

Wir brauchen ein Primärarztsystem

DEGAM-Positionspapier

We need a primary care system

Position paper of the German College of General Practitioners and Family Physicians

Uwe W. Popert

In den kommenden Jahren werden Anteil und Zahl von Alten, Kranken und Multimorbiden in der Bevölkerung erheblich ansteigen. Die Versorgungssituation in Deutschland ist bisher durch die Möglichkeit einer direkten und parallelen Inanspruchnahme von Spezialisten gekennzeichnet, die zu meist nur Erkrankungen/Beschwerden eines spezifischen Organsystems behandeln. Das führt zu zunehmend langen Wartezeiten [1] und birgt die Gefahr von Informationsverlusten. Deutschland hat von elf vergleichbaren Industrieländern die höchsten medizinischen Informationsverluste zu verzeichnen [2].

Hausärzte können den größten Teil aller Patientenanliegen ohne Informationsverluste, zeitnah, abschließend, in guter Qualität und mit einer sehr hohen Kosteneffektivität behandeln. Nur in 10–20 % ist eine Überweisung bzw. Mitbehandlung durch Spezialisten in Klinik oder Praxis erforderlich [3]. Pro Konsultation adressieren Hausärzte durchschnittlich 2–3 Beratungsanlässe bzw. Organsysteme [4]. Die langjährige Kenntnis von Patienten erlaubt es Hausärzten, deren Anliegen richtig einzuordnen, Diagnostik und Therapie auf das notwendige Maß zu begrenzen und eine entsprechende Über- und Fehlversorgung zu vermeiden. Hausärzte kennen die epidemiologischen Besonderheiten des Niedrig-Prävalenz-Bereichs: Anders als in einer kardiologischen Notaufnahme haben beispielsweise Brustschmerzen in der Hausarztpraxis sehr häufig eine harmlose Ursache – ein unkritischer Einsatz invasiver Diagnostik würde zu massiver Überdiagnostik führen. Zugleich wird der Zugang zur Ressource Facharzt durch eine Fehl-Inanspruch-

nahme eingeschränkt. Die hausärztliche Versorgung kann deshalb langfristig nur durch ausreichend spezifisch allgemeinmedizinisch und damit breit weitergebildeten Nachwuchs adäquat und ressourcenschonend sichergestellt werden.

Ein Gesundheitssystem mit einer hochwertigen und generell hausärztlich koordinierten Primärversorgung bietet nachweislich [5]:

- einen zeitnahen, flächendeckenden und niedrighschwelligem Zugang [6],
- weniger Notfall-/Krankenhausbehandlungen [7],
- höhere Lebensqualität, Lebenserwartung und besseren Gesundheitszustand für die Patienten [8],
- höhere Zufriedenheit von Patienten und allen Arztgruppen [6],
- niedrigere Ausgaben trotz zunehmender Komplexität und Multimorbidität [9].

Dieses konnte kürzlich auch für Deutschland gezeigt werden [10].

Voraussetzung hierfür sind eine verbesserte Kommunikation aller am Versorgungsprozess Beteiligten und eine gezielte Koordination innerhalb der verschiedenen Versorgungsebenen. Mit einem Einschreibesystem kann die Betreuung wesentlich effizienter als in der jetzigen Regelversorgung organisiert werden.

Ein so koordiniertes Primärversorgungssystem ist in 15 von 28 europäischen Ländern etabliert. In weiteren sieben EU-Ländern wird eine hausärztliche Überweisung in die Sekundärversorgung durch Vermeidung von Zuzahlungen unterstützt [11]. Ein solchermaßen koordiniertes System könnte viele der strukturellen Probleme des deutschen Gesundheitssystems reduzieren, die durch die ungesteuerte Inanspruchnah-

me von Spezialisten und Krankenhäusern und durch das Fehlen von klarer Verantwortlichkeit für alle Menschen in unserem Land entstehen.

Übereinstimmend mit den Forderungen der Gutachten des Sachverständigenrates von 2007 bis 2015 [3] und aufbauend auf einem Definitions-Entwurf des Begriffs der Primärversorgung der Arbeitsgruppe Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer [12], die die Primärversorgung durch ein hausarztgeleitetes Team von Fachkräften in den Mittelpunkt stellen, und teilweise noch darüber hinaus gehend, sind dafür folgende Maßnahmen erforderlich:

- **als Regelversorgung ein garantiertes Primärarztsystem mit Einschreibung wie in der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) üblich**
- **Zuzahlung bei direkter Inanspruchnahme von Spezialisten und Krankenhausambulanzen außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes**
- **Erhöhung des Anteils der Allgemeinmedizin am ärztlichen Nachwuchs in Weiterbildung auf etwa 30 %.** (Es gibt in Deutschland keine Unterversorgung mit Ärzten insgesamt, sondern nur zu wenig Hausärzte. Die Erhöhung des Anteils der Allgemeinmedizin wird durch Fokussierung auf Spezialistenleistungen mit nachgewiesenem Nutzen kompensiert.)
- Die Umsetzung von bundeseinheitlichen Medikationsplänen, Notfalldatensätzen, digitalen Patientenakten und von strukturierter Notfallversorgung erfordert mehr hausärztliche Ressourcen. Als Ausgleich dafür sind zeit sparende Regelungen z.B. bei Arbeits-

Arzt für Allgemeinmedizin, Kassel

DOI 10.3238/zfa.2018.0248-0249

Wenn im Text die männliche Form verwendet wird, geschieht dies nur aus Gründen der Vereinfachung. Gemeint sind immer Frauen und Männer.

unfähigkeitsbescheinigungen [13] und Abrechnung erforderlich.

- Die Verbesserung der Attraktivität hausärztlicher Tätigkeit und Sicherung der Basisversorgung erfordert eine Aufwertung von Zuwendung, sprechender Medizin, flächendeckender Versorgung und Koordination. Bei durchschnittlich gleicher Weiterbildungs-

dauer, höherer Arbeitszeit und (u.a. wegen der Koordinationstätigkeit) höherer Verantwortung müssen Hausärzte mindestens das gleiche Einkommen [14] haben wie Spezialisten. Dies fordern auch Medizinstudierende [15], der Sachverständigenrat [3] und die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag [16].

Korrespondenzadresse

Dr. med. Uwe W. Popert
Praxis für Allgemeinmedizin
Goethestraße 70
34119 Kassel
uwe.popert@web.de

Literatur

1. OECD. Health at a glance 2017: health indicators. OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (letzter Zugriff am 10.04.2018)
2. Penm J, MacKinnon NJ, Strakowski SN, Ying J, Doty MM. Minding the gap: factors associated with primary care coordination of adults in 11 countries. *Ann Fam Med* 2017; 15: 113–119
3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Gutachten 2009. www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6 (letzter Zugriff am 01.01.2018)
4. Tobert V, Popert U. “Multitasking” and complex patient encounters in family medicine. *Z Allg Med* 2017; 93: 222–226
5. Popert U, Egidi G, Eras J, Kuehlein T, Baum E. Warum wir ein Primärarztsystem brauchen. *Z Allg Med* 2018 [im Druck]
6. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults’ health care experiences in seven countries, 2007. *Health Aff (Millwood)* 2007; 26: w717–w734
7. Barker I, Steventon A, Deen SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* 2017; 356: j84. www.bmj.com/content/356/bmj.j84.full.pdf (letzter Zugriff am 12.5.2018)
8. Øvretveit J. Evidence: Does clinical coordination improve quality and save money? Volume 1: a summary review of the evidence. London: Health Foundation, 2011
9. Garrido MV, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scand J Prim Health Care* 2011; 29: 28–38
10. Schneider A, Donnache E, Tauscher M, et al. Vergleich der ambulanten Versorgungskosten bei Patienten mit und ohne hausärztliche Steuerung – Ergebnisse einer Routinedatenanalyse aus Bayern. *Z Allg Med* 2017; 93: 297–304
11. OECD/EU. Strengthening primary care systems. In: Health at a glance: Europe 2016 – state of health in the EU cycle. OECD Publishing: Paris, 2016. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2016-5-en (letzter Zugriff am 10.04.2018)
12. 4. Sitzung der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin am 09.02.2018: Entwurf des Begriffes der Primärversorgung durch die Arbeitsgruppe Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer – unter Bezugnahme auf den Experten-
13. Herrmann WJ, Haarmann A, Baerheim A. Arbeitsunfähigkeitsregelungen als Faktor für Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2015; 109: 552–559. [https://zefq-journal.com/article/S1865-9217\(15\)00231-7/pdf](https://zefq-journal.com/article/S1865-9217(15)00231-7/pdf) (letzter Zugriff am 10.04.2018)
14. Pressemitteilung des statistischen Bundesamtes 2017. www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/08/PD17_279_52571.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 21.04.2018)
15. Umfrage der KBV unter Medizinstudenten. www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf (letzter Zugriff am 21.04.2018)
16. Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode. Zeile 4525–7. www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.html (letzter Zugriff am 10.4.2018)



DEGAM im Netz

www.degam.de
www.degam-leitlinien.de
www.degam-patienteninfo.de
www.tag-der-allgemeinmedizin.de
www.degam-kongress.de
www.online-zfa.de
www.degam-famulaturboerse.de
www.facebook.com/degam.allgemeinmedizin