KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

POSITIONEN DER KBV

VERSORGUNG GEMEINSAM GESTALTEN

#GesundheitBrauchtPraxis

Zum ersten Mal konstituiert sich der Deutsche Bundestag während einer Pandemie. Auch die Bildung der neuen Bundesregierung steht noch im Schatten von Corona. Was diese Krise – ungeachtet all ihrer negativen Folgen und Begleiterscheinungen für viele Bereiche unseres Lebens – eindrucksvoll vor Augen geführt hat, ist, welch tragende Säule unserer Gesellschaft die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland darstellt. Die dezentralen Strukturen aus inhabergeführten Praxen haben uns im Vergleich zu vielen anderen, auch europäischen Staaten deutliche Vorteile im Kampf gegen die Pandemie verschafft. Nicht ohne Grund hat die Bundesregierung die ambulante Versorgung von Beginn an als „ersten Schutzwall“ des Gesundheitssystems bezeichnet. Daran hat sich bis heute nichts geändert, wie Millionen Impfungen gegen COVID-19 in den Praxen zeigen.

Diese enorme Leistungsfähigkeit und maximale Flexibilität des deutschen Gesundheitswesens gilt es zum Wohl von Patientinnen und Patienten weiter fortzuentwickeln. Dabei steht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gerne bereit, die politisch Verantwortlichen als kompetente Ansprechpartnerin bei den zentralen gesundheitspolitischen Herausforderungen der Zukunft zu unterstützen. Ihre Expertise beruht auf den rund 181.000 freiberuflichen, in Praxen ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten, die sie vertritt und die sich pro Jahr um über 650 Millionen Behandlungsfälle kümmern. Damit möchte die KBV in einer verlässlichen Kooperation anbieten, die gesundheitspolitische Zukunft mit intelligenten Konzepten gemeinsam zu gestalten. Die KBV lädt mit ihrem Positionspapier zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit ein.

01

FREIBERUFLICHKEIT UND SELBSTVERWALTUNG ERHALTEN, ARZT-PATIENTEN-VERHÄLTNIS SCHÜTZEN

Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sowie Psychotherapeut und Patient ist elementar für eine gute medizinische Behandlung. Es muss erhalten und geschützt bleiben. Grundpfeiler hierfür sind das Prinzip der freiberuflichen Berufsausübung (vornehmlich in inhabergeführten Praxen) und eine funktionierende Selbstverwaltung. Nur auf der individuellen und vertrauensvollen Ebene zwischen Arzt-Patient oder Psychotherapeut-Patient lässt sich das Spannungsfeld aus Interessen der Patientinnen und Patienten einerseits und dem gesetzlich vorgegebenen Gebot einer wirtschaftlichen, angemessenen, notwendigen und zweckmäßigen Behandlung andererseits auflösen. Das Wohl des Patienten sollte immer Vorrang haben – denn diesem Wohl ist der Arzt verpflichtet. Ein Übermaß an Bürokratie, Regulierungen und Budgetierungen schränken eine freiheitliche Berufsausübung ein. Daher muss der für medizinische Behandlungen notwendige Freiraum erhalten und geschützt bleiben. Er darf nicht durch verallgemeinernde staatliche Normsetzung, etwa durch immer stärkere legislative Eingriffe in das sensible Arzt-Patienten-Verhältnis, eingeschränkt werden. Hierfür ist eine intakte Selbstverwaltung als freiheitliches Organisationsprinzip maßgeblich.

01 AUF EINEN BLICK

- *Den freien Beruf bewahren*
- *Die Beeinträchtigung der ärztlichen Berufsausübung abschaffen und vermeiden*
- *Das sensible Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient schützen*
- *Die Selbstverwaltung erhalten und fördern*

02

AMBULANTE VERSORGUNG STÄRKEN – STRUKTUREN MODERNISIEREN

Die Herausforderungen an die flächendeckende ambulante Versorgung in Deutschland nehmen stetig zu: Während die Zahlen der Behandlungsfälle (derzeit ca. 650 Millionen p. a.) sowie der Arzt-Patienten-Kontakte konstant steigen (derzeit ca. 1,1 Milliarden p. a.), verringert sich gleichzeitig die verfügbare ärztliche Behandlungszeit. Hinzu kommen die bekannten Phänomene der demografischen Entwicklung, der Landflucht und der Urbanisierung.

Der wachsende Bedarf von Patientinnen und Patienten an medizinischer Versorgung macht eine Steuerung des derzeit beliebigen und unkoordinierten Zugangs erforderlich. Die KBV bietet an, mit der Politik gemeinsam Lösungsansätze zu entwickeln. Damit soll es gelingen, Patientinnen und Patienten unmittelbar in die richtige Versorgungsebene beziehungsweise zur Praxis der passenden Fachgruppe zu navigieren.

Darüber hinaus müssen die Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht angepasst werden: Die Medizin wird ambulanter – immer mehr Krankheiten, die bisher stationär behandelt werden mussten, können jetzt ambulant versorgt werden. Das bedeutet Entlastungen mit Doppeleffekt: physisch, mental und organisatorisch für die Patientinnen und Patienten sowie finanziell für die Solidargemeinschaft. Dafür braucht es den Ausbau ambulanter Versorgungsangebote bei gleichzeitiger Entlastung der Kliniken von eigentlich ambulant leistbaren Behandlungen. Die weitere Etablierung von „Konzernstrukturen“ in der ambulanten Versorgung gilt es hingegen zu vermeiden, um fremdgesteuerte Fehlentwicklungen im flächendeckenden Behandlungsgeschehen zu minimieren.

Begleitend müssen unkoordinierte Mengenzunahmen der Leistungen verhindert werden, indem ein neues Honorarsystem entwickelt wird. Zielführend sind feste Preise für Behandlungen. Unabhängig von der Entwicklung der ärztlichen Vergütung müssen die rapide steigenden Ausgaben der niedergelassenen Praxen für Personal, Hygiene und Digitalisierung kompensiert werden.

- *Ambulante Versorgungsangebote ausbauen*
- *Stationäre Strukturen bedarfsgerecht anpassen*
- *Zugang zur medizinischen Versorgung bedarfsgerecht koordinieren*

03

DIGITALISIERUNG MIT MEHRWERT FÜR PATIENTEN UND PRAXEN ENTWICKELN

Die Niedergelassenen stehen der Digitalisierung grundsätzlich offen gegenüber – dafür muss sie einen unmittelbaren Mehrwehrt für die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten bieten. Das ist bei den aktuellen Digitalisierungsprojekten kaum der Fall. Hier ist ein Umdenken erforderlich: Bislang lag der Fokus der Digitalisierung im Gesundheitswesen auf Werkzeugen und Instrumenten. Dies kann negative Auswirkungen haben, wie beispielsweise bei der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder dem eRezept, die insgesamt mehr Aufwand und somit weniger Arztzeit zur Folge haben; oder bei den „Apps auf Rezept“ (Digitale Gesundheitsanwendungen, kurz: DiGA), zu deren Wirksamkeit und Versorgungsverbesserung auf die entsprechenden Evidenznachweise verzichtet wurde – im Gegensatz zu Arzneimitteln oder Heilmitteln –, um eine schnelle und öffentlichkeitswirksame Einführung als Meilenstein der Digitalisierung zu bewerkstelligen.

Dies gilt es zu überwinden: Künftig muss sich die Entwicklung an einem dreistufigen Prinzip orientieren – im Sinne eines konsequenten Design Thinking: 1. Welche Versorgungsprozesse bedürfen einer Verbesserung? 2. Lassen sich diese Verbesserungen mit digitalen Mitteln bewerkstelligen? 3. Welche digitale Lösung bietet die effektivste und effizienteste Passgenauigkeit? Bei der Beantwortung dieser Fragen sind im planerischen Prozess und in der Entwicklung die maßgeblich Beteiligten durchweg einzubeziehen; nicht zuletzt, um ihre Expertise und Praxiserfahrung sinnvoll zu nutzen und digitale Anwendungen mit Mehrwert zu ermöglichen. Dies ist beispielsweise bei der Entwicklung des eImpfpasses oder des eZahnbonusheftes für die elektronische Patientenakte erfolgreich geschehen. Hierfür hat die KBV mit allen Beteiligten im Auftrag des Gesetzgebers die Grundlagen

entwickelt (die sogenannten Medizinischen Informationsobjekte, kurz: MIO) – universell nutzbar und für alle Anbieter frei verfügbar. Nur so können Fehlentwicklungen zukünftig vermieden werden, die derzeit durch die Fixierung auf technologische statt prozedurale Aspekte entstehen und so den Praxis- und Behandlungsablauf verkomplizieren – einschließlich zu früher Implementierung technisch unausgereifter Lösungen.

Für den Erfolg der Digitalisierung ist es unerlässlich, die Ärzte und Psychotherapeuten sowie ihre Praxisteams zu überzeugten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu machen: Ihrem Rat vertrauen die Patientinnen und Patienten. Voraussetzung für diesen positiven Push-Effekt ist der Verzicht auf Sanktionen gegenüber Praxen, die ohnehin keinerlei Einflussmöglichkeiten auf industrielle Lieferzeiten haben. Vielmehr sind realistische Zeitpläne erforderlich, die zum einen die Industrie entlasten und zum anderen Starttermine erst setzen, wenn die jeweilige Anwendung eine echte Marktreife erreicht hat. Anwendungen gilt es erst dann in der Fläche einzuführen, wenn sie eine ausführliche Testphase durchlaufen haben und wenn dabei festgestellte Fehler oder Probleme korrigiert worden sind. Diese Vorgehensweise hätte den erwünschten Effekt, dass durch ein Weniger an Bürokratie und Technikproblemen mehr ärztliche und psychotherapeutische Zeit für die Patientinnen und Patienten übrig bleibt.

03 AUF EINEN BLICK

- *Den Nutzen für Patienten und Praxen ins Zentrum aller Digitalisierungsmaßnahmen rücken*
- *Eine adäquate Beteiligung der relevanten Akteure sicherstellen*
- *Alle Prozesse auf den Prüfstand stellen: Technische Lösungen müssen die Versorgung effizient unterstützen*

04

AKUT- UND NOTFALLPATIENTEN IN DIE JEWEILS RICHTIGE VERSORGUNGSEBENE BEGLEITEN

Menschen, die akut medizinische Hilfe benötigen, können selbst oftmals nicht angemessen einschätzen, wo sie diese Hilfe am einfachsten und passendsten finden. Sie benötigen hierbei Unterstützung: Der Notfallversorgung muss eine einheitliche Steuerung vorgeschaltet werden, die Akut- und Notfallpatienten in die für sie richtige Versorgungsebene navigiert – also in das Krankenhaus oder die ambulante Praxis. Diese Steuerung sollte möglichst früh, ressourcenschonend und bundeseinheitlich erfolgen – beispielsweise telefonisch, online und/oder mittels standardisierter Ersteinschätzung überall dort, wo Patientinnen und Patienten sich erstmalig mit ihrem gesundheitlichen Problem vorstellen.

Hierfür steht bereits seit 2012 die bundeseinheitliche Bereitschaftsdienstnummer 116117 über Telefon sowie mittlerweile auch über Website und App zur Verfügung – und das rund um die Uhr, 365 Tage im Jahr. Die 116117 ordnet den jeweiligen Akutfall korrekt zu und navigiert Patientinnen und Patienten schnellstmöglich und ohne Umwege in die für sie anlassgerechte, ressourcenschonende Behandlungsebene. Dabei kommen standardisierte und evaluierte Verfahren (SmED: Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) zum Einsatz.

Eine einheitliche Regelung zur Erst- beziehungsweise Notfallversorgung an der Schnittstelle zum Krankenhaus (Notaufnahme) steht jedoch noch aus. Soweit sich also ein ortsgebundener Ärztlicher Bereitschaftsdienst auf oder am Krankenhauscampus befindet, soll sich dessen Zuständigkeit ausschließlich auf die ambulante Akut- beziehungsweise Erstversorgung erstrecken. Die organisatorische und medizinische Gestaltung der klinischen Notaufnahme einschließlich Schockraum und so weiter bleiben in der Verantwortung des Krankenhauses. Versorgungsbedingte Übergaben von Patientinnen und Patienten vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst an die klinische Versorgung erfolgen nach vorher kooperativ festgelegten Bedingungen insbesondere bezüglich der Übergabevoraussetzungen, Übergabemodalitäten, Übergabeprotokolle sowie Zuständigkeitsabgrenzung. Dies bezieht sich in solchen Kooperationsmodellen auch auf Vereinbarungen zum Personal sowie zur Technik – und zwar Letzteres nur im Umfang der ambulanten Akut- und Erstversorgung. Die Vergütung erfolgt entsprechend aus dem jeweiligen ambulanten beziehungsweise stationären Budget. Die Bildung eines neuen Sektors mit weiteren Schnittstellenproblemen wird damit vermieden.

04 AUF EINEN BLICK

- *Steuerung der Patientinnen und Patienten: bewährte Strukturen stärken und ausbauen*
- *Kein dritter Versorgungssektor erforderlich*
- *Kooperation mit dem stationären Versorgungsbereich in den Fokus rücken*

05

GUTE VERSORGUNG DURCH RICHTIGE QUALITÄTS-SICHERUNG VORANTREIBEN

Gute Qualität in der medizinischen Versorgung entsteht nicht zufällig, sondern geplant auf der Basis einer hohen fachlichen Qualifikation und Reflektion. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die KBV fördern die Qualität der ambulanten Versorgung durch passgenaue Qualitätssicherungsinstrumente und die bedarfsgerechte Kombination von Qualitätsanreizen mit verpflichtenden Vorgaben. Innerhalb der Rahmenbedingungen und spezifischen Merkmale des ambulanten Bereichs erfüllt die Qualitätssicherung seit jeher ihren Zweck, nämlich eine gute Versorgung von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Von dieser Maxime hat sich die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS) weit entfernt. Gestartet ist sie mit dem Ziel, die ambulante und stationäre Versorgung vergleichend zu betrachten, Schnittstellen zwischen diesen Bereichen zu optimieren und Behandlungsverläufe über die Grenzen des stationären und ambulanten Bereichs hinweg abzubilden. Entstanden ist jedoch ein hyperkomplexes, überbürokratisiertes System, das durch einen kleinstteiligen Kontrollmechanismus gegenüber den Niedergelassenen gekennzeichnet ist. Entscheidend ist hierbei, dass dieses Instrument keinerlei Nutzen für Patientinnen und Patienten beinhaltet, während die Ärztinnen und Ärzte teilweise länger mit zusätzlichen und unnötigen Dokumentationen beschäftigt sind als mit der eigentlichen Behandlung. Angesichts der ohnehin knapper werdenden Arztzeit ist dies eine kontraproduktive Entwicklung für die ambulante Versorgung der Menschen. Die sQS muss daher zu einem transparenten und praktikablen Instrument zurückgeführt werden, welches ausschließlich dem Zweck dient, die Qualität des sektorenübergreifenden Behandlungsgeschehens zum Nutzen der Patientinnen und Patienten zu fördern und zu sichern.

05 AUF EINEN BLICK

- *Pass-/Zielgenaue Qualitätssicherungsinstrumente zur Förderung der Versorgungsqualität*
- *sQS muss zum Nutzen von Patientinnen und Patienten transparent und praktikabel werden*

06

NEUE SYNERGIEN FÜR GESUNDHEITSFACHBERUFE SCHAFFEN

Angesichts stetig zunehmender ambulanter Behandlungen und gleichzeitig abnehmender Arztzeit sind die Patientinnen und Patienten mehr denn je darauf angewiesen, dass ambulante Versorgungsformen geschaffen werden, in denen Ärztinnen und Ärzte mit Angehörigen nicht ärztlicher Gesundheitsfachberufe zusammenarbeiten können: ohne Qualitätseinbußen oder Versorgungsbrüche. Im Fokus muss daher stehen, die Kompetenz der Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe durch höhere Qualifizierung zu fördern und gleichzeitig die Wertschätzung für deren Beitrag an der Versorgung zu erhöhen. Dabei wird die Entwicklung ärztlich geleiteter Teams immer dringender. Dies gilt insbesondere bei solchen Patientenkonstellationen, die ein höheres Qualifikationsniveau der Gesundheitsfachkräfte erfordern. Solche Kooperationen können entweder im Rahmen einer Anstellung in ärztlichen/psychotherapeutischen Praxen erfolgen oder durch ärztliche Beauftragung über das Modell „AIDA“, also aufgrund eines auf ärztlicher Diagnose basierenden Behandlungsauftrags an nicht ärztliche Gesundheitsfachberufe (Modell „AIDA“ = Arzt-indizierter Diagnose-basierter zeitlich begrenzter Behandlungsauftrag an nicht ärztliche Gesundheitsberufe). Dabei werden, zeitlich begrenzt, Teile der ärztlichen Heilkunde durch Ärztinnen und Ärzte zeitweise an Angehörige entsprechender Gesundheitsfachberufe übertragen. Durch eine klar definierte Delegation kann eine den aktuellen Herausforderungen gerecht werdende Gesundheitsversorgung gewährleistet werden, ohne qualitative oder wirtschaftliche Risiken einzugehen.

Auf der anderen Seite steht die Substitution: Hier ist mehr Transparenz erstrebenswert, soweit eine medizinische Leistung von nicht ärztlichen Gesundheitsfachberufen im direkten Zugang für Patientinnen und Patienten erfolgt und mit den Krankenkassen abgerechnet werden kann. Dies ist wichtig, damit jeder Patientin und jedem Patienten jeweils bewusst ist, dass kein Arzt oder Psychotherapeut für die Behandlung zuständig und verantwortlich ist. Zugleich muss der oder dem betreffenden Angehörigen des nicht ärztlichen Gesundheitsfachberufs in diesen Fällen immer klar sein, dass die berufsrechtliche Verantwortlichkeit sowie die Budgetverantwortung ausschließlich bei ihr oder ihm selbst liegen.

06 AUF EINEN BLICK

- *Zusammenarbeit aller Gesundheitsdisziplinen stärken, Ärztinnen und Ärzte durch Delegation unterstützen*
- *Weiterentwicklung anderer Gesundheitsfachberufe in den Blick nehmen, mehr Wertschätzung schaffen*
- *Transparenz für Patientinnen und Patienten schaffen – Wer behandelt mich?*

07

WEITERBILDUNG IN DER PRAXIS DER NIEDERGELASSENEN VERBESSERN

Da der weitaus größte Teil an Patientenbehandlungen in Deutschland in den Praxen der Niedergelassenen erfolgt, kann jungen Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung im Krankenhaus ein erheblicher Anteil an Behandlungskompetenzen nicht mehr vermittelt werden. Neben der Allgemeinmedizin gilt dies insbesondere für die fachärztlichen Gebiete der Augenheilkunde, der Dermatologie, der HNO-Heilkunde und der Orthopädie. Während die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin schon weitgehend im ambulanten Versorgungsbereich organisiert ist, erfolgt die fachärztliche Weiterbildung noch fast ausschließlich im Krankenhaus mit entsprechenden Defiziten bei den genannten Fachgebieten.

Zum Abbau dieser Defizite soll auch die fachärztliche Weiterbildung in den Praxen der Niedergelassenen ausgebaut werden. Hierzu ist ein Finanzierungsmodell zu entwickeln, das den weiterzubildenden angestellten Ärztinnen und Ärzten in der Praxis eine ihrer – qualitätsgesicherten – Leistungserbringung entsprechende Vergütung durch die Krankenkassen ermöglicht. Hierdurch würde der Wechsel von angestellten Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung im Krankenhaus in die Arztpraxis erleichtert und die Attraktivität einer Tätigkeit in der Niederlassung – gerade auch im Hinblick auf die zunehmenden Behandlungsmöglichkeiten in der ambulanten Praxis – erheblich erleichtert.

07 AUF EINEN BLICK

- *Bessere fachärztliche Weiterbildung in Praxen*

08

NACHWUCHSGEWINNUNG FÜR DIE ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT VERSTÄRKEN

Die Bemühungen der KBV und der KVen für den Arztberuf im Sinne der Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung aller Menschen in Deutschland müssen stärker unterstützt werden. Dies bezieht sich ausdrücklich auf eine substanzielle Erhöhung der Studienplätze sowie eine deutliche Erhöhung ambulanter Ausbildungsanteile im Medizinstudium. Hierzu gehört eine gezielte Förderung von Famulaturen, dem Praktischen Jahr (PJ) und anderen Aus- und Weiterbildungsabschnitten, vor allem im ländlichen Raum.

Von entscheidender Bedeutung ist nach wie vor eine deutliche Verbesserung der Niederlassungsbedingungen überhaupt. Vornehmlich ist es hierfür erforderlich, unnötige Bürokratie zu reduzieren sowie künftig digitale Anwendungen erst einzuführen, wenn sie ausgereift sind. Hierbei sind realistische Fristen zu setzen; auf Sanktionen ist zu verzichten. Die Niederlassungsbedingungen und Versorgungsmöglichkeiten können auch auf regionaler Ebene verbessert werden, etwa durch einen konsequenten Ausbau des flächendeckenden Internets sowie des öffentlichen Personennahverkehrs, auch mit der Entwicklung alternativer Konzepte zur Aufrechterhaltung der Infrastruktur.

08 AUF EINEN BLICK

- *Mehr ambulante Ausbildungsanteile im Medizinstudium*
- *Mehr Nachwuchsärztinnen und Nachwuchsärzte in Niederlassung durch Steigerung der Attraktivität*

Weitere Informationen unter www.kbv.de/gesundheit-braucht-praxis