

POSITIONEN UND VORSCHLÄGE
ZUR PATIENTENSTEUERUNG
IN DER NOTFALL-, AKUT- UND
REGELVERSORGUNG



AMBULANT PASSGENAU VERSORGT



ÜBERBLICK LEISTUNGSSTARKE VERSORGUNG



In den rund 99.000 Praxen bundesweit arbeiten etwa 780.000 Menschen, darunter über 189.000 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.



Pro Tag gibt es in den Praxen durchschnittlich etwa 3,8 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte sowie rund 50.000 Notfallbehandlungen.



Die Praxen versorgen somit 97 Prozent aller Behandlungsfälle – etwa 600 Millionen pro Jahr.

ZUM VERGLEICH: Drei Prozent aller Behandlungsfälle (rund 18 Millionen pro Jahr) werden durch Krankenhäuser versorgt – mit 33 Prozent der GKV-Leistungsausgaben. Die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung machen hingegen 16 Prozent der jährlichen Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen aus.



Neun von zehn Behandlungsfälle werden durch die Praxen versorgt.



Praxen sind nicht der Kostentreiber im Gesundheitswesen. Sie sichern vielmehr das stabile Fundament einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung.

› www.kbv.de

CHANCEN EINER STEUERUNG

➤ Die ambulante Gesundheitsversorgung ist die Grundlage für eine flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung im Land. In den rund 99.000 Praxen gibt es täglich durchschnittlich etwa 3,8 Millionen Arzt-Patienten-Kontakte. Demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt führen zu einer beständig steigenden Nachfrage nach ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Dem steht ein zunehmender Fachkräftemangel entgegen, durch den sich die Kapazitätsengpässe beim ärztlichen und nichtärztlichen Personal in der ambulanten Gesundheitsversorgung weiter verschärfen werden.

Gerade vor diesem Hintergrund erfordert eine optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten ein zielgerichtetes und strukturiertes Management innerhalb des Gesundheitssystems. Denn durch eine ungesteuerte und medizinisch nicht indizierte Inanspruchnahme von Leistungen kommt es beispielsweise zu unnötigen Arztbesuchen. Informationsverluste und ineffiziente Abläufe sind weitere Folgen. Dies gilt es zu ändern.

Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD sieht eine verbesserte Steuerung der Patientinnen und Patienten für eine verbesserte Inanspruchnahme und Vermeidung unnötiger Arzt-Patienten-Kontakte vor. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beschäftigt sich mit der Frage der Steuerung in der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung schon seit geraumer Zeit und legt vor dem Hintergrund des Koalitionsvertrages ihre Positionen und Vorschläge hierzu vor.

Ihre konzeptionellen Vorschläge ermöglichen eine zukunfts-fähige Koordinierung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung durch Steuerungsinstrumente. Die Patientenversorgung wird dadurch nachhaltig effizienter, und die hohe Versorgungsqualität bleibt erhalten. Das KBV-Konzept enthält Vorschläge zur Patientensteuerung in der Notfallversorgung, in der akuten und dringlichen ambulanten Versorgung sowie in der Regelversorgung.

AUSZUG KOALITIONSVERTRAG | S. 106:

„Die ambulante Versorgung verbessern wir gezielt, indem wir Wartezeiten verringern, das Personal in ärztlichen Praxen entlasten und den Zugang zu Fachärztinnen und Fachärzten bedarfsgerecht und strukturierter gestalten.“

AMBULANTE REGELVERSORGUNG

Eine bedarfsgerechte Patientensteuerung leistet einen Beitrag dazu, versorgungsrelevante Ressourcen sinnvoll zu allozieren. Mittels einer Steuerung in der ambulanten Regelversorgung gilt es:

- › den Einsatz ärztlicher und nichtärztlicher sowie psychotherapeutischer Kapazitäten zu verbessern
- › Schnittstellen innerhalb und außerhalb der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung und zu anderen Gesundheitsberufen zu verbessern
- › eine ungezielte Inanspruchnahme von Facharztterminen sowie medizinisch nicht zwingend erforderlichen Arztbesuchen zu reduzieren
- › medizinisch nicht indizierte Parallelbehandlungen zu vermeiden

➤ STEUERUNG DURCH HAUSÄRZTE, KINDER- UND JUGENDÄRZTE SOWIE GYNÄKOLOGEN

Das Konzept der KBV sieht vor, dass gesetzlich Krankenversicherte für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen einen Vertragsarzt aus den zur Steuerung bestimmten Facharztgruppen wählen. Dieser übernimmt als erster Ansprechpartner die Steuerung der ambulanten Versorgung und koordiniert den weiteren Behandlungsablauf, zum Beispiel einer Weiterbehandlung durch eine andere Fachärztin oder einen anderen Facharzt. Eine dadurch geschaffene Patientensteuerung in der ambulanten Regelversorgung kann dazu beitragen, die genannten Versorgungsziele zu erreichen: ärztliche und nichtärztliche sowie psychotherapeutische Kapazitätsengpässe zu reduzieren, unnötige medizinische Kosten zu vermeiden und die Versorgungsqualität zu stabilisieren.

Die Steuerung der Patienten erfolgt durch Hausärzte (Allgemeinmediziner und Internisten), Kinder- und Jugendärzte sowie Frauenärzte. Um Patientinnen und Patienten, die beispielsweise unter einer schweren chronischen Erkrankung leiden, einen schnellen und kontinuierlichen Zugang zu einer fachärztlichen Versorgung zu ermöglichen, müssen Regelungen für einen Zugang zur fachärztlichen Versorgung ohne Überweisung für eine krankheitsspezifische Behandlung (durch den „Bezugsarzt“) ermöglicht werden.

Die Ausstellung qualifizierter Überweisungen durch die steuernde Vertragsärztin oder den steuernden Vertragsarzt gilt als ein wesentliches Steuerungselement.

Leistungen, die mit der Übernahme der Rolle als zentrale Ansprechperson für Patienten im gesamten Versorgungsprozess anfallen, der Koordination, der Terminvermittlung, der Behandlungsplanung und der Nutzung telemedizinischer Unterstützungsmöglichkeiten sind als Gebührenordnungsposition(en) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufzunehmen. Dabei sind Leistungen, die über die bereits im EBM bestehenden Leistungsinhalte hinausgehen, durch die Krankenkassen zusätzlich zu finanzieren.

➤ AUSNAHMEN VON DER STEUERUNG

Fachärzte für Augenheilkunde, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können weiterhin ohne Überweisung aufgesucht werden. Hier ist keine Steuerung erforderlich. Dies gilt ebenso, wenn Patientinnen und Patienten ausschließlich eine Früherkennungsuntersuchung oder Schutzimpfung in Anspruch nehmen wollen.

»

AUSZUG KOALITIONSVERTRAG | S. 106:

„Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag. Ausnahmen gelten bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie.“

➤ STEUERUNG DURCH ZUWEISUNG ÜBER DIE 116117

Vor dem Hintergrund der ohnehin schon hohen Arbeitsbelastung ist es nicht zielführend, dass eine verpflichtende Steuerung für alle GKV-Versicherten ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte der genannten Fachgruppen erfolgt. Zudem ist eine zwingende primärärztliche Steuerung nicht für alle Patientengruppen sinnvoll.

Die durch die KBV und die KVen betriebene Rufnummer und digitale Plattform 116117 bietet einen zusätzlichen Weg: Patientinnen und Patienten, die keinen steuernden Vertragsarzt gewählt haben, wenden sich für einen Zugang zur fachärztlichen Versorgung an die 116117 (siehe auch Seite 6). Nach einem medizinisch standardisierten Einschätzungsverfahren (analog zu SmED – Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) wird dort eine fachgruppenspezifische Zuweisung ausgestellt und dem Versicherten ein Terminangebot mit einer Termingarantie unterbreitet. Der Termin kann – sofern geeignet – auch telemedizinisch angeboten werden. Hierbei besteht kein Anspruch auf einen Termin in einer Wunschpraxis. Patientinnen und Patienten haben alternativ die Möglichkeit, sich mit der Zuweisung durch die 116117 an eine Wunschpraxis zu wenden und dort ohne Termingarantie eigenständig einen Termin zu vereinbaren.

Die für die Weiterentwicklung der Plattform 116117 entstehenden Kosten sind aus dem Infrastrukturfonds des Bundes zu finanzieren und nicht aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherungen.

Um den GKV-Versicherten ausreichend Termine über die Plattform anbieten zu können, ist es erforderlich, dass die Arztpraxen eine gewisse Anzahl an Terminen stellen. Für die Vorhaltung dieser Termine bedarf es einer entsprechenden Vorhaltefinanzierung, damit die damit einhergehende unsichere Inanspruchnahme zu keinen finanziellen Einbußen für die Praxen führt. Ein Anteil der derzeit über die 116117 vermittelten Termine wird durch die Patientinnen und Patienten nicht wahrgenommen. Für diese Termine werden in den Praxen Kapazitäten freigehalten, die nicht anderweitig vergeben werden können. Aus diesem Grund ist für alle über die 116117 vermittelten Termine eine Vorhaltefinanzierung erforderlich.

➤ EIGENBETEILIGUNG BEI UNGESTEUERTEM DIREKTZUGANG

Patienten haben neben der Steuerung durch einen Hausarzt, Kinder- und Jugendarzt oder Gynäkologen sowie über die Plattform 116117 weiterhin die Möglichkeit, alle Fachärzte ohne vorherige fachliche Einschätzung zu konsultieren. Patienten, die ohne die beschriebene Steuerung einen Facharzt aufsuchen, müssen eine Eigenbeteiligung leisten. Die Umsetzung der Eigenbeteiligung ist zwischen Versicherten und Krankenkassen zu regeln, ohne die ärztliche Versorgung dadurch mit bürokratischem Aufwand zu belasten.

➤ ENTBUDGETIERUNG FÜR MIT- UND WEITERBEHANDELNDE FACHÄRZTE

Stellt der steuernde Arzt fest, dass ein Facharzt hinzugezogen werden sollte, erfolgt die Mit- und Weiterbehandlung des Krankheitsbildes nach qualifizierter Überweisung oder Zuweisung ausschließlich über den Facharzt, den die Patientin oder der Patient danach aufsucht. Die von diesem Facharzt durchgeführten oder veranlassten Untersuchungen und Behandlungen sind außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren, um eine dem Fall entsprechende angemessene Versorgung zu gewährleisten. Damit hierfür die zeitlichen Kapazitäten vorgehalten werden können, bedarf es zudem der oben genannten separaten Finanzierung. Das gleiche gilt, wenn anhand des strukturierten Ersteinschätzungsverfahrens über die 116117 die Notwendigkeit einer weiterführenden Konsultation oder Diagnostik bei entsprechenden Fachärzten festgestellt wurde.

AKUTE AMBULANTE VERSORGUNG WÄHREND DER PRAXISÖFFNUNGSZEITEN

Eine verbesserte Koordinierung von Akutfällen während der Praxisöffnungszeiten soll durch entsprechende Vergütungsansätze erfolgen. Insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte fungieren dabei als zentrale Ansprechpartner und übernehmen eine koordinierende Rolle. Gleichzeitig werden relevante Facharztgruppen einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung aktiv eingebunden, um eine fachübergreifende Versorgung zu ermöglichen.

➤ PRAXEN SIND ERSTE ANLAUFSTELLE

Erste Anlaufstelle für Hilfesuchende mit neu aufgetretenen, nicht lebensbedrohlichen Beschwerden (Akutfälle, die innerhalb von 24 Stunden behandelt werden müssen) sind während der Praxisöffnungszeiten vor allem Hausarztpraxen oder durch Vorbehandlungen eingebundene Facharztpraxen. Dort erfolgt je nach Anliegen die Erstversorgung der Patientinnen und Patienten. Möglich ist eine Weiterleitung, zum Beispiel an eine andere Praxis. Auch kann die Behandlung dort abschließend durchgeführt werden. Die Zuweisung an geeignete Facharztpraxen im Akutfall kann telefonisch oder über die Vermittlungsplattform 116117 verbindlich erfolgen.

.....

➤ VERSORGUNGSPLATTFORM 116117

Sofern Versicherte keine Hausärztin oder keinen Hausarzt haben, diesen nicht erreichen können oder aber direkt eine geeignete Einrichtung oder Praxis aufsuchen müssen, zum Beispiel wegen einer Schnittwunde, nutzen die Versorgungsplattform 116117. Dort wird festgestellt, wie dringend eine Behandlung erfolgen sollte und wo. Bei Bedarf kann sofort ein Arzttermin gebucht werden. Eine Öffnung von Notaufnahmen der Krankenhäuser für ambulante Versorgungsfälle während der Praxisöffnungszeiten ist daher nicht regelhaft erforderlich.

Eine Termingarantie ist schwierig zu definieren. Diese kann es nur geben, wenn Ärztinnen und Ärzte oder durch die 116117 die Versorgungsnotwendigkeit und der Versorgungszeitpunkt verbindlich festgestellt wurden.

.....

AUSZUG KOALITIONSVERTRAG | S. 106:

„Die Primärärztinnen und Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) betriebene Rufnummer 116117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln. Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht. Zudem schaffen wir die flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin.“

NOTFALLVERSORGUNG UND AKUTE AMBULANTE VERSORGUNG AUßERHALB DER PRAXISÖFFNUNGSZEITEN

Die Zahl der Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser, im Rettungsdienst und im ärztlichen Not- beziehungsweise Bereitschaftsdienst (Behandlung im Akutfall innerhalb von 24 Stunden nach SGB V) nimmt stetig zu. Ein Grund ist, dass immer mehr Menschen die Notfallversorgung auch in medizinisch nicht dringenden Fällen in Anspruch nehmen. Dies führt zu einer Überlastung der ressourcenaufwendigen Notfallstrukturen. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die tatsächlich dringend schnell Hilfe benötigen, wird erschwert.

➤ VERBINDLICHE NUTZUNG VON ERSTEINSCHÄTZUNGSSYSTEMEN

Die Akut- und Notfallversorgung ist für Patientinnen und Patienten vorzuhalten, die einer solchen Behandlung bedürfen. Die Bundesregierung wird deshalb aufgefordert, verlässliche gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Koordinierung nach den medizinischen Erfordernissen der Patientinnen und Patienten ermöglicht. Voraussetzung hierfür ist, dass an allen Orten der Notfall- und Notdienstversorgung verpflichtend standardisierte Ersteinschätzungssysteme eingesetzt werden. Damit lässt sich die Inanspruchnahme der Akut- und Notfallversorgung anhand der medizinischen Dringlichkeit steuern. Patientinnen und Patienten ohne dringliche Anliegen werden in die Regelversorgung vermittelt.

➤ STÄRKUNG UND AUSBAU DER KOORDINIERUNG UND DATENÜBERGABE

Die bestehenden Strukturen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie der 116117-Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen als digitale Multi-Channel-Versorgungsplattform (Telefon, App und Internet) müssen gestärkt und weiterentwickelt werden. Versicherte sollen wie schon in anderen Bereichen üblich mehr Möglichkeiten erhalten, ihr Anliegen digital selbst in die Hand nehmen und steuern zu können. Ziel der Weiterentwicklung ist unter anderem die bessere Erreichbarkeit der 116117, auch unter Zuhilfenahme von Künstlicher Intelligenz (KI) und eine bessere Verzahnung mit den Notaufnahmen. Darüber hinaus lassen sich Fehlsteuerungen reduzieren, die Versorgung effizienter sicherstellen und ein bürokratiearmes System zur Koordinierung verbindlich ausgestalten. Notaufnahmen der Krankenhäuser und der Rettungsdienst sind mit Rechten und Pflichten in diese Koordinierung verbindlich einzubeziehen.

➤ FINANZIERUNG UND INFORMATION DER VERSICHERTEN

Die KBV fordert eine angemessene Vorhaltefinanzierung für die ambulante Akut- und Notdienstversorgung. Dies ist erforderlich, um einen diskriminierungsfreien Zugang zu gewährleisten und die Akut- und Notfallversorgung entsprechend des medizinisch notwendigen Bedarfs zu gestalten. Hierzu zählt insbesondere eine ausreichende Finanzierung des telefonischen und digitalen Angebots der Versorgungsplattform 116117 und der entsprechenden Ersteinschätzungssysteme sowie der übrigen Strukturen der Akutversorgung.

Die Versorgungsplattform 116117 (Rufnummer und digitale Vermittlungsplattform) bietet den Bürgerinnen und Bürgern bereits jetzt eine zentrale Anlaufstelle bei akuten Beschwerden während und außerhalb der Öffnungszeiten der Praxen. Das Angebot wird in der Bevölkerung noch nicht ausreichend wahrgenommen. Die neuen Versorgungsmöglichkeiten müssen deshalb von entsprechenden Informationsangeboten für Versicherte begleitet werden.

AUSZUG KOALITIONSVERTRAG | S. 107:

„Wir schaffen eine gesetzliche Regelung, die die Sozialversicherungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten im Bereitschaftsdienst der Krankenversicherung ermöglicht und bringen Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform auf den Weg.“

