

Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland – Potenziale für eine angemessene Versorgung

Teil 1: Die Frage nach dem Bedarf an Ärztinnen und Ärzten

The Future of Family Medicine in Germany – Potentials For a Reasonable Care

Part 1: How Many Doctors Are Required

Norbert Schmacke

Zusammenfassung: Die öffentliche Debatte um den Ärztemangel findet ihre ordnungspolitische Entsprechung in der Richtlinie zur ärztlichen Bedarfsplanung. Dort wird unterstellt, es sei möglich, die für die medizinische Versorgung der Bevölkerung erforderliche, historisch gewachsene Ärzterverteilung differenziert nach Weiterbildungsgebieten und geografischen Regionen aufzubauen. Die öffentliche Wahrnehmung eines regionalspezifischen Ärztemangels scheint dieses Vorgehen zu rechtfertigen. Dabei wird in Kauf genommen, dass die Regelwerke der heutigen Bedarfsplanung den Zusammenhang zwischen Arztdichte, der Organisation und den (an Mortalität, Morbidität und Lebensqualität gemessenen) Ergebnissen der medizinischen Versorgung unberücksichtigt lassen. Für die Zukunft der Allgemeinmedizin ist besonders relevant, dass das Verhältnis von Generalisten zu Spezialisten im Lichte internationaler Forschung und Gesundheitspolitik stärker beachtet wird.

Schlüsselwörter: Ärztebedarf; Ungleichverteilung; Allgemeinmedizin; Primary Care

Summary: Public debate about doctors' shortage is regulatively displayed in the guideline for medical demand planning. This guideline falsely assumes that the historically grown distribution of physicians according to specialist choice and geographical area is still able to maintain the medical care of the population. Public perception of a mainly regional shortage of doctors seems to justify this view. These regulatory rules and standards would discount, however, the connection between doctors' distribution and organisation and results of medical care (measured as morbidity, mortality and quality of life). Especially relevant for the future of family medicine is – evidenced by international research and health policy – the focus on the relation of specialists to primary care doctors.

Keywords: Doctors' Supply; Unequal Distribution; Family Medicine; Primary Care

Vorbemerkung

Der nachfolgende Text ist der erste Teil einer dreiteiligen Serie, die auf dem gleichnamigen Gutachten des Autors für den GKV-Spitzenverband beruht. Das Gutachten ist in der Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen erschienen und kann frei heruntergeladen werden (http://www.ipp.uni-bremen.de/srv/www.ipp.uni-bremen.de/web/downloads/ipp-schriften/ipp_schriften11.pdf).

Teil 2 („Die Nachwuchsdebatte“) erscheint in der ZFA 7/8, Teil 3 („Die Kernpotenziale eines Systemwandels“) in der ZFA 9.

Im folgenden Text sind die Zitate nicht wie üblich mit Nummern angegeben, sondern mit den Autorennamen. Das erleichtert die Ortung im alphabetisch sortierten *Gesamtliteraturverzeichnis*, das in der o.g. online-Version des Gutachtens enthalten ist.

1. Die Bedarfsdebatte

Für die zugrunde liegende Frage, wie es um die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland bestellt ist und welche Förderungsansätze über die bereits eingesetzten Instrumente in der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus Erfolg versprechend sind, wurde zum einen eine problemzentrierte Literaturrecherche in PubMed zu publizierter Literatur sowie ergänzend – der Natur der Debatte geschuldet – zu grauer Literatur im Internet durchgeführt. Die Suchstrategie orientierte sich dabei an der Methode des „Realist Review“ [Pawson et al. 2005] zur Entwicklung relevanter, theoretisch fundierter Empfehlungen zu gesundheitspolitischem Handeln. Darüber hinaus wurden Interviews mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis geführt¹.

Aus wissenschaftlicher wie gesellschaftlicher Sicht stellt sich vereinfacht gesagt die Frage, welche Faktoren die Gesundheit einer Bevölkerung oder von Teilpopulationen negativ und positiv beeinflussen, welchen Anteil daran medizinische Dienstleistungen haben können und wie diese vor allem unter dem Kon-

zept vermeidbarer Mortalität und des Inverse Care Law [Hart 1971 und 2004] in eine Politik der Verbesserung von Gesundheitschancen eingebunden werden können. Ein derartig „radikaler“ Ansatz ist gleichermaßen illusionär wie heilsam: illusionär, weil Politik sich niemals „total“ wissenschaftlichen Analysen oder Gerechtigkeitstheorien fügen kann; heilsam, weil nur das Beharren auf der Frage, welche Determinanten für Gesundheit tatsächlich relevant sind, vor der illusionären Annahme schützen kann, dass die Zunahme der Arztdichte der Gesundheit einer Bevölkerung automatisch zuträglich sei. Dass die Dichte des medizinischen Angebots eine relevante Dimension in der Über- und Fehlversorgungsdebatte darstellt, ist seit der Forschung zu Variationen in der Versorgung bei kleinräumiger Betrachtung unstrittig: Neben „effective care“ und „preference sensitive care“ existiert immer auch „supply sensitive care“, welche von den Interessen der Anbieter medizinischer Dienstleistungen und nicht dem Versorgungsbedarf der Kranken getriggert wird [s. zuletzt im Überblick Wennberg 2011].

Geschätzter Ärztebedarf

In der Praxis fußen international alle Bedarfsplanungen auf einigen wenigen Größen, die in unterschiedlicher Form immer wieder in Modellrechnungen eingespeist werden: Neuzugänge (Zahl der Medizinstudierenden, Zahl der Absolventen des Medizinstudiums, Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung), Abgänge (Pensionierung und Abwanderung) sowie angenommener Mehrbedarf aufgrund des medizinischen Fortschritts und der Alterung der Gesellschaft. Immerhin vermerkt eine jüngste amtliche Bedarfsberechnung aus Österreich in ungewohnt offener Form: „Aussagen zum künftigen Ärztebedarf sind grundsätzlich nur als Schätzungen zu verstehen, die als Orientierungshilfe für die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur dienen können“ [Czasný et al. 2012, XVI]. Die hierfür angeführte Begründung lautet:

- „Das Verständnis des Begriffs ‚Bedarf‘ ist in der Fachwelt nicht einheitlich.
- Aus vielen Teilbereichen des komplexen Gesundheitssystems stehen keine hinreichend aussagekräftigen Daten zum Leistungsgeschehen zur Verfügung.

- Bislang gibt es keine Planungsmethodik, die unter nationalen und internationalen Expertinnen und Experten außer Streit steht“ [ebd. XVI].

Bemerkenswert ist weiter, dass in dieser Expertise ausdrücklich als notwendig erachtet wird, den Ist-Stand kritisch zu bewerten und Hinweise auf eine Über- oder Unterversorgung zu berücksichtigen [ebd. XVI]. Interessant ist schließlich, dass die beiden vorgenommenen Modellrechnungen zu weit auseinanderreichenden Ergebnissen führen: So wird im ersten angenommenen Fall prognostiziert, dass in Österreich in den kommenden zwanzig Jahren ausreichend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen, während im zweiten Fall ab 2020 ein spürbarer Ärztemangel zu erwarten ist. Auch Wissenschaftler wie Roberfroid et al. [2009] kommen in einem Review zu internationalen Bemühungen zur Objektivierung des Ärztebedarfs der Zukunft zu dem Schluss: „There is no single accepted approach to forecasting physician requirements“ [ebd. 1]. Der Artikel ist mit der skeptischen Frage überschrieben: „Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball?“.

Definierter Ärztebedarf

In Ontario wurde versucht, ein Simulationsmodell auf angenommene Versorgungsbedarfe der Bevölkerung zu stützen [Singh et al. 2010]. Dabei wird davon ausgegangen, dass die regionale Verteilung und der Mix der verschiedenen ärztlichen Fachgebiete künftig wichtiger sein werden als die Messgröße „Gesamtzahl der Ärzte“. Zweitens wird die wachsende Bedeutung von „Non-Physician Clinicians“ betont. Schließlich wird aber auch konzediert, dass Qualität der Versorgung im Modell als Regulierungsgröße nicht berücksichtigt werden konnte [ebd. 21].

Das Regulierungsmodell des NHS in Großbritannien verlässt sich nach wie vor auf strikte Budgetierung und regionale Verantwortung für die jeweilige Ressourcensteuerung. Algorithmen etwa für die Zuweisung der General Practitioners nach Morbiditäts- oder Qualitäts Gesichtspunkten finden sich bei diesem Ansatz nicht [Boyle 2011].

In den Niederlanden wird die Ärztezahl im wesentlichen zentral über die

¹ Autorisierte Zusammenfassungen der Interviews finden sich in der Langfassung des Gutachtens.

Kapazitäten der Medizinischen Ausbildungen gesteuert, wobei demografische Daten und Angaben zur Krankheitslast sowie zu Versorgungslücken in diese Berechnungen eingespeist werden. Zum anderen ist die ambulante Versorgung durch ein striktes Gatekeeping-System gekennzeichnet. Schließlich ist die Rolle nicht-ärztlicher Fachberufe in den Niederlanden im internationalen Vergleich stark entwickelt [Schäfer et al. 2010].

Diese Herausstellung einiger Kernmerkmale der Steuerungsversuche in Ontario, England und den Niederlanden dient dem Hinweis, dass in diesen Staaten das Thema Ärztebedarf/Ärztemangel in wichtigen Fragen anders eingebunden ist, als dies bislang in Deutschland der Fall ist. Auch wenn man mit gutem Grund die Auffassung vertritt, dass Steuerungsversuche in Gesundheitssystemen immer auf „Endlosreformen“ angewiesen seien, erstaunt doch, wie wenig entwickelt ausgerechnet die empirische Basis zur Planung wie zur Evaluation des Bedarfs an medizinischem Fachpersonal ist.

Die Einforderung intelligenter Steuerungsmodelle

In Deutschland werden seit einiger Zeit Versuche unternommen, den „realen“ Bedarf und das „Angebot“ systematischer als früher zu definieren. So haben für die Debatte um die Verlässlichkeit publizierter Arzttzahlen Adler und Kneisebeck [2011] auf die Schwächen der Datenlage zu den Absolventinnen/Absolventen des Medizinstudiums und der Weiterbildungsgänge hingewiesen: ein fast erstaunlicher Befund für derart vermeintlich „harte“ Bezugsgrößen. Immerhin zeigt der Projektbericht des Hochschulinformationssystems die überaus hohe Erfolgsquote im Medizinstudium [Heublein et al. 2008]. Auf diese Tatsache hat wiederholt auch Bittersuermann, letzter Präsident des Medizinischen Fakultätentages, hingewiesen und daraus geschlussfolgert, der Ärztebedarf könne daran gemessen auf allen Ebenen prinzipiell gedeckt werden [Bittersuermann 2010]. Auch immer wieder kommunizierte Zahlen über hohe Abwanderung deutscher Ärztinnen und Ärzte ins Ausland halten nach Überprüfung der verwendeten Basisdaten (im Wesentlichen die Zahl der erteilten Führungszeugnisse der Landes-

ärztekammern) einer Prüfung nicht stand [zu entsprechenden Daten aus Hessen s. Köhler et al. 2007]. Aber auch die Datenlage zur Situation zuwanderungswilliger ausländischer Ärztinnen und Ärzte ist unzureichend. Die beste Übersicht über die Auswanderungs- und Zuwanderungsdaten bezüglich Ärztinnen/Ärzte und Pflegerinnen/Pfleger findet sich bei Ognganova und Busse [2011], die mit Blick auf die Ärzteschaft nahelegen, dass von einer dramatischen Auswanderungstendenz im ärztlichen Sektor in Deutschland nicht gesprochen werden kann und dass im stationären Bereich insbesondere in den neuen Bundesländern im Rahmen der Besetzung freier Arztstellen ein beachtlicher Zustrom von ausländischen Ärztinnen und Ärzten zu verzeichnen ist.

Für die Planung künftiger Bedarfe spielt nach Übereinstimmung vieler Experten die Frage des jeweiligen regionalen Bezugsrahmens eine herausragende Rolle. Ozegowski und Sundmacher kommen in ihrer kleinräumigen Konzentrationsanalyse erstens zu der nicht überraschenden Erkenntnis, dass die Unzulänglichkeit der bisherigen Bedarfsplanungsberechnungen darin zu sehen ist, dass eine ungleichmäßige Verteilung der Vergangenheit als „Optimalzustand“ fortgeschrieben wurde. Sie machen darüber hinaus plausibel, dass allein eine Veränderung der regionalen Bezugsräume für die Ermittlung von „Angemessenheit“ nicht ausreicht, weil die Rechengröße „Arztzahl“ generell zu kurz greife und die Komplexität der Versorgungsangebote mit in die Überlegungen einbezogen werden müsse, so regionenübergreifende Praxen oder künftig auch telemedizinische Angebote [Ozegowski, Sundmacher 2012].

Wie unterschiedlich im Wissenschaftsbereich „Räume“ definiert werden und wie hilfreich möglicherweise die (Sozial-)Geografie als Planungsgrundlage sein könnte, haben Kistemann und andere gezeigt [Kistemann, Schröder 2007 und Kistemann et al. 2011].

Einen „großen Wurf“ angesichts der erkennbaren Unzulänglichkeiten der heutigen Bedarfsplanung legten 2011 Greß und Stegmüller in einer Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung vor. Sie wollen die Verantwortung für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung regionalen Gesundheitskon-

ferenzen übertragen, die neben den bisherigen Entscheidungsträgern um Vertreter der Kommunen erweitert werden und unter die Aufsicht der Bundesländer gestellt werden sollen. Dabei setzen sie stark auf die Ansätze der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen. Sie fordern die finanzielle Ausstattung derartiger neuer Steuerungsgremien in Anlehnung an die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung zuzüglich eines nicht näher definierten finanziellen Beitrags der Kommunen (oder der Ländern, soweit Kommunen dazu nicht in der Lage seien).

Die Bedeutung des Professionenmix

Die Bedeutung der Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen, im Grunde besser die Frage eines neuen Professionenmix, kann hier nur im Lichte internationaler Erfahrungen angedeutet werden. Mit Blick auf tendenziell unterversorgte Bevölkerungsgruppen (in Ballungs- wie in ländlichen Regionen) schreiben Grumbach et al. 2003 auf dem Boden amtlicher Strukturdaten: „Non-physician primary care clinicians and family physicians have a greater propensity to care for underdeserved populations than do primary care physicians in other specialties.“ Und mit Blick auf die Ungleichverteilung in der Ärzteschaft generell heißt es weiter: „History has shown the fallacy of expecting growth in physician supply to spontaneously ameliorate the maldistribution through a policy of passive diffusion of physicians to underdeserved communities“ [Grumbach et al. 2003].

2. Mangel oder Ungleichverteilung?

Die Forschung zur Behebung der Ungleichverteilung von Ärztinnen/Ärzten und anderer Fachberufe im Gesundheitswesen ist dadurch gekennzeichnet, dass Anreize zur Anwerbung von „Health Workforce“ in Bereiche geringerer Versorgungsdichte entwickelt, erprobt und im wünschenswerten Fall auch evaluiert werden. Angesichts schwer zu erbringender Daten zum Zusammenhang von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen bleibt bei den meisten dieser Egalisierungsbemühungen die

Frage nach dem Reformbedarf des Versorgungssystems an sich außer Betracht.

Typen der Ungleichverteilung

Eine Ausnahme bildet die Forschung zur Bedeutung von und zum Einfluss von Primary Care (so etwa die Arbeitsgruppe von Barbara Starfield, s. hierzu ausführlich später). So findet auch der prinzipiell gut begründete Ansatz der WHO zur Typologie der Ungleichversorgung in der Politik kaum Beachtung. Hier wird unterschieden zwischen

- *Professional/specialty imbalances* (Ungleichverteilung zwischen den verschiedenen Berufen wie innerhalb der einzelnen Berufe, z.B. zwischen Generalisten und Spezialisten)
- *Geographical imbalances* (v.a. Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen bzw. reichen und armen Regionen)
- *Institutional and services imbalances* (unterschiedliche Versorgungsformen)
- *Gender imbalances* (unterschiedliche Repräsentanz von Männern und Frauen in der Versorgung) [Zurn et al. 2004].

Dussault und Franceschini [2006] kommen in einer Analyse für die Weltbank zu dem Ergebnis, dass letztendlich alle Ansätze zur Egalisierung von Ungleichverteilung an medizinischen Ressourcen in die Kategorien „reaktiv“ und „Krisenmanagement“ einzuordnen sind: „They are often fragmented, uncoordinated and sometimes inconsistent. They do not always take into account factors residing outside the domain of the Ministry of Health“ [ebd. 13].

Persistierende Ungleichverteilung

Politik steht vor dem Dilemma der Beeinflussung versorgungsrelevanter Ungleichverteilung wahrlich nicht erst seit gestern. Wirft man einen Blick in die US-amerikanische Literatur zur Bedarfsermittlung in strukturschwachen ländlichen Regionen, so findet sich spätestens seit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts eine fortwährende Dokumentation der extremen Ungleichverteilung von Ärztinnen und Ärzten nicht nur zwischen den großstädtischen, gefühlt sehr gut versorgten Großstädten und dem ländlichen Raum, sondern auch ei-

ne Abbildung der Unterschiede innerhalb der ländlichen Regionen mittels kleinräumiger Vergleiche. So verzeichnete Georgia in schlechter versorgten ländlichen Regionen eine Arztdichte von 31,3 pro 100.000 Einwohner, während in ländlichen Regionen Kaliforniens diese Relation 86,2 zu 100.000 betrug. Die Vergleichszahl „Durchschnitt USA“ betrug zur selben Zeit 164,8 zu 100.000 – bei dreifach rascherer Zunahme der Arztdichte [Kindig, Movassaghi 1989, 70f.]. Die Autoren stellten fest, dass es keinen konsentierten Standard für das politische Ziel einer angemessenen Versorgung im ländlichen Raum gebe [ebd. 63].

Die Medizin- und Arztzentrierung der gesundheitspolitischen Debatte ist bis heute fast durchgängig zu verzeichnen, auch wenn offenkundig ist, dass sich das Problem der teils drastischen Ungleichverteilung der Ärzteschaft auch angesichts deutlicher Steigerungen der Gesamtzahl klinisch und ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte in den entwickelten Gesellschaften nicht verändert hat. So überschreiben Goodman und Fisher 2008 einen Text zum Thema Ärztemangel im New England Journal of Medicine mit den Worten „Physician Workforce Crisis? Wrong Diagnosis, Wrong Prescription“. Sie verbinden in ihrer Analyse Daten zur Ungleichverteilung von Ärztinnen und Ärzten mit Daten zur Versorgungsqualität (stationärer Sektor) und zur Patientenzufriedenheit. Es zeigt sich, dass diese beiden Indikatoren keinen Zusammenhang zur Arztdichte aufweisen, ganz im Gegensatz zur Ausgabenseite. Die Autoren weisen dabei auf den Extremfall Massachusetts hin, wo sich seit 1979 die Arztzahlen verdoppelt haben und dennoch die Klagen über einen Ärztemangel nicht verstummen wollen [zur Ungleichverteilung von Ärzten in den USA s. auch Salsberg, Forte 2002].

Generalisten versus Spezialisten

Neben der Frage, wie bedeutsam die Arztdichte insgesamt für die Gesundheit der Bevölkerung ist, wird die Frage des Verhältnisses von Generalisten zu Spezialisten in der internationalen Debatte stark bewertet. Die Entwicklung dieses Quotienten spiegelt nicht etwa einen wie auch immer festgelegten Bedarf oder gar die Anlehnung an qualitätsbezogene

Gesundheitsziele wieder, sondern vor allem die je spezifische Wertschätzung und Durchsetzungskraft unterschiedlicher Arztgruppen.

Klassiker der Primary Care-Forschung

Lässt sich auf der einen Seite plausibel argumentieren, dass ein Primärarztssystem bezüglich Qualität und Kosten der Versorgung zu bevorzugen ist [s. im Überblick die Arbeitsgruppe von Starfield, hier Macinko et al. 2007], so geht die Schere zwischen Spezialisten und Generalisten in den entwickelten Industrienationen nach dem zweiten Weltkrieg mehr oder weniger stark auseinander. Es hatte offenbar keinen starken Einfluss auf die gesundheitspolitische Debatte, dass Starfield mit ihrem Team nachweisen konnte, dass sowohl harte klinische Outcomes wie subjektive Gesundheit immerhin für den langen Zeitraum von 1985 bis 2005 in positivem Zusammenhang mit der Dichte an Primärärzten stand. 1999 wies stattdessen Grumbach im New England Journal darauf hin, dass sich die Zahl der Spezialisten zwischen 1950 und 1990 in den USA verdreifacht hatte, während die Zahl der Generalisten stagnierte. Zwischen 1997 und 2005 nahm die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die eine Weiterbildung in Primary Care begannen, um 50 Prozent ab [Bodenheimer 2006]. Grumbach kommt 1999 zu der resignativen Analyse: „The humble general practitioner in fraying tweeds became a second class citizen“ [ebd., 2008]. Dann, so Grumbach, tauchte der Generalist fast überraschend ab Mitte der 90er Jahre wieder auf, jetzt im Gewand des Gatekeepers, so die von den erstarkenden Managed-Care-Organisationen ihm zugedachte neue Rolle.

Defizite und Dilemmata der Förderung von Primary Care

Selbst im National Health Service in Großbritannien begann Ende der 90er Jahre eine politisch induzierte Debatte um eine expliziter zu fassende Gatekeepingrolle der Hausärzte, wobei hier vor allem auf erhoffte Steuerungseffekte im Sinne der Effizienzerhöhung des NHS gesetzt wurde [Dixon et al. 1998]. Interessant ist nun vor allem, dass im Übergang vom 20. zum 21. Jahrhundert nahezu in allen Ländern eine starke Un-

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke ...

... ist Hochschullehrer am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Von 2003 bis 2010 leitete er die Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung in Bremen (www.akg.uni-bremen.de). Er ist stellvertretendes unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.

gleichzeitigkeit in den verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen bezüglich des Themas der generalistischen Medizin festzustellen ist: Politik setzt auf den Steuerungs- und Kostendämpfungsansatz, Public Health-Forschung stellt die prinzipielle Überlegenheit von Primary Care gegenüber einer stärker spezialistisch dominierten ambulanten Versorgung fest. Gleichzeitig zeigten die Ausbildungs- und Forschungsstätten der Medizin praktisch kein Interesse an der Weiterentwicklung der Forschung zum Handlungsfeld der Allgemeinmedizin bzw. von Primary Care. Bereits Mitte der 90er Jahre finden sich parallel aus Befragungen in den USA Hinweise darauf, dass Primary Care Physicians sich den ihnen zugedachten neuen Steuerungsaufgaben nicht durchgängig gewachsen fühlten [Peter et al. 1999]. Offenkundig fehlte die entsprechende theoretische und fachliche Unterstützung für den Rollenwandel. In einem Editorial der *Annals of Internal Medicine* mit dem Titel „The Future of Primary Care“ sagte 2003 der damalige Herausgeber Sox hierzu: „Someone will have to talk with the deans because it appears that many of them have forgotten primary care“ [Sox 2003, 231]. Er verweist auf die hohe Verantwortung der medizinischen Dekane, da sie es seien, die bis dato für die Botschaft stünden: „primary care no, subspecialties yes“ [ebd., 231]. Diese offenkundig fehlende Vorbildfunktion und Vorreiterrolle der medizinischen Fakultäten sind nach Sox ein wesentlicher Grund für die in den USA, aber eben nicht nur dort, unzureichende Attraktivität generalistischer Arztkarrieren. Dieser Faktor wird möglicherweise deutlich unterschätzt im Vergleich zu den stets genannten weiteren Gründen wie der beklagten Verdichtung der Arbeit und der im Vergleich zu den Spezialisten deutlich geringeren ausfallenden

Vergütung. Gemessen an dieser universitäts- und medizininternen Unterbewertung des Primary Care-Konzeptes verwundert insoweit nicht, dass im Grunde kontinuierlich von einer Krise von „Primary Care Medicine“ die Rede ist. Eine schwache akademische Fundierung korrespondiert insoweit mit nachlassendem Interesse in den nachwachsenden Ärztegenerationen und unzureichendem Verständnis in der Politik für das so grundlegende Thema Generalisten versus Spezialisten [Moore, Showstack 2003].

Die Schwierigkeit einer Umsteuerung in Richtung primärärztliche Strukturierung der Versorgung wird am Beispiel Belgiens in besonderer Weise deutlich: Der 1997 dort erlassene Numerus clausus sollte nicht nur den Trend zu einer generellen Überversorgung mit Ärzten stoppen, sondern ausdrücklich das politische so erlebte Missverhältnis von Generalisten und Spezialisten umkehren: Weder dieses Ergebnis konnte erreicht werden noch eine Beeinflussung der Ungleichverteilung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte über das Land [Stordeur, Léonard 2010]. Die belgische Situation ist insofern besonders relevant, als hier von Beginn an weitere Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität einer hausärztlichen Karriere ergriffen wurden (dieser Strang wird im Teil 3 im Zusammenhang mit den US-amerikanischen Erfahrungen wieder aufgegriffen).

Entwicklungsland Deutschland

In Deutschland wurden die Arbeiten von Starfield und anderen zur Überlegenheit eines Primärarztsystems vor allem durch die Arbeitsgruppe von Abholz bekannt gemacht: „Will man ein Primärarztsystem, weil es den besten Rahmen für allgemeinärztliche-haus-

ärztliche Arbeit bietet, diese sogar im vollen Umfang erst ermöglicht, muss man all die Bereiche wie Qualitätssicherung der Versorgung, Ausbildung und Honorierung systemkonform zum Versorgungsinhalt eines Primärarztsystems halten bzw. dahin bringen: und dies ist der allgemeinmedizinische Arbeitsansatz“ [Abholz 1999, s. auch Marzi, Abholz 1999]. Der Hinweis auf diese Position erfolgt hier, um deutlich zu machen, dass verschiedene Ebenen angesprochen sind, wenn das Thema Generalisten und Spezialisten aufkommt: Die Trends in der Stärke der jeweiligen Weiterbildungsgebiete sind in hohem Maß eingebunden in z.T. gar nicht mehr grundlegend reflektierte Systemscheidungen und in die Frage der vom jeweiligen System erzwungenen oder erduldeten Formen der Zusammenarbeit zwischen den Arztgruppen. Insofern bedeutete – hier unsystematisch eingestreut – die Entscheidung, die Fallführung von DMP-Patientinnen und -Patienten (mit Ausnahme der Patientinnen mit Brustkrebs) den Hausärzten zuzuordnen, eine Weichenstellung in Richtung primärärztlicher Versorgung in einem System, dem dieser Ansatz mit der Erlaubnis des freien Zugangs zu niedergelassenen Spezialisten nahezu fremd geworden war [Schmacke 2006a]. Wie es um die Einschätzung von Primary Care-Ansätzen in der Perspektive von Hausärztinnen und Hausärzten sowie ihren Patientinnen und Patienten bestellt ist, wird gegenwärtig in einer – Deutschland beinhaltenden – internationalen Studie untersucht [Schäfer et al. 2011, Laufzeit der QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care ist 2010–2013].

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke
Abt. Versorgungsforschung,
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen
Marsell 48
28719 Bremen
schmacke@uni-bremen.de