

16. Januar 2025

Positionspapier: Mehr Qualität durch hausärztliche Steuerung in der Gesundheitsversorgung

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) fordert die Einführung eines hausärztlichen Primärversorgungsmodells. Dies ermöglicht eine hochwertige und ressourcenschonende Gesundheitsversorgung, die die Qualität verbessert und gleichzeitig Kosten reduziert.

Trotz hoher finanzieller und personeller Aufwendungen ist das deutsche Gesundheitssystem weniger effizient als in anderen westeuropäischen Ländern. Fehlgeleitete Ressourcennutzung führt zu hohen Kosten, einer vergleichsweise mittelmäßigen Lebenserwartung¹ und einer zunehmenden Belastung der gesetzlichen Krankenversicherungen. Diesem Problem ist mit einem effizienten Steuerungsmodell zu begegnen.^{2 3}

Nationale und internationale Studien zeigen, dass hausärztliche Primärversorgung nachweislich die Versorgung vulnerabler Gruppen verbessern, Hospitalisationen und Notfallbehandlungen verringern und die Behandlungskontinuität steigern kann. Die patientenorientierte Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung⁴ bietet außerdem die Möglichkeit, die Patientensicherheit und die Versorgungsqualität zu erhöhen und gleichzeitig ökologisch verantwortlich und ressourcensparend zu arbeiten.⁵ In hausärztlichen Praxen können **über 80 Prozent der Beratungsanlässe** niedrigschwellig, personenzentriert, schnell, meist parallel und ohne Überweisung vor Ort abschließend geklärt werden.⁶

Primärärztliche Koordination und Steuerung ist eine Kompetenz, die ausschließlich im hausärztlichen Setting erworben, aufrechterhalten und vertieft wird. Nur hier wird die Versorgung durch die in der Weiterbildung erworbenen Kenntnisse im Niedrigprävalenzbereich, in gelebtem Shared Decision Making und in der psychosomatischen Grundversorgung immer stark auf das Individuum und seine Umgebung fokussiert. Nicht selten erfolgt die hausärztliche Betreuung mit starkem Bezug zur jeweiligen Community.

Eine Steuerung durch hausärztliche Praxen ist die effektivste und effizienteste Versorgungsform. Es gibt weder Evidenz noch rationale Argumentation dafür, warum genuin primärärztliches Handeln in Zeiten begrenzter Ressourcen unkoordiniert durch multiple Kontakte im Gesundheitssystem zu Fach- und Gebietsärzten ausgelöst werden sollte. Eine Versorgungscoordination soll deswegen laut Nationaler Versorgungsleitlinien im Regelfall hausärztlich erfolgen. Analoges gilt für die Disease-Management-Programme⁷.

Ein hausärztliches Primärversorgungssystem mit obligater Einschreibung

- **erhöht die Versorgungseffizienz:** Trotz einer Kostenreduktion lassen sich Qualitätsindikatoren wie Lebenserwartung, Prävention, Hospitalisierungen und Nebenwirkungen durch Multimedikation verbessern. Dies ließ sich im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) für Deutschland bestätigen.^{8 9}
- **verbessert die patientenbezogene Qualität** durch ein niedrighschwelliges, schnelles und breites Angebot, auch die Versorgung besonders vulnerabler Gruppen wird ermöglicht.^{10 11}
- **reduziert die Belastung des Gesundheitssystems:** Krankenhauseinweisungen und unnötige Mehrfachbehandlungen werden gesenkt. Dies wird unter anderem auf die Behandlungskontinuität,¹² die Verringerung von Notfallbehandlungen¹³ und Krankenhauseinweisungen¹⁴ sowie die Koordination der Versorgung durch die Hausärztinnen und Hausärzte zurückgeführt.¹⁵

Effizienzreserven durch hausärztliche Praxisteam: Diese sind in ihrer Struktur bereits auf Koordination und Steuerung ausgerichtet. Bei Entscheidungen zur Vergütungsstruktur und Abschaffung nicht sinnhafter Vorgaben der Gebührenordnung (z.B. zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt) können sich die Praxen zu ressourcensparenden Teamversorgungsstrukturen weiterentwickeln und so einen unverzichtbaren Beitrag zur Sicherstellung der ambulanten, bevölkerungsnahen Versorgung leisten. Mit der strukturierten Weiterqualifikation von Teammitgliedern (VERAH®-Konzept) ist es bereits jetzt gelungen, Effizienzreserven im System zu heben.¹⁶ International wie auch national werden solche Konzepte ausschließlich für den hausärztlichen Primärversorgungsbereich evaluiert bzw. entwickelt. Mit dem Konzept HÄPPI liegt ein innovatives Versorgungsmodell zur digitalen, vernetzten Versorgung für Deutschland vor.^{17 18} Konzepte für Delegation und Koordination sind dafür unerlässlich – und bereits umfangreich vorhanden.¹⁹

Aus- und Weiterbildung: Für eine stabile, nachhaltige ambulante hausärztliche Versorgung braucht es neben der Bereitstellung finanzieller Ressourcen jedoch vor allem für die primärärztlichen Anforderungen adäquat und in ausreichender Zahl ausgebildete Medizinstudierende und letztlich ausreichend Hausärztinnen und Hausärzte sowie hausärztliche Praxisteam. Die auch von der DEGAM eingeforderte Reform des Medizinstudiums (Umsetzung Masterplan 2020), sowie eine Priorisierung und Steuerung der ärztlichen Weiterbildung insgesamt sowie die Ausbildung hausärztlicher Praxisteam sind dazu dringend erforderlich.

Lösungsmöglichkeiten:

- **Implementierung eines hausärztliches Primärversorgungsystems – in einem ersten Schritt mit Vorteilen für Versicherte, in den HZV-Tarif ihrer Krankenkasse zu wechseln (HZV-Bonus)**
- **Kontaktgebühr / Kostenbeteiligung im Notdienst bzw. für jeden gebietsärztlichen Besuch ohne Überweisung** (Ausnahmen: Augenarzt, Gynäkologie).
- **Reform der Aus- und Weiterbildungsstrukturen mit Priorisierung hausärztlicher Kompetenzen**

Literatur:

- ¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Deutschland: Ländergesundheitsprofil 2023, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7fd88e75-de>
- ² Prior A, Vestergaard CH, Vedsted P, Smith SM, Virgilsen LF, Rasmussen LA, Fenger-Grøn M. Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study. *BMC Med.* 2023 Aug 15;21(1):305. doi: 10.1186/s12916-023-03021-3. PMID: 37580711; PMCID: PMC10426166.
- ³ Baker R, Levene LS, Newby C, Freeman GK. Does shortage of GPs matter? A cross-sectional study of practice population life expectancy. *Br J Gen Pract.* 2024 Apr 25;74(742):e283-e289. doi: 10.3399/BJGP.2023.0195. PMID: 38621806; PMCID: PMC11044019.
- ⁴ DEGAM Positionspapier Klimawandel. https://www.degam.de/files/inhalt/pdf/positionspapiere_stellungnahmen/positionspapiere-altes-verzeichnis/Positionspapier_Klimawandel_Gesundheit_final.pdf
- ⁵ McNeil 2021 -COP28 Declaration on Climate and Health <https://www.who.int/publications/m/item/cop28-uae-declaration-on-climate-and-health>
- ⁶ Popert UW, Egidi G, Eras J, Kühlein T, Baum E: Warum wir ein Primärarztssystem brauchen. *Z Allg Med* 2018; 94 (6), 250-254 DOI 10.3238/zfa.2018.0250-0254
- ⁷ Anforderungen an DMP-Behandlungsprogramme https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3583/DMP-A-RL_2024-04-18_iK-2024-10-01.pdf
- ⁸ Laux G, Kaufmann-Kolle P, Bauer E, Goetz K, Stock C, Szecsenyi J. Evaluation of family doctor centred medical care based on AOK routine data in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2013;107:372-8.
- ⁹ Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K et al. GP-centered health care in Baden-Württemberg, Germany: results of a quantitative and qualitative evaluation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 2015;58:398-407.
- ¹⁰ 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.
- ¹¹ Kringos DS. The strength of primary care in Europe. Proefschrift 2012 ISBN: 978-94-6122-154-4
- ¹² Romano MJ, Jodi BS, Pollack CE et al. The Association Between Continuity of Care and the Overuse of Medical Procedures, *JAMA Intern Med.* 2015;175:1148-1154.
- ¹³ Marshall EG, Clarke B, Burge F. Improving Continuity of Care Reduces Emergency Department Visits by Long-Term Care Residents. *J Am Board Fam Med* 2016; 29: 201-208.
- ¹⁴ Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int J Health Serv* 1995;25:283-94.
- ¹⁵ Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007;37:111-26.
- ¹⁶ Mergenthal, K., Leifermann, M., Beyer, M. et al. Wie schätzen Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) den Nutzen ihrer Tätigkeit für die Patienten ein?. *Z Allg Med* 92, 36-40 (2016). <https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0036-0040>
- ¹⁷ https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2023/2023_11_07_HAEPPI_Portraet_kurz.pdf
- ¹⁸ Schwill, S., Meißner, A., Mink, Bublitz S, Altiner A, Buhlinger-Göppfarth N. HÄPPI – Konzeption eines Modells für die ambulante Versorgung in Deutschland. *Z Allg Med* 100, 142-149 (2024). <https://doi.org/10.1007/s44266-023-00161-w>
- ¹⁹ Redaelli, M., Bassüner, S., Teschner, D. et al. Medizinische Fachangestellte können mehr. *Z Allg Med* 90, 517-522 (2014). <https://doi.org/10.3238/zfa.2014.0517-0522>

Stand: 16. Januar 2025

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9, 10117 Berlin
Telefon: 030-20 966 9800
E-Mail: geschaeftsstelle@degam.de