Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Auf dem Weg zu einer regionalen Primärversorgung?", in „Monitor Versorgungsforschung" (05/25), S. 39. http://doi.org/10.24945/MVF.05.25.1866-0533.2759

Vom Primärarztmodell zum Primärversorgungssystem

Auf dem Weg zu einer regionalen Primärversorgung?

„Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der Hausarztzentrierten Versorgung." So steht es im Koalitionsvertrag 2025 (1). Doch aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage (2) mit dem Titel „Hausärztliche Strukturen als zentraler Bestandteil einer guten Primärversorgung in Deutschland" der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN geht hervor, dass die Regierung inzwischen anscheinend doch weiter denkt.

>> In der Bundestags-Antwort (3) steht, dass „die Bedeutung der Stärkung der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Versorgung" vor dem Hintergrund des im aktuellen Koalitionsvertrags vereinbarten **Primärversorgungssystems** besonders in den Blick genommen" werde. Aus der Detailantwort zur Frage 64 geht zudem hervor, dass „die Ergebnisse der genannten Evaluation in die Überlegungen der Bundesregierung **zur Einführung eines Primärversorgungssystems** einfließen" werden, jedoch könnten einzelne Regelungsvorschläge zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschließend bewertet werden.

Mit den in der Bundestags-Antwort „genannten Evaluationen" wird auf die in der Kleinen Anfrage aufgeführten „positiven Evaluationen" Bezug genommen, wie etwa die des IGES. Die Franktion schreibt in ihrer Anfrage zudem, dass die IGES-Evaluationen gezeigt hätten, dass zur Steigerung der Anzahl und Qualität zukünftiger Hausärztinnen und Hausärzte die deutschlandweit etablierten Kompetenzzentren „Weiterbildung Allgemeinmedizin" (4) sinnvoll und notwendig seien.

Wesentlich wichtiger ist jedoch die erste Empfehlung, die das IGES Institut mit seiner „Formulierung einer Zukunftsstrategie für die primäre, hausärztliche Versorgungsebene" abgibt. Darin wird gefordert, dass Deutschland dringend eine „explizite Primärversorgungsstrategie" benötigt. In deren Rahmen sei u. a. zu konkretisieren,

(a) in welchen Systemfunktionen die hausärztliche Versorgungsebene in den nächsten Jahren entwickelt werden soll,
(b) welche konkreten beruflichen Aufgaben Hausärztinnen/Hausärzte damit haben werden (und welche Aufgaben andere Berufsgruppen oder Systemakteurinnen/-akteure erledigen) und
(c) welche Rahmenbedingungen (z. B. im Bereich der Vergütungssystematik) dafür geschaffen werden sollen. Die Notwendigkeit eines Entwicklungsplans für die Primärversorgung resultiert vor allem aus den künftigen Herausforderungen der Sicherstellung sowie den u. a. mit der laufenden Krankenhausreform angestoßenen Strukturveränderungen (Stichwort „Ambulantisierung").

Stellt sich die Frage, ob die niedergelassene Ärzteschaft, wenn denn wirklich ein Primärarztsystem im Fokus einer kommenden Reform stehen sollte, mit der damit auf sie zukommenden Mammutaufgabe überfordert sein wird. Laut Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) könnte ein verbindliches Primärarztsystem pro Hausarzt jährlich zwischen 217 und 1.944 zusätzliche Behandlungsfälle bedeuten. Bereits heute fehlen deutschlandweit – insbesondere im ländlichen Gebieten – zahlreiche Hausärzt:innen, in einigen Regionen nehmen Hausarztpraxen schon heute keine neuen Patient:innen mehr auf. Nicht, weil sie es nicht wollten, sondern schlicht, weil sie es nicht können: Prognosen erwarten durch die Folgen der doppelten Demografie eine immer älter werdende und damit immer multimorbidere Bevölkerung, die von immer weniger Ärzt:innen versorgt werden muss: So warnte die Robert Bosch Stiftung bereits 2021, dass bis 2035 rund 11.000 Hausarztstellen unbesetzt sein werden. Vor diesem Hintergrund sieht selbst die Hausärzteschaft die mit dem Koalitionsvertrag auf sie zukommende Lotsenrolle als wichtigen Schritt an, fordert jedoch, dass das damit zu schaffende Primärversorgungsystem insgesamt neu organisiert werden muss. Modelle aus Skandinavien und Kanada sehen zum Beispiel auch Pflegefachpersonen und Physician Assistants als Unterstützung vor.

Viele Experten betonen seit Jahren, dass eine bessere Koordination und sektorübergreifene Zusammenarbeit vor allem Doppeluntersuchungen vermieden, aber auch unnötige Facharztbesuche verhindert und Wartezeiten auf Facharzttermine verkürzt werden könnten.

Doch das alleine wird bei dem auf Deutschland zukommenden Ärztemangel nicht reichen: Damit die Hausärzteschaft nicht überfordert wird, braucht es vor allen Dingen eine verstärkte Arbeitsteilung, bessere Vernetzung und eine effiziente Einbindung akademischer Pflegefachpersonen und medizinischer Assistenzberufe in aufzubauende Primärversorgungssysteme. Und natürlicher Weise auch einen starken Aufwuchs des ärztlichen und des nicht-ärztlichen Nachwuchses sowie eine Entlastung bei der Bürokratie.

Die deutsche Hausärzteschaft wäre durch ein reines Primärarztsystem ohne zusätzliche Veränderungen und Unterstützung sicherlich überlastet. Das System kann nur funktionieren, wenn strukturelle Probleme (Mangel an Hausärzten, Arbeitsteilung, Digitalisierung und Verwaltungs-Entlastung) parallel angegangen werden. Andernfalls drohen Versorgungsengpässe und längere Wartezeiten. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur

1: https://t1p.de/krb88
2: https://t1p.de/wsrlp
3: https://t1p.de/xt575
4: https://t1p.de/36lgx

MVF-Kongress am 28.11.25

„Agenda 2030: Primärversorgung gestalten" lautet der Titel des kommenden MVF-Fachkongresses, der am 28.11.25 in Berlin stattfinden wird. Der Kongress kann dank eines Sponsorings durch MSD kostenfrei angeboten werden. Danke dafür!
Achtung: Sie sollten sich frühstmöglich anmelden. Der Saal ist für nur 100 Teilnehmende ausgelegt. Zudem unterliegt die AOK Nordost der BSI-Kritisverordnung. Dazu gehört u. a., dass eine Besucherliste einzureichen ist, die spätestens am 12.10.2025 vorliegen muss.
Link zur Anmeldung: https://t1p.de/caxch