

Damit wir auch in Zukunft unsere Patientinnen und Patienten gut versorgen können

17 Forderungen gegen den #PraxenKollaps aus Bremer und Bremerhavener Praxen

Mit der „Bremer Erklärung zur Lage der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen“ (www.kvhb.de/praxen/bremer-erklaerung) haben die Praxisteams aus Bremen und Bremerhaven am 6. Dezember 2023 ein starkes Signal gesendet. Die berechtigte Kritik an den Rahmenbedingungen wurden klar benannt. Drei Monate später – am 6. März 2024 – kamen Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter erneut in der Kassenärztlichen Vereinigung zusammen, um die Kritik mit konstruktiven Vorschlägen zu untermauern. Das Ergebnis lesen Sie in diesem Papier! Es soll Grundlage für einen neuen Dialog mit der (Bremer) Politik sein.

Den Beginn dieses Dialoges markiert der 22. Mai. An diesem Tag lädt die KV Bremen zu einer Podiumsdiskussion „Dialog:Zukunft“ mit Akteuren aus Politik und Gesundheitswesen.

Übersicht

Vorschlag 1: Einführung einer „Qualifizierten Überweisung“ mit sinnvollen finanziellen Anreizen zur Behandlung von komplex kranken Patienten

Vorschlag 2: Zugangssteuerung nach Ersteinschätzung zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Vorschlag 3: Stärkung der Kompetenzen und Steuerungsmöglichkeiten der Terminservicestellen

Vorschlag 4: Durchgehend kostenfreie Sprachmittlung in den Praxen

Vorschlag 5: Niederschwellige Zugänge zu nicht medizinischen/psychotherapeutischen Versorgungsmöglichkeiten schaffen

Vorschlag 6: Gesundheitsbildung in Schulen und anderen Lehreinrichtungen sowie Stärkung der sozialen Kompetenz

Vorschlag 7: Förderprogramm für Barrierefreiheit in Praxen

Vorschlag 8: Stärkung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch in den Praxen

Vorschlag 9: Nachwuchsförderung und Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel

Vorschlag 10: Strafrechtsverschärfung für Gewalt und Pöbeleien gegen Ärzte und anderes medizinisches Personal

Vorschlag 11: Neueinstellung und Weiterentwicklung der Preiskomponente (Orientierungswert) analog dem stationären Bereich

Vorschlag 12: Entbudgetierung & Streichung der versorgungsfeindlichen Begrenzung der Versorgung

Vorschlag 13: Vollständige und zeitnahe Refinanzierung der MFA-Tarifsteigerungen, der MFA-Ausbildung sowie der von MFA geleisteten „Care“-Leistungen; auch für weitere und „neue“ Medizinalassistentenberufe

Vorschlag 14: Vollständige und zeitnahe Refinanzierung der ärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung auch bei deren Unterbrechung durch Mutterschutz und Elternzeit

Vorschlag 15: Förderung der Vernetzung von Praxen untereinander durch Vermittlung der KV

Vorschlag 16: Optimierung der Vernetzung von Praxen mit weiteren Gesundheitseinrichtungen

Vorschlag 17: Digitale Vernetzung aller Gesundheitseinrichtungen untereinander

Herausforderung: Es gibt ein Angebot-Nachfrage-Problem. Bedürftige, schwerkranke Patienten und Patienten mit einem komplexen Krankheitsbild können aufgrund der schieren Menge an Behandlungssuchenden und der finanziellen Fehlanreize im System nicht immer adäquat versorgt werden.

Vorschlag 1: Einführung einer „Qualifizierten Überweisung“ mit sinnvollen finanziellen Anreizen zur Behandlung von komplex-kranken Patienten

Haus- und fachärztliche Praxen sehen sich regelmäßig mit Anliegen von Behandlungs- und Ratsuchenden konfrontiert, die nicht in die eigentlichen engeren medizinischen Verantwortungsbereiche der Praxen fallen. Dadurch werden Kapazitäten gebunden, die zur Versorgung von Patienten mit komplexerem Versorgungsbedarf nicht zur Verfügung stehen. In den hausärztlichen Praxen betrifft es häufig nicht-medizinische Anliegen (z. B. Konflikte mit Behörden, Anforderungen von dritter Seite wie z. B. Schulen etc.), den Wunsch der Patienten nach medizinisch nicht indizierter Diagnostik sowie die Verlagerung von am „zuständigen“ Ort nicht erbrachter Versorgung (poststationär, fachärztliche Praxis). In den fachärztlichen Praxen werden ebenfalls Kapazitäten durch medizinisch nicht erforderliche Vorstellungen und Diagnostik gebunden. Ein wesentlicher Grund ist, dass die Behandlungssuchenden die Praxen ungesteuert aufsuchen.

Unser Lösungsvorschlag beinhaltet daher einen „qualifizierten“ Überweisungsvorbehalt (durch Haus- oder grundversorgende Fachärzte) als Zugang zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung. Damit könnten die Kapazitäten der fachärztlichen Versorgung auf Patienten mit komplexerem Versorgungsbedarf konzentriert werden. Diese aufwändigere Versorgung müsste dann entsprechend vergütet werden, da "Verdünnungseffekte" durch unaufwändige Patienten wegfallen.

Ergänzende Maßnahmen:

- Der hausärztliche Versorgungsbereich kann seiner Lotsenfunktion nur gerecht werden, wenn er seinerseits von medizinisch nicht notwendigen Aufgabenstellungen entlastet würde. (siehe auch Vorschläge 4 & 5)
- Das konsiliarische Gespräch muss wieder in die Gebührenordnung (EBM) eingeführt werden. Durch Austausch und Beratung werden vermeidbare Überweisungen und Doppeluntersuchungen vermieden.
- Für die Versorgung immobiler Patienten bedarf es der Möglichkeit zur Zuweisung von Rezepten an die patientenseits gewählte Apotheke.

Vorschlag 2: Zugangssteuerung nach Ersteinschätzung zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Wenn nur begrenzte Mittel für die gesundheitliche Versorgung zur Verfügung gestellt werden, kann es keine „Flatrate“-Versorgung geben. Am Beispiel der seit Jahren explodierenden Inanspruchnahme der Bereitschafts-, Not- und Rettungsdienste wird jedem deutlich, dass für das Funktionieren einer guten Versorgung eine verstärkte Patientensteuerung unumgänglich ist.

Das Bundesgesundheitsministerium wird aufgefordert, unverzüglich den Weg für die verbindliche Anwendung eines qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (§ 120 Abs. 3b SGB V) freizumachen. Dieses Instrument muss auch für die Schnittstellen der Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser und dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen zum

Rettungsdienst verbindlich sein. Das Ersteinschätzungsverfahren muss als eingetragenes Medizinprodukt rechtssicher und abschließend durch geschultes nichtärztliches Fachpersonal der Rettungsdienste, Krankenhäuser und KVen angewendet werden können.

Politik und Krankenkassen werden aufgefordert, die Bevölkerung/ihre Versicherten über die Stufen der Notfallversorgung zu informieren und die KV Bremen dabei unterstützen, den „PatientenNavi“ als Online-Selbsteinschätzungstool bekannt zu machen (www.116117.de/de/patienten-navi.php).

Sollten diese Maßnahmen die Fehlinanspruchnahme von Rettungsdiensten, Krankenhausnotaufnahmen und Ärztlichen Bereitschaftsdiensten nicht deutlich reduzieren, muss auch die Einführung einer Gebühr für Fehlinanspruchnahmen diskutiert werden.

Vorschlag 3: Stärkung der Kompetenzen und Steuerungsmöglichkeiten der Terminservicestellen

Bund, Land und Kommunen werden aufgefordert, die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen fachlich und finanziell zu ertüchtigen, neben dem medizinischen Kontaktpunkt soziale Hilfe-/Beratungsbedarfe zu identifizieren und die Hilfesuchenden unter Vermeidung von Fehlüberweisungen an ärztliche/psychotherapeutische Praxen direkt an die zuständigen Behörden/kommunalen Stellen zu leiten.

Herausforderung: Das Anspruchsdenken der Bürger ist hoch, die Möglichkeiten der Praxen begrenzt. Das führt mitunter zu Missverständnissen und Konflikten. Es braucht eine Reihe Begleitmaßnahmen zur Unterstützung von Patienten und Praxen.

Vorschlag 4: Durchgehend kostenfreie Sprachmittlung in den Praxen

Land und Kommunen werden aufgefordert, einen für die Praxen und für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst durchgehend während der Sprechzeiten kostenfrei telefonisch erreichbaren mehrsprachigen Übersetzungsdienst bereitzustellen. Dies ist zum Teil in Bremen in Projekten in der Pädiatrie und Psychotherapie bereits mit großem Erfolg erprobt worden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung werden dazu aufgefordert, geeignete Zuschläge zu vereinbaren. (siehe auch Vorschlag 1)

Vorschlag 5: Niederschwellige Zugänge zu nicht medizinischen/psychotherapeutischen Versorgungsmöglichkeiten schaffen

Die sogenannten Gesundheitskioske (oder ähnliche Angebote) können dann sinnvoll sein,

- wenn sie das Angebot der Praxen ergänzen und sich gut mit den Praxen im Quartier abstimmen
- wenn die Kosten für Aufbau und Betrieb nicht aus Mitteln der amb. Versorgung finanziert werden
- wenn sie nicht zur Abwerbung von Fachkräften aus den Praxen führen

Wir regen an, Projekte mit Land und Kommune (Modellvorhaben) zur Verzahnung der Praxen mit nicht medizinischen/sozialen Angeboten anzugehen. Ein bereits bestehendes Projekt, auf das sich gut aufsetzen ließe, ist zum Beispiel LIGA Gesundheitszentrum Gröpelingen. Die KV Bremen ist hier als kompetente Ansprechpartnerin bereits einbezogen.

Wir bitten die Ortsbeiräte darum, die Praxen bei der Vermittlung von Patienten mit einem sozialen Versorgungs-/Beratungsbedarf zu unterstützen. Eine große Hilfe wäre es, Ansprechpartner bzw. Vermittler für diese Anliegen im Quartier zu benennen. Auf diese Weise könnten Praxen einerseits den hilfsbedürftigen Menschen helfen, andererseits Kapazitäten für die Versorgung tatsächlich Kranker schaffen. (siehe auch Vorschlag 1)

Vorschlag 6: Gesundheitsbildung in Schulen und anderen Lehreinrichtungen sowie Stärkung der sozialen Kompetenz

Land und Kommunen werden gebeten, die Gesundheitsbildung in Schulen und anderen Lehreinrichtungen zu intensivieren. Neben Themen wie Gesunde Ernährung, Lebensführung und Prävention geht es auch darum, Kenntnisse zu den Einrichtungen im Gesundheitswesen zu vermitteln: Praxen, Krankenhäuser, Rettungsdienst, Apotheken, 112 & 116117, etc.. Insbesondere geht es um die Beantwortung dieser Frage: Wann und wieso wende ich mich an welche Einrichtung?

Soziale Kompetenzen wie Höflichkeit, Hilfsbereitschaft, Rücksichtnahme und Wertschätzung werden nicht nur im Elternhaus erworben, sondern auch in Bildungseinrichtungen. Einen Mangel davon erleben die Beschäftigten in den Praxen und Bereitschaftsdiensten, die in zunehmendem Maße mit

Pöbeleien und Übergriffe durch aggressive Patienten bzw. deren Angehörige konfrontiert werden. Land, Kommunen, Polizei und Gerichtsbarkeit müssen Praxen und Bereitschaftsdienste hierbei stärker unterstützen. Zur Anzeige gebrachte Fälle müssen geahndet und nicht als bloße Kavaliersdelikte zu den Akten gelegt werden. (siehe auch Vorschlag 10)

Vorschlag 7: Förderprogramm für Barrierefreiheit in Praxen

Land und Kommunen werden um finanzielle Unterstützung der Praxen für Maßnahmen zur Herstellung der Barrierefreiheit gebeten. Das Land Niedersachsen zum Beispiel hat hierfür unlängst eine Förderung von 800.000 Euro beschlossen.

Herausforderung: Der Fachkräftemangel erreicht die Praxen in doppelter Hinsicht. Es fehlen Ärzte/Psychotherapeuten und es fehlen Medizinische Fachangestellte sowie weiteres medizinisches Fachpersonal. „Arbeiten“ in der Praxis muss „für alle“ deutlich attraktiver werden.

Vorschlag 8: Stärkung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch in den Praxen

Die Ärzte-Zulassungsverordnung und der Bundesmantelvertrag müssen mit Blick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie modernisiert werden. Ansatzpunkte sind:

- § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV: Erweiterung der Option auf Erklärung des Arztes zur Einschränkung seines Versorgungsauftrages auf frei skalierbare Anteile des Versorgungsauftrages oberhalb drei Viertel des Versorgungsauftrags nach §19a Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV (Kindererziehung/Pflege von Angehörigen – ggf. unter Befristung nach Anlass)
- Ggf. § 24 Abs. 2 Ärzte-ZV: Aufnahme eines neuen Satz 2: „Die Partner der Bundesmantelverträge regeln einheitlich, unter welchen Voraussetzungen Video- und Telefonsprechstunden außerhalb des Vertragsarztsitzes gehalten werden können.“
- Ggf. § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV: Weitere Flexibilisierung der Fristen für die Beschäftigung von Assistenten während Zeiten der Erziehung von Kindern bzw. der Pflege von Angehörigen

Land und Kommunen müssen anerkennen, dass es auch in den Praxen einen eklatanten Fachkräftemangel gibt. Bremen muss sich an dem Wettbewerb der Regionen um diese Fachkräfte beteiligen. Dazu gehört u.a. Unterstützungsmaßnahmen bei der KiTa- und Schulplatzvermittlung für Mitglieder der KV Bremen und deren Praxisteam. Hinweis: Eine entsprechende Zusage für eine Vermittlungsunterstützung liegt aus Bremerhaven bereits vor. (siehe auch Vorschlag 9)

Vorschlag 9: Nachwuchsförderung und Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel

- **Förderung der Ausbildung und (berufsbegleitenden) Qualifizierung von Medizinischen Fachangestellten**
Unseren Praxen werden die Medizinischen Fachangestellten (MFA) systematisch aus anderen Berufszweigen, z.B. für die Pflege durch Krankenhäuser, abgeworben. Während die Pflegeberufe eine starke politische Unterstützung erfahren (Coronaboni, Ausbildungskampagnen), stehen die MFA im Schatten. Hier muss das Land Bremen dringend nachsteuern und zusätzliche Ausbildungsstellen und Angebote für die Ausbildung und Weiterqualifizierung schaffen.
- **Projekt zu Förderung des Ausbildungsberufes MFA im Land Bremen**
Analog des kürzlich angelaufenen Projektes „Ich pflege wieder, weil...“ im St. Joseph-Stift, finanziert durch Mittel in Höhe von 1,2 Mio. Euro über die Arbeitnehmerkammer Bremen, sollte kurzfristig ein entsprechendes Projekt für MFA-Berufe angeschoben werden. Hier ist das Land Bremen in der Pflicht.
- **Famulatur-/Praktikums-/Absolventenförderung der Medizin- und Psychologie-/Psychotherapiestudierenden**

Die KV Bremen sieht grundsätzlich die Notwendigkeit eines vollwertigen Studiengangs Humanmedizin in Bremen. Im Sinne einer kurz- bis mittelfristigen Perspektive wird das Land Bremen aufgefordert, kurzfristig Gespräche mit der Universität Oldenburg und anderen benachbarten Medizinischen Fakultäten sowie den zuständigen Ländern/Trägern aufzunehmen und eine Kooperation einzugehen. Die Kooperation sollte zum Beispiel beinhalten: Einrichtung eines Bremer Studienplatzkontingentes, Famulatur- Praktikumsförderung mit Angebot von geförderten PJ-Plätzen (Praktisches Jahr) sowie Förderung der Aufnahme der ärztlichen Weiterbildung in Bremen und Bremerhaven (Praxen und Krankenhäusern) unter gemeinsamer Vermittlung der KV und Ärztekammer Bremen. (Beispiel: Studienförderung nach der „Landarztquote Niedersachsen“)

- **Kommunale/Landes-Starthilfeförderungen für Niederlassungsbereite im Land Bremen**

Wo sich wenige Interessenten für freie / freiwerdende Arztstühle finden, wird es umso wichtiger, sämtliche Akteure in die Verantwortung zu nehmen und Maßnahmen nicht allein aus Richtung der KV und damit der Ärzteschaft selbst zu erwarten. Es handelt sich vielmehr um eine gesellschaftliche Aufgabe, entsprechende Anreize zu setzen. Wir erwarten in den folgenden Punkten eine Unterstützung vom Land bzw. der Kommune:

- Städtische Planungen zu Gesundheitsdienstleistungsbereichen/-standorten mit attraktiven Praxisräumen
- öffentliche Subventionen für Kauf/Miete von Praxisräumen, Beispiel: Überlassung kostenfreier Praxisräume an neuniederlassungswillige Hausärzte durch Gemeinden in Niedersachsen und Schleswig-Holstein
- infrastrukturelle Maßnahmen (Bauland/Wohnraum),
- Betreuungsmöglichkeiten für Kinder (für Praxisinhaber/Praxispersonal), (siehe auch Vorschlag 8)
- Beihilfen zur Jobsuche für Familienangehörige des Praxispersonals und der Praxisinhaber,
- wirtschaftliche Förderungen für Standorte/Gesundheitszentren,
- Partnerschaften aus Wirtschaft und Wissenschaft (z.B. regional ausgeschriebene Förderprojekte, Forschungsvorhaben zur (langfristigen) Bindung niedergelassener Praxen)

Vorschlag 10: Strafrechtsverschärfung für Gewalt und Pöbeleien gegen Ärzte und anderes medizinisches Personal

Angriffe auf Praxispersonal müssen als Straftatbestand geahndet werden. Wir fordern die Einbeziehung in § 115, Abs. 3 StGB. Dort werden Übergriffe gegen Rettungskräfte explizit genannt, das Personal in Praxen ist bisher ausgespart. In Österreich werden seit 2019 alle Angriffe gegen gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe strafrechtlich geahndet.

Gesellschaftspolitisch ist eine gemeinsame Öffentlichkeitskampagne, die Angriffe auf Polizei, Feuerwehr und Gesundheitsberufen verurteilt, dringend notwendig! Hier sind die Länder und Kommunen in der Verantwortung.

Herausforderung: Das Vergütungssystem für Praxen ist kompliziert, bürokratisch und setzt falsche Anreize. Außerdem gibt es eine strukturelle Benachteiligung der Praxen gegenüber den Kliniken. Das frustriert Ärzte und medizinisches Fachpersonal in den Praxen und erschwert eine gute medizinische Versorgung der Patienten.

Vorschlag 11: Neueinstellung und Weiterentwicklung der Preiskomponente (Orientierungswert) analog des stationären Bereichs

Der für die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung relevante Parameter ist der durch den Bewertungsausschuss jährlich vereinbarte Orientierungswert. Dieser wächst im Jahr 2024 das 15. Jahr in Folge unterhalb der Inflationsrate und behindert zunehmend die wirtschaftliche Arbeit unserer Praxen. Die für die Vergütung der Krankenhausleistungen maßgeblichen Bundes- und Landesbasisfallwerte werden in Orientierung an einen jährlich durch das Statistische Bundesamt ermittelten „Orientierungswert für Krankenhauskosten“ festgelegt. Dieser Wert ergibt sich aus der durchschnittlichen jährlichen Veränderung der Krankenhauskosten, die ausschließlich auf Preis- oder Verdienänderungen zurückzuführen ist. Dies bedeutet eine enorme finanzielle Benachteiligung der Praxen.

Eine vergleichbare Lösung für die Weiterentwicklung des Orientierungswertes für die vertragsärztliche Versorgung ist längst überfällig!

Vorschlag 12: Entbudgetierung & Streichung der versorgungsfeindlichen Begrenzung der Versorgung

In Zeiten zunehmender Unterversorgung ist die aus dem Ende der 90er Jahre stammende Budgetierung als Mittel gegen eine ungewollte Ausweitung vertragsärztlicher Leistungen längst überholt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat am 15. November 2023 den „Zero Pay Day“ ausgerufen, ab dem im bundesweiten Durchschnitt in deutschen Praxen bis zum Jahresende „umsonst“ gearbeitet werden musste! In Zeiten des zunehmenden medizinischen und psychotherapeutischen Nachwuchsmangels muss die stärker nachgefragte Versorgung einer älter und kränker werdenden Bevölkerung vollständig bezahlt werden! Dies ist auch deshalb erforderlich, weil Praxen aufgrund der neuen Herausforderungen in die Zukunft investieren müssen. Hier bedarf es Unterstützung. Der Gesetzgeber ist gefragt, diese Unterstützung zu leisten.

Vorschlag 13: Vollständige und zeitnahe Refinanzierung der MFA-Tarifsteigerungen, der MFA-Ausbildung sowie der von MFA geleisteten „Care“-Leistungen; dies gilt auch für weitere und „neue“ Medizinalassistentenberufe (PA, NÄPA; VerAH etc.)

Der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses zum Orientierungswert 2024, wonach MFA-Tarifsteigerungen mit einem Jahr Verzug ausgeglichen werden, ist ein Fortschritt.

Darüber hinaus müssen auch die in den Praxen anfallenden Kosten für Ausbildung und berufsbegleitende Weiterqualifikation von MFA- und „neuen“ Medizinalassistentenberufen vollständig refinanziert werden. Dies wäre über im konkreten Fall abzurechnende Zuschläge abzubilden.

Hier muss schnellstmöglich eine Lösung gefunden werden, mittels derer den Praxen Personalkostensteigerungen vollständig ersetzt werden. Dazu sind der Bundesgesetzgeber, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung gefragt, Lösungen herbeizuführen.

Vorschlag 14: Vollständige und zeitnahe Refinanzierung der ärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung auch bei deren Unterbrechung durch Mutterschutz und Elternzeit

Wir fordern vom Gesetzgeber, die gesetzliche Förderung der ärztlichen Weiterbildung von der bestehenden Limitierung auf bundesweit maximal 2.000 Förderstellen für die fachärztliche Weiterbildung im Jahr zu befreien und um eine gleichberechtigte Förderung der psychotherapeutischen Weiterbildung zu erweitern.

Die Förderung der Weiterbildung muss auch nach Unterbrechung wegen des Mutterschutzes und/oder der Elternzeit generell Bestand haben und deshalb gesetzlich garantiert werden. Darüber hinaus darf die Förderung der ärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung nicht einseitig zu Lasten der „Ausbilder“ finanziert werden, sondern ist als Gegenstand der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge auf eine entsprechend eigenständige bedarfsabhängige Finanzierungsgrundlage umzustellen.

Herausforderung: Bisher sprechen die Akteure der Gesundheitseinrichtungen untereinander und mit anderen öffentlichen/sozialen Strukturen zu wenig oder gar nicht. Es fehlt an der nötigen Vernetzung und Kenntnis.

Vorschlag 15: Förderung der Vernetzung von Praxen untereinander durch Vermittlung der KV

Es ist gewünscht, dass die KV Bremen bei der Vernetzung der Praxen untereinander eine starke Rolle einnimmt. Die KV Bremen wird darum gebeten, benachbarte Praxen – ggf. ortsteilbezogen oder nach aggregierten Ortsteilen zu einem gegenseitigen Austausch einzuladen, auf dem ggf. unter Präsentation bereits erfolgreich laufender Beispiele in einem Workshop Teil Anregungen zum weitergehenden fachlichen Austausch, zur Kooperation, gemeinsamen Aufgabenausgründungen etc. gegeben werden.

Über den kommunikativen Aspekt hinaus wäre auch die Erschließung von Synergieoptionen für Praxen durch Outsourcing und gemeinsames Betreiben bestimmter Funktionen (Personalmanagement, Abrechnung, Einkäufe/Beschaffung, etc.) denkbar. Hier sind regionale oder überregionale Aktivitäten der Praxen selbst wichtig – die KV Bremen kann dazu über „best-practise-Lösungen“ informieren.

Vorschlag 16: Optimierung der Vernetzung von Praxen mit weiteren Gesundheitseinrichtungen

Es gibt eine Reihe erfolgreicher Projekte im Bundesland, die die Vernetzung von Gesundheitseinrichtungen zum Thema haben. Als Beispiel ist hier die Kooperation des Bereitschaftsdienstes der KV Bremen mit dem Krankenhaus St. Joseph-Stift genannt. Darüber hinaus gibt es eine Reihe von vielversprechenden Ansätzen (Gespräche mit den Feuerwehren Bremen/Bremerhaven bzw. dem Krankenhaus St. Joseph-Stift und dem Krankenhaus Bremerhaven Reinkenheide). Diese Gespräche sind zu intensivieren und weitere Kooperationen anzustreben. Beispiele:

- Auslotung einer weitergehenden Vernetzung der 112 und der 116117 mit der Feuerwehr Bremen
- Auslotung von Optionen einer koordinierten Identifikation und Versorgung nicht-ärztlich zu betreuender Fälle an der Schnittstelle Rettungsdienst/Bereitschaftsdienst der KV mit der Feuerwehr Bremen (HanseSani)
- Prämierter gemeinsamer Tresen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KV und der Zentralen Notaufnahme im St. Joseph-Stift; dort Erweiterung des Projektes im Sommer 2024 durch Einführung von Terminals zur Selbst-Ersteinschätzung (mittels Steuerungstools SmED)
- Start des Einsatzes des Steuerungstools SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) im Krankenhaus Bremerhaven Reinkenheide zur Identifikation und Weiterleitung nicht notfallmäßig ambulant zu versorgender Fälle an den Bereitschaftsdienst der KV Bremen oder Praxen noch in 2024

Vorschlag 17: Digitale Vernetzung aller Gesundheitseinrichtungen untereinander

Wir fordern eine Gesamtstrategie für eine digitale Vernetzung aller Einrichtungen im Gesundheitswesen. Bisher wird hier mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten vorgegangen, was zu

Problemen an den Schnittstellen führt. De facto gibt es beispielsweise keinen digitalen Austausch zwischen Kliniken und Praxen oder zwischen Gesundheitsämtern und Praxen.

Die Vernetzung muss einfach und funktional sein – statt wie bisher auf nicht funktionierenden und nicht aufeinander aufbauenden Einzelkomponenten ausgerichtet zu werden.