



LINK

Alle Maßnahmen des Gutachtens, Hintergrundinformationen sowie Reaktionen aus Praxis und Politik lesen Sie unter www.derhausarzt.eu



„Hausärzte bekommen den Steuerknüppel in die Hand“

Weniger verstopfte Notaufnahmen dank mehr stringenter Patientensteuerung: Mit seinem Gutachten hat der Sachverständigenrat jüngst ein **Konzept für ein völlig neugestaltetes Gesundheitssystem** vorgelegt. Im Exklusiv-Interview spricht Ratsvorsitzender Prof. Ferdinand Gerlach darüber, was die teils drastischen Veränderungen für Hausärzte bedeuten könnten.

? 72 Einzelmaßnahmen auf über 700 Seiten: Das jüngste Gutachten des Sachverständigenrats ist ein Mammutprojekt. Wo verläuft der rote Faden?

Prof. Ferdinand Gerlach: Wir bekennen uns dazu, dass wir mehr als bislang gewohnt eingreifen müssen. Hintergrund für das Gutachten ist die Tatsache, dass Analysen immer wieder ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung in unserem Gesundheitswesen zeigen. Nehmen Sie etwa das Beispiel Rückenschmerz: Einerseits gibt es zu viele Wir-

belkörper-Operationen, andererseits eine Unterversorgung etwa bei ambulanter Reha. Gleichzeitig wird es vor allem für Patienten zunehmend schwieriger, sich im komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden. In den Notaufnahmen wird das besonders deutlich: Da sitzen Menschen mit harmlosen Zeckenbissen und verstopfen Kapazitäten für wirklich schwerkranke Patienten. Unser roter Faden, der sich durch das gesamte Gutachten zieht, ist, das wieder in eine Balance zu bringen.

? Wie kann das gelingen?

Im Wesentlichen geht es um drei Kerngedanken: eine grundlegende Reform der Notfallversorgung, eine Umstrukturierung der Kliniklandschaft – die übrigens auch für Hausärzte wichtig ist, weil das Zusammenspiel zwischen Kliniken und Praxen künftig wesentlich besser werden muss – und eben die sektorenübergreifende Versorgung. Hausärzte sind dabei für uns sehr wichtige Akteure, und wir benötigen ihre breite Kompetenz, etwa in der Notfallversorgung.

Das fordern die „Gesundheitsweisen“ in ihrem Gutachten

Die **Patientenwege** durch das Gesundheitssystem sollen künftig stärker gesteuert werden, mit dem Hausarzt als Koordinator in zentraler Stellung. Modelle zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sollen ausgeweitet werden. Ein von allen Krankenkassen verpflichtend anzubietender vergünstigter Wahltarif könnte ein finanzieller Anreiz für die Teilnahme an einem HZV-Modell sein, gleichzeitig soll die Versorgung evaluiert werden.

Notfallversorgung: Alle Bürger sollen zukünftig rund um die Uhr – möglichst über eine bundeseinheitliche Rufnummer – Ansprechpartner in Integrierten Leitstellen (ILS) erreichen. Damit der beste Versorgungspfad bereits „vor Verlassen des Hauses“ eruiert werden kann, wird telefonisch eine qualifizierte Ersteinschätzung (Triage) vorgenommen. Gefährlichen Patienten mit akutem Behandlungsbedarf werden kurzfristig Termine in Praxen niedergelassener Ärzte vermittelt oder sie erhalten einen Soforttermin in einem Integrierten Notfallzentrum (INZ), die an ausgewählten Kliniken angesiedelt sein werden.

Die **sektorenübergreifende Versorgung** soll künftig durch eine gemeinsame Bedarfsplanung und Vergütungsstruktur angetrieben werden. Leistungen würden demnach unabhängig vom Erbringungsort gleich vergütet; aktuell wären davon rund 2.700 Eingriffe umfasst, etwa Krampfader- oder Leistenbruchoperationen. Für niedergelassene Ärzte bedeutet das zunächst eine deutlich höhere Vergütung.

Bei der **Krankenhausfinanzierung** soll der Bund künftig eine stärkere Rolle spielen – durch Einzahlungen in den Strukturfonds sowie eine ständige Bund-Länder-Kommission, die einen neuen föderalen Krankenhaus-Entwicklungsplan erarbeiten soll. Dies wird besonders an Stellen spannend, wo Länder aneinanderstoßen, sowie bei hochspezialisierten Leistungen, etwa Transplantationen. Nur Länder, die an der föderalen Planung teilnehmen, sollen Geld aus dem Topf erhalten.

Mehr zu den Reformvorschlägen des Sachverständigenrats lesen Sie unter www.derhausarzt.eu

PROF. FERDINAND GERLACH

ist Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt am Main und seit 2012 Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. In dieser Position war er an der Entstehung des Anfang Juli vorgelegten jüngsten Gutachtens des Rats maßgeblich beteiligt. Von 2010 bis 2016 war Gerlach zudem Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).



? Das Gutachten setzt in hohem Maße auf hausärztliche Kompetenz. Was bedeutet das für Allgemeinmediziner?

Je spezialisierter unser Gesundheitssystem wird – die Medizin zerfällt mittlerweile in 79 Fachgebiete –, umso wichtiger werden Hausärzte als Koordinatoren und Begleiter der Patienten. Dabei müssen wir sie aber auch besonders unterstützen. Hausärzte bekommen dem Gutachten zufolge den Steuerknüppel in die Hand, und sie erhalten die dafür notwendige Finanzierung. So wollen wir etwa die sprechende Medizin fördern – und zwar gezielt im hausärztlichen Kontext. Das beinhaltet nicht nur das Gespräch, sondern auch Hausbesuche oder die Begleitung multimorbider Patienten. Teamleistungen, etwa der Einsatz von Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH®), sollen gezielt gestärkt werden, und auch die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) als Vertragsform wird ausgebaut. So empfiehlt der Rat einen von allen Kassen verpflichtend anzubietenden vergünstigten Wahltarif, um die Teilnahme an HZV-Modellen durch finanzielle Anreize zu steigern.

? Wie sieht diese starke Rolle des Hausarztes am Beispiel der Notfallversorgung konkret aus?

Künftig sollen Rettungsdienst und Ärztlicher Bereitschaftsdienst zusammengeschaltet werden, alle Notfälle werden

in einer Integrierten Leitstelle (ILS) zusammengeführt. Hier werden Patientenanliegen angenommen und nach festen Algorithmen triagiert. Dabei geht es einerseits um Dringlichkeit, andererseits um Bedarf und – das ist neu – auch gleich die Steuerung in die richtige Versorgungsebene. In dem Gespräch findet bei Bedarf auch eine erste ärztliche – idealerweise hausärztliche – Einschätzung und Beratung statt.

Wir gehen davon aus, dass 30 Prozent aller Anrufe bereits durch diese telefonische Beratung geklärt werden können. Das kann etwa der Verweis auf Hausmittel oder Bettruhe bei einem grippalen Infekt sein. Alle gehfähigen, nicht lebensbedrohlichen Fälle erhalten einen Termin zur Vorstellung in einem Integrierten Notfallzentrum (INZ) – wo wiederum Ärzte, erneut idealerweise Hausärzte, sitzen und am sogenannten gemeinsamen Tresen ein zweites Mal triagieren: entweder in den Bereitschaftsdienst oder die Notaufnahme. Patienten, die nicht vorher anrufen, werden in der INZ zwar auch triagiert – kommen bei gleicher Dringlichkeit aber ans Ende der Warteliste.

? Aufgrund ihrer Qualifikation sind die vom Sachverständigenrat eingepplanten „qualifizierten, primärversorgenden Hausärzte“ für diese Aufgabe prädestiniert. Andererseits ist die Arbeitslast in den Praxen bereits heute

hoch, und der allgemeinmedizinische Nachwuchs fehlt an vielen Stellen. Wie wollen Sie diesen Spagat schaffen?

Lässt ein Hausarzt den Praxisalltag nach einem Arbeitstag Revue passieren, dann wird auch er an vielen Tagen zu dem Ergebnis kommen, dass nicht jeder Patient in die Praxis gehört hätte oder einige Fälle an das Praxisteam delegierbar gewesen wären. Wenn wir also die Versorgungslast an den Stellen reduzieren würden, wo es möglich ist, würden viele Ressourcen frei werden. In der Tat ist der oft beklagte Arztmangel ein weiteres Beispiel für Fehlsteuerung: Wir haben 385.000 Ärzte in Deutschland, die Nettozahl steigt seit Jahren. Aber: Wir haben Hamsterräder, in denen Ärzte verschlissen werden. Wenn wir die endlich anhalten würden, dann erst könnten wir sehen, ob uns wirklich Ärzte fehlen. Gleichzeitig gehen wir davon aus, dass unser Konzept den Hausarztberuf attraktiver macht – etwa durch eine bessere Vergütung und mehr Gewicht in der Versorgungslandschaft. Das führt bei Studierenden und jungen Ärzten zu einem bedeutenden Imagegewinn. Wir gehen also davon aus, dass einerseits mehr Hausärzte zur Verfügung stehen werden und in der Praxis andererseits Ressourcen frei werden.

? Ist denn vorgesehen, Hausärzte zu Triagierungs-Diensten zu verpflichten?

Nein! Es ist überhaupt nicht an Zwangsverpflichtungen gedacht – weder bei der kritisierten Flexibilisierung von Praxissprechstunden, bei der Praxen, die freiwillig Abendsprechstunden anbieten, erhebliche Zuschläge erhalten sollen, noch bei der Besetzung der neuen Triagierungsstellen. Im Gegenteil: Wir gehen davon aus, dass neue, sehr attraktive Arbeitsplätze geschaffen werden, die gerade für junge Ärzte interessant sein könnten. Wenn wir geregelte Arbeitszeiten, eine gute Bezahlung und möglicherweise gar eine Kinderbetreuung bieten können, werden wir diese Stellen leicht besetzen können...



Ärzte sollen mitdiskutieren

? ... mit Ärzten, die dann aber in der ambulanten Versorgung fehlen?

Wir gehen davon aus, dass die Gesamteffizienz steigt, sich also auch der Bedarf verschiebt. Und wir setzen darauf, dass wir neue Ärzte gewinnen können, die sonst gar nicht an die Allgemeinmedizin gedacht hätten.

? Neben den Ärzten werden auch die Patienten gefragt sein. Im Gutachten unterscheiden Sie deutlich zwischen objektivem und subjektivem Patientenbedürfnis. Wie kann das vermittelt werden?

Das Thema Patientenansprüche ist ein unbeliebtes, darüber sind wir uns im Klaren. Uns ist dabei wichtig, dass wir auf Steuerung zum allgemeinen Patientenwohl setzen: Wenn Sie einen Verkehrsunfall haben oder einen Herzinfarkt, dann möchten Sie in der Notaufnahme auch nicht durch Patienten mit Bagatellerkrankungen aufgehalten werden. Das muss vermittelt werden, einerseits durch Aufklärung und flankierende Apps, andererseits auch durch erzieherische Steuerung: Wer also ohne vorherige Anmeldung in das INZ kommt, muss länger warten als jene Patienten, die vorher bereits den Hausarzt oder die Leitstelle kontaktiert haben.

? Sind in diesem Zusammenhang auch Negativ-Anreize denkbar – etwa in Form einer Neuauflage der Praxisgebühr?

Wir können uns auch eine Selbstbeteiligung vorstellen – allerdings als Plan B. Denkbar wäre etwa eine gestaffelte Beteiligung mit bargeldlosem Einzug an den Kosten, die Patienten bei unkoordinierter Inanspruchnahme verursachen. Wir wollen aber nicht die Praxisgebühr als „Quartals-Flatrate“, sondern eine klare Kontaktgebühr beim Facharzt. So können wir Patienten motivieren, den korrekten Weg zu gehen, indem wir sagen: „Schaut her, wenn Ihr

Der Sachverständigenrat wird seine Reformvorschläge mit einem Novum präsentieren: Neben einem Symposium am **26. September** in Berlin mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wird es vier Regionalkonferenzen geben. Zu den fünf Veranstaltungen sind explizit auch Hausärzte eingeladen, sich mit eigenen Anmerkungen einzubringen und mitzudiskutieren. Gesprächspartner werden dabei auch die Landesgesundheitsminister sein. Die Termine:

- **19. Oktober** Regionalkonferenz Mitte-Süd in Frankfurt/Main
- **29. Oktober** Regionalkonferenz Nord in Hamburg
- **14. November** Regionalkonferenz Ost in Halle/Saale
- **27. November** Regionalkonferenz West in Düsseldorf

Anmeldung und weitere Informationen unter www.svr-gesundheit.de

weiter unkontrolliert wie Flipperkugeln durchs System schießt, dann schadet Ihr – durch die Gebühr und das Risiko von Über- und Fehlversorgung – nicht nur Euch selbst, sondern auch dem System und allen anderen Patienten, die die Versorgung benötigen.“

? Das klingt nach einer feinen Linie zum verpflichtenden Primärarztssystem ...

Wir halten es politisch nicht für durchsetzbar und auch nicht für klug, den Gang zum Hausarzt verpflichtend zu machen. Aber wir gehen davon aus, dass eine

Eine durch den Hausarzt koordinierte Versorgung soll die Regel werden.

durch den Hausarzt koordinierte Versorgung die Regelversorgung wird. In einem solchen sinnvoll gestuften System steht der Gang zum Hausarzt klar an erster Stelle, dann kommt der Facharzt, und erst am Ende steht der Supramaximalversorger.

? Wie kann dabei ein stets gleichbleibendes Niveau der Triagierung sichergestellt werden? Gibt es Vorbilder?

Wir empfehlen dies zwar nicht explizit, aber in der Schweiz wird zum Beispiel das Swiss Medical Assessment System (SMASS) zur telefonischen Triagierung genutzt, das aktuell in dem Innovationsfondsprojekt DEMAND auf deutsche Verhältnisse adaptiert wird. Uns schwebt vor, dass es künftig sowohl für die Leitstelle als auch für Bereitschafts-

dienst, Notaufnahme und Rettungswagen ein einheitliches Assessment System mit digital definierten Algorithmen gibt. Ein Beispiel: Wenn sich ein Patient mit Nackenschmerzen meldet, kann das im schlimmsten Fall eine Hirnblutung sein. Häufiger jedoch wird es eine Verspannung sein. Um das zu eruieren, werden alle relevanten Informationen nach einem festen Fragenkatalog erfasst. Ist sich der Disponent an irgendeiner Stelle unsicher, kann er ärztliche Kollegen quasi per Knopfdruck hinzuschalten. Alle Informationen werden digital hinterlegt, sodass alle Versorgungsebenen darauf zurückgreifen können.

? Zum Abschluss ein Blick in die Zukunft: Sehen Sie mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) einen Partner an Ihrer Seite, der offen für solch umfassende Umwälzungen ist?

Ich bin sehr optimistisch, dass viele unserer Vorschläge umgesetzt werden. Das Gutachten besteht aber aus einem ganzen Bündel an Maßnahmen, die einzeln zu betrachten sind. Zur Notfallversorgung steht bereits ein exakt passender Passus im Koalitionsvertrag. Dabei ist dieser Teilbereich aufgrund der herrschenden Unzufriedenheit sicherlich am einfachsten anzupacken. Gleichzeitig könnte die Notfallversorgung zum Eisbrecher für weitere Bereiche werden. Ich würde mich also schon sehr wundern, wenn das Gutachten ohne Folgen bliebe.

Im Gespräch mit Jana Kötter