

PRESSEKONFERENZ

Thema:

Long COVID - Hindernisse im kassenärztlichen Bereich müssen beseitigt werden

Teilnehmer:

MR Dr. Johannes Steinhart

Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer, Obmann der Bundeskurie
niedergelassene Ärzte

Prof. Dr. Bonni Syeda

Kardiologin mit Gruppenpraxis in Wien; Stv. Obfrau der Fachgruppe Innere Medizin der
Wiener Ärztekammer

Prof. Dr. Dietmar Bayer

Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Vizepräsident der
Ärztekammer für Steiermark

Zeit:

Donnerstag, 4. November 2021, 9.30 Uhr

Ort:

Österreichische Ärztekammer

Weihburggasse 10-12

1010 Wien

Long-COVID-Versorgung im Kassensbereich – 5 zentrale Punkte für adäquate Versorgung

Das Kassensystem ist auf die Betreuung von Menschen mit Long COVID im niedergelassenen Bereich nicht vorbereitet. Die Bundeskurie niedergelassene Ärzte identifiziert 5 Punkte, die dringend behandelt werden müssen.

Ein Thema, das zunehmend an Bedeutung gewinnt, stand im Fokus einer Pressekonferenz, die von der Bundeskurie niedergelassene Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer abgehalten wurde: Long COVID. „Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stehen in ihrem Ordinations-Alltag einer neuen und beträchtlichen Herausforderung gegenüber, nämlich der Diagnose und Betreuung von immer mehr Patienten mit Long COVID“, schilderte Johannes Steinhart, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Bundeskurienobmann der niedergelassenen Ärzte. Von diesen sehr unterschiedlich ausgeprägten und meistens fächerübergreifenden gesundheitlichen Langzeitfolgen, die nach einer akuten COVID-Erkrankung auftreten können, kann grundsätzlich jeder COVID-Patient betroffen sein. Geht man - vorsichtig geschätzt - davon aus, dass 10 bis 20 Prozent aller mit COVID Infizierten Long COVID entwickeln, dann sind das in Österreich bei derzeit mehr als 800.000 positiv getesteten COVID-Fällen 80.000 bis 160.000 Menschen. „Diese zu diagnostizieren und zu behandeln ist sehr aufwändig, und dabei kommt den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten eine zentrale Rolle zu. Allerdings ist das Kassensystem darauf nicht vorbereitet und stößt an seine Grenzen“, konstatierte Steinhart.

Kardiologie: „Als würden wir mit Handschellen arbeiten“

Auch die Kardiologin Bonni Syeda wies darauf hin, dass Handlungsbedarf besteht, damit die Betreuung der Long-COVID-Patienten auch als Kassenleistung möglich ist. Bei unspezifischen Beschwerden wie Erschöpfung werde eine Rehabilitationstherapie empfohlen – da gebe es in Österreich bereits einige gute Möglichkeiten, auch im ambulanten Kassen-Bereich. Bei manch anderen Symptomen müssten jedoch zunächst Untersuchungen eingeleitet werden, um festzustellen, ob die Infektion irgendwelche Organschäden verursacht hat wie z.B. eine Lungenfibrose, Herzschwäche oder Nierenerkrankung. „Erst nach einer konkreten Diagnosestellung kann nämlich eine Therapie eingeleitet werden. Hier gelangen wir jedoch manchmal an die Grenzen des Kassensystems, wenn wir eine dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechende Medizin betreiben möchten“, führte Syeda aus, die dazu einige Beispiele nannte:

- Um festzustellen, ob ein Patient im Rahmen der COVID-Infektion eine Herzmuskelbeteiligung hatte und dadurch vielleicht sogar eine Herzschwäche entwickelt hat, müsste der Laborparameter pro-BNP bestimmt werden. Dieser Biomarker ist jedoch keine Kassenleistung.
- Bei Verdacht auf Herzschwäche oder Herzbeutelerguss, was im Rahmen einer COVID-Erkrankung immer wieder vorkommt, müsste eine Herzultraschall-Untersuchung durchgeführt werden. Aber auch hier sind wir Kardiologen durch Leistungs-Deckelungen bei 40% der Fälle pro Quartal limitiert. Mehr Untersuchungen werden von der Kasse nicht bezahlt, unabhängig vom realen Bedarf.
- Bei den Pulmologen gibt es Deckelungen z. B. für die Lungenfunktionsuntersuchung mit lediglich 35% oder für die Blutgasanalyse mit 30% der Fälle. Das erschwert uns Ärzten nur die Arbeit.
- Von den Limitierungen betroffen sind auch neurologische Untersuchungen wie Nervenleitgeschwindigkeit, EEG (Elektroenzephalographie) oder auch der neurologische Status. Dabei sind einige Long-COVID-Symptome auf eine Fehlfunktion des Nervensystems zurückzuführen.

- Auch das ärztliche Gespräch ist sowohl bei den Fachärzten als auch bei den Hausärzten gedeckelt. Zum Beispiel werden bei den Internisten lediglich 18% der Arztgespräche von den Kassen übernommen. Das ist natürlich absurd, denn ein ärztliches Gespräch führen wir eigentlich mit 100% unserer Patienten. Gerade bei den Long-COVID-Patienten ist ein ausführliches Gespräch essentiell, denn diese Erkrankung betrifft viele Organe. Bei solchen Gesprächen durch Deckelungen eingeschränkt zu sein, ist so, als müssten wir Ärzte mit Handschellen arbeiten.

Es gebe im niedergelassenen Bereich aber auch das Problem, dass in den Bundesländern unterschiedliche Kassenleistungen angeboten werden, sagte Syeda. Die Herz-CT-Untersuchung, mit der man feststellen könne, ob ein Patient herzhinarktgefährdet sei, werde etwa in Niederösterreich von allen Krankenkassen bezahlt, in Wien jedoch nur von den sogenannten kleinen Kassen. „Diese ungleichmäßigen Regelungen über die Bundesländer betrifft sehr viele Leistungen“, berichtete Syeda. So werde die Sedierung bei der Endoskopie in Wien z.B. bei der Darmspiegelung von allen Kassen übernommen, in einigen anderen Bundesländern jedoch nicht. Auf der anderen Seite gebe es in Oberösterreich ein Disease-Management-Programm für Menschen mit Herzinsuffizienz, außerhalb von Oberösterreich gibt es das jedoch nicht.

„Wir haben aber auch das Problem, dass bestimmte Untersuchungen trotz Pandemie nach wie vor nur in Spitalsambulanzen durchgeführt werden können. Ein Beispiel aus der Kardiologie ist die Herzschrittmacherüberprüfung. Diese Patienten müssen auch während der Pandemie unnötigerweise die Spitals-Ambulanzen aufsuchen, obwohl die Kapazitäten in den Spitälern bekanntlich am Limit sind“, führte Syeda aus. Dieses Problem betreffe aber auch die Rheumatologie und die Nephrologie. Diese Fächer seien nicht im Kassensystem abgebildet, die Betreuung erfolgt daher nur in den Spitalsambulanzen. Sowohl Gelenkschmerzen als auch neu aufgetretene Nierenerkrankungen seien jedoch Long-COVID-Erscheinungen, sodass auch hier eine adäquate Infrastruktur im niedergelassenen Bereich notwendig wäre, forderte Syeda, die auch zu bedenken gab, dass eine Auslagerung all dieser Leistungen in den niedergelassenen Bereich die Gesamtkosten deutlich senken würde, denn bekanntlich sei der niedergelassene Bereich günstiger als der intramurale Bereich.

„Mit Limitierungen dieser Art können wir keine zeitgemäße Versorgung gewährleisten. Wir müssen bei allen Patienten die Möglichkeit haben, erforderliche Untersuchungen durchzuführen, und zwar ohne Einschränkungen seitens der Krankenkassen. Nur so lässt sich eine adäquate Betreuung der Long-COVID-Patienten im Kassenbereich bewerkstelligen“, fasste Syeda zusammen.

Psychiatrie: „Es bedarf deutlicher Ressourcenaufstockung“

Dietmar Bayer, Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, führte aus, dass die Pandemie eine deutliche Zunahme von Angst, Depression oder posttraumatischen Belastungsstörungen mit sich gebracht habe. Schwerere Verläufe könnten zu organischen psychischen Störungen wie Delirien führen.

Psychische Störungen seien auch Teil der Long-COVID-Symptomatik, zum Beispiel Angst, Depression, chronische Erschöpfung, kognitive Störungen, Schlafstörungen, Zwangsstörungen oder substanzbezogene Störungen. Dieses Symptombündel sei nicht neu und schon länger unter dem Begriff „Chronic Fatigue Syndrom“ bekannt, also chronisches Erschöpfungssyndrom. Neu sei hier nur der Name. „Wir wissen, dass dieses Syndrom zum Beispiel nach schweren Infektionen auftreten kann und zu Erschöpfung bereits nach geringfügiger körperlicher Tätigkeit, zu Konzentrationsproblemen, zu Antriebsschwäche, zu reduzierter Stimmung, Depression, Schlafstörungen, etc., also insgesamt zu einem bleiernen Gefühl führen kann“, so Bayer. Ein normales Leben sei dann nicht möglich. „Viele Betroffene mit Long COVID sind weit von dem entfernt, wie sie vor ihrer Erkrankung einmal waren, und für die Psyche bedeutet es oft einen schweren Rückschlag. Auch bei verhältnismäßig leichtem Verlauf kann es zu monatelangen Depressionen, Stimmungseinbrüchen und Antriebsverlust kommen“, schilderte Bayer.

Auch Kinder könnten betroffen sei. Bei ihnen komme es typischerweise zu Konzentrationsstörungen, sie könnten dann dem Schulunterricht nicht mehr folgen und das Absolvieren von Hausaufgaben falle ihnen schwer.

Insgesamt sei hier das Ziel, betroffene Patienten im multiprofessionellen Team unter Einbeziehung psychiatrischer Expertise in einem oft sehr langwierigen Prozess mit speziellen rehabilitativen Programmen wieder alltagsfähig zu machen, legte Bayer dar. „In Österreich wurde schnell erkannt, dass Menschen mit solchen Symptomen nicht in der Lage sind, einen Arbeitsprozess und ihren Alltag zu meistern, und dass sie spezieller Angebote bedürfen. Während früher betroffene Patienten meistens eine Vielzahl von Ärzten konsultierten, und das oft über viele Jahre, stehen heute spezialisierte Institutionen zur Verfügung“, sagte Bayer. Aber natürlich spiele auch der niedergelassene ärztliche Bereich in der Betreuung von Menschen mit Long COVID eine besonders wichtige Rolle.

„Wir gehen davon aus, dass in Österreich derzeit 100.000 bis 150.000 Menschen aufgrund der Pandemie zusätzlich therapiebedürftige psychiatrische Komorbidität aufweisen. Das bedeutet natürlich bereits in der Primärdiagnostik einen beträchtlichen und zeitintensiven Mehraufwand, denn hier muss unter anderem auch sehr viel psychotherapeutisches Wissen einfließen“, so Bayer. Schließlich gehe es dabei darum, zu verstehen, was ein Patient braucht, und oft um komplizierte Themen wie Verständnis für die Krankheit zu entwickeln, um Verhaltensänderung und eventuell darum, ein Leben mit Defekten erlernen zu müssen. Aber die Ressourcen in der Psychiatrie - die Zahl der Psychiater und die zur Verfügung stehende Zeit – hätten hier nicht mithalten können.

Das bisher Gesagte führt zu einer Reihe von Folgerungen:

1. COVID ist nicht vorbei, und selbst nach einem möglichen Ende der Pandemie sind wohl noch lange Zeit psychiatrische Folgeerscheinungen zu erwarten. Und COVID wird nicht die letzte Pandemie gewesen sein. Es bedarf also einer deutlichen Ressourcenaufstockung: Das bedeutet in den Akutpsychiatrien der Krankenhäuser mehr Betten und mehr Dienststellen, generell muss die Anzahl von Fachärzten für Psychiatrie deutlich angehoben werden. Derzeit gibt es in Österreich einen Kassenpsychiater pro 58.500 Bewohner, anzustreben ist gemäß Österreichischem Strukturplan Gesundheit ein Verhältnis von 1:35.000. Im Übrigen sind in Österreich knapp 10 Prozent der Kassenstellen für Psychiatrie unbesetzt.
2. Long COVID erfordert eine systematische Herangehensweise, die sich von vielen anderen Krankheiten unterscheidet. Fachärzte, Hausärzte und oft auch Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe sollten sich hier gemeinsam auf eine individuell angepasste Diagnose und den individuell bestmöglichen Therapieplan einigen, der auch psychische Gesichtspunkte einschließt. Ein Vorbild sind hier die Tumorboards bei onkologischen Patienten. Doch diesem hohen Bedarf an fachlichem Austausch stehen in der kassenärztlichen Realität - je nach Bundesland unterschiedlich - Limits und Degressionen gegenüber, die dafür sorgen, dass nur ein gewisser Prozentsatz von Kontakten zwischen den medizinischen Fächern von den Kassen bezahlt werden - unabhängig von den realen Notwendigkeiten.
3. Um dieses multiprofessionelle Zusammenwirken auf den individuellen Long COVID-Patienten bezogen zu ermöglichen, brauchen wir eine gute und unkomplizierte Vernetzung zwischen Allgemeinmedizinern, Fachärzten und zum Beispiel Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden, wobei der Hausarzt die Drehscheibe ist. Das kann heute sehr gut auf telemedizinischer Basis erfolgen. Multiprofessionelle virtuelle Kompetenzzentren mittels Videokonferenzen sind inzwischen sehr einfach möglich, sie kosten wenig, und Patienten können gut und einfach eingebunden werden. Das Angebot muss unbedingt weiter ausgebaut werden.

5 zentrale Punkte

Diese Statements würden sehr deutlich aufzeigen, in welchen Bereichen das Kassensystem bei Long COVID an Grenzen stößt, fasste Johannes Steinhart zusammen. „Hier müssen unbedingt eine Reihe Voraussetzungen erfüllt sein und eine Reihe von Hindernissen beseitigt werden, damit eine adäquate Patientenversorgung möglich wird“, sagte Steinhart, der fünf wesentliche Punkte anführte:

1. Long COVID muss als ein Krankheitsbild akzeptiert werden, das uns voraussichtlich noch lange Zeit begleiten wird. Es muss der Konsens bestehen, dass davon Betroffene nicht sich selbst überlassen bleiben, sondern bestmöglich versorgt werden. Das ist bei den zu erwartenden Patientenzahlen eine enorme Herausforderung und erfordert eine Flexibilisierung unseres Kassensystems: Anders ist einem komplexen Geschehen wie Long COVID, von dem sehr viele Menschen betroffen sein werden, nicht beizukommen.
2. Die Leistungsposition Long COVID muss in den kassenärztlichen Leistungskatalog der Österreichischen Gesundheitskasse aufgenommen werden. Im kassenärztlichen Honorarkatalog müssen der Krankheit angepasste Verrechnungspositionen für Long COVID geschaffen werden.
3. Deckelungen und Degressionen bei kassenärztlichen Leistungen müssen zunächst überall dort aufgehoben werden, wo sie die Betreuung von Long COVID behindern. Dass nur ein gewisser Prozentsatz der ärztlichen Leistungen von den Kassen bezahlt wird, und zwar unabhängig vom tatsächlichen Bedarf, geht an der Realität vorbei.
4. Der in der Betreuung von Long-COVID-Patienten erforderliche Austausch zwischen den medizinischen Fächern darf nicht durch Limitierungen beschränkt werden. Er muss, jeweils auf die bestmögliche Betreuung des individuellen Patienten bezogen, bedarfsorientiert möglich sein: Entweder im direkten Gespräch oder telemedizinisch als multiprofessionelles virtuelles Kompetenzzentrum. Dafür müssen die kassenärztlichen Voraussetzungen geschaffen werden.
5. Eine adäquate Versorgung dieser komplexen und langwierigen Krankheit ist selbstverständlich nicht zum Nulltarif zu haben. Da kommen enorme zusätzliche Herausforderungen auf das Gesundheitssystem zu, und dafür muss die öffentliche Hand im Interesse Betroffener die erforderlichen Ressourcen bereitstellen.