

161

Wanted: Der Hausarzt

Politik und Kassen sehen Hausärztinnen und Hausärzte als Dreh- und Angelpunkt der Gesundheitsversorgung. Doch der Nachwuchs in der Allgemeinmedizin scheint knapp zu werden. Auf der Suche nach den Ursachen befragten Norbert Schmacke, Heidi Niehus, Maren Stamer und Bettina Berger angehende und niedergelassene Mediziner zu ihrem beruflichen Selbstverständnis.

Ein merkwürdiger Widerspruch: Die Politik unternimmt massive Anstrengungen, die hausärztliche Versorgung aufzuwerten – und parallel häufen sich die Klagen über unbesetzbare Praxissitze vor allem in ländlichen Regionen und über schwindendes Interesse des ärztlichen Nachwuchses an der hausärztlichen Tätigkeit im Allgemeinen. Hinterlegt wird dies seitens mancher Ärztefunktionäre mit der Beschwörungsformel, staatsmedizinischer Dirigismus verleide immer mehr jungen, leistungswilligen Ärzten die Lust am Beruf und fördere die Abwanderung in die Industrie und ins Ausland.

Höhere Zufriedenheit in Nachbarländern. Nach zahlreichen Berichten scheint im Ausland wirklich vieles attraktiver zu sein für das Ergreifen einer hausärztlichen Tätigkeit. Eine Ärztegruppe berichtet im Internet (www.argomed.ch, siehe *Kasten Lesetipps*) von einer Studienreise nach Dänemark: Die meisten Hausärzte arbeiten dort inzwischen in Gruppenpraxen, die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 37 Stunden, das Gehalt von Fachärzten in Klinik und Praxis ist auf gleichem Niveau, Notfalldienste und Beratungstätigkeit für die Gemeinde werden getrennt vergütet, eHealth ist Standard und die Zufriedenheit der Mediziner ist hoch.

Die Zeitung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein berichtet über eine ähnlich hohe Zufriedenheit von Hausärzten in England, Frankreich und den Niederlanden. Wörtlich heißt es unter anderem: „Die Zusammenarbeit mit anderen professionalisierten Heilberufen entlastet die Hausärzte ungemein. Die Wertschätzung von Hausärzten scheint höher, ebenso die Zufriedenheit mit dem Arbeitsalltag. (...) Die anderen Gesundheitssysteme sind meist kostengünstiger

als das deutsche; die Hausärzte verdienen anderswo aber mindestens genauso viel. Wo versickert das Geld, das bei uns nicht in der primären Versorgungsebene ankommt?“

Konzepte zur Hausarzt-Entlastung. In einem Land wie Deutschland mit einer sehr hohen Arztdichte scheint es dagegen besondere Schwierigkeiten zu geben, ein weltweit hoch geschätztes Feld der Medizin zukunftsfest zu gestalten. Vorschläge zur Behebung des „Ärztlemangels“ häufen sich. Die Rezepte lauten in der Regel: mehr Geld und mehr angestellte

Projektskizze: Interviews mit Ärzten und Studierenden

„Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte“

FÖRDERUNG: AOK-Bundesverband, **LAUFZEIT:** 1.10.2006 – 31.12.2007

MITARBEITERINNEN: Heidi Niehus, Bettina Berger, Maren Stamer, Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung in der Freien Hansestadt Bremen

LEITUNG: Prof. Dr. Norbert Schmacke, Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung; Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen

REGIONEN: Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein

ABLAUF: 32 Interviews, davon 15 mit Studenten und Studentinnen unterschiedlicher Hochschulen sowie 17 mit hausärztlich tätigen Ärzten und Ärztinnen (einschließlich Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten)

METHODEN: Leitfadengestützte qualitative Interviews nach Meuser und Nagel (2005), Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, 2003)

BERICHT: unter www.ahg.uni-bremen.de (Arbeitspapier 05/2008)

Ärzte in Hausarztpraxen sowie Förderung der Medizinischen Versorgungszentren. Als inhaltliche Bereicherung der Debatte ist seit dem Forschungsprojekt AGnES (arztentlastende, gemeindenahe, e-Healthgestützte, systemische Intervention) der Universität Greifswald die Thematik „Entlastung von Ärzten durch Pflegekräfte“ hinzugekommen. Das Konzept basiert auf der Delegation hausärztlicher Leistungen an nichtärztliches Praxispersonal (überwiegend Pflegekräfte) und wurde speziell für Regionen, in denen hausärztliche Unterversorgung angenommen wird, entwickelt. Bundes- und Landespolitik sehen in diesem Projekt offenbar bereits einen Durchbruch. Am 14. März 2008 wurde im Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes eine Ergänzung im Sozialgesetzbuch (SGB) V, Paragraph 87 verabschiedet. Damit beauftragt der Gesetzgeber den Bewertungsausschuss der Kassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, mit Wirkung zum 1. Januar 2009 eine Vergütungsregelung für ärztlich angeordnete Leistungen in der Häuslichkeit der Patienten zu treffen. Mit dieser Änderung wurde ein Vorschlag der Arbeitsgruppe AGnES aufgegriffen, an der insbesondere Vertreter der Sozialministerien aller neuen Bundesländer beteiligt sind.

Das Umdenken hat begonnen. Der Blick in die internationale Literatur scheint zu bestätigen, dass die Politik auf dem richtigen Weg ist (Künzi und Detzel 2007, *siehe Kasten Lesetipps*). Von einem großen Wurf kann man aber wohl noch nicht sprechen, so sehr ein Umdenken (Erhöhung des Status nicht-ärztlicher Berufsgruppen) damit auch in Deutschland begonnen hat. Mit deutlicher Zeitverzögerung wird immerhin nun

Zitate von Medizin-Studierenden und Ärzten

„(...) vielleicht liegt es auch daran, dass man einfach schon gleich kategorisiert. So ich lern' jetzt was über die Niere, das macht später mal der Nephrologe. So und wenn dich was mit dem Herz interessiert, dann wirst du mal Kardiologe. Und die Allgemeinmedizin ist dann vielleicht auch einfach zu schlecht vertreten. So, wann sagt man schon mal, ja das macht der Allgemeinmediziner.“ *Studierende/r der Medizin*

„(...) ich will immer nur Teilzeit arbeiten. Weil ich auch Familie möchte und nicht nur ein Kind (...). Also ich kann nicht nur Arzt sein, das geht nicht. Und selbst wenn man Teilzeit arbeitet, dann ist man ja trotzdem noch seine fünf, sechs Stunden in der Klinik (...). Und wenn 'ne Niederlassung vielleicht möglich ist, dann eher wahrscheinlich in 'ner Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft (...).“ *Studierende/r der Medizin*

„Also Qualität der Weiterbildung, dazu muss ich sagen, es fand Null, wirklich Null strukturierte Weiterbildung statt.“ *Arzt/Ärztin*

„Dann hab ich noch unheimlich Glück gehabt, dass ich 'ne Chirurgienstelle in der Klinik kriegte in Teilzeit, (...) ich hab die Nachtdienste abgegeben an die Kollegen, die alle viel Geld verdienen wollten. (...) es war immer familienkompatibel, sonst hätte ich das nicht machen können.“ *Arzt/Ärztin*

Die Zitate stammen aus dem Projekt „Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte“ (siehe Projektskizze auf Seite 37).



Das Einbeziehen nicht-ärztlicher Berufe in die ambulante Versorgung spart vermutlich keine Kosten.

hierzulande wahrgenommen, dass nichtärztliche Gesundheits-experten eine ganze Reihe von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren genauso wirksam anwenden können wie approbierte Mediziner. Dennoch bleiben viele Fragen unbeantwortet. Das betrifft nicht nur die Kostenfrage – die Versorgung wird mit der stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Berufsgruppen entgegen stiller Erwartungen der Politik vermutlich nicht kostengünstiger. Unklar ist aber vor allem auch, ob im Lichte des demografischen Wandels hier nicht eine Verschiebung des Fachkräftemangels von der Medizin zur Pflege stattfindet und ob die gebahnten Delegationen ärztlicher Aufgaben tatsächlich zu einer Stärkung der Autonomie und des Status der Pflege führen oder eher zu einer (vielleicht ungewollten) Abwertung des Pflegeberufs.

Noch wenig Beachtung hat bisher die Neufassung des Paragraphen 63 SGB V gefunden: Er ermöglicht Modellvorhaben, in denen Kranken- und Altenpflegekräfte die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln übernehmen sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege und deren Dauer entscheiden. Der Protest vieler Ärzteverbände hat allerdings nicht auf sich warten lassen.

Ärztliches Selbstbild in Interviews erfasst. Bei all diesen Fragen spielt die Kooperationsbereitschaft der Ärzteschaft eine herausragende Rolle. Wie es um das Selbstverständnis der heranwachsenden Medizinergeneration und der praktizierenden Hausärzte bestellt ist, wie in ihrer Wahrnehmung hausärztliche Versorgung in Zukunft aussehen kann und wie sich das Selbstbild künftiger und jetziger Hausarztgenerationen darstellt, das waren einige der Kernfragen einer vom AOK-Bundesverband geförderten, qualitativen Studie der Universität Bremen (*siehe Kasten „Projektskizze: Interviews mit Ärzten und Studierenden“ auf Seite 37*).

Nachfolgend stellen wir zunächst einige ausgewählte Forschungsergebnisse aus dem Projekt vor und beleuchten dann im Lichte internationaler Publikationen die Frage, vor welchen grundsätzlichen Herausforderungen eine moderne hausärztliche Versorgung (primary care, family medicine, general medicine) steht. Das erlaubt unseres Erachtens, einige begründete Vermutungen anzustellen, inwieweit die heutige „Hausarztdebatte“ nach wie vor sehr eng geführt wird.

Psychosoziale Kompetenz ist gefragt. Auf den ersten Blick mag es erstaunlich wirken, dass die Interviewpartner Schwierigkeiten hatten, den Kern hausärztlicher Tätigkeit klar herauszustellen. Statt zu betonen, was „das Eigene“ ist, das hausärztliche Tätigkeit vom Spezialistentum unterscheidet, findet sich eher ein Klagen über Zuständigkeitsverluste (Mütterberatung, Röntgen, Kleine Chirurgie). Die Befragten artikulierten durch die Schilderung der Herausforderungen vor allem bei der Begleitung chronisch Kranker zwar die hohe Bedeutung psychosozialer Kompetenzen. Der Erwerb dieser Fähigkeiten wird jedoch nicht als Chance oder Problem beleuchtet. Eher gewannen wir aus den Interviews den Eindruck, solche Befähigungen bringe der Arztberuf quasi automatisch mit sich.

Wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Zeiten für die theoretische Weiterbildung in Allgemeinmedizin deutlich kürzer gehalten sind als ursprünglich veranschlagt war, dann verwundert es fast nicht, welchen geringen Stellenwert die Beschäftigung mit theoretischen Grundlagen bislang in der Sozialisation zur Allgemeinmedizin hat. Dem entspricht der weit verbreitete Eindruck, dass die berufsrechtliche Aufwertung der Allgemeinmedizin nichts daran hat ändern können, dass nach wie vor zwischen Hausärzten und „richtigen“ Fachärzten unterschieden wird – und dass sich dies auch im Bewusstsein der betroffenen Gruppe widerzuspiegeln scheint. Aus den Interviews mit Studierenden und niedergelassenen Medizinerinnen lässt sich mit gebotener Vorsicht ableiten, dass die Reformansätze hier einen Neuanfang signalisieren: Frühe kritische Auseinandersetzung mit Patientenschicksalen und Blockpraktika in der Allgemeinpraxis bleiben positiv haften, auch wenn der große Bogen zu einer Theorie der hausärztlichen Versorgung damit noch nicht geschlagen wird.

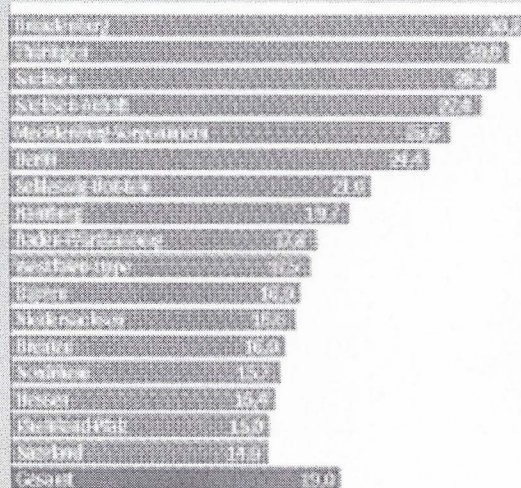
Mängel in der Weiterbildung. In der Weiterbildungszeit dominiert dann etwas anderes: die anstrengende und häufig frustrierende Suche nach Weiterbildungsstellen, das Gefühl, als billige Arbeitskraft missbraucht zu werden und insgesamt der Eindruck eines heillosen Chaos, einer unerhörten Verantwortungslosigkeit des Systems. Deshalb drängt sich die Frage auf, ob angesichts der enormen Mittel, die Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen in die Unterstützung der Weiterbildung einspeisen, nicht ein radikaler Neuanfang der Strukturierung der Weiterbildungsinhalte und -abläufe versucht werden muss, wie ihn nicht zuletzt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin seit langem fordert. Auch wie eine höhere Verantwortung der Krankenhäuser für diese Weiterbildungsabschnitte erreicht werden kann, ist längst nicht geklärt.

In einer Dissertation hat Heinrich 2006 (*siehe Kasten Lesetipps*) gezeigt, wie wenig sich in Deutschland das international bewährte Modell der Weiterbildungsverbünde zur Ausbildung von Hausärzten durchgesetzt hat. Regionalen Weiterbildungsverbünden liegt die Idee einer Kooperation zwischen Klinikabteilungen und allgemeinmedizinischen Praxen zugrunde mit dem Ziel, eine qualitativ hochwertige, sektor- und fachübergreifende, koordinierte fünfjährige Weiterbildung anbieten zu können. In solchen Verbünden können, so Heinrich et al. (2006, *siehe Kasten Lesetipps*), „Weiterbildungsassistenten durch ein Rotationsprinzip mehrere – idealerweise alle – erforderlichen Disziplinen in der stationären und ambulanten Versorgung durchlaufen“. Statt individuell zu organisierenden einzelnen Weiterbildungsabschnitten entsteht auf diesem Wege sowohl auf Ausbilder- als auch auf Ausbildungsseite mehr Planungssicherheit.

Diese Frage steht in einem wohl noch immer nicht richtig verstandenen Zusammenhang mit der schwachen Repräsentanz der Allgemeinmedizin in der universitären Forschung und Lehre. Solange die primär an Hochleistungsmedizin interessierten medizinischen Fakultäten nicht verstehen, dass sie eine hohe Verantwortung für die Qualifizierung der nächsten Generationen von Hausärzten tragen und auch ihre Forschung daraufhin ausrichten müssen, werden die beklagten Missstände schwer abzustellen sein. Im Hinblick auf die Versorgungsprobleme strukturschwacher Regionen wäre zu-

Überaltert: Hausärzte in den neuen Bundesländern

Anteil der über 60-jährigen Hausärzte* nach
Kassenärztlichen Vereinigungen Angaben in Prozent



* Allgemeinärzte, praktische Ärzte, nicht fachärztlich tätige Internisten ohne Kinderärzte

Quelle: Bundesarztregister zum 31.12.2006, WIdO

Bald im Ruhestand: In Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sind rund 30 Prozent aller Hausärzte 60 Jahre und älter – höchste Zeit, für ausreichend Nachwuchs in der Allgemeinmedizin zu sorgen.

dem zu überlegen, ob dort nicht künftig gezielt wissenschaftlich gestützte Weiterbildungsverbünde aufgebaut werden müssen. Dies wäre ein innovativer Beitrag zur Wertschätzung der Allgemeinmedizin.

Zwischen Nähe und Distanz. Zu den Kernthemen, die in Forschung, Lehre und Weiterbildung heute noch viel zu wenig



Wer aus der Großstadt
stammt, lässt sich
schwerer für das
Hausarzt-Dasein auf dem
Lande motivieren.

Beachtung finden, gehört nach unserem Eindruck das Feld „Nähe und Distanz in der Allgemeinmedizin“. In unseren Interviews wird sehr deutlich, dass die Gesprächspartner um zwei Pole herum gruppiert sind. Auf der einen Seite wird Nähe zu den Patienten als das entscheidende Wesensmerkmal hausärztlicher Tätigkeit verstanden. Auf der anderen Seite scheinen Besorgnisse auf, durch zu große Nähe zu viel an eigener Lebensqualität verlieren zu können. Und genau dieses, der hausärztlichen Tätigkeit vermutlich unauflösbar innewohnende Spannungsverhältnis ist nun aber bis heute nicht ausreichend Gegenstand von Lehre und Praxisreflexion – jedenfalls nicht außerhalb von lobenswerten Reformstudiengängen oder von einigen Qualitätszirkeln im ambulanten Bereich. Wirft man einen nur flüchtigen Blick auf das gewandelte Krankheitspektrum in der heutigen Bevölkerung, dann wird deutlich, wie sträflich diese Vernachlässigung an Training in verlässlicher Begleitung von Kranken ist, die nicht in Selbstaufgabe oder Burning-out der Akteure mündet.

Unterschätzen Ärzte die Pflege? In diesem Zusammenhang interessierte uns auch, welche Haltungen zum Thema „Zusammenarbeit mit der Pflege“ auffindbar waren. Es lohnt sich, noch einmal daran zu erinnern, welch hoher Stellenwert diesem Thema öffentlich eingeräumt wird, nicht zuletzt im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Im Kontext unserer Interviews gewannen wir den Eindruck eines eher klassischen ärztlichen Selbstverständnisses. Während das Qualifikationsprofil der Pflege generell nicht sehr hoch bewertet wird, scheint Zusammenarbeit vornehmlich als eine Delegation von Aufgaben

unter Beibehaltung ärztlicher Kontrolle gefasst zu werden. Die politische Vision einer Entlastung im Alltag findet demnach in den Interviews nur einen bedingten Widerhall. Und immer wieder werden rechtliche Bedenken in Sachen Verantwortung für die Therapie geltend gemacht.

Zudem könnte aber auch eine Rolle spielen, dass in Ansätzen geäußerte Unsicherheiten zum Tragen kommen, inwieweit eine stärkere Einbindung von Pflegekräften in den Behandlungs- und Begleitungsprozess zu einer Schwächung der Hausarztrolle führen könnte. Dies alles passt zu der Einschätzung von Adelheid Kuhlmei (2007, *siehe Kasten Lesetipps*), Mitglied des Sachverständigenrates, wonach das Haften der unterschiedlichen Partner des Versorgungsprozesses in ihrem jeweiligen kulturellen Milieu „die Sicht auf das Zukünftige oft unmöglich“ erscheinen lässt.

Beruf und Familie vereinbaren. Bleibt abschließend die Frage, wie es um die Work-Life-Balance, also das Gleichgewicht zwischen Beruf und Privatleben in den Interviews bestellt ist. Dass die „Bedeutsamkeit privater Lebensgestaltung“ kein soziologischer Modernismus ist, sondern ein wichtiger Punkt für Forschung und Planung zu Versorgungsperspektiven, ist unstrittig. Dabei fanden wir zum einen bestätigt, dass für Medizin-Studierende der Herkunftsort einen starken Bezug zu der Frage hat, welchen Studienort sie auswählen und wo sie sich eine Berufstätigkeit vorstellen können. Trotz der begrenzten Interviewzahl zeigt sich unseres Erachtens erneut, dass es

Themen-Schwerpunkte der Interviews

Kernfragen an Studierende:

- Wie erleben Studierende der Medizin ihr Studium? Und wie kommt es zur Auswahl einer Spezialisierung/eines Fachgebietes?
- Wie entwickeln sich differente Wertigkeiten unterschiedlicher Fachgebiete im medizinischen Studienkontext?
- Wie wird Allgemeinmedizin als Lehr- und Forschungsgebiet im universitären Rahmen wahrgenommen?
- Welche Vorstellungen und Wünsche existieren bezüglich der persönlichen Berufs- und Lebensperspektive (Einkommenserwartungen, Vorstellungen zum Spannungsverhältnis Autonomie und Unterstützung, Stellenwert der Familie)?
- Wie können Studierende stärker für die Allgemeinmedizin interessiert beziehungsweise gewonnen werden?

Kernfragen an niedergelassene Hausärzte:

- Wie erleben niedergelassene Hausärzte ihre derzeitige Situation und welche Wünsche existieren bezüglich Veränderung beruflicher Rahmenbedingungen?
- Wie werden allgemeinmedizinische Kernkompetenzen beschrieben?
- Welche Motive und Hintergründe liegen hausärztlichen Niederlassungen in strukturschwachen Regionen zugrunde?
- Welche Vorstellungen haben Ärzte zu bestehenden wie neuen Versorgungsstrukturen und -konzepten, explizit solchen, die eine berufsübergreifende Zusammenarbeit vorsehen oder fördern?
- Wie werden Weiterbildungsqualität und Weiterbildungsstrukturen erlebt und eingeschätzt?

Quelle: Schmacke et al.

Das idealisierte Hausarztbild wird in der Realität weder akzeptiert noch gelebt.



sehr wichtig ist, das Rekrutierungsthema systematisch auf die Tagesordnung zu setzen: Es wird ungleich leichter sein, Studierende mit Herkunft aus einer ländlichen Region für eine hausärztliche Tätigkeit in gewohnter Umgebung zu motivieren als Großstadtkinder, die vor allem die Nachteile ländlicher Lebensformen sehen.

Es kann nicht ernsthaft überraschen, dass Männer und Frauen deutlich unterschiedliche Akzente zum Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie setzen. Die Schilderungen der Studierenden und der Ärzte in Weiterbildung verdeutlichen aber, dass es höchste Zeit ist, im stationären und im ambulanten Versorgungssektor nach generellen Lösungen für eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit zu suchen. Blickt man in die Debatten von Kommunen und Ländern, so wird dieses Problem zwar immer häufiger angesprochen. Es erscheint nach unserem Eindruck aber überfällig, den Dialog mit den kommenden Arztgenerationen an diesem Punkt systematischer und nachhaltiger zu führen.

Rolle der Allgemeinmedizin überdenken. Werden diese hier ausschnittsweise vorgestellten Ergebnisse mit internationaler Literatur verglichen, dann ergeben sich weitere Verallgemeinerungen, welche die momentane Debatte um die Zukunftsperspektive hausärztlicher Versorgung erweitern sollten.

Aus vielen Ländern wird berichtet, dass es offenbar notwendig ist, ein neues Bild der Rolle von Allgemeinmedizin (primary care) zu entwickeln, das den Patientenerwartungen wie den Selbstbildern der nachwachsenden Arztgenerationen gleichermaßen entspricht. Man könnte auch sagen: Es geht um den Abschied von einem idealisierten Hausarztbild, das in der Realität weder akzeptiert noch gelebt wird.

Bedenken bezüglich einer Überforderung durch den Beruf äußern Medizin-Studierende nicht allein gegenüber der All-

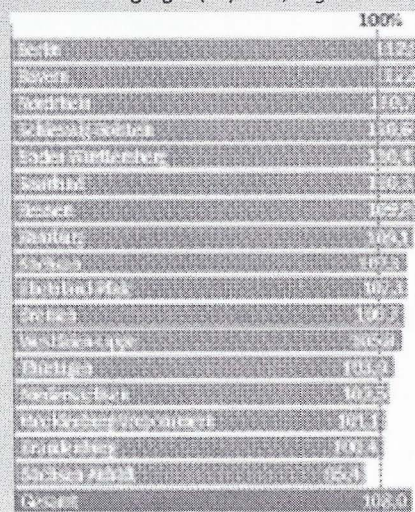
gemeinmedizin. Auch im Hinblick auf die Ausübung des Berufes in einem „Heldenfach“ wie der Chirurgie stellen nachfolgende Ärzte dieselben kritischen Fragen nach Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit. Die Frage nach einer besser akzeptierten Work-Life-Balance muss überhaupt nicht kulturpessimistisch gesehen werden, wenn akzeptiert wird, dass Wertmaßstäbe sich über die Generationen hinweg unabhängig von der Ausübung einzelner Berufe nachhaltig verändern können. Es geht vielmehr darum, die Voraussetzungen zu schaffen, unter denen Frauen und Männer bereit sind, sich den ja gerade bezüglich hausärztlicher Versorgung fraglos hohen gesellschaftlichen Erwartungen zu stellen.

Fragen der Arbeitsteilung untersuchen. Auch in Ländern mit einer weiter entwickelten Zuweisung von Rollen an die verschiedenen Fachberufe scheinen sowohl von Patienten- wie von Arztseite Fragen nach der Verlässlichkeit von Kooperationsstrukturen und nach der Verantwortlichkeit für die Begleitung im Krankheitsverlauf auf. Es wirkt fast bizarr, dass trotz der offenkundig hoch differenzierten Arbeitsteilung in der medizinischen Versorgung derartige Fragen weitaus schlechter untersucht sind als für industrielle Arbeitsabläufe.

Viele andere Länder arbeiten zudem seit Jahrzehnten an der Frage, wie durchaus noch deutlich stärkere Ungleichverteilungen von Ärzten zwischen ländlichen und großstädtischen Regionen abgemildert werden können. Gezielte Rekrutierung ist eine Antwort, verlässliche Mentorensysteme eine zweite, und Geschlechterorientierung (nicht nur) bezogen auf Aus-, Fort- und Weiterbildung eine dritte. Gleichwohl gilt es wohl

Hausarztichte: Mangel auf Landesebene kaum sichtbar

Gesamt-Versorgungsgrad mit Hausärzten (Soll-Ist-Vergleich nach Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) 2007, Angaben in Prozent)



Quelle: KBV/WIIO, Stand 2007

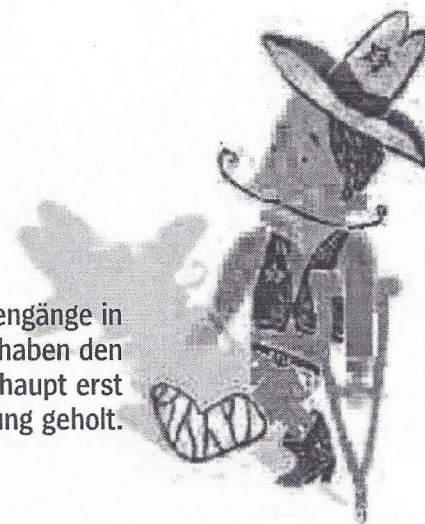
In der Gesamtbetrachtung praktizierten in fast allen Kassenärztlichen Vereinigungen (Ausnahme: Sachsen-Anh.) im Jahr 2007 mehr Hausärzte, als in der Bedarfsplanung vorgesehen. Im Detail zeigt sich: Von 395 Planungsbereichen waren 173 überversorgt (Versorgungsgrad größer 110 Prozent), 21 Bereiche wiesen jedoch einen Versorgungsgrad von unter 90 Prozent auf.

auch realistisch zu sehen, dass es für die Medizin in strukturschwachen Regionen keine Insellösungen geben kann, wenn alle anderen vitalen Lebensbereiche ein hohes Maß an Ungleichheit gegenüber städtischen Regionen aufzeigen. Dies weist auch auf die enorme Bedeutung von Strukturpolitik in den Bereichen Arbeit, Soziales und Kultur hin.

Migration von Ärzten und Pflegekräften. Und schließlich das Thema Abwanderung von Ärzten ins Ausland: Es ist schon erstaunlich, dass die ärztliche Migration als „Sonderfall“ begriffen wird. Mediziner wandern wie andere auch von Süd nach Nord und von Ost nach West oder auch in andere Richtungen. Warum das grundsätzlich skandalös sein soll, müsste noch diskutiert werden.

Fast alle Staaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), also die hoch entwickelten Industriestaaten, klagen über einen Mangel an Mediziner- und Krankenpflege-Nachwuchs. Nach Angaben des „OECD International Migration Outlook 2007“ sind bereits elf Prozent aller Krankenpflegekräfte und 18 Prozent aller Ärzte innerhalb der OECD aus Nichtmitgliedsländern eingewandert. Nach einer aktuellen, bisher unveröffentlichten Studie der OECD hat sich seit der Erweiterung der Europäischen Union um zwölf Staaten die Abwanderung von Ärzten und Krankenpflegepersonal ins europäische Ausland verstärkt. Die meisten Auswanderer stammen aus den osteuropäischen und baltischen Staaten. Der Migrationsforscher Klaus Bade hat

Reformstudiengänge in der Medizin haben den Patienten überhaupt erst in die Ausbildung geholt.



immer wieder darauf hingewiesen, dass es eine allgemein verstärkte Wanderung von Akademikern aus Deutschland ins Ausland gibt, die keinesfalls nur Mediziner betrifft (Bade 2007, siehe *Kasten Lesetipps*). Ein Land, das sich bis vor kurzem geweigert hat, Migration als zentrales Thema zu behandeln, wird hier offenbar in ungewohnter Weise eingeholt.

Reformschritte konsequent verfolgen. Lässt sich ein Fazit ziehen? Vereinfacht hängt die Zukunftssicherung hausärztlicher Versorgung zum einen davon ab, ob richtige und wichtige Reformschritte deutlich konsequenter als bisher verfolgt werden. Dazu gehören die Reformstudiengänge der Medizin, die gewissermaßen den Patienten überhaupt erst in die Ausbildung geholt haben. Und dazu gehören Unterstützungs- und Entlastungsansätze für die Praxis wie beispielsweise eine verlässliche Regelung der Notarzt-Dienste und Mentorensysteme. Es gibt zweitens richtige Ansätze, die nur zögerlich oder widersprüchlich in die Praxis umgesetzt werden. Dazu gehört das Curriculum Allgemeinmedizin der Ärztekammern, das an Prägnanz verloren hat, dazu gehören auch die überwiegend enttäuschenden Versuche der Organisierung der Weiterbildungsabschnitte im stationären und ambulanten Sektor für künftige Hausärzte.

Und es gibt drittens übergeordnete Fragen, deren Lösung noch kaum erkennbar ist. Dazu zählt die viel zu geringe Bereitschaft, sich in Forschung und Lehre mit einer zeitgerechten Identitätsbildung von Hausarztmedizin ernsthaft auseinanderzusetzen. Dazu zählt auch die in Deutschland sehr spät begonnene, vorsichtige und unausgereifte Debatte um eine Neuorientierung der Rollen und Zusammenarbeit in der medizinischen Versorgung. Und dazu zählt schließlich die nachhaltige Auseinandersetzung mit der Bewältigung der Anforderungen durch Beruf, Familie und Partnerschaft. Der sich abzeichnende Mangel an hausärztlichem Nachwuchs in „strukturschwachen“ Regionen könnte die Geburtshilfe in der Auseinandersetzung mit derartigen Fragen spielen. ■

Professor Norbert Schmacke leitet die Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung an der Universität Bremen.

Heidi Niehus, Maren Stamer und Bettina Berger sind Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung. **Kontakt:** schmacke@uni-bremen.de

Web- und Lesetipps

- www.argomed.ch -> Öffentlichkeit -> Publikationen -> Studienreise nach Dänemark (geprüft 18.6.2008)
- <http://fodb.uni-greifswald.de> -> Projekte -> Zugang über Titel -> A -> AGnES (geprüft 18.6.2008)
- www.kvno.de -> Mitglieder -> KVNOaktuell online Mai 2008 -> (geprüft 18.6.2008)
- Bade, KJ. (2007): Versäumte Integrationschancen und nachholende Integrationspolitik. In: ders./Hiesserich (Hg.). *Nachholende Integrationspolitik und Gestaltungsperspektiven der Integrationspraxis*. V&R unipress, Göttingen
- Heinrich, W. (2006): *Weiterbündungsverbünde Allgemeinmedizin in Deutschland*. Inaugural-Dissertation. Fachbereich Humanmedizin der Universität Marburg.
- Heinrich, W.; Czypionka, B.; Baum, E.; Donner-Banzhoff, N. (2006): Weiterbündungsverbünde Allgemeinmedizin in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. *Z Allg Med* 2006, 82, S. 441-445
- Kuhlmei, A. (2007): Rollenwandel im Gesundheitswesen. *G+G Gesundheit und Gesellschaft* 10/2007, S. 25-29.
- Künzi, K.; Detzel P. (2007): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Literaturübersicht und Einschätzung von Berufsvertreter/innen, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hg.). Arbeitsdokument 27, Neuchâtel
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten (Kurzfassung)

weitere Literatur über: schmacke@uni-bremen.de