

**Positionspapier
der Deutschen Gesellschaft
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)**

Wir brauchen ein Primärarztsystem

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 zumeist nur Erkrankungen/Beschwerden eines Organsystems behandeln. Das führt zu zunehmend langen Wartezeiten [1] und birgt die Gefahr von Informationsverlusten. Deutschland hat von 11 vergleichbaren Industrieländern die höchsten medizinischen Informationsverluste.[2]

Hausärzte können dagegen den größten Teil aller Patientenanliegen ohne Informationsverluste, zeitnah, abschließend, in guter Qualität und mit einer sehr hohen Kosteneffektivität behandeln. Nur in 10 bis 20% ist eine Überweisung bzw. Mitbehandlung durch Spezialisten in Klinik oder Praxis erforderlich.[3] Pro Konsultation adressieren sie durchschnittlich 2-3 Beratungsanlässe bzw. Organsysteme.[4] Die langjährige Kenntnis von Patienten erlaubt es Hausärzten, die Anliegen der Patienten 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-Inanspruchnahme eingeschränkt. Hausärzte sind deswegen nur durch ausreichend spezifisch allgemeinmedizinisch und damit breit weitergebildeten Nachwuchs adäquat und Ressourcen schonend ersetzbar.

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

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

- einen zeitnahen, flächendeckenden und niedrigschwelligen Zugang, [6]
- weniger Notfall-/ Krankenhausbehandlungen, [7]
- höhere Qualität, Lebenserwartung und besseren Gesundheitszustand, [8]
- höhere Zufriedenheit von Patienten und allen Arztgruppen, [9]
- niedrigere Ausgaben trotz zunehmender Komplexität und Multimorbidität.[10]
- Dieses konnte kürzlich auch für Deutschland gezeigt werden.[11]

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.[12] Ein solchermaßen koordiniertes System könnte viele der strukturellen Probleme des deutschen Gesundheitssystems reduzieren, die durch die ungesteuerte Inanspruchnahme von Spezialisten und Krankenhäusern und fehlender klarer Verantwortlichkeit für alle Menschen in unserem Land entstehen.

Übereinstimmend mit den Forderungen der Gutachten des Sachverständigenrates von 2007 bis 2015 [13] und aufbauend auf einem Definitions-Entwurf des Begriffes der Primärversorgung der Arbeitsgruppe Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer [14], die die Primärversorgung durch ein hausarztgeleitetes Team von Fachkräften in den Mittelpunkt stellen, und teilweise noch darüber hinausgehend, sind dafür folgende Maßnahmen erforderlich:

- als Regelversorgung ein garantiertes Primärarztsystem mit Einschreibung wie in der HzV (hausarztzentrierten Versorgung) 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 kompensierbar durch Fokussierung auf Spezialisten-Leistungen mit nachgewiesenem Nutzen)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

- Die Umsetzung von bundeseinheitlichen Medikationsplänen, Notfalldatensätzen, digitalen Patientenakten und strukturierter Notfallversorgung erfordert mehr hausärztliche Ressourcen. Als Ausgleich dafür sind zeitsparende Regelungen z.B. bei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen [15] 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 Weiterbildungsdauer, höherer Arbeitszeit und (u.a. wegen der Koordinationstätigkeit) höherer Verantwortung müssen Hausärzte mindestens das gleiche Einkommen [16] haben wie Spezialisten. Dies fordern auch Medizinstudierende [17], der Sachverständigenrat [13] und die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag [18].

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

Literatur:

1. OECD (2017), Health at a glance 2017: Health indicators, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en. ISBN (print) 978-92-64-28039-7. (besucht 10.4.2018)
2. Penm J, MacKinnon NJ, Strakowski SN, Ying J, Doty MM. 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
<http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6> (letzter Zugriff am 1.1.2018)
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. Warum wir ein Primärarztsystem brauchen..*Z Allg Med* 2018 - Angenommen am 12.4.2018. (Manuskriptnummer ZFA-D-18-00032)
6. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, and 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.
8. Øvretveit J. Evidence: Does clinical coordination improve quality and save money? Volume 1: A summary review of the evidence. London: Health Foundation; 2011.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

9. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, and Murukutla, N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. Health Aff (Millwood). 2007; 26: w717–w734.
10. 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.
11. 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.
12. OECD/EU (2016), "Strengthening primary care systems", in Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2016-5-en (besucht am 10.4.2018).
13. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen- Gutachten 2009. <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6> (letzter Zugriff am 1.1.2018)
14. 4. Sitzung der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin am 09.02.2018 uner Bezugnahme auf den Experten Ausschuss der Europäischen Kommission zu wirksamen Gesundheitsinvestitionen:
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/2016_primary_care_de.pdf
(<http://www.bundesaerztekammer.de> – besucht am 17.2.2018)
15. Herrmann WJ, Haarmann A, Baerheim A. Arbeitsunfähigkeitsregelungen als Faktor für Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung in Deutschland. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2015;109: 552-559. [http://zefq-journal.com/article/S1865-9217\(15\)00231-7/ppt](http://zefq-journal.com/article/S1865-9217(15)00231-7/ppt) (besucht am 10.4.2018)
16. Pressemitteilung des statistischen Bundesamtes 2017.
http://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/08/PD17_279_52571pdf.pdf?__blob=publicationFile (besucht 21.04.2018)
17. Umfrage der KBV unter Medizinstudenten.
http://www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf (besucht 21.04.2018)
18. 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.
http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.html (besucht am 10.4.2018)

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 133
10117 Berlin

Tel.: 030-20 966 9800
geschaeftsstelle@degam.de