

Primärversorgung heißt soziale Gerechtigkeit

Auch wenn es zur Gebetsmühle wird: Primärversorgung ist für alle da! Das Ziel von Primärversorgung ist Versorgungsgerechtigkeit.

Beharrlich hält sich das Missverständnis, dass mit Primärversorgung eine bestimmte, exakt vorgegebene Struktur gemeint sei. Dies impliziert auch das derzeit gültige Gesetz. Das ist mitnichten so. Primärversorgung bedeutet immer Versorgungsgerechtigkeit, das ist essenzieller Teil der Definition.

Primärversorgung kann in unterschiedlichen Strukturen umgesetzt werden, entscheidend ist die niedrighschwellige, wohnortnahe Zugänglichkeit für alle, Kontinuität der Betreuung und die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen. Die Art und Organisation dieser Kooperation ist nicht entscheidend: Relevant ist, dass sie auf gesicherte Weise funktioniert und dass sie der gesamten Bevölkerung zugutekommt.

Flächendeckende Primärversorgung setzt aber realistische Finanzierbarkeit auf Jahrzehnte voraus – und organisatorische Lebbarkeit. Flächendeckende, kostengünstige Strukturen bekommt man dann, wenn man – mit Respekt vor Bewährtem – existierende Strukturen so zusammenhängt, dass ausreichend Luft bleibt, sich an regionale Erfordernisse anzupassen.

Folgerichtig und sinnvollerweise hatte sich der diesjährige OEFOP-Kongress dem Thema Netzwerke verschrieben. Dort war vieles zu hören, das Hoffnung macht auf eine gerechte, faire und machbare Entwicklung. Laut klarer und unmissverständlicher Aussage von Sektionschef Dr. Clemens M. Auer, Gesundheitsministerium, können sich Praxen mit Einzelverträgen relativ unkompliziert etwa als Verein zu Netzwerken zusammenschließen – in wirtschaftlicher Unabhängigkeit, unter ihren eigenen Vertragspartnernummern.

So gestattet es das Gesetz, so ist es sinnvoll, im Interesse einer flächendeckenden, verlässlichen und verbindlichen Versorgung der Be-

völkerung, so ist es im Interesse niedergelassener Hausärztkollegen. Es wird immer dringlicher, dass nun sämtliche Entscheidungsträger und alle anderen Systembeteiligten solche flexiblen Möglichkeiten auch tatsächlich eröffnen. Derzeit sind wir nicht so weit – und auch innerhalb der Primärversorgungsbewegung sind noch nicht alle Missverständnisse ausgeräumt.

Dabei wird die Zeit knapp. Und die Ärzte werden knapp. Wir brauchen dringend – dringend! – attraktive, vielfältige, unkomplizierte kooperative Arbeitsformen für alle Hausärzte.

Wir brauchen dringend eine Aufwertung dieses Berufsstandes: Generalisten sind durch keinen anderen Beruf ersetzbar, das ist eine spezielle hohe Qualifikation. Hausärzte sind keine Billigärzte, die dazu da sind, das System vor Überlastung zu schützen – sie sind kompetenter Teil dieses Systems und ermöglichen eine ökonomisch und medizinisch sinnvolle Stufung der Systemebenen.

Wir, ältere und jüngere, männliche und weibliche Kollegen wünschen uns flexible Zusammenarbeitsformen, Vernetzungen, Kooperationen. Dass das so ist, ist durch Studien gut belegt. Wir wollen Teams bilden, einem hausärztlichen Versorgungsauftrag gerecht werden, gute Arbeit leisten.

Es gibt vielfach schon Grundstrukturen, welche die Erweiterung einfach machen würden. Sobald alle Entscheidungsträger ihren Part dabei übernehmen, wird Primärversorgung im Sinn der Definition möglich. Und damit auch eines der wichtigsten Güter, eine der zentralsten Errungenschaften der Moderne: soziale Gerechtigkeit.

Dr. Susanne Rabady