

Pressegespräch am 22.07.16 anlässlich der Vorstellung des IGES-Gutachtens zum ambulanten Potential in der stationären Notfallversorgung

Statement der KVSH zur regionalen Notdienstsituation

(Folie 1) Was der Gesetzgeber 2015 zur Kooperation zwischen vertragsärztlichem Notdienst und Kliniken als neu und bahnbrechend ins VStG geschrieben hat, ist in SH flächendeckende Realität seit 2007, also inzwischen fast 10 Jahre. Es gibt 30 Standorte allgemeinärztlicher Notfallpraxen an Kliniken im Land plus 10 kinderärztliche Notfallpraxen. Zugehörig zu jedem Standort ist ein ärztlicher Fahrdienst für notwendige Hausbesuche. Zu den 30 kommen in der Sommersaison noch drei in den Ferienegebieten an Nord- und Ostsee. Zu allen Standorten gibt es Kooperationsverträge zwischen den jeweiligen Kliniken und der KV. Darin werden nicht nur Zeiten geregelt, die KV ist auch Mieter und zahlt für die genutzten Räume.

Die Öffnungszeiten der vertragsärztlichen Notfallpraxen variieren nach Bevölkerungssituation. Begonnen wird in der Regel um 19 Uhr, mittwochs und freitags am Nachmittag. Kiel und Lübeck z.B. haben nachts bis 24 Uhr geöffnet, in Nordfriesland ist es abends nur bis 21 Uhr nötig. An Wochenenden sind vormittags und nachmittags Sprechstunden, der Fahrdienst ist rund um die Uhr erreichbar. Grundsätzlich beobachten wir laufend die Beanspruchungssituation und passen die Öffnungszeiten entsprechend dem Bedarf an. Die Kooperationsverträge beinhalten, dass nach abendlichem Schluss der vertragsärztlichen Notfallpraxen die Kliniken übernehmen. Der Fahrdienst für Hausbesuche versorgt bis morgens die Praxen öffnen.

Die KVSH betreibt eine zentrale Leitstelle für Gesamt-SH mit qualifiziertem Personal und einer EDV-Ausstattung, die analog dem Rettungsdienst eine lokale Zuordnung des Anrufers ermöglicht. Alle Anrufe kommen über die 116 117, die Notrufnummer des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, zentral in unserer Leitstelle an. Patienten werden dann an ihre regionale Anlaufpraxis oder an den Fahrdienst weitergeleitet.

Die Unterhaltung der Struktur von Notfallpraxen an Kliniken incl. Leitstelle kostet in SH ca. 5,5 Mio EUR über das hinaus, was an Honorar für Notfallbehandlungen von den Krankenkassen bezahlt wird. Nicht nur Kliniken haben somit eine Unterfinanzierung ihrer Strukturvorhaltung, die Vertragsärzte ebenso.

(Folie 2) Unverändert ist es so, dass neben den vertragsärztlichen Notfallpraxen an den Kliniken die Kliniken selbst ihre Ambulanzen geöffnet haben. Es bestehen also zu gewissen Zeiten Doppelstrukturen. Auf dieser Folie dargestellt die durchschnittlichen Kontaktzahlen der KH-Ambulanzen zu den Uhrzeiten an allen Wochentagen. Selbst samstags, sonntags, feiertags gibt es hier keine Delle z.B. zwischen 10 und 13 Uhr oder 16-20 Uhr, also zu den Zeiten, wo die vertragsärztliche Praxis offen ist. Eine echte Portalfunktion nimmt eine vertragsärztliche Notfallpraxis somit bislang nicht wahr.

(Folie 3) Auf dieser Folie ist die Entwicklung der Kontaktzahlen sowohl für die Kliniken als auch für die KV-Praxen in SH seit 2009 dargestellt. Neben den Spitzen, die wir als Urlaubsgebiet immer im 2. und 3. Quartal haben, sieht man über 7 Jahre eine leicht ansteigende Tendenz, sogar weniger im Klinikbereich als in unseren Notdienstpraxen. Das Verhalten der Bevölkerung verändert sich in den letzten Jahren. Mehr Menschen definieren inzwischen den Begriff Notfall selbst und stellen sich dann zu allen gewünschten Zeiten dort vor, wo es gerade opportun erscheint.

(Folie 4) Um zu beurteilen, wie man eine Notdienstkooperation zwischen Kliniken und KV weiterentwickelt, muss man sich natürlich anschauen, welche Krankheitsbilder ambulant in den beiden unterschiedlichen Bereichen behandelt werden. Sie sehen hier ganz deutlich, dass die Klinikambulanzen primär und weit führend chirurgische Notfälle behandeln, die z.B. auch Röntgen, also Nutzung von Equipment des KH, beinhalten, was eine vorgeschaltete Praxis gar nicht leisten kann. Die Akuterkrankungen wie Atemwegsinfektionen oder Rückenschmerzen nehmen wir den Kliniken bereits ab. Was sich hier überschneidet, sind die Herz-Kreislaufferkrankungen und die sog. unklaren Bauchschmerzen, denen man näher auf den Grund gehen muss und bei denen nicht unerhebliches Potential liegt. Dies sind nur die ambulanten Fälle. Wie hoch noch der Anteil der Patienten ist, die aus der Ambulanz heraus aus welchem Grunde auch immer stationär aufgenommen werden, sehen wir nicht, weil diese abrechnungstechnisch nicht bei der KV auflaufen. Wir wissen ausschließlich aus Gesprächen mit unseren Kliniken, dass es ca. nochmal um die 50% seien, was durch das IGES-Gutachten nun detaillierter dargestellt wird. Die Krankenkassen, bei denen exakte Daten dazu auch vorliegen, sind bislang nicht bereit oder in der Lage, uns dazu für unser Bundesland Zahlen zu liefern.

Als KVSH haben wir bereits vor drei Jahren bei LKG und Landesregierung angestoßen, sich strategisch Gedanken zu machen, wie der Notdienst effizient fortentwickelt werden kann. Zusammen haben wir ein Rechtsgutachten erstellen lassen, um dem Gesetzgeber aufzuzeigen, wo eine Änderung in SGB V herbeigeführt werden muss, um überhaupt gemeinsame Optionen zu haben. Bislang darf eine KV keinen Notdienst zu Praxisöffnungszeiten unterhalten. Mit dem GKV VSG ist der Gesetzgeber unserer Initiative erst einmal nicht gefolgt. Der finanzielle Aspekt ist beim Thema Zukunft Notdienst nur einer von zweien. Fast noch entscheidender ist das kommende Problem der Ressource Arzt und das vor allem in ländlichen Regionen. Nicht nur Vertragsärzte werden weniger, auch Kliniken haben Mühe, Assistentenstellen zu besetzen, wenn sie nicht gerade in Ballungszentren liegen. Wir werden somit kaum daran vorbeikommen, für den Notdienst vorhandene Kapazitäten zu bündeln.

Mit 10-jähriger Erfahrung können wir sagen, es macht Sinn, für den Notdienst organisatorisch KH-Ambulanz und vertragsärztliche Notdienstpraxis zu einer 24/7-Portalpraxis zusammenlegen, wenn gleichzeitig ein fachärztlicher Hintergrunddienst durch die Klinik gewährleistet ist. Arztressource muss zusammengelegt werden. Funktionieren wird eine Portalpraxis nur, wenn von Ärzten beider Sektoren auch allein nach medizinischen Gesichtspunkten entschieden werden kann. Dazu gehört eine von Trägerinteressen losgelöste ärztliche Unabhängigkeit, die wir als Vertragsärzte einfordern und die bei manchen Kliniken auch neuer Definition bedarf. Ausschließlich medizinisch muss entschieden werden: Kann ein Patient akut ambulant versorgt werden, muss man einen Hintergrunddienst eines Krankenhauses zuziehen, gehört ein Patient stationär aufgenommen oder kann man ihn kurzfristig an eine Facharztpraxis verweisen. Zu Letzterem könnten wir uns vorstellen, unsere TSS einzusetzen, die in der Leitstelle angesiedelt ist und kaum genutzt wird.

Der Status quo SH ist somit auch nur ein Übergangstatus. Wir werden jetzt modellhaft zunächst mit räumlicher Zusammenlegung von Ambulanz mit Notdienstpraxis an einzelnen Standorten beginnen.