



## 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 Thomas Haeger von der AOK Nordwest

In unser Interview kommt Herr Haeger locker und entspannt und legt uns gleich einen aktuellen Artikel zum Thema aus dem Magazin G&G des AOK Bundesverbandes vor. Er kommentiert dies mit den Worten, dass die AOK-Konzepte fast identisch zu den Konzepten im vdek-Verbund seien (und insgesamt eigentlich dem vom Sachverständigenrat vorgestellten Plan folgen), die Umsetzung jedoch nicht trivial ist. Zwar wollte zuerst die jeweilige Landesebene tätig werden, dann musste man doch auf Bundesebene zu einer Entscheidung kommen, um es danach wieder regional zurückgespielt zu bekommen.

#### FKQS-SH:

Ist aus Ihrer Sicht der ärztliche Bereitschaftsdienst ausreichend geregelt?

#### Thomas Haeger:

Dazu eine schnelle erste Antwort: geregelt ist er schon, aber nicht zielführend. Oft bzw. zu häufig kommt es zu einer Abstimmung der Patienten „mit den Füßen“, d.h. diese suchen sich ihre Notfallversorgung selber. Das hat verschiedene Ursachen, u.a. nicht selten, weil der, z.B. wie in früheren Zeiten klassische, Hausbesuch fehlt. Eine zunehmende Tätigkeit von Ärzten in Halbtagsbeschäftigung ist hierbei auch nicht gerade förderlich. Denn wer von den beiden halbtags tätigen Ärztinnen/Ärzten möchte in dieser Zeit dann die Hausbesuche erledigen?



### **FKQS-SH:**

Welchen Aufklärungsbedarf bei Ihren Versicherten sehen Sie also?

#### **Thomas Haeger:**

Neben schon genannten Problemen wie der Veränderung in der Versorgung mit Hausbesuchen ist das Hauptproblem ein inzwischen hohes Anspruchsdenken der Patienten. Tendenziell nimmt der Versicherte für seinen „Notfall“ die als höchstwertigste /schnellste empfundene Maßnahme in Anspruch. Dies erfolgt meist ohne eine eigene pragmatische Abwägung, ob Anlass und Aufwand unter eigener oder solidarischer Betrachtung wirklich angebracht sind. Inzwischen gibt es auch andere Familienstrukturen und die Gesellschaft funktioniert heute anders – „was Oma noch wusste und mit Hausmitteln behandelte“ ist platt gesagt inzwischen in Vergessenheit geraten oder mangels Struktur nicht abrufbar.

Wir waren in der Vergangenheit aber nicht untätig und haben immer wieder durch Informationen über unsere Mitgliederzeitschrift über die Abstufungen in einer sinnvollen Notfallversorgung informiert.

Vielleicht muss man einfach aus psychologischen Gründen mit viel „Trara“ ein verändertes System etablieren, um wieder ein Bewusstsein für diese Frage zu schaffen bzw. auf die jetzt gültigen Strukturen hinzuweisen.

### **FKQS-SH:**

Wie informieren Sie Ihre Versicherten über die 116 117 und wenn ja auf welchem Wege?

#### **Thomas Haeger:**

Die Rufnummer 116 117 ist leider immer noch wenig bekannt. Es gab verschiedene Maßnahmen zur Steigerung des Bekanntheitsgrads in letzter Zeit. Wir versuchen es mit der Information über die Mitgliederzeitschrift, mit Flyern und Aufklebern für das Telefon oder der Platzierung der Informationen zur Notfallrufnummer in der Nähe.

In Schleswig-Holstein ist die 116 117 mit Ärzten besetzt, um dem Anrufer eine höhere Kompetenz zu bieten und um seine Bereitwilligkeit bei der notwendigerweise folgenden Triage zu verstärken. Dennoch gibt es durchaus auch Zweifel, ob die Nummer bei der KV richtig aufgehoben ist, denn viele Menschen rufen eben lieber oder automatisch die viel bekanntere 112 an, weil dort „akute“ Notfälle als Oberbegriff aufgehoben sind. Sollte man daher die 116 117 zur 112 durchrouten, dort gegebenenfalls zu „ärztlichem Disponenten“? Die dortigen Disponenten sind vielfach qualifiziert bei der Triage (Feuerwehr, Polizei, Gesundheit...). Das sollte man einmal möglichst sachlich und ohne Besitzstandsdenken diskutieren.

### **FKQS-SH:**

Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie grundsätzlich in diesem Versorgungsbereich?

#### **Thomas Haeger:**

Ich denke schon, dass die Konzeption mit integrierten Leitstellen im Sinne der Empfehlung des Sachverständigenrats zielführend sein kann. Es hängt sicher ganz wesentlich von einer guten Definition und Konstruktion der „Integrierten Leitstelle“ ab, von den Prozessen bis möglicherweise zu baulichen Fragen. Ein Cave meinerseits noch zur Begrifflichkeit „integriert“: soll hier eine Integration aller Notdienste oder nur der gesundheitlichen Notfälle vorgenommen werden?



Es gibt auch noch weitere andere Fragen, die zu klären oder wenigstens sorgfältig zu beobachten sind:

- Funktioniert Triage am Telefon mit dem zu Triagierenden überhaupt in ausreichender Anzahl? Kann oder sollte man den Prozess der Triage von der Versorgung abtrennen und wenn ja, in welcher Form, damit der Versicherte/Patient wirklich mitmacht! Der zu Versorgende möchte wenigstens eine Auskunft, wann er versorgt wird bzw. wo er hin soll!
- Wohin kommt der Patient letztendlich bzw. wohin entscheidet er sich selbst – entgegen einem möglicherweise schon erfolgten Vorschlagsprozess? Und wie geht man dann mit letzterem um?
- Wie funktioniert das System bei Patienten, die direkt in der Notfallambulanz eines Krankenhauses auftauchen?

#### **FKQS-SH:**

Welche Versorgungsfragen überlappen sich hier noch im Bereich der Notfallversorgung?

#### **Thomas Haeger:**

Wir sollten die Chancen eines ganztäglichen „Bereitschaftsdienstes“ diskutieren. Momentan ist eine Akzeptanz beim Patienten dafür vielleicht eher gering, so um max. 20%. Aber eine sinnvolle Zielsteuerung in den einzelnen Versorgungsstufen auch innerhalb der normalen Zeiten ist schon vorstellbar. In der Radiologie ist ein Modell Krankenhaus plus Praxis ja durchaus üblich, warum nicht auch für andere Fachrichtungen, z.B. für Notfallversorgung. Natürlich bestehen hier noch rechtliche Probleme, so ist z.B. eine Arztpraxis zumindest zu normalen Dienstzeiten am Krankenhaus bisher nicht vorgesehen.

Eine weitere Idee: könnte der fahrende Bereitschaftsdienst die Rolle des inzwischen oft ausfallenden Hausbesuches übernehmen? Auch hierfür müsste man sicher neue Regeln aufstellen oder bestehende ändern. Außerdem würde sich damit ja die Versorgung des Notfalls ausweiten auf die Regelversorgung. Welche Rolle spielte dann das Haftungsrecht? Wie umgehen bei Bereichen mit hohem Anteil an Apparatedizin?

#### **FKQS-SH:**

Welche zusätzlichen Kosten entstehen für Sie in der a) korrekten b) falschen Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes?

#### **Thomas Haeger:**

Da kann ich keine konkreten Zahlen nennen. Aus Datenschutzgründen können wir hier leider keine Erhebungen zu den anfallenden Kosten machen. Meine Vermutung ist aber eher: Höhere Kosten bzw. Mehrkosten! Weitere indirekte und und intangible Kosten sind sowieso schwer zu berechnen. Hinzu kommen schwer im Detail zu planende Einsatzstrukturen im Krankentransportwesen.

Aber sicher wären bei einer vernünftigeren Struktur als heute die anfallenden Mehrkosten in diesem Bereich gut investiert, besonders wenn dadurch die Kosten in den anderen Sektoren entsprechend reduziert werden könnten (z.B. unnötige Krankenhausaufenthalte).

**FKQS-SH:** Herr Haeger, herzlichen Dank für das Interview.



**Das Gespräch führten: Dr. Oliver Keinke und Lars Lüdemann**

**Kurzvita Thomas Haeger**

Seit 2014 Bevollmächtigter des Vorstandes der AOK NORDWEST und Landesdirektor der AOK NORDWEST für das Bundesland Schleswig-Holstein.

Zuvor war der Krankenkassenfachwirt Thomas Haeger in der AOK Schleswig-Holstein als Fachbereichsleiter ambulante und stationäre Versorgung tätig – mit den Arbeitsschwerpunkten Honorar-, Vergütungs- und Budgetverhandlungen im ambulanten, stationären und Pflegebereich sowie Umsetzung und Begleitung von Modellverträgen und Integrierten Versorgungsmodellen.

