

impulse

PRIMÄRVERSORGUNGSTEAMS FÜR EINE EFFIZIENTERE AMBULANTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

- **Wir brauchen eine hausarztzentrierte Versorgung für eine zukunftsfähige ambulante medizinische Versorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.**
- **Eine stärkere Einbindung von nicht-ärztlichem qualifiziertem Personal durch Delegation und Substitution ist notwendig.**
- **Eine engere Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten und -ärztinnen ist unabdingbar.**
- **Ein strenges Primärarztmodell ist herausfordernd, auch weil nicht genügend Hausärzte zur Verfügung stehen. Deswegen können sich gesetzlich Versicherte auch ein individuelles Primärversorgungsteam aus einem Hausarzt/einer Hausärztin und einem Facharzt/einer Fachärztin als direkte Anlaufstellen auswählen. Diese tauschen sich eng miteinander aus.**
- **Das Modell in Baden-Württemberg belegt seit Jahren, dass eine hausarztzentrierte Versorgung zu einer besseren Versorgung und geringeren Kosten führt.**

Wir verfügen in Deutschland über eine leistungsfähige, fachkompetente ambulante vertragsärztliche Versorgung. Aufgrund des doppelten demographischen Effektes wird in den nächsten Jahren vermehrt medizinisch tätiges Personal in den Ruhestand wechseln. Einer gewachsenen Zahl an behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten wird zukünftig eine reduzierte Zahl an medizinischem Fachpersonal zur Verfügung stehen¹. Der medizinische Fortschritt führt zu einer längeren Lebenserwartung, allerdings bislang nicht dazu, dass wir gesünder älter werden.

Die Bundesrepublik verfügt über eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt². Allerdings liegen wir im Outcome (z. B. bei der Lebenserwartung) laut OECD-Vergleich lediglich im europäischen Mittelfeld². In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung fallen Doppeluntersuchungen, Ärztehopping und mangelnder Informationsaustausch zwischen den Behandlern auf. Deutsche gehen im internationalen Vergleich sehr oft zum Arzt, je nach Studie zwischen zehn und 17-mal pro Jahr³. Dadurch entstehen lange Wartezeiten. Ärztinnen und Ärzte haben wenig Zeit für die individuelle Patientenbehandlung. Schon jetzt bekommt jeder vierte Patient, der zu seiner Hausarztpraxis geht, seinen Arzt oder seine Ärztin nicht zu sehen⁴. Hingegen suchten in 2022 knapp 20 % der Patienten mindestens sechs unterschiedliche Arztpraxen auf – 5 % der Patienten sogar neun⁵.

Es besteht Handlungsbedarf!

Die Lösung liegt in einer hausarztzentrierten Versorgung^{6,7}, wie diese in den meisten europäischen Ländern bereits üblich ist (z. B. Frankreich, Niederlande, Dänemark). Die „Lotsenfunktion“ des Hausarztes vermeidet teure Irrwege durch unser Gesundheitssystem und es erfolgt eine gezielte, sinnvolle Behandlungssteuerung.

Eine ausschließliche primäre Behandlung durch einen Hausarzt oder eine Hausärztin ist herausfordernd⁸, da teilweise nicht genügend Hausärzte zur Verfügung stehen. Auch medizinisch ist nicht in allen Fällen ein primärer Hausarztkontakt sinnvoll. Für Behandlungen durch Gynäkologen, Augenärzte, Zahnärzte oder durch Fachärzte bei chronischen Erkrankungen sollte die Ausnahme gemacht werden, dass diese auch zukünftig direkt aufgesucht werden können.

Neben der Hausärztin / dem Hausarzt bzw. der Kinderärztin / dem Kinderarzt kann die Versicherte / der Versicherte daher EINEN weiteren Facharzt nach eigenem Ermessen wählen, der ohne Überweisung durch den Hausarzt kontaktiert werden kann. Der Hausarzt / die Hausärztin bildet gemeinsam mit einem gewählten Facharzt / einer gewählten Fachärztin das Primärversorgungsteam. Ein Augen-, Frauen- und Zahnarzt ist aufgrund des fachlich besonderen Aufgabengebietes von dieser Regelung ausgenommen und kann ebenfalls ohne Überweisung direkt besucht werden. Darüberhinausgehende Facharztbesuche bedürfen einer Überweisung des Hausarztes bzw. Primärarztteams.

Medizinisch ist eine ärztliche Konsultation aktuell auch nicht in allen Fällen notwendig. Schon jetzt werden in Arztpraxen nicht nur administrative, sondern auch medizinische Tätigkeiten an qualifiziertes nicht-ärztliches Personal delegiert. Daneben ist eine sinnvolle Substitution durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal sinnvoll, wie es in vielen anderen europäischen Ländern ebenfalls bereits die Regel ist.

AGnES, Community Health Nurses, EVA und VERAH sind Beispiele für erfolgreiche arztentlastende Modelle. Impfungen, Blutentnahmen, medizinische Beratung und weitere sinnvolle Maßnahmen sollten zukünftig nicht nur im Rahmen einer Delegation, sondern auch im Rahmen einer vertretbaren Substitution durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal übernommen werden. Dies führt auch zu einer Aufwertung medizinisch-pflegerischer Berufe. Konkret bedeutet dies, dass analog zu Hebammen nicht ärztliche Berufe zumindest Folgeverordnungen ausstellen können und budgetär berücksichtigt werden müssen. Diese sollten auch in eine Primärarztstruktur integriert werden. In diesem Kontext sollten auch telemedizinische Versorgungsangebote ausgebaut werden.

Gesetzlich Versicherte können sich ihr Ärzteteam frei wählen⁵, die dann idealerweise auch als Team für den Versicherten agieren. Die Versicherten wählen die Fachärztin oder den Facharzt nach ihrem persönlichen Bedarf, der sich z. B. aus persönlichen Umständen oder der regionalen Versorgungslandschaft ergeben können. In angemessenen Abständen, z. B. jährlich, können Versicherte ihr Ärzteteam neu wählen⁵. Das gewählte Ärzteteam erhält relevante Befunde wechselseitig digital und steht miteinander in einem engen Austausch. Sollte der Versicherte weitere Fachärzte kontaktieren wollen, ist eine Überweisung erforderlich.

In Baden-Württemberg wird seit 2008 im Rahmen eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung ein Primärarztmodell erfolgreich praktiziert. Die wissenschaftliche Begleitanalyse durch die Universitäten Heidelberg und Frankfurt a. M. zeigt, dass im Vergleich zur Regelversorgung unkoordinierte Facharztkontakte um 42,8 % reduziert, die Medikamentenkosten pro Versicherten um 6,6 % reduziert und viele Krankenhausaufenthalte vermieden werden konnten⁹ (jeweils Vergleichszahlen aus 2018). Für die Jahre 2011 bis 2020 konnten innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung z. B. bei Diabetikern ca. 350 Erblindungen,

633 Amputationen und ca. 2250 Schlaganfälle im Vergleich zu Versicherten in der Regelversorgung vermieden werden¹⁰. Die jährlichen Kosten pro Versicherten waren dennoch 40 Euro geringer als in der Regelversorgung. Wesentliche Erfolgsfaktoren des Modells in Baden-Württemberg sind die Einbindung von nicht-ärztlichen akademisierten Gesundheitsberufen und der enge Austausch zwischen Haus- und Fachärzten im Verbund.

Fazit: Deutschland braucht jetzt den Wechsel auf ein Primärarztssystem, wie er im Koalitionsvertrag vorgesehen ist.

Quellen:

- 1 Statistisches Bundesamt (2024): 15. Koordinierte Bevölkerungsberechnung, Variante 2: G2-L2-W2
- 2 OECD: State of Health in the EU, Deutschland, Länderprofil Gesundheit 2023, https://www.oecd.org/content/dam/oecd/de/publications/reports/2023/12/germany-country-health-profile-2023_2e55ab0e/7fd88e75-de.pdf, abgerufen am 24.04.2025
- 3 Markus Beier, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes, <https://background.tagesspiegel.de/gesundheits-und-e-health/briefing/hausarzte-muessen-als-lotsen-im-system>, abgerufen am 23.04.2025
- 4 GKV-Versichertenbefragung: Versicherte wünschen sich stärkere Einbindung von nicht-ärztlichem Praxispersonal, https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_2023872.jsp, abgerufen am 25.04.2025
- 5 ersatzkasse magazin, 2. Ausgabe 2025, Patientensteuerung, Mit dem persönlichen Ärzteteam zu einer besseren Versorgung
- 6 Hartmannbund, Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., Für ein modernes und stabiles Gesundheitssystem, <https://www.hartmannbund.de/berufspolitik/news/fuer-ein-stabiles-und-modernes-gesundheitssystem/>, abgerufen am 25.04.2025
- 7 Josef Hecken, Jochen Pimpertz, Mut zu neuen Ideen, Für eine dauerhafte Verlässlichkeit unseres Gesundheitswesens, Konrad Adenauer Stiftung, <https://www.kas.de/de/einzelartikel/-/content/mut-zu-neuen-ideen-wie-laesst-sich-die-effizienz-unseres-gesundheitssystems-steigern>, abgerufen am 23.04.2025
- 8 Virchowbund: Versorgung 2040: Eckpunkte für eine gute, gerechte und gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung, https://www.virchowbund.de/fileadmin/virchowbund/dokumente/Veranstaltungen/BHV/2024/Versorgung_2040_Virchowbund.pdf, abgerufen am 23.04.2025
- 9 Gunter Laux, Claudia Witte, Petra Kaufmann-Knolle, Michael Wensing, Joachim Szecsenyi: Ergebnisbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg (2011 bis 2018), Teil 1
- 10 Claudia Kling: Hausarztzentrierte Versorgung: Warum der Vertrag mit dem Arzt „klare Vorteile“ bringt. In: Schwäbische Zeitung. 16. Mai 2023, <https://www.schwaebische.de/politik/warum-der-vertrag-mit-dem-arzt-klare-vorteile-bringt-1618658>, abgerufen am 24.04.2025

Über die Autoren:

Dr. Andreas Krokotsch, Leitender Arzt, Medizinischer Dienst Nord, stellv. Sprecher der AG Gesundheit

Stefan David, Vorsitzender der Geschäftsführung, Diakovere, Sprecher der AG Gesundheit

Impressum:

©Friedrich-Ebert-Stiftung | Herausgeberin: Friedrich-Ebert-Stiftung e.V. | Godesberger Allee 149 | 53175 Bonn | Deutschland

Verantwortlich: Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung | Hiroshimastraße 17 | 10785 Berlin

www.managerkreis.de | ISBN: 978-3-98628-749-8 | Juli 2025

Titelmotiv: picture alliance / ZB

Inhaltliche Verantwortung: Marei John-Ohnesorg | Redaktion: Marei John-Ohnesorg und Agnieszka Schauff | Kontakt: managerkreis@fes.de, 030 26 935 7051

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung e.V.

Eine gewerbliche Nutzung der von der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet. Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

