

Ärztlicher Bereitschafts- dienst in Bayern

DR. ILKA M. ENGER

FACHÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN

VORSITZENDE DES BAYERISCHEN
FACHARZTVERBANDES (BFAV)



Agenda

- Begriffsdefinition
- Historie des „allgemeinen Ärztlichen Bereitschaftsdienstes“
- Status Quo in Bayern
- Bereitschaftsdienst 2.0
- Welche Probleme gibt es?
- Befragung der ärztlichen Kollegen
- Forderungen
- Regionaler Bezug

Begriffsdefinition

Unterscheide:

- Allgemeiner ärztlicher Bereitschaftsdienst:

Für Patienten, die Beschwerden haben, die nicht bis zur nächsten Sprechstunde warten können. Eigentlich wirklich „Rufbereitschaft“, bisher kein Präsenzdienst.

- Notarztdienst

Für Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen, die keinen Aufschub dulden. Präsenzbereitschaft. In Bayern von der KV organisiert – freiberufliche Ärzte und Krankenhausärzte.

- Notaufnahme

Für Patienten, die auf Grund ihrer Krankheit eine stationäre Aufnahme brauchen.

Die Historie des ärztlichen Bereitschaftsdienstes

- Seit 1931 – Sicherstellung der ärztlichen Versorgung – Vertragsärzte verpflichten sich, dass sie 24/7/365 für ihre eigenen Patienten zuständig sind (Kein Urlaub, jederzeit vor Ort)
- Ärzte verabreden sich, dass sie sich gegenseitig vertreten. Im Dorf ist bekannt, welcher Arzt erreichbar ist. Privat organisiert.
- Im Berufsrecht steht, dass die Kammer für die Organisation eines Bereitschaftsdienstes zuständig ist. Alle Ärzte sind zur Teilnahme verpflichtet.
- In den meisten Bundesländern übernimmt stillschweigend die KV die Organisation des Bereitschaftsdienstes.
- Zunächst nur Dienstplan für Mittwoch, Freitag, Wochenende und Feiertage. Ansonsten haben die Ärzte ihre Erreichbarkeit – auch Urlaubsvertretung zu gewährleisten.
- Später Hintergrunddienst (für Fälle ohne Hausarzt) unter der Woche und Bereitschaftsdienst am Wochenende.
- Sondersituation in Bayern: Es dürfen nur „geeignete“ Ärzte Dienst machen (patientenferne Fächer werden dienstbefreit). Es gibt fachärztliche Bereitschaftsdienste dort, wo die Fachärzte das möchten.

Situation vor der Bereitschaftsdienstreform

- In der Ära Munte/ Hoppenthaller:
- Ärztliche Psychotherapeuten, Pathologen, Labormediziner etc. sind von der Dienstpflicht ausgenommen.
- Fachärztliche Dienste werden dort freiwillig eingerichtet, wo Fachärzte das wünschen.
- Die Hausärzte sind der Ansicht, dass nur sie und wenige Gruppen für den Dienst geeignet sind (damals noch ausreichend Hausärzte und lukrative Dienste). Kurzfristig wird darüber diskutiert, dass der Hausärzteverband die Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes übernimmt.
- Es gibt viele kleine Dienstbereiche, gerade im ländlichen Bereich. – damit auch eher hohe Dienstfrequenz.
- Ein Arzt macht Sitz- und Fahrdienst. Wie er das organisiert, bleibt ihm überlassen. Der Patient erfährt über die Leitstelle (später Gedikom in Bayreuth), welcher Arzt dienst hat.
- Freiwillig schließen sich Ärzte zusammen und betreiben private Bereitschaftspraxen mit flexibel angepassten Öffnungszeiten. Es gibt wenige KV-eigene Bereitschaftspraxen in den Städten. Es gibt einen gesonderten Fahrdienst in München, Nürnberg und Fürth.

Warum wurden Änderungen angedacht?

- Auf Grund der kleinen Dienstbereiche und abnehmender Teilnehmerzahlen am Bereitschaftsdienst, nahm die Dienstfrequenz zu.
- Praxisnachfolger und ältere Ärzte beklagten sich über die hohe Dienstfrequenz.
- Die Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes war gering. Damit keine lukrative Vergütung – das Interesse, Dienste zu machen, wurde geringer. Viele Patienten präferierten die Notaufnahme in den Kliniken.
- Hohe Inanspruchnahme der Kliniken traf auch dort auf Personalmangel – „Bagatellfälle“ verstopfen die Kapazitäten für echte Notfallpatienten.
- Inanspruchnahmeverhalten der Patienten verändert sich – „Sofortismus“.

Welche Veränderungen gab es zunächst? (1)

- Ausgangspunkt waren drei Anträge des Kollegen Hoppenthaler:
 - Dienstalter auf 60 Jahre begrenzen (Hoppenthaler war zu diesem Zeitpunkt 62 Jahre alt!)
 - Dienstbezirke maximal 15 Kilometer Radius (heute in manchen Dienstbezirken bis 90 km Durchmesser!)
 - Nicht mehr als 6 Dienstwochen pro Jahr (heute maximal 80 Stunden pro Jahr)

Nach dem Willen des Kollegen sollten damit „weiße Flecken“ in der Versorgung entstehen und mit den Krankenkassen Verhandlungen für eine bessere Vergütung erreicht werden.

Es folgt eine aufsichtsrechtliche Beratung.

1. Welle der Bereitschaftsdienstreform

Ziele:

- Dienstaltersbegrenzung auf 62 Jahre, danach freiwillige Dienstteilnahme
- Zusammenlegung von Dienstgruppen, minimale Dienstgruppengröße 15 Teilnehmer.
- Sitz und Fahrdienst bleibt gemeinsam.
- Alle Ärzte müssen wieder am allgemeinen Bereitschaftsdienst teilnehmen.
- Ausnahme: Teilnahme an einer fachärztlichen „Kerndienstgruppe“ (HNO, Augen, Gynäkologie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Pädiatrie)

„Nach der Reform ist vor der Reform“

Große Probleme nach der Bereitschaftsdienstreform:

- Patientenferne Ärzte (Ärztliche Psychotherapeuten, Laborärzte, Pathologen, Radiologen) fühlen sich mit dem Dienst überfordert.
- Die Dienstbereiche werden so groß, dass Sitz- und Fahrdienst gemeinsam nicht mehr zu leisten sind.
- Krankenhäuser klagen über „Zulaufen“ der Notaufnahmen. Forderungen der KH, dass sie den Notdienst adäquat finanziert haben wollen.
- Gröhes Schnellschuss der Portalpraxen an den Kliniken.

Bereitschaftsdienstreform 2.0

- Portalpraxen an ausgewählte Krankenhäuser (ca. 100/330 in Bayern)
- Kliniken sollen den Sitzdienst zur Unzeit übernehmen.
Bereitschaftsdienst an den Portalpraxen nur zu bestimmten Zeiten.
- Trennung von Sitz- und Fahrdienst.
- Professioneller Fahrer und eigene Fahrzeuge.
- Dienstbezirke werden weiter vergrößert.
- Poolarztsystem (Freiwillige bekommen Zulassung für den Bereitschaftsdienst und sollen Ärzte entlasten)
- Probebetrieb in Pilotregionen, die evaluiert werden sollen (Forderung des bayerischen Facharztverbandes)

Welche Probleme zeichnen sich ab?

-Strukturelle Probleme-

- Die Dienstbereiche werden riesengroß – bis 90 km Durchmesser.
 - Lange Anfahrtwege
 - Lange Wartezeiten auf die Besuche (mehrere Stunden sind keine Seltenheit)
 - Manchmal werden die angeforderten Besuche gar nicht in der entsprechenden Schicht geschafft.
 - Zunahme der Transporte ins Krankenhaus (Patient ruft Rettungsdienst, wenn er zu lange auf BD-Arzt warten muss oder sich der Zustand verschlechtert)
 - Wartezeiten bis der Fahrer überhaupt den Arzt abholt.
 - Hohe Beanspruchung des Arztes während der Dienstzeit.
- Lange Anfahrtswege des Patienten bis zur Bereitschaftsdienstpraxis – bis 25 km und 30 Min. Fahrtzeit sind zumutbar. Damit für wenig mobile Patienten fast nicht machbar.
- Bereitschaftspraxen nur an Krankenhäusern, damit gerade in sehr ländlichen Gegenden keine Bereitschaftspraxen. Am Bedarf vorbei! Versorgungslage im ländlichen Bereich wird eher schlechter.
- Teilweise schwer nachvollziehbare Entscheidungen für oder gegen einen BPx-Standort.
- Für Krankenhäuser kann die BPx-Frage zu einem wirtschaftlichen Existenzrisiko werden. Wettbewerbsverzerrung.

Welche Probleme gibt es?

-Finanzierung-

- Die Bereitschaftspraxen und Fahrdienste müssen aus dem Verwaltungshaushalt der KV Bayerns bezahlt werden.
 - Pro Fahrdienstbereich Kosten von ca. 500.000 Euro
 - Unklare Kosten für den Unterhalt, das Personal der Praxen.
 - Unklare Kosten für den organisatorischen Overhead.
- Bei steigender Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes werden der „Regelversorgung“ Gelder entzogen, die dort der „Notfallverhütung“ fehlen.
- Umsteuerung der Patienten ins Krankenhaus – dabei auch eher steigende Kosten. Behandlung der Fälle zur Unzeit im KH.
- Rechtliche Implikationen: Wenn ich Röntgen um die Ecke habe, dann muss ich aus juristischen Gründen auch Röntgen. Damit auch hier steigende Kosten.

Welche Probleme gibt es?

-Patientensicht-

- Notfallversorgung wird eher schlechter als besser (Lange Wartezeiten auf den Hausbesuch, lange Anfahrtswege bis zur nächsten Bereitschaftspraxis, ggf. Behandlung durch wenig erfahrenen Klinikarzt oder Poolarzt)
- Regelversorgung wird beeinträchtigt, ggf. kann der eigene Arzt die Praxis nach solch einem Dienst nicht öffnen. Der Arzt ist auch an den „normalen Wochentagen“ in der BPx dienstverpflichtet, d.h. er muss ggf. seine eigene Sprechstunde verkürzen.
- Geld aus der „Regelversorgung“ wird über kommunizierende Röhren für den Notdienst – auch im Krankenhaus (ist teurer) – abgesaugt und fehlt dann dort.

Welche Probleme gibt es? -für Kommunalpolitiker-

- Keinen Einfluss auf die Versorgung der eigenen Bevölkerung im Notdienst.
- Krankenhaus, was nicht am Notdienst teilnimmt, nimmt nicht an der „Zuweisung“ von Notdienstpatienten teil. Hat einen schlechteren „Casemix“ und höhere personelle Belastungen wegen pflegeintensiveren Patienten.
- Keine flexiblen Lösungen zum Beispiel mit eigenen Bereitschaftspraxen vor Ort.
- Unzufriedene Ärzte. Ggf. eher Vergrößerung des Nachbesetzungsproblems für Arztpraxen.

Befragung der Ärzteschaft

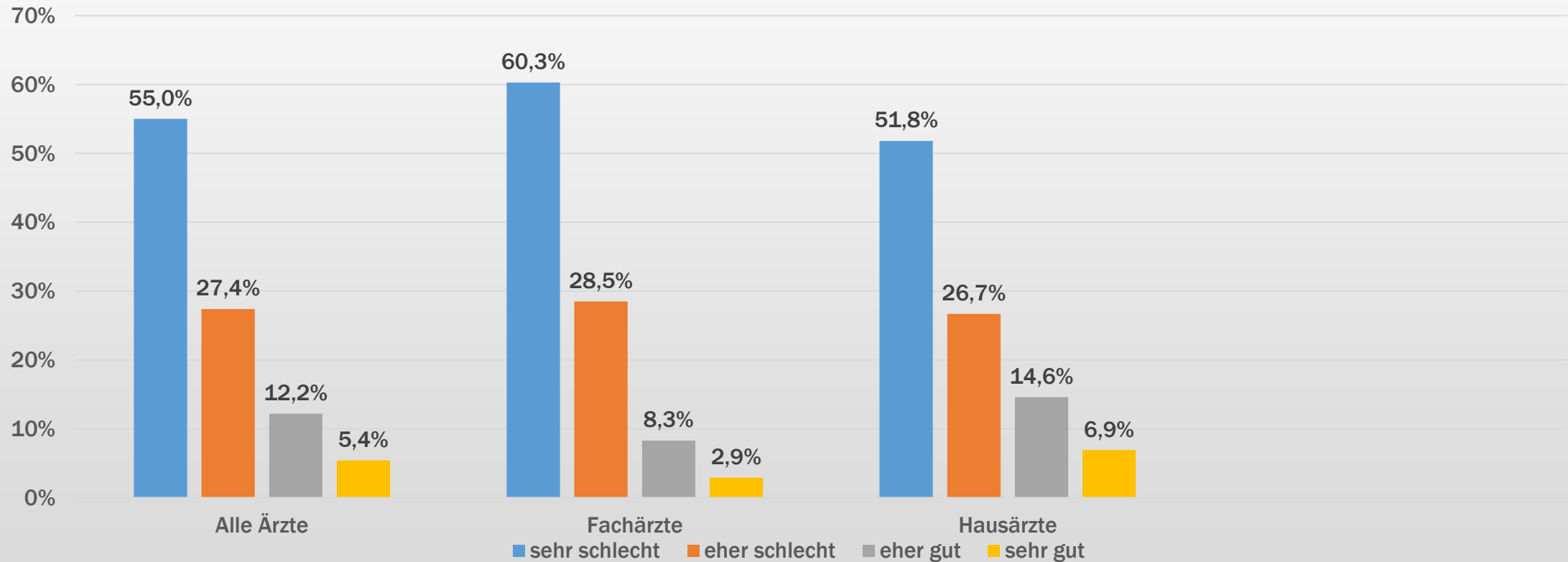
- Die KV Bayerns hat selbst ihre Ärzte nicht nach deren Wünsche zur Notfallversorgung befragt.
- Sie lässt keine eigenen Vor-Ort-Lösungen zu, sondern stülpt zentralistische Münchner Vorstellungen den Kommunen und der Ärzteschaft über
- Sie hat die Pilotregionen nicht, oder nicht ausreichend evaluiert. Sie gewährt der Politik und den eigenen Mitgliedern keinen Einblick in die erhobenen Daten.
- Sie verweigert aus den erhobenen Daten passgenauere Lösungen zu entwickeln.
- Es gibt keine Kostentransparenz für Politik, Kassen und Ärzteschaft. Dies wird auch in der Vertreterversammlung blockiert.
- Daher befragt der bayerische Facharztverband (BFAV) die bayerischen Ärzte zur Bereitschaftsdienstreform. Werbung ist erwünscht!

Ergebnisse der Befragung

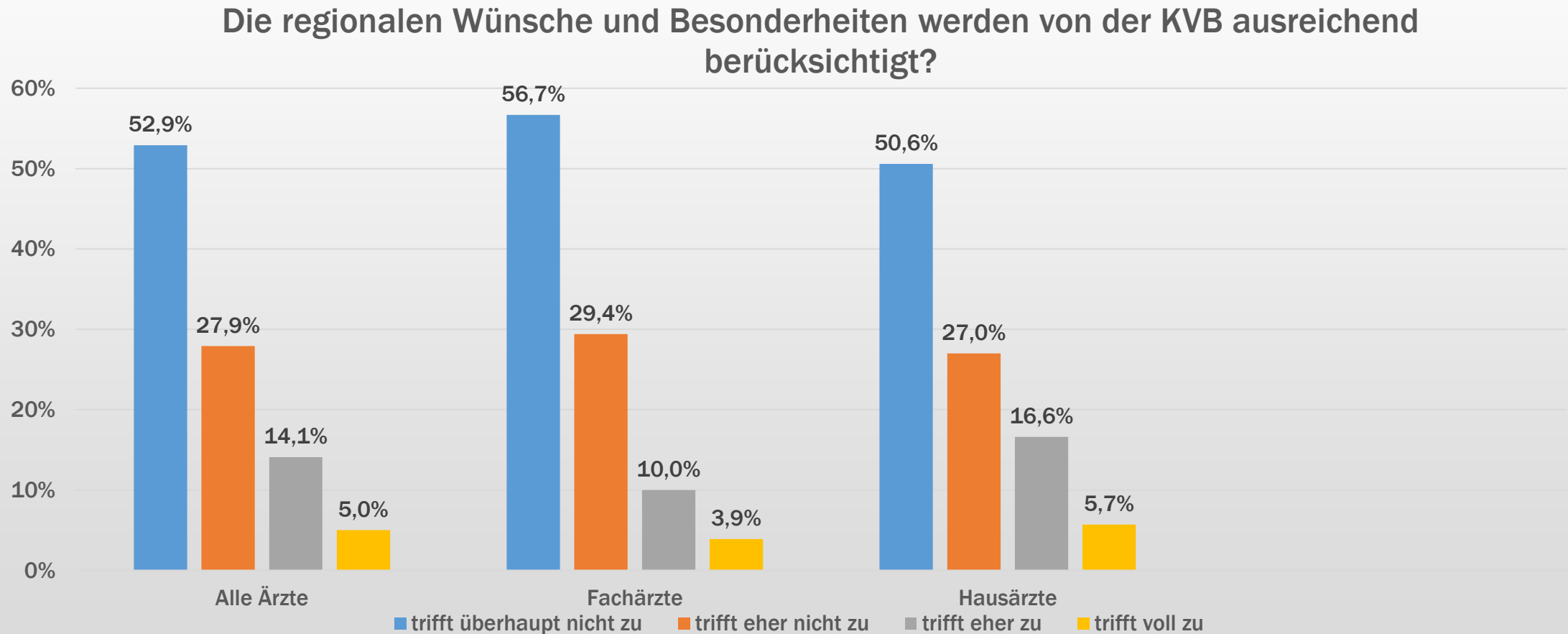
- **1400 Ärzte** (60% Hausärzte und 40% Fachärzte) haben uns geantwortet – das sind immerhin fast **10%** der angeschriebenen bayerischen Vertragsärzte.
- **82%** fühlen sich von der KVB bei dem Reformvorhaben nicht richtig „mitgenommen“.
- **80%** wünschen sich eine bessere Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.
- **85%** wollen die Diensterteilung lieber in regionaler Selbstverantwortung als aus der KVB-Zentrale gesteuert.
- **Über 90%** erteilen einer durchgehenden Öffnung der Portalpraxen (sog. 24/7/365-Regelung), die von Politik gefordert und einigen KV-Funktionären zugesagt wird, eine klare Absage.

Fühlen Sie sich als Mitglied der KVB von der Reform richtig mitgenommen?

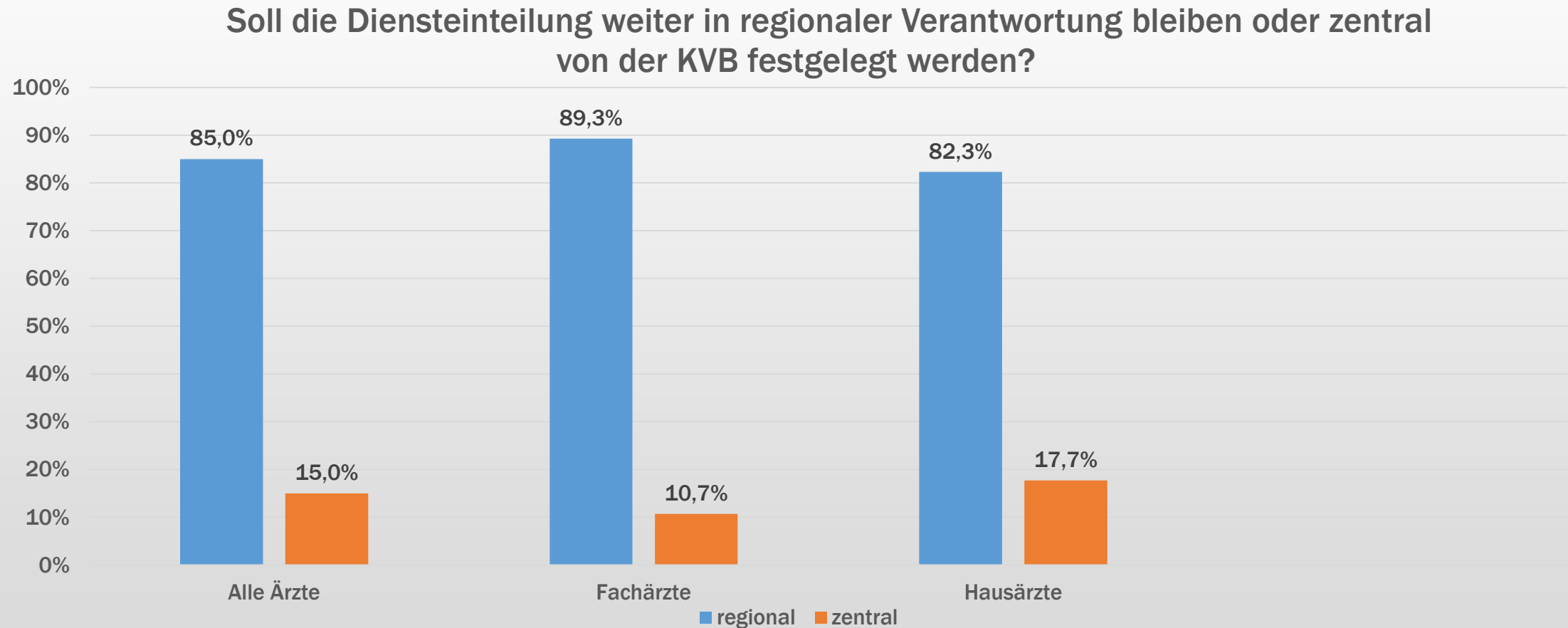
Fühlen Sie sich als Mitglied der KVB von der Reform richtig mitgenommen?



Die regionalen Wünsche und Besonderheiten werden von der KVB ausreichend berücksichtigt?

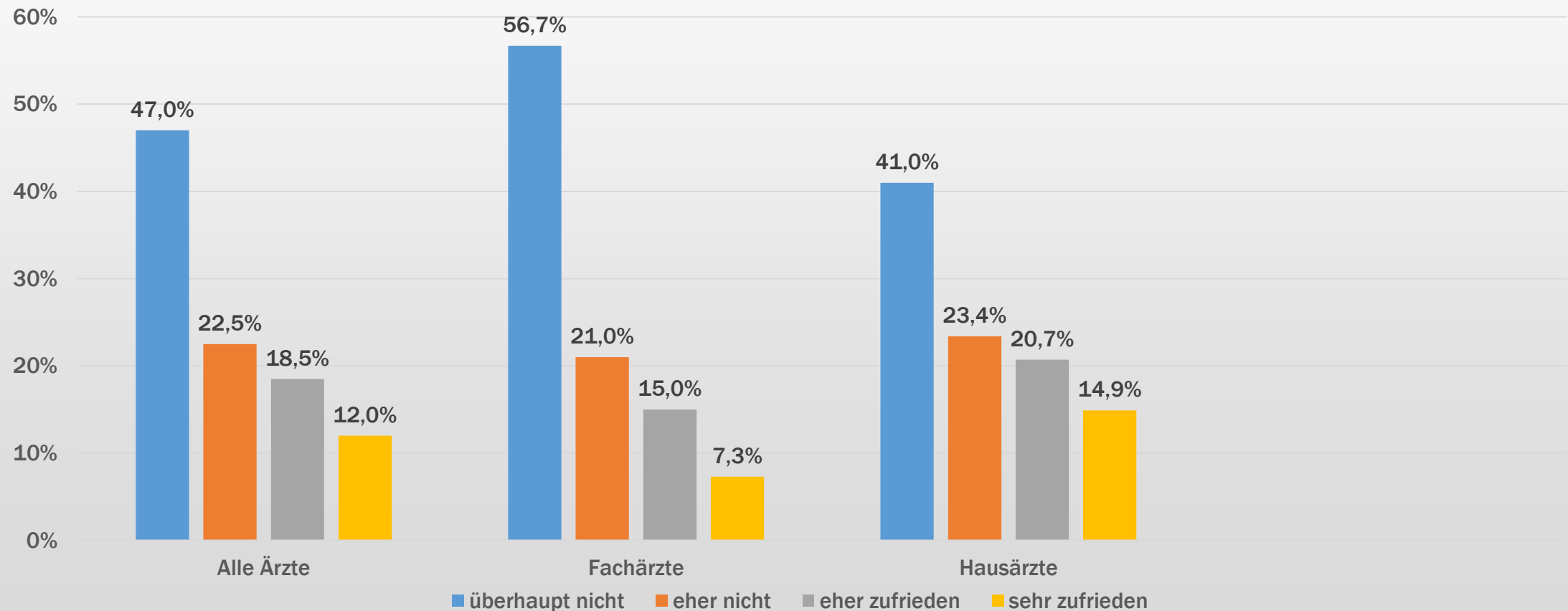


Soll die Diensterteilung weiter in regionaler Verantwortung bleiben oder zentral von der KVB festgelegt werden?

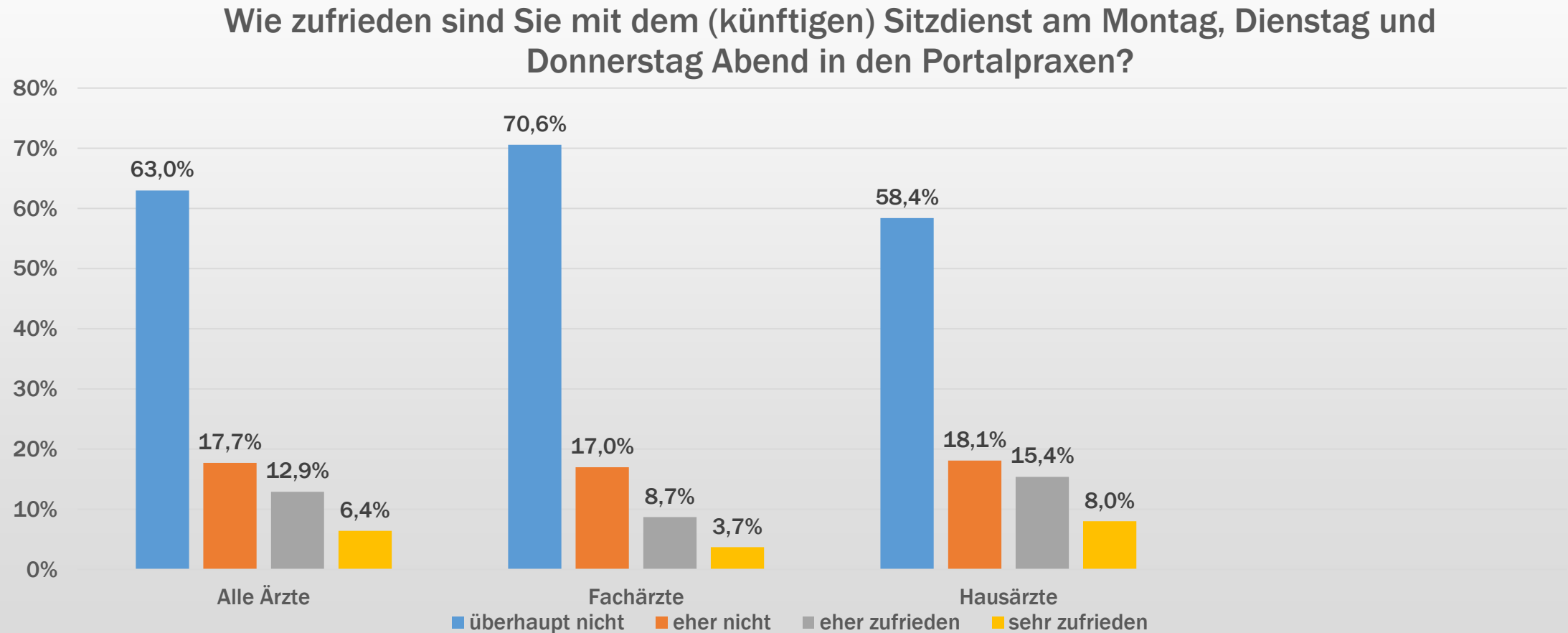


Wie zufrieden sind Sie mit dem (künftigen) Bereitschaftssitzdienst in den Portalpraxen der Kliniken?

Zufriedenheit mit (künftigen) Bereitschaftsdienst in den Portalpraxen der Kliniken

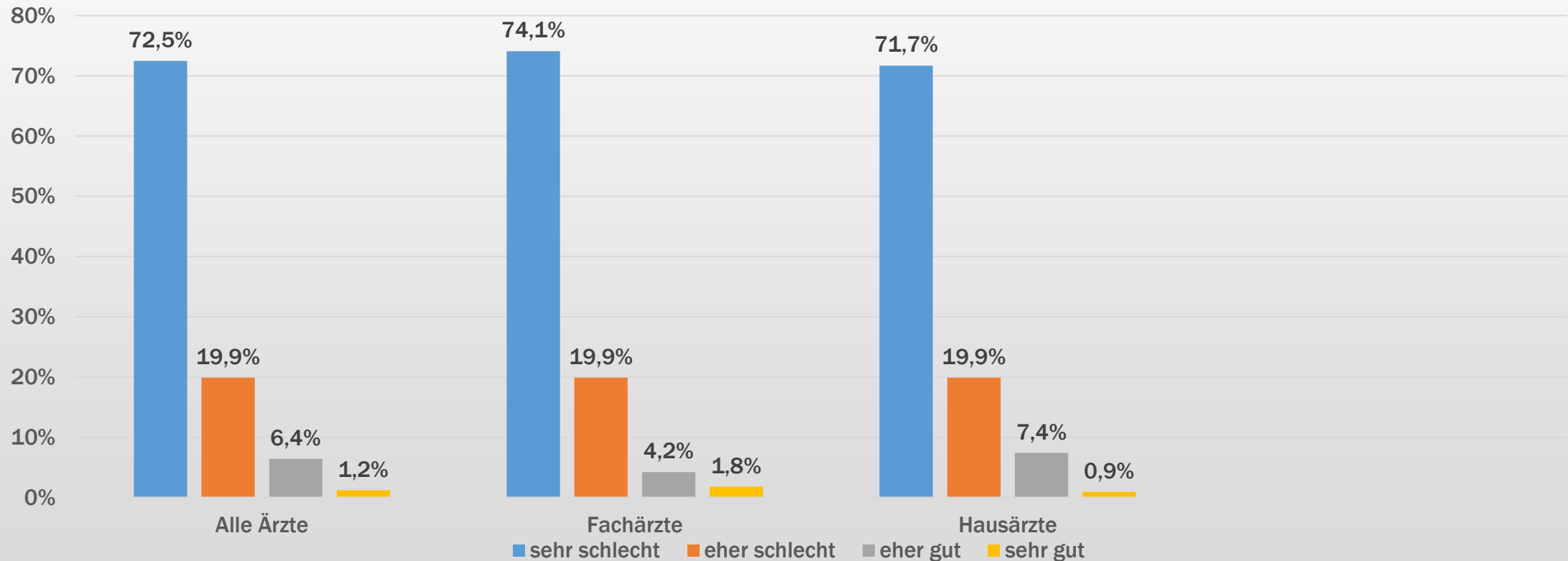


Wie zufrieden sind Sie mit dem (künftigen) Sitzdienst am Montag, Dienstag und Donnerstag Abend in den Portalpraxen?

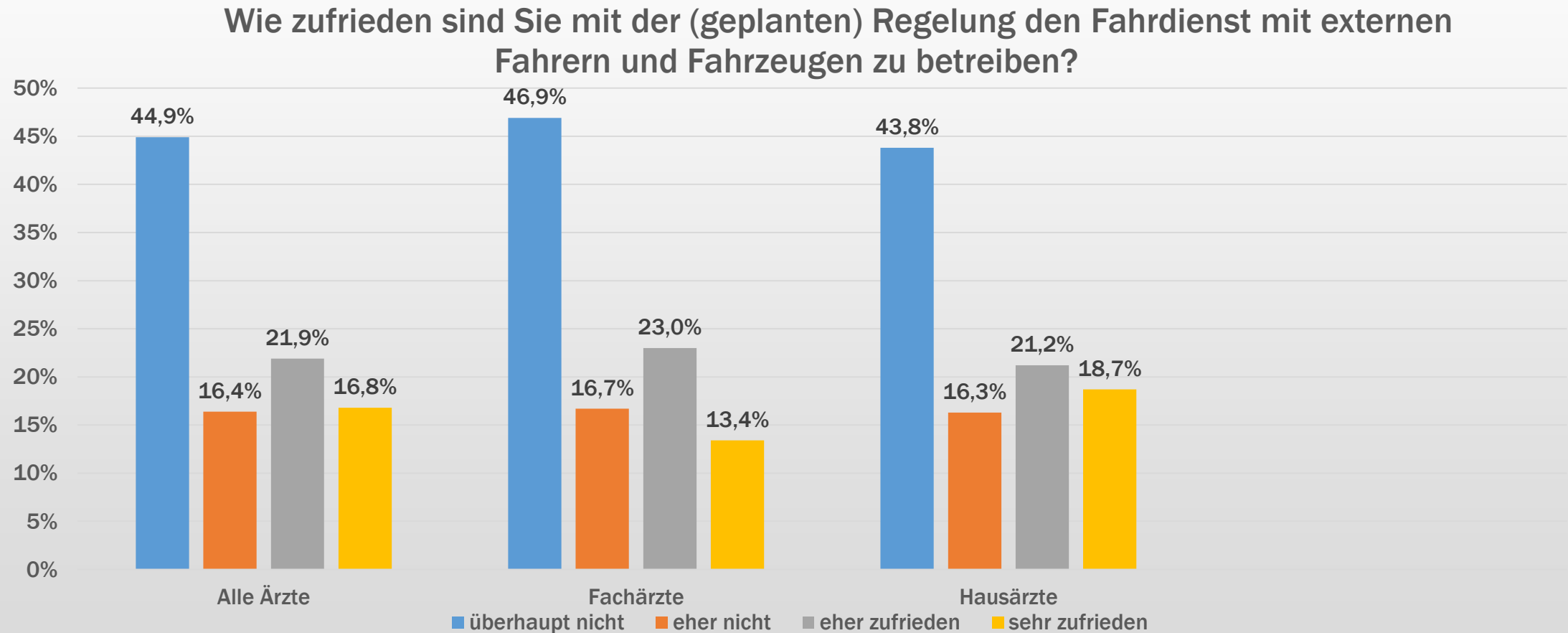


Was halten Sie von einer möglichen sog. 24/7 Regelung, d.h. Bereitschaftsdienst in den Portalpraxen 24 Stunden an 7 Tagen der Woche? Hier nur 502 Befragte

Was halten Sie von einer möglichen 24/7 Regelung?



Wie zufrieden sind Sie mit der (geplanten) Regelung den Fahrdienst mit externen Fahrern und Fahrzeugen zu betreiben?



Forderungen an die KV und die Gesundheitspolitik

- Flexiblere Gestaltung vor Ort ermöglichen. Auch Eigeneinrichtungen der Gemeinde zusammen mit ansässigen Ärzten müssen berücksichtigt werden
- Keine Gefährdung der Patienten. Keine Verschlechterung der Versorgung.
- Lösungen in Zusammenarbeit von Landes- und Kommunalpolitik und Ärzteschaft vor Ort.
- Eventuell auch Prüfung anderer passgenauer Modelle (Einbindung ÖPNV in Konzepte, regionale Bereitschaftspraxen ohne Klinikanbindung, Einbezug von fachärztlichen Diensten, wenn notwendig)
- Förderung der Eigeninitiative der Ärzte vor Ort. Schaffung finanzieller Anreizsystem. „Innovationsfonds Notfallversorgung“, aus dem regionale Modelle gefördert werden können.
- Ausreichende Bezahlung der Notfallbehandlung.
- Steuerung der Inanspruchnahme durch Patienten auch durch Selbstbehalt bei ungerechtfertigter Inanspruchnahme.

Ärztlicher Bereitschafts- dienst in Bayern

- besondere regionale
Probleme -

MAGNUS OTT

FACHARZT FÜR REHABILITATIVE MEDIZIN

BAYERISCHER FACHARZTVERBAND
(BFAV)



Probleme der regionalen ländlichen Versorgung

- Die Reform ist für städtische Bereiche evtl. tatsächlich sinnvoll hier ist die Arztdichte höher – das gilt aber auf dem Land nicht:
- Bei der Auswahl der Praxisstandorte ist die verkehrstechnischen Anbindung und Erreichbarkeit, insbesondere bei schlechter Witterung zu beachten.

Problem Bedarfsplanung

- Bei der sogenannten „Bedarfsplanung“ ist nicht nur die Inanspruchnahme (Häufigkeit) und die Arztdichte pro Einwohner $\times 100^2$ wichtig, vielmehr sind gerade im ländlichen Bereich die weichen Faktoren wie Patientenbindung, Kenntnis der sozialen und familiären Bedingungen wichtig.
- Eine Anonymisierung des Bereitschaftsdienstes führt objektiv zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung, fehlende Inanspruchnahme und Fehlbehandlung.

Die alten und neuen Bereiche



Begründung dieser Behauptung

- Die Pool-Ärzte folgen dem Geld, das heißt, daß weniger lukrative Dienste (Fahrdienst im ländlichen Bereich, Sitzdienste mit geringer Patientenzahl) nicht abgedeckt werden
- Die Dienstbelastung sinkt nicht – aber das Honorar
- damit wird das Problem der Versorgung nicht gelöst sondern verschärft. Dienstabgabe wird in Zukunft erschwert.

Niederlassung oder Angestellter ?

- Durch die harte zentrale Dienstplanung durch die KV (dieses Jahr erstmals kein „vorläufiger Dienstplan“ werden die Ärzte zu Quasi-Angestellten der KV - ohne die Rechte bei der Honorarverhandlung, die Angestellten zustehen (Streikrecht , gewerkschaftliche Organisation). Das ist ein Niederlassungshindernis
- Es wird im ländlichen Bereich eine höhere Dienstbelastung (mehr Dienste und mehr Stunden) geben.

Woran liegt es noch ?

- Es besteht ein grundsätzlicher Denkfehler bei der Bedarfsplanung:
 - Die Versorgungsdichte in „Arzt/10000 Einwohner“ ist im Bereitschaftsdienst die falsche Basisgrösse
 - Hier wäre z.B „Arzt/100km²“ eine bessere Berechnungsgrundlage.
 - Je geringer dieser Wert ist, um so länger die Wege, um so mehr Wegezeit ggü. Behandlungszeit

Reden wir über Geld

- Diese Schieflage ist durch die Wegepauschale im Moment noch teilweise kompensiert
- Mit der Reform werden die Wegepauschalen vermindert – die Dienste werden unattraktiv und dadurch weniger von Poolärzten übernommen.
- Dies macht es für Ärzte ebenfalls unattraktiv, sich auf dem Land niederzulassen.

Zahlenspiele (Auswahl)

	Einw (KV)	Fläche	Ärzte	Ärzte/100km ²	Einwohner RvN	Einw.-Summe	Ä./10 ⁴ KV	Ä./10 ⁴ RvN
Regen					82.590,00			
Deggendorf	191.970,00	1.821,88	194,00	10,65	115.699,00	198.289,00	10,11	9,78
Landshut	203.898,00	1.257,26	210,00	16,70	205.698,00	205.698,00	10,30	10,21
Vilshofen								
Freyung - Grafenau					77.927,00			
Passau	268.427,00	2.218,05	270,00	12,17	238.328,00	316.255,00	10,06	8,54
Rottal-Inn	166.547,00	1.619,14	141,00	8,71	119.280,00	119.280,00	8,47	11,82

Einwohner-RvN = Zahlen der Regierung von Niederbayern (stand sept 2017)

Einw. (KV) = Zahlen der Veröffentlichung der KVB Sept 2017

- Ärztedichte nach Einwohnern weitgehend ausgeglichen (auch zwischen „Stadt“ (Landhut) und „Land“)
- Ärztedichte nach km² Fläche der Verrorgungsgebiete um fast 90% variierend !

Wo sehe ich die konkreten Probleme?

- Deggendorf/ Regen (182.188 Einw.) :
 - BPX in Zwiesel
 - **Keine BPX in Viechtach**
 - BPX in Deggendorf
 - **Sogwirkung durch die Ausweitung des Bereitschaftsbereiches**
- Passau / Freyung-Grafenau / Vilshofen (268.427 Einw.):
 - **Keine BPX in Wegscheid**
- Rottal – Inn (166.547 Einw.):
- Landshut (203.898 Einw.):
 - **Velden? Gangkofen?**

Wer will das so ?

nder-
vice-
Dazu
ärzt-
vern



d-
ür
Ber-
zt-
Wo-
Ort,

n
e-
Die
ein

zu der neuen Systematik des Bereitschaftsdienstes in Bayern aufgelegt. Diese steht im Internet unter **www.kvb.de** in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Informationsmaterial* „Über uns – die KVB“ zum Herunterladen bereit.

„Es ist uns sehr wichtig, dass alle Interessierten über den jeweiligen Sachstand in ihrer Region informiert sind. Es muss allerdings auch klar sein, dass es hier nur um eine

Information, nicht um einen Abstimmungs- und Entscheidungsprozess geht. Denn die Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes in Bayern ist so von der Vertreterversammlung der KVB beschlossen worden und entspricht genau dem Willen des Gesetzgebers“, erklärte der Vorstandsvorsitzende der KVB, Dr. med. Wolfgang Krombholz. Er erinnerte daran, dass der Vorstand der KVB seit Jahren auf allen Ebenen, sowohl gegenüber Mitgliedern der KVB, als auch gegenüber Politik und Öffentlichkeit, laufend über die Thematik berichtet hatte.

Erfreuliche Neuigkeiten in Sachen

Wo sehen Sie die konkreten Probleme für Ihre Landkreise und Gemeinden ?



Kommunikationsdaten:

Frau Dr. Ilka Enger
Aussiger Str. 13
93073 Neutraubling
Mail: ilka-enger@gmx.de

Hr. Magnus Ott
Westlicher Stadtgraben 38
94469 Deggendorf
Mail: m.ott@mvz-deggendorf.de

Bayerischer Facharztverband