

## PRO ERSTEINSCHÄTZUNG

## Nicht nur Hilfesuchende profitieren

Von Professor  
Josef Hecken

© ROSA REIBKE / G-BA

„Überfüllt und überlastet – diese beiden Adjektive beschreiben zutreffend, wie es in Notaufnahmen in Krankenhäusern bundesweit aussieht. Vermehrt werden dort Patientinnen und Patienten mit leichten Problemen behandelt, die eigentlich in einer Arztpraxis hätten besser versorgt werden können. Doch diesen Weg kann oder will nicht jeder gehen, der in eine Notaufnahme kommt. Die Eigeninitiative kann ich in Ansätzen sogar verstehen. Denn diese Menschen sind in einer Ausnahmesituation: Entweder haben sie Schmerzen oder unklare Symptome – fest steht, sie suchen medizinischen Rat. Objektiv betrachtet brauchen viele von ihnen jedoch keine Gerätemedizin im Krankenhaus. Sie sind also im System an der verkehrten Stelle angekommen. Das

bindet unnötig Ressourcen und verzögert im schlimmsten Fall die Versorgung echter Notfälle. Um dem entgegenzuwirken, hat der G-BA im Auftrag des Gesetzgebers ein neues Verfahren zur Ersteinschätzung vorgelegt.

Unser Auftrag war es, den Ablauf für Hilfesuchende in der Notaufnahme bestmöglich zu gestalten und damit Betroffene zu lenken. Dafür haben wir die Voraussetzungen geschaffen: Die Patientinnen und Patienten, die sofort Hilfe brauchen, werden künftig ambulant im Krankenhaus versorgt oder stationär aufgenommen. Alle anderen werden an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verwiesen und von ihnen behandelt.

Zugleich definieren wir Mindestanforderungen, die etwa das Verfahren selbst betreffen, wie den Einsatz eines digitalen Assistenzsystems. Oder stellen auch Vorgaben zur nötigen Qualifikation des Personals auf. Mit Übergangslösungen tragen wir den Bedenken der Krankenhäuser Rechnung, die diese personellen und administrativen Vorgaben erfüllen müssen. Mit den Personalvorgaben setzen wir Qualitätsstandards bei der

Patientenversorgung – hier darf es keine faulen Kompromisse geben.

Was wir gerne geregelt hätten: Eine konkrete Terminvermittlung für Patientinnen und Patienten im ambulanten Bereich – aber das war nicht mehr Teil des Gesetzauftrags.

Natürlich sehen auch wir, dass dieses Puzzleteil fehlt. Daraus aber abzuleiten, die Ersteinschätzung bringe keinen Mehrwert, ist falsch. Denn mit dem neuen Verfahren ermöglicht der G-BA eine fachlich fundierte, qualitativ gute und zugleich ressourcenschonende Patientenversorgung. Und das zeitnah! Das ist deshalb wichtig, weil zwar wortreich über eine Krankenhausreform diskutiert wird, auf der Habenseite bisher aber nur Eckpunkte stehen.

Außerdem: Das Konzept für eine Terminvermittlung ist bereits ausgearbeitet, weil es ursprünglich Teil des Gesetzauftrags an den G-BA war. Eine Terminvermittlung könnte daher schnell ergänzt werden, wenn der Gesetzgeber es will.

Prof. Josef Hecken ist unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

## Keine Steuerung ohne Ziel

Knappe Ressourcen?

Dann müssen eine bessere Patientensteuerung und eine Stärkung der intersektoralen Versorgung her. Da sind sich Ampel und Gesundheitspolitiker aus der Opposition einig. Als Zielvorgabe reicht das aber nicht.

Von Dr. Ivo Grebe

Ein altes Sprichwort sagt: Hast Du kein Ziel, wundere Dich nicht, wenn Du nicht ankommst. Ähnliches gilt für die viel diskutierte Steuerung im Gesundheitswesen. Die große und wichtigste Frage lautet schlicht: Wohin soll unser System ausgerichtet, gesteuert werden? Mehr staatliche Fürsorge, Ausbau als Einrichtung der Daseinsvorsorge (ähnlich wie Feuerwehr) oder Stärkung der Eigenverantwortung mit beispielsweise finanzieller Selbstbeteiligung im Notdienst, Ausbau der Angebote für Selbstzahler und Einführung differenzierter Kassenbeiträge? Und wohin führen diese Gedankenspiele? Bessere Volksgesundheit, größere Patientenzufriedenheit, auskömmlich bezahltes Personal, eine befriedete Vertragsärzteschaft? Das alles bleibt Illusion, weil Vonjedem-etwas das genaue Gegenteil von Zielorientierung ist.

Mutige Visionen fehlen

In absehbarer Zeit wird unser Gesundheitssystem weiter als Dauerbaustelle verwaltet. Mutige und klare Visionen fehlen. Unter der Ampelregierung ist eine eindeutige Zielrichtung nicht erkennbar. Dabei mangelt es nicht an legislativer Aktivität. Allein in diesem Jahr sind bisher 13 Verordnungen und neun Gesetze vorgelegt worden oder in Kraft getreten. Das Wording liegt dabei schwerpunktmäßig auf Begriffen wie „Bekämpfung“, „Entlastung“, „Unterstützung“ oder „Stärkung“ – Nebelkerzen, die eher wie verzweifelte Reaktionen auf Missstände denn als durchdachte Manöver erscheinen.

Eine andere Strategie ist bei der Krankenhausreform auszumachen. Von aktivem Reformeifer getrieben wurde vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein Vorhaben auf den Weg gebracht, dass die Krankenhauslandschaft in den nächsten fünf Jahren gründlich verändern, sprich ausdünnen soll. Die Forderung nach Abschaffung der DRG und den damit verbundenen ökonomischen Fehlreizen besteht schon lange, auch der BDI hatte dazu klar Stellung bezogen. Allerdings wirft das Ganze mehr Fragen als Antworten auf.

Fakt ist, durch Einführung unterschiedlicher Versorgungsstufen und dem partiellen Ersatz der DRG-Vergütung durch Vorhaltepauschalen werden einige Häuser auf der Strecke bleiben. Schaut man genauer hin, wird klar, in welchem Ausmaß auch der ambulante Sektor von der Klinikreform betroffen ist. Dabei liegt der Fokus besonders auf den Level-I-Häusern. Diese sollen „stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung wohnortnah sowohl mit ambulanten fachärztlichen sowie hausärztlichen Leistungen als auch mit medizinisch-pflegerischen Leistungen“ verbinden, heißt es im Eckpunktepapier von Bund und Ländern.

Da machen wir uns also Gedanken um Patientensteuerung, sogar der Begriff des Primärarztsystems taucht wieder auf. Gesundheitspolitiker der Opposition sprechen von der Einführung eines „Lotsenmodells“, um die ungezielte Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgungsschiene zu unterbinden. Die „Flatrate Mentalität“ in der Gruppe der gesetzlich Versicherten müsse ein Ende finden, so Tino Sorge (CDU). Und schon liegt die Lösung parat: Durch Öffnung von Krankenhäusern der Stufe I wird die ambulante Versorgung um einen zusätzlichen Player erweitert, man könnte auch von der Schaffung einer Konkurrenzsituation sprechen.

Wie passen nun die beiden Ansätze „Patientensteuerung“ und „Stärkung der intersektoralen Versorgung“ zusammen? Dazu gibt es leider wenig konkrete Vorschläge. Insbesondere bei der Vergütung der Leistungen bleibt der Gesetzgeber vage und spricht von

einem „Vergütungsmix“ aus Hybrid-DRG, EBM und Abrechnung ambulanter Leistungen nach §§ 115 b und f SGB V. Selbst, wenn das geplante Modell einer eigenen sektorenübergreifenden Vergütung etabliert wird, bleibt fraglich, ob die Gesundheitsversorgung damit nachhaltig verbessert wird. Denn um kooperative intersektorale Strukturen auf Augenhöhe zu schaffen, bedarf es in erster Linie der Stärkung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, die von rund 90.000 Fach- und 55.000 Hausärztinnen und -ärzten sichergestellt wird.

Das wären die Bedingungen

Nicht erst seit der Corona-Pandemie und der seit 2022 anhaltenden Inflation beklagen viele Praxen eine schwierige, zum Teil bedrohliche wirtschaftliche Lage. Vonseiten der Politik werden diese Stimmen allerdings nicht gehört – im Gegenteil: Der Bundesgesundheitsminister hat offenbar mehr Verständnis für die Defizite und Argumente der GKV als für die prekäre Lage in der Vertragsärzteschaft.

Erst wenn die Entbudgetierung für alle Haus- und Fachärzte auf der Agenda steht, die Bedarfsplanung an den morbiditätsbedingten gesteigerten Bedarf angepasst und eine angemessene Vergütung für alle Praxisbeschäftigten bezahlbar wird, können Patientensteuerung und Ausbau der intersektoralen Versorgung ernsthaft in Angriff genommen werden. Niemand bezweifelt, dass die gezielte Patientensteuerung eine mögliche Win-win-Situation für alle Beteiligten ist. Die Zuweisung in die richtige Facharztschiene oder die qualitativ hochwertige Betreuung in einer spezialisierten Klinik steigern nicht nur den Outcome und die Patientenzufriedenheit, sondern tragen auch zur effizienteren Ressourcennutzung und frühen Diagnostik bzw. richtigen Therapie bei. Für eine effektive und zielorientierte Steuerung braucht es jedoch Instrumente, die vonseiten der Politik bereitgestellt werden müssen. Dazu gehören gesetzliche Rahmenbedingungen, der Ausbau digitaler Kommunikations-Plattformen, finanzielle Anreize und ein deutliches Signal der Unterstützung der Vertragsärzte.

## Begleiten, nicht bevormunden

Demografischer Wandel, die Zunahme chronischer Erkrankungen und der Fachkräftemangel setzen dem Gesundheitswesen immer mehr zu. Ein Weiter so kann nicht die Lösung sein. Deshalb fordert der BDI verbindliche Versorgungswege ein. Der Patientensouveränität käme das zugute.

Auch wenn die hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg bundesweit hohes Ansehen genießt: Fällt in Deutschland das Wort Patientensteuerung, kommt reflexartig eine Abwehrhaltung – von Patientenvertretern ebenso wie von vielen Politikerinnen und Politikern. Argumente wie Bevormundung oder gar die Beförderung der

Zwei-Klassen-Medizin, weil die Steuerung ja meist nur für GKV-Versicherte angedacht wird, stehen im Raum.

Auch im Gesundheitswesen selbst wird die Steuerung teils mit gemischten Gefühlen betrachtet – gerade, wenn es um die Ersteinschätzung in der Notfallversorgung geht, wie unsere beiden Gastkommentatoren zeigen.

Sicher durch undurchsichtiges und schwieriges Terrain? In der Schifffahrt unterstützen hier erfahrene Lotsen – davon könnte das Gesundheitswesen lernen.

© BERND WÜSTNECK / DPA-ZENTRALBILD / PICTURE ALLIANCE



# icht n!

Dass Patientensteuerung aber in einem Versorgungssystem, das immer komplexer und für den einzelnen Hilfesuchenden kaum mehr durchschaubar ist, Orientierung geben kann, wird häufig außer Acht gelassen. Die Steuerung muss eben nur gut vorbereitet und gut gemacht werden, dann kann sie die Patientensouveränität sogar stärken.

Wie dies gelingt? Der BDI zeigt in einem Positionspapier fünf Schritte auf:

- Um Überlastungssituationen in den Notaufnahmen zu vermeiden, sollte eine verbindliche telefonische und digitale Ersteinschätzung etabliert werden.
- Einführung eines Primärarztmodells in Kombination mit der Entbudgetie-

rung der fachärztlichen Versorgung: Haus- und grundversorgende Fachärztinnen und Fachärzte sollen zur primären Anlaufstelle der Patienten werden und diese in eine passgenaue Versorgung lotsen. Die freie Arztwahl in den jeweiligen Versorgungsebenen bleibt dabei erhalten.

- Klare Zuweisung der Patienten in Krankenhäuser mit dem indikationsgerechten Versorgungsschwerpunkt.

- Digital getragene, verbindliche Versorgungswege nach der Krankenhausausschreibung in eine bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgungsebene.

- Zeitnahe Evaluation der Steuerungselemente, um ggf. nachjustieren zu können. (reh)

## CONTRA ERSTEINSCHÄTZUNG

### Noch zu viele Fragen offen



Von Dr. Sebastian Wolfrum

Eine funktionierende verbindliche Ersteinschätzung vor der Vorstellung in der Notaufnahme hat verschiedene Voraussetzungen und Konsequenzen und erfordert eine fein abgestimmte bisher nicht dahin gehend etablierte funktionierende Versorgungsstrategie. Wesentliche Ziele müssen bei erhaltener Kosteneffizienz die Entlastung von Rettungsdienst und Krankenhäusern bei Aufrechterhaltung der Patientensicherheit sein. Es muss geklärt sein, welche Konsequenzen eine direkte Vorstellung in der Notaufnahme ohne das steuernde Element der telefonischen Ersteinschätzung hat. Wie wird bei Nichtbeachtung verfahren? Müssen die Notaufnahmen hier ein Malus-System einführen? Wird dann eine Erinnerungsgebühr notwendig? Was passiert, wenn der Patient einen zeitkritischen Notfall hat und sich selbst in der Notaufnahme vorstellt? Hier besteht die Gefahr, dass zeitkritische Notfälle verkannt und verzögert werden. Kann die Zwei-Klassen-Medizin

auch dadurch verschärft werden, dass Privatpatienten ins Krankenhaus gehen dürfen, gesetzlich Versicherte aber nicht? Ist es ein Behandlungsverbot bzw. die fehlende Abrechnungsmöglichkeit durch das Krankenhaus, dessen Notaufnahme dann nicht entlastet, sondern mit der zusätzlichen Aufgabe der Ersteinschätzung analog zum aktuellen G-BA-Beschluss betraut wird? Wendet sich der „schlaue Patient“ an den Rettungsdienst, um den Anruf bei der 116117 zu umgehen und schnellstmöglich in die Notaufnahme zu kommen?

Die Ersteinschätzenden werden analog zum aktuellen G-BA-Beschluss in die Verantwortung genommen, sie müssen die Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlung am Telefon vornehmen. Dies erfordert a) mehr Personal mit obligatorischer medizinischer Ausbildung, b) eine intensivere Schulung, c) einen verstärkten Ausbau der Telemedizin und letztlich d) eine Softwareunterstützung, über die derzeit viel geredet wird, deren Evaluierung in der Praxis aber noch aussteht. All dies führt dazu, dass die 116117 derzeit lange Wartezeiten bietet und zudem aus Sicht der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes zu viele Patienten weiterleitet, da eben bei Weitem nicht jeder ohne persönliche Sichtung durch geschultes Personal adäquat beurteilt werden kann

und die Verantwortung, die sofortige Sichtung in der Notaufnahme zu vermeiden, nicht auf sich genommen wird.

Letztlich wird hier ein zusätzliches Element in die Notfallversorgung eingeführt, das nicht kostenneutral zu realisieren ist, das im Notfall eine zeitkritische Versorgung verzögern kann und dessen Potenzial zur endgültigen und verbindlichen Entlastung der Notaufnahmen nicht abschätzbar ist. Besser wäre, wenn die KV ihrer Verantwortung in der ambulanten Notfallversorgung vollumfänglich gerecht wird und Expertise für die notwendigen diagnostischen Verfahren und Behandlungen rund um die Uhr vorhält oder aber erkennt, dass die Vorhaltekosten immens sind und daher die Kliniken für die Notfallversorgung weit mehr als bisher bedacht werden müssen, um überlastete Notfallzentren auszubauen und damit dem Versorgungsauftrag des ambulanten Sektors gerecht zu werden. Dies gerne in Zusammenarbeit mit der KV in integrierten Notfallzentren oder gemeinsamen Anlaufpraxen.

**Dr. Sebastian Wolfrum** ist Ärztlicher Leiter der Interdisziplinären Notaufnahme Campus Lübeck des UKSH. An dem Beitrag hat zudem Professor Hans-Jörg Busch vom Universitäts-Notfallzentrum Freiburg mitgewirkt.

## Flaschenhals Facharzttermin

Könnte ein Primärarztmodell die Lösung für die Versorgungsengpässe sein? Die HZV im Ländle lässt hoffen – vor allem wegen ihres Delegationsansatzes.

Von Dr. Kevin Schulte

Wer im Internet nach einem Facharzttermin sucht, bekommt ungefragt zahlreiche Tipps an die Hand. „Kein Facharzttermin in Sicht? So vermeiden Sie lange Wartezeiten“ bietet die Apotheken Umschau beispielsweise ihre Hilfe an. Auch wenn das hausärztliche Versorgungsnetz ebenfalls dünner wird, zurzeit sind die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte der größte Flaschenhals im deutschen Gesundheitswesen.

Die Konsequenzen sind vielschichtig und schwerwiegend: Unzufriedenheit, suboptimale medizinische Versorgung und unnötige stationäre Aufnahmen. Betrachtet man das durchschnittliche Alter der Vertragsärzteschaft im vergangenen Jahr – es betrug 54,5 Jahre – so sollte klar sein: In den kommenden zehn Jahren wird die Anzahl der verfügbaren Arzttermine spürbar abnehmen, bei deutlich zunehmender Nachfrage, wohlge-merkt.

### Die Grenzen des Geldes

Was also tun? Eine bei diesem Thema immer gern vorgebrachte Idee ist das Konzept der Bürgerversicherung, also eine Eingliederung der bisher Privatversicherten in die gesetzlichen Krankenversicherungen. Auch wenn diese Idee den argumentativen Charme der Gleichbehandlung aller Bürgerinnen und Bürger hat, fehlt ihr das Potenzial die Anzahl der angebotenen (Fach)arzttermine in Deutschland zu steigern. Warum sollten die Ärztinnen und Ärzte zu schlechteren Bedingungen noch mehr arbeiten? Dies würde

nur passieren, wenn sich die Anreizstrukturen derart ändern würden, dass Mehrarbeit zu einem mehr an Einkommen führen würde. Deswegen wäre eine Entbudgetierung der vertragsärztlich erbrachten Leistungen, wie im Koalitionsvertrag übrigens für den hausärztlichen Bereich schon angekündigt, ein besseres Mittel, um die Anzahl der angebotenen Arzttermine in Deutschland zu steigern.

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung, die auch vor der Ärzteschaft nicht Halt macht, ist aber mehr als fraglich, ob diese Maßnahme ausreicht, um Angebot und Nachfrage mittelfristig vernünftig übereinzubringen. Deswegen ist verständlich, dass zurzeit allorts der Ruf nach mehr Steuerung im Gesundheitswesen zu vernehmen ist. Die Grundidee ist klar: Je knapper Facharzttermine werden, desto wichtiger ist es, dass wirklich nur derjenige zum Facharzt geht, der ihn auch wirklich braucht.

Interessant in diesem Kontext ist Baden-Württemberg, wo schon seit mehr als einem Jahrzehnt mit der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ein Primärarztssystem „light“ etabliert ist. Warum Primärarztssystem „light“? Für die teilnehmenden Patienten ist es trotz Einwilligung in das hausarztzentrierte Versorgungskonzept sanktionsfrei möglich, einen Facharzt aufzusuchen. Diese Optionen nehmen viele Patienten gerne in Anspruch.

Eine kürzlich veröffentlichte Studie zeigt, dass die HZV einige Vorzüge bietet: Wer an der HZV teilnahm, musste seltener ins Krankenhaus, erhielt eine bessere Pharmakotherapie und wurde weniger häufig unkoordiniert in einer Facharztpraxis vorgestellt. Auch wirtschaftlich bietet das Konzept Vorteile für alle Beteiligten. Dennoch, ein wenig Wasser gehört in den Wein: Das Konzept führt zu einer Zunahme der Hausarztkontakte um mehr als 50% (+4,4 im Jahr 2018) und reduziert die fachärztlichen Kontakte nur minimal (-0,1 im

Jahr 2018). Interessant in diesem Kontext: Hätte es für die Patienten nicht die Möglichkeit einer unkoordinierten fachärztlichen Vorstellung gegeben, hätte es zwei Facharztkontakte pro Teilnehmer und Jahr weniger gegeben.

Das Beispiel HZV zeigt, dass eine stärkere hausärztliche Steuerung durchaus das Potenzial hat, die Versorgungsqualität der Patienten zu erhöhen. Es verdeutlicht aber auch das Risiko einer flächendeckenden Ausweitung dieses Konzeptes – eine ungesteuerte Überlastung der hausärztlichen Versorgung.

### Warum MFA die bessere Wahl wären

Es bleibt also die Frage: Wie kann es gelingen die Anzahl der Arztkontakte, die in Deutschland auf internationalem Rekordebene liegt, effektiv bei idealerweise gleichbleibender Versorgungsqualität zu reduzieren? Will man die Freiheit der Bürgerinnen und Bürger nicht einschränken, etwa durch eine Praxisgebühr oder eine (teilweise) Aufhebung der freien Arztwahl, so bleibt nur die praxisinterne Delegation von Aufgaben an nicht-ärztliches Personal. Anders wird es in Zukunft nicht möglich sein, dem wachsenden Versorgungsbedarf bei schwindenden ärztlichen Kapazitäten gerecht zu werden.

Auch hier lohnt ein Blick ins Ländle: Im Rahmen der HZV-Verträge gibt es die Möglichkeit, MFA fortzubilden, um sie besser dazu zu befähigen, die Ärztinnen und Ärzte in den Praxen zu unterstützen. Dieser Weg hat sich in der Evaluation der HZV als erfolgversprechend erwiesen und birgt den Vorteil, die Primärversorgung der Bürger in hausärztlicher Hand zu behalten. Die Alternative, eine Auslagerung von bisher ärztlich erbrachten Leistungen zu Gemeindefachstellen oder in Gesundheitskioske, ist sicherlich für alle Seiten die schlechtere Wahl, da die ärztliche Kompetenz den Strukturen entzückt und neue Schnittstellen entstehen.

