditätsrisikos der Bevölkerung durch die Notärzte. Letzterem können und wollen die Unterzeichner aus innerster Überzeugung - insbesondere im Hinblick auf zukünftige Vergütungsverhandlungen - nicht zustimmen.

Wir fordern die Kostenträger daher nachdrücklich auf, unsere Argumente noch einmal ohne Vorbehalte zu prüfen und das Notarzt-Modell für die Verteilung des zur Verfügung gestellten Budgets zu akzeptieren. Wir werden selbst wenn ein Arbeitskampf unvermeidlich wird nicht zum Streik aufrufen, wir fordern die Kostenträger aber im Gegenzug auf, selbst auf restriktive Mittel in der Auseinandersetzung um die Notarztvergütung zu verzichten.

Wir werden im weiteren Verlauf sehen, wie hoch die Kostenträger unsere am Patientenwohl orientierte Haltung respektieren und würdigen. Es wird sich dabei auch zeigen, ob es bei der Ablehnung des Notarzt-Modells vorrangig um Finanzierungssicherheit oder um einen Systemwechsel geht.

Würzburg, 20. Juni 2013

**Birgit Baier**  
Regionalvertreterin Schwaben

**Alexander Beck**  
agbn

**Klaus Friedrich**  
agbn

**Claus Heuschmid**  
Regionalvertreter Mittelfranken

**Björn Hossfeld**  
agbn

**Roland Huf**  
agbn

**Thomas Jaraus**  
Regionalvertreter Unterfranken

**Michael Reng**  
agbn

**Michael Schroth**  
agbn

**Rainer Schua**  
agbn

**Peter Sefrin**  
agbn

**Thomas Wurmb**  
agbn