

Bereitschaftsdienstreform der KV RLP

1 Hintergründe der Reform

1.1 Ärztemangel

Einer der Hauptgründe für den Ärztemangel ist das Sinken der zur Verfügung stehenden Arztarbeitszeit. Diese sinkt nach Berechnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) täglich um die Arbeitszeit von sechs Ärztinnen und Ärzten (KBV-Arztzeituhr).

Gründe für die sinkende Arztarbeitszeit:

1.1.1 Ruhestandswelle

Die geburtenstarken Jahrgänge haben das Ruhestandsalter erreicht und verlassen aktuell die Versorgung. Die Ruhestandswelle wird verstärkt durch eine Zulassungswelle aus dem Jahr 1993. Damals ließen sich viele Ärztinnen und Ärzte aufgrund der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) beschlossenen Zulassungsbeschränkungen noch in kurzer Zeit nieder. Die Ärztinnen und Ärzte dieser Zulassungswelle, bekannt geworden unter dem Begriff „Seehoferbauch“, haben nun ebenfalls das Ruhestandsalter erreicht.

1.1.2 Trend zur Anstellung und Teilzeitarbeit

Die überwiegende Zahl junger Ärztinnen und Ärzte präferiert heute ein Anstellungsverhältnis und häufig auch Teilzeitarbeit. Nach den Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) stehen angestellte Ärztinnen und Ärzte der Versorgung im Durchschnitt nur mit etwa der Hälfte der Arbeitszeit im Vergleich zu traditionellen Selbstständigen zur Verfügung.

1.2 Demografischer Wandel

Nach den Prognosen des Statistischen Landesamtes wird die Bevölkerungszahl in RLP zwar landesweit sinken, jedoch wird die Zahl älterer Menschen ab 65 Jahren steigen. Bei älteren Menschen steigen im Durchschnitt Multimorbidität und Immobilität. Trotz sinkender zur Verfügung stehender Arztarbeitszeit muss daher ein steigender Behandlungsbedarf organisiert werden. Auch die Strukturen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst müssen einer älter werdenden Gesellschaft Rechnung tragen.

1.3 Besondere Herausforderungen in RLP

1.3.1 Fehlende Medizinstudienplätze

Laut den Prognosen des Zi fehlen in Deutschland etwa 4.000 Medizinstudienplätze, davon 239 in RLP, um die Versorgung auf heutigem Niveau bis 2035 zu sichern. RLP liegt beim Verhältnis der Einwohnerinnen und Einwohner pro Medizinstudienplatz auf dem viertletzten Platz aller Bundesländer. RLP ist daher auf einen höheren Zuzug von Ärztinnen und Ärzten, die außerhalb von RLP approbiert haben, angewiesen. Infolge des „Klebeeffektes“ – Medizinstudierende finden häufig am Studienort ihre Lebenspartner und bleiben in der entsprechenden Region – hat RLP einen Wettbewerbsnachteil im Anwerben junger Ärztinnen und Ärzte.

1.3.2 Überdurchschnittlich viele ungenutzte Arztarbeitszeiten

RLP leistete sich bis vor der Bereitschaftsdienstreform im Vergleich zu den übrigen Bundesländern weit überdurchschnittlich viele ungenutzte Arztarbeitszeiten in Ärztlichen Bereitschaftspraxen (ÄBP):

- 4.483 Besetzungsstunden in allen ÄBP (= Platz 2 hinter NRW)
- 104 Besetzungsstunden pro ÄBP (= Platz 1; Bundesdurchschnitt: 45 Stunden)
- 910 Einwohner/-innen pro ÄBP-Besetzungsstunde (= Platz 1; Bundesdurchschnitt: 2.898 EW)
- 33 von 55 jede Nacht (= 60 %) und 33 von 80 mindestens eine Nacht pro Woche geöffnete ÄBP (41 %) befinden sich in RLP. Alle nachts geöffneten ÄBP liegen in RLP und den angrenzenden Regionen der benachbarten Bundesländer.

Im Vergleich mit – anhand der Fläche in qkm und der Zahl der Einwohner/-innen – vergleichbaren Landkreisen anderer Bundesländer werden in RLP auch nach der Reform noch überdurchschnittlich viele Arztstunden in ÄBP vorgehalten, aber etwas mehr an das Bundesniveau angepasst.

1.4 Finanzierung des Bereitschaftsdienstes

Trotz Einnahmen aus den Behandlungen und Zuschüssen der Krankenkassen erwirtschaftet der Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) in RLP ein jährliches Defizit in Höhe von rund 20 Millionen Euro. Zum Ausgleich der Defizite müssen die Vertragsärztinnen und -ärzte mit einer Umlage von aktuell je 3.240 Euro jährlich belastet werden. Die durch die Kürzung ungenutzter Öffnungszeiten von ÄBP generierten Einsparungen von Kosten und Arztarbeitszeiten werden in den Aufbau des Aufsuchenden Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (AÄBD) investiert. Eine weitere Erhöhung des Defizites und somit der finanziellen Belastung der Vertragsärztinnen und -ärzte muss jedoch unbedingt vermieden werden, da sonst die Wettbewerbsnachteile von RLP beim Anwerben junger Ärztinnen und Ärzten erhöht würden.

1.5 Fazit

Die KV RLP muss die ambulanten vertragsärztlichen Strukturen kontinuierlich so anpassen, dass eine hinreichende vertragsärztliche Versorgung auch in Zukunft sichergestellt werden kann.

Mit sinkender ärztlicher Arbeitszeit müssen mehr Behandlungen sichergestellt und gleichzeitig den Bedürfnissen älterer Menschen sowie der neuen Medizinergeneration Rechnung getragen werden.

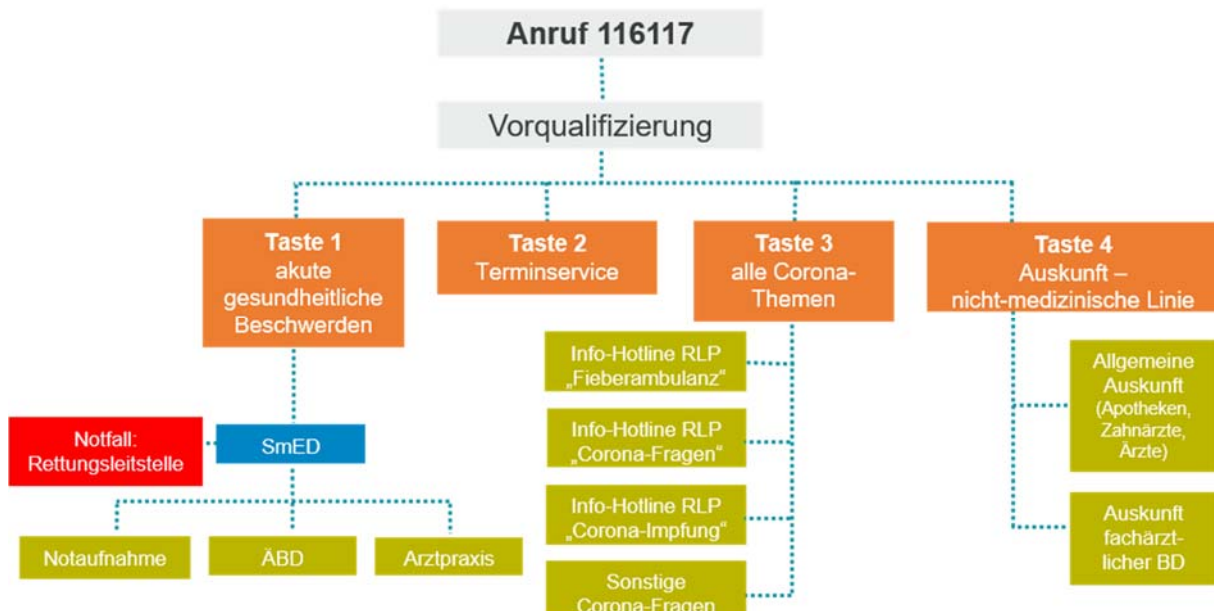
In RLP müssen besondere Herausforderungen bewältigt werden: überdurchschnittlich hoher „Importbedarf“ an Medizinerinnen und Medizinern und überdurchschnittlich viele ungenutzte Arztstunden in ÄBP.

2 Die neue Bereitschaftsdienststruktur in RLP

Für die Bereitschaftsdienstreform wurden drei Stufen in zwei Jahren vorgesehen. Ziel ist es, die Reform bis Ende 2021 umzusetzen.

2.1 Stufe 1: Patientenservice 116117

Am 1. Januar 2020 startete der Patientenservice 116117. An die gebührenfreie Telefonnummer 116117 können sich Patientinnen und Patienten 24 Stunden täglich 7 Tage die Woche wenden. Durch den Patientenservice 116117 erfolgt eine zentrale Steuerung in eine geeignete Versorgungsebene. Wenn Patientinnen und Patienten immer zuerst diese Nummer wählen, können ärztliche Arbeitszeiten bedarfsgerecht eingesetzt und Überlastungen von Notaufnahmen und ÄBP vermieden werden.



Bei akuten gesundheitlichen Problemen erfolgt durch medizinisch qualifiziertes Personal mit Unterstützung des Medizinproduktes „Strukturierte medizinische Ersteinschätzung für Deutschland“ (SmED) eine qualifizierte Ersteinschätzung der Beschwerden. Je nach Ergebnis der Ersteinschätzung erfolgt eine Übergabe an den Rettungsdienst, die Empfehlung, eine Notaufnahme eines

Krankenhauses aufzusuchen, eine Anmeldung in einer ÄBP, die Beauftragung eines Hausbesuches oder der Verweis an Arztpraxen zu deren Öffnungszeiten.

Die Vorteile für Patientinnen und Patienten: Sie haben rund um die Uhr Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für ihre gesundheitlichen Beschwerden. Durch die Anmeldung in einer besetzten ÄBP werden Wartezeiten auf eine Behandlung verkürzt. Aus medizinischen Gründen immobile Patientinnen und Patienten können mit Hausbesuchen bedarfsgerecht versorgt werden.

2.2 Stufe 2: Vergrößerung der Bereitschaftsdienstbereiche

Nicht nur die zur Verfügung stehende Arztarbeitszeit nimmt kontinuierlich ab, sondern auch die Bereitschaft von jungen, in der Regel angestellten Ärztinnen und Ärzten, Bereitschaftsdienste nachts und am Wochenende zu übernehmen. Um die Wettbewerbsfähigkeit von RLP beim Anwerben von Ärztinnen und Ärzten zu erhalten, müssen daher Dienstverpflichtungen wo möglich reduziert werden durch etwa die Vermeidung nicht genutzter und somit eine möglichst hohe Auslastung eingesetzter Arztarbeitszeiten. Mit Stufe 2 der Reform wurden daher in Bereitschaftsdienstregionen jeweils eine ÄBP in eine benachbarte ÄBP integriert. Die so reduzierten Dienststunden können weitgehend mit freiwilligen Ärztinnen und Ärzten besetzt werden. Die Größe der neuen Bereitschaftsdienstbereiche entspricht der Größe anderer Bereiche und zumutbare Entfernungen bleiben im Bundesvergleich erhalten.

2.3 Stufe 3: Aufbau eines Aufsuchenden Ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch Reduzierung nicht genutzter Arztarbeitszeiten

Um dem Versorgungsbedarf einer älter und somit tendenziell auch morbider und immobiler werdenden Patientenschaft gerecht zu werden, baut die KV RLP mit Stufe 3 einen von den Diensten in den ÄBP entkoppelten Aufsuchenden Ärztlichen Bereitschaftsdienst (AÄBD) auf. Die Hausbesuchsteams, bestehend aus einer Ärztin/einem Arzt und einer Fahrerin/einem Fahrer, wird durch den Patientenservice 116117 disponiert. Wird durch die Ersteinschätzung die Notwendigkeit eines Hausbesuches festgestellt, erfolgt der Auftrag an das AÄBD-Team, das der Patientin oder dem Patienten am nächsten ist.

Um Arztarbeitszeiten für den AÄBD zu gewinnen, werden nicht genutzte Arztarbeitszeiten aus den ÄBP verfügbar gemacht. Insbesondere nachts und häufig auch abends an Wochentagen werden viele ÄBP nur von sehr wenigen Menschen benötigt, obgleich diese mit Ärztinnen oder Ärzten und medizinischem Personal besetzt sind. Die Besetzung der ÄBP wird daher mit Stufe 3 dem tatsächlichen Bedarf angepasst und Besetzungszeiten werden reduziert. Anders als die meisten anderen Bundesländer erhält die KV RLP in RLP allerdings einige zentral erreichbare nachts geöffnete ÄBP. Durch die Ersteinschätzung des Patientenservice 116117 und den AÄBD wird sich jedoch die Zahl der wenigen Patientinnen und Patienten, denen nachts der Besuch einer ÄBP empfohlen wird, weiter verringern.

Die Vorteile für Patientinnen und Patienten: Infolge der Ersteinschätzung müssen sie in vielen Fällen das Haus nicht verlassen. Wartezeiten auf Hausbesuche werden durch die zentrale Disponierung und Entkoppelung von den Diensten in ÄBP verkürzt.

2.4 Fazit

Die neue Organisation des Bereitschaftsdienstes der KV RLP ist besser geeignet, die Herausforderungen, die in Kapitel 1 beschrieben wurden, zu bewältigen. Eine hochwertige ambulante medizinische Versorgung kann so für die nächsten Jahre sichergestellt werden. Die KV RLP evaluiert kontinuierlich die Versorgungsqualität und nimmt bei Bedarf notwendige Anpassungen vor.

Voraussetzung für das Funktionieren der neuen Bereitschaftsdienstorganisation ist, dass Patientinnen und Patienten konsequent den Patientenservice 116117 nutzen und keine medizinische Einrichtung direkt aufsuchen. Nur so kann die Steuerungswirkung zugunsten der Patientenschaft und zur Entlastung von Notaufnahmen und dem ÄBD ihre volle Wirkung entfalten. Für die Kommunikation der Möglichkeiten des Patientenservice 116117 ist die KV RLP auf die Hilfe der Kommunen angewiesen. Die KV RLP stellt Musterannoncen zur Veröffentlichung in kommunalen Bekanntmachungsmedien zur Verfügung.

Mainz, 8. September 2021