

DGIV-Positionen zur Primärversorgung

Unbestritten: Die Ausgangslage

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten in Deutschland muss effizienter werden und sich stärker an den Bedarfen einer individuellen Patient Journey orientieren, um den vor uns liegenden Herausforderungen (vor allem: demografischer Wandel, Fachkräftemangel und medizinischer Fortschritt) wirkungsvoll zu begegnen. Eine fragmentierte Versorgungslandschaft und unkoordinierte Versorgungsangebote bilden dafür eine unzureichende Basis. Im Gegenteil: Die in Deutschland erreichte Lebenserwartung steht schon seit einiger Zeit nicht mehr mit den aufgewendeten Gesundheitsausgaben in vertretbarer Relation. (Vgl.: [Mehr bezahlen, schneller sterben](#)).

Das nun auch in Deutschland diskutierte Primärversorgungsmodell¹ soll aus Sicht der Politik als Teil einer Antwort auf diese Herausforderung verstanden werden. Neben der notwendigen Zufriedenheitssteigerung der Versicherten mit der Versorgungssituation ist mit Primärversorgungsmodellen das Ziel einer Kosteneinsparung verbunden (unnötige Doppeluntersuchungen, Vermeidung medizinisch unnötiger Facharztbesuche). Dabei gelten Primärversorgungsmodelle – wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung – international eher als Standard. (Vgl.: [MVF0425_060625_Wittlinger_Sundmacher-OF2.pdf](#)) Auch scheint eine hohe Akzeptanz der Bevölkerung für ein solches Modell gegeben. (Vgl.: FORSA-Befragung im Auftrag des AOK Bundesverbands: 68 Prozent der Bürger würden angesichts der momentan langen Wartezeiten die freie Facharztwahl gegen einen schnelleren Termin beim Facharzt tauschen.)

Zielperspektiven der DGIV-Positionen

Das Ziel der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) – eine patienten- und indikationsorientierte Versorgungslogik unabhängig von den heterogenen Ansprüchen einzelner Sektoren, Disziplinen und Professionen in der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung als Regelfall durchzusetzen – prägt die vorliegende Positionierung zur Primärversorgung. Die Ansprüche Primärversorgung als sektorenübergreifende Kooperation zu denken, Versorgungspfade durch interprofessionelle Teams zu koordinieren und durch eine bedarfsorientierte Ausrichtung auch Qualitäts- und Effizienzsteigerung zu erzielen, sind dafür leitend. Dies gilt es im Kontext mit dem bereits vorliegenden Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung zu denken, um Steuerungspotenziale im Sinne einer patientenorientierten und wirtschaftlichen Versorgung zu nutzen.

¹ Die DGIV versteht ihre Überlegungen über eine rein ärztliche Versorgung hinaus und setzt sich bei allen Ansätzen für gestufte Versorgungskonzepte dafür ein, auch die Potentiale anderer Gesundheitsfachberufe mit zu berücksichtigen.

Dieses Papier liefert den Mehrwert einerseits den Konsens bereits veröffentlichter Positionen aufzuzeigen und andererseits strittige Punkte zu identifizieren, die die Umsetzung eines „Primärarztmodells“ bislang erschweren.

Die Forderung nach mehr „Koordination und Integration“ war bereits im Sachverständigenratsgutachten zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 nachlesbar. Schon damals konstatierten die Autoren: „Es ist seit langer Zeit unbestritten, dass im deutschen Gesundheitswesen eine bessere Koordination beim Zugang zur Versorgung ebenso notwendig ist, wie eine Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung“.² Die vor über 15 Jahren von den Gutachtern präsentierten Lösungsansätze sind allerdings bislang noch immer nicht zur Umsetzung gekommen. „Primärversorgung als multiprofessionelle Aufgabe“, „Änderung der Funktion der Sektoren des Gesundheitssystems sowie Koordinierung der Versorgung auf dem Boden einer veränderten Arbeitsteilung“ und nicht zuletzt „Ansätze zu einer populationsbezogenen Vergütung, die regional unterschiedlich gestaltet werden kann“ – Dies alles sind Aufgabenstellungen, die an vielen Stellen formuliert worden sind und in der aktuellen Diskussion zum „Primärarztmodell“ in wachsendem Maße wieder an Dringlichkeit gewinnen.

Im Folgenden sollen nicht Lösungen wiederholt oder vorgegeben werden, sondern Lösungsräume, Diskussionspunkte und bislang noch offene Entscheidungsnotwendigkeiten benannt werden, die sich durch ein intersektorales und interdisziplinäres Zusammendenken von Notfallreform und „Primärversorgung“ ergeben. Im Zuge einer bedarfsorientierten, sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung gilt es, die Forderung nach einer (digitalen) Ersteinschätzung nicht nur weiterzudenken, sondern auch hinsichtlich eines verpflichtenden „Primärversorgungsmodells“ zu schärfen. Dieser verpflichtende Charakter kann für die Gesamtbevölkerung gelten – vor allem aber auch für die wachsende Zahl der Bürgerinnen und Bürger, die auf Grund ihrer Gesundheitssituation einen höheren Versorgungsbedarf haben.

Prämissen eines zukünftigen Primärversorgungsmodells

Der in § 75 SGB V formulierte Sicherstellungsauftrag für Kassenärztliche Vereinigungen umfasst bereits die Notwendigkeit einer flächendeckenden, bedarfsgerechten, zweckmäßigen und auch jederzeit erreichbaren ambulanten Versorgung für gesetzlich Versicherte. Ein zukünftiges Primärarzt- oder Primärversorgungsmodell unterstreicht dabei die wichtige Funktion dieser institutionalisierten Versorgungsplanung und -steuerung, die den regionalen Versorgungsbedarf in den Blick nimmt. Diese Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen wird ebenso als unstrittig angenommen, wie die zwei weiteren nachfolgenden Prämissen in der derzeitigen Debatte, die essenziell für den Erfolg einer auf Akzeptanz zielenden Umsetzung sind.

² Vgl.: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): *Gutachten 2009 – Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/13770, Berlin. S. 491)

1. Wahlfreiheit erhalten

Die freie Arztwahl soll im Kern auf der Basis einer sowohl haus- als auch fachärztlichen ambulanten Versorgung erhalten bleiben. Es soll also nicht dem spanischen, finnischen oder norwegischem Modell gefolgt folgen, in denen eine *automatische* Zuteilung zu einem Primärarzt- oder Gesundheitszentrum erfolgt (Vgl.: [MVF0425_060625_Wittlinger_Sundmacher-OF2.pdf](#))

2. Interprofessionelle Teams

In Primärversorgungspraxen sollen Teams aus Ärzten, Pflegefachpersonen, Physician Assistants und weiteren Gesundheitsberufen eine umfassende Grundversorgung liefern. Sie leiten Patientinnen und Patienten bei Bedarf weiter durch das System (vgl.: [AOK-Konzept zur Stärkung der ambulanten Versorgung | G+G & MVF-0625_BMC_201025.pdf](#)). Es gilt die Rechtsgrundlage und die Vergütungsbasis für diese Zusammenarbeit zu schaffen.

Darüber hinaus stellen folgende Rahmenparameter aus Sicht der DGIV notwendige Kriterien zur Etablierung eines erfolgreichen Primärversorgungssystems dar:

3. Verpflichtende einheitliche und digital gestützten Standards zur Ersteinschätzung

Primärversorgung ist nicht ohne medizinische Ersteinschätzung denk- und umsetzbar. Die Identifikation der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs wird an unterschiedlichen Stellen vorgenommen, sollte aber unabhängig von dem vom Patienten gewählten Zugangsweg einem einheitlichen Standard folgen. An dieser Stelle können Erfahrungen mit einer ggf. auch digitalen klinischen Ersteinschätzung (Triagierung) im Zuge der Notfallreform vorbildhaft sein. Primärversorgungspraxen, Leitstellen und Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung fungieren als Schnittstelle zum Versorgungssystem und unabhängig vom eingesetzten Produkt mit einheitlichem Standard der Beurteilung des Behandlungsanlasses. Patientinnen und Patienten werden auch weiterhin die Möglichkeit haben, sich direkt an ihre Primärversorgungspraxis oder telefonisch/digital an die Terminservicestelle/Akutleitstelle zu wenden – die Ergebnisse der Einschätzung des Behandlungsbedarfs oder notwendiger Überweisungen sollten unabhängig vom gewählten Zugangskanal sein. Gleichzeitig gilt es verfügbare Terminkapazitäten (auch kollektivvertraglich vereinbarte Videosprechstunden) in einen gemeinsam zu nutzenden Pool zu überführen.

Bereits die Nutzung einer verpflichtenden, standardisierten Ersteinschätzung wird eine Entlastung der Versorgungsstruktur bieten, gleichzeitig gilt es die Frage zu klären, ob auch Versicherte, die bislang noch nicht Teil einer „Hausärztlichen Versorgung“ sind, dazu angehalten werden, sich für eine Hausarzt-Praxis zu entscheiden – oder ob dies nur für jene Versicherte bzw. Patienten gilt, bei denen der Versorgungsbedarf auf Grund bestimmter Risiken besonders hoch ist.

4. Regionale Gestaltungsspielräume

Unterschiedliche regionale Voraussetzungen (Fläche vs. Ballungsräume) bedürfen regionaler Spielräume. Die zukünftige Sicherstellung braucht regionale Gestaltungsspielräume – ibd. bei der Einbeziehung von Gesundheitsprofessionen, der Nutzung digitaler Zugänge und bei der Einbindung bisheriger stationärer Strukturen.

5. Strukturierte Behandlungskontinuität

Im Rahmen eines Primärversorgungssystems müssen nicht nur der Zugänge in die Versorgung strukturiert werden. Auch für einen eventuell weitergehenden Behandlungsbedarf schwerer erkrankter Patientinnen und Patientinnen sind strukturierte und verbindliche Übergänge in weiterführende fachärztliche Versorgungsebenen zu definieren und zu etablieren.

Bei der Entwicklung zu berücksichtigende Punkte:

1. Vergütungssystem anpassen

Es gilt ein Vergütungssystem zu entwickeln, das den Anreiz auf den Behandlungserfolg legt (Value Based Healthcare) und den Fokus setzt, die gesundheitliche Versorgung mit einer Public Health-Strategie zu verbinden.

2. Umgang mit existierenden HZV-Verträgen regeln

Es gilt die Frage zu klären, wie die bisher von Krankenkassen verpflichtend anzubietende „Hausarztzentrierte Versorgungsverträge“ nach § 73b SGB V weiter als freiwillige Angebote der Kassen wettbewerbsdifferenzierend zugelassen werden. Diese Frage korrespondiert mit der Frage einer Priorisierung: Wen gilt es zuerst in ein Primärversorgungssystem zu integrieren? Versicherte, die bislang keinen Hausarzt für sich gewählt haben oder wählen konnten, werden einen anderen Bedarf nach Koordination haben als jene, die bereits in einer Hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind. Auch für Chroniker gilt es praktikable Lösungen zu finden, um nicht unnötige Hürden in den Versorgungsprozess zu integrieren.

3. Behandlungskontinuität sichern, Patient Journey strukturieren.

Es muss dafür Sorge getragen werden, dass über den Zugang zur Versorgung hinaus eine gesicherte weiterführende Behandlungskontinuität mit strukturierten Übergabeprozessen – sowohl in die fachärztliche Versorgungsebene hinein als auch zur hausärztlichen Ebene zurück – gewährleistet ist. Die Kriterien zur Organisation einer solchen verbindlichen indikationsbezogenen Behandlungskontinuität sollten von den Institutionen der Vertragsärzteschaft (KBV und KVen) definiert werden – eventuell flankiert durch entsprechende Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA).

4. Integration weiterer Leistungserbringer regeln

Welche Arztgruppen oder Leistungserbringer in eine Primärversorgung integriert sein müssen und an welchen Stellen bewusst der direkte Zugang zur Versorgung zugelassen werden soll, ist zu definieren. Exemplarisch ist hier der Zugang zur Psychotherapie zu nennen – aber auch regionale Verfügbarkeiten von Leistungserbringern werden in die Planung aufzunehmen sein.

5. Terminvergabe regeln

Die breite Akzeptanz der Primärversorgung in der Bevölkerung ist an die berechnete Erwartung gekoppelt, bei medizinisch gesichertem Bedarf auch wieder auf zeitnähere Facharzttermine zurückgreifen zu können. Es gilt die Funktionsweise und notwendige Anreize für einen „zentralen“ Terminpool zu formulieren, um dieser Erwartungshaltung gerecht zu werden und dabei analoge und auch telemedizinische Termine gleichwertig mitzudenken.

6. Bonus bzw. Sanktionierung regeln

Es gilt zu klären, inwieweit eine durch Patienten nicht wahrgenommene Steuerung innerhalb einer zu etablierenden Primärversorgung auch mit einem differenzierten Tarifsysteem verbunden sein kann oder soll. Der steuernde Effekt einer Praxisgebühr blieb dabei bislang stets hinter den Erwartungen zurück. Denkbar ist aber, Versicherte, die für sich keinerlei Steuerung in Anspruch nehmen wollen, in eine andere Tarifstruktur zu überführen.

Fazit

Die Etablierung eines Primärversorgungssystems birgt aus Sicht der DGIV am Beginn des Versorgungsprozesse tatsächlich Potentiale zu einer besseren und besser gesteuerten Patientenversorgung. Der Regelungsbedarf ist allerdings beträchtlich. Ungelöst ist bislang die Frage, wie die Potentiale anderer Gesundheitsfachberufe mit einer gewissen Eigenständigkeit in einem solchen System mit Entscheidungsverantwortung ausgestattet werden können. Auch über das Verhältnis eines Primärversorgungssystem mit den bereits aufgebauten selektivvertraglichen Versorgungsangeboten muss nachgedacht werden. Letztlich wird der Aufbau eines Primärversorgungssystems bei entsprechender Wahlfreiheit der Versicherten dazu führen, dass auch *innerhalb* der sogenannten Regelversorgung zwei Versorgungsangebote wählbar sind, deren Trennung voneinander rechtlich und finanziell geregelt werden muss. Dies wäre dann eine Aufgabe, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen geleistet werden müsse. Und zu fragen wäre schließlich auch, ob ein wie auch immer ausgestaltetes Primärversorgungsmodell mit anderen steuernden Versorgungsansätzen (DMP, Lotsenmodelle) in Einklang gebracht werden kann. Auch hier zieht eine detaillierte Ausgestaltung noch erheblichen Abstimmungs- und Regelungsbedarf nach sich.