



Viele Beschwerden von PatientInnen benötigen keine Weiterbehandlung außerhalb der Hausarztpraxis. Das Konzept der „Quartären Prävention“ soll helfen, unnötige Behandlungen zu vermeiden. Foto: mauritius images/Caia Image

Einen neuen Weg beschreiten

Über das Primärarztsystem zum Primärversorgungssystem

*Jochen Dahm-Daphi und
Kai Uwe Helmers*

In Deutschland sind FachärztInnen häufig in die Erstversorgung von PatientInnen eingebunden. Das ist nicht immer sinnvoll und effizient. Auf der einen Seite entstehen lange Wartezeiten, auf der anderen Seite kann durch die spezifische Diagnostik das Zusammenspiel gesundheitlicher und sozialer Problemlagen aus dem Blick geraten. Unsere Autoren erläutern das Modell einer Primärversorgung, die auf dem Weg zu einer bedarfsgerechteren Versorgung eine Alternative darstellen kann.

Das System der ambulanten Gesundheitsversorgung erfährt in Deutschland praktisch laufend Anpassungen und Reformen. Diese stellen häufig ein interessengelenktes kleinteiliges Patchwork dar, beruhen aber selten auf einer Ana-

lyse der tatsächlichen Bedarfsstrukturen in der Bevölkerung. Der Bedarf sollte einerseits an den Charakteristika der Krankheiten/Gesundheitsstörungen und andererseits an den psychosozialen Verhältnissen der kranken Menschen gemessen werden.

Quartäre Prävention statt kleinteilige Fachdiagnostik

Häufige und harmlose Erkrankungen, die zumeist eine einfache Behandlung brauchen, stellen den überwiegenden Teil der Gesundheitsstörungen in unserer Gesellschaft dar. Komplizierte und schwerwiegende Erkrankungen sind demgegenüber selten, erfordern aber oft eine spezielle medizinische Versorgung. Die derzeitige Struktur der ambulanten Medizin, in der spezialisierte FachärztInnen

zum Teil primär mit der Erstversorgung befasst sind, wird diesem Umstand nicht gerecht und birgt sogar Gefahren. Die einzelnen Facharzt Disziplinen neigen dazu, Erkrankungen isoliert zu betrachten und sind nicht qualifiziert/geschult, um eine übergeordnete Perspektive einzunehmen. Gleichzeitig werden ihre spezialisierten Fähigkeiten nicht sinnvoll eingesetzt und sogar unangemessen gebunden. Das führt zu langen Wartezeiten für die anderen Kranken und macht gesetzliche Zugangsregelungen, wie sie mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) umgesetzt wurden, notwendig. Werden Rückenschmerzen, nächtlicher Harndrang, Druck in der Brust und der Nagelpilz von vier verschiedenen FachärztInnen behandelt, ist das nicht nur kostspielig; es gerät auch leicht die möglicherweise zugrunde liegende Depression mit ihren sozialen und psychischen Ursachen aus dem Blick.

Im Rahmen einer allgemeinmedizinischen Primärversorgung können der richtige und notwendige Ansatz erkannt und auch Schäden durch Überdiagnostik abgewendet werden. Das Konzept der „Quartären Prävention“, das Mitte der 1980er-Jahre von dem französischen Mediziner Marc Jamouille beschrieben wurde, besagt, dass eine wesentliche Tätigkeit hausärztlicher Medizin darin besteht, Beschwerden und Leiden festzustellen, manchmal auch als nicht therapierbar/therapiebe-

dürftig zu erkennen und unnötige Behandlungen zu vermeiden. Dieses Modell mit der Unterlassung medizinischer Maßnahmen setzt allerdings eine hohe Qualifikation und Verantwortung voraus.¹

Vorteile der Primärversorgung

Vielen der in Deutschland vorliegenden Systemschwächen könnte mit einer „Primärversorgung“ begegnet werden. Dazu schreibt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): „Ein Gesundheitssystem mit einer hochwertigen und generell hausärztlich koordinierten Primärversorgung bietet nachweislich: einen zeitnahen, flächendeckenden und niedrigschwelligen Zugang, weniger Notfall-/Krankenhausbehandlungen, höhere Lebensqualität, Lebenserwartung und besseren Gesundheitszustand für die Patienten, höhere Zufriedenheit von Patienten und allen Arztgruppen, niedrigere Ausgaben trotz zunehmender Komplexität und Multimorbidität. Internationale Untersuchungen belegen, dass die Stärkung einer primärärztlichen Versorgung für benachteiligte Gruppen eines der effektivsten Mittel ist, um die Ungleichheit im Gesundheitswesen zu reduzieren...“² Zum Primärarztssystem im engeren Sinne gehören AllgemeinmedizinerInnen, PädiaterInnen sowie nicht-spezialisierte GynäkologInnen: ÄrztInnen aus diesen Gruppen kennen die sozio-psychischen Lebenszusammen-

hänge der PatientInnen, ihre Krankheitsverläufe und Behandlungen. Aufgrund der längerfristigen Patientenbeziehung können solche Aspekte gut kommuniziert werden. Der Zugang zum Primärarztssystem erfolgt zeitnah und niedrigschwellig.

Unter Berücksichtigung verschiedener Quellen sowie primärärztlicher Erfahrungen sind etwa 70 % aller gesundheitlichen Störungen geringfügig, selbstlimitierend und benötigen keine Hilfe zu ihrer „Hei-

„Die Funktion der HausärztInnen sollte nicht die eines rigiden Gatekeepers sein, sondern vielmehr in der eines Gateopeners zu sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten liegen.“

lung“. Etwa 30 % erfordern eine gesundheitliche Versorgung durch ÄrztInnen, Pflegefachkräfte, TherapeutInnen etc. Von diesen 30 % können etwa 80 % durch AllgemeinärztInnen abschließend behandelt werden, gegebenenfalls unter Einbeziehung weiterer Gesundheitsberufe. Maximal 15 % bedürfen weitergehender spezieller Diagnostik oder Behandlung, maximal 5 % müssen im Krankenhaus behandelt werden. Die tatsächliche Inanspruchnahme des Gesundheitssystems kann von dieser Quote weit abweichen, abhängig von Faktoren wie zum Beispiel dem sozio-ökonomischen Status, der Lebenssituation der Menschen und der Struktur des Versorgungssystems.

In der Beurteilung der Vorteile eines Primärarztssystems gibt es unter Fachleuten breite Einigkeit. So empfehlen neben der DEGAM auch der die Bundesregierung beratende Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)³ und eine Expertengruppe der Friedrich-Ebert-Stiftung⁴ ein primärärztliches Versorgungsmodell.

Literatur

- Kühlein, T./Maibaum, T./Klemperer, D. (2018): „Quartäre Prävention“ oder die Verhinderung nutzloser Medizin. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 4/2018. www.online-zfa.de/archiv/ausgabe/artikel/zfa-4-2018/49407-quartaere-praevention-oder-die-verhinderung-nutzloser-medizin
- DEGAM-Positionspapier zur Primärarztversorgung: www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Primaerarztversorgung_final_NEU.pdf
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018: www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf
- Friedrich-Ebert-Stiftung: Patient first. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf>
- DEGAM-Zukunftspositionen: www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf
- Ebd.
- Vgl. „Masterplan Medizinstudium 2020“: www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf
- Van den Bussche, H./Niemann, D. u. a. (2018): Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung. Ein Plädoyer für eine Neuorientierung. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Vol. 61, S. 163–169. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2675-x>
- Musterweiterbildungsordnung 2018: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20201112_13_MWBO-2018.pdf
- DEGAM-Zukunftspositionen (s.o.).
- Praxisbeispiele: Poliklinik Veddel: www.poliklinik1.org/poliklinik-veddel Gesundheitskiosk Billstedt/Horn: <https://gesundheit-bh.de/gesundheitskiosk>
- Frisch, J. (2020): Zurück in die Zukunft. Multiprofessionelle Gesundheitszentren suchen neue Versorgungswege. In: *Berliner Ärzte*, 2/2020, S. 14–21. www.berliner-aerzte.net/pdf/b2002.pdf

In 15 von 28 europäischen Ländern existiert ein solches Primärärztsystem mit bedarfsgesteuertem Zugang zur fachärztlichen Ebene bereits, unter anderem in Belgien, den Niederlanden, Großbritannien, Norwegen und Dänemark. Dabei sollte die Funktion der HausärztInnen nicht die eines rigiden Gatekeepers sein, sondern vielmehr in der eines Gateopeners zu sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten liegen.⁵ Die Zufriedenheit der PatientInnen ist in Primärärztsystemen durchweg hoch, insbesondere im skandinavischen Raum. In Deutschland bestätigen Erhebungen zur hausarztzentrierten Versorgung, die viele Kriterien einer primärärztlichen Versorgung erfüllt, diese Erkenntnisse.

Medizinische Gleichbehandlung

Die ungleiche Verteilung des Reichtums in unserer Gesellschaft spiegelt sich auch im Gesundheitszustand der Bevölkerung wider. Je ärmer, je psychisch kränker die Menschen sind, je weniger soziale und verbale Kompetenz sie besitzen, um Unterstützung zu mobilisieren, desto schwieriger ist es für sie, Hilfe und eine adäquate Versorgung zu erhalten.

Es ist belegt, dass nicht die absoluten Unterschiede, beispielsweise im Einkommen, diese Differenz allein ausmachen, sondern auch soziale Statusunterschiede und die empfundene Nähe oder Fremdheit zu den BehandlerInnen eine ungleiche Versorgung bedingen. Eine Primärversorgung, die sich aus dem Primärarztmodell entwickelt, kann die grundlegenden gesellschaftlichen Strukturen aber nicht allein ändern. Dazu heißt es bei der DEGAM: „Armut und soziale Isolation können durch hausärztliche Tätigkeit nicht behoben werden. Hausärztinnen und Hausärzte sind als die ihren Patienten am nächsten Agierenden verpflichtet, sich gegen die soziale Spaltung in der Gesellschaft einzusetzen“.⁶ Eine Gleichgutbehandlung hätte vielfältige Wirkungen: Die Menschen würden eine gleiche Behandlung als eine gesundende Stärkung erleben, Unterversorgte sollten dadurch besser versorgt und Überversorgte sollten geschützt werden.

Eine medizinische Versorgung muss jedem Menschen zustehen, unabhängig von seinem sozialen Status oder anderen realen oder zugeschriebenen Merkmalen. Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere oder ohne ausreichende Versicherung ist ein ungelöstes Pro-

blem. Zwar gibt es in der primären Versorgung faktisch eine große Solidarität, die größten Schwierigkeiten bestehen auf der spezielleren fachärztlichen Versorgungsebene aber weiterhin.

Was bedeutet Primärversorgung?

Ein Primärversorgungssystem stellt die konsequente Fortschreibung eines „Primärarzt-Gedankens“ dar, geht aber darüber hinaus. Zur umfänglichen Versorgung sind AkteurInnen aus vielen Bereichen wichtig: medizinische Berufe, Pharmazie, Psychotherapie, Sozial- und Jugendarbeit, Laienversorgung, Selbsthilfegruppen, Rettungsdienst, aber auch die Vermittlung von Wissen über Zusammenhänge von Lebensbedingungen und Krankheiten sind hier zu nennen.

Die Bedeutung von Sozial- und Jugendarbeit in den Stadtteilen wird häufig unterschätzt. Medizinische Berufe wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Kranken- und Altenpflege oder andere medizinische Fachangestellte genießen zu geringe Anerkennung und werden nicht gut genug bezahlt. Die Ausbildung zu diesen Berufen muss häufig durch die Auszubildenden selbst getragen werden. Eine Apotheke wird wie jedes andere Geschäft geführt – ihre Rolle in der Primärversorgung wird in der Regel nicht erkannt. Diese Aufzählung ließe sich fortführen und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Ein Primärversorgungsmodell muss auch die ungleiche lokale Versorgung in den Blick nehmen. So muss die Arbeit in unterversorgten und meist überproportional belasteten Stadtteilen und Gegenden besonders gefördert werden – das zeigen auch die gegenwärtigen Corona-Impfkampagnen. Hier müssen mehr Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Zudem könnten Strukturmaßnahmen die Arbeit in solchen Gegenden für in Gesundheitsberufen Tätige attraktiver machen. Der Kommunikation und notwendigen Interaktion aller Beteiligten müssen ein angemessener Rahmen und eine solide Finanzierung zukommen. Die integrative Arbeit ist in Gesundheitszentren bedarfsgerechter Größe viel angemessener zu realisieren als in Einzelpraxen, die lediglich organisatorisch zusammengefasst sind.

Die Primärversorgung sollte den Bedarf an medizinischer Versorgung decken und, wenn nötig, weitergehende Versorgung einleiten. Der Bedarf ist durch die auftretenden Erkrankungen, aber auch so-



Liebe in Zeiten psychischer Erkrankung

Die Problematik potenziert sich, wenn Partner*innen unter psychischen Problemen leiden, heißt es. Aber ist das wirklich und immer so? Erzählt man gleich, was einen so umtreibt und festhält? Entwickeln solche Paare ganz eigene Strategien in der Alltagsbewältigung? Die Autorin hat elf Paare eingehend zu den Schwierigkeiten, aber auch eventuellen Vorteilen befragt. Mit zuweilen erstaunlichen Ergebnissen ... Ausdrucksstarke Porträts machen es zu einem unvergleichlichen Buch!



Karen-Susan Fessel
Paare mit Paketen
 160 Seiten, 25,- €
 ISBN 978-3-86739-234-1
 eBook 19,99 €

BALANCE
 buch + medien verlag 

www.balance-verlag.de

zial bedingt und zugleich gesellschaftlich geformt. Dieser Bedarf sollte nicht als Markt gesehen werden, sondern als Bedarf nach Hilfe und notwendiger Versorgung. Die Beantwortung dieses Bedarfes ist eine gesellschaftliche Verpflichtung und sollte nicht durch das Streben nach Profiten und Gewinnen gestaltet werden.

Zukünftige Perspektiven

■ Aus- und Weiterbildung

Die Primärversorgungsebene muss in Deutschland ausgebaut und durch größere Wertschätzung gestärkt werden; auf

„Durch multidisziplinäre Zentren kann der Sektorenübergang einfacher gelingen als derzeit üblich, wo stationärer und ambulanter Bereich ökonomisch um die Krankenversorgung konkurrieren.“

der anderen Seite muss aber auch die spezialisierte fachärztliche Ebene stärker fokussiert werden. Wir brauchen einerseits mehr ÄrztInnen in der Primärversorgung, andererseits aber weniger ÄrztInnen für hoch spezialisierte Tätigkeiten.

Dazu muss sich bereits die universitäre medizinische Ausbildung wie auch die fachärztliche Weiterbildung ändern. In ersterem Bereich hat die Allgemeinmedizin in den vergangenen Jahren erheblich an Einfluss und Gewicht gewonnen.⁷ Die Weiterbildung muss zukünftig darauf ausgerichtet werden, dass die Krankenhausabteilungen in größerer Zahl (ca. zwei Drittel) AllgemeinmedizinerInnen im Rotationsprinzip ausbilden und nur noch zu einem Drittel spezialisierte FachärztInnen. Da es in dieser Weiterbildungsphase um die Berufsausübung geht, hat das Bundesverfassungsgericht 1972 für die Ausgestaltung eine grundsätzliche Länderzu-

ständigkeit festgestellt.⁸ Die Politik muss demnach gestaltend tätig werden und darf die Weiterbildung nicht wie bisher ausschließlich den Einzelinteressen der ärztlichen Fachgesellschaften überlassen. Die novellierte Musterweiterbildungsordnung von 2018 hat 51 Facharztgebiete und Zusatzbezeichnungen hervorgebracht, die eher zu einer Auffächerung, aber nicht zu einer Ordnung der Weiterbildung führen werden.⁹

■ Vergütung

Die Vergütung der ambulant tätigen ÄrztInnen sollte möglichst pauschal, zeitorientiert und unabhängig von der erbrachten Einzelleistung erfolgen. Nötig ist eine strikte Abkehr von Einzelleistungsvergütungen. Diese Art der Abrechnung hat zu einer Leistungsausweitung geführt und die technisierte, interventionistische Medizin einseitig befördert. Die heutige Tendenz junger ÄrztInnen, vorzugsweise angestellt zu arbeiten, hilft dabei, die ärztliche Versorgung von Gewinnstreben – jenseits des eigenen Gehaltes – zu befreien.

■ Unabhängige Versorgungsforschung

Zur besseren Bedarfsausrichtung der Gesundheitsversorgung brauchen wir eine unabhängige Versorgungsforschung. Die Planung darf nicht den ökonomischen Interessen einzelner Gruppen überlassen werden und schon gar nicht der unsichtbaren Hand eines „freien“ Marktes. Es sollte eine kleinräumige regionale Versorgungsplanung unter Einbeziehung aller Betroffenen angestrebt werden.

Wo Unterversorgung besteht, etwa im ländlichen Raum, können inzwischen kommunale Polikliniken gegründet werden; gegebenenfalls in einer klinischen Anbindung. In jedem Fall sollten kooperative Einrichtungen wie beispielsweise Gemeinschafts-/Teampraxen (zusammen mit medizinischen Fachangestellten, Pflegefachkräften, Physio-, ErgotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen etc.) oder fachübergreifende Poliklinik-ähnliche Einrichtungen eine Norm in der ambulanten Versorgung darstellen.

■ Multidisziplinäre Zusammenarbeit

Eine Patientenversorgung im Team (und unter einem Dach) bietet HausärztInnen „die Chance, die steigenden Anforderungen der Versorgung chronisch Kranker zu bewältigen.“¹⁰ Dabei ist eine Delegation und die Substitution bislang ärztlicher

Leistungen an Fachberufe möglich und sinnvoll, wenn die Aufgaben eindeutig definiert und die Leistungserbringer entsprechend qualifiziert sind. Der sogenannte Arztvorbehalt darf sich nur auf die medizinischen Bereiche erstrecken, in denen ÄrztInnen aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung eine spezifische Kompetenz zukommt. Dieses Vorgehen würde die in Deutschland hohe Zahl der Arztkontakte reduzieren.

Durch derartige Zentren kann der Sektorenübergang einfacher gelingen als derzeit üblich, wo stationärer und ambulanter Bereich nicht zuletzt ökonomisch um die Krankenversorgung konkurrieren. Auch kann in Gesundheitszentren die Kommunikation mit Krankenhäusern organisatorisch besser gestaltet werden. Als beispielhafte Modelle sind die „Poliklinik Veddel“ in Hamburg-Wilhelmsburg und der Gesundheitskiosk Billstedt/Horn zu nennen. Hier wird primärmedizinische Arbeit mit Sozial- und Rechtsberatung wie stadtteilpolitischer Arbeit verknüpft.¹¹

■ Rechtliche Voraussetzungen

Die rechtlichen Voraussetzungen für multidisziplinäre Zusammenarbeit existieren bereits, etwa in Form des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften. Nicht im selben Maße gilt das für interprofessionelle Zentren, deren konkrete Umsetzung durch Bundesgesetze (z. B. Zuweisungsverbot von ÄrztInnen an PhysiotherapeutInnen) oder landesspezifische Regelungen erschwert wird.¹²

In jüngster Zeit versuchen einige Bundesländer – unter anderem Berlin, Hamburg und Schleswig-Holstein – neue Rahmenbedingungen zu schaffen und Interdisziplinarität zu fördern. Doch mit einer mosaik-förmigen Finanzierung, zum Teil stiftungsbasiert, kann der Rang einer Regelversorgung nicht erreicht werden. Der Gesetzgeber bleibt weiter gefordert, den Weg für eine Primärversorgung mit bedarfsgerechter und regional/kleinräumig angepasster medizinischer Versorgung durch politische Richtungsentscheidun-

Jochen Dahm-Daphi und Kai Uwe Helmers sind als Allgemeinmediziner in Gemeinschaftspraxen in Hamburg-Altona tätig. Beide sind Mitglieder des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), Regionalgruppe Hamburg.
j.dahm-daphi@gmx.de