

Bereitschaftsdienst 2020/21: Perspektiven und Hintergründe der Reform

Inhalt

1	Die Bereitschaftsdienstreform 2020/21 der KV RLP	2
1.1	Stufe I: Nutzung des Patientenservice 116117	2
1.2	Stufe II: Vergrößerung der Bereitschaftsdienstregionen	3
1.3	Stufe III: Start des AÄBD und bedarfsorientierte Anpassung der ÄBP-Öffnungszeiten.....	3
2	Einflussfaktoren auf die Organisation des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes	4
2.1	Bundesweit relevante Gründe für Ärztemangel.....	5
2.1.1	Überdurchschnittlich viele Ärztinnen und Ärzte vor dem Ruhestand	5
2.1.2	Die zur Verfügung stehende ärztliche Arbeitszeit sinkt täglich	5
2.1.3	Weitere Wege zu Arztpraxen durch Trend zur Teamarbeit.....	6
2.1.4	Mit dem demografischen Wandel steigt der Behandlungsbedarf.....	6
2.2	Besondere Herausforderungen in Rheinland-Pfalz.....	6
2.2.1	Fehlende Medizinstudienplätze	6
2.2.2	Ärztinnen und Ärzte finanzieren Defizite im ÄBD	7
2.2.3	Überdurchschnittliche Bereitschaftsdienstangebote in RLP.....	8
3	Zusammenfassung	12
4	Ihre Fragen	12
5	Quellenverzeichnis	13

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Öffnungsstunden pro ÄBP pro Woche (Juli 2020)	9
Abbildung 2:	Durchschnittliche Öffnungsstunden pro ÄBP (Juli 2020)	10
Abbildung 3:	Einwohnerzahl pro Öffnungsstunde der ÄBP (Juli 2020)	11
Abbildung 4:	Summe der Öffnungszeiten der ÄBP pro Woche (Juli 2020)	11

Bereitschaftsdienst 2020/21: Perspektiven und Hintergründe der Reform

Mit dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) bieten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auch dann Behandlungsmöglichkeiten an, wenn die Arztpraxen geschlossen sind. Die Bereitschaftsärztinnen und -ärzte sind tagsüber an Wochentagen in ihren eigenen Praxen für ihre Patientinnen und Patienten da und werden zusätzlich abends, nachts und an Wochenenden und Feiertagen für die Bereitschaftsdienste eingeteilt. Sie leisten Bereitschaftsdienste entweder in Ärztlichen Bereitschaftspraxen oder sie führen Hausbesuche durch, wenn Patientinnen oder Patienten krankheitsbedingt nicht das Haus verlassen können (www.kv-rlp.de/893350-17696).

Gesellschaftliche Entwicklungen und politische Entscheidungen erfordern eine regelmäßige Überprüfung der jeweils aktuellen Bereitschaftsdienststrukturen und bei Bedarf auch ihre Anpassung. Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) hat im Jahr 2020 eine Reform der Ärztlichen Bereitschaftsdienststrukturen eingeleitet, die auf eine Optimierung der Versorgung für die Bürgerinnen und Bürger abzielt und gleichzeitig auch die sich ändernden gesellschaftlichen, politischen und strukturellen Rahmenbedingungen berücksichtigt.

Im Folgenden werden die Bereitschaftsdienstreform 2020 der KV RLP vorgestellt (Kapitel 1) sowie gesellschaftliche, politische und strukturelle Einflussfaktoren (Kapitel 2) erläutert.

1 Die Bereitschaftsdienstreform 2020/21 der KV RLP

Mit der Bereitschaftsdienstreform 2020 zielt die KV RLP auf eine notwendige Anpassung der Bereitschaftsdienststrukturen an veränderte Rahmenbedingungen bei gleichzeitiger weiterer Optimierung der medizinischen Versorgung in Rheinland-Pfalz. Wesentliche Elemente der Reform sind die 24-Stunden-Erreichbarkeit des ÄBD für alle Bürgerinnen und Bürger, die zielgenaue Steuerung von Hilfesuchenden in geeignete Versorgungseinrichtungen sowie der Ausbau des Aufsuchenden Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (AÄBD) für immobilen Menschen und damit verbunden die bedarfsgerechte Anpassung der Öffnungszeiten der Ärztlichen Bereitschaftspraxen (ÄBP). Die Reform des ÄBD in Rheinland-Pfalz 2020 sieht drei Stufen vor.

Stufe I: Nutzung des Patientenservice 116117

Stufe II: Vergrößerung der Bereitschaftsdienstregionen

Stufe III: Start des AÄBD und bedarfsorientierte Anpassung der ÄBP-Öffnungszeiten

Zu beachten ist, dass durch nicht voraussehbare Entwicklungen im Zusammenhang mit der aktuellen Corona-Krise weitere kurz- oder mittelfristige Anpassungen der Reformvorhaben notwendig werden können.

1.1 Stufe I: Nutzung des Patientenservice 116117

Seit dem 1. Januar 2020 bieten alle Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland, also auch die KV RLP, aufgrund gesetzlicher Vorgaben den Patientenservice 116117 an. Er ist unter der bundesweit einheitlichen kostenfreien Telefonnummer 116117 (ohne Vorwahl) täglich 24 Stunden erreichbar. Nach einer strukturierten medizinischen Ersteinschätzung erfolgt durch den Patientenservice eine Steuerung der Patientinnen und Patienten in eine geeignete medizinische Versorgungsebene, also zu den üblichen Sprechzeiten in eine niedergelassene Praxis, außerhalb der regulären Öffnungszeiten der Praxen in eine ÄBP oder zum Rettungsdienst. Durch diese Steuerung werden eine schnellere Versorgung der Patientinnen und Patienten und eine Entlastung sowohl des ÄBD als auch der Notaufnahmen der Krankenhäuser erwartet. Außerdem vermitteln die Mitarbeitenden des Patientenservice 116117 Termine in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen.

Immer zuerst die 116117 wählen

Voraussetzung dafür, dass Patientinnen und Patienten möglichst zielgenau in eine für Ihre Gesundheitsstörung geeignete Versorgungseinrichtung gesteuert werden können, ist die strukturierte medizinische Ersteinschätzung. Ziel der KV RLP ist es daher, dass medizinische Einrichtungen wie

ÄBP nicht direkt aufgesucht werden, sondern dass immer zuerst der Patientenservice 116117 angerufen wird, in der eine strukturierte medizinische Ersteinschätzung erfolgt.

Durch die Corona-Krise musste der Patientenservice 116117 seit Anfang März 2020 personell ausgebaut werden. Mit dem bestehenden Personal waren Tausende von Anrufen pro Tag nicht mehr zu bewältigen. Es kam zu langen Wartezeiten. Durch personelle Aufstockung und die zusätzliche Hotline des Landes hat sich die Lage seit Anfang April 2020 etwas entspannt. Wartezeiten sind trotzdem nicht zu vermeiden.

1.2 Stufe II: Vergrößerung der Bereitschaftsdienstregionen

Die zur Verfügung stehende ärztliche Arbeitszeit sinkt bundesweit kontinuierlich (vgl. Kap. 2.1.2). Ein effizienterer Einsatz der ärztlichen Arbeitszeit ist erforderlich, um eine älter werdende Bevölkerung möglichst optimal versorgen zu können. Die im Vergleich zu anderen Bundesländern weit überdurchschnittlichen Bereitschaftsdienstangebote sind nicht länger aufrechtzuerhalten, ohne die Regelversorgung in den Praxen noch mehr zu gefährden. In der Konsequenz umfasste die zweite Stufe der Reform zum 1. Juli 2020 zunächst die Angliederung von vier Bereitschaftsdienstregionen an benachbarte Regionen und damit die Integration von vier ÄBP in benachbarte ÄBP: Ingelheim, Kirn, Rockenhausen und Wissen. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieser vier ÄBP soll die Weiterführung ihrer Tätigkeit in den benachbarten ÄBP angeboten werden.

Die Auswahl der zu integrierenden ÄBP erfolgte nach objektiv nachvollziehbaren Kriterien: Zahl der ÄBP in der Kreisregion, Auslastung und regionale Dichte von ÄBP.

- Die ÄBP Kirn und Wissen gehörten zu den beiden einzigen Kreisregionen mit noch drei ÄBP im Landkreis. Alle anderen Kreise hatten nur eine oder maximal zwei ÄBP.
- Die ÄBP Wissen, Kirn und Rockenhausen wiesen die niedrigsten Fallzahlen aller ÄBP auf.
- Die ÄBP Ingelheim befindet sich in einer Region mit einer damals besonders hohen Dichte an ÄBP (Bingen, Ingelheim und Mainz) und hat unter den flächenmäßig kleinen Kreisregionen (< 750 qkm) mit damals zwei ÄBP im Kreis Mainz-Bingen nach der ÄBP Rockenhausen die geringste Fallzahl.

Nicht vorhersehbar war, dass das Heilig-Geist-Hospital in Bingen zu einer Corona-Spezialklinik umgewandelt wurde. Die KV RLP wurde daher am 26. April 2020 aufgefordert, die ÄBP Bingen, die an diesem Hospital angesiedelt war, zu verlegen. Patientinnen und Patienten werden seither gebeten, sich im Bedarfsfall an die umliegenden ÄBP Bad Kreuznach und Ingelheim zu wenden. Da nicht bekannt war, ob und wann ein Wiedereinzug in das Heilig-Geist-Hospital Bingen möglich ist, hatte der Vorstand der KV RLP den Beschluss zur Schließung der ÄBP Ingelheim zum 1. Juli 2020 bis auf weiteres ausgesetzt.

1.3 Stufe III: Start des AÄBD und bedarfsorientierte Anpassung der ÄBP-Öffnungszeiten

Zum 1. Oktober 2020 hat die KV RLP den AÄBD gestartet. Hauptziel des Angebots, das zunächst in der Pilotregion Rheinhessen/Donnersberg/Nahe eingeführt wurde, ist ein patientenorientierter, bedarfsgerechter Einsatz der aufsuchenden Bereitschaftsärztinnen und -ärzte als Teil einer am Bedarf ausgerichteten Steuerung der Patientinnen und Patienten in eine geeignete Versorgungseinrichtung. Mit dem Aufbau des AÄBD verbunden ist die Reduzierung von wenig frequentierten Öffnungszeiten von ÄBP wie etwa in Landstuhl und Gerolstein. Die gewonnene ärztliche Arbeitszeit kann so effektiver eingesetzt werden, einerseits im AÄBD und andererseits steht sie der Regelversorgung zur Verfügung.

Über den neu geschaffenen AÄBD stehen Ärztinnen und Ärzte speziell für notwendige Hausbesuche bei nicht mobilen Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Die Teams des AÄBD bestehen aus jeweils einer Bereitschaftsärztin oder einem Bereitschaftsarzt und einer Fahrerin oder einem Fahrer. Je nach Bedarf kann die Anzahl der Einsatzteams angepasst werden. Der AÄBD ist zu den Bereitschaftsdienstzeiten im Einsatz, also abends, nachts, an Wochenenden und Feiertagen.

Effizienter Einsatz durch bedarfsoptimierte Steuerung

Die Steuerung der Patientinnen und Patienten in geeignete Versorgungsebenen sowie des AÄBD erfolgen durch medizinisch geschulte Mitarbeitende über den kostenfreien Patientenservice 116117. Mit der Trennung des Hausbesuchsdienstes vom Sitzdienst in den ÄBP können die einzelnen ÄBP entsprechend dem Bedarf besetzt werden. Vor allem für Patientinnen und Patienten führen die Reformmaßnahmen zu einer Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung: 24 Stunden an sieben Tagen steht eine telefonische Ersteinschätzung ohne Umwege zur Verfügung. Unnötige Fahrten der Patientinnen und Patienten zu ÄBP werden vermieden. Ein Großteil der Inanspruchnahmen werden bedarfsoptimiert so bereits telefonisch bearbeitet und nicht akute Fälle auf die Sprechstundenzeiten gesteuert. Dringende medizinische Fälle werden gezielt aufgesucht oder es erfolgt eine Anmeldung in einer ÄBP. Da die Fälle infolge der Anmeldungen bereits dokumentiert sind, minimieren sich Wartezeiten in den ÄBP. Hausbesuche können über den AÄBD in medizinisch notwendigen Fällen schneller als bisher durchgeführt werden.

Pilotprojekt erreicht gesetzte Ziele

Dass der AÄBD die gesetzten Ziele erreicht, zeigen erste Auswertungen der KV RLP aus der Pilotregion. Für den Zeitraum vom 1. Oktober bis 19. November 2020 ergab sich folgendes Bild: In der rheinhessischen Pilotregion wurden wöchentlich rund 120 Arztstunden eingespart – das entspricht 15 Arbeitstagen zu je acht Stunden. Diese ärztliche Arbeitszeit geht der Regelversorgung nicht mehr verloren. Der Anstieg der Ende 2020 schon 260 nicht mehr besetzbaren Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz kann so verlangsamt werden, was den Bürgerinnen und Bürgern des Landes zugutekommt.

Insgesamt vermittelte der Patientenservice in der Pilotregion Rheinhessen im Untersuchungszeitraum 1.454 Anrufende erfolgreich zur telefonischen Beratung oder zur Untersuchung an eine ÄBP. Zusätzlich disponierten die Mitarbeitenden 706 Hausbesuche und Leichenschauen. Darüber hinaus entsprach der Durchschnitt der durchgeführten Hausbesuche mit rund zehn Einsätzen pro Tag (ohne Leichenschauen) exakt dem Vorjahresniveau. Dies zeigt, dass auch mit der von der KV RLP umgesetzten Bereitschaftsdienstreform keine Patientin und kein Patient unversorgt geblieben ist.

Als sehr effizient erwies sich in der Pilotregion die Organisation der zu koordinierenden Einsätze des AÄBD. Da der Patientenservice 116117 die Hausbesuche steuert, können die Fahrzeiten besser aufeinander abgestimmt werden. Die 116117 kommuniziert per App mit dem Fahrdienst. Auf diese Weise werden die bisherigen Fahrdienste optimal ausgelastet und es müssen künftig weniger Einsatzfahrzeuge vorgehalten werden.

Nach erfolgreichem Abschluss der Pilotphase wird die Bereitschaftsdienstreform in Jahr 2021 sukzessive flächendeckend auf ganz Rheinland-Pfalz ausgeweitet. Hierzu wurden bereits erste Gespräche mit der Ärzteschaft in den betroffenen Regionen geführt.

2 Einflussfaktoren auf die Organisation des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes

Eine der gesetzlich zugewiesenen Aufgaben der KV RLP ist die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung für gesetzlich Versicherte in Rheinland-Pfalz. Hierzu gehören eine möglichst wohnortnahe hausärztliche Versorgung sowie eine angemessene und zeitnahe Versorgung durch Fachärztinnen und -ärzte anderer Fachgebiete. Die Chancen jedoch, wie bedarfsgerecht und wohnortnah die KVen die vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten organisieren können, ist abhängig von gesellschaftlichen Entwicklungen und politischen Entscheidungen, auf die KVen nur sehr begrenzten Einfluss haben. Einflussmöglichkeiten bestehen lediglich im Rahmen des Prozesses der demokratischen politischen Beteiligung ihrer Mitglieder, den -Vertragsärztinnen und -ärzten und den Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Bürgerinnen und Bürger dieses Landes.

Die Gestaltungschancen für KVen sind wesentlich abhängig von dem auf dem Arbeitsmarkt für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehenden medizinischen Personals. Insbesondere die Ressource „Ärztin und Arzt“ wird fortlaufend knapper. Das heißt: Jeder Arzt und jede Ärztin, der oder die an einer Stelle eingesetzt wird, fehlt somit an anderer Stelle. Ärztemangel ist nicht nur in unserer

Gesellschaft angekommen, sondern nimmt zunehmend auf Fahrt auf. Wesentliche Hintergründe des aktuellen und zunehmenden Ärztemangels werden im Folgenden erläutert.

2.1 Bundesweit relevante Gründe für Ärztemangel

2.1.1 Überdurchschnittlich viele Ärztinnen und Ärzte vor dem Ruhestand

Der Gesetzgeber hat nach der Wiedervereinigung mit dem Gesundheits-Strukturgesetz (GSG), in Kraft getreten am 1. Januar 1993, Zulassungsbeschränkungen für den Arztberuf eingeführt, um angesichts der damals hohen Ärztezahl eine Überversorgung zu verhindern. Um die Versorgungslage in einer bestimmten Region zu ermitteln, wurde das Verhältnis zwischen Einwohner- und Arztlzahl errechnet. Zeigte sich im Ergebnis, dass in Bezug auf die Bevölkerung zu viele Ärztinnen und Ärzte praktizierten, durften keine weiteren mehr zugelassen beziehungsweise frei werdende Arztsitze nicht mehr neu besetzt werden.

Durch eine Übergangsfrist konnten Zulassungen noch erteilt werden, wenn die entsprechenden Anträge bis 31. Januar 1993 eingereicht wurden. Bis zu dieser Frist wurden in wenigen Wochen etwa 15.000 Zulassungsanträge gestellt (Hungeling, 1993, S. 64). Nicht alle davon wurden auch tatsächlich zugelassen, dennoch kam es zu einer sprunghaften Zunahme der Zahl niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Vom ersten bis zum dritten Quartal 1993 kamen schließlich brutto 11.600 Ärztinnen und Ärzte, nach Abzug der Abgänge 9.600 zusätzlich ins System (Kopetsch, 2010, S. 315). Nach dieser Zulassungswelle waren Zulassungen in den meisten Regionen nur noch möglich, wenn Arztsitze frei wurden. Dies setzte auch eine Überalterung der Ärzteschaft in Gang. So stieg das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte seit Einführung der Bedarfsplanung von 47,5 Jahren 1993 über 51,5 Jahre 2007 (Kopetsch, 2010, S. 313) auf 57 Jahre in 2019 (KV RLP).

Die damals überproportional vielen zugelassenen Ärztinnen und Ärzte stehen heute vor dem Ruhestand. Diese damalige Zulassungs- und heutige Ruhestandswelle wird auch „Seehofer-Bauch“ genannt, da der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) zusammen mit dem damaligen sozialpolitischen Sprecher und stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der SPD-Fraktion Rudolf Dreßler (SPD) diese Gesetzgebung in Gang gesetzt hat. Dies bedeutet, dass unser Gesundheitssystem aktuell mehr aus dem System ausscheidende Ärztinnen und Ärzte verkraften muss, als es bei einer gleichmäßigen Entwicklung ohne die Zulassungsstopps Anfang der 1990er-Jahre der Fall gewesen wäre.

2.1.2 Die zur Verfügung stehende ärztliche Arbeitszeit sinkt täglich

Die junge Medizinergeneration legt vollkommen berechtigter Wert auf die Vereinbarkeit von Beruf mit Familie und Freizeit. Etwa 70 Prozent der Medizinstudierenden sind heute Frauen. Bereitschaftsdienste abends, nachts und an Wochenenden sind aber mit Familie und Freizeit schlecht vereinbar. Je mehr ärztliche Bereitschaftspraxen (ÄBP) eine KV vorhält und je länger die Öffnungszeiten sind, desto häufiger müssen die Ärztinnen und Ärzte zu Bereitschaftsdiensten verpflichtet werden. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte möchten – nicht nur aus diesem Grund – als Angestellte in einer Praxis mit festen Arbeitszeiten und möglichst ohne Bereitschaftsdienste arbeiten. Mittlerweile kommen mehr angestellte Ärztinnen und Ärzte ins System als freiberuflich Tätige. Ihr Anteil ist seit 2009 von unter acht Prozent auf über 22 Prozent gestiegen (ÄZ, 28.04.2020). Angestellte Ärztinnen und Ärzte sind aus dem System nicht mehr wegzudenken. Sie sind eine tragende Säule des Gesundheitssystems und sie werden immer mehr. Dies hat aber auch Konsequenzen für die ärztliche Behandlungskapazität insgesamt.

Stehen freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte der ambulanten medizinischen Versorgung im Durchschnitt etwa 52 Stunden pro Woche zur Verfügung, sind es bei Angestellten lediglich die tariflich vereinbarten 40 Stunden. 55 Prozent der Angestellten waren 2019 weniger als 30 Stunden pro Woche tätig, rund 30 Prozent zehn bis 20 Stunden und mehr als 16 Prozent nur bis zehn Stunden pro Woche (ÄZ, 28.04.2020). Da derzeit sehr viele Selbstständige in Ruhestand gehen und immer mehr Angestellte ins System kommen, führt dies zu einer ständig sinkenden zur Verfügung stehenden ärztlichen Arbeitszeit deutschlandweit. Nach den Daten des Zi-Praxis-Panel (ZiPP) arbeiten

angestellte Ärzte mit 23 Wochenstunden im Vergleich zu 49 Stunden im Mittel 47 Prozent der Zeit von Selbständigen (Zi 2018, S. 31f.) Durch den steigenden Anteil an angestellten Ärztinnen und Ärzten verringert sich so pro Minute rechnerisch in allen deutschen Praxen die verfügbare ärztliche Arbeitszeit um 474 Minuten. Alle vier Stunden geht der Versorgung damit quasi eine Ärztin oder ein Arzt „verloren“. Bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) läuft eine digitale Uhr, die diesen Arztzeitverlust aufzeigt (KBV 2020). Mit immer weniger zur Verfügung stehender ärztlicher Arbeitszeit muss also erstens die Regelversorgung und zweitens der Ärztliche Bereitschaftsdienst sichergestellt werden.

2.1.3 Weitere Wege zu Arztpraxen durch Trend zur Teamarbeit

Die junge Medizinergeneration möchte immer seltener als Einzelkämpferin oder Einzelkämpfer in Einzelpraxen tätig werden (ÄZ, 22.05.2020), sondern im Team in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), also Gemeinschaftspraxen, oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Auch dieser Trend führt dazu, dass die Zahl der über das Land verteilten Praxen sinkt. Gemeinschaftspraxen und MVZ siedeln sich eher in größeren Ortschaften an. Einzelpraxen in Dörfern sterben immer mehr aus. Was auf der einen Seite als Nachteil erscheint, bietet auch Vorteile. Durch die Arbeit im Team können sich Ärztinnen und Ärzte besser austauschen, die Qualität der Versorgung gewinnt. Auch kann von MVZ oder BAG über Zweigpraxen auf dem Land die Versorgung in ländlichen Regionen flexibel sichergestellt werden, ohne dort in langfristige Strukturen investieren zu müssen.

Die Folge dieser Entwicklung ist, dass es andere Formen der Versorgung von ländlichen Regionen geben wird, aber die Wege der Menschen zu den medizinischen Einrichtungen tendenziell weiter werden. Die Ärztin oder den Arzt um die Ecke wird es in Zukunft seltener geben.

2.1.4 Mit dem demografischen Wandel steigt der Behandlungsbedarf

„1950 war jeder hundertste Einwohner 80 Jahre und älter. Heute ist bereits jeder Fünfzehnte hochaltrig und ab etwa 2040 könnte es mehr als jeder Zehnte sein“ (Demografieportal). Diese Entwicklung hat Konsequenzen für den Behandlungsbedarf der Bevölkerung. Mit dem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für behandlungsbedürftige Krankheiten. Die sogenannte Multimorbidität, also das gleichzeitige Bestehen mehrerer Krankheiten bei einer Patientin oder einem Patienten, nimmt zu. Das Gesundheitssystem muss also zukünftig mit weniger ärztlicher Arbeitszeit (vgl. Kapitel 2.1.2) mehr Behandlungen durchführen. Die Voraussetzungen für die Bewältigung der Anforderungen von morgen müssen von der KV RLP bereits heute eingeleitet werden. Die KV RLP muss diese längerfristige Entwicklung im Auge haben und in Verantwortung für die zukünftige Gesundheitsversorgung die Strukturen so anpassen, dass die Versorgung auch in Zukunft noch in allen Regionen sichergestellt ist. Dies erfordert auch einen möglichst effizienten Einsatz von Arztzeiten im ÄBD.

2.2 Besondere Herausforderungen in Rheinland-Pfalz

2.2.1 Fehlende Medizinstudienplätze

Neben der Einführung von Zulassungsbeschränkungen wurden in den 1990er-Jahren auch etwa 6.000 der damals insgesamt rund 16.000 Medizinstudienplätze in Ost- und Westdeutschland abgebaut. Denn man fürchtete eine Ärzteschwemme. Auch dieser Abbau hat heute zur Folge, dass immer mehr Arztsitze nicht mehr besetzt werden können. Viele Bürgerinnen und Bürger haben es schon selbst erlebt. Ihre Hausarztpraxis schließt, keine Nachfolgerin oder kein Nachfolger ist in Sicht und die umliegenden Hausarztpraxen sind bereits überlastet. Jede Stunde, die Ärztinnen und Ärzte in Bereitschaftsdiensten verbringen, können sie nicht in ihren Praxen zur Verfügung stehen. Laut einer Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland könnten bis zum Jahr 2035 je nach Szenario 3.000 bis 6.000 Ärztinnen und Ärzte pro Jahr fehlen (Zi 2019, S. 17), also im worst-case-Szenario etwa so viele wie in den 1990er-Jahren an Medizinstudienplätzen abgebaut wurden.

In Rheinland-Pfalz kommt verschärfend hinzu, dass nur die Johannes Gutenberg-Universität Mainz Studienplätze für Humanmedizin anbietet. Im Verhältnis zur Einwohnerzahl gibt es in Rheinland-Pfalz nur die viertniedrigste Zahl an Medizinstudienplätzen von allen Bundesländern (KV RLP 8/2019).

Rheinland-Pfalz kann daher weniger als andere Bundesländer den eigenen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten ausbilden und ist somit stärker auf die Zuwanderung junger Mediziner angewiesen. Die Zahl fehlender Studienplätze der Humanmedizin betragen nach den Zi-Berechnungen für Rheinland-Pfalz 238 bis zu 357 pro Jahr (Zi 2019, S. 16), nach eigenen Berechnungen sogar jährlich über 400 (KV RLP). Da viele Absolventinnen und Absolventen aber einen heimatnahen Einsatz anstreben oder Partner am Studienort finden, dürfte es rheinland-pfälzischen Ärztinnen und Ärzten schwerer als Ärztinnen und Ärzten anderer Bundesländer fallen, Nachfolgerinnen oder Nachfolger für ihre Praxen zu finden. Auch das Zi spricht von einem steigenden innerdeutschen Wettbewerb um Mediziner.

2.2.2 Ärztinnen und Ärzte finanzieren Defizite im ÄBD

Zum Sicherstellungsauftrag gehört auch die ambulante ärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten. So hat es der Gesetzgeber in § 75 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und § 22 Abs. 1 Heilberufsgesetz (HeilBG) Rheinland-Pfalz sowie die Selbstverwaltung in § 26 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) und in § 2, Abs. 2 der Hauptsatzung der KV RLP geregelt.

Bis etwa im Jahre 2010 wurde diese Verpflichtung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in einem engeren regionalen Umfeld in Eigenregie, häufig in der Rechtsform von eingetragenen Vereinen, auf eigene Rechnung organisiert. In Städten konnten sich in der Regel relative viele Ärztinnen und Ärzte mit den Bereitschaftsdiensten, die häufig von zu Hause oder der eigenen Praxis aus angeboten wurden, abwechseln. Aufgrund einer vergleichsweise hohen Inanspruchnahme durch Patientinnen und Patienten und geringer Kosten konnten die Einnahmen aus den Behandlungen die Ausgaben decken. In ländlichen Regionen dagegen war die Dienstbelastung aufgrund der geringeren Zahl an Ärztinnen und Ärzten entsprechend höher. Um jede Nacht und jedes Wochenende abzudecken, hatten Ärztinnen und Ärzte dort sehr häufig Bereitschaftsdienst. Gleichzeitig war die Inanspruchnahme geringer. Die Ausgaben konnten durch die Einnahmen nicht gedeckt werden.

Mit zunehmendem Ärztemangel und einer zunehmenden Bedeutung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf war schließlich abzusehen, dass sich die Bereitschaftsdienste vor allem in ländlichen Regionen bald nicht mehr ausreichend besetzen ließen. Die KV RLP war also gezwungen gegenzusteuern und leitete 2010 eine erste Bereitschaftsdienstreform ein. Die Lösung wurde in einer Zusammenführung aller ÄBD von Rheinland-Pfalz unter der Trägerschaft der KV RLP gesehen. Viele regionale ärztliche Vertretungsringe, die den ÄBD organisierten, wurden zu größeren Bereitschaftsdienstregionen zusammengefasst. Die Dienste wurden fortan nicht mehr – wie bis dahin in ländlichen Regionen üblich – von zu Hause oder der eigenen Praxis aus geleistet, sondern in – meist an Krankenhäusern angesiedelten – Ärztlichen Bereitschaftspraxen als feste Anlaufstellen für Patientinnen und Patienten. Nur so war es möglich, ein solidarisches System des ÄBD zu schaffen, mit dem in allen Regionen von Rheinland-Pfalz gleiche Voraussetzungen für die Dienstbesetzungen und Finanzierung geschaffen werden konnten (Deutsches Ärzteblatt, 2010 107(44)).

Um allen Ärztinnen und Ärzten – unabhängig davon, ob in der Stadt oder auf dem Land – gleiche Anreize zu schaffen, Bereitschaftsdienste zu übernehmen, musste auch eine gleichwertige Honorierung angeboten werden. Da für Niedergelassene ein Bereitschaftsdienst in der Regel ein Verdienstausschlag in der eigenen Praxis bedeutet, denn nach einer Nacht Bereitschaftsdienst kann man nicht nahtlos in der eigenen Praxis weiterarbeiten, wurde eine Honorierung auf Stundenbasis angeboten. Gleichzeitig wurde die Möglichkeit geschaffen, dass auch Nichtniedergelassene, wie zum Beispiel Krankenhausärztinnen und -ärzte, zur Entlastung der Niedergelassenen Bereitschaftsdienste übernehmen können. Heute wird etwa die Hälfte aller Bereitschaftsdienste von sogenannten externen Ärztinnen und Ärzten besetzt.

Zur Finanzierung der ÄBP, der ärztlichen Honorare und Personalkosten des nichtärztlichen Personals verursacht der ÄBD zusammen mit dem Patientenservice 116117 (vgl. Kapitel 1.1) trotz Zuschüssen der Krankenkassen ein jährliches Defizit von etwa 20 Millionen Euro. Diese Defizite müssen von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Rheinland-Pfalz finanziert werden. Sie werden derzeit mit 3.240 Euro pro Ärztin/Arzt und Jahr belastet.

Neben dem gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung durch die KVen gibt es keine weiteren Vorschriften oder Regelungen über eine bundesweite einheitliche Organisation des ÄBD. Den KVen bleibt es überlassen, in welcher Form sie den ÄBD organisieren. So gibt es in Deutschland zwischen den KV-Regionen äußerst heterogene Strukturen mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten zwischen Präsenzdiensten in ÄBP und Hausbesuchsdiensten.

2.2.3 Überdurchschnittliche Bereitschaftsdienstangebote in RLP

Die Ärztlichen Bereitschaftspraxen in Rheinland-Pfalz bieten im Augenblick in der Regel folgende Öffnungszeiten: MO 19 – DI 7 Uhr, DI 19 – MI 7 Uhr, MI 14 – DO 7 Uhr, DO 19 – FR 7 Uhr, FR 16 – MO 7 Uhr, Feiertage: vom Vorabend des Feiertags, 18 Uhr, bis zum Folgewerktag, 7 Uhr.

Das heißt, jede Stunde dieser Öffnungszeiten in RLP muss von einem dafür vergüteten Arzt oder einer Ärztin besetzt werden. Gleichzeitig muss sich – für den Fall, dass Bereitschaftsärztinnen und -ärzte zum Beispiel aufgrund von Krankheit ihren Dienst nicht antreten können – nochmals die gleiche Zahl an Ärztinnen und Ärzten für eine kurzfristige Dienstübernahme bereithalten (Hintergrunddienst).

Das heißt im Gegenzug aber auch, dass während der Öffnungszeiten die Patientinnen und Patienten jederzeit ungesteuert die Ärztlichen Bereitschaftspraxen aufsuchen können, unabhängig von der Dringlichkeit oder Schwere ihrer Anliegen und Symptome. Dies ist nicht vorhersehbar. Dabei kommt es auch häufig vor, dass Bereitschaftsärztinnen und -ärzte vor allem in der Nacht stundenweise untätig bleiben oder von Patientinnen und Patienten wegen Bagatellfällen in Anspruch genommen werden. Mit dem Patientenservice 116117 (vgl. Kapitel 1.1) soll daher eine intelligente Steuerung der Patientinnen und Patienten erzielt werden.

Mit den oben genannten Öffnungszeiten, die derzeit für 36 von 43 ÄBP in RLP gelten, bietet die KV RLP ein weit überdurchschnittliches Angebot an Bereitschaftsdiensten, die vor allem infolge des Ärztemangels in der Menge nicht mehr länger aufrechterhalten werden können.

In Deutschland gab es im Juli 2020 insgesamt 630 ÄBP, davon 43 in RLP. Der Anteil der ÄBP ist in RLP mit 6,8 Prozent im Verhältnis zu der Einwohnerzahl bereits überdurchschnittlich. Zum Vergleich: Der Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner in RLP beträgt nur 4,9 Prozent, die Fläche in Quadratkilometern nur 5,5 Prozent.

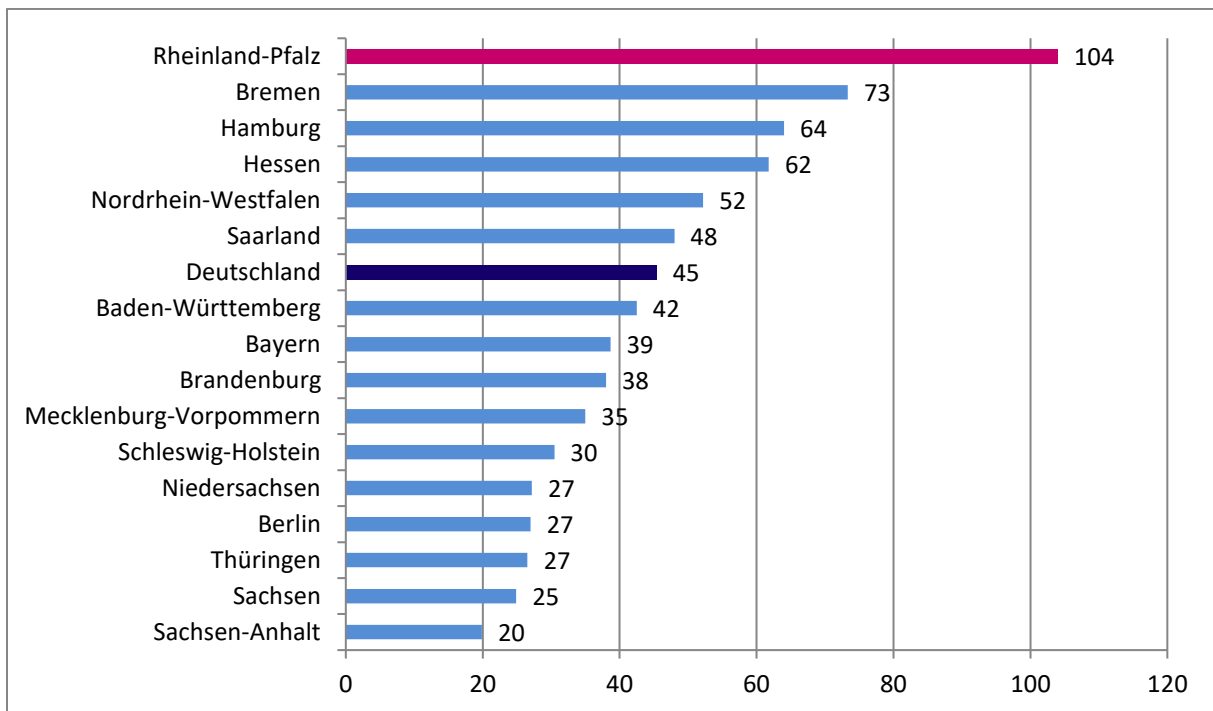
389 der 630 ÄBP haben an sieben Tagen in der Woche geöffnet. Das sind 62 Prozent. Rheinland-Pfalz liegt auch hier mit 86 Prozent weit über dem Durchschnitt (37 von 43). Der Anteil der ÄBP mit einer 7-Tage-Öffnung liegt mit 9,5 Prozent aller ÄBP mit einer 7-Tage-Öffnung (37 von 389) in RLP doppelt so hoch wie der Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner (4,9 Prozent).

Deutschlandweit haben ÄBP in der Summe 28.600 Stunden geöffnet, davon 4.483 Stunden (= 15,7 Prozent) in Rheinland-Pfalz. In sieben der 16 Bundesländer haben ÄBP auch zwischen 24 Uhr nachts und 7 Uhr morgens geöffnet. Von den insgesamt 630 ÄBP in Deutschland haben nur 80 ÄBP an allen sieben Tagen der Woche nachts geöffnet, davon alleine 36 in Rheinland-Pfalz. Damit entfallen allein 45 Prozent aller ÄBP mit einer 7-Tage-Nachöffnung deutschlandweit auf Rheinland-Pfalz. Der Anteil der ÄBP mit einer 7-Tage-Nachöffnung beträgt mit 36 sogar 84 Prozent aller 43 ÄBP in Rheinland-Pfalz.

Anteile Rheinland-Pfalz im Verhältnis zum Bund		
Einwohner/-innen:	4.078.100 von 82.887.000	4,9 Prozent
Fläche:	19.858 qkm von 357.582	5,5 Prozent
ÄBP:	43 von 630	6,8 Prozent
7-Tage-Öffnung:	37 von 389	9,5 Prozent
Öffnungsstunden:	4.483 von 28.600	15,7 Prozent
7-Tage-Nacht-Öffnung:	36 von 80	45,0 Prozent

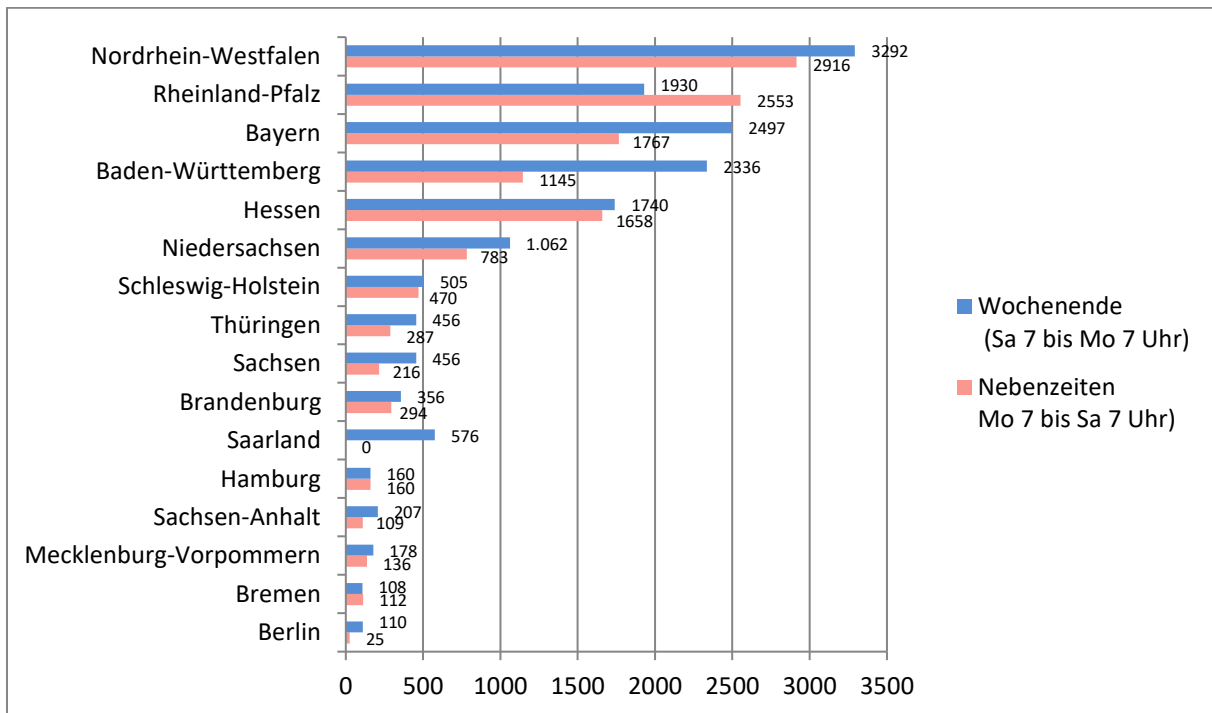
Mit durchschnittlich 104 Öffnungsstunden einer ÄPB pro Woche nimmt Rheinland-Pfalz derzeit mit Abstand die Spitzenposition in Deutschland ein (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Öffnungsstunden pro ÄPB pro Woche (Juli 2020)



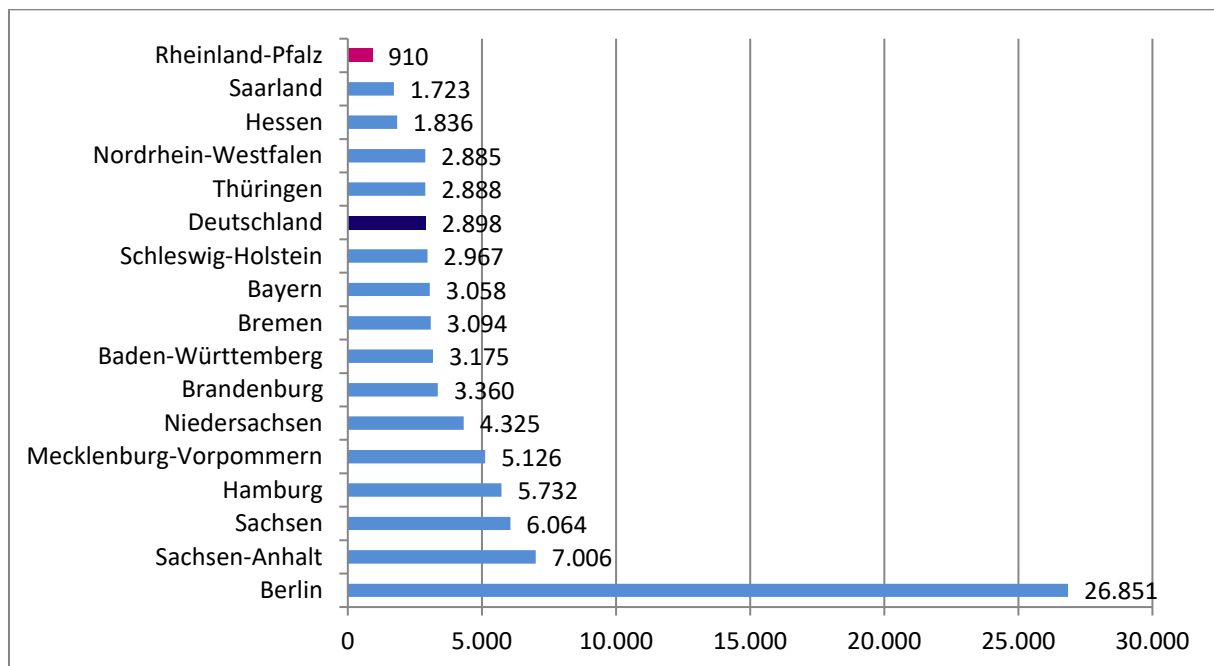
Der Anteil der Öffnungszeiten ist sowohl an Wochentagen als auch am Wochenende überdurchschnittlich. Rheinland-Pfalz ist das einzige Bundesland mit mehr Öffnungszeiten in der Woche (Nebenzeiten) als am Wochenende (vgl. Abb. 2).

Abbildung 2: Durchschnittliche Öffnungszeiten pro ÄBP (Juli 2020)
Nebenzeiten (Mo-Fr) und Wochenende (Sa-So)



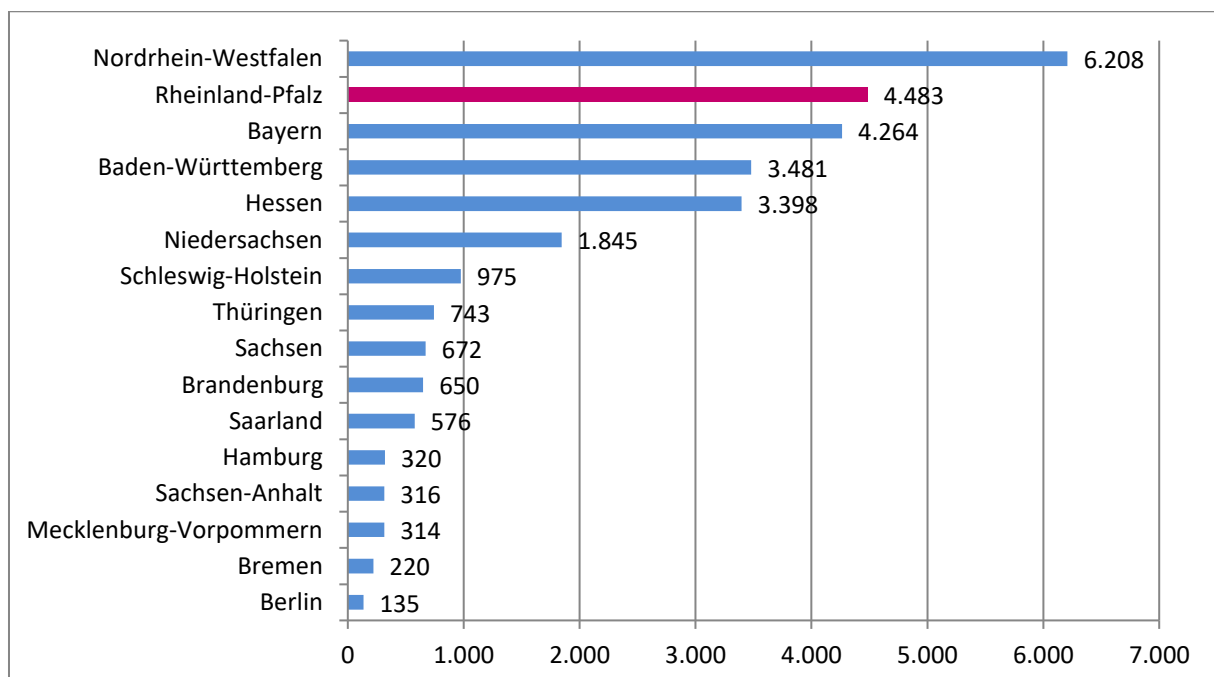
Anhand der Einwohnerzahl pro Öffnungsstunde wird das weit überdurchschnittliche Bereitschaftsdienstangebot von Rheinland-Pfalz besonders deutlich. In Rheinland-Pfalz wird derzeit für 910 Einwohnerinnen und Einwohner eine Öffnungsstunde eine ÄBP angeboten. Das zweitplatzierte Saarland bietet nur für etwa zweimal so viele Einwohnerinnen und Einwohner eine Öffnungsstunde. Im Bundesschnitt sind es mit 2.898 sogar über dreimal so viele Einwohnerinnen und Einwohner pro Öffnungsstunde (siehe Abb. 3).

Abbildung 3: Einwohnerzahl pro Öffnungsstunde der ÄBP (Juli 2020)



Von den 28.600 Öffnungsstunden von ÄBP bundesweit entfallen allein 4.483 auf Rheinland-Pfalz. Das sind 15,7 Prozent, obwohl Rheinland-Pfalz nur einen Anteil von 4,9 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner hat. Nordrhein-Westfalen beispielsweise bietet insgesamt nur etwa 1,4-mal so viele Öffnungsstunden von ÄBP im Vergleich zu RLP (6.208 zu 4.483), obwohl dort mehr als viermal so viele Menschen leben (vgl. Abb. 4).

Abbildung 4: Summe der Öffnungszeiten der ÄBP pro Woche (Juli 2020)



Die überdurchschnittlichen Bereitschaftsdienstangebote in Rheinland-Pfalz (siehe auch KV RLP 2020) bedeuten auf der einen Seite zwar eine besonders gute Versorgungssituation in unserem Bundesland,

verdeutlichen aber auf der anderen Seite die überdurchschnittliche Belastung der rheinland-pfälzischen Ärzteschaft im Vergleich zu allen anderen Bundesländern. Vor dem Hintergrund, dass wir in Rheinland-Pfalz einen hohen „Importbedarf“ an Ärztinnen und Ärzten haben (vgl. Kapitel 2.2.1), ist diese Belastung mit vielen Bereitschaftsdiensten und der Defizitfinanzierung zudem ein Wettbewerbsnachteil beim Werben um Ärztinnen und Ärzte für Rheinland-Pfalz. Viele Kommunen erfahren dies bereits tagtäglich. Trotz finanzieller Förderung durch die KV RLP, das Land Rheinland-Pfalz und teilweise sogar die Kommunen selbst finden sich immer schwerer Interessentinnen und Interessenten für die Nachfolge von Arztpraxen. Wenn es uns nicht gelingt, die Belastung der Ärztinnen und Ärzte weiter zu senken, werden die Folgen des Ärztemangels in Rheinland-Pfalz gravierender ausfallen als in anderen Regionen, in denen mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden.

3 Zusammenfassung

Die KV RLP arbeitet mit allen Kräften an der Umsetzung des Sicherstellungsauftrags für eine angemessene und zeitnahe ambulante medizinische Versorgung. Bei den Maßnahmen im Rahmen der Reform des Bereitschaftsdienstes 2020 in Rheinland-Pfalz handelt es sich um eine rationale Optimierung der bedarfsgerechten Versorgung mit den aktuell und zukünftig tatsächlich zur Verfügung stehenden ärztlichen Personalressourcen. Dies hat nichts mit Sparmaßnahmen zu tun!

Die Bereitschaftsdienstreform 2020 wurde insbesondere notwendig aufgrund einer deutschlandweit sinkenden zur Verfügung stehenden ärztlichen Arbeitszeit infolge des Ärztemangels auf der einen Seite und infolge des demografischen Wandels mit einem steigenden Behandlungsbedarf andererseits. Die im Bundesvergleich weit überdurchschnittlichen Bereitschaftsdienstangebote in Rheinland-Pfalz mit bisherigen undifferenzierten Öffnungszeiten und der Diensterteilung von Bereitschaftsärztinnen und -ärzten in den ÄBP unabhängig davon, ob Patientinnen und Patienten kommen oder nicht (sog. Sitzdienste), sind vor dem Hintergrund, dass immer mehr Arztsitze in der Regelversorgung nicht mehr besetzt werden können, nicht mehr zu rechtfertigen. Die zur Verfügung stehende ärztliche Arbeitszeit, auch im ÄBD, muss daher effektiver eingesetzt werden. Dies bedeutet auch eine Verringerung der Zahl an ÄBP sowie die Verringerung der Summe der Öffnungszeiten, etwa durch Zusammenlegung von ÄBP sowie den Aufbau von Hausbesuchsdiensten für nicht mobile Patientinnen und Patienten.

Die Reformschritte 2020 wurden von der KV RLP geplant, als das Ausmaß der Corona-Pandemie noch nicht absehbar war. Viele Ärztinnen und Ärzte arbeiten derzeit am Limit. Aufgrund der aktuellen Corona-Krise ist derzeit nicht abzusehen, ob in den nächsten zwei Jahren noch mehr Ärztinnen und Ärzte als vorauszusehen in den Ruhestand gehen werden und sich der Ärztemangel somit weiter verschärfen wird. Wir können daher heute nicht voraussagen, ob die KV RLP in einigen Monaten weitere Reformmaßnahmen einleiten muss, um die ambulante Versorgung in Rheinland-Pfalz maximal aufrechtzuerhalten.

Video zur Bereitschaftsdienstreform: www.kv-rlp.de/219499.

4 Ihre Fragen

Für die Erläuterung der Ausführungen steht die KV RLP gerne per E-Mail (presse@kv-rlp.de) oder telefonisch zur Verfügung (06131 326-2820).

5 Quellenverzeichnis

- Ärztezeitung online, 28. April 2020: Vertragsarztstatistik: Trend zur Anstellung bleibt ungebrochen. Abgerufen am 28. April 2020 von: https://www.aerztezeitung.de/Politik/Trend-zur-Anstellung-bleibt-bei-Aerzten-ungebrochen-409009.html?utm_campaign=AEZ_NL_NEWSLETTER&utm_source=2020-04-29-AEZ_NL_NEWSL.
- Ärztezeitung online, 22. Mai 2020: Mehr Ärzte, aber die Lust an der eigenen Praxis schwindet. Abgerufen am 28. April 2020 von: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/So-viele-Aerzte-hat-Deutschland-409697.html>.
- Ärztezeitung online. (22. Mai 2020). Mehr Ärzte, aber die Lust an der eigenen Praxis. Abgerufen am 22.05.2020 von: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/So-viele-Aerzte-hat-Deutschland-409697.html>.
- Demografieportal des Bundes und der Länder (kein Datum). Zahlen und Fakten: Immer mehr ältere Menschen in Deutschland: Abgerufen am 28. April 2020 von https://www.demografieportal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung_Altersstruktur.html.
- Deutsches Ärzteblatt. (2010 107(44)). Ärztlicher Bereitschaftsdienst: Größere Bezirke, weniger Dienste. Abgerufen am 28. April 2020 von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/79058/Aerztlicher-Bereitschaftsdienst-Groessere-Bezirke-weniger-Dienste>.
- Hungeling, G. (1993). Die Jungen sind die Dummen. Neuregelung der Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung. In T. Gerlinger, Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften / Die Regulierung der Gesundheit. Hamburg: Argument, S. 63-79.
- KBV 2020, Arztzeituhr der KBV enthüllt. Abgerufen am 28.05.2020 von: https://www.kbv.de/html/themen_39137.php.
- Kopetsch, T. (2010). Personalmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen. In R. Busse, J. A. Schreyögg, & O. Tiemann, *Management im Gesundheitswesen* (S. 365-375). Berlin Heidelberg: Springer.
- KV RLP (8/2019): FAKTEN - Zahl der Studienplätze für Humanmedizin, Mainz: Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. Abgerufen am 2. Juni 2020 von www.kv-rlp.de/972336-15919.
- KV RLP (2020): Presseinformation: Überdurchschnittlich viele Öffnungszeiten von Ärztlichen Bereitschaftspraxen in RLP (<https://www.kv-rlp.de/799998>).
- Zi (2018). Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2016 – Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2012 bis 2015. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, September 2018.
- Zi (2019). Zi-Paper. Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, 23.05.2019.