

SOZIALVERBAND

**VdK**

RHEINLAND-PFALZ



**Juli/August 2018**

**Die Notfallversorgung  
in Rheinland-Pfalz**

## **Impressum**

Inhalte: Moritz Ehl

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: [rheinland-pfalz@vdk.de](mailto:rheinland-pfalz@vdk.de)

Internet: [www.vdk.de/rheinland-pfalz](http://www.vdk.de/rheinland-pfalz)

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, Juni 2018

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

## **Inhalt**

1. Einleitung.....	4
2. Der ärztliche Bereitschaftsdienst (Notdienst).....	5
3. Der Rettungsdienst.....	7
4. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser .....	7
4.1 Aktuelle Situation .....	7
4.2 Reformbestrebungen .....	9
5. Eine mögliche Lösung: Portalpraxen .....	10

## 1. Einleitung

Jeder kennt es: Krankheiten und Verletzungen schlagen gerne am Wochenende oder am Feiertag zu, wenn die Arztpraxen, die man gewöhnlich aufsucht, geschlossen haben.

In schweren Fällen wie einem Verkehrsunfall oder Verdacht auf Herzinfarkt muss unverzüglich der Notruf 112 gewählt werden. Aber was, wenn es sich „nur“ um eine unangenehme, aber nicht lebensbedrohliche Erkrankung wie eine Magenverstimmung oder Fieber handelt? Viele wissen dann nicht, wohin sie sich wenden können.

Dazu kommt, dass die Unsicherheit über eigene Maßnahmen zugenommen hat. Die alten Hausmittel sind nicht mehr so bekannt wie früher, und wer im Internet nach seinen Symptomen sucht, wird häufig durch „Doktor Google“ noch zusätzlich verunsichert.

Das bekommen zunehmend die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu spüren. Immer mehr Patientinnen und Patienten finden sich dort ein, der Großteil auf eigene Initiative. So versorgte die Notaufnahme der Universitätsmedizin in Mainz im Jahr 2012 noch rund 12.300 Patientinnen und Patienten. Im Jahr 2016 wurden dagegen schon 16.300 Fälle verzeichnet.

Darunter sind natürlich viele mit schweren gesundheitlichen Beschwerden. Aber gerade aus der steigenden Zahl der Bagatellfälle ergeben sich Probleme, weil sie eigentlich gar nicht in ein Krankenhaus gehören. Fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen könnten auch durch Haus- oder Bereitschaftsärzte versorgt werden. Das würde sowohl mit geringeren Kosten als auch mit geringerer Wartezeit für die Einzelnen einhergehen. Denn in der Notaufnahme wird man nicht unbedingt nach der Reihenfolge des Eintreffens versorgt, sondern nach der Dringlichkeit der Behandlung. Während kritische Fälle sofort an die Reihe kommen, müssen Personen mit Bagatellerkrankungen meist viele Stunden warten, bis eine Ärztin oder ein Arzt für sie Zeit finden.

Dass die Notfallversorgung in Deutschland reformiert werden sollte, wird kaum mehr bestritten. Uneinigkeit besteht aber noch über die besten Lösungswege.

Viele betonen die Eigenverantwortung der Patienten, die durch verstärkte Aufklärung und klarere Zuständigkeiten gefördert werden soll. Dazu zählt, Hausärzte als ersten Ansprechpartner stärker zu verankern. Auch an der Gebührenschraube könnte gedreht werden, etwa durch eine Gebühr für den Rettungsdienst, die bei Bagatellfällen nicht erstattet wird.

Manche fordern den Ausbau der Bereitschaftspraxen, deren Angebot stärker bekannt gemacht werden müsse, andere wünschen sich eher die Zusammenlegung von Bereitschafts- und Notdienst als ein System mit gemeinsamer Notrufnummer.

Personalausstattung und Schulung der Rettungsleitstellen könnten verbessert und Regelungen vereinheitlicht werden. Derzeit sind unzählige verschiedene Träger für die Notfallversorgung zuständig.

Ein häufig gehörter Vorschlag ist schließlich die Einrichtung von Portalpraxen an den Krankenhäusern. Diese sollen als Anlaufstellen für alle Patienten dienen. Im Rahmen der sogenannten Triage wird die Dringlichkeit der Behandlung festgestellt, sodass die Menschen je nachdem an Haus- oder Fachärzte, Bereitschaftsärzte, Fachpflegende oder zur stationären Behandlung im Krankenhaus weitergeleitet werden können.

## 2. Der ärztliche Bereitschaftsdienst (Notdienst)

Der Bereitschaftsdienst wird durch die kassenärztlichen Vereinigungen organisiert. Er wird durch die niedergelassenen Ärzte finanziert, sie müssen je nach Region zudem eine bestimmte Anzahl von Bereitschaftsdiensten übernehmen.

Für viele Patienten handelt es sich um einen großen Unbekannten. Dazu trägt vielleicht auch die Vielfalt der Bezeichnungen bei: im Gesetz ist vom „Notdienst“ die Rede, die kassenärztlichen Vereinigungen sprechen lieber vom „ärztlichen Bereitschaftsdienst“. Auch die Begriffe „hausärztlicher Vertretungsdienst“ und „vertragsärztlicher Notdienst“ werden verwendet, in Ostdeutschland hat sich teilweise noch der alte DDR-Begriff „dringlicher Hausbesuchsdienst“ gehalten.

In Rheinland-Pfalz wird er durch die Bereitschaftsdienstpraxen der kassenärztlichen Vereinigungen geleistet. Diese sind oft an den Krankenhäusern angesiedelt, entweder in räumlicher Nähe oder teilweise auch im selben Gebäude. Es handelt sich aber in jedem Fall um eine selbständige Einheit.

Es existieren derzeit 48 Bereitschaftsdienstpraxen im Lande. Dazu kommen vier zusätzliche Bereitschaftsdienstzentralen an den Krankenhäusern in Adenau, Boppard, Oberwesel und Hermeskeil.

Jede dieser Zentralen erbringt die Leistungen für einen festgelegten Bereich, der oft mit den Grenzen der Kreise oder Verbandsgemeinden übereinstimmt. Hinsichtlich der Erreichbarkeit ist die Versorgung in Rheinland-Pfalz vergleichsweise gut, die durchschnittliche Entfernung der Wohnorte zur nächstgelegenen Praxis beträgt 8,4 km. In ländlichen Regionen liegt der Durchschnitt meist bei bis zu 14 km, bei einer maximalen Entfernung von 30 km. Einige der Bereitschaftsdienstbezirke im ländlichen Raum sind allerdings sehr groß, etwa die für Bitburg-Prüm, Wittlich, Simmern oder Pirmasens.

Die Bereitschaftsärzte führen falls nötig auch Hausbesuche durch, wenn Patienten nicht mobil oder krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, die Bereitschaftsdienstpraxis aufzusuchen. Dabei kann sich jedoch eine gewisse Wartezeit ergeben, je nach aktueller Auslastung der Praxis.

Insgesamt wurden in den rheinland-pfälzischen Bereitschaftsdienstpraxen im Jahr 2016 rund 414.000 Patienten behandelt. Dabei ist zu beachten, dass diese Praxen nur zu Zeiten geöffnet sind, während derer normale Hausärzte geschlossen haben.

Dabei sind 39 der 48 Praxen durchgängig außerhalb der Sprechzeiten geöffnet, also während der Nacht, mittwochs und freitags nachmittags sowie an Wochenenden und Feiertagen. In neun kleineren Praxen gibt es eingeschränkte Öffnungszeiten, sie öffnen nur an Wochenenden und Feiertagen und zum Teil mittwochs nachmittags.

Die nächstgelegene **Bereitschaftsdienstpraxis** kann über die Homepage der kassenärztlichen Vereinigung ermittelt werden: <https://www.kv-rlp.de/patienten/arztfinder/zustaendiger-bereitschaftsdienst/>

Es gibt dafür auch die bundeseinheitliche Nummer **116 117**, siehe unten.

Außerdem gibt es **zahnärztliche Bereitschaftspraxen**, deren Anschrift über die Bezirkszahnärztekammern zu ermitteln ist: <https://www.kzv-rheinlandpfalz.de/patienten/notfalldienst/>

Schließlich gibt es auch einen **Apothekennotdienst**. Auskunft findet man bei der Landesapothekerkammer: <https://www.lak-rlp.de/startseite/>

Hierzu gibt es auch die Hotline **01805-258825-X**, statt **X** ist dann beim Wählen die örtliche Postleitzahl einzusetzen<sup>1</sup>.

Eng mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst ist wie erwähnt die bundesweite Telefonnummer **116 117** verbunden. Sie wird ebenfalls durch die kassenärztlichen Vereinigungen getragen und ist nur außerhalb der Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte besetzt. Ein Anruf ist immer kostenlos, auch über das Mobiltelefon.

In den meisten Bundesländern, so auch in Rheinland-Pfalz, ist die Rufnummer von Freitag 16 Uhr bis Montag 7 Uhr sowie von Mittwoch 14 Uhr bis Donnerstag 7 Uhr erreichbar. An Feiertagen ist sie von 18 Uhr des Vortags bis 7 Uhr des Folgetags geschaltet.

Für Menschen mit Hör- und Spracheinschränkungen ist die Leitstelle per Fax unter der Nummer **0800 5895210** zu erreichen. Ein Formular für die Kontaktaufnahme lässt sich hier herunterladen: [https://www.116117.de/sp/Faxformular\\_fuer\\_Hoer\\_und\\_Sprach\\_geschaedigte\\_116117.pdf](https://www.116117.de/sp/Faxformular_fuer_Hoer_und_Sprach_geschaedigte_116117.pdf)

Über die Nummer erreicht man die regionalen Leitstellen, die mit speziell qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besetzt sind. Diese beantworten Fragen, schätzen die Schwere der Krankheit ein und teilen den Anrufenden den Standort der nächsten Bereitschaftspraxis mit oder können gegebenenfalls einen Bereitschaftsarzt für einen Hausbesuch vermitteln.

Die Nummer 116 117 ist für Menschen mit leichten Beschwerden gedacht, sie soll keinesfalls einen Ersatz für den Notruf darstellen. Aber zum Beispiel bei Infektionen, bei Schnittwunden, bei Kopf- Hals-, Bauch- oder Rückenschmerzen oder bei Erbrechen und Durchfall kann man unter dieser Nummer Hilfe finden.

Auch hier ist noch Aufklärungsarbeit zu leisten: Bei einer Umfrage in Hessen konnten nur sechs Prozent der Befragten die Nummer und ihre Funktion korrekt zuordnen.

Prinzipiell gilt beim ärztlichen Bereitschaftsdienst: Er ist bei minderschweren Erkrankungen zuständig, wenn man medizinisch betrachtet nicht auf die Öffnung der regulären Hausarztpraxis warten kann. Wenn man dagegen die Möglichkeit hat, eine niedergelassene Arztpraxis aufzusuchen, sollte man das bevorzugen. Insbesondere die Hausärztin oder der Hausarzt ist in der Regel besser als Ansprechpartner geeignet. Wer seine Patienten kennt, kann sie besser einschätzen und in der jeweiligen Situation die geeignetste Maßnahme ergreifen. Zudem können Hausärzte ihre Patienten über einen längeren Zeitraum betreuen.

---

<sup>1</sup> 0,14 €/Minute aus dem Festnetz

### **3. Der Rettungsdienst**

Anders als die 116 117 ist die europaweite Notrufnummer **112** inzwischen allgemein bekannt. Vielen ist aber nicht klar, wann man sie zu verständigen hat.

Der Notruf sollte nur bei lebensbedrohlichen Symptomen alarmiert werden. Indikationen dafür sind zum Beispiel Bewusstlosigkeit, Atemnot, starke Blutung, Herzbeschwerden, Krampfanfälle, Vergiftung, Notfälle nach Stromunfällen und Suizidversuchen, aber auch Patientinnen in der Schwangerschaft.

Bei leichten Beschwerden ist dagegen die 116 117 besser geeignet. In diesen Fällen wird man über den Notruf auch nicht schneller behandelt, ein absichtlicher Missbrauch des Notrufs ist sogar strafbar. Aber natürlich dürfen auch Anrufer mit Bagatellfällen nicht einfach abgewiesen werden, denn für Betroffene ist es nicht immer leicht, ihre Situation richtig einzuschätzen.

Problematisch kann es werden, wenn Notarzt und Rettungsdienst wegen einer Bagatellerkrankung unterwegs sind, während in dieser Zeit anderswo ein wirklicher Notfall auftritt. Gerade ältere Menschen im ländlichen Raum wählen den Notruf auch bei kleineren Beschwerden, wenn sie selbst nicht mehr mobil sind und nicht auf Nachbarn oder Familie als Fahrdienst zurückgreifen können. Auch hier wären Hausbesuche der Bereitschaftsärzte bei nicht lebensbedrohlichen Beschwerden die bessere Variante.

Für Menschen mit Hör- oder Spracheinschränkungen ist auch die Kommunikation per Fax möglich. Die Nummer des Faxnotrufdienstes ist leider nach Wohnort unterschiedlich, an vielen Orten sind aber die 112 des Notrufs und die 110 der Polizei auch als Faxnummern erreichbar. Ein Formular dafür findet sich unter anderem hier: [https://www.polizei.rlp.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/vordruck-notruf-fax.pdf](https://www.polizei.rlp.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/vordruck-notruf-fax.pdf)

### **4. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser**

#### **4.1 Aktuelle Situation**

Schließlich gibt es die Notaufnahmen der Krankenhäuser, an die man sich wenden kann oder an die man gegebenenfalls vom Hausarzt weiter verwiesen wird. In Rheinland-Pfalz haben alle 94 Krankenhäuser auch eine Notaufnahme, das heißt die Dichte ist vergleichsweise hoch.

Allerdings klagen die Notaufnahmen seit langem über die zunehmende Überfüllung. Jährlich suchen in Deutschland etwa 20 Millionen Patientinnen und Patienten eine Notaufnahme auf, davon wird jedoch nur die Hälfte tatsächlich stationär ins Krankenhaus aufgenommen. Von den übrigen zehn Millionen haben drei Prozent eine schwerwiegende Erkrankung. Weitere 87 Prozent erhalten vertragsärztliche Leistungen, die sie auch beim Bereitschaftsdienst oder der Hausärztin erhalten hätten. Und ganze zehn Prozent, also rund eine Million Patienten im Jahr, benötigen überhaupt keine dringende Behandlung.

So ergab eine Befragung in hessischen Notaufnahmen, dass rund 19 Prozent ihre Beschwerden bereits seit einer Woche hatten. Sie hätten anstelle der Notaufnahme längst einen niedergelassenen Arzt aufsuchen können. Und in Rheinland-Pfalz kamen

im Jahr 2017 laut DAK-Gesundheitsreport rund 14.000 Patientinnen und Patienten wegen Rückenleiden in eine Notaufnahme, fast doppelt so viele wie 2007.

Durchweg verzeichnen die Notaufnahmen einen Anstieg der Fallzahlen zwischen vier und neun Prozent jährlich. Warum kommen denn immer mehr Menschen gleich in die Notaufnahme? Das hat unterschiedliche Gründe.

Bei einigen liegt es einfach am Unwissen. Vor allem Jüngere haben oft keinen Hausarzt oder kennen seltener Hausmittel gegen leichte Beschwerden. Vielen ist zudem der Bereitschaftsdienst unbekannt. Auch viele Migranten und Touristen kennen aus ihren Heimatstaaten ein anderes System der Notfallversorgung und wenden sich daher oft gleich an die Krankenhäuser.

Andere schätzen ihre Situation falsch ein. Bei Schmerzen befürchten sie gleich schwere Erkrankungen, und die zunehmende Selbstdiagnose im Internet trägt ebenfalls dazu bei, dass Patientinnen und Patienten schneller verunsichert sind.

Häufig sind aber auch Bequemlichkeit und eine gesteigerte Anspruchshaltung verantwortlich. Im Rahmen einer Studie wurden Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme befragt, die ihre Behandlung selbst als weniger dringlich eingeschätzt hatten. Viele gaben an, dass zu diesem Zeitpunkt keine Hausärzte (28,9 Prozent) oder Fachärzte (15 Prozent) geöffnet hätten und sie deshalb die Notaufnahme aufsuchten. Je acht Prozent gaben als Grund an, das Krankenhaus sei gut zu erreichen oder sie seien schon früher einmal dort gewesen.

Und 18,7 Prozent bevorzugten einfach die Notaufnahme gegenüber ambulanter Behandlung, etwa weil sie bessere Möglichkeiten der Diagnose oder Behandlung erwarteten. Mit dem Krankenhaus verbinden sie die Hoffnung auf medizinischen Rundum-Service ohne lästige Terminvergabe.

Generell muss in lebensbedrohlichen Situationen immer der Notruf 112 gewählt werden, statt selbst in die Notaufnahme zu fahren. Gerade bei Notlagen wie einem Herzinfarkt kommt es auf jede Minute an. Ein eigenständiges Aufsuchen der Notaufnahme ist dagegen etwa bei schweren Schnitt- oder Platzwunden, bei Knochenbrüchen, Verbrennungen oder unerträglichen Schmerzen sinnvoll.

Aus der vermehrten Inanspruchnahme und der Zunahme der Bagatellfälle ergeben sich aber auch Probleme sowohl für die Patienten als auch seitens der Ärzte und Pflegenden. Vor allem die Wartezeit wird immer länger, denn die meisten Notaufnahmen sind überlastet. Gravierende Fälle haben Vorrang bei der Behandlung, daher sitzt man mit einer Magenverstimmung oder einem Zeckenbiss meist Stunden im Wartezimmer. Oft beschwerten sich Patienten, dass andere viel schneller an der Reihe sind als sie selbst – das liegt allerdings in der Natur der Sache. Doch gerade für Kinder kann es quälend sein, stundenlang warten zu müssen.

Zudem wird natürlich auch das medizinische Personal, deren Arbeitsalltag ohnehin von Stress und kurzen Pausenzeiten geprägt ist, noch zusätzlich belastet.

Wer von der Notaufnahme in eine benachbarte Bereitschaftsdienstpraxis weiter geschickt wird, wird zudem unnötigerweise zweimal untersucht. In diesem Fall können beide Beteiligte Kosten bei den Krankenkassen abrechnen, was die Kosten im Gesundheitswesen steigert.

Wenn allerdings nur die Versorgung in der Notaufnahme abgerechnet wird und keine stationäre Behandlung erfolgt, bleibt das Krankenhaus meist auf einem Teil der Kosten sitzen. Nur etwa 32 Euro werden von den Krankenkassen für eine ambulante Behandlung erstattet, obwohl die Patienten im Durchschnitt dreimal so hohe Ausgaben verursachen. Die Notaufnahmen tragen sich also finanziell in der Regel nicht.



## 4.2 Reformbestrebungen

Im Bereich der Notaufnahmen wird es wohl bald zu Veränderungen kommen. Im Rahmen der anstehenden Krankenhausreform auf Bundesebene soll auch in Rheinland-Pfalz eine „gestufte Notfallversorgung“ eingeführt werden. Im April hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das Selbstverwaltungsorgan von Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern, über die Ausgestaltung der Notfallversorgung entschieden.

Nach diesem Plan sollen nur noch Notfallkrankenhäuser über eine Notaufnahme verfügen, wenn sie gewisse Anforderungen erfüllen. Dazu gehören Stationen für Innere Medizin und für Chirurgie, eine Intensivstation mit mindestens sechs Beatmungsbetten, die Verfügbarkeit von Fachärzten sowie ein Computertomograph. Der Vorteil der Mindestanforderungen soll laut G-BA neben Kostenersparnissen auch die Versorgungssicherheit sein. Die Patienten könnten sicher gehen, dass sie im Notfall in ein qualifiziertes Krankenhaus eingeliefert werden, in dem auch die Weiterbehandlung tatsächlich möglich ist. Außerdem sei durch die Beschränkung der Notfallkrankenhäuser eine zielgenauere Finanzierung möglich.

Der Nachteil liegt jedoch auf der Hand: insbesondere auf dem Land wird es zu längeren Anfahrtswegen kommen, wenn nicht mehr jedes Krankenhaus als Anlaufstelle infrage kommt. Geplant ist, dass etwa 64 Prozent der Krankenhäuser finanzielle Zuschläge für ihre Ausstattung als Notfallkrankenhaus erhalten sollen. Die Zuschläge werden gestaffelt nach der jeweiligen Versorgungsstufe im Landeskrankenhausplan, von der Basisnotfallversorgung in kleineren Städten bis zur umfassenden Notfallversorgung in den Oberzentren. Demgegenüber hätten laut G-BA die 36 Prozent der Krankenhäuser, die keine Zuschläge mehr bekommen sollen, im vergangenen Jahr ohnehin nur fünf Prozent der Notfälle versorgt und seien als Notfallkrankenhaus entbehrlich.

Allerdings soll es weiterhin Sicherstellungszuschläge für kleine Krankenhäuser geben, die aufgrund ihrer Lage in einem dünn besiedelten Gebiet nicht kostendeckend arbeiten können, aber für die Versorgung notwendig sind. Das gilt vor allem für ländliche und Gebirgsregionen, aber auch für die Inseln in Nord- und Ostsee. Insgesamt soll eine maximale Fahrzeit von 30 Minuten zur nächsten Notaufnahme gesichert sein.

Der politische Streit ist allerdings noch nicht beendet. So wendet sich die Krankenhausgesellschaft in Rheinland-Pfalz gegen die Pläne und befürchtet einen „Kahlschlag“. Währenddessen hat die Landesregierung bereits eine sichergestellte Versorgung auch im ländlichen Raum versprochen und verkündet, kein Krankenhaus solle aufgrund der gestuften Notfallversorgung schließen müssen. Im Sozialministerium verweist man auf die Ausnahmen, die im Krankenhausplan festgelegt werden können.

Zu beachten ist auch, dass die allgemeine Hilfeleistungspflicht weiterhin gilt. Das heißt, dass auch Krankenhäuser außerhalb der Notfallversorgung keinen Patienten ablehnen dürften, der im Notfall zu ihnen kommt. Zudem sind die Kliniken der Spezialversorgung von den Plänen ausgenommen, etwa die Stroke Units der Schlaganfallversorgung, die Traumazentren oder die Kindernotfallversorgung.

## 5. Eine mögliche Lösung: Portalpraxen

Es dürfte unumstritten sein, dass das derzeitige System der Notfallversorgung an seine Grenzen gerät und reformiert werden muss. Derzeit stehen dazu noch weitergehende Vorschläge im Raum.

Auf das Prinzip „Abschreckung“ setzen Anhänger der Forderung, von den Patientinnen und Patienten eine Gebühr für Notfallbehandlungen zu erheben. Diese könnte erstattet werden, wenn sich im Laufe der Behandlung zeigt, dass es sich tatsächlich um einen Notfall gehandelt hat. Gegen dieses Modell sprechen sich aber unter anderem Sozialverbände und Kassenärzte aus, insbesondere aufgrund der Befürchtung, dass Ärmere von einem notwendigen Arztbesuch zurückschrecken würden.

Die Krankenhausgesellschaft fordert dagegen einen Paradigmenwechsel hinsichtlich des Versorgungsauftrags. Demnach sollen auch Krankenhäuser Patienten, die keine Notfälle sind, ambulant behandeln dürfen. Das wäre eine Abkehr vom bisherigen System der Bereitschaftsärzte. Sogenannte „Polikliniken“ zur zentralen ambulanten Behandlung gibt es auch in einigen Nachbarländern sowie in den Nachfolgestaaten der ehemaligen UdSSR.

Am weitesten vorangeschritten ist allerdings das Konzept der „Portalpraxis“. Es wird unter anderem von der Kassenärztlichen Vereinigung, der Bundesärztekammer und der Techniker Krankenkasse ins Spiel gebracht. Auch der Deutsche Ärztetag hat im Mai 2018 in Erfurt seine Unterstützung für Modellprojekte geäußert, trotz der Befürchtungen einiger Hausärzte, sie könnten dadurch Patienten verlieren.

Dabei sollen nach dem Prinzip „ambulant vor stationär“ zentrale Anlaufstellen für die Patientinnen und Patienten geschaffen werden. Diese Portalpraxen sind in der Regel an Krankenhäusern angesiedelt und dabei den beiden Abteilungen Notaufnahme und Bereitschaftspraxis vorgeschaltet. Die Patientinnen und Patienten werden immer erst in der Portalpraxis vorgestellt und dann von dort in die jeweils angezeigte Versorgungsstruktur weitergeleitet.

Dazu würde in der Portalpraxis zunächst die Triage durchgeführt, also eine Einstufung der Schwere und der Dringlichkeit der Behandlung. Bei schweren Erkrankungen oder wenn eine stationäre Weiterbehandlung notwendig ist, können die Patienten an die Notaufnahme oder die entsprechende Fachabteilung im Krankenhaus weitervermittelt werden.

Diese Portalpraxen wären – anders als im aktuellen System – durchgehend besetzt, also auch während der Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzte. Somit könnten sie Versicherte auch zum Hausarzt oder einer Facharztpraxis weiterleiten. Kleinere Beschwerden, wie ein Verbandswechsel oder eine Wundversorgung, könnten auch gleich vor Ort durchgeführt werden. Dazu sollen speziell ausgebildete Pflegekräfte bereitstehen.

Derzeit werden die ersten Portalpraxen versuchsweise eingerichtet. Es gibt sie unter anderem in Nordrhein-Westfalen, beispielsweise in Gelsenkirchen-Buer und in Bochum, sowie in Berlin, beispielsweise im Jüdischen Krankenhaus und im Unfallkrankenhaus Marzahn (ukb). Erste Auswertungen ergeben, dass sich das Modell bewährt.

In Rheinland-Pfalz gibt es derzeit noch keine derartigen Portalpraxen mit Lotsenfunktion. Allerdings ist die versuchsweise Einführung einer Portalpraxis am Uniklinikum Mainz noch im laufenden Jahr 2018 geplant, bei der die kassenärztliche Vereinigung

Rheinland-Pfalz als Trägerin fungieren würde. Detailfragen des Modells sind zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar.

Prinzipiell hat Rheinland-Pfalz eine gute Ausgangslage für die flächendeckende Einführung von Portalpraxen. 45 der 48 Bereitschaftspraxen befinden sich in der Nähe eines Krankenhauses oder teilweise sogar unmittelbar im selben Gebäude, sodass ein Ausbau zur Portalpraxis fast überall möglich wäre bzw. ein ähnliches Verfahren nachts und an Wochenenden bereits stattfindet. Derzeit agieren die Bereitschaftsärzte aber noch nicht als Lotsen, anders als es in Portalpraxen der Fall wäre. Umgekehrt kommt es aber an Krankenhäusern mit Bereitschaftspraxis wie dem Katholischen Klinikum Mainz (kkm) bereits vor, dass am Wochenende Patientinnen und Patienten mit kleineren gesundheitlichen Problemen aus der Notaufnahme in die dortige Bereitschaftspraxis geleitet werden, um die Notaufnahme zu entlasten.

Gerade an den Krankenhäusern der Maximalversorgung wie der Uniklinik Mainz oder dem Klinikum Ludwigshafen dagegen suchen viele Patienten die Notaufnahmen auf, es gibt aber dort jeweils keine Bereitschaftspraxis – hier wären Portalpraxen besonders sinnvoll.

Was steht der Umgestaltung denn überhaupt noch im Wege? Zum einen ist noch keine systematische Information der Bevölkerung betrieben worden, das Konzept der Portalpraxis ist den Meisten noch unbekannt. Studien ergeben, dass Patientinnen und Patienten aber aufgeschlossen sind, solange sie in krankenhausähnlichen Settings weiter versorgt werden. Eine Portalpraxis mit ambulanter Versorgung im Gebäude oder Nachbargebäude des Krankenhauses würde sich daher vermutlich höherer Akzeptanz erfreuen als der Verweis auf eine räumlich getrennte Bereitschaftsdienstpraxis.

Außerdem gibt es derzeit noch juristische Hürden. In 15 Bundesländern ist der ärztliche Bereitschaftsdienst mit seiner Rufnummer 116 117 momentan nur außerhalb der Sprechstundenzeiten möglich, die einzige Ausnahme bildet Berlin. Daher wäre für eine flächendeckende durchgehende Öffnung der Portalpraxen außerhalb von Modellprojekten eine Gesetzesänderung notwendig.

Auch die Finanzierung ist noch nicht abschließend geklärt. Es hat sich noch kein Konzept zur Aufteilung der Vergütung zwischen der (von der kassenärztlichen Vereinigung betriebenen) Portalpraxis und dem Träger des Krankenhauses durchgesetzt. Derzeit erhalten die Krankenhäuser von den Kassen nur 4,79 Euro pro Patienten für die Abklärung der Behandlungsdringlichkeit, unabhängig davon, ob es sich um einen Notfall handelt oder nicht. Nachts beträgt diese sogenannte Abklärungspauschale 8,52 Euro. Die Notfallversorgung ist daher noch ein Defizitgeschäft.

Die Auffassung, dass das bestehende System verändert werden muss, setzt sich allerdings immer weiter durch – bei Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Kassen und auch bei den Patienten. Es bleibt aber noch abzuwarten, ob sich das Konzept der Portalpraxen durchsetzen wird, und ob es ausreicht, um die Versorgung entscheidend zu verbessern.