

Primärarztsystem – welche Folgen hat ein Abbau in Deutschland?

Primary Health Care – Consequences of its Destruction in Germany?

Heinz-Harald Abholz

Zusammenfassung: Es werden die Prinzipien einer primärärztlichen Arbeit und die Vorteile eines Primärarztsystems für Patienten, Gesellschaft aber auch für Generalisten und Spezialisten dargestellt. Da in Deutschland seit Jahren die strukturell-organisatorischen Rahmenbedingungen für ein Primärarztsystem zerstört werden, kommt es zu negativen Folgen.

Schlüsselwörter: Hausarzt; Spezialist; Primärarztsystem; Gesundheitssystem

Summary: The principles of primary care work by family doctors and the advantages of a primary health care system for patients, society and generalists as well as specialists are shown. Due to the destruction of the structural-organizational framework for a primary health care system in Germany negative effects are obvious.

Keywords: family doctor; specialist; primary health care; health care system

Vorbemerkung: In keinem westeuropäischen Land außer Deutschland bedürfte es dieses Textes, weil dort das Dargestellte als selbstverständliches Wissen und Erfahrung vorhanden ist.

Der Begriff Primärarztsystem bezieht sich weltweit auf eine dreiteilige Struktur der Gesundheitsversorgung. Es gibt darin die *Primärversorgung* durch Hausärzte oder Allgemeinärzte (Generalisten). Darüber gibt es eine *Sekundärversorgung* durch Spezialisten, die in den meisten Systemen am Krankenhaus angesiedelt sind und dort dann auch ambulant arbeiten. Schließlich gibt es eine stationäre *Tertiärversorgung* in Krankenhäusern. Die Tertiärversorgung selbst ist oft nochmals aufgeteilt in „Grundversorgung“ und „Spezialversorgung“ (oder mit ähnlichen Begriffen belegt).

Hinter diesen Begrifflichkeiten steckt sowohl eine *Versorgungskonzeption* als auch ein strukturell-organisatorischer *Versorgungsrahmen*. Ersteres entspricht der inhaltlichen Begründung für die genannte Aufteilung und Zweitgenanntes beinhaltet den geschaffenen

organisatorisch-rechtlichen Rahmen für die Arbeit in dieser dreiteiligen Struktur.

Versorgungskonzeption des Primärarztsystems

Die inhaltliche Begründung für die Aufteilung zwischen primärärztlicher und sekundärärztlicher Versorgung hat zwei Aspekte:

- Die inhaltliche Begründung für eine *Arbeitsteilung* zwischen diesen beiden Bereichen und
- die damit verbundenen Unterschiede in der *Arbeitsweise* von Primär- und Sekundärärzten.

Arbeitsteilung

Grundlage für eine Arbeitsteilung ist die Einsicht, dass im ambulanten Bereich nur der geringere Teil der Patienten eine spezialistische Behandlung in der Sekundär- oder gar Tertiärversorgung benötigt. Um aber zu entscheiden, welcher der Patienten diese benötigt, muss „jemand“ zuständig sein: In entwickelten

Versorgungssystemen ist dies der Primärarzt. Dieser versorgt in der Regel dann – je nach Land – 80–95 % der Gesundheitsprobleme selbst [1, 2]; für den anderen Teil veranlasst er eine Überweisung zur Sekundär- oder Tertiärversorgung.

Damit diese „Selektion“ der Patienten annähernd treffsicher geschieht, braucht der Arzt der Primärstufe eine andere Arbeitsweise als der Arzt der Sekundärstufe. Er muss medizinisch breit ausgebildet sein und zusätzlich noch die Fähigkeiten haben, vertretbar treffsicher alle Informationen zu einer „Arbeitsdiagnose“ zu integrieren, die Grundlage für das weitere Vorgehen wird. Hingegen benötigt der Spezialist weitaus engere Medizinkenntnisse, die aber weit aus tiefer gehen als die des Primärarztes.

Mit der Aufgabe, die Patienten herauszufiltern, die durch den Spezialisten versorgt werden müssen, wird der Arzt der Primärversorgung zum *gate-keeper* für die weiteren Versorgungsstufen [1, 3, 4]. Aber er hat natürlich Aufgaben, die über das *gate-keeping* weit hinausgehen: Er ist der Versorger für die Mehrzahl der Pa-

tienten mit Erkrankungen und Beschwerden, die aus seiner Sicht keiner Sekundär- oder Tertiärversorgung bedürfen. Und er ist Versorger für die Mehrzahl der Patienten mit chronischen Erkrankungen sowie für den ganz überwiegenden Bereich der Prävention. Zudem ist der Primärarzt auch der, der die Nach- und oft auch überwiegende Dauerbetreuung der Patienten mit Erkrankungen zu leisten hat, die wieder aus der Sekundär- oder Tertiärversorgung zu ihm „zurückkommen“.

Komplementär dazu brauchen die Spezialisten eine in die Tiefe gehende spezialisierte Ausbildung und ein Wissen und Können, dass die Versorgung „spezieller Gesundheitsprobleme“ ermöglicht. Da die Zahl der Patienten mit speziellen Gesundheitsproblemen ungleich kleiner ist als die Zahl der Patienten mit überhaupt einem Gesundheitsproblem, bedarf es in der ambulanten Versorgung auch einer deutlich geringeren Zahl von Spezialisten als Generalisten, also Hausärzten.

Diese konzeptionelle Arbeitsteilung zwischen Primärärzten und Spezialisten wird allgemein als kostengünstig angesehen – was auch in zahlreichen Studien gezeigt wurde [Literatur-Zusammenstellung in 5; zudem: 1, 6, 7, 8]. Ob man damit allein aber auch die intendierte optimale Versorgung erreicht, d.h. eine mit wenig Unter-, Über- und Fehlversorgung, ist damit noch nicht abgeleitet, wenn auch in vielen Studien ebenfalls positiv beantwortet [1, 5–8]. Zudem gibt es eine Studie aus Deutschland mit ähnlichem Ergebnis [9] sowie eine, die keine Kosteneinsparung, aber eine Qualitätsverbesserung nahelegt [10].

Um aber zu erklären, wie es zu diesem positiven Effekt auf die Qualität der Versorgung in einem solchen strukturierten System kommen kann, braucht es der Erklärung weiterer Bedingungen, auf die nun eingegangen werden soll.

Arbeitsweise

Menschen suchen einen Arzt auf, wenn sie krank sind oder zumindest sich so fühlen. Oder sie gehen zum Arzt, weil sie etwas vorbeugend für ihre Gesundheit tun möchten. Dabei sind die Menschen – selbst bei identischen Krankheiten und Beschwerden – fast immer unterschiedlich „krank“ bzw. besorgt. Dies ist sowohl durch den Verlauf, das Stadium

der Erkrankung, das Bestehen oder Nicht-Bestehen zusätzlicher Erkrankungen (Multimorbidität), aber auch durch den Umgang des Menschen mit seiner Erkrankung bzw. mit seinen Beschwerden zu erklären. Dabei gilt es für den Arzt primär herauszufinden, was den vorgebrachten Beschwerden zugrunde liegt bzw. was diagnostisch oder therapeutisch aktuell zu tun ist.

Diese Aufgabe kann am besten ein Arzt erbringen, wenn er die Breite der Medizin zumindest so überblickt, dass er die Beschwerden und ggf. Befunde differenzialdiagnostisch über (fast) alle medizinischen Fächer einordnen kann. Darüber hinaus braucht er aber auch die Fähigkeit, seine medizinischen Überlegungen mit dem zusammenzubringen, was er vom Patienten bisher weiß. Dies sind insbesondere das bisherige Auftreten des Patienten (z.B.: sicher vs. verunsichert) sowie sein bisheriges Umgehen mit Symptomen, Ängsten und Krankheiten (z.B., ob er eher ein „Übertreiber“ oder ein „Untertreiber“ ist). Zudem sollte der Arzt in der Lage sein, die Lebensumstände des Patienten als Krankheitsauslöser oder -verstärker zu kennen, um ggf. hierüber ein komplexeres Verständnis zum aktuell vorgestellten Behandlungsanlass zu gewinnen.

Aus der Gesamtsicht auf diese drei Bereiche – medizinischer Befund, Umgang des Patienten mit seinen Krankheiten/Beschwerden, das psycho-soziale Umfeld des Patienten – muss der Primärarzt zu einer Arbeitsdiagnose kommen, die ihn dann – oft auch „auf Probezeit“ im Sinne des sog. „Abwartenden Offenhaltens“ – handeln lassen kann [11]. Der Primärarzt hat also sehr oft integrierend zu denken, um zu Entscheidungen zu kommen. Nur um integrierend zu denken und abzuwägen – also weit über das Medizinische hinausgehen zu können, muss er den Patienten sowohl möglichst gut kennen als auch eine tragende Arzt-Patienten-Beziehung entwickelt haben. Nur so kann er davon ausgehen, dass er viel vom Patienten weiß und er auch Nuancen in dessen Verhalten (Kommunikation, Mimik etc.) als Botschaften erkennt und der Patient ihm „alles“ mitteilt. Zudem muss man bedenken, dass sich Menschen meist nicht mit allen ihren Problemen, Sorgen und Lastern einem anderen Menschen öffnen, zu dem sie bisher keine wirkliche Beziehung haben.

Damit interpretiert ein Generalist fast immer nicht nur auf medizinischer, sondern eben auch auf personeller Ebene; man spricht hier von komplexen Entscheidungsvorgängen oder von einem hermeneutischen Fallverständnis [11]. Dieses aber wird allein schon deswegen notwendig, weil es eher die Ausnahme ist, auf einen Befund oder eine Beschwerde direkt und nur in vorgegebener Weise, d.h. für jeden Fall identisch, also ohne Wichtung und damit ohne Interpretation, zu reagieren [12].

Wenn aber keine gute Kenntnis des Patienten und keine tragende Arzt-Patienten-Beziehung (meist zusammen sich entwickelnd) bestehen, kann der Primärarzt nicht mit seiner generalistischen Arbeitsweise tätig werden. Er würde oft unverantwortlich handeln, hat er doch keine Basis für das notwendige integrierende und damit interpretierende Denken. Also muss er ohne gute Kenntnis der Person des Patienten im Sinne eines Spezialisten handeln. Er muss dann diagnostisch und therapeutisch immer alles, was überhaupt infrage kommt, tun. Er muss sich also auf die reine *Medizinebene* begeben. Dies aber kann der Primärarzt in vielen Fällen nicht, weil er breit, aber nicht in die Tiefe gehend weitergebildet ist. Also wird er – um sich abzusichern – zunehmend häufiger an Spezialisten überweisen.

Die Arbeitsweise des Generalisten, der seine Patienten und deren Beschwerden/Erkrankungen über die Zeit und in der Breite kennengelernt hat, ist aber auch für die Arbeit des Spezialisten von erheblicher Bedeutung: Durch die Vorselektion der Patienten, die an Spezialisten überwiesen werden, wird deren Arbeit treffsicherer. Es gelangen dann nämlich ganz überwiegend nur Personen zum Spezialisten, bei denen mit höherer Wahrscheinlichkeit auch ein „spezialistisches“ Problem vorliegt. Wenn daher nur diese Patienten spezialistischen Untersuchungen unterzogen werden, dann wird der Prozentsatz richtig-positiver Befunde (und damit auch Behandlungen) den Anteil falsch-positiver Befunde überwiegen [13]. Die Treffsicherheit spezialärztlicher Versorgung wird also durch die Vorselektion des Primärarztes erheblich erhöht.

Sieht aber der Spezialist – bei freiem Patientenzugang zu ihm oder aufgrund sehr häufiger Überweisungen – „unselektierte“ Patienten, dann kommt es zu

einem deutlichen Überwiegen von falsch-positiven Befunden [13]. Der Spezialist wird auf die Dauer in Bezug auf das Erleben seiner eigenen Fähigkeiten demotiviert – ist doch häufig „nichts“ oder „falsch-positiv“ das Ergebnis seiner Arbeit. Denn umso geringer der Anteil von Patienten ohne die gesuchte Erkrankung ist, umso mehr falsch-positive Befunde entstehen [13] – die dann ggf. sogar über weitergehende und eingreifende Diagnostik zusätzlich abgeklärt werden müssen.

Wie aber sind das „Gute-Kennen“ und die „Gewachsene Arzt-Patienten-Beziehung“, die sowohl für den Primärarzt bei dessen Entscheidungen so wichtig sind als auch beim Aufsuchen eines Spezialisten auf Basis der Entscheidungen des Primärarztes von so großer Bedeutung sind, überhaupt zustande gekommen? Nur durch eine „ungestörte“ Tätigkeit als Primärarzt selbst kann es dazu kommen: Denn die breite Zuständigkeit (*comprehensiveness*) des Primärarztes als auch dessen kontinuierliche Betreuung (*continuity*) in allen Gesundheits- und Krankheitssituationen des Patienten lässt „Gutes Kennen“ und eine „Tragfähige Beziehung“ aufbauen [14, 15]. Fehlt aber die Gewährleistung für *comprehensiveness and continuity of care* als Grundlage eines Primärarztssystems, dann ist das Versorgungssystem insgesamt auch massiv bedroht [1].

Strukturell-organisatorischer Versorgungsrahmen

Die Arbeit auf der Primärarztsebene kann in ihrer kostenbegrenzenden und Fehl- bzw. Überbehandlung reduzierenden Weise nur dann gelingen, wenn auch die strukturell-organisatorische Seite eines Primärarztssystems garantiert ist: Versicherte/Patienten müssen damit immer – von Ausnahmen abgesehen – erst den Primärarzt aufsuchen und sollten in der Regel auch bei diesem möglichst lange „eingeschrieben“ bleiben, also nicht kurzfristig wechseln.

Situation in Deutschland

Wenn es aber geschieht, dass Patienten das Sekundärversorgungssystem direkt aufsuchen können – und dies sogar parallel mit verschiedenen Ärzten eines Faches tun können –, dann muss unwei-

gerlich die Erfahrung des Primärarztes in Bezug auf „seinen“ Patienten geringer werden: Seine Kenntnis des Patienten wird geringer und die Arzt-Patienten-Beziehung wird unverbindlicher. Nach einer aktuellen repräsentativen Befragung suchen Versicherte schon zu zwei Dritteln ohne Vorkontakt zum Hausarzt Spezialisten auf [16]. Damit aber wird die „Interpretationsmöglichkeit“ des Generalisten in Bezug auf einen Patienten, seine Beschwerden und seinen Umgang mit Krankheit zunehmend geringer – und damit auch die Nutzung seiner besonderen Fähigkeiten als Generalist.

In der westlichen Welt gibt es zwei generelle gesellschaftliche Entwicklungen, die hierbei von Bedeutung sind:

- *Je spezieller, umso besser.*

Dies ist auch deswegen so wirksam, weil die Allgemeinmedizin es weitgehend umgangen hat, der Öffentlichkeit ihre Arbeitsweise und damit ihre besondere Zusatzfähigkeit zu erklären.

- *Die Autonomie des Patienten muss gestärkt werden.*

Er sollte selbst entscheiden, welche Betreuung er braucht und ob er mehrere Ärzte in Anspruch nehmen möchte. Diese Orientierungen werden nicht nur in Deutschland favorisiert. In Deutschland kommt jedoch hinzu, dass es auch strukturell-organisatorisch unterstützt wird, diese „Ziele“ zu erreichen: Einmal dadurch, dass es im ambulanten Bereich etwa gleich viele Spezialisten wie Hausärzte gibt (mit zudem steigenden Anteilen bei den Spezialisten). Zum anderen darüber, dass die Patienten auch direkt – also ohne einen Primärarzt zu konsultieren – Spezialisten aufsuchen können

Denn über die letzten 35 Jahre wurde die Notwendigkeit eines vom Hausarzt ausgestellten Überweisungsscheines zum Aufsuchen eines Spezialisten stufenweise abgeschafft: Noch bis in die 80iger Jahre hatte der Patient nur einen oder – je nach Krankenkasse – zwei Überweisungsscheine/Quartal in seinem Krankenscheinheft. Dann wurden in den 90er Jahren von immer mehr Krankenkassen ganze Hefte mit Überweisungsvordrucken dem Versicherten zugestellt; gültig wurde aber eine Überweisung nur mit Unterschrift eines Arztes. Schließlich bekamen die Ärzte und nicht mehr die Patienten diese Scheine, um sie für die einzelnen Patienten ausfüllen zu können. Zu Beginn der 2000er

Jahre konnte die Krankenversichertenkarte schließlich vom Versicherten als Zugang zum Spezialisten auch ohne Überweisung genutzt werden, wenn dieser bereit war, eine 10-Euro-Zuzahlung in Kauf zu nehmen. Und schließlich hat man heute die „Freiheit“ erreicht, dass jeder Versicherte fast jeden Spezialisten nach eigenem Gutdünken aufsuchen kann.

Da sich dieser Kulturwandel beschleunigt, kam es in den letzten Jahren zunächst nur zu einigen „Direktaufsuchungen“ ohne Überweisungsschein; heute aber ist es fast schon die Regel [16]. Ergebnis ist nicht nur die Bedrohung des Untergangs hausärztlicher Fähigkeiten (s.o.), sondern auch die rasant angestiegenen Wartezeiten bei Spezialisten – und dies in einem Land mit unvergleichlich hoher Zahl von Spezialisten im ambulanten Bereich!

Auf die Dauer wird dieses System nicht mehr bezahlbar sein. Dann wird nach Lösungen zu suchen sein: eine wäre die Erhöhung der Selbstbeteiligung für den Patienten. Wer es bezahlt, kann dann alles weiter so nutzen, wie er es will. Damit könnte aber nur das Problem des Andrangs bei den Spezialisten „gelöst“ werden. Damit wird aber die Qualität nicht wieder erreicht, die das Primärarztssystem an sich zu liefern in der Lage ist, nämlich Über- und Fehlversorgung zu vermindern.

Die andere Möglichkeit bestünde darin, das Primärarztssystem – wie in allen westeuropäischen Ländern – in seiner strukturell-organisatorischen Form (wieder) einzuführen; so wie es auch Mitglieder des Sachverständigenrats formuliert haben [17]. Aber diese scheinen die einzigen zu sein, die dieses Problem adressieren und Lösungen vorschlagen; selbst die DEGAM ist hier nicht mutig genug, es mit der gebotenen Klarheit zu tun [18, 2].

Auswirkungen des Abbaus des Primärarztssystems

Wenn eine (Wieder-)Einführung der strukturell-organisatorischen Rahmenbedingungen eines Primärarztssystems – also ein vorgegebenes *gate-keeping* bzw. die Umsetzung eines Einschreibemodells bei einem Hausarzt [18] – nicht erfolgt, dann werden daraus zahlreiche Verschlechterungen der

Versorgung resultieren, die schon heute sichtbar sind.

Versorgungsqualität beim Hausarzt

Der Hausarzt, der seinen Patienten nicht mehr so wie früher kennen kann, muss zunehmend auf die „Interpretation“ im Sinne der komplexen Entscheidungsfindung verzichten. Denn er hat keine Basis mehr dafür. Vielmehr muss er sich fast ausschließlich auf das „Medizinische“ fokussieren – und damit wie ein Spezialist handeln (s.o.). Daraus resultiert dann eine Zunahme an Überweisungen an die Spezialisten (soweit dafür überhaupt noch Überweisungen geschrieben werden). Die Vorstellungen beim Spezialisten erfolgen dann nicht mehr aufgrund einer Vorselektion – wie in einem strukturell-organisatorisch geregelten Primärarztssystem. Damit aber stirbt eine der wichtigsten Funktionen des Hausarztes langsam aus.

Versorgungsqualität zwischen Primär- und Sekundärversorgung

Wenn die Patienten verschiedene Spezialisten und verschiedene Hausärzte direkt aufsuchen, dann weiß der Hausarzt oft nicht von den Mitbehandlern und kann dessen Arbeitsweise nicht einordnen. Und dies ist bei Empfehlungen von Spezialisten an einen Hausarzt von großer Bedeutung: Denn es gibt Spezialisten-Kollegen, die eher umsichtig abwägend sind und solche, die immer alles zu tun vorschlagen, gleich ob sie es medizinisch selbst als angeraten ansehen. Damit wird die Kommunikation – soweit sie noch überhaupt erfolgt – auf die reine „mitgeteilte Information“ zu erhobenen Befunden reduziert, denn der Hausarzt hat oft nicht einen ihm wirklich bekannten Partner vor sich. Häufig führt das dazu, dass es zu weiterer Überversorgung kommt, muss doch nun der Hausarzt auch allen kleineren Abweichungen in den Befunden nachgehen – so wie es ein Spezialist als möglich vorschlug.

Attraktivität des ambulanten Arbeitens

Wenn sich aber die Tätigkeit des Hausarztes reduziert auf das Schreiben von Überweisungen, die Versorgung der ba-

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz ...



... Facharzt für Innere Medizin sowie Facharzt für Allgemeinmedizin. 1984–1998 Hausarzt in Berlin; 1998–2011 Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf. Nach Emeritierung (2012) wieder in Hausarztpraxis nahe Köln tätig. DEGAM-Präsident bzw. Vizepräsident für neun Jahre. Lehrbeauftragter für Public Health (Epidemiologie, Prävention) erst in Berlin, dann in Düsseldorf.

nalen Erkrankungen und auf die Begleitung chronisch kranker sowie psychisch auffälliger Patienten, die kein Psychiater „nimmt“, dann verliert das Fach seinen Reiz, weil ohne eigentliche Aufgabe für den Arzt.

Aber auch für die Spezialisten kommt es zu einer Dequalifizierung ihrer Arbeit und ihrer Erfahrung. Denn sie stehen – anders als noch vor Jahren – vor einer Masse von Patienten, bei denen offensichtlich ist, dass 80–90 % davon überflüssigerweise bei ihnen gelandet sind. Damit erleben sie, dass der überwiegende Teil ihrer Spezialistentätigkeit „ohne Befund“ mündet, also vergeblich ist. Oder sie werden durch die hohe Zahl falsch-positiver Befunde frustriert.

Gesellschaftliche Kosten

Neben dem ökonomischen Schaden der durch Über- und Fehlbehandlung sowie aufgrund der Zunahme von falsch-positiven Befunden zustande kommt, entsteht auch ein ökonomischer Schaden bei den versorgenden Spezialisten: Sie müssen zunehmend mehr Patienten als früher versorgen, arbeiten aber in einem budgetierten Bereich, d.h. der „Haushaltstopf“ ist auch für sie limitiert. Und damit gilt: Umso mehr sie arbeiten, umso weniger ist die einzelne ärztliche Leistung (monetär) wert: Es entsteht ein fallender Punktwert (Gesamtbudget der Spezialisten geteilt durch die Zahl aller erbrachten Leistungspunkte). Pro Leistung gibt es weniger Honorar. Dies könnte auf Dauer dazu führen, dass die Spezialisten (berechtigterweise!) versuchen, das Budget der Hausärzte zu vermindern, damit das ihrige erhöht werden kann.

Förderung von Sucht

Wenn auch nur für eine kleinere, dennoch nicht unwichtige Patientengruppe, kommt es durch das System des frei-

en Zugangs zu allen Ärzten zu einem weiteren Schaden: Will man sich Medikamente besorgen, die bisher nur ein Arzt verschrieb bzw. über deren weitere Verschreibungen durch andere Ärzte der koordinierende Hausarzt Bescheid wusste, so ist es heute möglich, dass man sich beliebig viele Medikamente (einschließlich der BTM-Substanzen) besorgen kann – bei verschiedenen Ärzten, die voneinander nicht wissen.

Weiterbildung zum Allgemeinarzt

Da aufgrund des Fehlens einer strukturell-organisatorischen Absicherung des Primärarztssystems der Inhalt, die Breite und das Spezifische der Primärarztstätigkeit zunehmend an Bedeutung verlieren, wird das Fach entleert und damit unattraktiv. Bestenfalls kann es nur noch zu Beginn seiner Tätigkeit „spannend“ und fordernd sein, weil alles noch neu ist.

Danach aber wird es „langweilig“, Krankschreibungen vorzunehmen, Überweisungen und Rezepte zu schreiben, sich überwiegend mit Schnupfen, Husten, Heiserkeit und Rückenschmerzen zu befassen, und sich bestenfalls noch den „psychisch Auffälligen“ zu widmen, die kein Spezialist betreuen will. Und wenn sich die Entwicklung des Abbaus des Primärarztssystems fortsetzt, dann wird die Frage des hausärztlichen Nachwuchses noch schwieriger als sie es jetzt schon ist: Seit 2008 gibt es nicht mehr eine Zunahme, sondern eine Abnahme bzw. in den Jahren ab 2013 nur noch eine gleichbleibende Zahl von Facharztanerkennungen für das Fach Allgemeinmedizin [19].

Man muss sich sowohl aufgrund der Nachwuchsprobleme als auch der Verminderung ernsthafter Arbeitsaufgaben des Hausarztes außerhalb eines strukturell-organisatorisch gesicherten Primärarztssystems auch fragen, ob für diese Tätigkeit weiterhin eine Weiterbildung von fünf Jahren notwendig ist. Reichen hierfür nicht auch weniger Jahre? Zumindest

würde man damit für einige Jahre die Zahl der Nachwuchsärzte – überwiegend Frauen – im Fach Allgemeinmedizin erhöhen können [20]. Allerdings ist naheliegend, dass ein kürzer weitergebildeter Allgemeinmediziner noch verunsichert sein wird als er sich heute schon erlebt. Und so wird das Überweisen zunehmen und die Arbeit im Fach noch entleert werden. Die Entwicklung zur Ab-

kehr vom Fach würde eine weitere Beschleunigung erfahren.

Der Untergang des Primärarztes in Deutschland dürfte über verkürzte Weiterbildungszeiten und selbst über Förderprogramme für die Allgemeinmedizin nicht aufzuhalten sein. Das könnte nur über eine strukturell-organisatorische Absicherung eines Primärärztsystems geschehen, also ein Einschreibsystem mit *gate-keeping*.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Emeritus, Universität Düsseldorf
Institut für Allgemeinmedizin
Werdener Straße 4, 40227 Düsseldorf
abholz@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

1. van Weel C, Kidd MR. Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *CMAJ* 2018; 90: E463–466
2. Popert UW, Egidi G, Eras J, Kühlein T, Baum E. Warum wir ein Primärärztsystem brauchen – Hintergründe für ein DEGAM-Positionspapier. *Z Allg Med* 2018; 94: 250–254
3. Abholz H-H. Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie? *Z Allg Med* 2015; 91: 160–165
4. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen- Gutachten 2009. www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6 (letzter Zugriff am 20.06.2018)
5. Albertadoctors. www.topalbertadoctors.org/file/top-evidence-summary-value-of-continuity.pdf (letzter Zugriff am 20.06.2018)
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457–502. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC16202000/ (letzter Zugriff am 20.6.2018)
7. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003; 38: 831–865
8. Garrido MV, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scand J Prim Health Care* 2011; 29: 28–38
9. Schneider A, Donnachie E, Tauscher M, et al. Vergleich der ambulanten Versorgungskosten bei Patienten mit und ohne hausärztliche Steuerung – Ergebnisse einer Routinedatenanalyse aus Bayern. *Z Allg Med* 2017; 93: 297–304
10. Klorä M, Zeidler J, May M, Raabe N, Graf von der Schulenburg J-M. Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland anhand von GKV-Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg. *ZEFQ* 2017; 120: 21–30
11. Abholz H-H, Wilm S. Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Hrsg). *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*, 5. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2017: 645–655
12. Abholz H-H. Der Mensch im Mittelpunkt – Über den gesuchten Weg zwischen ärztlicher Expertise und EbM-Leitlinien. *Z Allg Med* 2017; 93: 445–449
13. Donner-Banzhoff N, Abholz H-H. Epidemiologische und biostatistische Aspekte der Allgemeinmedizin. In Kochen MM (Hrsg). *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*, 5. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2017: 558–574
14. Freeman G, Hughes J. *Continuity of care and the patient experience*. London: The Kings Fund, 2010
15. Reeve J. *Interpretive medicine – supporting generalism in a changing primary care world*. Royal College of General Practitioners, Occasional Paper 88, London 2010
16. KBV. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2017. www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2017.pdf (letzter Zugriff am 20.06.2018)
17. Friedrich-Ebert-Stiftung. Positionspapier PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf> (letzter Zugriff am 20.06.2018)
18. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Wir brauchen ein Primärärztsystem. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Prim%C3%A4rarztversorgung_final_NEU.pdf (letzter Zugriff am 20.06.18)
19. Bundesärztekammer. Ärzttestatistik zum 31.12.2016. dort: Abb 8: www.bun-desaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf (letzter Zugriff am 20.06.2018)
20. Birck S, Bussche H v d, Jünger J, et al. Verändert sich das vertragsärztliche Ziel Hausarzt oder spezialisierter Internist im Verlauf der Weiterbildung? *Z Allg Med* 2014; 90: 508–16