

# Die Zukunft der Primärversorgung

## *The future of Primary Care*

Norbert Donner-Banzhoff<sup>1</sup>

**Zusammenfassung:** Durch die Globalisierung haben sich die Arbeitsteilung und die sektorale Organisation aller Volkswirtschaften radikal verändert. Auch die Medizin wird davon erfasst. Aus der (allgemein-) ärztlichen Tätigkeit werden Segmente herausgelöst, standardisiert und anderen Berufsgruppen übertragen. Ärztliche Aufgaben konzentrieren sich auf die Rolle des „symbolischen Analytikers“ (R. Reich). In verschiedenen Gesundheitssystemen hat die Primärversorgung ihren Platz, selbst im desintegrierten System der USA. Damit sie in populationsbezogenen Systemen der integrierten Versorgung zum Tragen kommt, muss ihr Platz entsprechend einer medizinischen und ökonomischen Rationalität gegen andere Interessen durchgesetzt werden. Verschiedene Richtungen und Einflussfaktoren dieser Entwicklungen werden in dem Aufsatz diskutiert.

*Schlüsselwörter:* Primärversorgung, Allgemeinmedizin, Personalstruktur, Managed Care

**Abstract:** Globalisation has changed the division of labour in all economies. This does also apply to health care. Services are standardized to increase efficiency, to meet patients' demands and to optimise delivery. General practitioners (GPs) feel their practice being eroded. In terms of the work of R. Reich, they are confined to a symbolic analyst role, with ancillary personnel taking over some of their tasks. Integrated systems for defined populations have been suggested to lead to more rational and efficient health care. However, the place of primary care in future systems of health care still has to be defined. Possible developments and their consequences on primary care are discussed in this paper.

*Keywords:* Primary Health Care, family medicine, health manpower, Managed Care Programs

---

<sup>1</sup> Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg

## Eine beunruhigende Parallele

Im Lebensmittel-Einzelhandel verstehen wir unter „Tante-Emma-Läden“ kleine, persönlich geführte Einheiten, die dem Kunden wohnungsnah ein Vollsortiment anbieten; die meisten Klienten sind bekannt und werden entsprechend ihrem individuellen Profil bedient; neben den handfesten Kaufwünschen werden auch noch emotionale (Aussprache) und informationelle (Diskussion von Nachbarschafts-Ereignissen) Bedürfnisse befriedigt.

In der Kindheit der heute über 50-jährigen wurden die meisten Lebensmittel auf diesem Wege verteilt; zwar gibt es immer noch Läden dieser Art, sie bilden aber nur noch eine Nische neben großen Supermärkten, Spezialgeschäften und, zunehmend internet-basierten, Versandhäusern. Auch der kleinste Lebensmittel-Laden gehört heute zu einer größeren Kette, die Einkauf, Distribution und Vermarktung übernimmt.

## Globalisierung der Arbeit

Die Entwicklung der Arbeit im „Kapitalismus des 21. Jahrhundert“ ist schon 1991 von dem US-amerikanischen Ökonom Robert B. Reich eindrucksvoll beschrieben worden [1]. Er unterscheidet 3 Kategorien von Arbeit:

### 1) Routine-Produktion:

Diese Arbeit fällt in den traditionellen Industrien an, sie ist hochgradig standardisiert und verlangt von Arbeitern nur einfache Entscheidungen. Durch die Auslagerung in Schwellen- und Entwicklungsländer nimmt die Zahl dieser Stellen in entwickelten Ländern insgesamt ab, vor allem wenn es um manuelle Tätigkeiten geht. Allerdings ist im Bereich der Datenverarbeitung (z. B. routinemäßige Dateneingabe) ein neues Feld von Routine-Produktion entstanden.

### 2) Persönliche Dienstleistungen:

Im Gegensatz zur ersten Kategorie können diese Tätigkeiten nicht in Niedriglohn-Länder ausgelagert werden, sie müssen persönlich nahe am Nutznießer erbracht werden: Gebäudereinigung, Kassieren, Empfang im Hotel oder die Bedienung im Restaurant seien als Beispiele genannt. Zum großen Teil sind dies Frauen-Berufe;

die Leistungen werden einzeln oder in kleinen Gruppen erbracht. Sogenannte „Jobwunder“ spielen sich in diesem Sektor ab. Während die globale Konkurrenz der Beschäftigten in der Kategorie der Routine-Produktion sich durch die (drohende) Auslagerung der Produktion ergibt, ist es hier nicht zuletzt die Migration von Arbeitskräften, die immer wieder eine Absenkung des Realeinkommens und die Missachtung von Standards (Arbeitszeiten, Interessenvertretung) ermöglichen.

### 3) Symbolische Analysten:

Diese Gruppe befasst sich mit der Lösung und Identifizierung von Problemen, sie plant, vermittelt und überprüft, sie hat mit konkreten Gegenständen wenig zu tun, sondern arbeitet mit Daten, Worten, visuellen und akustischen Repräsentationen. In diese Kategorie fallen Ingenieure, höheres Management, Juristen, Professoren, diverse Consultants und Analysten, Journalisten, Autoren, Musiker, Filmproduzenten usw. Auch sie sind dem globalen Wettbewerb unterworfen, hier zählen jedoch analytischer Tiefgang, Originalität und Kreativität; in den ersten zwei Gruppen dagegen geht es um Verlässlichkeit, die Einhaltung von Protokollen und Vorschriften sowie, bei persönlichen Dienstleistungen, um ein freundliches Auftreten.

In den industrialisierten Ländern hat die Globalisierung bei den ersten beiden Gruppen für sozialen Stillstand oder sogar eine Verschlechterung von Einkommen und Lebenschancen geführt. Die Gewinner der letzten zwanzig Jahre finden sich in der Gruppe der symbolischen Analysten (allerdings gehören nicht alle symbolischen Analysten dazu). In Bezug auf konkrete Lebensverhältnisse öffnet sich die Schere dadurch, dass sich wohlhabende Angehörige dieser Gruppe in fortgeschrittenen Gesellschaften immer mehr absondern. Dieser Prozess ist in den USA am weitesten fortgeschritten: Privilegierte leben zunehmend in eigenen Vierteln („gated communities“), und ihre Kinder besuchen Schulen und Universitäten, welche sich Eltern aus den beiden anderen Job-Kategorien nicht leisten können. Während der Verlauf beruflicher Karrieren früher

bis zum Ruhestand vorhergesagt werden konnte, sind heute Brüche und Wechsel die Regel; damit wächst die Gefahr von Scheitern und Degradierung.

Vor dem Hintergrund dieser drei Kategorien erwähnt Reich (1991!) spezifische Ausnahmen: Teile des öffentlichen Dienstes, Lehrer und – Ärzte, die für die staatlichen Gesundheitssysteme in den USA arbeiten (Medicaid und Medicare).

Die oben beschriebenen Veränderungen der Arbeitsteilung sind in sämtlichen Gesellschaften so allgegenwärtig, dass wir uns nach den Auswirkungen auf die Medizin, und hier vor allem auf die Primärversorgung (Hausarzt-Medizin), fragen müssen. Wir können nicht mehr davon ausgehen, dass der öffentliche Dienst oder ein solidarisches Gesundheitssystem grundsätzlich vor der Erosion durch die Globalisierung geschützt wäre. Der Druck auf die öffentlichen Haushalte und der Zwang zur öffentlichen Ausschreibung führen dazu, dass auch in diesen Bereichen Management-Methoden und die Sozialstandards privater Unternehmen übernommen werden.

## Hausarzt – Fremdkörper in der globalisierten Welt?

Die Tätigkeit des Hausarztes bildet eine starke Antithese zur oben skizzierten globalen Entwicklung der *Arbeits-Teilung*; sie umfasst Elemente von standardisierter persönlicher Dienstleistung (Hausbesuch, Anlegen einer Infusion, Routineuntersuchung, Abrechnung) und symbolischer Analyse (schwierige Differenzialdiagnose, Interpretation von Laborwerten, Patientengespräch), es verschränken sich manuelle Tätigkeit (körperliche Untersuchung), höhere Koordinationsaufgaben (multimorbide Patienten mit komplexen Behandlungsproblemen) und die Bedienung technischer Geräte (EKG, Ultraschall). Eine nur in Jahren zu erwerbende Expertise wird für nötig erachtet (mindestens elf Jahre Aus- und Weiterbildung), kommt aber vordergründig nur in einem Teil der Fälle zum Tragen (häufige banale bzw. Routinefälle vs. seltene schwere und komplizierte Fälle). Wie wird die gesellschaftliche Entwicklung mit dieser Lebensform umgehen?

## UK: Abgesang auf die Allgemeinmedizin

Hier hilft ein Blick auf das gesellschaftlich und gerade in Bezug auf die Allgemeinmedizin am weitesten fortgeschrittene Land, nämlich Großbritannien. Im Gegensatz zu Deutschland hat die Allgemeinmedizin dort traditionell das Monopol über die Erst-Inanspruchnahme und damit einen fest definierten Platz im Gesundheitssystem. In einem „primary care led service“ sind zahlreiche direkte Betreuungsaufgaben auf der Ebene des Allgemeinarztes angesiedelt, dazu kommen Koordination und Planung bis hin zum Einkauf von Leistungen der Sekundär- und Tertiärversorgung.

Britische Praxen haben eine hochdifferenzierte Binnenstruktur. Neben den eigentlichen Partnern („principal“) gibt es zunehmend von den Partnern angestellte Allgemeinärzte, die in Bezug auf die Führung der Praxis nur stark eingeschränkte Rechte haben. Keine Praxis mit mehreren Partnern – der größte Teil der Bevölkerung wird von Gruppenpraxen versorgt – kommt ohne einen „practice manager“ aus. Diese (! meist weiblich) ist den Partnern verantwortlich und entlastet die Ärzte von organisatorischen Routine-Aufgaben. Was bei uns die Arzthelferin leistet, ist dort traditionell aufgeteilt in Empfang und Organisation („receptionist“) sowie direkte medizinische Aufgaben („practice nurse“). Die Bedeutung der Praxis-Schwester ist in den letzten Jahren gewachsen; sie versorgen chronisch Kranke in eigener Sprechstunde, auch für leichte akute Erkrankungen übernehmen sie immer häufiger die Betreuung bis hin zur Verschreibung von Medikamenten („nurse practitioner“). Auch die Dienste von Hebammen (Schwangerenvorsorge), Psycho- („counselling“) und Physio-Therapeuten werden oft über die Allgemeinpraxis angeboten.

Bei einer vergleichenden Untersuchung von deutschen und britischen Allgemeinärzten konnten wir feststellen, wie sich die unterschiedliche Ausdifferenzierung von beruflichen Rollen auf das allgemeinärztliche Denken auswirkt [2]. Wir fragten Hausärzte in teilstrukturierten Interviews nach ihren Strategien und Überlegungen bei Patienten mit Thoraxschmerzen. Es stellte sich heraus, dass die deutschen Teilneh-

mer zahlreiche Informationen aus früheren Episoden („erlebte Anamnese“) in ihre Überlegungen einbezogen. Ihre britischen hausärztlichen Kollegen dagegen hatten mit ihren Patienten in der Vergangenheit weniger Kontakt gehabt und verließen sich deshalb in höherem Maße auf den momentanen Eindruck.

## Erosion und Desintegration der Primärversorgung

Auch wenn britische Allgemeinärzte sich einer materiell sehr guten Position erfreuen, haben sie das Gefühl, dass ihr Fach zunehmend erodiert wird [3]. Neben dem traditionellen Hausarzt (GP), den sich jeder Bewohner aussucht (Einschreibung), sind von der Regierung weitere Möglichkeiten geschaffen worden, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen: dazu gehören eine 24 Stunden am Tag von Krankenschwestern besetzte Telefon-Hotline, Walk-in Sprechstunden in großen Einkaufszentren und erweiterte Kompetenzen für Nurse Practitioners. Eine Desintegration der allgemeinärztlichen Versorgung wird dabei in Kauf genommen. Denselben Effekt hat das Aufheben der Pflicht jeder Praxis, jeden Tag rund um die Uhr erreichbar zu sein. Zunehmend werden Spezialisierungen von Hausärzten diskutiert („GP with special interest“), der jetzige Gesundheitsminister Ara Darzi hat für London große Polikliniken vorgeschlagen.

## Mechanismen

Die Mechanismen aktueller Ausdifferenzierungen von individuellen und Gruppen-Rollen sind:

- **Kostendruck:** dieser führt dazu, dass aus hochbezahlten Tätigkeitsbeschreibungen die Anteile herausgelöst werden, die einigermaßen standardisierbar erscheinen und in der Regel keine Entscheidungen großer Tragweite erfordern; sie können niedriger bezahlten Personen übertragen werden. Das klassische Beispiel sind Routine-Kontakte in der (v.a. sekundären) Prävention bei chronisch Kranken, Schwangeren, Kindern usw. Im Ergebnis steigt dadurch bei den Hochqualifizierten der Anteil von Aufgaben des „symbolischen Analytischen“, während

sich zusätzliche Stellen für geringer Qualifizierte ergeben. Insgesamt wird das Produkt (= Patientenbetreuung) stärker standardisiert.

- **Kundenorientierung:** die britischen Reformen laufen darauf hinaus, die Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Versorgung zu erweitern. Dies beruht in Großbritannien auf Entscheidungen der Regierung, die gegenüber ihren Wählern direkt für die Gesundheitsversorgung verantwortlich ist. Ähnliche Entscheidungen werden von privaten Gesundheitsorganisationen (s. u.) getroffen.
- **Technische Spezialisierungserfordernisse:** veränderte Prozeduren oder organisatorische Abläufe können zur Separation einzelner Aufgaben und damit zur Definition neuer Berufsbilder führen, die meist stärker spezialisiert sowie geringer qualifiziert und bezahlt sind. Grundsätzlich ist aber auch der umgekehrte Weg vorstellbar, dass ganz bewusst Aufgaben zusammengeführt werden zugunsten integrierter und komplexer Tätigkeitsbilder.

## Aushöhlung traditioneller Berufsbilder

Vor diesem Hintergrund ist es eigentlich erstaunlich, dass wir in Deutschland erst heute eine Diskussion darüber führen, ob ärztliche Aufgaben von Nicht-Ärzten (Medizinischen Fachangestellten, Krankenschwestern/-pflegern, Assistenten) übernommen werden sollen („Schwester Agnes“) [4]; hier treffen die Diskurse der Ökonomie, des „Doctor-Bashing“, der Frauen-Emanzipation und die professionelle Neudefinition der Pflege in komplizierter Weise zusammen. Diskussionen über „nurse practitioners“ beispielsweise werden in anderen Systemen schon seit Langem geführt [5]; das Aufgaben-Spektrum dieser Gruppe gegenüber Ärzten ist umso größer, je weniger Ressourcen für das jeweilige Versorgungssystem zur Verfügung stehen. Am extremen Ende steht der klassische „Primary Care“ Gesundheitsposten in gut organisierten Systemen von Dritte-Welt-Ländern.

Diese Diskussionen beziehen sich sowohl auf die ambulante als auch die stationäre Versorgung. Für das Kranken-

haus sind auch in Deutschland erste Aus- bzw. Weiterbildungsprogramme für „Physician Assistants“ etabliert [6]. Langfristig dürfte auch die apparative Diagnostik weitgehend an nicht-ärztliches Personal (MTA) übertragen werden; Ultraschall-Untersuchungen des Herzens und des Abdomens, Endoskopien usw. werden in universitären Zentren heute schon oft vom medizinisch-technischen Dienst durchgeführt. Dies ist möglicherweise sogar mit höherer Qualität als bei Ärzten verbunden (höhere Spezialisierung, längere persönliche Erfahrung mit der Methode), bedeutet allerdings für die deutschen Internisten einen Paradigmenwechsel. Denn diese Gruppe hat individuellen Fortschritt bisher in hohem Maße über die Beherrschung von solchen Prozeduren definiert; die Konsequenzen für Weiterbildung und Abrechnungsmöglichkeiten in der ambulanten Praxis sind hier noch nicht abzusehen. Auch diese Veränderungen werden dazu führen, dass der Arzt in höherem Maße als bisher ein „Geistesarbeiter“ wird, sprich: ein symbolischer Analyst. Die auf den ersten Blick günstigen Tarifabschlüsse für Krankenhausärzte werden die Entwicklung beschleunigen.

Diese Differenzierungen widersprechen der Annahme einer generellen Proletarisierung des ärztlichen Standes [7, 8]. Es besteht Einigkeit darüber, dass die Beziehung traditioneller Professionen zur Gesellschaft sich stark verändert hat; dies wird schon seit längerer Zeit mit Begriffen wie z. B. „Era of Assessment and Accountability“ [9] oder „Deprofessionalisierung“ [10] umschrieben. Es bleibt für die nächsten Jahre abzuwarten, wie weit der äußere gesellschaftliche Druck zu Binnendifferenzierungen, wie oben dargestellt, führen wird.

## Perspektiven

In modernen Ökonomien haben Generalisten durchaus ihren Platz; immerhin ist der Supermarkt ein Generalist des Lebensmittelhandels, nur eben ein ganz anderer als der „Tante-Emma-Laden“. Es wird auch in Zukunft sinnvoll sein, bestimmte Aufgabenfelder Generalisten zuzuweisen, manche Gebiete werden sich die Generalisten sogar neu erschließen. So vermute ich, dass sich langfristig auch in unseren Krankenhäusern das

nordamerikanische System der Trennung von versorgenden und konsultierenden Disziplinen etablieren wird; demnach ist beispielsweise ein internistischer Patient grundsätzlich unter der Obhut eines „general internist“; die internistischen Spezialdisziplinen werden für komplexe diagnostische Fragestellungen oder spezielle Prozeduren konsultiert; sie haben also nur eine Teilverantwortung für den Patienten, und nur in Ausnahmefällen verfügen sie über „eigene Betten“. Eine solche Arbeitsteilung deutet sich in den Planungen eines privaten Krankenhaus-Trägers bereits an [11].

Selbst desintegrierte Gesundheitssysteme wie das US-amerikanische greifen für die Versorgung marginaler Gruppen auf Generalisten zurück: ethnisch (z. B. Indianer), sozial (z. B. Immigranten) oder geografisch (z. B. ländliche Gebiete) definierte Gruppen können realistisch nur mit einer starken Primärmedizin versorgt werden. Auch die Betreuung von Militärangehörigen und deren Familien kann man dazu rechnen („Veterans Administration“). Die dort tätigen Ärzte sind allerdings oft schlechter bezahlt als Kollegen in anderen Bereichen und weniger motiviert, auf der anderen Seite finden sich dort besonders engagierte Idealisten. Ihr relativer Status innerhalb der ärztlichen Profession entspricht dem ihrer Patienten in der Gesamtgesellschaft.

## Populationsorientierte Managed Care

Ein Allgemeinarzt tritt in den Vereinigten Staaten aber nicht nur am Rande, sondern klassischer Weise auch in „Managed-Care-Organisationen“ (MCO) auf. Diese muss man sich als eine Krankenversicherung vorstellen, die eigene Krankenhäuser und Praxen unterhält bzw. durch Verträge die entsprechenden Leistungen sicherstellt. Zum „Kunden“-Kreis gehören vor allem Arbeitgeber, die ihren Beschäftigten eine Absicherung für den Krankheitsfall anbieten wollen; dafür zahlen sie einen fixen Preis, mit dem die MCO wirtschaften muss. Über diesen Preis läuft der Wettbewerb zwischen den MCO, was zu den in Michael Moores Film „Sicko“ gezeigten Missständen geführt hat. „Gatekeeping“ durch einen Generalisten gehört zu den zentralen Konstruktionsprinzipien; in den innovativen MCO der

ersten Generation (z. B. „Kaiser Permanente“ oder „Group Health“) wird dies mit konsequenter Integration der Versorgungsebenen kombiniert [12].

Projekte der integrierten Versorgung (IV) in Deutschland dienen bisher vor allem dazu, bestimmten Technologien ihren Einsatzbereich zu sichern. Die Primärversorgung taucht hier bestenfalls als Rekrutierungsmilieu auf. Vom Willen des Gesetzgebers her ist jedoch vorgesehen, dass die komplette medizinische Versorgung der Bevölkerung von einem IV-System übernommen wird (s. §140a SGB V); von Seiten des BMG wird diese Richtung offenbar favorisiert [13]. Sobald ein Akteur diese Verantwortung annimmt, verkehren sich die Anreize: Jetzt wird jede Hochtechnologie zum Kosten-Monstrum, sei dies die Implantation eines Hüftgelenks, ein koronarer Stent oder ein komplexes bildgebendes Verfahren. Solche IV-Systeme müssen die Primärversorgung zur Haupt-Versorgungsebene ausbauen; nur wenn unbedingt erforderlich, darf eine Behandlung auf der sekundären und tertiären Versorgungsebene stattfinden. Damit werden nicht nur Ressourcen gespart, sondern auch ein rationaler Einsatz vorhandener Qualifikationen und Ausstattungen erreicht.

Während bei den ursprünglichen MCO die Vorstellung einer rationalen Medizin eine große Rolle spielte, überwiegt bei den später gegründeten Organisationen das Gewinnmotiv. Da sie sich im Gegensatz zu europäischen Systemen der Sozialversicherung in einem Wettbewerbs-Umfeld bewegen, sind sie nicht völlig frei, „Gatekeeper-Systeme“ einzurichten. Vielmehr kann die Begrenzung des Facharzt-Zugangs zu einem Akzeptanz- und Wettbewerbsnachteil werden, den eine Geschäftsführung sehr sorgfältig gegen die höhere Qualität und niedrigeren Kosten (damit auch niedrigeren Beiträge) abwägen muss. Ein „Managed-Care-Standardwerk“ [14] gibt zwar Kennzahlen für notwendige Spezialisten an, weist aber darauf hin, dass die Versichertenpopulation auf einem leichteren Facharzt-Zugang bestehen wird, als es der medizinischen und System-Rationalität entspricht.

## Überleben durch Anpassung?

Für einen Platz in populationsorientierten IV-Systemen dürfte die Hausarzt-

**Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, M.H.Sc. ist ...**

... seit 1993 niedergelassener Allgemeinarzt in einer Marburger Gemeinschaftspraxis.

1994–95: Academic Fellowship und Visiting Professor an der University of Toronto (Kanada), Master in Community Health.

1997: Gründung und seitdem Leitung des Studienprogramms „Klinische Evaluation“ an der Universität Marburg.

2003: Professur für Allgemeinmedizin an der Universität Marburg.

Seit 2007 ist er zudem stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin.

Wissenschaftliche Schwerpunkte: Entscheidungsfindung, diagnostische Studien, Betreuung chronisch Kranker (bes. Koronar-Herzkrankte), Weiter- und Fortbildung, Gesundheitssysteme und Leitlinien.

Medizin allerdings einen Preis zu zahlen haben. Eine für das gesamte System standardisierte Dokumentation, eine allseits zugängliche elektronische Plattform, einheitliche Vorgehensweisen v.a. bei chronischen Erkrankungen, insgesamt straffere organisatorische Strukturen, veränderte Arbeitsteilungen, all dies sind Elemente der klassischen MC-Organisation. Sie bedeuten sämtlich eine Einengung individueller Entscheidungsspielräume für die Ärzte und Patienten [15]. Auf der anderen Seite bringt eine solche Konstruktion auch erfreuliche Aspekte mit sich, nämlich eine gemeinsame Verantwortung der Akteure und damit bessere Abstimmung innerhalb des Systems. Teure und irrationale Medikamenten-Verschreibungen zur Patientenbindung oder Gefälligkeitsverordnungen von physikalischer Therapie dürften unter solchen Bedingungen zur Ausnahme werden.

Der Hausarzt alten Stils ist vor der hier dargelegten Entwicklung nicht nur ein Anachronismus, er ist sogar ein Luxus, der nicht ohne eine überzeugende Rechtfertigung überleben wird. Tatsächlich ist in den Vereinigten Staaten das Modell der Luxus-Praxis [16] entwickelt worden: gegen eine feste Summe (1000–20.000 US-Dollar) steht der Arzt einer geringen Zahl von Patienten rund um die Uhr zur Verfügung: für lange Gespräche wie auch Mobiltelefon-Kontakte zur Unzeit. Es wird sogar die Begleitung bei Facharzt-Besuchen angeboten. Dies ist zwar auch ein Generalisten-Modell und durchaus eine Reaktion auf die oben skizzierten Entwicklungen (sozusagen die medizinische Analogie zur „gated community“), aber aus der Sicht unseres Anspruchs an Solidarität sicher nicht akzeptabel.

### Der Platz der Allgemeinmedizin

Jenseits dieses skurrilen Auswuchses kann man also sagen, dass die Primärversorgung in verschiedenen Systemen durchaus ihre Position hat. Am stärksten ist sie in staatlichen Gesundheitssystemen (Typ „Beveridge“, z. B. UK) verankert; schwächer ist ihre Position in der Regel in Systemen sozialer Krankenversicherung (Typ „Bismarck“, z. B. in Deutschland oder Frankreich); aber selbst in Systemen mit der Dominanz von privaten Versicherern und Leistungserbringern (USA), hat sie in „Managed-Care-Organisationen“ und staatlichen Subsystemen eine Bedeutung.

Für integrierte, solidarische Gesundheitssysteme hat die Allgemeinärztin Iona Heath einen spezifischen Auftrag der Primärversorgung formuliert [17]. Während unter Marktbedingungen neue Technologien eher das zahlungsfähige Bedürfnis befriedigen als den tatsächlichen Bedarf, der mit dem Alter (Kinder und Greise), Armut und Behinderung assoziiert ist, können Hausärzte für eine bessere Passung sorgen; Menschen mit Befindlichkeitsstörungen und in psychosozialen Problemlagen können sie vor Überversorgung schützen. Die Angst dieser Menschen können sie allerdings nur eindämmen, wenn Vertrauen aus einer langfristigen persönlichen Beziehung und hohe klinische Kompetenz gegeben sind. Eine solche starke Primärversorgung sieht sie langfristig als unverzichtbar für solidarische Gesundheitssysteme an, nur „die Allgemeinmedizin kann das britische Gesundheitssystem retten“ [17].

Für eine starke Primärversorgung gibt es eine solide Evidenzbasis; auf regionaler, nationaler und internationaler

Ebene haben so geprägte Systeme günstigere Morbiditäts- und Mortalitäts-Ergebnisse als eine Versorgung, die sich durch Hyperspezialisierung verzettelt [18]. Dies ist jedoch nur eine notwendige, nicht eine hinreichende Bedingung dafür, dass die Primärversorgung eine genügende politische Unterstützung erfährt.

Wer kann in Deutschland der Akteur für die Umsetzung bevölkerungsbezogener integrierter Versorgung sein? Für eine solche Initiative ist ausreichend Kapital erforderlich, außerdem muss ein starkes Management in der Lage sein, Partikularinteressen aus bestimmten Gruppen bzw. Technologien zu begrenzen. Ärztliche Gruppen (Genossenschaften) sind entweder zu schwach oder zu sehr mit Technologien liiert. Große, kapitalkräftige Unternehmen sind deshalb die einzigen Kandidaten für die Durchsetzung der „Managed-Care-Philosophie“. Allerdings lehrt die Entwicklung in den USA, dass die rationale und ressourcensparende Dimension von Managed Care immer wieder gefährdet ist. Wenn Einschränkungen (Rationierungen i. w. S.) von privaten Ketten durchgesetzt werden, provozieren sie noch wütendere Reaktionen der Betroffenen, als wenn es sich um ein öffentliches System handelt, das immerhin an die Solidarität appellieren kann. In den USA wird deshalb Managed Care als weitgehend gescheitert angesehen; der Konsument ist jetzt die Leitfigur in einem System, in dem Kosten noch schneller explodieren als zuvor [19]. Die Erwartungen von Seiten des BMG an die Rationalität und Durchsetzungskraft von Systemen der populationsbezogenen integrierten Versorgung [13] dürften zu hoch sein.

Einer starken Primärversorgung stehen handfeste Interessen gegenüber; das sind vor allem ressourcenverschlingende (Hoch-)Technologien, die mit ihnen verfilzten ärztlichen Interessengruppen, kommerzielle Hersteller und manche Medien. Die Philosophie der Primärversorgung ist gegen diesen „medizinisch-industriellen Komplex“ durchzusetzen. Außerdem muss gegenüber der Bevölkerung und der politischen Öffentlichkeit deutlich gemacht werden, dass eine Einschränkung von Zugang und Wahlfreiheit die Versorgungsqualität erhöhen und das solidarische System vor dem Zusammenbruch bewahren kann. Hier

muss die Primärversorgung sich durch direkt erfahrbare Qualität bewähren. Es ist auch vorstellbar, dass die Desorganisation und Anonymisierung des Systems irgendwann zu einem „Backlash“ ganz anderer Art führt: Patienten und Versicherte fordern eine persönliche und kontinuierliche Betreuung ein, ohne das Recht auf Spitzenversorgung, wenn sie nötig ist, aufzugeben [20].

### Abschied von „Tante Emma“?

Gesundheitssysteme sind immer in Zusammenhang mit der allgemeinen Entwicklung von Gesellschaften zu sehen. Die Knappheit an fossilen Energieträgern, der Aufstieg von Ökonomien mit starker staatlicher Steuerung und die aktuelle Finanzkrise können zu ganz neuen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen führen. Damit können sich die politischen Präferenzen für bestimmte Versorgungsstrukturen ändern.

Um zur Analogie des Lebensmittel-Ladens zurückzukommen: Es ist gut möglich, dass wir um den Aufbau von „Supermärkten“ nicht herumkommen, d. h. integrierten Systemen mit größeren primärmedizinischen Einheiten (großen Gruppenpraxen, Netzen, Einbeziehung spezialärztlicher und stationärer Versorgung). Dazu werden wir akzeptieren müssen, dass mächtige Kapitalgeber (internationale Ketten) den Takt angeben. Die Sehnsucht nach vermeintlichen oder tatsächlichen guten alten Zeiten führt eher zu Abstrusitäten wie der oben beschriebenen Luxus-Praxis. Unter den Supermärkten, in denen die meisten von uns einkaufen, gibt es gute und schlechte – ein Unterschied, an dem zu arbeiten es sich lohnt.

### Danksagung

Ich danke Prof. Dieter Borgers für sein hilfreiches Feedback zu einer früheren Version.

Diese Arbeit widme ich meiner Freundin Prof. Dr. med. Ute Thyen (Universität Lübeck) zu ihrem 50. Geburtstag.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, M.H.Sc.  
Abt. für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin  
Philipps-Universität Marburg  
Karl-von-Frisch-Str. 4  
35043 Marburg  
Tel.: 0 64 21 / 286 51 20  
Fax: 0 64 21 / 286 51 21  
E-Mail: Norbert@staff.uni-marburg.de

### Literatur

1. Reich RB. The work of nations. New York: Vintage Books, 1992
2. Griffiths F, Baines M, Cherry J, Been M, Donner-Banzhoff N, Abu Hani M. How do general practitioners diagnose coronary heart disease: a German/UK collaborative study. *European Journal of General Practice* 2007; 13: 190–1 (abstract). *European General Practice Research Network*, Nijmegen (NL), 10.–13. Mai 2007
3. Jones R. Dismantling general practice. *Br J Gen Pract.* 2007; 57: 860–1
4. Sackett DL, Spitzer WO, Gent M et al. The Burlington Randomized Trial of the nurse practitioner: health outcomes of patients. *Ann Int Med* 1974; 80: 137–42
5. Druss BG, Marcus SC, Olfson M, Tanianian T, Pincus HA. Trends in care by nonphysician clinicians in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348: 130–7
6. Clade H. Der Physician Assistant – ein neues Berufsbild im Krankenhaus. *Hess Ärzteblatt* 2008; 1: 26–8
7. Abholz HH. Das Besondere der Allgemeinmedizin – und wie es durch andere und durch uns selbst bedroht wird. *Z Allg Med* 2009; 85: 67–73
8. McKinlay JB, Stoeckle JD. Corporatization and the social transformation of doctoring. *Int J Health Serv* 1988; 18: 191–205
9. Relman AS. Assessments and Accountability. The third revolution in medical care. *N Engl J Med* 1988; 319: 1220–2
10. Reed RR, Evans D. The deprofessionalization of medicine. Causes, effects, and responses. *JAMA* 1987; 258: 3279–82
11. Seidel BM. Klinikarzt der Zukunft: Vorbild USA. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: A–639
12. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002; 324: 135–43
13. Knieps F. Die Richtung stimmt: Populationsorientierte integrierte Versorgung. *Internationale Fachtagung der Bertelsmann Stiftung*, Berlin 11.–12. Jan. 2007. [http://www.hpm.org/Downloads/Events/12.01.Franz\\_Knieps\\_MoH.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/Events/12.01.Franz_Knieps_MoH.pdf) (Zugang 29.12.07)
14. Kongstvedt PR. The managed care handbook. Aspen, 2001
15. Pollock AM, Price D, Viebrock E, Miller E, Watt G. The market in primary care. *BMJ* 2007; 335: 475–7
16. Brennan TA. Luxury primary care – market innovation of threat to access? *N Engl J Med* 2002; 346: 1165–8
17. Heath I. Only general practice can save the NHS. *BMJ* 2007; 335: 183
18. 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: 831–65
19. Robinson JC. The End of Managed Care. *JAMA* 2001; 285: 2622–8
20. Borgers D. Persönliche Mitteilung, 2008