

# *Zukunft der Primärversorgung – arztzentriert oder berufsgruppenübergreifend?*

---



**Dr. Matthias Gruhl**  
Abteilungsleitung Gesundheit  
Senatorin für Arbeit,  
Frauen,  
Gesundheit, Jugend und  
Soziales  
Freie Hansestadt Bremen

*Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz der Länder  
vom 5.6.2007, TOP 5.10*

**Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland**

---

„Die GMK beauftragt die  
Arbeitsgemeinschaft der Obersten  
Landesgesundheitsbehörden in  
Anknüpfung an ihre vorherigen Initiativen  
zur Verbesserung der Situation in der  
Allgemeinmedizin, ein Konzept für die  
nachhaltige Sicherstellung der  
hausärztlichen Versorgung, zu erarbeiten.“

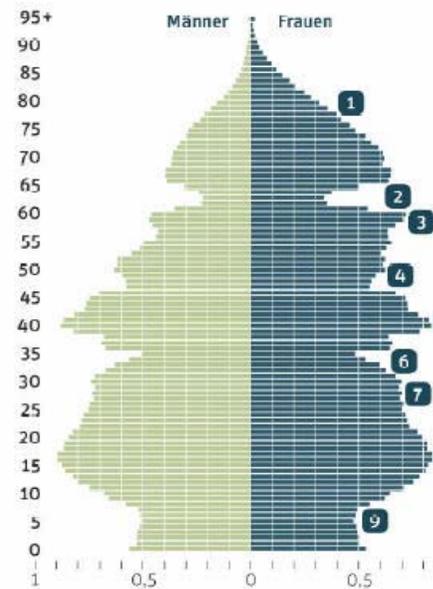
# Primärversorgung im Jahr 2020

---

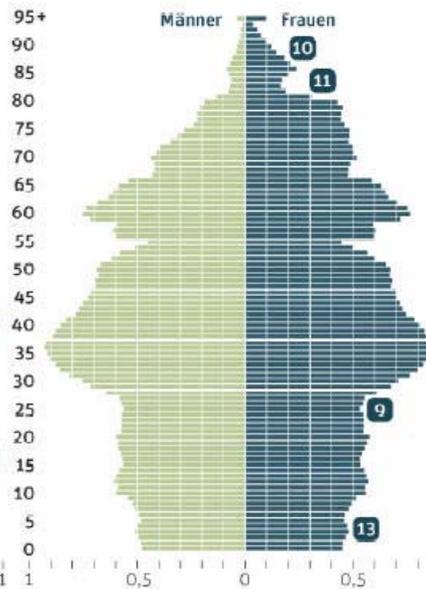
- **Wie verändert sich das Krankheitsspektrum ?**
- **Welche Auswirkung hat dies auf die Arbeitslast in der Primärversorgung?**
- Wie viele HausärztInnen stehen zur Verfügung?
- Von welchem Bedarf kann man daher ausgehen?
- Kann dieser sichergestellt werden?

# Demographie:

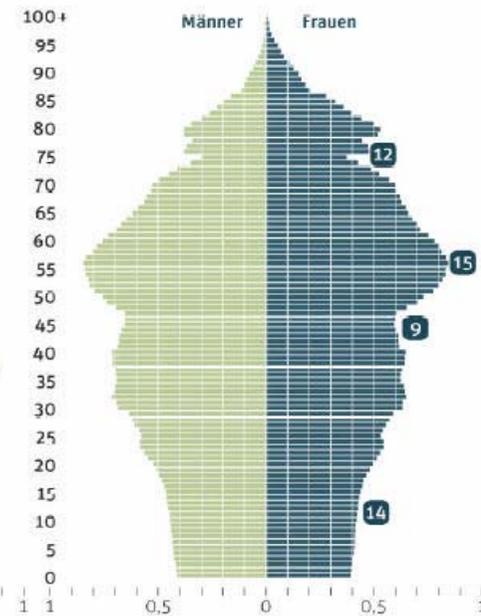
Bevölkerung im Jahr 1980



... im Jahr 2000



... im Jahr 2020



Anteil der jeweiligen Altersklassen in Prozent der Gesamtbevölkerung

Quelle: Statistisches Bundesamt, BBR INKAR Prognose 2020. Eigene Berechnungen. Alle Daten für Gesamtdeutschland.

# Morbiditätsentwicklung -Beispiele

---

- Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen z.B. Schlaganfall werden als absolute Prävalenzrate bis 2020 um 16-40 % ansteigen (Basisjahr 2000)
- Anstieg der Pflegebedürftigkeit um mehr als 50 %
- Besondere Dramatik beim Anstieg der Demenz:

# Am Beispiel Demenz: Zunahme von mehr als 50%

nach Bickel, H (2006)

---

## Geschätzte Zunahme der Krankenzahl vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2050

Jahr	Krankenzahl
2000	935.000
2010	1.165.000
2020	1.415.000
2030	1.690.000
2040	1.920.000
2050	2.290.000

# Prognose der Belastung des *gesamten ambulanten Systems*

Entwicklung der ambulant ärztlich behandelten Personen  
Deutschland

Im Alter von ... bis unter ... Jahren	1999	2010	2020	2030	2040	2050	Veränderung			
							2050/1999		2020/1999	
							Bestand in 1000			
0 - 5	198	162	159	140	123	118	- 79	-40,04	- 38	-19,32
5 - 10	153	127	119	112	97	90	- 63	-41,01	- 34	-22,36
10 - 15	113	97	82	81	72	64	- 49	-43,10	- 31	-27,20
15 - 20	127	117	101	96	90	79	- 47	-37,22	- 25	-19,92
20 - 25	206	229	192	164	162	146	- 61	-29,41	- 14	-6,92
25 - 30	251	237	215	184	175	167	- 85	-33,71	- 36	-14,46
30 - 35	369	257	276	229	197	196	- 173	-46,87	- 93	-25,13
35 - 40	373	264	265	239	206	198	- 176	-47,10	- 108	-29,06
40 - 45	356	387	283	303	253	220	- 136	-38,13	- 72	-20,37
45 - 50	363	461	329	331	300	262	- 100	-27,68	- 33	-9,21
50 - 55	384	523	562	419	448	378	- 5	-1,35	179	46,60
55 - 60	553	564	727	531	536	491	- 62	-11,26	174	31,46
60 - 65	588	506	654	712	542	580	- 8	-1,34	67	11,35
65 - 70	526	584	684	889	662	672	146	27,73	158	30,08
70 - 75	554	763	664	873	961	742	187	33,83	109	19,71
75 u.ä.	1 189	1 567	2 021	2 334	3 054	3 225	2 036	171,19	832	69,93
Insgesamt	6 302	6 846	7 335	7 637	7 880	7 628	1 326	21,04	1 032	16,38

Quellen: Mikrozensus; Statistisches Bundesamt, FS 12, R S.3 "Fragen zur Gesundheit"; Berechnungen des DIW.

# These 1

---

**Für die Primärversorgung kann – bei Beibehaltung der jetzigen Versorgungsintensität - eine höhere Arbeitslast von 20-30 % im Jahr 2020 prognostiziert werden.**

# Primärversorgung im Jahr 2020

---

- Wie verändert sich das Krankheitsspektrum ?
- Welche Auswirkung hat dies auf die Arbeitslast in der Primärversorgung?
- **Wie viele HausärztInnen stehen zur Verfügung?**
- Von welchem Bedarf kann man daher ausgehen?
- Kann dieser sichergestellt werden?

# 4000 Hausärzte weniger bis 2017

KBV



## Entwicklung der Zahl der Hausärzte (ohne Kinderärzte) bis 2017



Folie 0156, 09/2007

Quelle: Bundesarztregister der KBV, eigene Berechnungen

# Primärversorgung im Jahr 2020

---

- Wie verändert sich das Krankheitsspektrum ?
- Welche Auswirkung hat dies auf die Arbeitslast in der Primärversorgung?
- Wie viele HausärztInnen stehen zur Verfügung?
- **Von welchem Bedarf kann man daher ausgehen?**
- **Kann dieser sichergestellt werden?**

Bei ca. **60.000 niedergelassenen Hausärztinnen im Jahr 2000** und einem geschätzten zusätzlichen Bedarf von 20 % - 30 % im Jahr 2020 würden **ca. 15.000 Hausärztinnen** fehlen. Hinzu kommt das berechnete **Defizit von 4.000 Hausärztinnen** durch nicht kompensierbaren verstärkten Abgang. In der Summe würden **damit 19.000 Hausärztinnen** fehlen. Geht man davon aus, dass durch vermehrte Anstrengungen zur Rekrutierung von Hausärztinnen **noch 4.000 entsprechende Fachärztinnen gewonnen werden** können, ergibt sich in der Summe ein **zusätzlicher Bedarf von 15.000 Hausärztinnen**, wenn man die Versorgungsintensität von heute beibehalten will.

*Konzeptentwurf der AOLG Stand 28.12.07*

# Abdeckung des zusätzlichen Bedarfs

---

- Im langjährigen Mittel lassen sich pro Jahr 2000 neue Hausärzte nieder
- Eine Steigerung der jährlichen Niederlassung um 20 % pro Jahr ist notwendig, um 4000 Hausärzte in 10 Jahren zusätzlich zu gewinnen. Dies ist ehrgeizig!
- Eine Verdopplung der Niederlassung pro Jahr über 10 Jahre wäre notwendig, um das prognostizierte Defizit auszugleichen. Dies ist unrealistisch

## These 2

---

**Im Jahr 2020 ist trotz aller Bemühungen eine nach heutigem Standard ausschließlich auf HausärztInnen basierende Primärversorgung, vor allem in strukturschwachen Gebieten, nicht im erforderlichen Umfang zu gewährleisten.**

# Lösungsmöglichkeiten

---

- **Verringerung der hausärztlichen Betreuung z.B. durch Aufbau von Barrieren**
- Verbreiterung der Hausarztfunktion auf alle niedergelassenen Ärzte
- Einbringung von arztentlastenden oder arztersetzenden Berufen in die Primärversorgung

# Arzt-Patienten-Kontaktzahlen im europäischen Vergleich

nach Wendt C (2005)

**Tabelle 2: Hausarztprinzip und freie Arztwahl**

	Häufigkeit von Arzt-Patienten-Kontakten
<b>Belgien</b>	7,9
<b>Dänemark</b>	6,9
<b>Deutschland</b>	7,3
<b>Finnland</b>	4,3
<b>Frankreich</b>	6,9
<b>Griechenland</b>	2,5
<b>Großbritannien</b>	4,9
<b>Irland</b>	
<b>Italien</b>	6,1
<b>Luxemburg</b>	6,1
<b>Niederlande</b>	5,9
<b>Österreich</b>	6,7
<b>Portugal</b>	3,5
<b>Schweden</b>	2,8
<b>Spanien</b>	8,7
<b>Mittelwert</b>	<b>5,8</b>

Quelle: WHO 2005; OECD Health Data 2004

# Möglichkeiten der Verringerung von Kontaktzahlen

---

- Nicht erwünscht:
  - Praxisgebühr
  - Wartelisten
- Erwägenswert:
  - Trennung von Krankschreibung und medizinischer Behandlung
- Erwünscht
  - Reduzierung von Mehrfachkonsultationen

# Lösungsmöglichkeiten

---

- Verringerung der hausärztlichen Betreuung z.B. durch Aufbau von Barrieren
- **Verbreiterung der Hausarztfunktion auf alle niedergelassenen Ärzte**
- Einbringung von arztentlastenden oder arztersetzenden Berufen in die Primärversorgung

# Freie Arztwahl versus Hausarztprinzip (Primärarzt, Wahlarzt)

---

*What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?*

Atun RA. World Health Organization 2004

## Summary:

Majority of studies comparing services that could be delivered as either primary health care or specialist services show that using primary care physicians reduces costs, and increases patient satisfaction with no adverse effects on quality of care or patient outcomes. No studies were found that specifically addressed the advantages of health care systems relying on specialists.

# Arzt-Patienten-Kontaktzahlen im europäischen Vergleich

nach Wendt C (2005)

**Tabelle 2: Hausarztprinzip und freie Arztwahl**

	Organisationsform des Gesundheitssystems	Hausarztprinzip / freie Wahl des Primärarztes	Freie Facharztwahl	Häufigkeit von Arzt-Patienten-Kontakten
<b>Belgien</b>	GKV	freie Arztwahl	ja	7,9
<b>Dänemark</b>	NHS	Hausarztprinzip	nein	6,9
<b>Deutschland</b>	GKV	freie Arztwahl	ja	7,3
<b>Finnland</b>	NHS	Hausarztprinzip	nein	4,3
<b>Frankreich</b>	GKV	freie Arztwahl	ja	6,9
<b>Griechenland</b>	NHS	freie Arztwahl	ja	2,5
<b>Großbritannien</b>	NHS	Hausarztprinzip	nein	4,9
<b>Irland</b>	NHS	Hausarztprinzip	nein	
<b>Italien</b>	NHS	Hausarztprinzip	nein	6,1
<b>Luxemburg</b>	GKV	freie Arztwahl	ja	6,1
<b>Niederlande</b>	GKV	Hausarztprinzip	nein	5,9
<b>Österreich</b>	GKV	freie Arztwahl	ja	6,7
<b>Portugal</b>	NHS	Hausarztprinzip	nein	3,5
<b>Schweden</b>	NHS	Hausarztprinzip	nein	2,8
<b>Spanien</b>	NHS	Hausarztprinzip	nein	8,7
<b>Mittelwert</b>				<b>5,8</b>

Quelle: WHO 2005; OECD Health Data 2004

# Wahlarztsystem hat auch einen arztentlastenden Effekt

---

„Eine freie Arztwahl führt gemäß dieser Überlegungen zu einer deutlich höheren Anzahl an Arzt-Patienten-Kontakten als im Fall einer Regulierung des Zugangs zum Gesundheitssystem über das Hausarztprinzip.“

nach Wendt C (2005)



Die Aufgaben des Wahlarztes sind die der hausärztlichen Versorgung sowie die einer verbindlich festgelegten ersten Anlaufstelle des Versicherten, zuständig in Sachen Überweisung zum Spezialisten und zugleich Koordinator sämtlicher anfallenden Versorgungsleistungen. Der Versicherte bestimmt für eine festgelegte Zeitspanne seinen Wahlarzt.

**These 3: Das Wahlarztsystem ist zukunftsicherer als das System der freien Arztwahl.**

# Lösungsmöglichkeiten

---

- Verringerung der hausärztlichen Betreuung z.B. durch Aufbau von Barrieren
- Verbreiterung der Hausarztfunktion auf alle niedergelassenen Ärzte
- **Einbringung von arztentlastenden oder arztersetzenden Berufen in die Primärversorgung**

# Existierende Beispiele für neue Gesundheitsberufe

---

- Operationstechnische Assistenten (OTA)
- Physican Assistants
- Anästhesietechnische AssistentInnen (ATA)
- Medizinischer AssistentInnen für Anästhesiologie (MAfA)
- Chirurgisch Technische AssistentInnen (CTA)
- Chirurgie-AssistentInnen
- Kardiovaskular-AssistentInnen
- Klinischer Pflegeexperten
- Gemeindeschwester-Modell (AGNES)

## **These 4:Es muss eine Neuregelung der Arbeitsteilung zwischen der Ärzteschaft und den Gesundheitsfachberufen in der PV gefunden werden.**

---

- Die HausärztInnen fungieren als Wahlärztin und Lotsen in einem multiprofessionellen Team. Sie kann an Gesundheitsfachberufe als Mit-Anbieter in der Primärversorgung überweisen
- Die Gesundheitsfachberufe, insbesondere die dafür qualifizierten Krankenpflegekräfte, übernehmen eine erweiterte Rolle im Versorgungsgeschehen. Sie führen Aufgaben eigenverantwortlich durch, die im Versorgungsgeschehen bisher unzureichend abgedeckt waren, sie schätzen pflegerische Bedarfe eigenständig ein, führen medizinisch-pflegerische Interventionen eigenständig durch und evaluieren die Ergebnisse medizinisch-pflegerischer Versorgungsleistung eigenständig und eigenverantwortlich
- und führen so zur Entlastung der HausärztInnen.

## Fazit:

---

Zur Sicherstellung einer den heutigen Ansprüchen und der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechenden Primärversorgung bedarf es - neben weitere Unterstützungen für die hausärztliche Medizin - eines wahlärztlichen Systems und die Integration von arztentlastenden (neuen ) Gesundheitsfachberufen.



Ärzte Zeitung, 14.01.2008

---

## **Warnruf aus den Ländern: Bald fehlen 15 000 Hausärzte!**

**Arbeitsgruppe sieht Qualität der Versorgung bedroht**

**NEU-ISENBURG (eb). Allen Beteuerungen von Politikern zum Trotz müssen sich Bürger auf Abstriche bei der hausärztlichen Versorgung einstellen.**

**Schon bald drohen in vielen Regionen Deutschlands Versorgungslücken. Davon gehen Gesundheitsbehörden der Länder aus.**

# Der letzte Hausarzt?????

---

