

Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke e. V.

Primärversorgungssystem und psychiatrische Versorgung

Im internationalen Vergleich gibt es kaum Länder, die eine doppelte Facharztschiene umgesetzt haben. In Deutschland ist dies durch die niedergelassene Fachärzteschaft (Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) und den Fachärztinnen und Fachärzte in den Krankenhäusern der Fall. In Deutschland gibt es auch anders als in anderen Ländern den direkten Zugang zur Fachärztin bzw. zum Facharzt ohne Kontakt zur Primärärztin bzw. zum Primärarzt.

Im Sinne des Prinzips der Koordination der medizinischen Versorgung gibt es weltweit eindeutige Evidenz für ein Primärversorgungssystem, das einem System des freien Marktes überlegen ist. Vorteile eines solchen Systems sind die bessere Koordination der Hilfen, der bessere Informationsfluss und eine höhere Kosteneffizienz. Auch gibt es eine klare Zuständigkeit für die Nutzenden (Patientinnen und Patienten). Dies verbessert auch die Qualität der Versorgung. Besonders effektiv ist ein System nach der Grundlage digital vor ambulant vor stationär unter Einbeziehung interprofessioneller Kompetenz – also ein Primärversorgungssystem statt eines Primärarztsystems.

Für den Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gibt es besondere Belange, wie auch im § 27 SGB V formuliert. Die besonderen Belange der Menschen mit psychischen Störungen und seelischen Krisen machen spezielle Regelungen notwendig, um auch der Stigmatisierung und schlechteren Versorgung dieser Personengruppe entgegenzuwirken. So ist es beispielsweise Realität, dass ambulant behandelnde Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie auch die ambulante somatische Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen mit koordinieren – so bei der Einstellung des Blutzuckers oder der Behandlung kardiovaskulärer Risikofaktoren.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen fällt es häufig schwerer, aktiv Hilfe oder Behandlung aufzusuchen und die persönliche Bindung an eine ärztliche Person ihres Vertrauens hat besondere Bedeutung. Daher geht das System der Überweisung oft ins Leere, weil diese Menschen dann nicht am Zielort ankommen aber eine kontinuierliche Versorgung und intensive Betreuung so dringend notwendig wäre. Der verpflichtende Weg über eine Hausärztin oder einen Hausarzt wäre eine zusätzliche Zugangshürde.

In Bezug auf die besonderen Bedarfe ist die Funktion der ambulanten Soziotherapie nach

§ 37a SGB V nutzbar, um bei der Koordination der Hilfen zu unterstützen. Der Einsatz verordnet durch die Fachärzteschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und in enger Verbindung mit diesen hat sich bewährt.

Aus Sicht der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) können die oben genannten positiven Aspekte dann genutzt werden, wenn den besonderen Belangen psychisch erkrankter Menschen Rechnung getragen wird. In dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Psychiatriedialog wurde die Notwendigkeit von niedrigschwelligem Zugang und personenzentrierter Koordination bei schwerer Erkrankung herausgehoben.

Dies bedeutet:

1. Der Primärarzt ist in der Regel der Hausarzt; bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sollte auch die Fachärztin bzw. der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die primärärztliche Funktion übernehmen können.
2. Zur Einordnung der Schwere der Erkrankung bietet die GAF-Skala und der einzuschätzende Behandlungsbedarf Orientierung. Das Ersteinschätzungsinstrument ist entsprechend auszurichten.
3. Grundsätzlich empfiehlt die APK ein Primärversorgungssystem, welches nach dem Grundsatz digital - ambulant - stationär aufgebaut ist und in dem zum Beispiel auch Community Health Nurses in der Ersteinschätzung beteiligt sind.

Bonn, 10.02.2026