BMC-Spotlight „Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform"

BMC stellt Roadmap zur Primärversorgung vor

„Unkoordinierte Schnittstellen, Sektorengrenzen, Doppeluntersuchungen, unnötige Wiedereinbestellungen, lange Wartezeiten und eine bislang wenig genutzte Digitalisierung führen zu einer ineffizienten und unwirtschaftlichen Versorgung. Dies belastet Patientinnen und Patienten, aber auch Leistungserbringende. Betroffen sind alle Bereiche der Versorgung", schreibt der Bundesverband BMC e. V. in seinem aktuellen Spotlight mit dem Titel „Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform" (1).

>> Nach Ansicht des Bundesverbands kann die Antwort nur in einer verbesserten Organisation, Koordination und Qualität der Gesundheitsversorgung liegen, unterstützt durch moderne Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, vernetzte Daten und interprofessionelle Zusammenarbeit. Schlüssel zu diesem Ziel sei ein starkes Primärversorgungssystem, wobei mehrere europäische Nachbarländer diesen Weg bereits beschritten hätten. Hier zitiert der BMC den kürzlich in „Monitor Versorgungsforschung" erschienenen wissenschaftlichen Beitrag „Primärarztsysteme im internationalen Vergleich: Wie gestalten andere Länder ihre Versorgung und was kann Deutschland davon lernen?" von Gina Wittlinger MSc und Prof. Dr. oec. Leonie Sundmacher MSc (2).

Wie dieser Beitrag versteht auch der BMC unter dem Begriff „Primärversorgung" nicht alleine ein Primärarztsystem, sondern „eine interprofessionell organisierte, wohnortnahe Gesundheitsversorgung mit dem Ziel einer niedrigschwellig zugänglichen, koordinierten und kontinuierlichen Gesundheitsversorgung, in der Bürgerinnen und Bürger anhand ihrer Bedarfe an die richtige Stelle im System gelotst werden – sei es hausärztlich, fachärztlich oder nicht ärztlich".

Dreh- und Angelpunkt ist die koordinierte und interprofessionelle Zusammenarbeit aller Beteiligten. Auch sollten strukturiert erhobene Behandlungsanlässe als Startpunkt und Behandlungspfade zur koordinierten Weiterführung einer Behandlung im Zentrum der Reform stehen.

Entscheidend sei es zudem, diese Reform mit der Umgestaltung der Krankenhauslandschaft sowie der Notfallversorgung sinnvoll zu verknüpfen: Finanzielle Effekte besserer Koordinierung dürften maßgeblich dort wirksam werden, wie es bereits der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) in seinem Gutachten 2024 vorgeschlagen hat



(3). Auch seien mit der hausarztzentrierten Versorgung und den Disease-Management-Programmen (DMP) bereits wichtige Schritte hin zu einer besseren Steuerung unternommen worden. Diese haben nach Ansicht des BMC gezeigt, dass „koordinierte Betreuung die Versorgung verbessern und die Ergebnisqualität steigern kann". Hier zitiert der Bundesverband die 2018er Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg, durchgeführt von der Goethe-Universität Frankfurt am Main (Fachbereich Medizin, Institut für Allgemeinmedizin), dem Universitätsklinikum Heidelberg (Abteilungen Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung sowie Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie) sowie unter anderen dem aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (4).

Als **ersten Schlüssel** für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung versteht der BMC eine Reform, die Vertrauen bei Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten, Health Care Professionals und bei Kostenträgern voraussetze: „Sie braucht Unterstützung und eine Ausgestaltung, die sich auf wenige und verständliche, aber wirksame Elemente konzentriert, statt auf übermäßige Regeldichte. Ziel ist, den größten gemeinsamen Nenner im Gesundheitswesen zu erreichen und mit umsetzbaren Vorschlägen eine positive Dynamik und Weiterentwicklung auszulösen. Dies kann nur im Dialog gelingen und setzt voraus, dass die Beteiligten Mut zur Veränderung aufbringen."

Den **zweiten Schlüssel** für eine erfolgreiche Reform sieht der BMC darin, sich auf drei übergreifende Ziele zu konzentrieren, die in messbare Indikatoren übersetzt werden müssen. Neben klassischen Struktur- und Prozesskennzahlen seien dabei auch systematisch erhobene Patientenerfahrungen zu berücksichtigen:

- Zugang verbessern und Koordinierung verstärken
- effektiv wirtschaften und arbeiten
- Versorgung und Gesundheit verbessern

Diese Ziele erfordern nach Ansicht des BMC wiederum fünf klar definierte, ineinandergreifende Bausteine, was als **dritter Schlüssel** bezeichnet wird. Zentrale Neuerungen sind dabei **ad 1** eine anlassbezogene, strukturierte standardisierte Erst- und Dringlichkeitseinschätzung, durch die der Zugang zur richtigen Versorgungsebene geöffnet wird, **ad 2** eine erweiterte Koordination und Steuerung der Versorgung durch wohnortnahe Primärversorgungspraxen, -zentren und -netze sowie **ad 3** ein Vermittlungs- und Termindienst.

Diese Bausteine würden sich auf eine „Telematikinfrastruktur Primärversorgung" stützen, was insbesondere eine weitergehende Digitalisierung in der Versorgung erfordere. Auf dieser Basis aufbauend könnten schrittweise weitere Leistungen integriert werden, wie in Abbildung 1 dargestellt:

Weiters seien bestehende DMPs entspre-

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „BMC stellt Roadmap zur Primärversorgung vor", in „Monitor Versorgungsforschung" (06/25), S. 26–27. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2769



Abb. 1: Bausteine Primärversorgung. Quelle: BMC-Spotlight „Fünf Bausteine für die Primärversorgungsreform". Eigene Darstellung.

chend weiterzuentwickeln, wie der BMC bereits 2023 in seinem Positionspapier „DMP 2.0" dargestellt hat (5). Hinzu würden aber auch noch Präventions- und Früherkennungsleistungen, digitale Gesundheitslösungen und regional abgestimmte interprofessionelle Behandlungspfade und Kooperationen kommen.

Das breite Aufgabenspektrum der Primärversorgung mache es aber auch erforderlich, Versorgungseinheiten so zu gestalten, dass sie unterschiedliche Bedarfe optimal abdecken können. Unter dem Oberbegriff Primärversorgungseinheiten lassen sich unterschiedliche Organisationsformen wie Primärversorgungspraxen, -zentren und -netze fassen. Diese können als größere Einzelpraxis, als kooperierendes Netzwerk mehrerer Praxen oder als Gesundheitszentrum organisiert sein, physisch vor Ort oder dezentral und digital vernetzt. Bereits heute gibt es zahlreiche Beispiele für neue Formen, etwa als Gemeinschaftspraxen, „Teampraxen", MVZ, Arztzentren oder in Kooperation mit Partnern vor Ort und in Praxisnetzen. Der Trend geht dabei zu größeren, vernetzten Einheiten, die digitale und Vor-Ort-Angebote integrieren, interprofessionell arbeiten und verschiedene Gesundheitsberufe und ärztliche Fachrichtungen unter einem Dach bündeln.

Dies könne unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten auch dezentral als Netz und in Kooperationen vor Ort entstehen. Unabhängig von der Form müssen Primärversorgungseinheiten personelle und qualitative Mindeststandards erfüllen und ärztliche sowie pflegerische Kompetenzen vorhalten. Weitere Orte und Berufsgruppen wie Apotheken, Physiotherapeuten und Community Health Nurses sollten in einem Continuum of Care einbezogen werden, wie es bereits im BMC-Impulspapier „Team Gesundheit" mit dem Aufruf zur „Flexibilisierung der interprofessionellen Zusammenarbeit" gefordert worden sei (6).

Die Reform der Primärversorgung zielt darauf ab, Strukturen zu modernisieren, Digitalisierung zu nutzen und gleichzeitig Praxen und Kliniken spürbar zu entlasten. Das ist für den BMC der **vierte Schlüssel**. Angesichts des demografischen Wandels müsse dies ein zentrales Ziel für die kommenden Jahre sein. Daraus ergäben sich sowohl Investitions- und Finanzierungsbedarfe als auch Wirtschaftlichkeitsgewinne, die in eine mehrjährige Transformationsrechnung einfließen sollten. Ebenso wichtig sei, dass Anreize und Vergütungen die Reformziele abbilden und sukzessive stärker gewichten. Die hier skizzierten Bausteine erlauben es nach BMC-Ansicht, eine Roadmap zu entwickeln, in der die einzelnen Maßnahmen in eine sinnvolle zeitliche Abfolge gebracht werden.

Für Patientinnen und Patienten bedeute die skizzierte Reform der Primärversorgung vor allem Orientierung und Verlässlichkeit. Seltene Nutzerinnen und Nutzer erhielten über die strukturierte Ersteinschätzung einen direkten Zugang, chronisch Erkrankte profitieren von kontinuierlicher Begleitung und klaren Versorgungswegen, und alle gewinnen laut BMC durch bessere Erreichbarkeit, verlässliche Terminorganisation und transparente Dokumentation. Der BMC: „Die Reform arbeitet im Einklang mit den Erwartungen der Menschen; die Hausarztorientierung und funktionierende besondere Versorgungsformen wie die hausarztzentrierte Versorgung sind dabei von Vorteil. Es darf nicht versäumt werden, die Bevölkerung umfassend über die Neuerungen zu informieren, damit die Reform Akzeptanz findet und ihren Eigenwert entfalten kann."

Ein umfassendes digitales Update ist schließlich der **fünfte Schlüssel**. Dazu müsse die Reform der Primärversorgung mit dem von den Menschen längst erwarteten Digitalisierungsschub, sowohl in der Infrastruktur als auch in den Praxen und Einrichtungen, verbunden werden. Erst eine verlässliche und interoperable Infrastruktur ermögliche es, die neuen Elemente, von der strukturierten Ersteinschätzung über die Terminvermittlung bis hin zur sektorenübergreifenden Versorgung, nahtlos miteinander zu verknüpfen. Damit digitale Lösungen ihr Potenzial entfalten, benötigten Praxen ein „digitales Update". Dies bedeutet moderne Ausstattung, nutzerfreundliche Anwendungen und eine konsequente Einbindung in die Versorgungsprozesse. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:
1: https://t1p.de/ij4c6
2: https://t1p.de/skyx0
3: https://t1p.de/5iaqt
4: https://t1p.de/yc68t
5: https://t1p.de/rogxj
6: https://t1p.de/m04yq