

Planung und Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden

von Karin Höppner und Johannes A. M. Maarse*

ABSTRACT

Hausärzte erfüllen in den Niederlanden als Gatekeeper des Gesundheitswesens traditionell eine wichtige Rolle. Trotzdem weisen die Niederlande gegenwärtig einen zunehmenden Hausärztemangel auf. Ursachen hierfür sind zum Teil in Fehlern der ärztlichen Bedarfsplanung, einer Überbetonung kostensparender Maßnahmen in den neunziger Jahren sowie in gravierenden Veränderungen der Arbeitsumstände zu finden. Die Regierung entscheidet über die Zahl der zugelassenen Medizinstudenten (Numerus fixus) und die Zahl der Weiterbildungsplätze für Hausärzte. Maßnahmen zur Erhöhung der Anzahl der Hausärzte können nur auf lange Sicht greifen. Darum werden auch strukturelle Veränderungen der medizinischen Ausbildung und Versorgung erwogen und teilweise umgesetzt. Diese Entwicklungen könnten auch eine Relevanz für Deutschland haben.

Schlüsselworte: Hausarzt, Bedarfsplanung, Ausbildung

General practitioners (GPs) traditionally play an important role in Dutch health care since they act as a gatekeeper in the system. However, the Netherlands presently faces an increasing shortage of GPs. This problem is mainly due to shortcomings in manpower planning, an overemphasis upon cost control in the nineties and significant changes in the working conditions of GPs. The government decides upon the number of medical students admitted to the universities (numerus fixus) and the number of physicians admitted to the follow up teaching program in general practice. Measures to increase the number of GPs can only be effective in the longer run. Therefore, structural changes in medical education and health care delivery are also being considered and partly realised. These developments could also have relevance for Germany.

Keywords: General practitioner, manpower planning, education

■ Einleitung

In Deutschland erfährt das Thema eines (drohenden) Hausärztemangels momentan starke Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit. Dabei dreht sich die Diskussion insbesondere um ländliche Gebiete der neuen Bundesländer. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung prognostiziert einen Zusammenbruch der hausärztlichen Versorgung (Kopetsch 2001), was durch andere Analysen aber nicht bestätigt wird (Klose & Uhlemann 2003). Allerdings könnten laut Klose & Uhlemann (2003) in einigen problematischen Gebieten verstärkte regionale Anstrengungen notwendig werden, um vakante Hausarztsitze neu zu besetzen. In diesem Zusammenhang lohnt sich ein Blick in die Niederlande. Hier kämpft man mit einem zunehmendem Hausärztemangel, der aus Fehlern

der Bedarfsplanung resultiert. Dabei macht sich der Mangel (im Gegensatz zu Deutschland) insbesondere in bestimmten Großstädten bemerkbar. Laut dem niederländischen Hausärzteverband (Landelijke Huisartsen Vereniging, LHV) sind momentan 500.000 Patienten (beinahe drei Prozent der Bevölkerung) ohne festen Hausarzt. Diese Zahl soll sich innerhalb der nächsten fünf Jahre sogar auf fünf Millionen erhöhen. Andere Stellen, z.B. der niederländische Kapazitätsplanungsrat, schwächen diese Vorhersage zwar ab, rechnen jedoch auch mit Engpässen (Capaciteitsorgaan 2002).

Die gegenwärtige Situation auf dem niederländischen Arbeitsmarkt für Hausärzte zwingt die betroffenen Parteien, gemeinsam nach kreativen Notlösungen zu suchen. Auch über strukturelle

*Karin Höppner, MHS
Otto-Straße 63, 52070 Aachen

Tel.: (0241) 16 06 981 · E-Mail: karinhoepner@gmx.de

*Prof. Johannes A. M. Maarse
Faculteit Gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht

Postbus 616, 6200 MD Maastricht · Tel.: (0031) (043) 38 81 571
E-Mail: h.maarse@beoz.unimaas.nl

Veränderungen wie einer Flexibilisierung der medizinischen Ausbildung und des medizinischen Arbeitsmarktes wird nachgedacht. Dieser Artikel geht zunächst auf die hausärztliche Versorgungssituation sowie auf einige fundamentale Veränderungen des hausärztlichen Berufs in den Niederlanden ein. Weiterhin werden die niederländische Bedarfsplanung von Hausärzten beschrieben und Gründe für den Hausärztemangel gesucht. Lösungsansätze als Reaktion auf die bestehende Mangelsituation werden vorgestellt. Welche Relevanz haben die niederländischen Erfahrungen mit dem Hausärztemangel für die deutsche Versorgungssituation?

■ Hausärztliche Versorgung in den Niederlanden und in Deutschland

Der Begriff „Hausarzt“ ist in Deutschland viel weiter gefasst als in den Niederlanden. International ist der Hausarzt mit einem Allgemeinmediziner (General Practitioner) gleichzusetzen. In Deutschland dürfen jedoch zusätzlich zu den Fachärzten für Allgemeinmedizin auch andere Arztgruppen (Internisten und Kinderärzte) an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (§ 73 Abs. 1a Sozialgesetzbuch V). Es bestehen deutliche Unterschiede in der Ausbildung, der Position im Gesundheitswesen, in der Beziehung zum Krankenversicherer, in der Qualitätssicherung und in der Leistungsvergütung, die in nachfolgender *Tabelle 1* zusammenfassend dargestellt sind. In den Niederlanden nehmen an der ambulanten Versorgung nur Hausärzte teil, die eine einheitliche dreijährige Weiterbildung absolviert haben. Das Berufsbild ist homogen. In Deutschland hingegen sind im ambulanten Bereich sowohl Haus- wie auch Fachärzte tätig. Eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung setzt entweder eine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner (fünf Jahre), Internisten (sechs Jahre) oder Kinderarzt (fünf Jahre) voraus. Die Qualitätssicherung nimmt im niederländischen Gesundheitswesen einen großen Stellenwert ein. Ein niederländischer Hausarzt muss sich in bestimmten Abständen rezertifizieren lassen und dabei eine ausreichende Fortbildungsaktivität nachweisen; in Deutschland besteht keine vergleichbare Regelung.

Hausärzte in den Niederlanden erfüllen im Gegensatz zu deutschen Kollegen eine Gatekeeperfunktion und regeln den Zugang zu Fachärzten und zum stationären Bereich. Sie behandeln ca. 90 Prozent der Fälle selbst (1997), was ihre zentrale Rolle im Gesundheitswesen unterstreicht (*Groenewegen & Delnoij 1997*). Gesetzlich versicherte Patienten müssen sich bei einem Hausarzt einschreiben, der pro Einschreibung vergütet wird. Krankenkassen und Hausärzte schließen selektive Verträge ab und verhandeln über die Vergütung, wobei bestimmte Höchstsätze nicht überschritten werden dürfen¹. Gewisse Leistungen wie der Abend-, Nacht- und Wochenenddienst werden nach kollektiv ausgehan-

delten Sätzen vergütet. Für jeden gesetzlich Pflichtversicherten bekommt der Hausarzt seit dem 1.1.2003 einen Betrag von jährlich maximal 76,20 Euro. Der Höchstsatz ist für über 65-jährige Patienten und in bestimmten sozialen Brennpunkten höher, da hier von einem zusätzlichen Arbeitsaufwand ausgegangen wird. Der Höchstsatz für einen über 65-jährigen Patienten in einem sozialen Brennpunkt beträgt maximal 97,60 Euro (*College Tarieven Gezondheidszorg, CTG, 2003 (Rat für die Tarife im Gesundheitswesen)*). Gewisse Leistungen wie der Abend-, Nacht- und Wochenenddienst unterliegen kollektiv ausgehandelten Sätzen. Momentan liegt der Stundenlohn hier bei 46,70 €². Privatpatienten unterliegen dem Kostenerstattungsprinzip, d.h. sie zahlen zunächst die in Anspruch genommenen Leistungen selbst³. Danach erfolgt eine Rückerstattung der abgerechneten Einzelleistungen durch die private Krankenkasse. Der Tarif pro Hausarztbesuch beträgt 24,80 € (pro Besuch unter 20 Minuten) und eine einmalige Inanspruchnahme des hausärztlichen Notdienstes 46,70 € (*CTG 2003*)⁴. Obwohl auch viele private Krankenversicherungen eine Überweisung vor dem Besuch eines Facharztes fordern, wird dies in der Praxis kaum kontrolliert (*Kulu-Glasgow et al. 1997*). Die Vergütung von Hausärzten innerhalb der GKV in Deutschland geschieht mittels eines gedeckelten Budgets, der so genannten Gesamtvergütung, unter Verwendung eines Punktwertsystems. Dabei werden die hausärztlichen und fachärztlichen Leistungen getrennt bewertet.

Ein Vertragswettbewerb findet in den Niederlanden jedoch nicht wirklich statt, selten kommt es zum Ausschluss von Leistungsanbietern vom Markt. Die Ursache hierfür liegt laut *Groenewegen & Greß (2000)* in einem Hausärztemangel begründet. Da die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag für die Gesundheitsversorgung erfüllen müssen, ist ihnen an einem guten Verhältnis zu einer ausreichenden Anzahl Hausärzte gelegen.

Tabelle 2 lässt einige markante Unterschiede in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland und in den Niederlanden erkennen, wobei auf Grund der Verschiedenartigkeit der Hausarztssysteme in Deutschland und in den Niederlanden Vorsicht geboten ist. Angaben zu Deutschland beziehen sich auf die hausärztlich tätigen Vertragsärzte. Zu dieser Gruppe zählen Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und Kinderärzte. In den Niederlanden nehmen an der hausärztlichen Versorgung grundsätzlich nur Allgemeinärzte teil, die auch die Versorgung von Kindern übernehmen.

Der Anteil der Hausärzte an den berufsausübenden Ärzten insgesamt ist in Deutschland und in den Niederlanden mit 20,2 Prozent bzw. 20,4 Prozent beinahe gleich. Markant ist jedoch der Unterschied der Einwohner-Hausarzt-Relation. Bei einem Vergleich ist zu beachten, dass sich die Zahl von 2.483 Einwohnern je Haus-

Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden

TABELLE 1

Vergleich der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden und in Deutschland

	Niederlande	Deutschland
ambulante Versorgung	durch selbstständige Hausärzte	durch selbstständige Hausärzte und Fachärzte
Berufsbild	homogen	heterogen, Änderung 2006 geplant
Medizinstudium	6 Jahre	6 Jahre + momentan 1,5 Jahre Arzt im Praktikum
Weiterbildung zum Hausarzt	3 Jahre	momentan berechtigen verschiedene Facharztausbildungen zur Berufsausübung: <ul style="list-style-type: none"> ● Allgemeinmedizin 5 Jahre ● Innere Medizin 6 Jahre ● Kinderheilkunde 5 Jahre Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin in Planung
Position im Gesundheitswesen	Gatekeeper, Einschreibung der gesetzlich Versicherten	freier Zugang zum Haus- und Facharzt gleichermaßen, freie Arztwahl
hausärztliche Leistungen	definierter Leistungskatalog	definierter Leistungskatalog
Qualitätssicherung	Registrierung, Rezertifizierung, über 70 Behandlungsleitlinien	Registrierung, keine einheitliche Qualitätssicherung
Leistungsvergütung	Privatpatienten: Erstattungsprinzip gesetzlich Versicherte: Sachleistungsprinzip, keine Kontrahierungspflicht, selektiver Vertragsabschluss zwischen Krankenkasse und Hausarzt, Vergütung nach eingeschriebenen Patienten (verhandelbare Höchstsätze), Bonus für Patienten > 65 Jahre und in sozialen Brennpunkten, kollektiv ausgehandelte Sätze für bestimmte Leistungen (z.B. Notdienst)	Privatpatienten: Erstattungsprinzip gesetzlich Versicherte: Sachleistungsprinzip, KVen und Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren kollektive Gesamtvergütung für alle Vertragsärzte (Ausnahmen begrenzt möglich), Ärzte rechnen Einzelleistungen als Punktwerte ab, einheitlicher Bewertungsmaßstab und Honorarverteilungsmaßstab getrennt nach Hausärzten und Fachärzten

Quelle: Eigene Darstellung

TABELLE 2

Hausärzte in den Niederlanden und in Deutschland in Bezug auf Anzahl, Alters- und Geschlechterverteilung, Praxisform, Kontakthäufigkeit und -dauer mit Patienten (im Jahr 2000)

	Niederlande ^A	Deutschland ^B
Bevölkerungszahl	15.983.103	82.259.530
berufsausübende Ärzte insgesamt	38.000 ¹	294.700
davon hausärztlich tätig	20,4 %	20,2 %
berufsausübende Hausärzte	7.763	59.601
davon Frauen	26,3 %	34,6 %
Hausarztichte (Einwohner je Hausarzt)	2.483 ²	1.380
Anteil der Hausärzte < 40 Jahre	21 %	10,6 %
Anteil der Hausärzte zwischen 40 und 55 Jahren	66,7 %	60,6 %
Anteil der Hausärzte > 55 Jahre	12,3 %	28,8 %
Anteil der Hausärzte in Einzelpraxen	42,1 %	71,5 %
Anteil der Hausärzte in Gemeinschaftspraxen ³	57,9 %	28,5 %
Hausarztkontakte pro Jahr ^C	4,4	12
durchschnittliche Konsultationsdauer ^C	10,1 Minuten	7,6 Minuten

- 1 Nach Auskunft von L. Hingstman vom Forschungsinstitut Nivel.
- 2 Diese Zahl bezieht sich auf Ärzte umgerechnet in Vollzeitäquivalente. Ohne diese Umrechnung würden nur 2.059 Einwohner auf einen Hausarzt kommen.
- 3 Inklusive angestellter Ärzte. Gemeinschaftspraxis bedeutet hier eine Praxisform mit mindestens zwei Ärzten.

Quelle: CBS, Statistisches Bundesamt, A Nivel, B KBV, C van der Brink-Muinen et al. 1999

arzt in den Niederlanden auf Vollzeitäquivalente bezieht. Aber auch ohne eine Umrechnung in Vollzeitäquivalente versorgt ein niederländischer Hausarzt mit 2.059 Einwohnern immer noch deutlich mehr Einwohner als sein deutscher Kollege, der sich im Schnitt um 1380 Einwohner kümmert. Dafür verbringt ein niederländischer Patient mit durchschnittlich 44,44 Minuten deutlich weniger Zeit pro Jahr beim Hausarzt als ein deutscher Patient mit durchschnittlich 91,2 Minuten.

In den Niederlanden arbeiten im Jahr 2000 7.763 Hausärzte. Obwohl diese Zahl gegenüber 1996 um 593 bzw. um 5,4 Prozent angestiegen ist, haben eine Reihe von Einflussfaktoren zu der gegenwärtigen Mangelsituation geführt. Hausärzte scheiden immer früher aus dem aktiven Berufsleben aus, der Wunsch nach Teilzeitarbeit wächst und die Versorgungsnachfrage der Bevölkerung steigt (*Nivel e Prismant 2002*). An der hausärztlichen Versorgung in Deutschland nehmen im Jahr 2000 insgesamt 59.788 Ärzte teil, wobei diese Zahl seit 1996 (59.828) nur geringfügigen Schwankungen unterworfen ist. Der Frauenanteil unter den Hausärzten ist in Deutschland mit 34,6 Prozent höher als in den Niederlanden (26,3 Prozent). In den Niederlanden wird in Zukunft jedoch eine starke Zunahme des Frauenanteils prognostiziert. So lag der Frauenanteil unter den Ärzten, die ihre Weiterbildung zum Hausarzt im Jahr 2000/2001 abschlossen, bei 60 Prozent. Der Wunsch nach Teilzeitarbeit ist unter den weiblichen Hausärzten besonders ausgeprägt (*Nivel e Prismant 2002*).

Deutliche Unterschiede weist auch die Altersstruktur der niederländischen und deutschen Hausärzte auf. Niederländische Hausärzte sind im Schnitt jünger als ihre deutschen Kollegen, was zum Teil mit einer kürzeren Ausbildungsdauer und mit einem durchschnittlich früheren Austrittsalter aus dem Berufsleben erklärt werden kann. Das Medizinstudium in den Niederlanden dauert sechs Jahre, die Weiterbildung zum Hausarzt drei Jahre, wohingegen ein deutscher Hausarzt sechs Jahre Medizin studiert, eineinhalb Jahre Arzt im Praktikum absolviert und für die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner fünf Jahre (bzw. zum Internisten sechs Jahre oder zum Kinderarzt fünf Jahre) benötigt. Während deutsche Hausärzte oft erst mit 68 Jahren ihre Praxis aufgeben, arbeiten männliche niederländische Hausärzte im Durchschnitt bis zu einem Alter von 62 Jahren, Frauen im Schnitt sogar nur bis 58 Jahre. Sind in den Niederlanden 21 Prozent der Hausärzte jünger als 40 Jahre, so liegt dieser Anteil in Deutschland bei 10,6 Prozent. Der Anteil der über 55-jährigen Hausärzte in Deutschland ist dafür höher (28,8 Prozent) als in den Niederlanden (12,3 Prozent). In den Niederlanden wird jedoch auf eine Verschiebung der Altersstruktur hingewiesen. So waren 1986 noch ungefähr 52 Prozent der Hausärzte jünger als 40 Jahre. Ein weiterer wichtiger Unterschied ist in

der deutlichen Tendenz zur Gemeinschaftspraxisbildung in den Niederlanden zu finden. Nur 42 Prozent der Hausärzte führten im Jahr 2000 eine Einzelpraxis (1980 waren dies noch 72 Prozent), 58 Prozent arbeiteten in einer Gemeinschaftspraxis. Bei den praxissuchenden Hausärzten wünschen sich sogar 93 Prozent eine Praxisform mit einem oder mehreren Kollegen. Ein anderes Bild ergibt sich in Deutschland, wo der Großteil der Hausärzte (71,5 Prozent) in Einzelpraxen praktiziert.

Die Arbeitsumstände für Hausärzte haben sich seit den achtziger Jahren gravierend verändert. In zunehmendem Maße sehen sich niederländische Hausärzte mit höheren Arbeitsbelastungen und Anforderungen konfrontiert, was auch zu einem Anstieg von Burn-out-Erscheinungen führt (*van Thiel 2001*). Auf der Nachfrageseite nach hausärztlicher Versorgung sind als Ursachen demographische Veränderungen und ein erhöhter Versorgungsbedarf sowie mündige und anspruchsvollere Patienten zu nennen. Auch die steigende Zahl von allochtonen Patienten aus einem anderen kulturellen Hintergrund bedeutet für den Hausarzt einen höheren Arbeitsaufwand. Das Angebot an Hausärzten steigt nicht entsprechend, eine Zunahme der Teilzeitarbeit insbesondere unter dem wachsenden Frauenanteil sowie eine inadäquate Anzahl von Weiterbildungsplätzen sind hierbei von Einfluss. Weiterhin führen die steigenden Arbeitsanforderungen und Burn-out-Erscheinungen dazu, dass Hausärzte immer früher aus dem Berufsleben ausscheiden. Auch der Versorgungsprozess hat sich stark verändert, als Beispiele sollen hier neue Informations- und Kommunikationstechnologien, Versorgungsketten, schnellere Entlassungen der Patienten aus Krankenhäusern, Deregulierung und öffentliche Ausschreibungen auch im Gesundheitswesen genannt werden (*Commissie Tabaksblat 2001*).

Weiterhin klagen viele Hausärzte über eine Zunahme an Bürokratie. Unter anderem hängt dies mit dem Verschwinden der regionalen Monopole der gesetzlichen Krankenversicherungen zusammen, wodurch die Hausärzte gleichzeitig mit mehreren Versicherungen zusammenarbeiten müssen. Wartelisten⁵ bedeuten ebenfalls einen organisatorischen Mehraufwand, da viel Zeit verwendet werden muss, um eine adäquate Versorgung für den Patienten finden.

Einige Entwicklungen haben allerdings auch zu einer Entlastung der Hausärzte geführt. Hierbei kann an die sinkende durchschnittliche Arbeitszeit ebenso wie an die Organisation des hausärztlichen Notdienstes in Gruppen gedacht werden. Damit müssen heutige Hausärzte nicht mehr wie früher 24 Stunden täglich für ihre Patienten erreichbar sein. Weiterhin werden Entbindungen im Gegensatz zu früher nur noch selten von Hausärzten vorgenommen.

■ Hausärztliche Versorgungssituation in den Niederlanden

In den Niederlanden sind sich alle Akteure des Gesundheitswesens einig, dass ein Hausärztemangel herrscht und größtmögliche Anstrengungen notwendig sind, um mehr Hausärzte auszubilden und zusätzliche (Übergangs-)Lösungen zu finden⁶. Kontrovers diskutiert wird über das Ausmaß der Unterversorgung. Dabei ist festzuhalten, dass die Verteilung der Hausärzte regional heterogen ist. Der LHV rechnet innerhalb der nächsten fünf Jahre mit einem Hausärztemangel von 30 Prozent, wenn keine politischen Gegenmaßnahmen getroffen werden, während der Kapazitätsplanungsrat von einem Hausärztemangel von 20 Prozent innerhalb von zehn Jahren ausgeht (Bosman 2002). Das Gesundheitsministerium möchte angesichts solcher Prognosen die Schaffung möglichst vieler Weiterbildungsplätze für Hausärzte finanziell unterstützen.

Besonders gravierend ist der Hausärztemangel laut Van der Velden et al. (2003) in den vier größten Städten der Niederlande. Demnach ist die Versorgungsnachfrage der Bevölkerung hier besonders groß, während das Angebot an Ärzten unterdurchschnittlich ist. Der Anteil der Allochthonen an der Stadtbevölkerung in den vier größten Städten betrug im Jahr 2001 41 Prozent. Es wird davon ausgegangen, dass der Versorgungsbedarf dieser Bevölkerungsgruppe 25 Prozent über dem der Gruppen der Autochthonen liegt. Die Zahl der Hausärzte hat sich zwischen 1990 und 2001 um 14,7 Prozent erhöht, die vier größten Städte der Niederlande verzeichneten allerdings nur einen Anstieg von 5,6 Prozent. Der Frauenanteil unter den Hausärzten nimmt mit dem Urbanisierungsgrad zu, liegt in den vier größten Städten sogar bei 35 Prozent (Landesdurchschnitt 26,3 Prozent) und ist mitverantwortlich für den hohen Anteil der Hausärzte, die in Teilzeit arbeiten. Obwohl in bestimmten Regionen der Niederlande ein Hausärztemangel herrscht, gab es auf der anderen Seite im Jahr 2001 insgesamt 598 praxissuchende Hausärzte, die beispielsweise als Vertretung oder in Anstellung bei anderen Hausärzten tätig waren (Kenens et Hingstman 2001). Dabei wollen sich die praxissuchenden Hausärzte am liebsten in verstädterten Räumen niederlassen und in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten. Es besteht also eine Verteilungsproblematik der Hausärzte in den Niederlanden.

Angesichts des zunehmenden Hausärztemangels ist eine grundsätzliche Diskussion über die Position des Hausarztes in den Niederlanden zur Zeit in vollem Gange. Dabei geht es unter anderem darum, ob die Rolle des Gatekeepers überhaupt noch zufriedenstellend ausgeführt werden kann. Die Zunahme an Teilzeitarbeit erschwert eine kontinuierliche Betreuung des Patienten durch den gleichen Hausarzt. Immer mehr Patienten

wenden sich direkt an die Erste-Hilfe-Abteilung von Krankenhäusern und umgehen damit die hausärztliche Überweisung. Einige fordern einen freien Zugang zu Kliniken und Fachärzten, andere sind der Meinung, dass ein freier Zugang zum Physiotherapeuten den Hausarzt entlasten könnte. Eine weitere Zukunftsvision geht von einer komplett integrierten Versorgung aus, in der Hausärzte in Kliniken arbeiten. Andere Stimmen fordern sogar, die hausärztliche Versorgung aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszulösen und stattdessen durch eine private Zusatzversicherung abzudecken (Groot et Maassen van den Brink 2003).

■ Bedarfsplanung von Ärzten in den Niederlanden

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland kennt keine Bedarfsplanung von Vertragsärzten im eigentlichen Sinne des Wortes, sondern lenkt nur die regionale Verteilung von Vertragsärzten (Hiddemann 1999). Dagegen erfolgt in den Niederlanden die Bedarfsplanung anhand eines komplexen Bedarfsplanungsmodells, ergänzt durch eine Begrenzung der Zahl der Medizinstudienplätze sowie der Weiterbildungsplätze zum Facharzt und Hausarzt. Die Bedarfsplanung in den Niederlanden setzt also bereits mit einem limitierten Zugang zur Ausbildung an.

Zuständig für die Bedarfsplanung ist das Gesundheitsministerium⁷, es bestimmt die Weiterbildungskapazitäten zum Hausarzt und ist für die Finanzierung zuständig. Auf seine Empfehlung hin legt das Bildungsministerium⁸ nach Verhandlungen mit den Universitäten die endgültige Zahl der Studienplätze für das Fach Medizin fest und finanziert diese.

Bezüglich zukünftig benötigter Medizinstudienplätze sowie hausärztlicher Weiterbildungsplätze lässt sich das Gesundheitsministerium durch den Kapazitätsplanungsrat⁹ beraten. Dieser Kapazitätsplanungsrat entstand im Jahr 1999 und vereint seitdem die Kapazitätsplanung der verschiedenen Arztberufsgruppen und der Medizinstudienplätze zentral unter einem Dach¹⁰. Seine Aufgaben umfassen die jährliche Erstellung eines Kapazitätsplans für ärztliche und zahnärztliche Weiterbildungen, die Weitergabe dieser Information an die Regierung und die Leistungsanbieter sowie die Beratung der Regierung über benötigte Medizinstudienplätze. Konkrete Maßnahmen und Lösungsvorschläge sollen jedoch nicht erarbeitet werden (Capaciteitsorgan 2002).

Der Kapazitätsplanungsrat setzt sich paritätisch aus Vertretern der korporatistischen Akteure, also aus Vertretern der Berufs-

gruppen, der Krankenversicherer und der Ausbildungseinrichtungen, zusammen. *Tabelle 3* zeigt die Systematik der niederländischen Bedarfsplanung im Überblick. Mit der Erfassung der planungsrelevanten Daten für das Bedarfsplanungsmodell hat der Kapazitätsplanungsrat die Forschungsinstitute Nivel und Prismant beauftragt. Teilweise arbeiten Nivel und Prismant mit dem Kapazitätsplanungsrat zusammen, wenn sie die Experten des Rates bestimmte Entwicklungen (z.B. soziokulturelle Entwicklungen und Arbeitszeitverkürzungen) schätzen lassen.

Abbildung 1 zeigt eine schematische Darstellung des niederländischen Bedarfsplanungsmodells mit seinen planungsrelevanten Faktoren. Kernstück des Modells ist dabei die Ermittlung einerseits des Angebots an hausärztlichen Arbeitsstunden sowie andererseits der Versorgungsnachfrage der Patienten in Arbeitsstunden (*Capaciteitsorgaan 2002*). Das Angebot an Ärzten ergibt sich zunächst aus der Anzahl der Studenten sowie aus der Anzahl der Basisärzte, die an den verschiedenen Weiterbildungen teilnehmen. Die Faktoren Ausbildungsinhalt, Ausbildungsdauer und Ab-

schlussquote sind dabei entscheidend. Die Anzahl der Studienanfänger wird durch die Zahl der Schulabgänger beeinflusst. Beim Zustrom zu den Weiterbildungen spielt die Anzahl der verfügbaren Basisärzte („Pool“ an Basisärzten) eine Rolle. Die Anzahl der berufsausübenden Mediziner (und Zahnmediziner) wird durch die Zuwanderung aus dem Ausland, die Reserven des Arbeitsmarktes und die Berufsniederlegung auf Grund von u.a. Pensionierung, Arbeitsunfähigkeit, Tod und Migration beeinflusst. Das Angebot an Ärzten wird in Vollzeitäquivalenten ausgedrückt. Berücksichtigt wird auch die bestehende Tendenz zur Arbeitszeitverkürzung. Die Versorgungsnachfrage der Bevölkerung wird durch demographische, epidemiologische und soziokulturelle Entwicklungen beeinflusst. Weiterhin fließen die Faktoren „Substitution“ und „Technologie“ ein. Substitution bedeutet in diesem Zusammenhang eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Unter Technologie fällt zum einen der Einsatz neu entwickelter medizinischer Apparatur, zum anderen die Steigerung der Arbeitsproduktivität und der organisatorischen Effizienz. Berücksichtigt werden auch die Faktoren Einsatz der Arzt-helfer,

TABELLE 3

Hausärztliche Bedarfsplanung in den Niederlanden

Ziel der Planung	<ul style="list-style-type: none"> ● Sicherung der allgemeinen Zugänglichkeit zur medizinischen Versorgung ● Vermeidung von Verschwendung öffentlicher Mittel, Sicherung der Finanzierbarkeit der med. Versorgung ● Verhinderung von Qualitätsverlusten 	
Was wird geplant?	<ul style="list-style-type: none"> ● Medizinstudienplätze ● Weiterbildungsplätze für Hausärzte 	
Wer plant?	<ul style="list-style-type: none"> ● das Bildungsministerium legt die Anzahl der Medizinstudienplätze in Absprache mit den Universitäten fest und folgt dabei den Empfehlungen des Gesundheitsministeriums ● das Gesundheitsministerium legt die hausärztlichen Weiterbildungskapazitäten fest <p>Der Kapazitätsplanungsrat erstellt die Kapazitätspläne für Haus- und Fachärzte und Medizinstudenten und berät das Gesundheitsministerium</p>	
Planungsmethode	<ul style="list-style-type: none"> ● Verwendung eines Bedarfsplanungsmodells (<i>siehe Abbildung 1</i>) ● Erstellung von Zukunftsszenarien 	
Zeithorizont	<ul style="list-style-type: none"> ● 10-20 Jahre 	
Faktoren, die in die Planung einfließen	<p>ärztliches Angebot:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Anzahl, Alters- und Geschlechterverteilung der Ärzte ● Ausscheidequote ● Anzahl und Geschlechterverteilung der Ärzte in Weiterbildung ● Migration von Ärzten ● Arbeitsdauer bzw. Arbeitszeitverkürzungen 	<p>Versorgungsnachfrage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● demographische Veränderungen ● nicht-gedeckte Versorgungsnachfrage ● soziokulturelle Entwicklungen ● Substitution und Effizienz der Versorgung
Datenermittlung	<ul style="list-style-type: none"> ● durch Forschungsinstitute Nivel und Prismant ● Bevölkerungsentwicklung durch das Zentralamt für Statistik (CBS) ● einige Faktoren werden durch den Kapazitätsplanungsrat geschätzt 	
Hausärztliches Versorgungsniveau	<ul style="list-style-type: none"> ● alle Akteure des niederländischen Gesundheitswesens sind sich einig, dass eine hausärztliche Unterversorgung besteht 	

Quelle: Eigene Darstellung

Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden

Ärzte in Weiterbildung und Assistenzärzte, sowie das Verhältnis zwischen Arbeit am Patienten und patientenunabhängigen Tätigkeiten sowie die Konsultationsdauer. Nivel & Prismant (2002) gehen nach einem Vergleich von Angebot und Nachfrage in ihren aktuellen Berechnungen davon aus, dass ein Teil der Versorgungsnachfrage derzeit nicht gedeckt werden kann.

Da die ärztliche Bedarfsplanung die Medizinstudienplätze und die Weiterbildungsplätze reglementiert, muss der Zeithorizont der Planung mindestens die Studiendauer (sechs Jahre) und Weiterbildungsdauer (für Hausärzte drei Jahre) umfassen. So wird versucht, den zukünftigen Bedarf an Hausärzten auf zehn bis zwanzig Jahre im Voraus zu ermitteln. Die zukünftig benötigte Zahl der Weiterbildungsplätze und Medizinstudienplätze wird in Form von verschiedenen Szenarien dargestellt, die folgende Schätzparameter berücksichtigen:

1. Szenario: hauptsächlich demographische Veränderungen
2. Szenario: zusätzlich soziokulturelle Entwicklungen, Substitutionseffekte und die Effizienz der medizinischen Versorgung

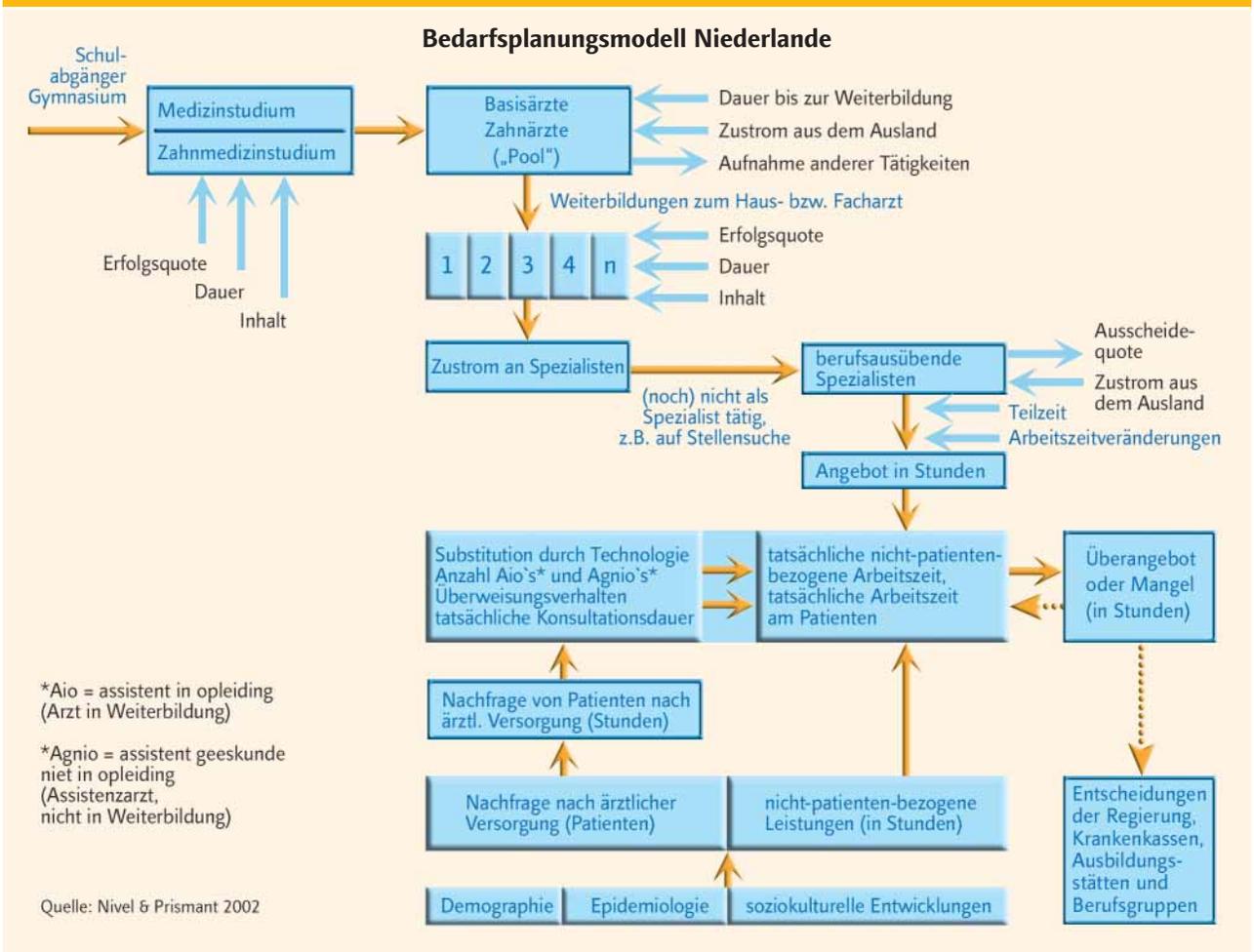
3. Szenario: zusätzlich die Arbeitszeitverkürzung der Ärzte
4. Szenario: entspricht Szenario 2, geht jedoch von einem stärkeren Effekt dieser Schätzparameter aus.

Dadurch ergibt sich bei den Prognosen eine erhebliche Bandbreite. Beispielsweise werden für das Jahr 2012 je nach Szenario zwischen 600 und 1394 benötigte Weiterbildungsplätze für Hausärzte vorhergesagt. Der Kapazitätsplanungsrat favorisiert und empfiehlt Szenario 3, liefert hierfür jedoch keine Begründung. In dessen hat das Gesundheitsministerium verlauten lassen, sich möglichst eng an diese Empfehlungen halten zu wollen.

■ Gründe für den Hausärztemangel

Der heutige Hausärztemangel resultiert hauptsächlich aus Fehlentscheidungen des Gesundheitsministeriums Anfang der neunziger Jahre, die damals aus kostenpolitischen Überlegungen heraus getroffen wurden. Verschiedene Seiten, beispielsweise der niederländische Hausärzterverband LHV, der Volksgesundheitsrat und

ABBILDUNG 1



das Forschungsinstitut Nivel, wiesen damals auf die Notwendigkeit einer Erhöhung der Weiterbildungsplätze für Hausärzte hin. Als Finanzier der hausärztlichen Weiterbildungsplätze schien das Gesundheitsministerium jedoch nicht von der Wichtigkeit einer Erhöhung des Budgets für diese Plätze überzeugt. Andere tagespolitische und finanzpolitische Erwägungen genossen damals anscheinend Priorität. Der Erfolg der damaligen Regierung bei der Kostendämpfung im Gesundheitswesen hat sich inzwischen als Pyrrhussieg herausgestellt¹¹. Auf lange Sicht und in Anbetracht der mit dem Hausärztemangel verbundenen Probleme und zusätzlichen Kosten muss von einem Misserfolg gesprochen werden. In diesem Fall haben sich die Lösungen von gestern als die Probleme von heute erwiesen.

Weiterhin kam es im Zusammenhang mit der Verlängerung der hausärztlichen Weiterbildung von zwei auf drei Jahre im Jahr 1994 nicht zu einem ausreichenden Anstieg der Weiterbildungsplätze. In der Folge schlossen 1996 und 1997 wesentlich weniger Hausärzte die Weiterbildung ab als in den vorhergehenden und folgenden Jahren, was bei der Bedarfsplanung nicht die notwendige Berücksichtigung fand. Unvorhergesehene Veränderungen der Einflussfaktoren auf die Nachfrage nach hausärztlicher Versorgung und das hausärztliche Angebot waren damals zum Teil nicht absehbar und führten ebenfalls zu einer Fehleinschätzung der Situation. Wie bereits beschrieben haben sich die Arbeitsumstände der Hausärzte seit den achtziger Jahren gravierend verändert. Es kann vermutet werden, dass sich gesellschaftliche Veränderungen und gesundheitspolitische Entscheidungen trotz einer veränderten Bedarfsplanungsmethodik und trotz des 1999 gegründeten Kapazitätsplanungsrats auch in Zukunft sehr schwer vorherzusagen lassen, insbesondere wenn der Prognosezeitraum 10-20 Jahre beträgt. Erneute Fehlprognosen scheinen vorprogrammiert. Die momentane Bedarfsplanungsmethode sowie der Kapazitätsplanungsrat werden zur Zeit von verschiedener Seite kritisiert. Ein Kritikpunkt richtet sich dabei auf die Durchführung der Planung durch die beteiligten Akteure (Berufsgruppen, Ausbildungseinrichtungen und Krankenkassen), die ein zu starkes Interesse an bestimmten Planungsergebnissen haben könnten oder Entscheidungen in Form von Kompromissen treffen könnten. Die Werkgroep Marktworkeing, Deregulerieing en Wetgevingskwaliteit (*MDW-Arbeitsgruppe 2001*, Arbeitsgruppe Marktworkeing, Deregulerieing und Gesetzgebungsqualität) befürwortet an Stelle einer Bedarfsplanung durch den Kapazitätsplanungsrat die Abschaffung der Zugangsbeschränkungen zum Medizinstudium und zu den medizinischen Weiterbildungen, wie sie derzeit in den Niederlanden gehandhabt werden. Die aufgetretenen Fehlentscheidungen der Regierung in den neunziger Jahren bekräftigt die MDW-Arbeitsgruppe in ihrer Forderung. Eine Begrenzung der Ausbildungsplätze sei zwar notwendig, um die Qualität der Ausbildung und damit auch der ärztlichen Versorgung zu garantieren. Dies lasse sich jedoch

besser in dezentralen Prozessen zwischen den Ausbildungseinrichtungen und den Studenten bzw. den Ärzten erreichen. Überschuss und Mangel an Ärzten könnten sich in relativen Einkommensveränderungen widerspiegeln und dem potentiellen Studenten den gesamtgesellschaftlichen Bedarf signalisieren.

■ Lösungsmöglichkeiten

Es wird versucht, die Ausbildungskapazität für Mediziner und Hausärzte so schnell wie möglich auszuweiten. Die Zahl der Medizinstudienplätze stieg denn auch innerhalb von fünf Jahren stark an (von 1813 im Jahr 1998 auf 2800 im Jahr 2003). Auch bei den Hausärzten ist die Zahl der Weiterbildungsplätze zwischen 1998 (336) und 2002 (473) deutlich um 41 Prozent angestiegen¹². Die Prognosen des Kapazitätsplanungsrates (*2002*) gehen jedoch von einem Bedarf von jährlich 670 neuen Hausärzten aus. Nicht nur die starke Ausweitung der Ausbildungsstrukturen bereitet schon heute Probleme, gleichzeitig schwindet das Interesse am Beruf des Hausarztes. Die Anzahl der Bewerber pro Ausbildungsplatz ist von 3,3 (1994) auf nur noch 1,4 (2002) gesunken (*Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie HVRC 2001*, Registrierungskommission für Hausärzte und Pflegeärzte). Eine Ausweitung der hausärztlichen Weiterbildungsplätze ist zumindest auf kurze Sicht nicht ausreichend. Darum stehen auch strukturelle Veränderungen der medizinischen Ausbildung und Versorgung zur Diskussion. Weiterhin werden kurzfristig und vorübergehend Notlösungen gefunden.

■ Überlegungen zu strukturellen Reformen betreffen die medizinische Ausbildung sowie eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen den medizinischen Berufsgruppen. Der hausärztliche Notdienst hat sich bereits stark verändert. Bei der Medizinerbildung wird hauptsächlich über eine Aufteilung der Ausbildung in unabhängige Blöcke sowie eine Straffung der Ausbildungszeit nachgedacht. Die Projektgruppe „Der Arzt von morgen“ (*Meyboom-de Jong 2002*) kritisiert die geringen Wechselmöglichkeiten innerhalb der Weiterbildungen und Schwierigkeiten bei der Teilleistungsleistung. Die Projektgruppe verweist auf den wachsenden Frauenanteil unter den Ärzten und den Wunsch nach Arbeitszeitverkürzung. Kapazitätsprobleme bei den Weiterbildungsplätzen führen zu zusätzlichen Verzögerungen nach dem Medizinstudium. Eine Flexibilisierung der Ausbildung scheint notwendig, damit weitergebildete Ärzte bereits mit 30 Jahren in das Berufsleben einsteigen können. Vorgeschlagen wird, im letzten Jahr des Medizinstudiums eine Art Spezialisierung in Richtung angestrebter Weiterbildung anzubieten. Ferner müsse die Weiterbildung lückenlos an das Studium anschließen. Die hausärztliche Weiterbildung ließe sich auf diese Weise auf zwei bis zweieinhalb Jahre verkürzen. Die Weiterbildungen sollten modular aufgebaut sein, wobei fachrichtungsübergreifende Module denkbar wären, und sollten auch in

Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden

Teilzeit zu belegen sein. Als Beispiel für diese Art von Bestrebungen soll die Universität Leiden aufgeführt werden, die seit 2002 ein verkürztes vierjähriges Medizinstudium für Studenten mit bestimmten Bachelor- oder Diplomabschlüssen anbietet.

■ Die Schaffung neuer medizinischer Berufe zur Entlastung von (Haus-)Ärzten bzw. die Substitution von ärztlichen Aufgaben wird von verschiedenen Seiten empfohlen (*Meyboom-de Jong 2002; Raad vor de Volksgezondheit, Welzijn en Sport RVZ 2002, Rat für Volksgesundheit und medizinische Versorgung*). Zahlreiche Routinetätigkeiten, die nicht ausschließlich dem Hausarzt bzw. Arzt vorbehalten sind, könnten demnach auch durch paramedizinisches Personal übernommen werden. Am Universitätsklinikum in Groningen entstanden bereits 1998 Ausbildungen zum „physician assistant“¹³ und zum „nurse practitioner“ (zwei- und dreijährige Ausbildung), die hier beispielhaft erwähnt werden sollen¹⁴.

■ Angesichts des Hausärztemangels werden laut RVZ (2002) innerhalb der nächsten Jahre zahlreiche Physician assistants benötigt, die die Rolle des Hausarztes als Gatekeeper weiter schwächen werden. Der RVZ empfiehlt auch die Schaffung von so genannten leicht zugänglichen „walk-in-centers“¹⁵. Hier sollen Nurse practitioners Patienten mit einfachen Beschwerden behandeln und gegebenenfalls an den Hausarzt weiterverweisen. So könnte insbesondere in den vier Großstädten der Hausärztemangel abgefangen werden.

■ Der hausärztliche Notdienst unterlag in der Vergangenheit großen Veränderungen. Inzwischen sind die meisten Hausärzte mit durchschnittlich zehn anderen Hausärzten in Hausarztgruppen organisiert, die den Notdienst abwechselnd wahrnehmen. In letzter Zeit entstehen jedoch auch weit größere Netzwerke, an denen teilweise auch Krankenhäuser beteiligt sind. Es wird mit Call-Centers experimentiert, wobei ein Arzthelfer über die Notwendigkeit eines Hausarzteeinsatzes entscheidet. Allerdings häufen sich Beschwerden über diese Neuregelung, beispielsweise durch den Verband der niederländischen Patienten- und Konsumentengruppen. Um ältere Hausärzte länger im Berufsleben zu halten, ist auch die Abschaffung der verpflichtenden Teilnahme am hausärztlichen Notdienst im Gespräch.

Verschiedene kurzfristige Übergangslösungen konnten bereits verwirklicht werden:

■ Krankenkassen versuchen, flexiblere Versorgungsformen zu initiieren, wofür sie seit kurzem weiterreichende Befugnisse erhalten haben. So können sie beispielsweise Hausärzten ein Angestelltenverhältnis anbieten und dabei die administrativen Aufgaben des Hausarztes übernehmen. In der Praxis ist dies bereits an einigen

Orten geschehen, teilweise auch in multidisziplinären Verbänden mit beispielsweise Zahnärzten, ambulanten Pflegediensten, Physiotherapeuten und Apothekern. Der Hausarzt kann sich auf diese Weise primär der medizinischen Versorgung der Patienten widmen. Es kommt auch zu finanziellen Beteiligungen von Krankenkassen an Hausarztpraxen.

■ Bereits im Oktober 2002 entstand auf Initiative zweier Krankenversicherungen ein mobiles Hausärzteam, das unter anderem durch ein medizinisches Call-Center unterstützt wird und als Auffangnetz für Patienten ohne festen Hausarzt dient. Der Einsatz soll zeitlich begrenzt bleiben und ist insbesondere für Regionen gedacht, in denen kein Praxisnachfolger für bestehende Hausarztpraxen gefunden werden kann.

■ Weiterhin gründen Krankenversicherungen telefonische Informationsservices und beantworten in diesem Rahmen auch die Frage, ob ein Hausarztbesuch sinnvoll erscheint.

■ Einige Hausärzte und Krankenversicherungen bieten Patienten ohne festen Hausarzt E-Mail- oder telefonische Sprechstunden an. Die E-Mail-Sprechstunden stoßen bisher allerdings auf sehr mäßige Resonanz. Besonders kompliziertere Fragen werden weiterhin lieber im direkten Gespräch oder telefonisch zur Sprache gebracht (*Coumou et al. 2003*).

■ Schließlich unterstützen Stiftungen und Arbeitsgemeinschaften Hausärzte bei der Lösung verschiedenster Probleme, etwa bei der Gründung von Gemeinschaftspraxen, der Schaffung von Notdienststrukturen und bei der Niederlassung oder sie fördern die Zusammenarbeit mit regionalen Krankenhäusern. Auch das Gesundheitsministerium hat eine Taskforce gegründet, die Hausärzten bei der Lösung von praktischen Problemen auf lokalem Niveau helfen soll¹⁶.

■ Relevanz für Deutschland

In Deutschland wird seit längerem versucht, die Position des Hausarztes zu stärken. Dabei wird gerne auf den Vorbildcharakter des niederländischen Modells verwiesen. Dieser muss jedoch stark relativiert werden, momentan ist die hausärztliche Versorgung mit erheblichen Problemen konfrontiert und starken Veränderungen unterworfen. Der heutige Hausärztemangel in den Niederlanden ist auf eine Fehlplanung der hausärztlichen Kapazität zurückzuführen. Das Instrument der Zugangsbeschränkung zum Medizinstudium (der Numerus fixus) sowie der Zugangsbeschränkung zur hausärztlichen Weiterbildung haben ihr Ziel verfehlt. In diesem Zusammenhang sind zwei Aspekte auch für Entscheidungsträger in anderen Ländern von Bedeutung. Erstens ist die Bedarfsplanung von Ärzten äußerst komplex. Eine Vielzahl von miteinander ver-

knüpften gesellschaftlichen Entwicklungen erschwert eine verlässliche Planung, insbesondere wenn der Zeithorizont der Planung 10-20 Jahren umfasst. Die gegenwärtigen Veränderungen des hausärztlichen Berufsbildes sowie des Nachfrageverhaltens der Bevölkerung lassen erahnen, dass sich an dieser Problematik auch in Zukunft und trotz einer verfeinerten Planungsmethodik nichts Wesentliches ändern wird. Eine gewisse Skepsis gegenüber den aktuellen Prognosen der Bedarfsplanung ist also angebracht (Höppner 2003).

Zweitens zeigen die Entwicklungen in den Niederlanden, wie sehr Bedarfsplanung und Politik miteinander verflochten sind. Die Planung umfasst mehr als das Erstellen von Modellen zur Bedarfsprognose von Ärzten. Entscheidungen über zu treffende Maßnahmen und Konsequenzen, die aus den Bedarfsplänen resultieren, werden innerhalb politischer Prozesse getroffen. In der jüngeren Vergangenheit basierten diese Entscheidungen hauptsächlich auf Bestrebungen zur Kostendämpfung. Obwohl auf die Gefahr eines Hausärztemangels hingewiesen wurde, nahm der politische Entscheidungsträger aus finanziellen Erwägungen eine restriktive Haltung ein. Zugangsbeschränkungen zum Studium oder zu den Weiterbildungen scheinen also ein riskantes Instrument zu sein, um ein ausreichendes Angebot an Ärzten zu sichern.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann in Deutschland von einer ausreichenden hausärztlichen Versorgung bzw. in bestimmten Gebieten von einer hausärztlichen Überversorgung gesprochen werden (Klose & Uhlemann 2003). Allerdings werden insbesondere in den neuen Bundesländern altersbedingt viele Hausärzte aus dem Berufsleben ausscheiden, was innerhalb der nächsten zehn Jahre in bestimmten Gebieten zu einer hausärztlichen Unterversorgung führen könnte. Hier wären dann kreative und regional angepasste Lösungen gefragt. Als Anregung könnten dabei einige der beschriebenen niederländischen Übergangsmaßnahmen wie die mobilen Hausärzteams in hausärztlich unterversorgten Regionen oder medizinische Call-Center dienen.

Im Gegensatz zu den Niederlanden ist die Situation unter den Fachärzten in Deutschland gegenwärtig eher durch Überversorgung gekennzeichnet, wobei auch in der näheren Zukunft nur mit vereinzelt Engpässen gerechnet wird. Somit böten sich in Deutschland auch Kooperationsformen, Möglichkeiten der Arbeitsentlastung und eventuell Substitutionsmöglichkeiten zwischen einzelnen Facharztgruppen und Hausärzten an. Auch eine Förderung der Zusammenarbeit mit regionalen Krankenhäusern wäre denkbar. Eine Entscheidung für eine Niederlassung scheint letztendlich von vielen verschiedenen Faktoren abzuhängen. Dabei könnte ein hausärztlich unterversorgtes Gebiet mit mehr Arbeitsaufwand für den Hausarzt verbunden sein und eher gegen eine Niederlassung sprechen. Ebenso verhält es sich mit be-

stimmten Bevölkerungs- oder Patientenstrukturen. So herrscht in den Niederlanden insbesondere in sozialen Brennpunkten von einigen Großstädten ein Hausärztemangel, weil von einem erhöhten Versorgungsaufwand und vielen Problempatienten ausgegangen wird. Solche Gebiete scheinen für die beinahe 600 praxisuchenden Hausärzte in den Niederlanden nicht attraktiv genug für eine Niederlassung zu sein. In Deutschland hingegen weisen Großstädte wie Berlin und Hamburg eine besonders hohe Arztdichte auf, das Risiko einer hausärztlichen Unterversorgung besteht eher in ländlichen Gebieten der neuen Bundesländer. Gegen eine Niederlassung könnten hier Erwägungen wie lange Wegzeiten, schlechte Infrastruktur oder zu geringe sozio-kulturelle Angebote sprechen. Wie eine gezielte regionale Unterstützung durch Krankenkassen und Gemeinden, beispielsweise in finanzieller oder organisatorischer Hinsicht, den Anreiz zur Praxisübernahme verstärken kann, bleibt abzuwarten. Ob sich in Deutschland (wie in den Niederlanden) in Zukunft die Tendenz zur Bildung von Gemeinschaftspraxen und zur Arbeitszeitverkürzung abzeichnen wird, ist ebenfalls schwierig vorherzusagen, hätte in dem Fall jedoch auch eine Auswirkung auf das hausärztliche Angebot.

Strukturelle Veränderungen der medizinischen Ausbildung oder eine Neuverteilung der hausärztlichen Aufgaben aus Gründen eines Hausärztemangels scheint für Deutschland momentan nicht relevant zu sein. Die Verkürzung der Ausbildungszeit durch Abschaffung des Arztes in Praktikum (AiP) oder die Reform der hausärztlichen Weiterbildung durch Einführung eines „Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin“ basieren auf anderen Überlegungen. ♦

Fußnoten

- 1 Diese Höchstsätze werden durch den Rat für die Tarife im Gesundheitswesen (College tarieven gezondheidszorg/CTG) bestimmt, der wiederum an das Gesetz über Tarife im Gesundheitswesen (Wet Tarieven Gezondheidszorg/WTG) gebunden ist.
- 2 Neben diesen Tarifen gibt es noch eine Reihe von Sonderregelungen, die hier allerdings nicht besprochen werden sollen.
- 3 Jeder Hausarzt behandelt in der Regel sowohl gesetzlich als auch privat versicherte Patienten. Dabei beträgt das Verhältnis durchschnittlich 65 zu 35 Prozent (Groenewegen & Delnoij 1997).
- 4 Auch hier gibt es weitere Sonderregelungen.
- 5 Wartelisten bestehen in den Niederlanden beispielsweise für zahlreiche Operationen.
- 6 Starke Defizite bestehen auch bei der fachärztlichen Versorgung, die fast ausschließlich in Kliniken stattfindet.
- 7 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Ministerium für Volksgesundheit, öffentliches Wohl und Sport.
- 8 Ministerie voor Onderwijs, Cultuur & Wetenschap/Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft.

Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden

- 9 Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen/Kapazitätsplanungsrat für medizinische und zahnärztliche Weiterbildungen.
- 10 Vorher führten die einzelnen Berufsgruppen (mit Ausnahme der Hausärzte) die Bedarfsplanung eigenständig durch. Hier wollte man mit der Gründung des Kapazitätsplanungsrates mehr Einheitlichkeit schaffen. Auch sollte die Planung für die Medizinstudienplätze und die Weiterbildungsplätze besser aufeinander abgestimmt werden.
- 11 Zwischen 1994-1998 gelang es der „lila“ Koalition aus Sozialdemokraten, Rechtsliberalen und Linksliberalen unter Ministerpräsident Wim Kok zwar, die Wachstumsrate der jährlichen Gesundheitsausgaben von 2,3 Prozent auf 1,9 Prozent zu senken. Warnungen über mögliche Folgen wie ein Ärztemangel wurden jedoch nicht beachtet. Momentan weist das niederländische Gesundheitswesen nicht nur auf dem Gebiet der hausärztlichen Versorgung Unterkapazitäten auf. Beispielsweise werden die Wartelisten für Operationen als großes Problem angesehen.
- 12 Nicht nur die Weiterbildungskapazitäten für Hausärzte, sondern auch für viele Fachärzte werden momentan stark erhöht.
- 13 Physician assistants entstanden als eigene Berufsgruppe erstmals Mitte der sechziger Jahre in den USA und resultierten aus einem Mangel an Haus- und Kinderärzten insbesondere in sozialen Brennpunkten der Großstädte. Sie arbeiten unter Anleitung und unterliegen der ärztlichen Verantwortung. (RVZ 2002).
- 14 Nurse practitioners entstanden zeitgleich zu den Physician assistants ebenfalls in den USA. Sie übernehmen bestimmte Aufgaben des Arztes. Sie dürfen beispielsweise einfache Beschwerden behandeln oder Präventionsmaßnahmen durchführen und arbeiten selbstständig und unabhängig vom Arzt. RVZ 2002.
- 15 Diese walk-in-centers sollten nach Vorstellung des RVZ nach englischem Vorbild gegründet werden.
- 16 Taskforce knelpunten huisartsenzorg, übersetzt Taskforce zur Bekämpfung von Engpässen in der hausärztlichen Versorgung.

Literatur

- Bosman M (2002):** Twijfel over huisartsentekort. NRC Handelsblad, 18.6.2002.
- Capaciteitsorgaan (2002):** Capaciteitsplan 2002 voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen. Advies 2002 over de initiële opleiding geneeskunde. Utrecht.
- Commissie Tabaksblat (2001):** Een gezonde spil in de zorg (rapport).

Den Haag: Ministerie van VWS.

- Coumou H/Crasborn J/Meijman F (2003):** Spreekkamer internetdokter blijft leeg. Medisch Contact 58; 18-23.
- CTG (2003):** Tariefbeschikking Nummer 5000-1000-03-1.
- Groenewegen P/Delnoij DMJ (1997):** Wat zou Nederland zijn zonder de huisartsen? De positie van huisartsen in relatie tot aard en kosten van zorg. Utrecht, Elsevier.
- Groenewegen P/Greß S (2000):** Die Auswirkungen der wettbewerbsorientierten Reformen im niederländischen Gesundheitswesen auf die Beziehung zwischen Hausärzten, Krankenkassen und Versicherten. Gesundheitswesen, 62; 568-576.
- Groot W/Maassen van den Brink H (2003):** Haal de huisarts uit het ziekenfondspakket. Het Financieele Dagblad, 18.4.2003.
- Hiddemann T (1999):** Bedarfsplanung und Zulassungsmöglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung. BKK 8; 381-388.
- Höppner K (2003):** Bedarfsplanung niedergelassener Hausärzte in Deutschland und den Niederlanden: Ein Vergleich. Master Thesis. Universität Maastricht.
- HVRC (2001):** Jaarverslag 2001 van de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie HVRC. Utrecht.
- Kenens R/Hingstman L (2001):** Cijfers uit de registratie van huisartsen – Peiling 2001. Utrecht: Nivel.
- Klose J/Uhlemann T (2003):** Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung – droht in Deutschland eine Unterversorgung? GGW 1; 7-16.
- Kopetsch T (2001):** Gehen dem deutschen Gesundheitswesen die Ärzte aus? Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung, Köln, Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kulu-Glasgow I/Delnoij DMJ/Hermans I (1997):** Ziektekostenverzekeraars en de poortwachtersfunctie van huisartsen. Formele regels en dagelijkse praktijk. Medisch Contact, 52, 4; 127-129.
- MDW (2001):** Nooit meer wachten. Minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen (rapport). Den Haag.
- Meyboom-de Jong B (2002):** De arts van straks – een nieuw medisch opleidingscontinuüm. Utrecht: Hentenaar.
- Nivel & Prismant (2002):** Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgoopleiding 2002-2012/2017/2020. Utrecht: Nivel & Prismant.
- RVZ (2002):** Taakherschikking in de gezondheidszorg: advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zoetermeer.
- STG (2002)(Stiftung zur Erstellung von Zukunftsszenarien im Gesundheitswesen):** Beroep op flexibiliteit – een toekomstverkenning voor de beroepskrachtenvoorziening in de zorgsector. Maarsen: Elsevier.
- Van der Velden L.F.J., Kenens R.J., Hingstman L. (2003):** Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden van Nederland. Utrecht: Nivel.
- Van Thiel (2001):** Arbeidsongeschiktheid onder huisartsen: Meer jonger en langduriger; in: de huisarts, 12, 34-37.

DIE AUTOREN



Karin Höppner, MHS

Studium der Gesundheitswissenschaften an der Universität Maastricht; Schwerpunkt Gesundheitsmanagement. September 2002 bis Januar 2003 Erarbeitung der Masterthesis beim WIdO, Thema: Vergleich der Bedarfsplanung von Hausärzten in Deutschland und in den Niederlanden. Seit 2003 Master of Health Science.



Prof. Johannes A. M. Maarse

Studium der Soziologie und Politikwissenschaften an der Katholischen Universität Nijmegen, 1973-1976 Assistant Professor Universität Amsterdam, 1976-1986 Assistant Professor im Department of Public Administration, Universität Twente, 1986-heute Professor für Politikwissenschaften mit besonderem Bezug Gesundheitsversorgung an der Universität Maastricht.