

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

Teil 3: Die Kernpotenziale eines Systemwandels

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

*Part 3: The Core Potentials For Changing the System*

Norbert Schmacke

**Zusammenfassung:** Zwei Kernthemen werden die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland bestimmen: zum einen die Debatte um eine gendergerechte Versorgung, zum anderen die Bereitschaft zu einem ernsthaften Einstieg in die Kontroverse um Primary Care. Die Genderdebatte hat bisher wenig Resonanz gefunden. Die Beseitigung der Hürden für eine gleichberechtigte Rekrutierung und Karriereförderung von Männern und Frauen in der medizinischen Versorgung steht erst am Anfang. Dabei geht es um das Ausschöpfen von zentralen Potenzialen für eine moderne Allgemeinmedizin und um die Integration des Primary-Care-Konzeptes in das deutsche Versorgungssystem. Das Gelingen dieser Ansätze hängt wesentlich davon ab, ob die Relevanz des Primary-Care-Gedankens im Kern verstanden wird, ob ausreichend ausgestattete, langfristige Förderprogramme entwickelt werden und ob die Finanzierung gut begründeter und angemessen evaluierter Modellprojekte gelingt. Die Chancen für einen Systemwandel sind mit einer selbstbewusster gewordenen Generation von Hausärzten im letzten Jahrzehnt besser geworden.

*Schlüsselwörter: Zukunft der Allgemeinmedizin; Gendergerechtigkeit; Primary Care*

**Summary:** The future of family medicine in Germany will be determined by two vital issues: the debate about gender equality of medical care and the willingness to begin a serious dispute about controversies regarding primary care. Debating gender aspects has met little response so far. Eliminating barriers for equal recruitment and career promotion of men and women in medical care has just begun. This debate deals with tapping the full potential of modern family medicine and further about integrating the primary care concept into the German medical care system. Success will depend upon understanding the relevance of this concept and the development of sufficiently equipped support programs including financing of model projects. With a more self-confident generation of family physicians in the last decade chances for changing the system have improved.

*Keywords: Future of Family Medicine; Gender Equality; Primary Care*

## Vorbemerkung

Der nachfolgende Text ist der dritte 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\\_schriften\\_11.pdf](http://www.ipp.uni-bremen.de/srv/www.ipp.uni-bremen.de/web/downloads/ipp-schriften/ipp_schriften_11.pdf)).

Die Teile 1 („Die Frage nach dem Bedarf an Ärztinnen und Ärzten“) und 2 („Die Nachwuchsdebatte“) erschienen in der ZFA 6 bzw. 7/8.

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 Debatte um die „Feminisierung“ der Medizin

Der Anteil von Frauen an den Medizinstudierenden und in der ärztlichen Praxis hat in allen entwickelten Industrienationen vor allem im letzten Jahrzehnt deutlich zugenommen (wobei die männliche Dominanz in einzelnen Fachgebieten sowie generell in Leitungspositionen fortbesteht). Übereinstimmend wird aus allen Ländern berichtet, dass für die fortbestehende Ungleichheit der Chancen zwischen Männern und Frauen eingebaute Netzwerke vor allem aber auch ein männlich geprägtes Verständnis von Arbeitsinhalten und -prozessen verantwortlich sind. Dass es also nicht um die „Feminisierung“, sondern um den Abbau der „Maskulinisierung“ der Medizin geht [so z.B. Rapp-Engels 2011], findet sich in den meisten Veröffentlichungen über das Thema nicht. Stattdessen hat sich der Begriff der Feminisierung der Medizin weithin durchgesetzt.

### Numerische Zunahme oder Erhöhung des Einflusses von Frauen

Von Reskin und Roos wurden 1990 drei Hypothesen aufgestellt, welche Folgen die Zunahme von Frauen in der Medizin haben könnte:

1. Die tatsächliche Integration von Frauen: „genuine integration“.
2. Die Entwicklung einer neuen Form ungleicher Rollenverteilung sowohl bezogen auf die Fachgebiete (horizontale Segregation) als auch auf die Hierarchieebenen innerhalb einzelner Fachgebiete (vertikale Segregation).
3. Die Ghettoisierung von Frauen in der Arztprofession in Form des Verweises auf weniger prestigeträchtige Felder: „ghettoization“ [hierzu auch Gjerberg 2001].

Es geht immer wieder um die Frage, ob die zunehmende Zahl von Ärztinnen zu einer Deprofessionalisierung führt (Abnahme der generellen Attraktivität des Berufs, Status- und Einkommensverluste, so etwa die Sorge von Levinson/Lurie 2004). Die gegenläufige These („sociology of numbers“) besagt, dass sich – abgeleitet von einem bestimmten Prozentsatz weiblicher Akteure in einem Beruf – Sichtweisen und Verhaltensweisen den Bedürfnissen von Frauen stärker anpassen. Riska bringt in die Debatte um vermeintlich typisch weibliche Eigenschaften folgende Frage ein: „What is there in current medical work that requires new skills, and why is it that mainly women are drawn to this content?“ [ebd., 13]. Bezogen auf die Arbeitsinhalte der Medizin wird damit die Aufgabe beschrieben, vom Patientenbedarf her zu bestimmen, wie Versorgung entwickelt und angeboten werden muss: von Männern und Frauen für Männer und Frauen. Riska schreibt hierzu: „The discourses on feminization of medicine have raised an important issue: the existence of different styles of doctoring“ [ebd., 15].

### Ungewollte Unterbrechung von Karrieren

Vergleiche zum Umfang von Teilzeit- und Vollzeitberufstätigkeit von Frauen in Europa [Allmendinger 2010, 36] verdeutlichen den Rückstand Deutschlands in Sachen gleicher Berufschancen für Frauen. In beiden Dimensionen (Anteil überhaupt erwerbstätiger Frauen mit Kindern zwischen drei und fünf Jahren und Anteil der teilzeitbeschäftigten Frauen) zeigt Deutschland einen großen Abstand vor allem zu den skandinavischen Ländern und Frankreich. Ein bedeutender Anteil berufstätiger Frauen wird durch eine heute zu konstatierende unerwünscht lange

Unterbrechung ihrer Berufskarriere benachteiligt. Hier liegen erhebliche Potenziale für die einzelnen Beschäftigungssektoren. Dies gilt auch für die Gruppe der – im gesellschaftlichen Vergleich sicher prinzipiell privilegierten – Ärztinnen. Wiedereinsteigerseminare v.a. für Ärztinnen sind eine der bislang in Deutschland realisierten Antworten einer Reihe von Institutionen wie der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, die als erfolgreich gelten können, ohne dass gesagt werden kann, wie hoch der Anteil der potenziellen Interessentinnen für derartige Angebote werden könnte [Hibbele 2012].

### Streitpunkt Teilzeitbeschäftigung

Eine gesonderte Betrachtung verdient innerhalb der Karrieredebatte die Frage der Teilzeitbeschäftigung von Frauen und Männern in der Medizin. Hier zeigen Daten des Statistischen Bundesamtes, dass Frauen und Männer sich sowohl bezüglich des Status wie des Umfangs von Teilzeitarbeit in der vertragsärztlichen Versorgung erheblich unterscheiden. Dies entspricht nicht den originären Präferenzen der Ärztinnen und verweist auf die hohe Bedeutung der Beseitigung einschlägiger Barrieren. Auf der anderen Seite ist zu beachten, dass es Ärztinnen (Gleiches gilt für Männer, auch wenn diese seltener Teilzeitbeschäftigung anstreben) schwer gemacht wird, eine von ihnen erwünschte Teilzeitbeschäftigung zu realisieren. Es soll dabei nicht verkannt werden, dass inzwischen das Thema des „familienbewussten“ Krankenhauses durchaus in verschiedenen Regionen Deutschlands politisch gefördert und von einzelnen Krankenhausträgern ernst genommen wird [Fegert/Liebhardt 2012].

Eines der immer wieder vorgebrachten Argumente lautet: Teilzeitbeschäftigung von Ärztinnen und Ärzten lässt sich mit dem hohen Qualitätsanspruch der Versorgung nicht vereinbaren, die Organisationsprobleme sind nur begrenzt zu lösen. Die (freilich wenigen) Studien, die zur Untersuchung dieser Frage durchgeführt wurden, ergeben weder für den stationären noch für den ambulanten Bereich Hinweise auf den befürchteten negativen Effekt von Teilzeitbeschäftigung auf erbrachte Leistungen und Patientenzufriedenheit [Mechaber et al. 2008, McMurray et al. 2005, Fein/Garfield 1991].

### Fortbestehen der Hürden für Frauen

Zugleich bleibt wichtig, die Unterrepräsentanz von Ärztinnen in bestimmten Spezialgebieten und in Führungspositionen nicht zu bagatellisieren: „We need female doctors at all levels and in all specialties“, sagt Jane Dacre in ihrem Kommentar zur Feminisierung der Medizin: „Medicine has been led by men for more than 500 years, since the inauguration of the medical royal colleges“ [Dacre 2012]. Allen betont im Rückblick auf die Karrieren von Ärzten und Ärztinnen, wie wichtig es im National Health Service (NHS) insbesondere sei, den Anteil von Frauen in den akademischen Karrieren anzugleichen und hierfür vor allem den bewährten Ansatz des Mentoring stärker zu nutzen [Allen 2005]. Es ist die Rede vom „Glass Ceiling“, gegen den Ärztinnen in der Frage des Besetzens von Leitungspositionen stoßen: Die Barrieren sind weniger leicht zu erkennen, aber äußerst wirksam [Carnes et al. 2008]. In Deutschland hatte der Wissenschaftsrat bereits 1989 Empfehlungen zur Chancengleichheit von Frauen in der Wissenschaft und Forschung ausgesprochen: „Die Umsetzung dieser Forderungen war nicht wirklich erfolgreich“, bilanziert Beisiegel [2009] und weist auf die „Offensive für Chancengleichheit“ hin, die der Wissenschaftsrat und die DFG gemeinsam mit anderen Forschungsorganisationen 2008 gestartet haben. Auch dieser letzte Impuls greift nur langsam, wie etwa jüngste Befragungsdaten von Frauenärztinnen und Frauenärzten zeigen [Hancke et al. 2010].

### Reformbedarf der ärztlichen Weiterbildung

Zur fachärztlichen Weiterbildung in Deutschland wurde auf einer Arbeitstagung „Geschlechterspezifische Perspektiven und Umsetzungsstrategien in der fachärztlichen Weiterbildung“ ein Memorandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen verabschiedet, das im Lichte der internationalen Erfahrungen, der Forschung wie der Eindrücke aus der deutschen Praxis ein Bündel von Forderungen erhob, zu denen u.a. gehören (eigene Formulierungen, Originaltext s. Rapp-Engels et al. 2012, nahezu identisch s.a. Jerg-Bretzke/Limbrecht 2012):

- Strukturelle und inhaltliche Reorganisation der Weiterbildungsordnungen (u.a. stringenter Beschreibung der Qualifikationsanforderungen, bessere Berücksichtigung künftiger stationärer oder ambulanter Erfordernisse)
- Transparenz über die momentanen Weiterbildungszeiten
- Krankenhausinterne Berücksichtigung des Gebots der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Einteilung zu dienstlichen Aufgaben
- Arbeitsplatzgerechte Kinderbetreuung
- Verstärkung des Paten- und Mentoringprogramms

## 2. Primary Care und Allgemeinmedizin

Das deutsche Gesundheitswesen stellt den Gegenpol zu einem Primary-Care-System dar, bei dem der Zugang zur spezialistischen und stationären Medizin obligatorisch über Hausärzte gesteuert wird. Das SGB V hat immer wieder versucht, dieses Grundkonzept in modifizierter Form zu adaptieren, wobei – vereinfacht gesagt – das Recht des direkten Zugangs zu ambulant tätigen Spezialisten prinzipiell unangetastet bleibt.

### Kernvoraussetzungen von Primary Care

In der Praxis wählen die Versicherten zwar den Hausarzt/die Hausärztin in der GKV häufig als erste Anlaufstelle und erwarten von diesen eine inhaltliche Steuerung des Versorgungsgeschehens. Dies allein kann aber die Vorteile eines Primary-Care-Systems nicht realisieren. Trotz der prinzipiellen Verschiedenheit etwa des US-amerikanischen Systems, des NHS und der GKV bestehen zugleich aber auch Gemeinsamkeiten in der Beschreibung des Weiterentwicklungsbedarfs der ambulanten Versorgung.

Als Säulen von Primary Care werden von Bodenheimer und Pham [2010] genannt:

- Behandlung im Erstkontakt,
- Kontinuität der Betreuung,
- umfassendes Behandlungsverständnis (im deutschen Sprachgebrauch wird oft der Begriff der Ganzheitlichkeit verwendet) und

- die Koordination der Versorgung mit dem spezialistischen und stationären Sektor.

Im erweiterten Sinne rechnen Politik und Kostenträger den Autoren zufolge weiter dazu:

- die systematische Nutzung von elektronischen Informationsmedien,
- die Erfassung der Qualität, die Fokussierung auf chronische Krankheiten und Prävention,
- eine Verantwortung für die Versorgung nicht nur des einzelnen Kranken, sondern auch von Populationen sowie
- die Kultur der Patientenzentrierung.

### Aushöhlung von Primary Care

Zur Primary Care Workforce werden gerechnet (hier bewusst mit den englischen Begriffen): Family Physicians, General Internists, Geriatricians, General Pediatricians, Nurse Practitioners and Physician Assistants [ebd., 800]. Bodenheimer und Pham weisen nun auf folgende kritischen Punkte hin [ebd., 800–803]:

- In hohem Umfang wird das Konzept von Primary Care in den USA nach wie vor mittels „Cottage Industry“ realisiert: Zu 32 % finden sich nach wie vor Solopraxen, zu 24 % arbeiten Primary Care Physicians zu zweit, weitere 32 % in der Gruppengröße 3 bis 5. Ein gegenläufiger Trend könnte sich abzeichnen, wenn tatsächlich die jüngeren Absolventinnen und Absolventen der Primary-Care-Weiterbildung die Investitionskosten in Praxen scheuen und sich größeren Verbänden anschließen.
- Nach einem kurzen Primary Care Boom in den 90er Jahren (v.a. durch Health Maintenance Organizations (HMOs)) nimmt die Zahl der Spezialisten wieder überproportional zu und es wird befürchtet, dass der Anteil der gesamten Primary Care Workforce bis um neun Prozent zurückgeht.
- Parallel ist die Schere der Einkommen zwischen Spezialisten und Generalisten immer weiter aufgegangen.
- Bei den Primary Care Physicians ist eine extreme regionale Ungleichverteilung festzustellen: in städtischen Regionen 100 pro 100.000 Einwohner, in ländlichen Regionen 46 pro

100.000. Anders aufbereitet: 21 % der USA-Bevölkerung lebt in ländlichen Regionen, aber nur 10 % der Ärzteschaft arbeitet dort. Ähnliche Ungleichverteilung besteht zwischen privilegierten und sozial benachteiligten Regionen.

### Investitionsbedarf für Primary Care

Bodenheimer und Pham unterbreiten vier Lösungen bzw. die Verstärkung entsprechender Ansätze:

- Seit dreißig Jahren investiert der National Health Service Corps mittels Stipendien und Krediten in medizinische Ausbildung mit der Orientierung auf strukturschwache Regionen. Diese Institution sei aber chronisch unterfinanziert und müsse revitalisiert werden.
- Medizinische Fakultäten könnten, wie in Pennsylvania seit 1974 praktiziert, verstärkt Studierende aus ländlichen Regionen rekrutieren.
- Der Anteil von Ärztinnen und Ärzten mit Migrationshintergrund müsste stärker dem jeweiligen Anteil in der Bevölkerung entsprechen, als dies heute der Fall ist.
- Die gezielte Finanzierung von Primary-Care-Weiterbildung durch den Public Health Service Act (Title VII) müsse aufgestockt werden (auch der Nutzen dieses Programm ist belegt, s. Rittenhouse et al. 2008).

Die von Bodenheimer und Pham empfohlene Strategie steht nicht isoliert da, sie findet u.a. eine Parallele im Bericht des Center for American Progress [Derkson/Whelan 2009] mit dem Titel „Closing the Health Care Workforce Gap“. Der Bericht empfiehlt, Bedarfsplanung als Systemforschung und -entwicklung zu begreifen und nicht allein die Entwicklung der Arztzahlen in das Blickfeld zu nehmen. Die Empfehlungen bewegen sich auf mehreren Ebenen:

- Einrichtung einer „National Health Workforce Commission“, welche den Kongress berät, wie die verschiedenen Fördermaßnahmen für alle zentralen Fachberufe des Gesundheitswesens so gut es geht vereinheitlicht werden sollten. Dabei wird auf die besondere Bedeutung der Ausbildung von Pflegekräften hingewiesen.
- Aufstockung des National Health Service Corps (s. Bodenheimer/Pham)

- Aufstockung und Ausweitung der Modelle zur Rekrutierung von Primary-Care-Akteuren für unterversorgte Regionen
- Schaffung von in kommunalen Settings angesiedelter Weiterbildungskapazität für Primary Care, d.h. de facto Aufbau einer Parallelstruktur zu den traditionellen Weiterbildungsstrukturen innerhalb der stationären Versorgung. Dieser Vorschlag ist womöglich der radikalste, da er gegen die Tradition der Medizinischen Fakultäten steht (zum Stellenwert von Forschung und Weiterbildung im Feld von Primary Care s. auch Evans et al. 2002).

### Eine neue Identität für Primary Care

Iglehart [2010] weist ebenfalls darauf hin, dass die Weiterbildung der Ärzteschaft in den Primary Care relevanten inhaltlichen Schwerpunkten ein zentraler Schwachpunkt des US-Gesundheitssystems sei. Und auch er fordert, dass neue Formen von „Teaching Health Centers“ entwickelt werden sollten, darunter auch „Rural Clinics“. Die Realisierungschancen seien ungewiss in einer Zeit, in der die Budgets der Bundesprogramme zur Förderung von Primary Care eher rückläufig seien. Es lässt sich feststellen, dass eine Lücke zwischen einem allgemeinen gesundheitspolitischen Bekenntnis zu Primary Care und fehlenden ökonomischen wie rechtlichen Rahmenbedingungen besteht, und dass die Potenziale der Fördermaßnahmen zur Abmilderung der ungleichen Versorgung innerhalb der Regionen vermutlich nicht annähernd ausgeschöpft werden. Showstack et al. (eine Gruppe, welche aus Vertretern der Universitäten Washington und San Francisco, der RAND-Corporation und der für Innovationsförderung bekannten Robert Wood Johnson Foundation bestand) forderten insoweit schon 2003 zum wiederholten Male eine Renaissance von Primary Care. Wörtlich heißt es mit Blick auf die Ziele von Primary Care: „Most primary care clinical education occurs in settings that are not structured to provide optimal care ... Clinical training should occur in settings that provide high-quality, continuous, patient-centered, outcomes-oriented, and team based care“ [ebd., 271]. Nur so könne längerfristig erreicht werden, dass Primary Care die

ihr zukommende Bedeutung schrittweise entwickeln könne. Es geht dieser Gruppe folgend vor allem darum, die Bedeutung von Primary Care zunächst noch einmal massiv in das öffentliche Bewusstsein zu bringen: „The value of primary care is not understood well by the public or by most clinicians, administrators, and policymakers“ [ebd. 271].

### Neue Konzepte zur Kooperation von Generalisten und Spezialisten

Die Zukunft von Primary Care hängt der hier ausgewählten Literatur zufolge vom Gelingen zweier miteinander verbundener Aufgaben ab:

- zum einen von einem vertieften Verständnis, warum das Verhältnis Generalisten versus Spezialisten aktiv gestaltet werden muss und die Generalisten dabei in allen modernen Gesundheitssystemen in einer systematischen Defensive sind;
- zum anderen aber auch von der Frage, wie die tragenden Elemente von Primary Care den veränderten gesellschaftlichen und medizinischen Rahmenbedingungen fortwährend angepasst werden müssen.

Die insoweit angesprochene Organisationsentwicklung der Versorgung wird umso eher gelingen, je besser sie auf Outcome-Daten zurückgreifen kann und je weniger sie von ideologischen Debatten getrieben wird. Katon et al. [2001] haben den Vorschlag gemacht, sich die Versorgungsketten in vier Ebenen vorzustellen und bei Fallführung durch Primary Care Physicians die Aufgabe der Spezialisten stufenweise in einer Konsultations- und Supervisionsfunktion und im Einzelfall dann auch in der Übernahme der unmittelbaren Behandlungsverantwortung zu sehen. Der Wechsel innerhalb dieser Ebenen wird maßgeblich von der Nichterreicherung vereinbarter Therapieziele wie dem Auftreten unerwünschter Wirkungen abhängig gemacht [ebd., 140]. Ähnliche Überlegungen sind bekanntlich in vereinfachter Form in die Systematik der deutschen Disease-Management-Programme eingeflossen (mit Ausnahme der Diagnose Brustkrebs). Die DMP sind insofern – bei aller Zurückhaltung dieser Bewertung – beispielgebend für die Debatte um die Weiterentwicklung der All-

**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](http://www.akg.uni-bremen.de)). Er ist stellvertretendes unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.

gemeinmedizin in Deutschland, vermutlich besser belegt und strukturiert als etwa die Hausarztverträge [Schmacke 2006a]. Die gesamte Debatte um Alter und Krankheit führt zu der Frage neuer Versorgungsformen [Schmacke 2012], wobei „Chronic Care Management“ als eine der zentralen Herausforderungen ein stabiles System von Primary Care voraussetzt [Schmittziel et al. 2006, Frölich 2012]. Frenk spricht von der Notwendigkeit des „Reinventing primary health care“, und der Autor weist darauf hin, dass es unzureichend ist, sich (gewissermaßen für alle Zeiten) weiterhin am schlichten Pyramidenmodell des Dawson Reports von 1920 festzuhalten, demzufolge zwischen Primary wie Secondary Care und Krankenhausversorgung unterschieden wurde [Frenk 2009].

#### Forschungsförderung für die Allgemeinmedizin

Die große Bedeutung der Allgemeinmedizin innerhalb einer patientenzentrierten Reorganisation der Versorgung mag in hohem Maße plausibel sein, sie muss aber durch Outcome-Forschung immer wieder aufs Neue belegt werden. Derartige komplexe Forschungsprojekte sind von den (bisherigen) medizinischen Fakultäten und auch der bislang ausgestatteten Versorgungsforschung nicht in erforderlichem Umfang zu erwarten. Dabei geht es im Grunde nicht nur um ein für Primary Care wichtiges Thema, nämlich die Brückenfunktion zwischen Forschung und Praxis. Für eine derartige Forschungskultur gibt es freilich bislang auch keine stabile finanzielle Unterstützung. Teil derartiger praxisbasierter Forschung wäre obligatorisch die kontinuierliche ereignisorientierte Patientenbefragung. Safran berichtet über zwei derartige Longitudinalstudien, welche Fragen der Tragfähigkeit der Arzt-Patient-Bindung, organisatorischer Abläufe in den Praxen und der sektorenübergrei-

fenden Koordination in unterschiedlichen Primary-Care-Modellen untersucht haben [Safran 2004]. Es erscheint einleuchtend, dass auf diesem Weg die Akzeptanz für den Primary Care Gedanken bei Patientinnen und Patienten gefördert bzw. gewährt werden kann. Ein zweiter Baustein derartiger Forschung muss die Evaluation der Förderprogramme für die Allgemeinmedizin sein. In Deutschland wird seit 1999 die Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin durch finanzielle Anreize für Krankenhäuser und niedergelassene Praxen gefördert [so Korzelius 2009]. 2011 wurde der erste Evaluationsbericht zur revidierten Form dieses Programms vorgelegt, das nun auch spezifische Anreize zur Nutzung von Weiterbildungsstellen in ländlichen Regionen enthält. Die Vereinbarung der Träger des Programms (KBV, Spitzenverband der Krankenkassen und DKG) haben sich zudem auf eine Evaluationsklausel verständigt; denn bis heute liegt noch keine transparente Bewertung der Effizienz dieses gesetzlich induzierten Programms vor (so kommentiert Korzelius [2012] zutreffend aus Sicht des Autors). Hier liegt die Möglichkeit einer ergebnisorientierten Nachsteuerung auf der Hand.

#### Eine neue Generation in der Allgemeinmedizin

Nicht evaluiert ist auch das erst einmal positiv wirkende „bunte“ Maßnahmenbündel in den KV-Regionen zur Unterstützung der Allgemeinmedizin und zur Rekrutierung von Hausärztinnen und Hausärzten für nicht spontan wiederbesetzbare Praxissitze (s. z.B. den Überblick der KBV bei <http://www.kbv.de/37305.html>). Notwendig wäre demgegenüber die Entwicklung einer gemeinsamen, möglicherweise auch auf unterschiedliche Modelle setzende Förderstrategie. Insoweit ist besonders relevant, dass von einer wachsenden Zahl

von Standorten (vorbildlich hier die Universitäten Frankfurt am Main und Heidelberg) Initiativen zur Verbesserung von Qualität der Fort- und Weiterbildung im allgemeinmedizinischen Bereich ausgehen. Hierzu rechnen vor allem Weiterbildungsverbände, die Ärztinnen und Ärzten mit einer relativ hohen Gewissheit eine nahtlose, systematische und von allgemeinmedizinischer „Philosophie“ begleitete Weiterbildung in Allgemeinmedizin anbieten. Die Ansätze und Planungen zur Hebung des Qualitätsniveaus in Aus-, Fort- und Weiterbildung mit Fokus auf die Allgemeinmedizin sind systematisch und mit Belegstellen versehen in den Zukunftspositionen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin festgehalten (DEGAM-Zukunftspositionen 2012). Diese Programmatik und die bereits praktizierten Ansätze (konsistentes Curriculum für Medizinstudierende im Fach Allgemeinmedizin, Blockpraktika, PJ-Praktikum, Weiterbildungsverbände, Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin, Ausbau der Forschungsinfrastruktur) signalisieren eine selbstbewusster werdende Generation von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern. Somit sind heute Ansätze für eine Renaissance der Allgemeinmedizin erkennbar, die Anlass zu einer prinzipiell optimistischen Bewertung geben. Es ist eine zur internationalen Lage von Primary Care passende Forderung, in die Fortschreibung des Konzeptes Allgemeinmedizin in Deutschland systematischer als bisher zu investieren. Die solide Formulierung und Umsetzung einer entsprechenden Programmatik bedarf eines langen Atems und einer der Bedeutung der Allgemeinmedizin angemessenen politischen wie ökonomischen Unterstützung.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse

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