



Ambulante Versorgung: Herausforderungen und Ziele

Presseseminar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Berlin, 11. Juni 2015

Ausgangslage

Die Gesellschaft in Deutschland verändert sich. Der demografische Wandel hat vielfältige Auswirkungen auf nahezu alle Lebensbereiche. Er stellt insbesondere die sozialen Sicherungssysteme und die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen. Der zunehmenden Zahl älterer Menschen folgt ein größerer Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen. Auch, wenn die Bevölkerung zahlenmäßig zurückgeht, bleibt der Versorgungsbedarf hoch bzw. steigt sogar. Der Wandel familiärer Strukturen führt zur Ausdünnung sozialer Netzwerke, so dass kranke und pflegebedürftige Personen immer häufiger auf professionelle externe Hilfe angewiesen sind. Die Möglichkeiten, Versorgung in Anspruch zu nehmen, sind dabei unterschiedlich verteilt. Während in den wachsenden Ballungszentren oft ein gutes und dichtes Angebot herrscht, bedeutet der Bevölkerungsrückgang in vielen ländlichen Regionen oft einen Verlust an Infrastruktur und auch an medizinischer Versorgung. Hinzu kommt, dass die Altersentwicklung vor den Ärzten selbst nicht Halt macht. Auch die Ärzteschaft ist mittlerweile überaltert. Schon bis 2021 werden rund 51.000 Mediziner altersbedingt ausscheiden. Der jungen Medizinergeneration stehen alle Türen offen: Ärzte werden sowohl in Krankenhäusern als auch für die Niederlassung dringend gesucht. Alle diese Entwicklungen führen dazu, dass immer weniger Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten immer mehr Versicherte versorgen müssen: Schon jetzt steigen die Behandlungsfälle stärker als die Zahl der Ärzte. Der medizinische Fortschritt führt aber nicht nur dazu, dass die Menschen älter werden. Er sorgt auch dafür, dass viele Behandlungen, die früher nur im Krankenhaus möglich waren, heute ambulant erfolgen. Das ist sinnvoll und angenehm für die Patienten, stellt die Kapazitäten in den Praxen aber vor zusätzliche Herausforderungen. Kurzum: Die Schere zwischen dem Bedarf der Versicherten sowie den finanziellen und personellen Kapazitäten geht immer weiter auseinander.

Versorgungsziele setzen

Bestimmte Bereiche der Gesundheitsversorgung gelten als so wichtig für die Gesellschaft, dass sie – anders als die allgemeine Versorgung der gesetzlich Versicherten – keiner Mengengrenzung unterliegen. Dies gilt etwa für Präventionsleistungen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) will in ihren Verhandlungen mit den Krankenkassen erreichen, dass gemeinsam Maßnahmen ergriffen werden, um die sich ändernden Versorgungsnotwendigkeiten für die Versicherten auch in Zukunft sicherzustellen. Da hierfür auch die notwendigen finanziellen Mittel bereitgestellt werden müssen, hatten die KBV und die Krankenkassen in den letztjährigen Honorarverhandlungen gemeinsam vereinbart, zu überprüfen, wie die Vergütung der niedergelassenen Ärzte anzupassen ist.

Die KBV hält es für dringend geboten, anhand entsprechender Versorgungsziele den oben dargestellten Herausforderungen etwas entgegenzusetzen. Die Versorgungsziele betreffen entweder bestimmte Bevölkerungsgruppen – z. B. Ältere und/oder Pflegebedürftige – oder bestimmte Versorgungsangebote, etwa die Psychotherapie. Sie schlägt eine Schwerpunktsetzung in folgenden Bereichen vor:

1. Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden
2. Förderung der ärztlichen Versorgung beim Aufwachsen
3. Förderung der Grundversorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie
4. Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und ambulant operativer Versorgung
5. Schaffung bundeseinheitlicher Vergütungen in besonderen Leistungsbereichen

1. Ziel: Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beim Älterwerden

Im Jahr 1950 war jeder zehnte Deutsche älter als 65 Jahre. Im Jahr 2013 war es bereits jeder fünfte, im Jahr 2060 wird es jeder dritte sein. Dies ist zwar einerseits ein erfreuliches Zeichen dafür, dass die Menschen länger leben. Aber je länger die Phase des höheren Alters dauert, umso mehr steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass chronische und Mehrfacherkrankungen auftreten. Diese erfordern eine kontinuierliche ärztliche Betreuung, die Zahl der Arztbesuche steigt. Bei einigen Arztgruppen, etwa Augenärzten, ist der Anteil der Patienten bei den über 65-Jährigen schon heutzutage besonders hoch. Die demografische Entwicklung spiegelt sich in der Patientenstruktur der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wider. Auch für hochbetagte und pflegebedürftige Menschen sowie für Patienten ohne Heilungschance in der letzten Lebensphase bedarf es einer speziellen und fachübergreifenden Betreuung. Ziel muss es sein, die Patienten so lange wie möglich in ihrem vertrauten Umfeld zu versorgen.

Besonderer Förderungsbedarf besteht unter anderem in diesen Bereichen:

1. der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung,
2. der Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen,
3. der Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu Hause bzw. in Wohn-/Senioren-/Pflegeheimen
4. der geriatrischen Versorgung.

Um dem erhöhten Versorgungsbedarf älterer Menschen trotz Ärztemangels gerecht zu werden, schlägt die KBV des Weiteren vor, die Fördermöglichkeiten der ärztlichen Delegation von Leistungen an entsprechend qualifiziertes Personal auszubauen.

Ambulante palliativmedizinische Versorgung

Die politische und gesellschaftliche Debatte um einen angemessenen und würdigen Umgang mit unheilbar Erkrankten und Sterbenden wird derzeit intensiver denn je geführt. Die Palliativmedizin kann einen essenziellen Beitrag leisten, um Schwerstkranken, die nur noch kurze Zeit zu leben haben, Beistand zu leisten und Leiden zu lindern. Auch gilt es das persönliche Umfeld einzubeziehen. Im Vordergrund steht zunächst die Ermittlung des Patientenwillens. Dies sowie die Einbeziehung von Angehörigen und ggf. betreuenden Personen erfordert Zeit und Bedacht. Zu weiteren Aufgaben des Arztes im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung gehören Schmerztherapie und Symptomkontrolle, die Erstellung eines Behandlungsplans, die Koordinierung mit anderen Beteiligten, beispielsweise Hospizen, sowie die Anleitung und Beratung von Betreuungs- und Bezugspersonen. Während die stationäre Palliativversorgung in Deutschland noch stark ausbaufähig ist, ist die ambulante Versorgung in diesem Bereich organisatorisch schon sehr weit fortgeschritten. Kassenärztliche Vereinigungen und auch die KBV sind hier mit eigenen Konzepten vorangegangen und haben diese teilweise auch schon erfolgreich umgesetzt. Aus Sicht der KBV bedarf es eines flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Angebots in ganz Deutschland für alle gesetzlichen Versicherten. Hierfür ist zusätzliches Geld nötig.

Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen

Chronische Krankheiten nehmen mit steigendem Alter zu und betreffen einen großen Teil der Bevölkerung. In der Altersgruppe der über 55-Jährigen leiden 16 Millionen Menschen an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, wie etwa Bluthochdruck, Diabetes oder Rückenschmerzen. Solche Erkrankungen sind in der Regel lang andauernd und mit einer Veränderung der Lebensweise verbunden. Dementsprechend bedürfen diese Patienten einer kontinuierlichen ärztlichen Betreuung und Beratung. Diese Leistungen sind nach den

derzeitigen Vergütungsregelungen aber stark pauschaliert, so dass der tatsächliche Aufwand nicht immer adäquat vergütet wird.

Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu Hause oder in einer Einrichtung

Schätzungen gehen davon aus, dass die Zahl der derzeit (2013) 2,6 Millionen Pflegebedürftigen auf 3,4 Millionen im Jahr 2030 steigen wird. Viele Pflegebedürftige werden zu Hause versorgt, häufig von ihren Angehörigen. Dies gilt heutzutage für 71 Prozent aller Pflegebedürftigen! Dies wird jedoch in Zukunft voraussichtlich immer weniger der Fall sein: Viele Paare haben nur noch ein oder gar keine Kinder mehr, die sich später einmal um sie kümmern könnten, und wenn, dann liegen oft große räumliche Entfernungen zwischen den Familienmitgliedern. Diese Entwicklung zeigt sich auch an der Art der Versorgung: Der Anteil derjenigen die voll- oder teilstationär versorgt werden, steigt seit Jahren stärker an als die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt. Wenn aber der Anteil der Menschen in Pflegeheimen zunimmt, steigt folglich auch der Bedarf an Haus- und Fachärzten, die die Heimbewohner betreuen. Zumal die zunehmenden komplexen geriatrischen Krankheitsbilder eine ärztliche Qualifikation erfordern und nicht allein durch Pflegekräfte betreut werden können. Wenn niedergelassene Ärzte stärker in die Versorgung von Pflegebedürftigen eingebunden werden, so hat das Konsequenzen, die mit erhöhten Kosten verbunden sind: Die Ärzte sind häufiger außerhalb der Praxis unterwegs, sie müssen Fahrwege zurücklegen, benötigen mobile Geräte und unter Umständen zusätzlich qualifiziertes Personal. Die Koordination der ärztlichen sowie der pflegerischen und ggf. therapeutischen Betreuung sowie die Rücksprache mit Angehörigen bedeuten einen höheren zeitlichen Aufwand.

Geriatrische Versorgung

Der geriatrischen Versorgung kommt im Zuge der demografischen Entwicklung eine besondere Bedeutung zu. Zu den typischen geriatrischen Erkrankungen gehören vor allem neurologische Erkrankungen wie Demenz, Alzheimer oder Parkinson. Zu den kognitiven und neuropsychologischen Symptomen kommen im Alter oft weitere Einschränkungen hinzu, etwa Verlust der Mobilität, Sturzgefahr, Inkontinenz und vieles mehr. Für die Versorgung der Betroffenen bedeutet das einen besonderen Aufwand. Ärzte müssen beispielsweise über die Unterstützung durch physio- bzw. ergotherapeutische Maßnahmen entscheiden. Oft ist es erforderlich, das familiäre und häusliche Umfeld anzupassen, auch hier geben Ärzte wichtige Hilfestellungen. Auch die Koordination der Pflege sowie regelmäßige Besuche bei den geriatrischen Patienten gehören zu ihren Aufgaben.

Die KBV möchte ein spezifisches geriatrisches Angebot in der vertragsärztlichen Versorgung etablieren, z. B. in Form geriatrischer Schwerpunktpraxen. Ziel sollte sein, dass die betroffenen Patienten so lange wie möglich in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld versorgt werden können.

2. Ziel: Förderung der ärztlichen Versorgung beim Aufwachsen

Trotz oder eher gerade wegen der allgemeinen demografischen Entwicklung darf die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht aus dem Blickfeld geraten. So sind beispielsweise auch immer mehr unter 18-Jährige von chronischen Erkrankungen betroffen. Dazu gehören Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ I, Essstörungen, Asthma bronchiale oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen.

Kinder und Jugendliche werden in der Regel von Kinder- und Jugendärzten betreut. Was aber, wenn sie älter werden und in die Erwachsenenmedizin wechseln? Diese sogenannte Transition ist ein wichtiger Schritt. Von ihm hängt ab, ob die Jugendlichen lernen, gut und eigenverantwortlich mit ihrer Erkrankung umzugehen. Die Qualität der Überleitung entscheidet aber auch darüber, ob der neue Arzt auf dem bisher Erreichten aufbauen kann, ohne dass Erkenntnisse verlorengehen oder Untersuchungen erneut durchgeführt werden müs-

sen. Um all dies zu gewährleisten, ist eine strukturierte und gewissenhafte „Übergabe“ des Patienten die Voraussetzung. Dies ist für die beteiligten Ärzte sehr zeitaufwendig. Zunächst erfolgt ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten selbst sowie ggf. weiteren Bezugspersonen. Sodann muss der bisher behandelnde (Kinder- und Jugend-)Arzt einen Abschlussbericht erstellen, aus dem sämtliche bisherigen Diagnosen, Befunde, Medikation und weitere Hinweise ersichtlich sind. Schließlich kann ein persönliches Gespräch mit dem/den weiterbehandelnden Kollegen notwendig sein. Bestimmte Krankenkassen konstatieren selbst, dass die erforderlichen bzw. wünschenswerten Leistungen im Vergütungskatalog nicht abgebildet sind. Die Folge: Einzelne Kassen bieten ihren Versicherten an, sich in Selektivverträge einzuschreiben, um eine mit den notwendigen finanziellen Mitteln hinterlegte Begleitung bei der Transition zu erhalten. Ziel der KBV ist, diesen wichtigen Abschnitt in der gesundheitlichen Versorgung junger Menschen – der ja nur einmal im Leben erfolgt – flächendeckend für alle gesetzlich Versicherten, unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit, bestmöglich zu unterstützen.

3. Ziel: Förderung der Grundversorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie

Psychische Erkrankungen sind heutzutage für einen Großteil der Arbeitsunfähigkeiten verantwortlich. Im Jahr 2013 war mehr als jeder siebte Fehltag am Arbeitsplatz psychisch bedingt¹. Die steigende Inanspruchnahme spiegelt sich auch in den Abrechnungszahlen der KBV wider. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz nach einem anerkannten Verfahren, welches die Krankenkasse bezahlt (sogenannte Richtlinien-Psychotherapie) sind lang. Schon für ein orientierendes Erstgespräch mit einem Therapeuten müssen Patienten mehr als drei Monate warten. Für die Durchführung bzw. Verlängerung einer Richtlinien-Psychotherapie bedarf es einer Genehmigung seitens der Krankenkasse sowie ggf. eines Gutachtens. Dieses Procedere ist aufwendig und verlängert die Wartezeiten zusätzlich. Tatsächlich ist eine Richtlinien-Psychotherapie nicht für jeden Patienten mit psychischen Problemen notwendig. 30 bis 40 Prozent der Patienten, die die Einleitungsphase, die sogenannte Probatorik, hinter sich haben, verzichten auf eine Fortführung der Therapie. Um dennoch eine zeitnahe Versorgung zu gewährleisten, wäre ein zusätzliches niedrigschwelliges Angebot ohne Antragsverfahren sinnvoll. Dies würde zu einer schnelleren Verfügbarkeit von Terminen und mehr Möglichkeiten zur kurzfristigen Intervention führen. Gleichzeitig könnten die Kapazitäten bei den Richtlinien-Verfahren für diejenigen Patienten erhöht werden, bei denen ein solches zeitnah erforderlich ist. Um dies zu erreichen sollten Angebote für entsprechende therapeutische Gespräche außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie gefördert werden, indem auch diese extrabudgetär vergütet werden.

4. Ziel: Verbesserung der Schnittstelle zwischen konservativer und ambulant operativer Versorgung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist immer noch stark durch das sektorale Denken geprägt, also die ambulante vertragsärztliche Versorgung auf der einen, die der Krankenhäuser auf der anderen Seite. Tatsächlich verschieben sich die Grenzen hier immer weiter; eine bessere koordinierte Zusammenarbeit wird von vielen – auch seitens der KBV - immer wieder eingefordert. Wichtigstes Argument: Der Patient bleibt derselbe, auch wenn er zwischen den Sektoren wechselt. Die sogenannte Ambulantisierung der Medizin hat zwar zu einer Verlagerung von Leistungen aus den Kliniken in die Praxen geführt, dennoch kommt dem prä- und poststationären Überleitungsmanagement eine besondere Bedeutung zu. Beiden Aspekten will die KBV mit folgenden Maßnahmen Rechnung tragen.

¹ Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer

Förderung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des ambulanten Operierens

Die Ambulantisierung der Medizin zeigt sich besonders im operativen Bereich. Viele Eingriffe, für die früher ein Krankenhausaufenthalt nötig war, können heute ambulant vorgenommen werden. Dennoch ist die Quote ambulant durchgeführter Operationen in Deutschland im internationalen Vergleich relativ niedrig. Die KBV verzeichnet außerdem seit einigen Jahren eine Stagnation. Des Weiteren ist der Anteil der Orthopäden, die operieren, im Vergleich zu denen, die dies nicht tun, von 44 Prozent im Jahr 2009 auf 39 Prozent im Jahr 2013 zurückgegangen. Auch bei den Chirurgen, die krankenhausersetzende Eingriffe durchführen, gab es einen leichten Rückgang von 97 auf 95 Prozent. Dies ist zwar nicht gravierend, aber dennoch ein Hinweis darauf, dass das ambulante Operieren möglicherweise zu wenig gefördert und sein Potenzial nicht ausgeschöpft wird. Einen Grund dafür sieht die KBV darin, dass zwar die Eingriffe selbst extrabudgetär und damit ohne Mengenbegrenzung bezahlt werden, aber nicht alle Begleitleistungen, die im Zusammenhang mit Operationen anfallen. Viele unterliegen nach wie vor der Budgetierung, jede Mengensteigerung geht also zulasten der niedergelassenen Ärzte. Für weitere Leistungen, etwa Röntgenaufnahmen, Langzeit-EKG oder Schilddrüsenszintigrafien, die im Zusammenhang mit Operationen durchgeführt werden, bestehen regional unterschiedliche Regelungen.

Die KBV plädiert für eine bundeseinheitliche Definition der Leistungen, die in zeitlichem und medizinischem Zusammenhang mit ambulanten Operationen (gemäß § 115b SGB V) stehen. Diese Leistungen sollten extrabudgetär vergütet werden. Damit würde das ambulante Operieren insgesamt an Attraktivität gewinnen, was auch im Interesse der Patienten wäre.

Behandlung von Patienten mit Verdacht auf Krankenhauskeime

In jüngerer Zeit haben Erkrankungen und Todesfälle im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen (im Krankenhaus erworbenen Keimen) für Aufsehen gesorgt. Um diese einzudämmen können vorbeugende Maßnahmen, insbesondere an der Schnittstelle ambulant/stationär, sinnvoll sein. So lässt sich beispielsweise das Risiko mindern, dass ein älterer Patient nach einem längeren Krankenhausaufenthalt einen solchen Keim (z. B. MRSA) nach seiner Rückkehr auf die Mitbewohner eines Altenheims überträgt. Für die Untersuchung und Behandlung von MRSA-Risikopatienten erhalten niedergelassene Ärzte mit entsprechender Qualifikation bereits eine gesonderte Vergütung.

Aber auch der umgekehrte Weg wird verstärkt von Krankenhäusern gefordert. Diese wollen, dass niedergelassene Ärzte Patienten auf multiresistente Keime screenen, bevor diese Patienten stationär aufgenommen werden. Ein solches prästationäres Screening wäre ein wirksames Instrument, um die Verbreitung von MRSA einzudämmen. Allerdings ist eine solche Untersuchung bislang nicht im vertragsärztlichen Vergütungskatalog enthalten. Niedergelassene Ärzte haben keine Möglichkeit, eine solche Untersuchung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen. Ziel der KBV ist daher, das Suchen und Beseitigen gefährlicher Keime bei Patienten vor einer Klinikeinweisung zu ermöglichen, ohne dass dies ein „Massenscreening“ mit entsprechendem Kostenaufwand zur Folge hätte. Sie schlägt deshalb vor, die prästationäre MRSA- bzw. MRE-Untersuchung und ggf. Beseitigung der Keime bei Risikopatienten durch Öffnung der vorhandenen Leistungen zu ermöglichen.

5. Ziel: Schaffung bundeseinheitlicher Vergütungen in besonderen Leistungsbereichen

Aus Sicht der KBV gibt es eine Reihe weiterer Bereiche, in denen eine gesonderte Förderung bestimmter Leistungen sinnvoll wäre. Dazu gehören:

- die qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen (geregelt in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)
- Vergütung von Anfragen der Krankenkassen.

Anpassungen im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und die KBV haben für die interdisziplinäre Behandlung von psychisch erkrankten Kindern- und Jugendlichen Vereinbarungen getroffen, welche in einer Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) geregelt ist. Die Vergütung laut Sozialpsychiatrie-Vereinbarung erfolgt in Abhängigkeit der behandelten Fälle. Die KBV möchte erreichen, dass die Bewertung der Leistungen auf Basis der jährlichen Anpassungen des Orientierungswertes aktualisiert werden, um die erwiesenermaßen hochwertige Versorgung – die Vereinbarung zur Sozialpsychiatrie wurde unlängst mit sehr guten Ergebnissen evaluiert – sicherzustellen.

Vergütung von Kassenanfragen

Vertragsärzte verbringen mehrere Stunden pro Woche nicht mit ihrer eigentlichen Aufgabe – der Behandlung von Patienten –, sondern mit Verwaltung. Einen wesentlichen Anteil davon haben Anfragen von Krankenkassen zur Behandlung von Versicherten. Diese Anfragen erfolgen oft formlos, d. h. unstrukturiert und mit oft fraglicher inhaltlicher Substanz und Sinnhaftigkeit. In vielen Fachgruppen erreicht das Volumen solcher zeitaufwendiger Anfragen eine hohe zweistellige Anzahl pro Arzt und Quartal. Die KBV fordert, den Umfang solcher – nicht im eigentlichen Sinne patientenbezogener – Tätigkeiten der Ärzte einzudämmen. Die Krankenkassen als Verursacher sollten dazu beitragen, indem sie die Bearbeitung solcher Anfragen extra vergüten. Die KBV erhofft sich davon zwei Effekte: Zum einen, dass die Flut der Anfragen zurückgeht, zum anderen, dass die Zeit und damit Kosten, die durch ihre Bearbeitung in der Praxis für die Patientenversorgung verloren geht, nicht auch noch zulasten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung geht.

Fazit

Vor dem Hintergrund der eingangs beschriebenen Entwicklungen hat die KBV dem Spitzenverband der Krankenkassen einen Katalog von Versorgungszielen vorgeschlagen, um gemeinsam die Versorgung der Menschen in dafür geeigneten Bereichen zu fördern. In den anstehenden Honorarverhandlungen sollen diese Ziele diskutiert, priorisiert und geeignete Umsetzungsmaßnahmen beschlossen werden. Dabei ist es aus Sicht der KBV nachrangig, ob die entsprechenden Maßnahmen im Einzelnen auf Bundesebene oder regional zwischen KVen und Krankenkassen verhandelt werden. Der KBV geht es vor allem darum, dass in einem – sicher längerfristigen – Prozess geeignete Strukturen gefunden werden, um den aufgezeigten Herausforderungen gerecht zu werden. Diesen Prozess anzustoßen ist aus Sicht der KBV wesentlich, um die anerkanntermaßen hochwertige ambulante Versorgung in Deutschland auch in Zeiten des demografischen Wandels zukunftsfest zu machen.