

INTEGRATIVE VERSORGUNG

Primärversorgungszentren (PVZ) – integrativ medizinisch versorgt

vom Juli 2023

INTEGRATIVE VERSORGUNG

Primärversorgungszentren (PVZ) – integrativ medizinisch versorgt

vom 20. Juli 2023

EINLEITUNG

Verschiebungen im Morbiditätsspektrum und ein zunehmender Hausarztmangel erschweren den Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung. Dies betrifft insbesondere sozial benachteiligte Räume sowie strukturschwache Gebiete. Verschärft wird diese Problematik durch den Wunsch der nachwachsenden Medizinergeneration nach flexiblen Arbeitszeiten sowie Angestelltenverhältnissen. Während im Jahr 2009 erst jeder 16. Hausarzt in Anstellung tätig war, war es im Jahr 2020 bereits jeder fünfte¹. Im selben Zeitraum vergrößerte sich der Anteil der in Teilzeit tätigen Hausärzte von 2,4 % im Jahr 2009 auf 11,9 % im Jahr 2020². Bei in etwa gleichbleibender Zahl der Hausärzte hat sich ihr Arbeitsvolumen verringert.

Um die Gesundheitsversorgung unter diesen Bedingungen dauerhaft flächendeckend zu sichern, sind neue Ansätze von Nöten: Zentral ist ein niedrigschwelliger Zugang zur berufsgruppenübergreifenden Gesundheitsversorgung unter besonderer Berücksichtigung sozialraumbezogener Bedarfe. Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass die Vorstellungen von Arbeit und Freizeit sich geändert haben. Junge Ärztinnen und Ärzte sehen sich nicht mehr als Einzelkämpfer, die jeden Tag allein Patienten versorgen und sich anschließend den notwendigen unternehmerischen und administrativen Tätigkeiten widmen. Arbeiten im Team, insbesondere auch mit anderen Berufsgruppen zusammen, der inhaltliche Austausch untereinander, die Delegation und Substitution von Tätigkeiten oder Angestelltenverhältnisse mit festen, kalkulierbaren Arbeitszeiten kommen dem Bedürfnis vieler junger Ärztinnen und Ärzte, aber auch von Pflegekräften sowie den Angehörigen weiterer Berufe nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie entgegen.

Für einen niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung und attraktive Arbeitsbedingungen gerade in sozial benachteiligten oder strukturschwachen Regionen sollten bestehende Strukturen sinnvoll und integrativ weiterentwickelt werden. Vorschläge aus dem inzwischen vorliegenden Referentenentwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) wie Gesundheitsregionen, multiprofessionelle Gesundheitszentren, Gesundheitskioske oder auch die im Zuge der Krankenhausreform entstehenden Level li-Häuser können in diesem Rahmen umgesetzt oder angedockt werden; keinesfalls jedoch sollten Parallelstrukturen entstehen.

¹ Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Robert-Bosch-Stiftung 2021; Seite 32.

² Ebd. S. 31.

Lösungsvorschläge:

- **Keine Parallelstrukturen installieren, sondern Stärkung der Versorgung durch Kooperationen: HzV und MVZ zu PVZ ausbauen.**
- **Regionale Vernetzung, basierend auf bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarfen – Vorrang für PVZ im Zulassungsverfahren.**
- **Teambasierte Primärversorgung als neuen Standard festlegen.**
- **Qualifizierte Pflegekräfte als unverzichtbarer Bestandteil der Primärversorgung: PVZ in Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten einbinden.**
- **Krankenkassen als Gründer von PVZ etablieren.**
- **Level-II-Krankenhäuser in die Primärversorgung einbeziehen.**
- **Finanzierung von PVZ in bestehende Vergütungssysteme, vorwiegend zur HzV, integrieren.**
- **Anschubfinanzierung für PVZ als Versorgungsgaranten sicherstellen.**

Keine Parallelstrukturen installieren, sondern Stärkung der Versorgung durch Kooperationen: HzV und MVZ zu PVZ ausbauen.

Mit den im Referentenentwurf zum GVSG genannten Gesundheitskiosken soll insbesondere ein niedrigschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung in sozial benachteiligten Räumen geschaffen werden. Die Idee der Gesundheitsregionen adressiert den oftmals fehlenden Bezug zum konkreten Bedarf der Wohnbevölkerung einer Region und mit den Gesundheits- resp. Primärversorgungszentren soll die hausärztliche Versorgung flächendeckend sichergestellt werden.

Mit unserem im Folgenden vorgestellten Konzept der Primärversorgungszentren lassen sich diese Aspekte integrativ auf Basis einer Weiterentwicklung der Medizinischen Versorgungszentren realisieren.

Die Verträge über die hausärztliche Versorgung definieren die Schwerpunkte der hausärztlichen Tätigkeit bereits weit über rein kurative Aspekte hinaus. So gehören die Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände und des sozialen Umfeldes der Patienten ebenso zur Versorgung wie eine regelmäßige Hausbesuchstätigkeit, die Integration komplementärer Heilberufe und flankierender Dienste (insbesondere der häuslichen Pflege), die Beratung zu präventiven und rehabilitativen Maßnahmen, Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung einschließlich individueller Hilfen zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen sowie das Aufzeigen von Strategien zur Krankheitsbewältigung und die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen. All diese Prinzipien sollten in eine zukünftige Primärversorgung übernommen werden.

Regionale Vernetzung, basierend auf bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarfen – Vorrang für

Primärversorgungszentren (PVZ) auf Basis bestehender und neu zu etablierender MVZ-Strukturen bieten die Chance, bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarfen passgenauer zu entsprechen als dies mit herkömmlichen

PVZ im Zulassungsverfahren.

Einzelpraxen gewährleistet werden könnte. Der regionale Bezug dieser kooperativen Versorgungsform erlaubt es, besondere Versorgungsaspekte variabel einzubinden.

Neben medizinischen Leistungen der Grund- und Routineversorgung sollen PVZ einen niedrighschwelligen Zugang insbesondere durch die Integration von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung gewährleisten und sich durch Beratungsangebote rund um die Gesundheit als erster Ansprechpartner bewähren. Sie übernehmen für wenig mobile Patienten verstärkt aufsuchende Behandlungen, die perspektivisch selbständig durch qualifizierte Pflegefachpersonen durchgeführt werden und vermitteln und beraten zu notwendigen Leistungen der Pflege. Durch die Integration in bestehende regionale Netzwerke unterstützen sie aktiv und nachhaltig bei der Vermittlung notwendiger Facharzttermine. Ein Engagement der Kommunen für ihr Zentrum erlaubt und garantiert die perspektivische Ergänzung um Beratungsleistungen anderer Sozialgesetzbücher und die Integration aufsuchender Sozialarbeit. Community Health Nurses, die laut Koalitionsvertrag als neuer Beruf in Deutschland etabliert werden sollen und laut Referentenentwurf des GMSG Gesundheitskioske leiten sollen, werden dabei eine wesentliche Rolle spielen.

Unabhängig von der Trägerschaft eines MVZ sollten diese einen Vorrang in Zulassungsverfahren genießen, wenn ihre Ausrichtung als PVZ durch den Nachweis folgender Mindestvoraussetzungen belegt werden kann:

Mindestumfang Leistungserbringer:

- Allgemeinmediziner
- Kinder- und Jugendmediziner
- Medizinische Fachkraft mit erweiterten Kenntnissen (Nichtärztliche Praxisassistentin – NÄPa; Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis – VERAH; Pflegefachkraft, Soziotherapeutin, Diätassistentin etc.)

Um sich in einer Region erfolgreich zu vernetzen und bestehende Versorgungsbedarfe der Bevölkerung erkennen und ihnen entsprechen zu können, sind Kooperationsverträge mit lokal agierenden Akteuren über eine konkrete Zusammenarbeit abzuschließen. Geeignete und prioritär einzubindende Kooperationspartner sind die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Öffentliche Gesundheitsdienst, der oder die Pflegestützpunkte, ambulante Krebsberatungsstellen sowie niedergelassene Fachärzte. Ebenfalls wichtige Kooperationspartner vor Ort sind die Krankenkassen, die zielgerichtete Präventionsangebote für ihre Versicherten bereitstellen. Perspektivisch sollte darüber hinaus eine Einbindung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung angestrebt werden.

Teambasierte Primärversorgung als neuen Standard festlegen.

Einrichtungen der Primärversorgung sollten weiterhin erster Anlaufpunkt bleiben, die Einzelpraxen können diesen Anspruch allerdings schon heute nicht mehr erfüllen. Eine Ergänzung oder Alternative sind Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die bereits eine enge Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern vorsehen. Auch Kommunen und anerkannte Praxisnetze können MVZ gründen.

MVZ sind eine geeignete, bereits im SGB V verankerte Versorgungsstruktur, die sich bedarfsorientiert zu Primärversorgungszentren (PVZ) weiterentwickeln lässt.

Die Struktur eines MVZ als Basis einer neu strukturierten Primärversorgung bietet auch aus Patientensicht entscheidende Vorteile, da durch eine strukturierte Arbeitsorganisation bessere Erreichbarkeitszeiten und geringere Wartezeiten realisiert werden können.

Qualifizierte Pflegekräfte als unverzichtbarer Bestandteil der Primärversorgung – PVZ in Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten einbinden.

Mit den Positionen des BKK Dachverbands zu Kommunalen pflegerischen Versorgungszentren (KpVZ) wurde bereits verdeutlicht, dass zur Sicherstellung der Grundversorgung die tradierte strikte Trennung zwischen ärztlichem und pflegerischem Versorgungsbereich überwunden werden muss. Unverzichtbar ist der Aufbau von Kapazitäten im Bereich der akademisch qualifizierten Pflegefachkräfte. Perspektivisch ist eine teilweise Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Qualifizierungen wie bspw. Community Health Nurses oder Physician Assistants anzustreben. Um diese Entwicklung zu fördern, sind PVZ verpflichtend in die Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64 d SGB V einzubinden.

Krankenkassen als Gründer von PVZ etablieren.

Neben den bereits bekannten Trägern von MVZ sollten die Krankenkassen und deren Verbände sowie Kommunen PVZ gründen können. Bereits jetzt sieht das SGB V in § 140 vor, dass Krankenkassen Gründer von Medizinischen Versorgungszentren sein können; allerdings steht diese Vorschrift in engem Zusammenhang mit dem Bestandsschutz für vor 1989 betriebene Eigeneinrichtungen. PVZ sollen prioritär in Planungsbezirken entstehen, die einen unbesetzten Vertragsarztsitz für Allgemeinmedizin aufweisen. Zusätzlich zur Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen, bei mangelnder Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung Eigeneinrichtungen zu gründen, sollten demnach künftig auch Krankenkassen und ihre Verbände sowie Kommunen grundsätzlich die Berechtigung zur Gründung von MVZ bzw. PVZ erhalten.

Level-Ii-Krankenhäuser in die Primärversorgung einbeziehen.

Neben der Weiterentwicklung von MVZ zu PVZ durch den verpflichtenden Einbezug nicht-ärztlicher Leistungserbringer könnten ebenfalls im Zuge der Krankenhausreform entstehende Krankenhäuser des Levels Ii Aufgaben einer neu strukturierten Primärversorgung übernehmen. Derzeit ist vorgesehen, dass die Level-Ii-Häuser als sektorübergreifende Versorger fungieren und sowohl ambulante wie stationäre Leistungen anbieten. Sie gelten als Krankenhäuser und fallen unter die Krankenhausplanung der Länder. Sie können von einer Pflegekraft geleitet werden. Diese Häuser können selbst die ambulante Primärversorgung leisten. Wenn sie dafür nicht ausgelegt sind, ist zu überlegen, ob die Einführung einer Verpflichtung für Länder und Landkreise bestehen soll, im Umkreis eines Level Ii Hauses ein PVZ zu gründen.

Finanzierung von PVZ in bestehende Vergütungssysteme, vorwiegend zur HzV, integrieren.

Die hausarztzentrierte Versorgung wird auf Grund eines zunehmenden Hausarztmangels an Grenzen der Realisierbarkeit stoßen. Die Erwartungen an die HzV, allein eine koordinierende Funktion zur Lösung bestehender Schnittstellenprobleme im Gesundheitswesen nachhaltig zu etablieren, haben sich nicht erfüllt. Die zusätzliche Etablierung von PVZ erfordert auch neue Finanzierungsregelungen. Während ärztliche Leistungen in PVZ nach EBM und GOÄ bzw. nach den Regelungen des § 73 SGB V (hausarztzentrierte Versorgung) vergütet werden, sollten die nichtärztlichen sowie die koordinierenden Leistungen in die bestehenden Vergütungen integriert werden, soweit das noch nicht der Fall ist. In einer Rahmenvereinbarung im Bundesmantelvertrag für PVZ können entsprechende Zuschläge und Pauschalen vereinbart werden.

Anschubfinanzierung für PVZ als Versorgungsgaranten sicherstellen.

Leistungen der Primärversorgung gehören zum Regelleistungskatalog der GKV und unterliegen dem Sachleistungsprinzip. Abhängig von der konkreten Trägerschaft eines PVZ sind darüber hinaus verschiedene Optionen zur Anschubfinanzierung notwendiger Strukturmaßnahmen denkbar:

- Förderung mit Mitteln Strukturfonds ambulant (§ 105 SGB V)
- Krankenhausstrukturfonds
- Kommunale Förderung für Daseinsfürsorge



HABEN SIE FRAGEN? WIR BEANTWORTEN SIE GERNE

Kontakt

Ulrike Müller
Politik und Kommunikation
TEL +49 30 2700 406 - 307

Mail politik@bkk-dv.de

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
www.bkk-dachverband.de