



# Hartmannbund-Hauptversammlung 2017

## Beschluss Nr. 1

### **Passgenaue Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen als Instrument zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung**

Der Hartmannbund hält eine sinnvolle Lenkung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen grundsätzlich für notwendig, um die hochwertige Patientenversorgung im deutschen Gesundheitssystem zu erhalten und zu sichern. Rahmenbedingungen dafür sollten die im Folgenden dargestellten Eckpunkte sein:

Zunehmend ist festzustellen, dass Patienten vorgesehene Wege im Gesundheitssystem verlassen und individuelle „Versorgungspfade“ beschreiten: So haben Patienten in Deutschland im Schnitt mehr als einen Hausarzt, suchen – ohne vorher einen bzw. ihren Hausarzt zu konsultieren – direkt Fachärzte auf (auch mehrere desselben Fachs pro Quartal), oder nehmen zunehmend, auch bei offensichtlichen Bagatellerkrankungen, den kassenärztlichen Notdienst oder gleich die Notfallambulanzen der Krankenhäuser in Anspruch. Durch die fehlende Koordinierung entstehen nicht nur erhebliche Gefahren für die Patientenversorgung. Im Ergebnis bleibt Ärzten immer weniger Zeit pro Patient und vor allem für wirklich ernsthaft bzw. schwer erkrankte Menschen. Praxen sind überlaufen, Arzt- und Termin-„Hopping“ sorgen für Wartezeiten, die vermeidbar wären. Im Ergebnis besteht Unzufriedenheit bei Patienten und Ärzten.

Neben mehr oder weniger berechtigten Sorgen um die eigene Gesundheit bzw. die von Angehörigen oder einer weit verbreiteten Anspruchshaltung wird aus Befragungen deutlich, dass Patienten zu wenig über die Struktur und Funktionsweise des Gesundheitssystems wissen. Der Hartmannbund zieht daraus den Schluss, dass ein Mittel zur adäquaten Lenkung von Patientenströmen die Vermittlung von Kenntnissen über die Funktionsweise und Struktur des Gesundheitssystems ist, z. B. im Schulsystem. Ohne diese Kenntnisse bleibt die berechtigte Forderung nach Eigenverantwortung der Patienten eine leere Hülle.

Der Hartmannbund plädiert daher für die Entwicklung eines Patientenleitsystems (virtueller Lotse) bzw. die Aufstellung eines Regelwerkes „Versorgungswege“ unter der Prämisse „Wann wende ich mich an wen/wohin?“. Dies umfasst die Entwicklung eines für den Patienten überschaubaren Wegweisers durch das System zur Vermeidung von Fehlinanspruchnahmen (z.B. ambulant vor stationär, Akutfälle, Bereitschaftsdienst vs. Rettungsdienst). Ein Teil dieses Regelwerkes könnte auch ein Primärarztmodell sein.

*Problem:  
zunehmend  
individuelle  
„Versorgungspfade“*

*Gefährdung  
der Patienten-  
sicherheit*

*Herausforde-  
rung:  
Geringe Kennt-  
nisse über  
Struktur und  
Funktionsweise  
des Systems*

*Entwicklung  
eines  
virtuellen  
Lotsen*

### **Gatekeeper-System**

Der Hartmannbund bekennt sich uneingeschränkt zum Erhalt der freien Arztwahl und lehnt ein generelles Primärarztssystem als allgemein für alle Versicherten einzuführendes Versicherungssystem ab.

*Erhalt der freien Arztwahl*

Eingeschränkt werden darf die freie Arztwahl nur durch eine eigene freie Versichertenentscheidung, z.B. auf Grundlage des Angebotes unterschiedlicher Versicherungsmodelle. Dazu bedarf es einer über die aktuellen Regelungen hinausgehenden gesetzlichen Öffnung, um auch den gesetzlichen Krankenkassen mehr Gestaltungsmöglichkeiten zu geben und den Kassenwettbewerb zu beleben.

*freie Versichertenentscheidung*

*gesetzliche Öffnung*

Eine Möglichkeit könnte die Beeinflussung der Inanspruchnahme über verschiedenste durch die Krankenkassen angebotene Tarife sein:

*vielfältiges Tarifsystem*

Der Versicherte wählt nach seinem Ermessen und seinen Prioritäten in Kenntnis der Rahmenbedingungen seinen Tarif, u.U. auch einen Gate-Keeper-Tarif. Aufgrund der Freiwilligkeit bleibt die freie Arztwahl erhalten. Entsprechende Kündigungs- und Wechselfristen ermöglichen Korrekturen der getroffenen Entscheidung. So kann z.B. eine Bindung an festgelegte Pfade für den Versicherten eine kostengünstigere Versicherung bedeuten als bei freiem Zugang zu allen Versorgungsebenen.

*Beitragsersparnis*

Im Falle von Primärarztтарifen plädiert der Hartmannbund dafür, dass der Primärarzt auch ein Facharzt sein kann, z.B. bei chronisch Kranken in Dauerbehandlung oder allgemein gesunden Versicherten (Gynäkologe, Augenarzt, Chirurg...), bei Kindern auch der (fachärztlich tätige) Kinderarzt, z.B. Kinderdiabetologe. Dies dient der Vermeidung zusätzlicher Arztkontakte beim Hausarzt, die lediglich der „Weiterleitung“ des Patienten dienen.

*Primärarzt nicht zwingend Hausarzt*

### **Bessere Vernetzung**

Großes Potenzial sieht der Hartmannbund in einer Verbesserung der Kommunikation („Vernetzung“) und des Informationsaustausches zwischen den an der Behandlung des jeweiligen Patienten beteiligten Ärzten sowohl innerhalb der Sektoren als auch über Sektorengrenzen hinweg. Ansatz muss zwingend eine patientenbezogene Kommunikation sein: Arztvernetzung bedeutet Patienten- bzw. Behandlungssteuerung. Eine wichtige Rolle dabei spielt der Arztbrief mit der Pflicht zur Datenzusammenführung in der ärztlichen Kommunikation über unterschiedliche Ebenen der Versorgung. Optimal hierfür wären eCard und die elektronische Patientenakte ePA geeignet.

*Verbesserung der innerärztlichen Kommunikation*

Noch zu häufig wird die Kommunikation mit anderen an der Behandlung des Patienten beteiligten Kollegen als notwendiges Übel gesehen. Der Hartmannbund sieht die o.g. neue Art der gegenseitigen Informationsübermittlung viel mehr als Chance mit Nutzen für die eigene berufliche Weiterentwicklung und auch als Ansatzpunkt, den Patienten auf für seine Beschwerden und seine konkrete Situation optimalen Wegen zu behandeln.

Eine spezielle Form der Zusammenarbeit und Patientenlenkung bilden zunehmend regionale (informelle) Netze mit der Möglichkeit der Öffnung in den klinischen Bereich, was regelmäßig zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Praxen und Kliniken führt. Für die Vernetzung sollten aus Sicht des Hartmannbundes inhaltliche Aspekte im Vordergrund stehen, nicht in erster Linie eine mit Vorteilen verbundene Einschreibemöglichkeit für Patienten (vgl. HZV). Der Patient wird den Nutzen eines solche Informations- und Kommunikationsverbundes sehr schnell feststellen und ihn nutzen.

*Regionale informelle Netze*

Eine große Rolle für die Wahl der für die Behandlung der Patienten geeigneten Angebote der einzelnen Netzpartner (Fachrichtung, Spezialisierungen etc.) spielt deren Darstellung für die anderen Partner im Netz und darüber hinaus, aber auch für den Patienten. Ein solches Informations-/Leitsystem sollte Leistungsangebote im ambulanten, aber auch im „angrenzenden“ stationären Bereich (Qualität und Portfolio – „Wer macht was“) beinhalten. Dies könnte z.B. durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen, denen auch viele Angebotsinformationen über den stationären Sektor vorliegen.

*Verbesserung der Information über Leistungsangebote*

Ein solcher Überblick über Angebote sollte zudem zu einer Angebotsoptimierung genutzt werden, mit der Ressourcen zentriert, und damit optimal nutzbar gemacht werden. Dies schließt auch eine Reduzierung der Zahl der Kliniken ein, die aber zwingend einhergehen muss mit einer, auch personell, besseren Ausstattung der verbleibenden Häuser (ca. 1.000). Damit kann das knappe Personalangebot besser genutzt und auch die Qualität der ärztlichen Weiterbildung verbessert werden. Allgemein sind regionale Lösungen zentral vorgegebenen vorzuziehen.

*Angebotsoptimierung, bessere Ressourcennutzung*

*Qualität der ärztlichen Weiterbildung*

Mit der räumlichen Anbindung von ambulanten Zentren an große Krankenhäuser in unterschiedlichen Organisationsformen (z.B. MVZ/ Ärztehäuser) und der Verbesserung des Angebots in der Peripherie können nicht nur Ressourcen besser „verteilt“, sondern auch die Akzeptanz beim Patienten erreicht werden. Grundsatz muss dabei weiter bleiben: ambulant vor stationär, bei gleicher Honorierung für ambulant und stationär erbringbare Prozeduren.

*Verbesserung des Angebots in der Breite führt zu Akzeptanz der Bevölkerung*

Einen speziellen Teilbereich der Problematik bildet die Notfallversorgung bei nicht liegender Einlieferung. Der Hartmannbund plädiert hier für Notfallpraxen („Portalpraxen“, Praxen des ÄBD o.ä.), die der Notaufnahme an den Kliniken vorgeschaltet sein müssen.

*Exkurs Notfallversorgung*

Diese Praxen sind bei nicht liegender Einlieferung zwingend zu durchlaufen und treffen eine Entscheidung über den weiteren Behandlungsweg.

Notfallpraxen werden nur an bestimmten Zentren in für die Notfallversorgung erforderlicher Anzahl eingerichtet. Sie arbeiten mit den Praxen der niedergelassenen Kollegen zu deren Öffnungszeiten (sog. Partnerpraxen) eng zusammen.

*Notfallpraxen*

Zur Verbesserung der Notfallversorgung und um dem Hilfesuchenden den möglicherweise nicht notwendigen Weg in die Notfallpraxis zu ersparen,

*Notfalltelefon/ Hotline als „Gatekeeper“*

bietet sich als „Gatekeeper“ ein Notfalltelefon (116117 und 112, gemeinsame Leitstelle) an. Ein entsprechend ausgebildeter Mitarbeiter nimmt den Anruf des Hilfesuchenden entgegen und berät nach Schilderung des Problems bzw. der Symptome über den notwendigen bzw. empfehlenswerten weiteren Weg im System. Hier könnten auch E-Health-Elemente (Telekonsil/Videosprechstunde) genutzt werden. Durch die Vernetzung kann der Mitarbeiter den Notfallpatienten bereits in der Notfallpraxis, beim niedergelassenen Arzt oder gleich in der Klinik anmelden oder ein Rettungsmittel aktivieren. Ein Versorgungssystem für Notfälle muss auch an regionale Erfordernisse angepasst sein.

### ***Eigenbeteiligung der Patienten***

Der Hartmannbund plädiert für die Implementierung eines Regelwerkes für die Gesundheitsversorgung. Bei Einhaltung aller Regeln entstehen dem Versicherten, über seinen Krankenversicherungsbeitrag hinaus, keine zusätzlichen Kosten bzw. keine Eigenbeteiligung für ärztliche Behandlung (Zuzahlungen im Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich werden hier nicht betrachtet). Weicht der Patient von den bestehenden Regeln bzw. Versorgungswegen ab, überspringt er z.B. eine „Anlaufstation“, zieht dies für ihn eine Kostenbeteiligung nach sich.

Diese Kostenbeteiligung ist nach den Vorstellungen des Hartmannbundes prozentual nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Patienten zu gestalten: Möglich wäre z.B. ein prozentualer Anteil vom Krankenversicherungsbeitrag oder aber vom zugrunde gelegten Einkommen (vgl. jährliche Belastungsgrenze von 2 bzw. 1 Prozent - § 62 SGB V), der auf der Gesundheitskarte hinterlegt werden könnte.

Der Einzug dieser Beträge sollte (anders als bei der Praxisgebühr) nicht über Ärzte bzw. Kliniken erfolgen, sondern z.B. direkt über die Kassen, da diese mehr Durchgriffsmöglichkeiten haben. Zudem könnten auf Wunsch des Versicherten die fälligen Eigenbeteiligungen dann auch durch die Hinterlegung auf der Gesundheitskarte kumuliert oder aber in kleineren Beträgen geleistet werden.

Perspektivisch sieht der Hartmannbund, auch zur Stärkung der Eigenverantwortung und Interessiertheit der Patienten, die Einführung eines privaten Versicherungssystems mit Kostentransparenz durch Einzelleistungsvergütung, Kostenerstattung resp. sozialverträglicher Kostenbeteiligung als am besten geeignete Möglichkeit zur Schaffung eines hochqualitativen und trotzdem effizienten Versicherungssystems an.

*Kostenbeteiligung bei Regelabweichung oder Sonderwünschen*

*Einzug der Selbstbeteiligung durch Kassen*

*Kostenerstattungssystem mit sozialverträglicher Selbstbeteiligung*

Berlin, 18. November 2017