



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KBV 2020

Versorgung gemeinsam gestalten

**Ein Konzept der KBV und der
Kassenärztlichen Vereinigungen**

Stand: 20. Mai 2016

Vorbemerkungen	3
I. Zukunft des Sicherstellungsauftrags	4
1. Der Sicherstellungsauftrag heute	4
2. Bekenntnis des KV-Systems zum Sicherstellungsauftrag	4
3. Überwindung berufspolitischer Gegensätze	4
4. Deregulierung der Sicherstellung	4
5. Darstellung erfolgreicher Sicherstellungsmaßnahmen	5
6. Verbesserung der Kooperation mit Kommunen	5
II. KV und Krankenhaus: Aufgabenabgrenzung und Kooperationen	6
1. Bedarfsgerechte Entwicklung stationärer in ambulante Versorgungsstrukturen	6
2. Weiterentwicklung der kooperativen Sicherstellung mit dem Krankenhaus	6
3. Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung	7
4. Option eines gemeinsamen Not- und Bereitschaftsdienstes	7
5. Angleichung der Voraussetzungen bei Einführung von Innovationen	7
6. Verbesserung der Kooperation bei der Weiterbildung	7
7. Qualitätssicherung wieder als ärztliches Thema wahrnehmen	7
III. Attraktivität des Arztberufs / Weiterbildung / angestellte Ärzte / nichtärztliche Gesundheitsberufe	8
1. Berücksichtigung Angestellter im ambulanten Versorgungsbereich	8
2. Förderung und Finanzierung der ambulanten Weiterbildung	8
3. Förderung nichtärztlicher Gesundheitsberufe	8
4. Weiterentwicklung von IT und Telemedizin	8
5. Weiterentwicklung von Delegationsmodellen durch die Vertragsärzteschaft	9
IV Koordination der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	10
1. Ausgangssituation	10
2. Notwendige Lösungsansätze im vertragsärztlichen Bereich	11
3. Notwendige Lösungsansätze im Bereich der Krankenversicherung	12
4. Notwendige Veränderungen der Finanzierung der Vergütung	12

Vorbemerkungen

Wir haben in Deutschland eine hochwertige und flächendeckende Gesundheitsversorgung, die im internationalen Vergleich eine Spitzenstellung innehat. Dabei stehen wir vor großen Herausforderungen: Auch Dank des medizinischen Fortschritts werden die Menschen im Land älter und leben länger gesund. Allerdings nehmen insbesondere in den letzten Lebensjahren komplexe Krankheitsbilder und chronische Erkrankungen zu. Zugleich verändern sich tradierte Rollen- und Familienbilder, sodass Bedarf und Nachfrage nach medizinischen Leistungen zunehmen werden. Dies alles geschieht vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen.

Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nehmen diese Herausforderung an und bekennen sich ausdrücklich zum Sicherstellungsauftrag. Dies erfordert eine intensiviertere Kooperation untereinander, mit Krankenhäusern und den Vertretern anderer Heilberufe. Dabei wird der Patient in seiner Autonomie und in seiner Verantwortung gestärkt. Zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung werden neue Konzepte zur Gewinnung des ärztlichen Nachwuchses und zur Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen entwickelt. Die Möglichkeiten moderner Datenübertragung und -vernetzung werden genutzt und ausgebaut.

Die Prinzipien der Selbstverwaltung werden gepflegt und weiterentwickelt. Nur gemeinsam kann das hohe Niveau der medizinischen Versorgung erhalten werden, bei dem ein jeder – unabhängig von Alter, Erkrankung und Einkommen – den Zugang für eine gute Versorgung erhält.

Das Positionspapier „Versorgung gemeinsam gestalten“ ist ein erster Meilenstein im Programm KBV 2020, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelt.

„Versorgung gemeinsam gestalten“ steht für einen tragenden Pfeiler des entstehenden Ideengebäudes einer KBV 2020.

I. Zukunft des Sicherstellungsauftrags

1. Der Sicherstellungsauftrag heute

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland stößt seit geraumer Zeit an seine Grenzen. Denn ideologische Motive, vermeintlich ökonomische Gründe sowie fragwürdige wettbewerbspolitische Erwägungen haben zu erheblichen Einschränkungen seiner Funktionsfähigkeit geführt. Zudem wird seine Erosion vor allem durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beschleunigt: Bewährte ambulante Versorgungsstrukturen mit selbständig und freiberuflich tätigen Ärzten und Psychotherapeuten werden zurückgedrängt – zugunsten stationärer, auch staatlicher Strukturen.

2. Bekenntnis des KV-Systems zum Sicherstellungsauftrag

Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bekennen sich gleichwohl zu dem in Deutschland immer noch bestehenden gesellschaftlichen Konsens für eine solidarische Krankenversicherung. Sie sichert jedem Versicherten den freien und unmittelbaren Zugang zu ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen – unabhängig von seinem Wohnort, seinem sozialen Status oder seiner Kassenzugehörigkeit. Um dieses hohe Gut zu erhalten, muss die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung flächendeckend, umfassend und ausreichend ausgestaltet bleiben.

3. Überwindung berufspolitischer Gegensätze

Zur Bündelung aller Kräfte der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Deutschland ist es mehr denn je erforderlich, ihre Interessen gegenüber Politik, Gesetzgeber und Krankenkassen möglichst einheitlich und gemeinsam zu formulieren. Es muss alles getan werden, dass sich die Vertragsärzte und -psychotherapeuten nicht mehr durch überzogene Auseinandersetzungen zum scheinbaren Gegensatz „Hausarzt/Facharzt“ oder in Diskussionen um die Frage „Kollektivvertrag oder Selektivvertrag“ auseinanderdividieren lassen. So spricht sich das KV-System eindeutig für ein kooperatives und koordiniertes Miteinander von Kollektiv- und Selektivvertrag aus. Um die Interessen aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gemeinsam und einheitlich durchsetzen zu können, müssen die Berufsverbände zukünftig stärker eingebunden werden. Dies sollte im Sinne eines partnerschaftlichen Zusammenwirkens von Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden geschehen. So lassen sich die politischen Aktivitäten zur Mitgestaltung des gesundheitspolitischen Willensbildungsprozesses besser bündeln.

4. Deregulierung der Sicherstellung

Das KV-System hat sich den Herausforderungen der flächendeckenden Sicherstellung mit großem Engagement gestellt. Die ambulante Versorgung wurde trotz der demografischen Entwicklung und der rückläufigen ärztlichen Arbeitszeit infolge von immer mehr Anstellungen im Rahmen des Möglichen aufrechterhalten und weiterentwickelt – auch und gerade in strukturschwachen Regionen. Dabei hat sich immer wieder gezeigt, dass es nicht das Rezept gibt. Vielmehr sind Lösungen und Initiativen gefragt, die auf die spezifischen Bedingungen vor Ort zugeschnitten sind. Daher ist eine weitere Deregulierung erforderlich, die den Kassenärztlichen Vereinigungen eine flexiblere Gestaltung erlaubt. Regionale Lösungen sollten aus maximal flexiblen „Baukästen“ entwickelt werden. So kann dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf in den Regionen am besten Rechnung getragen werden. Um dabei die Krankenkassen vor Ort stärker einbinden zu können, ist es unerlässlich, kassenartenspezifische Gesamtverträge wieder zu ermöglichen.

5. Darstellung erfolgreicher Sicherstellungsmaßnahmen

Vielfache Äußerungen von Teilen der Politik sowie mancher Krankenkassenverbände zeigen, dass die erfolgreichen Maßnahmen der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung oftmals unklar oder nicht bekannt sind. Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen werden deshalb eine Bestandsaufnahme vornehmen und bereits erfolgreich implementierte Lösungsansätze darstellen. Darüber hinaus sollen Optionen geprüft werden, wie diese Aktivitäten intensiviert werden können – und zwar unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten sowie stärkerer Einbindung nichtärztlicher Gesundheitsberufe. Basis für alle Maßnahmen bildet das geltende Recht.

KBV und KVen werden gegenüber der Öffentlichkeit weiterhin herausstellen, welche Maßnahmen möglich sind und welche nicht. Anforderungen, die an sie herangetragen werden und die außerhalb ihrer Aufgabenzuweisung durch das SGB V liegen, werden zurückgewiesen. Wenn für sinnvoll erscheinende Sicherstellungsmaßnahmen die rechtlichen Voraussetzungen im Einzelfall nicht vorliegen, sollen Politik und Bundesregierung aufgefordert werden, entsprechende gesetzgeberische Anpassungen zu beschließen.

Neue optionale Behandlungsmodelle mit optimierten Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden ebenso gefördert wie eine bessere Integration der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in die Versorgung. Eine immer wichtigere Form der Kooperation ist die Delegation von ärztlichen Leistungen an nichtärztliches Personal, die die Ärzte entlasten und zu einer besseren Patientenversorgung beitragen kann. Qualitätsstandards für solche Versorgungskonzepte werden durch die KVen gewährleistet. Eine weitere unabdingbare Voraussetzung ist, dass die Koordination, Führung und Verantwortung für diese Strukturen bei den Vertragsärzten liegt.

6. Verbesserung der Kooperation mit Kommunen

Die Sicherstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung vor allem in strukturschwachen Gebieten erfordert eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten vor Ort. Dabei spielen Fragen der Infrastruktur wie Schulen, Arbeitsplätze oder Einkaufsmöglichkeiten ebenso eine Rolle wie der Öffentliche Personen- und Nahverkehr (ÖPNV). Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind bereit und sehr daran interessiert, die Kommunen bei der Planung und Weiterentwicklung ihrer Infrastruktur beratend zu unterstützen mit dem Ziel, der Bevölkerung eine gute ambulante Versorgung anzubieten.

Diese Partnerschaft ist auch wichtig, um neue und innovative Modelle der Sicherstellung einführen zu können. Deshalb müssen regionale Kooperationen mit Politik und Kommunen fortgesetzt und ausgebaut werden. Dies gilt insbesondere für die beratende Unterstützung von Kommunen hinsichtlich der Infrastruktur, der Gestaltung des ÖPNV sowie bei der Inanspruchnahme beziehungsweise Entwicklung geeigneter Maßnahmen der Wirtschaftsförderung. Voraussetzung ist jedoch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen frühzeitig in eine solche vorausschauende Planung einbezogen werden. Nur so kann sich die jeweilige KV – angesichts langer planerischer Vorlaufzeiten – rechtzeitig auf neue Entwicklungen einstellen.

II. KV und Krankenhaus: Aufgabenabgrenzung und Kooperationen

1. Bedarfsgerechte Entwicklung stationärer in ambulante Versorgungsstrukturen

Immer mehr Behandlungen erfolgen heute ambulant. Rund 580 Millionen Behandlungsfälle zählt der ambulante Sektor pro Jahr, in den Krankenhäusern sind es etwa 20 Millionen. Und trotzdem steigen die Kosten für den stationären Bereich überdurchschnittlich stark. Hinzu kommen Kosten für potenziell vermeidbare Krankenhausfälle in Höhe von etwa 7,2 Milliarden Euro¹. Hinter dieser Zahl stehen Patienten, die eigentlich ambulant behandelt werden müssten.

Allein diese Zahlen zeigen, dass die Versorgungsstrukturen viel stärker am Behandlungsbedarf der Patienten ausgerichtet werden müssen als dies heute der Fall ist. Grundsätzlich sind Verbesserungen im System auch ohne zusätzliche Gelder denkbar. Angesichts der Entwicklung von Morbidität und Demographie werden aber zusätzliche Finanzmittel im Gesundheitssystem unabdingbar sein – auch trotz einer optimalen Nutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Hinsichtlich der notwendigen Strukturanpassungen ist eine bundesweite stationäre Bedarfsplanung für Häuser der Grund- und Regelversorgung nötig. Das bedeutet aber auch, dass die Politik den Mut aufbringen muss, wirtschaftlich nicht tragbare Krankenhäuser zu schließen. Einige dieser Krankenhäuser könnten mit einer entsprechenden Förderung – gegebenenfalls mit Mitteln des Krankenhaus-Strukturfonds – in ambulante fachärztliche Einrichtungen umgewandelt werden. Dafür bedarf es schärferer gesetzlicher Vorgaben.

Die KBV und die KVen erklären ausdrücklich ihre Bereitschaft, Länder, Kommunen sowie die sonstigen Krankenhausträger bei der Umwandlung zu unterstützen. Selbständige ärztliche Strukturen und Kooperationen sind Klinik-MVZ-Lösungen vorzuziehen. Denn selbständige Ärzte arbeiten deutlich effizienter und mehr als angestellte. Sie stellen mehr Zeit für die Patientenbetreuung bereit². Damit würde auch dem allgemeinen Ärztemangel besser begegnet werden. Die mit der Leistungsverlagerung aus dem stationären in den vertragsärztlichen Versorgungsbereich freiwerdenden Mittel müssen dementsprechend übertragen werden.

2. Weiterentwicklung der kooperativen Sicherstellung mit dem Krankenhaus

Es sollen weitere Optionen und Modelle einer bedarfsgerechten kooperativen Sicherstellung der KV mit dem Krankenhaus geprüft werden – unbeschadet der jeweiligen Kompetenz für die Sicherstellung im jeweiligen Sektor. Bereits seit Jahren besteht die Möglichkeit, dass Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, Konsiliar- und Honorarärzte auch stationär tätig sind. So wurden sogar komplette Krankenhausabteilungen, zum Beispiel der Strahlentherapie und Radiologie, oder Labore outgesourct, um die Kostenstrukturen im Krankenhaus zu optimieren. Hier sind weitere Umwandlungen denkbar.

Umgekehrt könnten verstärkt stationäre Strukturen/Einrichtungen wirtschaftlich optimiert für den ambulanten Bereich genutzt werden. Zudem sollte die Möglichkeit, dass im Krankenhaus angestellte Fachärzte/Psychotherapeuten im ambulanten Versorgungsbereich tätig sind, weiter ausgebaut werden. Hierbei ist zur Qualitätssicherung der Facharztstatus (!) anzustreben. Die elektronische Kommunikation zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich ist zu fördern und zu intensivieren. Deren Finanzierung ist sicherzustellen. Insbesondere ist die prä- und poststationäre Diagnostik und Therapie, auch unter Einbeziehung des Einweisungs- und Entlassmanagements, zu optimieren. Gleichzeitig sollte für diesen Bereich eine extrabudgetäre Vergütung erfolgen.

¹ Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C.; Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen (Querschnitt aus dem Zeitraum 2009 bis 2011). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/18. Berlin 2015 DOI: 10.20364/VA-15.18

² Zi-Praxis-Panel - Jahresbericht 2014; https://www.zi-pp.de/pdf/Jahresbericht_2014.pdf

3. Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung

Die sektorenübergreifende Versorgung, also insbesondere das Belegarztwesen, die stationärsersetzende Versorgung und die kooperativen Versorgungsformen sind unter Administration der KVen zu stärken und zu fördern. Es sollte bezüglich der Versorgung an den Schnittstellen nach den Paragraphen 115 – 122 SGB V eine Vereinheitlichung sowie eine Vereinfachung erfolgen und die Transparenz verbessert werden. Hindernisse für Kooperationen, zum Beispiel beim Einsatz von Medikamenten, sind abzubauen.

4. Option eines gemeinsamen Not- und Bereitschaftsdienstes

Die Option der gemeinsamen Sicherstellung des Not- und Bereitschaftsdienstes ist unter dem Gesichtspunkt der Patientenversorgung und der Entlastung aller Ärzte zu prüfen. Dies gilt vor allem angesichts des Ärztemangels in strukturschwachen und unterversorgten Regionen. Hierbei sollte eine bessere Ressourcennutzung berücksichtigt werden. Die Vergütung aller Leistungen im Bereich des Not- und Bereitschaftsdienstes muss extrabudgetär erfolgen.

Sogenannte Portalpraxen können bewirken, dass Patienten nach kooperativer Prüfung in zutreffender Weise dem ambulanten oder dem stationären Versorgungsbereich zugewiesen werden. Mit der derzeitigen Ausgestaltung der „Portalpraxen“ im Krankenhausstrukturgesetz wird lediglich das Ziel erreicht, den Not- und Bereitschaftsdienst in der sprechstundenfreien Zeit gemeinsam mit der KV nach dem konkreten Behandlungsbedarf des akut behandlungsbedürftigen Patienten im richtigen Versorgungsbereich zu organisieren. Optionen eines funktionierenden sachgerechten weitergehenden Modells sind zu entwickeln.

5. Angleichung der Voraussetzungen bei Einführung von Innovationen

Die für den stationären und ambulanten Bereich unterschiedlichen Voraussetzungen zur Einführung von Innovationen sollten vereinheitlicht werden, um die bisherige Benachteiligung des ambulanten Versorgungsbereichs abzubauen.

6. Verbesserung der Kooperation bei der Weiterbildung

Die Zusammenarbeit der KV mit dem Krankenhaus in Fragen der Weiterbildung und deren Finanzierung durch die Kostenträger ist zu vertiefen, gerade auch zur Sicherstellung der Verbundweiterbildung. Bei zunehmender Bedeutung der Weiterbildung in nahezu allen Fachgruppen im ambulanten Bereich (beispielsweise Strahlentherapien praktisch bundesweit nur noch ambulant und ohne stationären Anteil) ist die Forderung der Finanzierung durch die Kostenträger nur die logische Konsequenz.

7. Qualitätssicherung wieder als ärztliches Thema wahrnehmen

Die ärztliche und psychotherapeutische Autonomie in Fragen der Qualifikation und Qualität muss für alle Versorgungsbereiche wiederhergestellt werden. In diesem Zusammenhang soll eine Konzeption zu diesem Thema entwickelt werden. Die zunehmende Verlagerung der Definition und Überprüfung von ärztlicher und psychotherapeutischer Qualifikation und Qualität auf den Gemeinsamen Bundesausschuss ist grundsätzlich in Frage zu stellen.

III. Attraktivität des Arztberufs / Weiterbildung / angestellte Ärzte / nichtärztliche Gesundheitsberufe

1. Berücksichtigung Angestellter im ambulanten Versorgungsbereich

Die Vorstellungen über den Zuschnitt der ärztlichen Berufsausübung ändern sich im Hinblick auf „Familienfreundlichkeit“ und „work-life-balance“ vor allem bei jüngeren Ärzten und Psychotherapeuten. Dies zeigt die jährlich zunehmende Anzahl von Kollegen, die zwar in angestellter Funktion tätig sind, gleichwohl aber den ambulanten Versorgungsbereich als attraktives Betätigungsfeld empfinden. Um deren berechnigte Interessen angemessen zu berücksichtigen, sind Anpassungen an die Strukturen in Praxis und MVZ zu prüfen; dies gegebenenfalls unter dem Gesichtspunkt, eine Angebotsstruktur für etwa aus dem Krankenhaus „übergangsbereite“ angestellte Fachärzte in den ambulanten Versorgungsbereich zu ermöglichen – sei es für eine dauerhafte oder auch nur für eine temporäre Tätigkeit, zum Beispiel zu Zwecken der Sicherstellung. Dies bedingt zudem die Prüfung, wie der Angestelltenstatus stärker in den Strukturen der vertragsärztlichen Selbstverwaltung abgebildet werden kann. Hierzu gehört auch die Entwicklung eines eigenen Tarifmodells für angestellte Ärzte im ambulanten Versorgungsbereich.

2. Förderung und Finanzierung der ambulanten Weiterbildung

Bei der Nachwuchsgewinnung – insbesondere bei Hausärzten sowie bei fachärztlichen Grundversorgern – hat der Gesetzgeber einen wichtigen Schritt mit der verstärkten Förderung der ambulanten Weiterbildung gemacht. Dauerhaftes Ziel ist die vollständige Finanzierung durch die Kostenträger. Die Höhe der Finanzierung soll einen wesentlichen Anteil des gemäß des Paragraphen 75a Abs. 1 SGB V ausgehandelten Gehaltes ausmachen.

Diese Maßnahmen sind unbedingt nötig, um die notwendige Anzahl von Vertragsärzten für die flächendeckende ambulante Versorgung auch in Zukunft gewinnen zu können. Zudem sollte in der universitären Ausbildung ein neues Fach „Praxisführung“ geschaffen werden. Gleichzeitig sollte auf die Freiheiten in der Niederlassung im Vergleich zur angestellten Tätigkeit, gegebenenfalls auch in Verbindung mit den Einkommensmöglichkeiten, hingewiesen werden.

3. Förderung nichtärztlicher Gesundheitsberufe

Die Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind mehr denn je auf die gute Kooperation mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und auf deren Unterstützung angewiesen. Denn nur mit ihnen werden sie in der Lage sein, auch zukünftig und nicht nur in strukturschwachen Regionen eine flächendeckende Versorgung anbieten zu können. Perspektiven einer optimierten Kooperation unter Förderung der Kompetenz der nichtärztlichen Gesundheitsberufe sollen daher geprüft werden – auch unter dem Gesichtspunkt, dass Ärzte sich in arztzentrierten Versorgungsstrukturen stärker um ihre Kernkompetenzen kümmern können. Dies betrifft auch die Prüfung und Erörterung der Optionen eines strukturierten disziplinübergreifenden Ordnungsmanagements.

4. Weiterentwicklung von IT und Telemedizin

Der Stellenwert der IT sollte einen größeren Raum in der Diskussion um die Versorgung und die Nachwuchsgewinnung einnehmen. So ist die Telemedizin – sinnvoll eingesetzt – ein wichtiges Instrument zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Sie kann darüber hinaus die Teamarbeit und den innerärztlichen Austausch fördern. Dies beinhaltet auch eine partnerschaftliche Kooperation mit in der Praxis angestellten Fachkräften nichtärztlicher Gesundheitsberufe.

5. Weiterentwicklung von Delegationsmodellen durch die Vertragsärzteschaft

KBV und KVen werden weitere Optionen zur Förderung und Entwicklung von Delegationsmodellen erarbeiten. Schwerpunktmäßig geht es hierbei um die Weiterentwicklung delegationsfähiger Leistungen – auch in Verbindung mit der Pflege. Ferner soll die Teamarbeit und Vernetzung ausgebaut sowie der Einsatz der Telemedizin stärker gefördert werden. KBV und KVen können dabei auf die guten Erfahrungen aufbauen, die sie bei den bisherigen Modellen der Delegation für eine bürokratiearme und patientenfreundliche Zusammenarbeit sammeln konnten. Die Einbeziehung von Praxismitarbeitern in die Behandlung erfolgt dabei ohne Schnittstellenprobleme; die Patienten werden nahtlos versorgt. Von größter Bedeutung wird sein, dass solche Konzepte ausschließlich im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung entwickelt und betrieben werden.

IV. Koordination der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

1. Ausgangssituation

Die Versichertenstruktur in den Vertragsarztpraxen wird sich aufgrund des demografischen Wandels in den kommenden Jahren erheblich verändern. Die Zahl der älteren, häufig auch multimorbiden Patienten nimmt deutlich zu. Nach den Prognosen des Statistischen Bundesamtes wird im Jahr 2035 mehr als jeder dritte Einwohner 70 Jahre und älter sein. Die Zahl der Menschen in dieser Altersgruppe wächst von heute 13 Millionen auf dann 17,5 Millionen an (Abb. 1). Damit erhöht sich der Behandlungsbedarf, denn mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl relevanter Erkrankungen erheblich (Abb. 2). Es werden also in den nächsten Jahren wesentlich mehr Patienten mit komplexen Gesundheitsproblemen zu behandeln sein als heute schon, und die Therapien müssen stärker aufeinander abgestimmt sein.

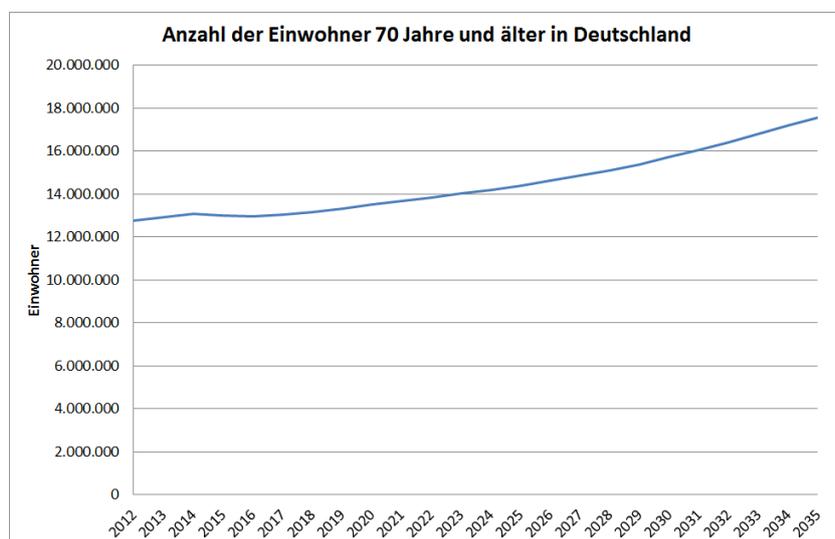


Abb. 1: Quelle BBSR: Raumordnungsprognose 2035 nach dem Zensus, Bevölkerung nach Geschlecht in den Altersgruppen

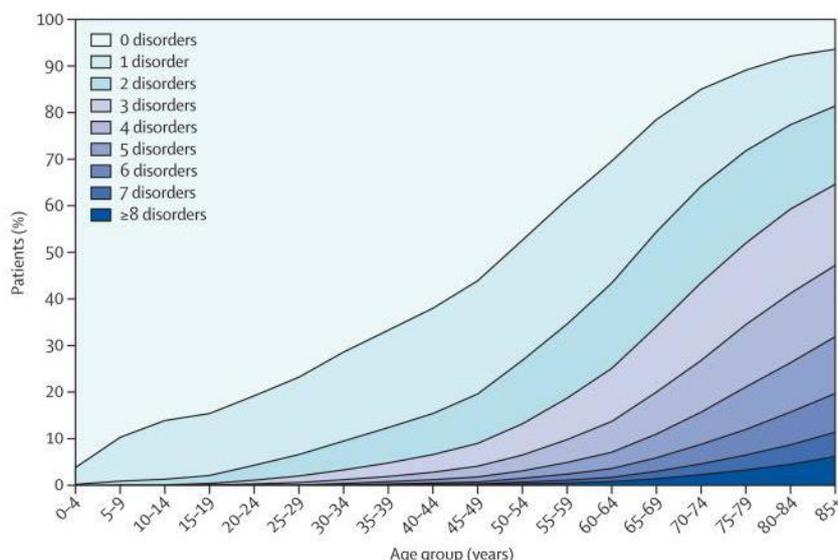


Abb. 2: Korrelation der Anzahl der Erkrankungen mit dem zunehmenden Lebensalter
Quelle: Barnett K et al. Lancet 2012 (Auswertung: 1.751.841 Personen aus 314 Arztpraxen in Schottland 2007)

Einen zunehmenden Einfluss auf die medizinische Versorgung hat auch das wachsende Interesse der Bevölkerung an Gesundheitsthemen. Dazu trägt nicht zuletzt das Internet bei, das per Knopfdruck eine Fülle von Informationen zu allen Fragen der Prävention, Diagnostik und Therapie von Krankheiten liefert. Es ist zu erwarten, dass sich durch das wachsende Informationsangebot die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen spürbar verändern wird. Daraus können folgende Effekte entstehen:

- Das Selbstmanagement von Krankheiten wird deutlicher ausgeprägt sein.
- Die unkoordinierte Inanspruchnahme von Leistungen mit der Folge einer Über- oder Fehlversorgung nimmt zu.
- Die Eigenverantwortung der Patienten steigt.

2. Notwendige Lösungsansätze im vertragsärztlichen Bereich

- 2.1. Um bei begrenzten finanziellen Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung eine ausreichende und wirtschaftliche medizinische Versorgung weiterhin sicherstellen zu können, muss die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen stärker koordiniert werden. Dabei darf es nicht zu einer Verschiebung der Finanzmittel zwischen den Versorgungsbereichen kommen.
- 2.2. Die Patienten werden über den Umgang insbesondere mit chronischen Erkrankungen künftig noch umfangreicher informiert. Hierzu sind Patientenschulungen und andere geeignete, gegebenenfalls zertifizierte Informationsmedien auszubauen. Darüber hinaus ist es notwendig, die Kompetenz der Bevölkerung in Fragen der Gesunderhaltung und im Umgang mit Krankheiten insgesamt zu erhöhen. Gesundheitsprobleme, die ein Patient selbst lösen kann, bedürfen keiner ärztlichen Intervention.

Die KBV wird hierfür ein zentrales Patienteninformationsportal zu häufigen Krankheiten aller Fachgebiete, vor allem zu den typischen Volkskrankheiten, einrichten. Patienten können sich auf der Internetseite über Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie – auf Basis einer evidenzbasierten Medizin – informieren. Dabei sollen auch die Grenzen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung aufgezeigt werden. Sämtliche Informationen werden leicht verständlich und multimedial aufbereitet.

Zur Steuerung der notwendigen Arztkontakte ist ferner vorgesehen, die technischen Möglichkeiten eines durch den Arzt betriebenen Telemonitorings auszubauen.

- 2.3. Die Koordination der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen soll in zwei Tarifen (s. 3.1 und 3.2, Seite 12) der Hausarzt übernehmen, vor allem bei Patienten mit mehreren Erkrankungen. Der Hausarzt ist in diesem Fall der erste Ansprechpartner. Er übernimmt die Versorgung oder überweist den Patienten bei Bedarf an einen Facharzt. Die Überweisung kann insbesondere beim Vorliegen nur einer chronischen Erkrankung von vornherein für einen Zeitraum von bis zu vier Quartalen ausgestellt werden. Das Krankheitsmanagement in Bezug auf die Zuweisungsdiagnose erfolgt während dieser Zeit durch den Facharzt. Die direkte Inanspruchnahme von Augenärzten, Gynäkologen und Psychotherapeuten bleibt hiervon unberührt, der koordinierende Arzt ist in Kenntnis zu setzen. Auch für Präventionsleistungen können Patienten einen Arzt direkt aufsuchen. Der notwendige gegenseitige Informationsfluss ist zu gewährleisten.

Zur Optimierung der Bereitstellung von akuten Terminen in der adäquaten Versorgungsebene müssen entsprechende Steuerungs- und Finanzierungssysteme etabliert werden.

- 2.4. Die Inanspruchnahme besonders kostenintensiver Leistungen soll durch eine qualifikationsabhängige Zugangssteuerung verbessert werden.
- 2.5. Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Informationsdefiziten wird die interkollegiale und intersektorale Kommunikation verstärkt. Hierzu müssen die Möglichkeiten des elektronischen Informationsaustausches, beispielsweise des elektronischen Arztbriefes oder der elektronischen Patientenakte, verbessert werden.

2.6. Die Delegation bestimmter Leistungen an nichtärztliche Fachkräfte innerhalb der Praxisstruktur wird intensiviert mit dem Ziel, den Einsatz ärztlicher Leistungen zu optimieren. Hierbei sollen bei Bedarf und nach Möglichkeit auch komplexe Aufgaben an entsprechend qualifiziertes Personal delegiert werden. Diese Aufgaben müssen fachgruppenspezifisch definiert werden. Das Angebot an entsprechenden standardisierten Qualifikationsmöglichkeiten durch Kassenärztliche Vereinigungen, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern, ist zu erweitern.

3. Notwendige Lösungsansätze im Bereich der Krankenversicherung

Um das Aufsuchen der Patienten von Ärzten besser zu koordinieren, sollten die gesetzlichen Krankenkassen künftig mindestens folgende drei Tarifmodelle anbieten:

3.1. Tarif A – hausärztliche Patientenkoordination mit Einschreibung

Dieser Tarif entspricht in der Höhe dem aktuellen Beitrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Versicherte, die sich dafür entscheiden, schreiben sich bei einem Hausarzt ihrer Wahl ein und verpflichten sich, diesen immer als ersten in Anspruch zu nehmen – außer im Notfall. Die direkte Inanspruchnahme von Augenärzten, Gynäkologen und Psychotherapeuten bleibt hiervon unberührt. Ebenso ist die direkte Inanspruchnahme im Rahmen von Präventionsleistungen möglich.

3.2 Tarif B – hausärztliche Patientenkoordination ohne Einschreibung

Der Beitrag im Tarif B entspricht dem Beitrag im Tarif A. Auch bei diesem Tarif suchen die Patienten immer zuerst den Hausarzt ihrer Wahl auf. Der einzige Unterschied zu Tarif A besteht darin, dass sie sich bei dem Hausarzt nicht einschreiben.

In den Tarifen A und B können die koordinierenden Hausärzte insbesondere bei Vorliegen nur einer chronischen Erkrankung eine Überweisung von vornherein für einen Zeitraum von bis zu vier Quartalen an den Facharzt ausstellen. Das Krankheitsmanagement erfolgt während dieser Zeit durch den Facharzt in Bezug auf die Zuweisungsdiagnose.

3.3 Tarif C – freier Zugang zu allen Vertragsärzten und -psychotherapeuten

Der Tarif C liegt über den Tarifen A und B. In diesem Tarif ist der freie Zugang zu allen Vertragsärzten möglich.

Versicherte wählen einen dieser Tarife jeweils für ein Jahr. Die Wahl kann danach bei Bedarf auch widerrufen werden.

Darüber hinaus bedarf es einer Koordination des Inanspruchnahme-Verhaltens von Versicherten im Rahmen von Leistungen im Bereitschaftsdienst oder von ambulanten Leistungen in Krankenhäusern zu Zeiten außerhalb des organisierten Bereitschaftsdienstes von Vertragsärzten. Die Krankenkassen erheben dazu eine gegebenenfalls differenzierte Zuzahlung.

4. Notwendige Veränderungen der Finanzierung der Vergütung

Die budgetierte morbiditätsorientierte Gesamtvergütung muss in einem koordinierten Versorgungssystem durch neue Vergütungsformen ersetzt werden.

Im Rahmen einer Inanspruchnahme des fachärztlichen Bereiches durch vom Hausarzt koordinierte Versicherte (Tarife A und B) müssen die erforderlichen Leistungen unbudgetiert und somit ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen vergütet werden.

Eine gegebenenfalls notwendige Fallzahlzunahme im hausärztlichen Bereich darf nicht zu einer Abstufung der Vergütung führen.

Zur Mengensteuerung wird ein neues Vergütungssystem eingeführt. Danach erfolgt eine Pauschalierung von Leistungen dort, wo eine Mengendynamik medizinisch nicht indiziert ist. Eine Einzelleistungsvergütung hingegen wird dort fachgruppenspezifisch gefördert, wo eine Mengendynamik medizinisch indiziert erfolgen soll.