



Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Ambulante Versorgung außerhalb der Sprechzeiten

Der Begriff „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ bezeichnet zutreffend die ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten außerhalb der Sprechzeiten im Bereich der ambulanten Versorgung. Nur:

- wie ist die Wahrnehmung der tatsächlichen Versorgung?
- Ist die Nummer 116 117 dem Laien bundesweit bekannt?
- Stimmen die Vorstellungen des Laien über die Versorgung mit den Tatsachen überein und gibt es Änderungsbedarf?

Interview mit Frau Karin Agor, Vertragsreferentin des Referates Krankenversicherung in der Knappschaft für den Bereich Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern

Bereits zum Eingang stellt Frau Agor fest, dass das Problem hochaktuell ist und schon auf die aktuellen Honorarverhandlungen durchschlägt. Die Rufnummer 116 117 ist bei der Bevölkerung nicht sehr bekannt. Eine Verknüpfung der Rufnummer im Hintergrund mit anderen Schnittstellen stößt im administrativen und organisatorischen Bereich sofort auf die Finanzierungsfrage.

FKQS-SH:

Ist aus Ihrer Sicht der Ärztliche Bereitschaftsdienst ausreichend geregelt?

Karin Agor:

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) ist nicht vernünftig geregelt. Historisch wurde die Versorgung des Notfalles in verschiedenen Wellen organisiert. Früher hatte der einzelne Arzt sein Schild an der Praxis nach dem Motto „der Hausarzt ist immer da“. Dann kamen die Informationen zu diensthabenden Ärzten über amtliche Mitteilungen bzw. die Zeitung. Parallel dazu entwickelte sich in der Gesellschaft der Trend des „ich habe keinen Hausarzt“, d. h. eine gewisse Individualisierung auf Ebene der Versicherten und Fragmentierung nach speziellem Bedarf auf der Seite der Leistungserbringer. Diese Versichertengeneration kannte teilweise nur das Krankenhaus, also die Ambulanz – das macht für den Versicherten keinen Unterschied – oder den Notruf 112. Diese Nummer war ja schon über die Ausbildung zum Führerschein bei jedem verankert bzw. stand in jedem Haushalt auf dem Schnurtelefon.



Damit begann ein „unabgesprochener“ Aufbau von regionalen Versorgungsstrukturen und die Umnutzung bekannter Strukturen. Ein Beispiel dafür ist die frühere Notrufsäule mit dem roten Hebel, die immer mehr außerhalb der Notfälle benutzt wurde nach dem Motto „da kann man es ja mal versuchen“. Verstärkend bürgerte sich die Wahl des Patienten nach der ihm am bequemsten erreichbaren Struktur ein, ohne dass regelhaft gegengesteuert wurde. Eine Anruhfunktion bei den Notrufzentren mit einer Anmeldung bei einer normalen Praxis über eine telefonische Vorstrukturierung im Gespräch und Zuordnung der jeweiligen Versorgungsform im Hintergrund danach war und ist noch nicht vorgesehen.

Meiner Meinung nach wurde die Nummer 116 117 viel zu spät eingerichtet und nachlässig darüber informiert, außerdem wurde teilweise auch der Annahmehbereich nicht mit ausreichend geschulten Personen besetzt. Weitere Effekte verschärften das Problem, wie z. B.: Zuzahlung für den Patienten mit entsprechenden Ausweich- oder Umgehungsstrategien und sowie Wartezeiten beim Arzt: der Weg über die Liegendanfahrt führt zu vorrangiger Behandlung in der Ambulanz. „Also besser gleich den Notarztwagen anrufen“. Eine falsche Nutzung bürgerte sich so verständlicherweise ein. Gefühlt sind 30 % der Fahrten und Aufnahmen in der Notfallambulanz überflüssig.

Ein weiteres Problem ist für mich die Erwartungshaltung der Patienten und die Information der Ärzte an Patienten bei chronischer Erkrankung. Mangelnde Gesundheits- bzw. Krankheitskompetenz führt damit schnell zu einer falschen bzw. vermeidbaren Inanspruchnahme bei vorhersehbaren Komplikationen bzw. ganz „selbstverständlichen“ Verschlechterungen im Krankheitszustand.

Auch im Krankenhaus gibt es einen Problemerkis. COPD- und Herzinsuffizienzpatienten zum Beispiel sind häufig im fast vorhersehbaren Dauerumlauf zwischen Praxis- und Notfallversorgung. Gerade bei progressiven Patienten wird vergessen, einen Notfallplan aufzustellen. Die Kliniken stellen sich die Frage, ob der Notfall eine vorstationäre und abrechenbare Leistung ist oder man besser gleich zur Aufnahme greift, weil man sonst veranlasste Leistungen und Maßnahmen nicht kostendeckend finanziert bekommt. Der DRG-Einfluss auf die Kostendeckung führt zu einer Fehlnutzung der vorgehaltenen Instrumentarien. Mein Fazit dazu: Eine ökonomisch sinnvolle Vorstrukturierung wurde in vielen Krankenhäusern noch nicht auf den Notfallprozess vorgenommen, teilweise ist dies auch durch die baulichen Maßnahmen ohne eine Anpassung schwierig umzusetzen.

Auch in den weiteren Prozessen der Krankenhäuser tauchen teilweise Schwierigkeiten auf. Eine Frage, die sich für mich stellt ist: Sind auch die Schwestern bzw. das gesamte Personal strukturell geschult und organisiert? Hier gibt es sicherlich Unterschiede bei Maximalversorgern, Normalversorgung und Strukturen in der Fläche.

FKQS-SH:

Welchen Aufklärungsbedarf bei Ihren Versicherten sehen Sie und wie bzw. auf welchem Wege informieren Sie Ihre Versicherten über die 116 117?



Karin Agor:

Ein Beispiel für unsere Informationsbemühungen ist die Broschüre der Knappschaft mit zahlreichen Rufnummern und Internetadressen zu akuten Problemstellungen bis hin zur Pflegeberatung. Außerdem informieren wir über unsere Pflegeberater und die Mitgliederzeitung. Die 112 ist allseits bekannt, die 116 117 eher weniger, ich schätze bei ca. 20 % unserer Versicherten.

Meiner Meinung nach bräuchte man telefonisch eine Vorstrukturierung der verschiedenen Dienste. Oft muss man ja erst erkennen, welcher Bedarf wirklich besteht. Ist zum Beispiel ein Telefonist Notfallmedizinisch ausreichend geschult? Ich stelle mir vor, dass man dies über intelligente Abfragealgorithmen lösen kann. Beispiele gibt es dazu aus dem Ausland, sicher aber auch bei uns. Gute Disponenten sollten darüber hinaus einen Anruf abschließen mit der zielsicheren Weitergabe an den richtigen Dienst sowie mit einer Zusage über einen Rückruf.

Wichtig ist aber auch die Lösung, wie man Patienten informiert, die schon wissen, was für einen Arzt sie brauchen! Auch diese Situation könnte vorstrukturiert werden, indem man durch gezielte Fragen die Situation abklärt. Hat der Anrufende vielleicht schon – wie vorhin geschildert – vom Arzt Vorkenntnisse und Anleitungen? Welche Symptome sind wie einzuschätzen? Kann man mit dem Patienten ein gestaffeltes Behandlungsmuster aushandeln und neben einer vernünftigen De-Eskalationsstrategie auch psychologisch „Ruhe reinbringen“?

FKQS-SH:

Welche zusätzlichen Kosten entstehen für Sie in der korrekten oder falschen Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes?

Karin Agor:

Zusätzliche Kosten wären schon einmal die Investition z. B. in Integrierte Leitstellen, ansonsten auch notwendige IT-Lösungen und Anpassungen in bestehenden Strukturen. Diese Investitionen sind je nach Status zurzeit teilweise nicht förderbar durch das jeweilige Land.

Bei den laufenden Kosten muss man aber auch bedenken, dass das Honorarbudget an die KV auch für den Notfall mit befreiender Wirkung gilt, d. h. hier haben wir – aus unserer Sicht – ein Verteilungsproblem intern im KV- bzw. ambulanten Bereich und weniger im Kostenträgerbereich.

Im stationären Bereich muss man sicher die vorstationären Pauschalen und Fallzahlen im Auge behalten. Sind die vorstationären Pauschalen für die Notfälle wirklich kostendeckend, sofern sie richtig abgerechnet werden, oder führen sie zum Fehlanreiz einer stationären Aufnahme? Eine Fehlbelegung kommt natürlich vor, ist aber nicht das alleinige Problem, da „falsch“ oder „richtig“ belegte Betten immer voll sind. Da wäre man eher bei der Frage, wie stationäre Betten grundsätzlich belegt werden, aber das ist eine andere Baustelle.

Und dann gibt es noch so interessante Kostenblöcke wie Fahrtkosten ins Krankenhaus, die nach Erstattungsregeln, Gebührenrecht oder auch nach Preisverhandlung je nach Bundesland unterschiedlich ausfallen können. Die teilweise große Vielzahl der möglichen Anbieter und Erstattungsregeln bzw. Kostentransparenz ist aber fast ein eigenes Kapitel.

FKQS-SH:

Zu guter Letzt: Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie grundsätzlich in diesem Versorgungsbereich?

Karin Agor:

Da gibt es so einiges, was ich mir wünschen würde. Ich zähle einmal stichpunktartig auf:

- ausreichende und gut strukturierte Anlauf- bzw. Verteilungsstellen, Übergabe der Entscheidungstriage von Arzt und Leitstelle an die Rettungsdienste und dortige zielführende Weitergabe der Informationen an die richtige nächste Behandlungsstruktur
- aktuell, und wer weiß wie lange, die Versorgung der Flüchtlinge: Die Versorgungskosten werden an die Sozialämter durchgereicht. Kassen wickeln nur die Auszahlung ab. Hier brauchen wir eine Information an diese Menschen, wie unser System funktioniert. Dies sollte schon im Integrationsverfahren geschult werden, ist aber regional sehr unterschiedlich und mit unterschiedlichem Fokus, daher uneinheitlich. Leider wird nicht immer wirklich geschult „wie Deutschland funktioniert“.

FKQS-SH:

Sehr geehrte Frau Agor, wir bedanken uns für das Gespräch.

Das Gespräch führten: Dr. Oliver Keinke, Yvonne Leichsenring und Dr. Monika Övermöhle

Vita Frau Karin Agor

Seit 2010 Knappschaft, Regionaldirektion Hamburg

- Als Vertragsreferentin kollektiv- und selektivvertraglich zuständig für die Bundesländer Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern
- Versorgungsmanagement

2007 - 2010 Unternehmensberatung

- Beratung von Leistungserbringern und Kostenträgern
- Entwicklung, Kalkulation und Implementierung von Selektivverträgen
- Geo- und Zuweisermarketing

2004 - 2007 Oberste Landesgesundheitsbehörde

- Krankenhausplanung
- gesundheitlicher Katastrophenschutz
- Apothekenüberwachung

