IGiB-Bereitschaftspraxis: Ein Modell zur ambulanten Akut- und Notfallversorgung

Synthese aus Bereitschaftsdienst und Rettungsstelle

In der Gesundheitspolitik der kommenden Legislaturperiode wird die Neustrukturierung der Akut- und Notfallversorgung eines der zentralen Themen sein, eine These, für die drei Fakten sprechen. Zum einen werden schon länger verschiedene Ansätze und bestehende Lösungen vorgestellt und diskutiert. Zweitens fördert der Innovationsfonds im Bereich Versorgungsforschung die Auseinandersetzung mit dieser Frage. Und zum Dritten stellt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen seine Expertise zur „Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland" vor, die bereits in einem „Werkstattgespräch" angerissen wurde. Damit werden die Forderungen nach schnellen und tragfähigen Lösungen lauter. Zudem erhöhen Bund und Länder – aber auch die aktuelle Mediendebatte zur Thematik – den Handlungsdruck für die kommende Legislaturperiode massiv. Damit haben die politischen Weichenstellungen für die Neuausrichtung der Akut- und Notfallversorgung begonnen, aber auch die realen, wie die „IGiB-Bereitschaftspraxis", ein Modell zur ambulanten Akut- und Notfallversorgung als Synthese aus ärztlichem Bereitschaftsdienst und Rettungsstelle, zeigt.

>> Wenn man nach den Gründen für den entstandenen Handlungsdruck sucht, gehören die steigenden Zahlen stationärer Aufnahmen nach Aufsuchen von Rettungsstellen, die der Höhe nach mit Demografie- und Morbiditätsentwicklung nicht hinreichend genug erklärbar sind, sicherlich dazu[1]. Aus dem Vergleich der unterschiedlichen Vergütung im ambulanten und stationären Sektor (EBM/DRG) für die gleiche Leistung erkennt man beispielsweise bei einer Diagnostischen Linksherzkatheteruntersuchung (Fallkosten stationär: 1.800 Euro / ambulant: 630 Euro) die damit verbundene enorme Kostenbelastung der GKV – entstanden in Folge eines ungenutzten ambulanten Umsteuerungspotenzials[2].

Der Gesetzgeber hat bereits im Jahr 2015 auf die steigende Direktinanspruchnahme der Rettungsstellen – insbesondere in Ballungsräumen – mit einer vergleichsweise hohen Versorgungsdichte, mit Regelungen im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zur Kooperationspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen mit zugelassenen Krankenhäusern im Bereitschaftsdienst zu sprechstundenfreien Zeiten reagiert[3]. Im Jahr 2016 griff der Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetz erneut regulierend ein, und konkretisierte seine gesetzlichen Vorgaben mit der Forderung, dass Bereitschaftspraxen (auch Notdienstpraxen oder Portalpraxen genannt) in oder an Krankenhäusern einzurichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Bereitschaftsdienst einzubinden sind[4]. Der Verband der Ersatzkassen (vdek) gab zu diesem Thema 2016 ein Gutachten beim Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) in Auftrag, das Reformansätze beschreibt und Handlungsempfehlungen gibt, wie eine bessere Verzahnung von stationärem und ambulantem Bereich in der Akut- und Notfallversorgung gelingen kann. Die bis zu 25 Millionen Menschen, die gemäß dieses Gutachtens jährlich und mit steigender Tendenz in den Rettungsstellen der Krankenhäuser deutschlandweit behandelt werden, wurden von AQUA nach allgemeinärztlichen, chirurgischen und Fällen der erweiterten internistischen Diagnostik gruppiert. Im Ergebnis zeigte sich, dass ein Drittel der Rettungsstellenfälle Akutfälle sind, für die der ambulante ärztliche Bereitschaftsdienst vorgehalten wird und die demnach ambulant versorgt werden müssten[5].

Aktuell ist Anfang April 2017 mit der Einführung der „Abklärungspauschale" im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) den Erkenntnissen folgend ein weiteres normatives Instrument zum Einsatz gekommen: Diese Pauschale kann für Patienten abgerechnet werden, die ohne medizinisch begründeten Notfall in den Rettungsstellen der Krankenhäuser vorstellig werden und richtigerweise an die ambulanten Praxen verwiesen werden.

In diesem Zusammenhang ist von den Beteiligten auch die Frage zu klären, wie die bedarfsadäquate Versorgung von Akut- und Notfallpatienten verwirklicht werden kann, ohne dabei einfach nur die Verantwortung für die Fehl-Allokation den jeweils anderen der drei Säulen in der Akut- und Notfallversorgung (ambulant, stationär, Rettungsdienst) zuzuschreiben oder eine „Verhaltensänderungsdiskussion" auf Seiten der Patienten in Gang zu setzen und damit dann auch zu enden. Vertreter der Krankenhausseite klagen, dass ambulante Akutfälle zu Lasten „echter" Notfälle in den Rettungsstellen teure Klinikressourcen binden. Hierfür fehle es schließlich auch an einer adäquaten Honorierung der Leistungen in den Krankenhaus-Rettungsstellen.

Tatsache ist auch, dass die steigenden Zahlen von „Krankenhaus-Selbsteinweisungen" erst durch die breite Inanspruchnahme der Rettungsstellen überhaupt möglich wurden. Beobachter gesellschaftlicher Entwicklungen weisen in diesem Zusammenhang auf die sich verändernde Anspruchshaltung von Patienten hin, die zunehmend eine 24/7-„quick & easy"-Versorgung – auch bei Schnupfen am Wochenende – wünschen und so die Rettungsstellen als einfachsten und bekanntesten Zugang zur medizinischen Versorgung auch jenseits des Notfalls wählen.

IGiB-Bereitschaftspraxis seit 2012

Mit der Herausforderung der Schaffung geeigneter Versorgungsstrukturen für eine bedarfsadäquate Versorgung von Akut- und Notfallpatienten hat sich die Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg GbR, kurz IGiB*, bereits im Jahr 2011 befasst, in dem sie das Konzept einer Bereitschaftspraxis entwickelt hat. Diese Bereitschaftspraxis kann die Grundlage für eine Neustrukturierung der Akut- und Notfallversorgung bilden und in seiner Weiterentwicklung sogar eine Blaupause für bundesweite Lösungsansätze in der nächsten Legislaturperiode sein.

Das im Jahr 2011 von der IGiB erstmals für Brandenburg konzipierte Modell zur Errichtung und Etablierung einer Bereitschaftspraxis in Form einer Anlaufpraxis am Krankenhaus als vorgeschaltete Stelle zur Rettungsstelle wurde unter realen Bedingungen im Echtbetrieb zunächst im Ballungsraum Potsdam in Kooperation mit dem St. Josefs Krankenhaus getestet. Bereits am 1. Januar 2012 ging die erste Bereitschaftspraxis als „KV RegioMed Bereitschaftspraxis" für einen Pilotzeitraum von insgesamt neun Monaten an den Start.

Das Modell basierte einerseits auf der Verknüpfung der zu etablierenden KV RegioMed

*: Die IGiB ist eine deutschlandweit einmalige Partnerschaft von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen, der KV Brandenburg, der AOK Nordost und der Barmer. Sie hat mit erfolgreichen Versorgungslösungen, wie der agneszwei (ambulantes Case Management) oder dem Innovationsfondsprojekt StimMT (Strukturmigration im Mittelbereich Templin), sowie den IGiB-Konferenzen bereits mehrfach bundesweit auf sich aufmerksam gemacht

Zitationshinweis

Freiberg, L., Möhlmann, H.: „Synthese aus Bereitschaftsdienst und Rettungsstelle“, in „Monitor Versorgungsforschung (06/17), S. 38-39; doi: 10.24945/MVF.06.17.1866-0533.2050

Bereitschaftspraxis mit einer bestehenden Hausarztpraxis des Medizinischen Versorgungszentrums am Krankenhausstandort, andererseits mit der infrastrukturellen Verzahnung mit der Rettungsstelle des Krankenhauses. Die Praxis wurde vor dem Start der Pilotphase räumlich unmittelbar neben der Rettungsstelle angesiedelt, jedoch der direkte Zugang von fußläufig an den Standort kommenden Patienten in die Rettungsstelle aufgehoben. In einer Kombination aus ambulanter Hausarzt- und Bereitschaftspraxis konnten Akutpatienten zu Sprechstundenzeiten und auch außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten im medizinisch erforderlichen Maße an einem zentralen Ort behandelt sowie die Rettungsstelle von ambulanten Akutfällen entlastet werden, wie im Rahmen der Evaluation nachgewiesen wurde[6].

Zur Nachhaltigkeit solcher Strukturen gehören auch Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit und Effizienz mittels gemeinsam zu nutzenden und bestehenden räumlichen, technischen und personellen Ressourcen. Die Ansiedlung der Bereitschaftspraxis wurde im Modellvorhaben als zentraler Anlaufpunkt für fußläufige Patienten im Einzugsbereich und als vorangestellte Struktur zur Rettungsstelle etabliert. Kernelement im Konzept ist die gemeinsame, durchgängig besetzte Anmeldung sowie der gemeinsame Wartebereich von Praxis und Rettungsstelle.

Mittels vereinbarter Entscheidungskriterien erfolgt die zielgerichtete Steuerung der Patienten nach dem Gesundheitszustand zu dem jeweils bedarfsadäquaten Versorgungsangebot am Standort. Die Standortidentität ist für den Patienten auch deshalb so wichtig, weil diese ihre gesundheitlichen Probleme tendenziell fehleinschätzen und ihnen die genauen Zuständigkeiten der Säulen der Akut- und Notfallversorgung nicht oder nur unzureichend bekannt beziehungsweise verständlich sind. Überlässt man es dem Patienten zu entscheiden, durch welche „Tür“ er geht, entscheidet er sich erfahrungsgemäß für die „Tür“ der Rettungsstelle, selbst wenn die „Tür“ der Bereitschaftspraxis nur wenige Meter entfernt liegt.

„Plug and Play“-Ansatz

Das gesamte Bereitschaftspraxismodell wurde als „Plug and Play“-Ansatz konzeptioniert, um bei erfolgreicher Pilotierung ein landesweites Rollout in Brandenburg vornehmen zu können. Die Maßgaben des Projektes, die erste KV RegioMed Bereitschaftspraxis am St. Josefs Krankenhaus in Potsdam bis zum Ende der Pilotphase des IGiB-Projektes zu etablieren, wirtschaftlich eigenständig zu führen und in die Regelversorgung überführen zu können, wurden erreicht. Darüber hinaus ist es dem Projektinitiator IGiB gelungen, einheitliche vertragliche Grundlagen, Regelungsinhalte zur Leistungsfinanzierung und zur Evaluation des Projektes sowie adaptierbare Regelungen zur Zusammenarbeit mit einem jeweils beteiligten Krankenhaus zu treffen, um den Grundstein für ein Rollout zu legen. Nicht bewährt hatte sich hingegen die Kombination mit der Hausarztpraxis am Standort zu Sprechstundenzeiten, da diese nicht der Nachfragestruktur entsprach. Aufgrund dieser Erfahrung erscheint es besser, Akutpatienten zu Sprechstundenzeiten an umliegende Arztpraxen zu verweisen, als hierfür zusätzliche Ressourcen vorzuhalten.



Mittlerweile ist das Modell der KV RegioMed Bereitschaftspraxis in Brandenburg fest etabliert und wurde seitens der KV Brandenburg regionalspezifisch weiterentwickelt. Ziel ist es, eine flächendeckende Versorgung mittels derartiger Standorte in gemeinsamer Verantwortung mit den Ärzten sowie in Kooperation mit den Krankenhäusern vor Ort und aktiver Beteiligung seitens der GKV umzusetzen.

Beginnend in Königs Wusterhausen übernimmt die KV Brandenburg seit April 2017 auch die zentrale Patientensteuerung zur Akut- und Notfallversorgung über die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 in enger Kooperation mit der Regionalleitstelle Lausitz. Im Rahmen dieser Weiterentwicklung bleibt darüber hinaus die Bereitschaftspraxis in Königs Wusterhausen auch zu Nachtzeiten geöffnet und wird ressourcenschonend und nachfrageadäquat ab 22 Uhr durch einen Arzt des Krankenhauses besetzt.

Die Erfahrungen, die anhand der Umsetzung des in der IGiB konzeptionierten Modells seit dem Jahr 2012 gemacht werden konnten und die zwischenzeitlich in der weiteren Umsetzung zu verschiedenen regionalen Ausprägungen und Weiterentwicklungen geführt haben, können jetzt helfen, einen auch über die Landesgrenzen hinaus nutzbaren sektorenübergreifenden Lösungsansatz in der 24/7-Akut- und Notfallversorgung zu finden und die erforderlichen Veränderungen praktikabel, wirtschaftlich und möglichst reibungsfrei umzusetzen.

Damit hat die IGiB einmal mehr bewiesen, dass in gemeinsamer Verantwortung von Körperschaft und Krankenkassen neue Wege beschritten und bedarfsadäquate Strukturen nicht nur in der Konzeptionierung, sondern auch in der Realisierung mittels einer gemeinsam geschulterten Anschubfinanzierung erfolgreich umgesetzt werden können. Damit dies regelhaft der Fall sein kann, ergibt sich eine klare Forderung an die Gesetzgebung: Für die Erprobung und Etablierung neuer Strukturen ist es zwingend, jetzt den gesetzlichen Rahmen zu schaffen. Nötig ist es, „Fenster“ für übergreifende Versorgungs- und Finanzierungsmodelle in die Sozialgesetzbücher V, X und XI einzubauen, die es Krankenkassen, aber auch Bund und Ländern ermöglichen, sich an notwendigen Investitionen und Aufwendungen zu beteiligen[7].

Von der Versorgungsforschung wird erwartet, dass in Bezug auf das Thema der ambulant-sensitiven Leistungen – also die Krankenhausfälle, die durch eine vorausschauende ambulante Behandlung grundsätzlich vermeidbar wären oder aber in einer niedergelassenen Arztpraxis hätten versorgt werden können – der Nachweis erbracht wird, dass neuartige übergreifende Strukturen, wie die von der IGiB konzipierte Bereitschaftspraxis, als Anlaufpraxis am Krankenhaus nicht nur besser für die Patientenversorgung, sondern auch wirtschaftlicher als die bisherige Versorgung in den Rettungsstellen und somit Investitionen in derart neue Strukturen gut angelegt sind. <<

von: Lutz O. Freiberg, IGiB GbR
Harald Möhlmann, AOK-Nordost

Literatur

1: Statistisches Bundesamt (2016), Notfall als Aufnahmeanlässe in die akutstationäre Behandlung in % aller Anlässe
2: BARMER Versorgungs- und Forschungskongress (2017) Vortrag von Prof. Dr. Christoph Straub, S.13 - https://www.barmer.de/blob/70074/04ef54351138ef921646b46cc18e9c87/data/dr-christoph-straub-versorgungssteuerung.pdf (letzter Aufruf 19.09.2017)
3: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015), gem. § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V
4: Krankenhausstrukturgesetz (2016)
5: AQUA-Institut: Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen (06.09.2016), Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, S. 15;
6: Interne Evaluation IGiB, 2012
7: AOK Forum (2/2017) Ambulant-stationäre Revolution in der Uckermark, S. 8;
Schoppmeyer, M. (04.01.2017), Fachbeitrag VERSORGUNG, Die Notfallversorgung auf dem Prüfstand, Steigende Patientenzahlen in Notaufnahmen der Kliniken, http://www.iww.de/cb/management/versorgung-die-notfallversorgung-auf-dem-pruefstand-f100774 (letzter Aufruf 05.09.2017);
Straub, Ch. et al. (2016) Handlungsfelder für eine sektorübergreifende Versorgung in Gesundheitswesen Aktuell, S.14-35