

Positionspapier

**Landesverband Sachsen
Landesfachkommission Gesundheitspolitik**

Ambulante Medizinische Versorgung in Sachsen 2020

Wir verfügen in Deutschland über ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, das jedem Bürger eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau garantiert. Für diese Errungenschaft genießen wir weltweit ein hohes Ansehen. Es ist jedoch zu befürchten, dass dieser Standard demnächst immer schwieriger zu realisieren sein wird. Dieses Positionspapier bezieht zu ausgewählten Versorgungsproblemen in Sachsen Stellung und trägt Lösungsvorschläge vor. Es umfasst dabei ausdrücklich nicht die gesamte medizinische und pflegerische Betreuung von Patienten.

Die Partner im sächsischen Gesundheitssystem haben bereits vor Jahren Instrumente eingeführt, dem Ärztemangel in bestimmten Regionen entgegenzuwirken. Diese Fördermechanismen haben die Situation zwar entschärft, ihre Möglichkeiten sind jedoch begrenzt. **Die Ressource Arzt in der Patientenversorgung ist und bleibt für die Zukunft ein Engpass.** Die Planungsbezirke insbesondere in ländlichen Räumen, die von drohender oder bereits bestehender Unterversorgung betroffen sind, werden aufgrund der Altersstruktur niedergelassener Fachärzte absehbar spürbar zunehmen. Diese Sicherstellungsprobleme dürfen jedoch nicht dazu führen, dass anstelle von gut ausgebildeten Fachärzten, die Patienten umfassend medizinisch versorgen und die Inanspruchnahme von veranlassten Leistungen steuern, schnell ausgebildete Leistungserbringer mit eigenständiger Patientenbehandlung treten. Dies würde die Patientengesundheit gefährden und die Kostensteuerung in Frage stellen.

Die vermeintliche Lösung wird schnell in der Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen gesehen. Mit Hinweis auf die vorhandene Struktur mag dieser Weg vereinzelt zum Ziel führen. An der generellen Lösung sind Zweifel angebracht, denn auch die Kliniken in ländlichen Regionen verfügen über begrenztes ärztliches Personal und sind mit der stationären Versorgung ausgelastet. Nicht umsonst erklären sich immer weniger Klinikärzte bereit, zusätzlich Notarzteinsätze für den Rettungsdienst zu übernehmen. Angestellte Ärzte z.B. in MVZ behandeln nachweislich im Durchschnitt deutlich weniger Patienten als niedergelassene Ärzte. Fakt ist darüber hinaus, dass angestellte Ärzte in klinikeigenen MVZ aufgrund der Abhängigkeit vom Arbeitgeber deutlich häufiger Patienten ins eigene Krankenhaus einweisen als niedergelassene Fachkollegen. Die medizinische Notwendigkeit zur Einweisung ist nicht in jedem Fall gegeben.

Zu bedenken ist, dass rund 90% der Patientenfälle im vertragsärztlichen und etwa 10% im stationären Bereich medizinisch versorgt werden. Etwa 120 Krankenhausstandorten stehen ca. 5.000 vertragsärztliche Standorte gegenüber. Wer eine wohnortnahe, flächendeckende Versorgung mit international vergleichbar relativ niedrigen Wartezeiten und Zugangshürden auch in Zukunft zu erhalten beabsichtigt, muss beide Aspekte beachten.

Die eigentliche Ursache für Besetzungsprobleme ist die generelle **Abwanderung von Fachkräften aus ländlichen Regionen** in Ballungszentren und die zunehmende allgemeine Abneigung vor der selbstständigen Tätigkeit als Unternehmer. Befragungen und vor allem das Verhalten von Berufseinsteigern deuten darauf hin, dass die Tätigkeit in Angestelltenverhältnissen zunehmend als attraktiver und risikoärmer bewertet wird. In der Gesellschaft zeichnet sich der Trend ab, das Angestelltenverhältnis mit festem Gehalt und geregelter Arbeitszeit ohne größere Verantwortung zu bevorzugen. Der Arztberuf ist nach wie vor positiv besetzt, nur eben nicht mehr in der bisherigen Ausübung in eigener Niederlassung und eher in der Stadt als auf dem Land. Im Kern stellt sich das Problem als ungleiche Verteilung der ärztlichen Kompetenz dar. Junge Absolventen lassen sich nicht vordergründig von monetären Beweggründen leiten, vielmehr bestimmen persönliche Freiräume die Lebensqualität und bilden die bewusste Alternative in der etablierten Wohlstandsgesellschaft. Diesem Interesse scheint die Selbstständigkeit diametral entgegen zu stehen. Auch wenn der Aspekt für die niedergelassene ärztliche Tätigkeit im Vergleich zu anderen selbstständigen Tätigkeiten nicht die gleiche Relevanz hat, haben doch die Risiken und Verpflichtungen für Unternehmer in den letzten Jahren derart an Bürokratie und Intensität zugenommen, dass es unattraktiv scheint, die unternehmerische Tätigkeit zu wählen. Mit vielen bürokratischen Entscheidungen hat die Politik dazu selbst beigesteuert.

Ein Gründerklima, das Anreize zum Unternehmertum setzt, ist der einzig erfolgversprechende Ausweg zur generellen Problemlösung. Gründerinitiativen sind auch im Gesundheitswesen zu erwägen. Dabei sollte bereits im Medizinstudium und während der ärztlichen Weiterbildung angesetzt werden, also bevor eine grundsätzliche Entscheidung über den beruflichen Werdegang getroffen wird.

Die folgenden Vorschläge stellen lediglich Reparaturen am System dar, sind aber dennoch relevant, um kurzfristig Fehlsteuerungen beheben zu können.

Im Bereich der kassenärztlichen Versorgung sind Bürokratie abbauende Anpassungen im Einvernehmen der Vertragspartner notwendig und möglich.

Die zeitliche Budgetierung der Vertragsarzttätigkeit durch Zeitprofile (entsprechend Rahmenvereinbarung KBV und GKV-Spitzenverband zur Plausibilitätsprüfung) schränkt die Ausübung unzeitgemäß ein und konterkariert die Bemühungen um Kapazitäten für die Patientenversorgung. Auch die fest budgetierte Gesamtvergütung ist leistungsfeindlich. Sie führt dazu, dass Leistungen über das Honorarvolumen hinaus faktisch nicht mehr bzw. nur mit sehr niedrigen „Rest-“Leistungsquoten vergütet werden können. Verschärft wird diese Wirkung durch zahlreiche versorgungsfremde Aufgaben, die aus der Gesamtvergütung bzw. der aus ihr zu generierenden Verwaltungskostenumlage zu finanzieren sind. Ärzte erhalten so permanent das Signal, hohe Leistungsbereitschaft sei unerwünscht.

Die bürokratischen Belastungen der Ärzte insbesondere durch umfangreiche Dokumentationspflichten haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Die Vorschriften sind auf den Prüfstand zu stellen und auf das tatsächlich notwendige Maß zurückzuführen. Das betrifft z.B. die Umsetzung der DMP im Rahmen des Morbi-RSA sowie

der Vorgaben von Richtlinien des GBA (Evaluierungs- und Dokumentationsvorschriften im Rahmen diverser Verträge und Behandlungsprogramme abschaffen oder verringern oder durch Stichprobenerhebungen ersetzen.)

Die geltenden Hygieneanforderungen sind zu undifferenziert und berücksichtigen nicht das unterschiedliche Risikoprofil der jeweiligen Praxis.

Die Vorgaben an das interne Qualitätsmanagement sind sehr abstrakt (GBA-Richtlinie). Der gewünschte Effekt des Bürokratieabbaus und der Effizienzerhöhung ist unter den geltenden Vorgaben nicht realisierbar.

Der Austausch von personenbezogenen Daten zwischen verschiedenen Behörden und Körperschaften ist nur eingeschränkt möglich, sodass Ärzte oft mehrfach Informationen und Dokumente vorlegen müssen.

Eine Harmonisierung differenter gesetzlicher Vorgaben im Kammer- und Sozialrecht für das Tätigwerden von Ärzten ist dringend erforderlich.

Qualitätssicherungsvorgaben für vergleichbare Leistungen sind für den ambulanten und stationären Bereich zu vereinheitlichen.

Die Kontrollrechte diverser Institutionen müssen harmonisiert werden (Eichämter, Gesundheitsämter, Landesuntersuchungsanstalten etc.), um Doppel- oder Mehrfachprüfungen unterschiedlicher Institutionen zu gleichen Sachverhalten zu vermeiden.

Aufgrund der genannten Herausforderungen im Gesundheitswesen ist auch eine Überarbeitung der Bedarfsplanung notwendig. Diese muss sich künftig stärker am Behandlungsbedarf der Patienten orientieren. Außer bei Sonderbedarfszulassungen sowie bei Ermächtigungen gibt es derzeit im Zulassungsrecht faktisch keine Möglichkeiten, steuernd auf die Leistungsausrichtung einer Praxis einzuwirken.

Der Wirtschaftsrat fordert, die Rahmenbedingungen für die Gründung von Praxiskliniken deutlich zu verbessern. Praxiskliniken nach § 122 SGB V synthetisieren die klinischen Bedingungen mit den Vorzügen der ambulanten Betreuung. Zertifizierte Praxiskliniken erfüllen hohe Qualitätsstandards wie externe Hygieneüberprüfung und Qualitätssicherung. In ihrem Leistungsspektrum gehen sie weit über normale ambulante Behandlungen inkl. Operationen hinaus und erbringen vorrangig krankenhausersetzende Eingriffe inklusive der postoperativen Überwachung der Patienten im Bedarfsfalle auch über Nacht. **Die Vergütung dieses anspruchsvollen Leistungsumfangs ist im EBM nicht abgebildet. Dafür bieten sich sogenannte Hybrid-DRG's an, deren Vereinbarung über bestehende Rechtsgrundlagen zwar möglich ist, jedoch keinem Rechtsanspruch unterliegt.** Praxiskliniken stellen eine effektive integrierende Struktur dar, die dem Patienteninteresse nach schneller, ergebnisorientierter Behandlung und der Sektor übergreifenden Vernetzung entgegenkommt. Auch für den Freistaat ergeben sich weitreichende Vorteile.

Schnellstmöglich ist von der vorrangigen Verwaltung des Arztmangels in bestimmten Regionen und Fachgebieten auf effektive Maßnahmen zu dessen Behebung umzusteuern. Dies erfordert regional angepasste Pakete von lang-, mittel- und kurzfristigen Maßnahmen. Ohne wirksame Einflussnahme auf das Anspruchsverhalten von Versicherten und Patienten werden die verfügbaren Ressourcen jedoch niemals ausreichen. **Der Wirtschaftsrat fordert deshalb, gegenüber der Bevölkerung und Patienten Klarheit zu schaffen, dass einerseits**

auch alternative Angebote notwendig sind, aber andererseits auch die Eigenbemühungen und die Mitverantwortung von Versicherten und Patienten gefordert sind.

Der Wirtschaftsrat fordert, Ärzten attraktivere Möglichkeiten zu schaffen, sich von ärztlichen Leistungen im Wege der Delegation zu entlasten und sich auf die wesentlichen ärztlichen Aufgaben zu konzentrieren. Das gilt sowohl für die ambulante als auch für die klinische Tätigkeit. Die konkrete Ausgestaltung ist dem Facharzt zu überlassen, der dafür die Verantwortung trägt. Das Berufsbild der qualifizierten Praxisassistenten (vgl. AGNES oder VERAH oder NÄPA) ist weiterzuentwickeln und Hemmnisse zu deren Beschäftigung sind abzubauen. Immobiler Patienten zum Beispiel können im Hausbesuch ohne weiteres in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt oftmals umfassend von Praxisassistenten betreut werden, ohne dass der Arzt diese Zeit persönlich investieren muss.

Delegierte Verantwortung schafft zudem höhere Arbeitszufriedenheit beim mittleren medizinischen Personal. Die sehr restriktive Delegationsvereinbarung zwischen KBV und SpäBu ist dazu kurzfristig zu überarbeiten und hinsichtlich der aktuellen Versorgungsanforderungen zu flexibilisieren. Der Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistenten muss auch durch gemeinschaftliche Beschäftigungsmodelle möglich sein. Der Betrieb kann durch einzelne niedergelassene Ärzte oder Ärztegemeinschaften erfolgen. Gerade in ländlichen Regionen sind niedergelassene Ärzte trotz umfänglicher Sprechzeiten und weitgehendem Entgegenkommen oftmals nicht mehr in der Lage, zusätzliche Patienten aufzunehmen. Im völlig ausgebuchten Bestellsystem haben die verbleibenden Ärzte die Grenze ihrer eigenen Leistungsfähigkeit erreicht. Zur Entwicklung derartiger Strukturen könnte die KV als Dienstleister Beratung und Unterstützung anbieten.

Auch im Bereich des Notarztdienstes ist die Ressource Arzt ein wertvolles Gut, dass aber mit einem Anteil von 60% an nicht indizierten Einsätzen allzu oft verschwendet wird. Ein Schwerpunkt ist daher eine bessere Qualität der Disposition der Einsätze in den Leitstellen. Durch eine unterschiedliche Vergütung der Leitstellenmitarbeiter zwischen Stadt und Land verlassen die gut ausgebildeten Disponenten die ländliche Region. Hier kann kurzfristig gegengesteuert werden. Die Disponenten müssen exzellent qualifiziert und bestens gerüstet sein, um den Einsatz nach medizinischer Notfallindikation in die Zuständigkeiten des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes oder des Rettungsdienstes differenzieren zu können. Für eine funktionierende integrierte Vermittlung des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und des Rettungsdienstes unter einem Dach sind dabei auch rechtliche Fragen (z.B. Haftung) zu lösen. Die Disponenten sollten die Möglichkeit haben, durch Sofortkontakt mit einem ärztlichen Berater unübersichtliche Situationen und unklare Fragestellungen hinsichtlich des Einsatzes der Rettungsmittel mit Rechtssicherheit ohne ständige Sorge um die Tragweite ihrer Entscheidung lösen zu können. Dabei ist auch hier zukünftig der Telemedizin ein viel größerer Stellenwert einzuräumen.

Der Wirtschaftsrat sieht in der Interessensüberschneidung von kommunalen Trägern des Rettungsdienstes und Betreibern der Rettungsmittel einen wesentlichen Hinderungsgrund, einen effizienten und effektiven Rettungsdienst zu organisieren. Der Rettungsdienst darf nur für Patienten in lebensbedrohlichen Situationen genutzt werden. Es besteht die dringende Notwendigkeit, Informationen aus den Anrufen in den Rettungsleitstellen sowie den Notarztprotokollen einer Auswertung zugänglich zu machen. Entsprechende Beschlüsse des Gemeinsamen Landesgremiums müssen schnellstmöglich

umgesetzt werden. Die Entflechtung vielfältiger Interessen ist ebenfalls dringend erforderlich.

Für den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst außerhalb der regulären Sprechzeiten schlägt der Wirtschaftsrat folgendes Grundmodell vor. Das trifft ausdrücklich auf Patienten zu, die keiner notärztlichen Versorgung bedürfen.

Unter dem Dach der Kassenärztlichen Vereinigung werden bereits an ausgewählten Standorten privatrechtlich oder als Eigeneinrichtung der KV Bereitschaftsdienst-Praxen in Kooperation mit Notfallambulanzen von Krankenhäusern betrieben. Es ist zu prüfen, inwieweit solche Modelle ausbaufähig sind.

Ein zu prüfender organisatorischer Ansatz wäre z. B., ob eine Entlastung von Notfallambulanzen und Ärzten möglich ist, wenn ein Team aus speziell qualifizierten Praxisassistenten unter ärztlicher Leitung eine Filterfunktion übernimmt und den Erstkontakt sowie die Erstversorgung im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen gewährleistet. Komplexere Beschwerdesituationen führen zur unmittelbaren Vorstellung beim Bereitschaftsdienstarzt. Dieser wiederum entscheidet, ob eine Vorstellung des Patienten in der Notfallambulanz bzw. die stationäre Versorgung notwendig sind. Das Delegationsverfahren erfordert die Besetzung mit mehr mittlerem medizinischem Personal mit entsprechender Qualifikation. In Palliativteams funktionieren ähnliche Organisationsmodelle bereits.

Die Bereitschaftsdienstpraxen sind grundsätzlich als erste Anlaufstelle für Patienten vor der Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenhäuser vorzusehen. Die Inanspruchnahme darf nicht dem Zufall überlassen bleiben. Mit entsprechender Öffentlichkeitsarbeit ist diese Struktur in der Bevölkerung zu etablieren. **Mit Selbstbeteiligungen sind auch steuernde Anreize zu setzen.**

Die Zahl der älteren Menschen in Folge längerer Lebenserwartung steigt rasant. Bereits 2013 werden ca. 3,3 Mio. Menschen pflegebedürftig sein und benötigen professionelle Pflege. **Es besteht ein Mangel an gut ausgebildeten Pflegefachkräften.** Hinzu kommt die teilweise ungenügende und regional sehr differenzierte Anerkennung der Leistungen durch die Kostenträger, insbesondere auch in der Intensiv- und Beatmungspflege. Beide Umstände fördern den Niveauverfall bei den Pflegeleistungen bei anspruchsvoller Pflege. Zunehmend übernehmen Pflegedienste die Versorgung von Beatmungspatienten ohne nachhaltige Voraussetzungen. Fehlende Qualitätsstandards für die Intensiv- und Beatmungspflege fördern noch diese Entwicklung. Um diese Entwicklung entgegen zu wirken, muss eine Vereinbarung für Leistungen mit hohem behandlungspflegerischen Aufwand für alle Bundesländer zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten und ausreichender Vergütung der Leistungserbringer abgeschlossen werden (Beispiel Berlin/Brandenburg). Der Heilerziehungspfleger sollte als vollwertige Fachkraft in der stationären und ambulanten Pflege anerkannt werden. Die Voraussetzungen für den Einsatz von ausländischen Auszubildenden bzw. Fachkräften sind zu verbessern. Der damit verbundene Abschluss von notwendigen Verträgen zwischen den Ländern sollte forciert werden (Beispiel: Vietnam). Die Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen im Pflegebereich ist zu verbessern.

Die Digitalisierung in der Gesellschaft muss auch das Gesundheitswesen erfassen. Die Prozesse lassen sich erheblich effektiver gestalten und auch mit neuen Produkten kann Versorgung optimiert werden. Der Mehrwert ist vielfältig. Um ihn zu erzeugen, sind aber erhebliche organisatorische und technische Aufwendungen im Vorfeld notwendig. **Der Wirtschaftsrat fordert die Ärzteschaft auf, die digitalen Möglichkeiten zu ihrem und zum Nutzen der Patienten proaktiv aufzugreifen und mit zu beeinflussen. Gleichzeitig appellieren wir auch an den Gesetzgeber und die Industrie, die finanziellen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen zu schaffen, dies zu ermöglichen.**

Denkbar sind z. B. Telekonsultationen zwischen Ärzten oder mit Klinikfachabteilungen unter möglicher Beteiligung des Patienten. Statt der unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Fachärzten lässt sich auf diese Weise eine dem Patienten dienliche schnelle, zielorientierte interdisziplinäre Betreuung organisieren. Gerade in ländlichen Regionen, in denen sich die Sicherstellung der Versorgung zunehmend schwieriger gestaltet, bieten sich Instrumente der digitalen Vernetzung an. Auch dafür ist es notwendig, die erforderlichen Rahmenbedingungen (Berufsrecht, Haftungsrecht, Finanzierung etc.) zügig anzupassen. Ein geeigneter Bereich könnten z.B. auch Zweitmeinungsverfahren sein.

Erste Erfahrungen mit qualitätsgesicherten, wissenschaftlich fundierten Gesundheits-Apps oder Online-Coaching-Programmen bestätigen positive Wirkungen auf die Compliance der Patienten, weil die Patienten umfassend über ihre Erkrankung informiert und aufgeklärt werden.

Programme, bei denen der individuelle Austausch mit Therapeuten per Telefon, Mail oder Chat ermöglicht wird, verstärken diesen Effekt sogar (Beispiel deprexis 24°). Der informierte Patient adressiert seine Anliegen an den behandelnden Arzt konzentrierter und bedarfsbezogener. Der Arzt gewinnt wertvolle Zeit. Für Patienten, die lange Wartezeiten auf eine spezialisierte Behandlung in Kauf nehmen müssen, stellen derartige ergänzende Angebote eine wirksame Hilfe zur Selbsthilfe dar.

Im internationalen Vergleich ist im deutschen Gesundheitssystem mit 15 Facharztbesuchen pro Jahr die höchste Kontakthäufigkeit feststellbar. Dieser Fakt widerspiegelt auch ein ausgeprägtes Anspruchsdenken der Patienten, das durch den kostenlosen Zugang noch verstärkt wird. Es ist also gewissermaßen systembedingt. **Der Wirtschaftsrat fordert, jeden Arztbesuch mit einer Gebühr zu belegen.** Durch zu umfangreiche Ausnahmen hatte die frühere Praxisgebühr ihre steuernde Funktion verfehlt. Für die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes oder von Krankenhausambulanzen ist eine höhere Gebühr vorzusehen als für den „normalen“ Arztbesuch in einer vertragsärztlichen Praxis bzw. Einrichtung.

Die Universitäten in Dresden und Leipzig sollen für die Ausbildung von Hausärzten ein Kontingent von Studienplätzen separieren, das nicht von der ZVS vergeben werden kann. Konkrete Fälle können belegen, dass Bewerber für ein Medizinstudium, die bereits jahrelang auf einen Studienplatz gewartet haben (Wartesemester) und sich in dieser Zeit im mittleren medizinischen Bereich qualifiziert haben und außerdem die Zusage einer künftigen Hausarztstätigkeit in ländlichen Regionen gegeben haben, keinen Studienplatz erhalten.

Fazit:

Wenn wir feststellen, dass die Kapazitäten der Fachkräfte - der Ärzte wie auch des mittleren medizinischen Personals - begrenzt sind, dann müssen wir uns dringend mit ihrem effizienten und effektiven Einsatz zur Arbeitserleichterung beschäftigen. Außergewöhnliche Situationen erfordern außergewöhnliche Denkansätze und Entscheidungen sowie die Bereitschaft der beteiligten Partner, unkonventionelle, pragmatische Lösungen zuzulassen.

Wirtschaftsrat Deutschland
Landesverband Sachsen
Landesfachkommission Gesundheitspolitik

Stand: Oktober 2016