

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

LEISTUNGSSTARK UND PATIENTENNAH AMBULANTE VERSORGUNG IN DER CORONA-PANDEMIE



ZAHLEN & FAKTEN
FEBRUAR 2020
BIS APRIL 2022

Die weltweite Corona-Pandemie hat den Wert einer Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems deutlich gemacht: Ein wesentlicher Teil der Versorgung findet ambulant und damit schon vor den Krankenhäusern statt. Während in vielen anderen Ländern der Großteil der Infizierten stationär behandelt wird und auch Tests vorwiegend in Krankenhäusern erfolgen, können sich die Menschen hierzulande auf ein Netz von über 100.000 Praxen vor Ort verlassen. Diese engmaschige, niedrighschwellige, auf persönlicher Nähe basierende Versorgung durch Haus- und Fachärzte ermöglicht eine Arbeitsteilung mit den Kliniken und beeinflusst den Verlauf der Pandemie positiv. Die Praxen fungieren als erster Schutzwall, wodurch die Krankenhäuser sich auf die Versorgung schwerer Fälle konzentrieren können. Auch die Impfkampagne, als Weg aus der Pandemie, wäre ohne die Niedergelassenen und deren Teams nicht in so kurzer Zeit in dem erreichten Umfang möglich gewesen.

AMBULANT VERSORGT: NUR EINER VON 20 PATIENTEN MUSS IN EIN KRANKENHAUS

Unterstützt von der ärztlichen Selbstverwaltung, den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), haben die Praxen in kürzester Zeit Strukturen geschaffen, um COVID-19-Verdachtsfälle und -Erkrankte in geschütztem Rahmen zu testen und zu behandeln – und gleichzeitig die medizinische und psychotherapeutische Versorgung Millionen anderer Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Schon während der ersten Phase der Pandemie konnten sechs von sieben COVID-19-Fällen ambulant versorgt werden. Im weiteren Verlauf bis August 2021 waren es sogar 13 von 14 Patienten, die durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte behandelt wurden. Durch den Schutz der Impfungen und den Rückgang schwerer Verläufe aufgrund der Omikron-Variante erhöhte sich der Anteil der ambulant versorgten Patienten zuletzt sogar auf 32 von 33.¹ Insgesamt wurden 19 von 20 COVID-19-Fällen in Praxen behandelt (Februar 2020 bis März 2022). Die Niedergelassenen und deren Teams tragen somit entscheidend zur Bewältigung der Corona-Pandemie bei.

VERSORGUNG VON PATIENTEN MIT UND OHNE CORONA

Die Pandemie bedeutet für die Praxen eine doppelte Herausforderung. Um Infektionsketten zu unterbrechen und Ansteckungen zu vermeiden, mussten sie in kürzester Zeit einen separaten Versorgungsstrang aufbauen – und gleichzeitig die Regelversorgung weiter gewährleisten.

AUFBAU EINER „ZWEIGLIEDRIGEN VERSORGUNG“, UM ANSTECKUNGEN ZU VERMEIDEN

In den Praxen der Haus- und Fachärzte finden rund eine Milliarde Arzt-Patienten-Kontakte im Jahr statt, das entspricht etwa 3,9 Millionen pro Tag. Dazu gehören viele chronisch Kranke und ältere Menschen, die auf eine regelmäßige medizinische Betreuung nicht verzichten können. Fast die Hälfte gehören zur Hochrisikogruppe in Bezug auf eine COVID-19-Infektion². Deshalb kam dem Aufbau einer „zweigliedrigen Versorgung“ (z. B. Corona-Sprechstunden neben der normalen Sprechstunde) eine besondere Bedeutung zu.

Nicht nur SARS-CoV-2-Verdachtsfälle, auch Infizierte und weniger schwer Erkrankte werden in Deutschland ambulant versorgt. Hierfür mussten räumliche Voraussetzungen geschaffen und Praxisabläufe umorganisiert sowie Schutzmaßnahmen für Personal und Patienten ergriffen werden. Dies war vor allem deshalb eine besondere Herausforderung, weil die erforderliche persönliche Schutzausrüstung gerade zu Beginn der Pandemie kaum vorhanden war.

Bis Ende Juni 2021 (jüngste verfügbare Daten) haben die Vertragsärztinnen und -ärzte knapp 2,5 Millionen Patientinnen und Patienten wegen einer laborchemisch bestätigten SARS-CoV-2-Infektion behandelt. Rund 14,7 Millionen Menschen wurden im Zusammenhang mit einer SARS-CoV-2-Infektion versorgt, beispielsweise indem sie wegen des Verdachts auf eine Infektion in der Praxis getestet wurden.

¹ bis einschließlich Februar 2022

² Alter über 75 Jahre sowie Patienten mit Vorerkrankungen wie Herzinsuffizienz, Diabetes, COPD etc.

Als Alternative zum Praxisbesuch haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit hunderte mobile und stationäre Behandlungszentren aufgebaut – unter anderem im Dortmunder Fußballstadion – sowie spezielle Hausbesuchsdienste eingerichtet. Menschen mit Verdacht auf eine Infektion konnten auf diese Weise ohne vorherige Anmeldung und gegebenenfalls sogar zu Hause untersucht und versorgt werden.

ORGANISATION DER HÄUSLICHEN BETREUUNG DER PATIENTEN

Neben der Versorgung in der Praxis oder einem Behandlungszentrum haben die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit ihren KVen auch die häusliche Betreuung von COVID-19-Patienten organisiert. Etwa durch:

- › regelmäßige telefonische Kontaktaufnahme mit Patienten zu Hause
- › Hausbesuche, bei Bedarf 24/7
- › spezielle „COVID-19-Care-Ärzte“ und COVID-Praxen
- › Video- und Telefonsprechstunden
- › digitale Vernetzung mit den Gesundheitsämtern

Durch dieses engmaschige Monitoring war es sehr häufig möglich, eine Einweisung der Betroffenen ins Krankenhaus und damit neue Übertragungswege sowie die Gefahr einer Überlastung der Kliniken zu vermeiden.

TESTUNGEN: FRÜH UND FLÄCHENDECKEND

Zwei Aspekte haben wesentlich dazu beigetragen, dass Deutschland das Infektionsgeschehen früh kontrollieren konnte: Die schnelle und flächendeckende Verfügbarkeit von PCR-Tests für alle Bürgerinnen und Bürger sowie die Tatsache, dass die meisten Tests ambulant stattfinden und die Menschen dafür nicht die Krankenhäuser aufsuchen mussten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat schnell und frühzeitig mit dem GKV-Spitzenverband die Kostenübernahme geregelt.

TESTS FÜR MENSCHEN MIT UND OHNE SYMPTOME

Zahlreiche Haus- und Fachärztinnen und -ärzte haben in ihren Praxen sowohl Abstriche für PCR-Tests (in der Regel für Menschen mit Symptomen) als auch Schnelltests angeboten. Die KVen haben zusätzlich bundesweit, gemeinsam mit den Vertragsärzten und teilweise in Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, mehrere hundert mobile und stationäre Testzentren eingerichtet. Dort konnte unter speziellen Schutzvorkehrungen zusätzlich getestet werden, ohne den regulären Betrieb der Praxen zu gefährden.

Die vertragsärztlichen Labore haben binnen kurzer Zeit ihre Kapazitäten um ein Vielfaches erhöht, unter anderem durch einen Mehrschichtbetrieb rund um die Uhr, sieben Tage die Woche. So konnte zu Spitzenzeiten im Januar 2022 eine Testkapazität von fast drei Millionen PCR-Testungen pro Woche bereitgestellt werden.

Bis Ende Juni 2021 (jüngste verfügbare Daten) haben die Praxen allein 15,6 Millionen PCR-Testungen bei symptomatischen Patienten durchgeführt und über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet. Da ein Großteil der ambulanten Testungen jedoch nicht über den EBM abgerechnet wird, sondern insbesondere über die Coronavirus-Testverordnung und über regionale Vereinbarungen (beispielsweise für Testungen an Schulen), stellt dies nur einen Ausschnitt des Testgeschehens in Praxen dar.

ZUSÄTZLICHE AUFGABE FÜR DIE KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die normalerweise „nur“ für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten die Abrechnung mit den Krankenkassen managen, haben in der Pandemie eine zusätzliche Aufgabe übertragen bekommen: Sämtliche Anbieter von Coronatests, ob Apotheken oder vom Öffentlichen

Gesundheitsdienst beauftragte Stellen, rechnen ihre Leistungen über die KVen ab. Es geht um alle Tests, die der Staat finanziert.

Bis Mitte Februar 2022 wurden über die Kassenärztlichen Vereinigungen rund 572 Millionen PoC-Antigen-tests (seit 15. Oktober 2020) sowie circa 34 Millionen PCR-Testungen (seit 14. Mai 2020) gemäß Coronavirus-Testverordnung abgerechnet. Dies unterstreicht die Bedeutung des KV-Systems bei der Organisation und Abrechnung solcher Testungen, die außerhalb des regulären vertragsärztlichen Abrechnungswesens und damit als zusätzliche Verwaltungsaufgabe anfallen.

WEGBEREITER AUS DER PANDEMIE: IMPFEN IN PRAXEN

Mit einer beispiellosen Geschwindigkeit haben Wissenschaftler in aller Welt Impfstoffe gegen das SARS-CoV-2-Virus entwickelt. Bereits im Herbst 2020 wurden die ersten Vakzine in Europa zugelassen, Ende Dezember konnte Deutschland mit dem Impfen beginnen. Wegen der anfangs geringen Liefermengen sowie logistischer Herausforderungen wurden Impfzentren aufgebaut. Klar war aber auch, dass deren Kapazitäten mittelfristig nicht reichen würden. Die niedergelassene Ärzteschaft und das KV-System haben deshalb schon früh und nachdrücklich die Bereitschaft und die Notwendigkeit signalisiert, dass die Praxen in der Fläche impfen.

HOHES ENGAGEMENT TROTZ LIEFERENGPÄSSEN

Anfang April 2021 konnten Praxen bundesweit mit dem Impfen gegen COVID-19 beginnen. Allerdings nur mit stark angezogener Handbremse: Wegen nach wie vor bestehender Lieferengpässe bekamen die Praxen regelhaft deutlich weniger Impfstoff, als sie bestellt hatten. So stand beispielsweise noch Anfang Juni 2021 einer wöchentlichen Bestellmenge von 4,9 Millionen Dosen eine Lieferung von lediglich 3,4 Millionen Dosen gegenüber. Erst ab Ende Juni, also fast drei Monate nach Einstieg der Praxen in die Impfkampagne, konnte der gemeldete Bedarf der Praxen auch gedeckt werden.

Ein weiterer drohender Hemmschuh für den „Impfturbo“ in den Praxen war der bürokratische Aufwand. Die KBV hatte gemeinsam mit der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände und dem pharmazeutischen Großhandel ein Konzept entwickelt, wie die Praxen über bewährte Strukturen – nämlich über den pharmazeutischen Großhandel sowie die Apotheken – mit Impfstoffen und Impfb Zubehör beliefert werden können. Dennoch ist der Aufwand in den Praxen hoch, etwa für das Terminmanagement, die Aufklärung und die Dokumentation der Impfungen. Die KBV hat sich von Anfang an beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dafür eingesetzt, die bürokratischen Belastungen so gering wie möglich zu halten. Für dieses Ziel hat die KBV selbst in kürzester Zeit ein eigenes Portal zur Impf-Dokumentation für die Praxen entwickelt, welches den erforderlichen Aufwand auf ein Mindestmaß reduziert. Zudem konnte sie erreichen, dass die Anzahl der täglich zu meldenden Daten auf das Nötigste begrenzt wurde.

PRAXEN BESCHLEUNIGEN IMPFFORTSCHRITT

Insgesamt haben bis Anfang März 2022 über 100.000 Ärztinnen und Ärzte in ganz Deutschland die Corona-Impfkampagne unterstützt und umgesetzt. Fast alle Hausärztinnen und -ärzte (95 Prozent) impfen gegen COVID-19, außerdem viele Fachärztinnen und -ärzte. Auch fast 90 Prozent der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind dabei. Insgesamt haben über 70 Prozent aller Vertragsärztinnen und -ärzte gegen COVID-19 geimpft. Viele von ihnen boten spezielle Impfsprechstunden an, teilweise in Sonderschichten abends und am Wochenende. Zahlreiche niedergelassene Ärztinnen und Ärzte impften nicht nur in ihren Praxen, sondern zusätzlich in den Zentren vor Ort. Bereits einen Monat nach dem Impfstart in den Praxen verimpften diese pro Woche nahezu ebenso viele Dosen wie die Impfzentren. Anfang Juni schließlich überholten die Praxen die Zentren: Mitte Juni wurden binnen einer Woche fast 3,4 Millionen Dosen in den Praxen verimpft, während die Zahl in den Zentren bei 2,45 Millionen lag. Dabei wären noch mehr Impfungen möglich gewesen, wenn die Praxen mit Impfstoff in angeforderter Menge beliefert worden wären.

Ihren Rekordwert erzielten die Praxen Ende Dezember 2021 – auf dem Höhepunkt der Boosterkampagne – als sie in einer Woche 4,91 Millionen Dosen verimpften. Damit übertrafen sie den Spitzenwert der Impfzentren und Betriebe bei weitem: Dieser hatte im Juni bei 2,93 Millionen Impfungen gelegen.

Stand Ende April 2022 haben die Praxen insgesamt 88,2 Millionen Impfungen durchgeführt und damit über die Hälfte aller COVID-19-Schutzimpfungen in Deutschland. Davon waren rund 35 Millionen erste und zweite Booster-Impfungen (Dritt- bzw. Viertimpfung), die überwiegend bzw. nahezu ausschließlich durch die Niedergelassenen verabreicht wurden.

GARANTEN FÜR LÄNDLICHE VERSORGUNG

Die Betrachtung auf regionaler Ebene zeigt deutlich: In Landkreisen, die eher dünn besiedelt sind, haben Praxen im Durchschnitt einen höheren Anteil an der Zahl der verimpften Dosen als in kreisfreien Städten, die meist dichter besiedelt sind. Für das Impfen in der Fläche und insbesondere im ländlichen Raum ist also der Beitrag der dezentralen Praxenstruktur von besonderer Bedeutung für ein breites Impfgeschehen.

VON DER PANDEMIE- ZUR REGELVERSORGUNG

Die Arztpraxen haben den ganz überwiegenden Teil des zweiten Abschnitts der Impfkampagne mit bislang rund 34,6 Millionen Auffrischimpfungen gestemmt (Stand Ende April 2022). Sie haben damit die Überlastung des Gesundheitswesens im Winter 2021/2022 verhindert. Die Impfzentren und andere Impf-Orte haben daneben noch fast 17 Millionen Auffrischungsimpfungen vorgenommen. Deshalb – und auch weil Verfügbarkeit sowie Transport- und Lagerfähigkeit der Impfstoffe mittlerweile kein Problem mehr darstellen – ist es wichtig, dass das absehbar notwendige, saisonale Impfen gegen COVID-19 perspektivisch in die Praxen und, wenn die Voraussetzungen hierfür geschaffen sind, auch in die ambulante Regelversorgung übergeht.

Dass die Niedergelassenen mit einem erhöhten Impfbedarf zurechtkommen, haben sie während der Pandemie auch an anderer Stelle bewiesen: In der Grippesaison 2020/21 beispielsweise sind in den Praxen über 20 Millionen Patientinnen und Patienten gegen Influenza geimpft worden und damit deutlich mehr als in der Saison zuvor.

Die Vertragsärztinnen und -ärzte können also durchaus in größerem Umfang impfen und sind bereit dazu. Voraussetzung: dauerhafte Verlässlichkeit und Planbarkeit der Impfstofflieferungen und keine ausufernde Impfbürokratie. Perspektivisch wünschenswert wären auch Einzeldosen des Impfstoffs.

Zusätzlich zu berücksichtigen ist das zuletzt deutlich erhöhte Aufkommen von ärztlichen Konsultationen wegen akuten Atemwegserkrankungen mit COVID-19 in 2022, das die bisherigen Wellen in allen Altersgruppen enorm übertrifft und deutlich macht, dass COVID-19 sowohl beim Impfen als auch bei der Behandlung ein fester und wesentlicher Bestandteil des ambulanten Alltags ist.³

SCHNELLE UND UNBÜROKRATISCHE MASSNAHMEN

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen hat dafür gesorgt, dass die Versorgung der Versicherten in der Pandemie schnell und unbürokratisch erfolgen konnte. Insgesamt haben die Partner der Selbstverwaltung über 60 Sonderregelungen für die ambulante Versorgung geschaffen – alle mit dem Ziel, den Praxen die Arbeit zu erleichtern, flexibles Agieren zu ermöglichen und die Versorgung aller Patienten sicherzustellen.

Bereits im Februar 2020, kurz nachdem die ersten Infektionen in Deutschland bekannt geworden waren, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung eine Regelung zur Finanzierung von PCR-Tests getroffen. Ferner wurde vereinbart, dass die Krankenkassen alle ärztlichen Leistungen aufgrund eines klinischen Verdachts oder einer nachgewiesenen Infektion mit

³ Das RKI berichtet von 1,1 Millionen Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen allein in KW 8/2022, davon 340.000 COVID-19-bedingt.

SARS-CoV-2 zusätzlich und damit extrabudgetär finanzieren. Dies galt für das gesamte Pandemiejahr 2020. Seither – so die Vereinbarung – wird der zusätzliche Bedarf nachträglich ermittelt und den Krankenkassen in Rechnung gestellt.

ÜBER 60 SONDERREGELUNGEN FÜR DIE AMBULANTE VERSORGUNG

Seit Beginn der Corona-Pandemie hat die gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen über 60 Sonderregelungen beschlossen. Diese sollen den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten mehr Spielraum geben, ihre Patientinnen und Patienten unter Pandemie-Bedingungen zu versorgen.

Sie dienen aber auch dazu, die Patientinnen und Patienten zu schützen, indem beispielsweise unnötige Kontakte bei Praxisbesuchen vermieden werden. Zu den getroffenen Sondervereinbarungen gehören unter anderem:

- › Ausbau der telefonischen Konsultation
- › keine Begrenzungen von Videosprechstunden (inkl. Sonderregelungen für Psychotherapie)
- › Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei leichten Erkrankungen der oberen Atemwege per Telefon
- › Verordnung und Versand von Folge Rezepten nach telefonischer Anamnese
- › Lockerungen bei Verordnung von Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege
- › Notfallpläne für Dialyse-Versorgung.

Alle diese Sonderregelungen waren zeitlich befristet und wurden im Lauf der Pandemie mehrmals verlängert. Einige sind nun zum 31. März 2022 ausgelaufen, andere – etwa die Möglichkeit der telefonischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung – wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss noch einmal verlängert.

MANGELWARE PERSÖNLICHE SCHUTZAUSRÜSTUNG – KVEN SCHAFFEN LOGISTISCHE INFRASTRUKTUR

Angesichts des eklatanten Mangels an persönlicher Schutzausrüstung (PSA) wie Masken, Kittel und Handschuhe hat der Bund im Frühjahr 2020 damit begonnen, diese Güter zentral zu beschaffen. Offen war allerdings die Frage, wie die PSA in die über 100.000 Praxen gelangt. Hier haben KBV und KVen die Verteilung übernommen. Sie waren dazu in der Lage, in kurzer Zeit eine logistische Infrastruktur aufzubauen, mit der alle Praxen erreicht werden konnten. Zusätzlich haben die ärztlichen Körperschaften selbst Schutzausrüstung für ihre Mitglieder beschafft, um den dringend benötigten Nachschub zu sichern, damit die Praxen arbeitsfähig blieben.

VIDEOSPRECHSTUNDE ERMÖGLICHT BEHANDLUNG TROTZ PANDEMIE

Um die Versorgung der Patienten auch ohne unmittelbaren Kontakt sicherzustellen, hatte die KBV im Jahr 2020 mit den Krankenkassen vereinbart, dass Ärzte und Psychotherapeuten unbegrenzt Videosprechstunden anbieten können. Entsprechende Beschränkungen wurden bis einschließlich März 2022 aufgehoben. Somit konnte die Videosprechstunde im ärztlichen Ermessen bei vielen Indikationen eingesetzt werden und auch dann, wenn der Patient zuvor noch nicht bei dem betreffenden Arzt oder Psychotherapeuten in Behandlung war.

Für die Psychotherapeuten wurden ebenfalls vermehrte Einsatzmöglichkeiten der Videosprechstunde geschaffen. Neben Einzeltherapiesitzungen waren in Ausnahmefällen auch Psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen per Video möglich, ohne dass vorher ein unmittelbarer persönlicher Kontakt mit dem Patienten stattgefunden hat.

VIDEOSPRECHSTUNDE ERGÄNZT PRAXIS-PORTFOLIO

In der Folge hat die Videosprechstunde einen regelrechten Boom erfahren. Im Frühjahr 2020 verundert-fachte sich die Zahl der Videosprechstunden abrechnenden Ärzte und Psychotherapeuten in kurzer Zeit: Während im Jahr 2019 bundesweit nur 168 Niedergelassene diese Möglichkeit ihren Patientinnen und Pati-enten anboten, waren es im ersten Quartal 2020 bereits rund 16.870 Ärzte und Psychotherapeuten. 90 Pro-zent dieser Steigerung entfielen allein auf den Monat März. Im zweiten Quartal 2020 verdoppelte sich die Zahl noch einmal nahezu auf 31.400 Ärzte und Psychotherapeuten. Im Sommer 2020, als die Infektionszah-len runtergingen, sank ihre Zahl vorübergehend, bevor sie im Winter 2020/21 erneut stieg (erstes Quartal 2021: rund 28.800).

Im ersten Quartal 2020 führten die Ärzte und Psychotherapeuten rund 203.000 Videosprechstunden durch, im zweiten Quartal waren es schon knapp 1,17 Millionen. Nachdem auch hier die Zahl der abgerechneten Stunden vorübergehend sank, kletterte sie im ersten Quartal 2021 auf einen Rekordwert von über 1,23 Mil-lionen, sank in den beiden Folgequartalen allerdings auch wieder um knapp die Hälfte (drittes Quartal 2021: 610.000).

Diese Entwicklung zeigt, dass das Instrument der Videosprechstunde von den Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten verantwortlich genutzt wird: Während der Pandemie ermöglichte sie den Kontakt zum Patienten ohne Infektionsrisiko. Sobald dieses jedoch deutlich sinkt, bleibt der persönliche Kontakt das Mittel der Wahl – und für viele Untersuchungen ohnehin alterna-tivlos.

Einige pandemiebedingte Sonderregelungen wurden inzwischen in die Regelversorgung übernommen. So ist die Therapie per Video seit Oktober 2021 auch für psychotherapeutische Akutbehandlungen und Grup-pentherapien möglich. Zudem sind seit 1. April mehr Behandlungen in der Videosprechstunde möglich als vor der Pandemie.

PSYCHOTHERAPIE STARK NACHGEFRAGT

Die Pandemie und ihre Auswirkungen hat viele Menschen nicht nur in körperlicher, sozialer und ökonomi-scher Hinsicht belastet, sondern auch – oft daraus folgend – psychisch. Psychotherapeuten verzeichnen dementsprechend eine deutlich gestiegene Nachfrage nach Therapieangeboten. Dies gilt ganz besonders für Kinder und Jugendliche.

VIDEOSPRECHSTUNDEN UND WEITERE SONDERREGELUNGEN ERLEICHTERN PSYCHOTHERAPEUTISCHE ARBEIT

Insbesondere für die psychotherapeutische Versorgung während der Corona-Krise ist die Videosprech-stunde eine große Hilfe. Therapeuten durften während der Pandemie nicht nur Einzeltherapiesitzungen, sondern auch psychotherapeutische Sprechstunden und sogenannte probatorische Sitzungen per Video durchführen. Damit konnte eine Therapie auch dann begonnen werden, wenn zuvor kein persönlicher Kon-takt mit dem Patienten oder der Patientin stattgefunden hat. Darüber hinaus haben die KBV und der GKV-Spitzenverband weitere Sonderregelungen vereinbart, um die psychotherapeutische Arbeit zu erleichtern und die Aufnahme sowie die Fortsetzung von Therapien trotz Kontaktbeschränkungen zu gewährleisten. So konnten zum Beispiel Gruppentherapien vorübergehend in Einzeltherapiesitzungen umgewandelt werden, ohne dass hierfür eine gesonderte Genehmigung der Krankenkasse erforderlich ist.

Neben der Videosprechstunde erhielten auch die Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsy-chotherapeuten zusätzliche Möglichkeiten zur telefonischen Konsultation. Sie sowie alle ärztlichen Fach-gruppen, die Patienten psychotherapeutisch oder psychiatrisch betreuen, bekamen dabei das höchste Zeit-kontingent zugesprochen. So konnten sie bei Bedarf länger und öfter mit ihren Patienten telefonieren.

BÜRGER-INFORMATION RUND UM DIE UHR: DIE 116117

Die Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVen, 116117, ist in der Pandemie zur „Corona-Hotline“ avanciert. 2020 stieg die Zahl der Anrufe gegenüber dem Vorjahr von zehn auf 18 Millionen. Im Jahr 2021 wurde diese Summe noch einmal deutlich übertroffen: 77 Millionen Mal wurde die Nummer von Bürgerinnen und Bürgern in ganz Deutschland gewählt. Die Website www.116117.de verzeichnete 42,6 Millionen Seitenaufrufe, mit Spitzenwerten von bis zu 620.000 Besuchern pro Tag.

ANSTURM AUF DIE „IMPf-HOTLINE“

Um den Ansturm zu bewältigen, haben KBV und KVen das Personal in den Callcentern der 116117 deutlich aufgestockt und die Kommunikationsinfrastruktur geöffnet und weiter ausgebaut. Weil das Informationsbedürfnis der Bürgerinnen und Bürger rund um das zunächst weitgehend unbekanntes Virus SARS-CoV-2 enorm war, hat die KBV zusätzlich über eine Bandansage sowie einen Voice-Bot regelmäßig aktualisierte Informationen bereitgestellt. Für die Website www.116117.de wurde eigens ein Info-Bot programmiert, der auch schriftliche Fragen direkt beantwortet.

Mit dem Start der Impfkampagne wurde die Rufnummer überdies zur offiziell vom Bundesgesundheitsministerium und der Bundesregierung propagierten Impf-Hotline. Das Callcenter der Bundesregierung wurde in das Angebot der 116117 integriert. Zudem waren über die 116117 nun auch die Callcenter erreichbar, die die Bundesländer für die Terminvermittlung zum Impfen eingerichtet hatten. Dies führte in der Folge dazu, dass 82 Prozent des gesamten Anrufaufkommens sich um die Corona-Schutzimpfung drehten. Den Tagesrekord verzeichnete die Hotline am 3. April 2021, also an dem Tag, bevor das Impfen in den Praxen bundesweit begann. Allein an jenem Tag gab es rund 2,7 Millionen Anrufe. Um den Ansturm technisch zu bewältigen, baute die KBV die Leitungskapazitäten der 116117 aus. Das anfänglich bestehende Problem mangelnden Impfstoffes konnte indes auch die Hotline nicht lösen.

13 MILLIONEN VERMITTELTE TERMINE ÜBER DEN IMPFTERMINSERVICE DER 116117

Um möglichst unterschiedliche Kommunikationswege zu eröffnen und als Unterstützung für das Impfmanagement in den Ländern beauftragte der Bund eine Software zur Online-Buchung von Terminen in Impfzentren. Über die kv.digital, ein Tochterunternehmen der KBV, wurde in nur vier Wochen unter www.impfterminservice.de ein Onlineangebot realisiert, das es den Impfzentren ermöglichte, ihre Termine zur Verfügung zu stellen und diese Termine für Bürgerinnen und Bürger sowie Callcenter schnell und zuverlässig buchbar zu machen. Der Impfterminservice (ITS) basiert auf der bestehenden Software eTerminservice der 116117. Vier Bundesländer – Baden-Württemberg, Brandenburg, Hamburg und Sachsen-Anhalt – nutzten den ITS. Bundesweit ist er das meistverwendete Buchungssystem für Termine in Impfzentren. Zu Hochzeiten arbeiteten rund 2.500 Callcenter-Agenten und 150 Impfzentren mit dem ITS. Die meisten Anfragen kamen jedoch von impfinteressierten Bürgerinnen und Bürgern selbst. Allerdings konnte auch der ITS das Problem des Impfstoffmangels nicht lösen: So standen Ende Juli 2021 12,8 Millionen bis dahin gebuchten Terminen 1,28 Milliarden Suchanfragen gegenüber. Dank des stabilen Systems kam es zu keinen größeren Ausfällen und die gute Performance der Software sorgte dafür, dass stets alle vorhandenen Termine direkt vermittelt werden konnten. Mit zunehmender Verlagerung des Impfgeschehens in die Praxen gingen die Terminangebote der Impfzentren zurück und damit auch die Anfragen an den ITS.

VERSICHERTENBEFRAGUNG ZEIGT HOHE ZUFRIEDENHEIT

Eine repräsentative Versichertenbefragung, die die Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV im Frühjahr 2021 durchgeführt hat, zeigt, dass Patientinnen und Patienten auch in der Corona-Pandemie ihren

Haus- und Fachärzten und Psychotherapeuten vertrauen und sehr zufrieden mit der Behandlung sind. 91 Prozent der Befragten stufen die Kompetenz der Niedergelassenen mit gut oder sehr gut ein. Hohes Vertrauen zu den Haus- und Fachärzten haben der Umfrage zufolge 90 Prozent. Die Ergebnisse dokumentieren ebenfalls eindrucksvoll die Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung.

POST COVID UND DIE FOLGEN FÜR DIE AMBULANTE VERSORGUNG

Mit zunehmender Dauer der Corona-Pandemie werden Langzeitfolgen der Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus bekannt. Gesundheitliche Einschränkungen bestehen beim sogenannten Post-COVID-Syndrom oft noch Monate nach der Erkrankung, zum Teil auch bei Personen mit milden Verläufen von COVID-19.

Mit der Einführung eines eigenen ICD-Diagnose-Codes (ICD-Code U09.9!) ist seit Januar 2021 die Identifizierung von Post-COVID-Patientinnen und -Patienten in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten erstmalig möglich. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat daraufhin eine Studie zu dieser Patientengruppe im ambulanten Versorgungssektor im Hinblick auf Risikofaktoren und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durchgeführt. In die Studie eingeschlossen wurden alle Patientinnen und Patienten, für die im zweiten Quartal 2021 der Post-COVID-Code vergeben wurde (Mehr zur Studie unter: www.zi.de/veranstaltungen/zi-insights/7-februar-2022).

Durch die Untersuchung der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen bietet die Studie neue Erkenntnisse zur Versorgung von Post-COVID-19. Anhand der Informationen aus den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten beträgt die Prävalenz von Post-COVID-19 bezogen auf die bis zum ersten Quartal 2021 registrierten COVID-19-Fälle rund sechs Prozent. Die Studie zeigt auch, dass Hausärzte einen erheblichen Teil der Patientenbetreuung erbringen: So wurden drei von vier Patienten mit Post-COVID-19 ausschließlich durch einen Hausarzt versorgt, insbesondere durch zeitintensive Konsultationen wie das problemorientierte Gespräch. Darüber hinaus benötigten 13 Prozent der Patienten eine fachärztliche Betreuung durch Pneumologen und fünf Prozent durch Kardiologen.

Hausärztliche Versorgung steht im Vordergrund

Deutlich wird, dass Hausärztinnen und Hausärzte bei Post-COVID-19 erste Ansprechpersonen für viele Patientinnen und Patienten sind. Dies bedeutet auch große Herausforderungen für den hausärztlichen Bereich. Die Diagnostik ist schwierig und aufwändig, der Gesprächsbedarf der Patientinnen und Patienten hoch. Und auch der Vernetzung von Haus- und Fachärzten zur interdisziplinären ambulanten Behandlung von Post-COVID-Patienten kommt eine wichtige Rolle zu. In einigen Regionen gibt es bereits entsprechende Initiativen – unter anderem haben die KV Bayerns, die KV Baden-Württemberg und die KV Berlin solche Post-COVID-Netzwerke ins Leben gerufen – weitere Projekte werden derzeit entwickelt.

PRAXEN KOMMUNIKATIV UNTERSTÜTZEN

Der Informationsbedarf in der Pandemie war und ist immens. Dies gilt angesichts ständig wechselnder politischer Vorgaben, Leistungsänderungen und Abrechnungsmodalitäten auch für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Die KBV hat ihnen von Beginn an alle notwendigen Informationen im erforderlichen Umfang, aber für den Praxisalltag so komprimiert wie möglich aufbereitet. Mit einem eigenen, täglich aktualisierten „Coronavirus“-Bereich auf der KBV-Website sowie mehrmals pro Woche erscheinenden Sonderausgaben des Newsletters PraxisNachrichten verfügen die Praxen immer über den neuesten Informationsstand. Mit Beginn der Impfkampagne wurde das Informationsangebot nochmals deutlich ausgebaut. Für

alle an Zahlen zum Pandemiegeschehen Interessierten, insbesondere auch aus Politik und Medien, entwickelte die KBV gemeinsam mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) einen wöchentlichen Corona-Report.

Für viele Niedergelassene, die während der Pandemie gemeinsam mit ihren Praxisteams alle Kräfte mobilisiert haben, war und ist es frustrierend zu sehen, dass immer wieder vor allem die Krankenhäuser im Fokus der Aufmerksamkeit stehen. Deshalb haben KBV und KVen im Frühjahr 2020 die Kampagne #IhreAbwehrkräfte ins Leben gerufen, um den vielen in der Krise engagierten Ärztinnen und Ärzten öffentlich ein Gesicht zu geben. Auch die Forderung nach einem finanziellen „Corona-Bonus“ für Medizinische Fachangestellte als Zeichen staatlicher Wertschätzung ihrer Leistungen in der Pandemie halten KBV und KVen aufrecht.

Mit der neuen Podcast-Serie „Im Sprechzimmer“ startete die KBV im Oktober 2021 ein neues mediales Format. In den ersten beiden Staffeln berichten Fach- und Hausärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen sowie Patientinnen und Patienten über ihre Erfahrungen in der Corona-Pandemie.

AUF EINEN BLICK

LEHREN FÜR DIE ZUKUNFT – ERKENNTNISSE AUS SICHT DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Das System der ambulanten Versorgung sowie der Sicherstellungsauftrag der KBV und der KVen für die Versorgung der Bevölkerung hat sich in der Corona-Pandemie eindrucksvoll bewährt. Ohne die 100.000 haus- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Praxen wäre eine niedrigschwellige, wohnortnahe Versorgung der Menschen nicht möglich, und ohne die Strukturen der Selbstverwaltung wäre die Pandemie organisatorisch und logistisch kaum beherrschbar gewesen. Durch die Tatsache, dass seit Beginn der Pandemie der weitaus größte Teil der COVID-19-Patienten ambulant behandelt wurde, konnte die gefürchtete Überlastung der stationären Strukturen verhindert werden.

Trotz dieses Erfolgs bleiben – neben den gleichwohl großen individuellen Verlusten und Härten für viele Menschen – Erkenntnisse aus Sicht der ambulanten Versorgung, die für eine bessere Vorsorge in Zukunft berücksichtigt werden sollten. Dazu gehören folgende:

- › **Versorgung mit Medizinprodukten und Impfstoffen:** Zu Beginn der Pandemie bestand die Achillesferse der Versorgung vor allem in dem eklatanten Mangel an persönlicher Schutzausrüstung. Hier muss für die Zukunft vorgesorgt werden, etwa in Form einer „nationalen Reserve“. Klar ist: Die Praxen selbst sind nur im Rahmen des normalen Praxisbedarfs für die Beschaffung zuständig, nicht aber für Krisenfälle. Dies gilt auch für die Beschaffung von Impfstoffen. Die Praxen hätten deutlich früher in die Impfkampagne einsteigen und diese beschleunigen können, wenn ausreichend Impfstoff vorhanden gewesen wäre. Dies gilt auch für etwaige Auffrischimpfungen.
- › **Bürokratie vermeiden:** Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig es ist, Praxen von Bürokratie zu entlasten beziehungsweise diese am besten von vornherein zu vermeiden. So hat die KBV mit einer „abgespeckten“ Impfdokumentation an das Robert Koch-Institut versucht, den Aufwand für die Praxen möglichst gering zu halten, damit diese nicht (noch) mehr Zeit mit der Verwaltung des Impfgeschehens zubringen müssen als mit dem Impfen selbst. Das Aussetzen von bürokratischen Vorgaben, etwa bezüglich Anträgen und Genehmigungen seitens der Krankenkassen, hat gezeigt, dass hier Entlastung möglich ist.
- › **Vulnerable Gruppen schützen:** Der Schutz besonders vulnerabler Gruppen sollte bei der Pandemiebekämpfung von Anfang an im Vordergrund stehen – besonders dann, wenn Maßnahmen priorisiert werden müssen. Zu diesem Schutz gehört auch die Befähigung zum Selbstschutz (etwa indem Masken und Testorganisation bevorzugt bereitgestellt werden).

- › **Regelversorgung gewährleisten:** Die Regelversorgung darf nicht allen anderen Maßnahmen zum Opfer fallen. Auch in einer Pandemie beherrscht nicht eine Krankheit alles – so bedürfen etwa Millionen chronisch erkrankte Menschen regelmäßiger Versorgung, die nicht einfach ausgesetzt werden kann. Gleiches gilt für Vorsorgeuntersuchungen und bestimmte Behandlungen oder Eingriffe, etwa bei Krebs- oder Herzpatienten.
- › **Dezentrale Versorgungsstrukturen erhalten:** Die dezentralen Versorgungsstrukturen durch die Praxen der Niedergelassenen haben Deutschland einen Vorteil beim Bewältigen bzw. Eindämmen der Pandemie verschafft. Das Fazit lautet deshalb: Zentralisierung in der Gesundheitsversorgung nur wo und solange diese unbedingt erforderlich ist. Das gilt beispielsweise auch für das Impfen.
- › **Ärztliche und psychotherapeutische Expertise in die Planung politischer Maßnahmen einbinden:** Diejenigen, die die Menschen vor Ort versorgen, und die ärztliche Selbstverwaltung müssen in die Planung politischer Maßnahmen einbezogen werden. Denn sie sind es, die in der ersten Reihe stehen. Ärztliche und psychotherapeutische Expertise sowie Erfahrungen aus der „real existierenden“ Versorgung sind unerlässlich, um Maßnahmen zu diskutieren, zu planen und umzusetzen.

Weitere Informationen unter: www.kbv.de/html/corona-bilanz.php