
HARTMANNBUND

Reinhardt fordert „Ende des Selbstbedienungsladens“

In einer der politisch unsichersten Wochen des Jahres tagt der Hartmannbund in Berlin. Der Vorsitzende Klaus Reinhardt findet klare Worte für die politische Lage, hält aber trotzdem am Fokus der diesjährigen Versammlung auf die Frage nach einer besseren Patient:innensteuerung fest. Einigen konnten sich die Delegierten am Ende auf ein Primärarztsystem.



Nantke Garrelts

Mit einer Ruhe, die man wohl nur in Berufen mit Krisenerfahrung erwerben kann, hat der Hartmannbund bei der Eröffnung seiner Jahreshauptversammlung am Freitag in Berlin auf die politische Lage und die Zukunft der Gesundheitsversorgung geblickt. Geleitet von der **Frage nach mehr Patient:innensteuerung**, sagte der Hartmannbund-Vorsitzende **Klaus Reinhardt**: „Wir werden uns auf strukturelle Veränderungen einstellen müssen, die uns in Form von Spargesetzen ins Haus stehen.“ Dem will der Hartmannbund mit eigenen Vorschlägen etwas entgegensetzen. „Der Selbstbedienungsladen in der Versorgung hat einen Punkt erreicht, an dem es so nicht mehr weitergeht“, so Reinhardt.

Reinhardt drückte Verständnis für die Blockade von **Ex-Finanzminister Christian Lindner (FDP)** der Schuldenbremsenüberschreitung aus und wiederum Unverständnis für die Pläne von **Bundeskanzler Olaf Scholz (SPD)**, die Vertrauensfrage erst im Januar zu stellen. „Mit jedem Tag, an dem die Vertrauensfrage nicht gestellt wird, verliert die SPD mindestens einen halben Prozentpunkt“, so Reinhardts Prognose. Ihm dauert eine

Regierungsbildung bis Ende oder Mitte Mai kommenden Jahres zu lange. Wie bereits am Donnerstag beim Nationalen Qualitätskongress Gesundheit plädiert er aber dafür, das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz kommen muss – allerdings in veränderter Form. „So, wie es aktuell vorliegt, würde es zu einem **Verdrängungswettbewerb** zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen führen“, meint Reinhardt. Davor habe er immer gewarnt.

Steuerung über ambulanten Sektor

Die Resolution der Delegiertenversammlung legt den Fokus auf die **Einführung eines Primärarztsystems**. Zudem soll gegebenenfalls durch **finanzielle Anreize** die **fach- und hausärztliche Grundversorgung** sichergestellt werden. Der Hartmannbund fordert weiter die **Umsetzung einer Krankenhausreform** (ohne aber das KHVVG explizit zu nennen), erkennt die Chancen der Digitalisierung unter den Voraussetzungen Interoperabilität, Datensicherheit und -verfügbarkeit an und sagt voraus, dass Künstliche Intelligenz die Versorgung in den kommenden Jahren „revolutionieren“ werde.

„Der Einsatz von KI muss jedoch in ärztlicher Hand bleiben und die medizinischen Handlungsmöglichkeiten erweitern“, heißt es weiter. „KI darf ärztliches Handeln nicht ersetzen.“ Der Verband fordert weiter **Entbürokratisierung**, mehr **Prävention**, Schutz vor versorgungsfremden, renditegetriebenen Einflüssen, eine ausreichende Vergütung, eine ärztliche Weiterbildung mit „gesicherten strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen“ und die Umsetzung des Masterplans 2020 zur Modernisierung des Medizinstudiums. Der Hartmannbund will am dualen Krankenversicherungssystem festhalten und eine stärkere Anwendung des Prinzips „Health in All Policies“.

Personaldichte nicht das Hauptproblem

Von dem Fokus der Hauptversammlung auf Patientensteuerung beziehungsweise -koordination rückte der Verband trotz der politischen Lage nicht ab. **Leonie Sundmacher**, Mitglied des Sachverständigenrates

Gesundheit und Pflege und Leiterin des Fachgebiets Gesundheitsökonomie an der TU München, stellte **verschiedene Steuerungsmodelle** vor. Zunächst aber räumte sie mit zwei Missverständnissen auf. Erstens, so Sundmacher, sei der Trend zur Teilzeittätigkeit bei Ärztinnen und Ärzten jeweils ähnlich stark gestiegen (wenn auch immer noch deutlich weniger Ärzte und mehr Ärztinnen in Teilzeit arbeiten). Frauen sind also nicht der Treiber des Teilzeittrends. Das hat dazu geführt, dass zwischen 2004 und 2020 der Teilzeitanteil insgesamt von 12 auf 30 Prozent gestiegen ist. Seit 1991 hat sich die **Zahl der Ärzte:innen** in Deutschland **verdoppelt**, die Zahl der **Vollzeitäquivalente** ist aber nur **um 75 Prozent** gestiegen – und eine weitere Steigerung dieser Zahlen ist angesichts des demografischen Wandels unrealistisch.

Das zweite Missverständnis ist die Vorstellung, dass es mehr Gesundheitspersonal im Verhältnis zur Bevölkerung überhaupt braucht. „Unser Versäumnis ist, dass wir ein **hohes Personalaufkommen verschleiß**en“, so Sundmacher. „Jeder einzelne Versorger ist hoch belastet, und zwar nicht durch tatsächliche Notwendigkeit, sondern durch die **Art der Organisation**.“

Bestehende Steuerungsinstrumente, wie etwa eine Konzentration von Leistungen durch **Mindestmengen**, griffen aber nur bedingt. Am Beispiel von Knie-Totalendoprothesen (Knie-TEPs) zeigt sie auf, wie die eigentliche Mindestmenge von 50 Prothesen pro Jahr und Versorger **unterschritten** wird: 2021 behandelten mehr als 100 Standorte weniger als 20 Fälle. Die 343 Standorte mit mehr als 100 Knie-TEPs im Jahr, die 71 Prozent der Fälle behandeln, hatten eine um **23 Prozent geringere Revisionsrate**. Bezogen auf die Behandlung von Fehlbildungen bei Kindern unter zehn Jahren, bei der sich eine ähnliche Streuung unter Versorgern mit geringen Fallzahlen zeigt, sagt Sundmacher: „Diese Streuung kann und will sich keiner leisten.“

Frage nach Art der Steuerung

In Bezug auf Steuerung stellt die Ökonomin verschiedene Ansätze dar: Man könne die **Anbieter beschränken**, etwa durch ein Primärarztsystem, finanzielle Anreize für die Nutzung bestimmter Anbieter, die Einführung von

Organisationen zur Gesundheitserhaltung (Health Maintenance Organisations, etwa die Gesundheitszentren im britischen NHS) oder durch verbindliche Patientenpfade und Zuschreibung von Verantwortlichkeit. Ein zweiter Weg ist die **Delegation der Patientenentscheidung** an den Anbieter, etwa, indem Hausärzte:innen final entscheiden müssen, ob ein:e Patient:in fachärztliche Leistungen in Anspruch nehmen darf. Auch eine **Beschränkung der Leistungen**, wie sie bereits bei Bagatellarzneimitteln oder sogenannten Lifestyle-Arzneimitteln stattfindet, stellt eine Strategie dar. Praxisgebühren und Eigenbeteiligungen sowie Zuzahlungen fallen ebenfalls unter diese Kategorie. Zuletzt kann eine **Steuerung auch über das Vergütungssystem** stattfinden, indem Leistungen mit schlechtem Kosten-Nutzen-Verhältnis schlecht oder nicht vergütet werden.

Unter den anwesenden Experten setzte man weniger auf politische Lösungen. „Rufen Sie **nicht nach dem Gesetzgeber**, nutzen Sie lieber die **Freiheit Ihrer Profession**, Allianzen und Veränderung zu schaffen“, lautet der Appell von **Franz Knieps**, Vorstand des BKK-Dachverbandes. „Jede neue Regelung schafft zehn neue Probleme.“ Auf Steuerung auf der Mikro- und Meso-Ebene konzentriert sich derweil Martin Hirsch, Professor für KI in der Medizin an der Universität Marburg. In der Pandemie programmierten er und sein Team eine KI-gestützte Anwendung, bei der Interessierte ihr Gesundheitsrisiko und die Dringlichkeit einer Behandlung einschätzen lassen konnten. Von 80.000 gescannten Fällen war nur in 350 ein Telefonat mit einer ärztlichen Fachperson notwendig. „Solche **Vorqualifizierungen** können viel bringen.“ Hirsch plädiert aber eher für einen Bonus als für einen Malus für die Nutzung solcher Anwendungen.
