In Österreich ist die Primärversorgung schon das zentrale und zukunftsweisende Versorgungsmodell

Quo vadis Primärversorgung

Die hausärztliche Versorgung in Deutschland ist (bisher) das Fundament der Grundversorgung, das nicht zuletzt während der Corona-Pandemie gezeigt hat, was es zu leisten imstande ist: In der ersten Phase der Pandemie wurden 85 Prozent der mit SARS-CoV-2-infizierten Patient:innen in ambulanten Praxen versorgt! Trotz dieses eindeutigen Signals der sicher oft unterschätzten Bedeutung des ambulanten Sektors gerät die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung mehr und mehr unter Druck. Das liegt zum einen an den bereits heute spürbaren Auswirkungen der doppelten Demografie: Immer mehr ältere multimorbidere Patient:innen treffen auf immer mehr in Rente gehende Babyboomer-Ärzt:innen. Zum anderen aber an der zunehmenden Unattraktivität des Berufsbilds, die zu einem nicht ausreichenden Zuwachs an Facharztanerkennungen bei gleichzeitig sinkender Arbeitszeit führt. Eine Chance, dem entgegen zu wirken, ist eine klare, in die Zukunft weisende politische Vision für die zukünftige Rolle der deutschen Hausärzteschaft. Da lohnt ein Blick nach Österreich.

>> „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," steht dazu im Koalitionsvertrag 2025 (1). Aus der Antwort der Bundesregierung (2) auf eine Kleine Anfrage (3) mit dem Titel „Hausärztliche Strukturen als zentraler Bestandteil einer guten Primärversorgung in Deutschland" der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN geht zudem hervor, dass die Regierung erweitert auch an die Einführung eines Primärversorgungssystems denkt.

Dabei ist in Deutschland der Gedanke nicht neu. Bereits im 2009er Gutachten (4) beschäftigt sich der Sachverständigenrat Gesundheit mit einem ganzen Kapitel (Kap. 7) mit ausgewählten Konzepten für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung, darunter auch mit dem EU-Konzept zur Primärversorgung (Abschnitt 7.1). In seinem Gutachten 2024 (5) stellte der Rat dann fest, dass das deutsche Gesundheitswesen strukturelle Defizite aufweist, zu denen auch ein fehlendes bzw. unterentwickeltes Primärversorgungssystem zählt. Der Rat befürwortete von daher den Aufbau einer koordinierten, multiprofessionellen, integrierten und dezentralen Primärversorgungsstruktur. Diese solle zudem regional angepasst sein und auf verschiedenen Elementen beruhen.

Welche grundlegende Unterschiede gibt es nun zwischen hausärztlicher Versorgung, Hausarztzentrierter Versorgung (HzV), Primärarztsystem und Primärversorgungsystem? Hier ein erster Einordnungsversuch, der noch einer wissenschaftlichen Überarbeitung, z. B. seitens der Arbeitsgruppe „Primärversorgung" des DNVF e. V., bedarf.

Hausärztliche Versorgung

Die **hausärztliche Versorgung** ist in Deutschland die gebräuchlichste Art der Grund- oder auch Standardversorgung. Sie folgt der Theorie, dass der klassische „Hausarzt" nun einmal am besten die Krankengeschichte und vielleicht sogar das familiäre und häusliche Umfeld der Patient:innen kennt und so die bestmögliche Betreuung sicherstellen kann. Soweit die Theorie.

Denn um die „bestmögliche Betreuung" sicherzustellen, muss es eine für die Grundversorgung ausreichende Anzahl von Hausärzt:innen geben. Das ist aber nicht mehr so. Die Zahl der altersbedingten Abgänge übersteigt seit Jahren die Zugänge in die hausärztliche Versorgung – im Jahr 2022 betrug beispielsweise die Differenz minus 364 Hausärzt:innen. Und die Abnahme der Arbeitsstunden der Ärzti:nnen ist noch dramatischer. Zudem bleibt trotz eines Anstiegs der Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin in den letzten zehn Jahren (von 1.197 im Jahr 2012 auf 1.874 im Jahr 2022) die Attraktivität der Allgemeinmedizin weiterhin auf einem niedrigen Niveau.

So ist es nicht verwunderlich, dass Prognosen davor warnen, dass bereits im Jahr 2035 bundesweit fast 11.000 hausärztliche Vertragsarztsitze unbesetzt sein könnten. Dies passiert dann meist nicht in größeren Städten und Metropolen, sondern auf dem Land, wo schon jetzt viele Arztsitze verwaist sind.

Zum anderen sollte die Hausärzt:in die Möglichkeit haben, bei Bedarf an Fachärzt:innen oder Kliniken zeitnah weiterleiten zu können, um eine optimale und effiziente Weiterbehandlung zu gewährleisten. Auch das ist en gros nicht so. Gut vernetzte Ärzt:innen werden – falls sie ausreichend Zeit dafür haben – diese Lostenfunktion leisten können, die meisten jedoch wohl nicht: Nach einer Überweisung stehen die Patient:innen mit der Wahl der Weiterbehandelnden sowie der Terminvereinbarung trotz Terminservice 116117 der KVen so ziemlich alleine da. Notwendige Facharzttermine können im GKV-System schon einige Wochen, wenn nicht nicht gar mehrere Monate dauern (6).

Hausarztzentrierte Versorgung

Die **Hausarztzentrierte Versorgung** (HzV) wurde 2008 als damals neuartige Versorgungsgart in Baden-Württemberg eingeführt, und wurde danach von Bayern übernommen. Zum ersten erfolgt die HzV auf einer konkreten vertraglichen Vereinbarung (nach § 73b SGB V) zwischen Krankenkassen und Hausärzt:innen, die sich damit kommitten, die Versorgung von inzwischen über 10 Millionen eingeschriebener Versicherter zu koordinieren. Die Teilnahme an der HzV hingegen ist absolut freiwillig – sowohl für Patient:innen, als auch für Ärzt:innen. Doch obwohl die HzV den Patient:innen durch koordinierte Betreuung nachweislich bessere Gesundheitsergebnisse (7) ermöglicht, wie z. B. weniger unnötige Facharztbesuche, weniger Krankenhausaufenthalte und eine bessere Versorgung chronisch Kranker, was zu

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Quo vadis Primärversorgung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (06/25), S. 18–19. http://doi.org/10.24945/MVF.06.25.1866-0533.2767

einer höheren Lebenserwartung führen kann, wird diese andere Art der ambulanten Versorgung bisher von anderen Bundesländern ignoriert. Das, obwohl HzV auch zu einer Stärkung der Hausarztrolle führt, weil der Arzt zum zentralen Koordinator wird und dafür eine stabilere, bessere Vergütung in Form von Pauschalen erhält. Zudem hat die HvZ-Hausärzteschaft mehr Zeit für Patient:innen, weil die Bürokratie reduziert und die Abrechnung vereinfacht wird.

Last but not least führt das HzV-System zu einer Qualitätssteigerung: Die eingeschriebenen Ärzt:innen müssen sich fortbilden und nach Leitlinien arbeiten. Aber auch das Team wird aufgewertet (z. B. durch hier tätige Versorgungsassistent:innen – VERAH).

Primärarztsystem

Ganz nah an der Hausarztzentrierten Versorgung ist das **Primärarztsystem** (8). Bei der HzV handelt es sich um ein bereits existierendes, freiwilliges Primärarztsystem mit festen Verträgen zwischen Kassen und Hausärzteschaft. Das Primärarztsystem hingegen ist ein eher allgemeiner, auch im aktuellen Koalitionsvertrag aufgegriffener (1) Begriff für eine zukünftige, flächendeckende und verpflichtende Struktur, bei der die Hausärzt:in (eben eine Primärärzt:in) die Lotsenfunktion übernehmen soll. Doch auch hier ist der Lotsenbegriff eher rudimentär zu verstehen: Eine Überweisung wird auch hier der Standard sein.

Zudem ist es so, dass es im Kollektivvertragssystem aktuell noch gar kein Primärarztmodell (8) gibt. Die entsprechenden Voraussetzungen (Qualität, Vergütung, Struktur) sind demnach weder ausgehandelt noch umgesetzt. Eine Umsetzung würde nach Ansicht des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands, dem wichtigsten Träger der HzV, einer enormen Reform bedürfen und zu einer grundlegenden Umgestaltung des Kollektivvertragssystems führen, die einige Jahre in Anspruch nehmen würde.

Primärversorgungssystem

Nicht weniger, eher mehr Jahre wird der Aufbau eines **Primärversorgungssystems** dauern. Unser Nachbarland Österreich mit seinen 9,2 Millionen Einwohnern hat zehn Jahre und eine 100-Millionen-Euro-Förderung der EU benötigt, um aktuell 106 Primärversorgungseinheiten (PVE) aufzubauen. Das österreichische Gesundheitsministerium hat die Maßgabe herausgegeben, 300 PVE (9) bis 2030 zu schaffen, so Dr. Maximilian Schwarz und Dr. David Wachabauer von der mit der Umsetzung betrauten Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung (9). Wohl wissend, dass die EU-Förderung bereits im nächsten Jahr auslaufen wird, zeigen sich die beiden GÖG-Experten im MVF-Interview überzeugt, dass „PVE auch ohne Gründungsförderung auf Jahre und Jahrzehnte ein attraktives Modell für Leistungserbringende wie Patientenschaft“ sein wird.

Dies liegt vor allen Dingen an den für Patient:innen eindeutig spürbaren Vorteilen. Während die traditionelle, ambulante ärztliche Versorgung in Österreich (wie auch in Deutschland) historisch stärker auf Einzelpraxen ausgerichtet war, werden im Rahmen des EU-Programms zwar auch selbstständige Praxen (Ambulatorien) gefördert, meist aber Gruppenpraxen, in denen sich eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit unter einem Dach entwickelt.

Dazu wird auf ein vielfältiges und vor allen Dingen auf die jeweilige Region zugeschnittenes Leistungsangebot geachtet, um möglichst für alle Menschen mit gesundheitlichen Anliegen die erste Anlaufstelle zu bilden. Im Team einer PVE – organisiert in Zentren oder Netzwerken – arbeiten Allgemeinmediziner:innen und/oder Kinder- und Jugendheilkunde-Fachärzt:innen, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Ordinationsassistenzen sowie Angehörige weiterer Gesundheits- und Sozialberufe zusammen, wie etwa Sozialarbeiter:innen, Physiotherapeut:innen, Diätolog:innen oder Psychotherapeut:innen.

Neben der Behandlung akuter und chronischer Erkrankungen liegt der Fokus stark auf Gesundheitsförderung, Prävention sowie der psychosozialen Gesundheit. Dies ermöglicht eine ganzheitliche Versorgung und kontinuierliche Koordination der einzelnen Leistungen. Die kurzen Wege und die enge Abstimmung im Team sind dabei für Patient:innen ein eindeutiger Vorteil, hinzu kommen zudem häufig erweiterte Öffnungszeiten.

Ein weiterer Vorteil, so die GÖG-Experten im MVF-Interview: „In PVE können viele Patient:innen abschließend behandelt werden und müssen nicht noch weitere Versorgungsstufen in Anspruch nehmen.“ Will heißen: Unnötige Terminvergaben und Anfahrtszeiten entfallen, was gerade in ländlichen Gebieten mit oft langen Wegezeiten einen eindeutigen Patientennutzen darstellt. Nicht zu vergessen, stellen die modernen, weil oft mit Hilfe der EU-Gelder neu gebauten PVE (10) eine starke wohnortnahe Ergänzung zu den traditionellen Einzel- und Gruppenpraxen (Ordinationen) dar.

Nach nur zehn Jahren ist in Österreich die Primärversorgungseinheit (PVE) das zentrale und zukunftsweisende Versorgungsmodell der modernen Primärversorgung. Und noch mehr als das: Die Primärversorgungsstrategie ist der notwendige Rahmen, um die drohende Unterversorgung abzuwenden und durch eine klare Definition der Rolle, Aufgaben und Rahmenbedingungen die Attraktivität der Allgemeinmedizin für den medizinischen Nachwuchs zu steigern.

Das erklärte Ziel muss es dabei sein, die Allgemeinmedizin zu einem klar konturierten und spezifische Kompetenzen erfordernden ärztlichen Arbeitsfeld mit hoher Systemrelevanz weiter zu entwickeln, anstatt sie als bloße „Rückfallposition“ erscheinen zu lassen, wenn beispielsweise die Krankenhäuser (Stichwort Ambulantisierung) überlastet oder schlicht zu teuer sind. Das würde auch Medizinstudierenden wieder eine klare und attraktive Perspektive bieten, sich für eine Karriere als Hausarzt zu entscheiden.

Nur mal schnell hochgerechnet: Wenn Österreich mit seinen 9,2 Millionen Einwohner:innen über das EU-Förderpaket „Aufbau- und Resilienzfazilität” (11) eine 100-Millionen-Euro-Förderung erhielt, was könnte dann Deutschland mit seinen 83,6 Millionen Einwohner:innen abrufen, um ein Primärversorgungssystem aufzubauen?

Die Zeit läuft. Es ist vielleicht auch schon zu spät: Das Programm endet bereits am 31. Dezember 2026! <<

von:
MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:

1: https://t1p.de/krb88
2: https://t1p.de/xt575
3: https://t1p.de/wsrlp
4: https://t1p.de/ta461
5: https://t1p.de/c3hj1
6: https://t1p.de/jv1k7
7: https://t1p.de/p86qo
8: https://t1p.de/6y0nu
9: s. Seite 20 ff.
10: https://t1p.de/sk76k
11: https://t1p.de/be0p3