

Digital vor ambulant vor stationär: Primärversorgungssystem als Schlüssel für mehr Effizienz

In der ambulanten Versorgung sind mehr Effizienz und Effektivität gefragt – zum Wohle der Patientinnen und Patienten, des medizinischen Personals und des gesamten Gesundheitssystems. Der Weg durch die kleinteilige Versorgungslandschaft hängt heute zu oft von historisch gewachsenen Strukturen oder gar Zufällen ab. Patientinnen und Patienten klagen über Schwierigkeiten, zeitnahe ambulante Termine zu bekommen. Die Ursachen liegen vor allem in den bekannten Herausforderungen des Gesundheitswesens: keine passgenaue Versorgung sowie mangelnde Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen.

Wir fordern die Umsetzung eines Primärversorgungssystems nach dem Prinzip „Digital vor ambulant vor stationär“. Um zu mehr Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit zu kommen, sind dafür neue Wege für den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung wie auch zur Koordination innerhalb der Regelversorgung notwendig. Dieser Ansatz leistet einen wesentlichen Beitrag zur Optimierung der Regel- wie auch der Notfallversorgung. Hilfesuchende werden effizient, niedrigschwellig und bedarfsgerecht in die geeignete Versorgungsstufe gelenkt und, sofern notwendig, kontinuierlich ärztlich betreut. Ihre Krankenkasse steht ihnen dabei unterstützend zur Seite. Dabei gilt die Rationale: Die Ersteinschätzung greift vor der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen. Innerhalb des Versorgungssystems koordiniert die Primärärztin beziehungsweise der Primärarzt für den entsprechenden Behandlungsanlass.

Ersteinschätzung Wir fordern eine verbindliche Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfes für neue Behandlungsanlässe neben der Notfall- auch für die Regelversorgung. Dieser Weg muss zum neuen Standard der Regelversorgung werden. So kommen Patientinnen und Patienten schneller in die richtige Versorgungsform – orientiert am medizinischen Bedarf. Bei „leichten“ Fällen können mögliche Ergebnisse der Einschätzung etwa die Ausstellung einer Krankschreibung oder unterstützende Angebote der Krankenkasse sein. Ist eine ärztliche Betreuung notwendig, erfolgt eine direkte Weiterleitung zur Terminvermittlung bei einer geeigneten Praxis oder zu telemedizinischen Angeboten. Denkbar ist, dass Hilfesuchende im Zuge der Ersteinschätzung freiwillig Zugriff auf ausgewählte Patientendaten wie Vorbehandlungen oder Arzneimittel in der ePA gewähren. Das Ersteinschätzungsverfahren muss unabhängig vom Einsatzort – ob online, telefonisch über 116 117, am Praxistresen oder im neu zu schaffenden Integrierten Versorgungszentrum (INZ) – standardisiert ablaufen. Die Kriterien für das Ersteinschätzungsinstrument legen die

Bundesmantelvertragspartner unter Einbindung medizinischer Expertise fest. Kassen, KVen oder Arztpraxen können das Instrument in ihre Services und Anwendungen integrieren.

Terminplattform Wir befürworten eine zentrale digitale Terminplattform als Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags der KVen. Auf dieser stellen Ärztinnen und Ärzte – differenziert nach Fachgruppen und nach Vorgaben der Bundesmantelvertragspartner – Terminkontingente tagesaktuell zur Verfügung. Grundlage für die Terminvergabe muss stets die medizinische Dringlichkeit der Behandlung sein, die aus der Ersteinschätzung hervorgeht. Im Sinne der Behandlungskontinuität sollen neben Terminoptionen mit möglichst geringer Wartezeit auch Terminvorschläge bei Ärztinnen und Ärzten angeboten werden, bei denen die oder der Versicherte in der Vergangenheit in Behandlung waren. Das Ersteinschätzungs- sowie das Terminserviceinstrument müssen manipulationsresistent und diskriminierungsfrei ausgestaltet sein. Um Daten effizient weiterzuleiten und die Versorgung nahtlos zu gestalten, muss die Terminplattform an die Telematikinfrastruktur (TI) und Praxisverwaltungssysteme (PVS) angeschlossen werden. Das erhöht die Versorgungsqualität und verkürzt Wartezeiten. Dabei gilt der Leitgedanke: Termine sollen dem medizinischen Bedarf folgen, nicht der dahinterstehenden Vergütung.

Versorgungssteuerung Feste Steuerungsmodelle bei einer spezifischen (Haus-) Ärztin oder Arzt, der indikationsübergreifend jeden Behandlungsschritt koordiniert, sind nicht zielführend. Zumal die Auslastung der Hausärztinnen und -ärzte bereits heute sehr hoch ist. Die Ersteinschätzung entlastet vielmehr Ärztinnen und Ärzte. Wir setzen uns für eine indikationsspezifische Steuerung ein – basierend auf der Ersteinschätzung. Akute Behandlungsfälle ohne längerfristige Betreuungsnotwendigkeit werden zum Großteil allgemeinmedizinisch abschließend geklärt – je nach Ergebnis der Ersteinschätzung auch direkt fachärztlich. Besteht ein längerfristiger ärztlicher Betreuungsbedarf – oder eine chronische Erkrankung – muss eine Koordination über die behandelnde Ärztin beziehungsweise Arzt erfolgen. Primärärztin beziehungsweise -arzt ist zunächst die von der Ersteinschätzung für den Anlass vorgeschlagene Fachrichtung. Dies stellt – gerade bei schweren Erkrankungen mit einigen Mitbehandelnden – die notwendige Behandlungskontinuität sicher. Die Patientinnen und Patienten binden sich für die Dauer der Erkrankung an diese Ärztin oder Arzt. Die Steuerungsidee schränkt die freie Arztwahl nicht ein. Im Falle neuer Behandlungsanlässe muss erneut die Ersteinschätzung genutzt werden. Vermehrt sollten, sofern geeignet, qualifizierte Pflegekräfte in die Behandlung einbezogen oder in „leichten“ Fällen auch fallabschließend tätig werden (Delegation und vor allem Substitution). Dies ist sowohl im Rahmen eines persönlichen als auch digitalen Kontaktes denkbar.

Vergütung und Struktur Mehr Koordination in einem Primärversorgungssystem kann nicht in einer ohnehin fehleranfälligen und zu komplexen vertragsärztlichen Vergütungsstruktur erreicht werden. Das Vergütungssystem muss grundsätzlich überarbeitet werden. Die Ersteinschätzung hat auch Auswirkungen auf die aktuelle Vergütungslogik, etwa bei „leichten“ Fällen, die dann nicht mehr adäquat abgebildet werden. Daneben muss das finanzielle Ungleichgewicht zwischen sogenannter sprechender und Geräte-Medizin reduziert sowie die auf Kalenderquartale fixierte starre Vergütungslogik aufgelöst werden. In einem neu strukturierten Primärversorgungssystem sollte für die originäre ärztliche Arbeit zudem auf eine

zeitbasierte Vergütung umgestellt werden. Ein solcher Ansatz anhand von Prozeduren sorgt dafür, dass sich der individuell unterschiedliche zeitliche Aufwand der Ärztinnen und Ärzte je Versicherten direkt in der Vergütung widerspiegelt. Mehrkosten zum Status quo sollten aber vermieden werden. Zeitgleich bietet sich die Chance, die Bedarfsplanung entsprechend über eine zeitbasierte Leistungsmengenplanung zu synchronisieren.

Gesundheitspartner Mehr Koordinierung in einem Primärversorgungssystem bedeutet auch, den Krankenkassen eine aktiveren Rolle bei Begleitung, Beratung und Empfehlungen für ihre Versicherten zu geben. Wir wollen den Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement noch besser als bisher umsetzen. Dies bedeutet zugleich, die Leistungen der digitalen Terminserviceplattform kassenindividuell ausspielen zu können, um so die Versicherten bei der Terminfindung optimal zu unterstützen. Zu einem besseren Versorgungsmanagement gehört auch, Selektivverträge der Kassen mit Blick auf ein Care- und Casemanagement in einem Primärversorgungssystem zu nutzen. In diese Richtung muss auch die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) weiterentwickelt werden. Mit einem Primärversorgungsansatz in der Regelversorgung braucht es ohnehin kein paralleles Steuerungssystem in Form der HzV mehr. Der Kontrahierungszwang muss wegfallen.

Techniker Krankenkasse
Büro Berlin
Luisenstraße 46, 10117 Berlin
Tel. 030 - 28884710
berlin-gesundheitspolitik@tk.de