

201 185

Wie viele und welche Ärzte braucht das Land?

von Norbert Schmacke¹

ABSTRACT

In den öffentlichen Diskussionen um den Ärztemangel schwingt noch immer mit, es könne das Ziel sein, den Status quo im Wesentlichen beizubehalten und hier und dort gar noch Versorgungslücken zu schließen. Es wird aber nicht möglich sein, die alten Verhältnisse wiederherzustellen oder auch nur zu erhalten, selbst wenn mit enormen Anreizen für die nachwachsenden Arztgenerationen gearbeitet wird. Es erscheint daher sinnvoller, die entstandene Diskussionsbereitschaft dafür zu nutzen, nach neuen Wegen einer als angemessen zu betrachtenden Versorgung zu suchen. Dabei können angloamerikanische Erfahrungen mit einer stärkeren Orientierung der Versorgung hin zu Primary Care sinnvoll genutzt werden. Insgesamt steht die Versorgungsforschung vor der großen Herausforderung, Studiendesigns zu entwickeln, die für größere Transparenz und Vertrauen in künftige Reformen sorgen können. Eine realistische Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ist auf erhebliche Investitionen in derartige Systemforschung angewiesen.

Schlüsselwörter: Ärztemangel, Versorgung, Versorgungsforschung, Primary Care

In public discussions about the shortage of physicians, the notion still resonates that the aim is to basically maintain the status quo and close some gaps in medical care here and there. However, restoring or even maintaining the old conditions will not be possible, even if there are enormous incentives for future generations of physicians. Therefore, it makes sense to use the present willingness to discuss the problem to look for new ways of an appropriate medical care. In this respect, it would be useful to take Anglo-American experiences with a stronger orientation towards primary care into consideration. Overall, health services research faces the major challenge to develop study designs that may provide greater transparency and confidence in future reforms. A realistic development of the German health care system depends on significant investments in such research.

Keywords: shortage of physicians, medical care, health services research, primary care

1 Einleitung

Wo immer Medien über Probleme im Gesundheitswesen berichten: Auch im Jahr 2013 ist weiterhin die Rede vom Ärztemangel. Der Begriff hat sich in der deutschen Sprache ebenso eingebürgert wie „physician shortage“ in der englischen. Es klingt plausibel: Frei werdende Arztsitze sind seit einigen Jahren in Deutschland zum Teil trotz intensiver Bemühungen nicht wiederzubeseetzen, Krankenhäuser suchen in bestimmten Bereichen verzweifelt nach Ärztinnen und Ärzten – der Mangel liegt scheinbar auf der Hand. Eine Tatsache ist nicht zu bestreiten: Die gewohnte Ärzteverteilung ist nicht mehr haltbar. Das zeigen vor allem

die Probleme, Arztsitze im ländlichen Raum 1:1 wiederbesetzen zu können. Wer daran anknüpfend sagt, „und das wird auch nicht zu ändern sein“, erntet bislang immer noch aus unterschiedlichen Motiven Widerspruch. Grund genug, erneut darauf hinzuweisen, dass viele Fragen im Umfeld der Debatte über den Ärztemangel noch nicht diskutiert werden (Schmacke 2006). Nachfolgend sollen daher einige weiterhin zentrale Fragen intensiver beleuchtet werden. Der Text greift in Teilen auf das Gutachten „Die Zukunft der Allgemeinmedizin“ zurück, das der Autor Anfang des Jahres für den GKV-Spitzenverband erarbeitet hat, wobei die Bedeutung des Gender-Themas in diesem Artikel nur gestreift wird (Schmacke 2013b).

¹Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen • Grazer Straße 4 • 28359 Bremen
Telefon: 01520 8987285 • E-Mail: schmacke@uni-bremen.de • www.ipp.uni-bremen.de

2 Was heißt Bedarf?

Anfang 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die neue Bedarfsplanungsrichtlinie verabschiedet. Zu offensichtlich war der Reformbedarf: Die Ungleichverteilung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zwischen ländlichen und städtischen Regionen als auch innerhalb der Ballungszentren hatte trotz stetig wachsender Ärzte- und Therapeutenzahlen zugenommen.

Die Hauptidee der Reform war, die Planungsbezirke kleiner zu fassen, um damit die Ungleichverteilung zwischen über- und unterversorgten Regionen besser als bisher ausgleichen zu können. Die zweite Idee war, mehr Hausärzte und Psychotherapeuten zuzulassen, um den öffentlich immer stärker diskutierten Mangel in strukturschwachen Regionen zu beheben. Bedarfsplanung heißt aber auch damit weiterhin nicht, Bedarf auf dem Boden patientenrelevanter Daten definiert zu haben und die Versorgungsmuster daran Schritt für Schritt auszurichten. So überfällig die Reform der Bedarfsplanung mit anderen Worten auch war, so sehr sind die Grenzen dieses Ansatzes zu erkennen. Es kommt darauf an, noch einmal eine breite Diskussion über die Frage zu ermöglichen, wie Bedarf an qualifizierter Versorgung für morgen und übermorgen neu gefasst werden sollte: Dabei spielt die Ärzteverteilung fraglos eine wichtige, aber keineswegs die allein ausschlaggebende Rolle.

Nun ist Bedarf im Gesundheitswesen grundsätzlich nicht klar definiert. Was als angemessen betrachtet wird, ist immer ganz wesentlich eine Frage regionaler und nationaler Traditionen. Wer weite Wege ins Krankenhaus und zu Spezialisten gewohnt ist, kommt nicht auf die Idee, den Kardiologen in zehn Kilometern Entfernung für erforderlich zu halten. Wer andererseits seine Ärztinnen und Ärzte normalerweise in 30 Minuten erreichen kann, wird im Zweifelsfall die Schließung einer Augenarztpraxis in der Nähe als Skandal begreifen. Das ist die eine Wahrheit. Die andere lautet: Es lohnt sich gerade deswegen, genauer darüber nachzudenken, in welchem Verhältnis die Zahl der tätigen Professionellen und die Formen ihrer Zusammenarbeit zur Qualität der Behandlungsergebnisse und zur Lebensqualität der Patientinnen und Patienten steht. Und es ist dabei eine zentrale Frage, wie stark die Rolle der Generalisten bei der Strukturierung der Versorgung ist. Derart radikale Fragen stören noch die eingeschliffenen Verhandlungsroutinen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen ebenso wie das Denken in der Gesundheitspolitik in Bund und Ländern – und sie widersprechen erst einmal auch dem gesunden Menschenverstand, der sich von Alltagserfahrungen leiten lässt – und danach kann es nie genug an ärztlicher Versorgung geben. Dies ist nicht leicht dahin gesagt, sondern durch nachprüfbare Daten belegt.

So betitelte das New England Journal of Medicine einen Artikel zum Thema Ärztemangel mit den Worten „Physician Workforce Crisis? Wrong Diagnosis, Wrong Prescription“ (Goodman und Fisher 2008). Die Autoren verbanden in ihrer Analyse Daten zur Ungleichverteilung von Ärztinnen und Ärzten mit Daten zu den Indikatoren Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit. Es zeigte sich, dass beide Indikatoren keinen Zusammenhang zur Arztdichte aufweisen, ganz im Gegensatz zur Ausgabenseite. Die Autoren weisen dabei auf den Extremfall Massachusetts hin, wo sich seit 1979 die Arztzahlen verdoppelt hatten und dennoch Klagen über einen Ärztemangel nicht verstummen wollten. In Deutschland beginnt die empirische Auseinandersetzung zu diesen Fragen recht spät – und gibt Hinweise darauf, dass es sehr wohl möglich ist, zum Thema „Bedarf“ eine ordentliche Diskussionsgrundlage zu schaffen. Für Deutschland wurde untersucht, wie es um den Einfluss der Ärztedichte auf prinzipiell vermeidbare Krankenhausfälle bestellt ist (Sundmacher et al. 2012). Danach gibt es eine kritische Dichte niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – etwas unterschiedlich je nach untersuchter Erkrankung –, bei deren Überschreiten die Zahl vermeidbarer Einweisungen entgegen naiver Erwartungen deutlich zunimmt. Studien mit derartigen Fragestellungen müssen ausgeweitet werden, um intelligentere Steuerungsdaten in die Hand zu bekommen, als dies heute der Fall ist, und um nicht immer auf Studien aus anderen Gesundheitssystemen verweisen zu müssen.

3 Versorgungsforschung: Vorbilder für Deutschland

Eine gut ausgestattete Versorgungsforschung könnte auch in Deutschland mehr Sicherheit bei Fragen des tatsächlichen Bedarfs bringen, vorausgesetzt, man will solche Forschung überhaupt und stattet sie mit einem langen Atem aus. Dafür stehen in der internationalen Forschung vor allem zwei Namen. John Wennberg, Arzt und Epidemiologe, war der erste, der in den 1970er Jahren in den USA zu untersuchen begann, wie es um den Zusammenhang zwischen Angebotsdichte und Qualität der Versorgung bestellt ist. Sein Buch, „Tracking Medicine“, aus dem Jahr 2010 stellt noch einmal unter Beweis, welch große Bedeutung kleinräumige Vergleiche bei der Versorgungsqualität haben (Wennberg 2010). Wennbergs Ergebnisse sind heute so frappierend wie vor dreißig Jahren: Eine hohe Dichte an Krankenhausbetten und Spezialisten führt nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der durchschnittlichen Lebenserwartung, birgt aber das Risiko gefährlicher Überversorgung (Kasten 1). Um diese Analysen nachvollziehen zu können, muss man im Umgang mit den Leistungsdaten der Krankenversorgung etwas geübt sein. So ist vor allem das Ausmaß der kodierten Diagnosen kein guter Indikator für den Gesundheitszustand von Bevölke-

rungsgruppen: Je dichter das Netz der Spezialisten ist, umso mehr Diagnosen werden gestellt, ohne dass sich deshalb gleichzeitig die Lebenserwartung oder die Lebensqualität verbessern. Das Gegenteil ist leider viel zu oft der Fall, wie sich in einem Klassiker der Medizinjournalistin Shannon Brownlee nachlesen lässt. Ihr Buch trägt den provozierenden Titel „Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer“ – eine Diagnose, die sicher für die USA in besonderem Maße zutrifft, aber im Grundsatz verallgemeinerbar ist (Brownlee 2008).

Auch die Ärztin und Gesundheitswissenschaftlerin Barbara Starfield und ihre Arbeitsgruppe stehen für langjährige Forschung zu der Frage, welche Organisationsformen der Versorgung die besten Behandlungsergebnisse mit sich bringen (Macinko et al. 2007). Danach zeigt sich, dass ein Primary-Care-System mit gut ausgebildeten und vernetzten Generalisten einem System überlegen ist, das einen freien Zugang zu Spezialisten gestattet. (Neben General Practitioners beziehungsweise Family Physicians [in Deutschland Hausärzte] rechnet man in der Regel auch ambulant tätige Kinderärzte und -ärztinnen zu den „Spezialisten für das Allgemeine“ im Sinne von Primary Care. Primary Care umfasst aber weit mehr als die genannten Arztgruppen und zielt auf eine umfassende Betreuung von regionalen Bevölkerungsgruppen mit dem Anspruch der Steuerung der weitergehenden spezialistischen Versorgung [jenseits der Notfallmedizin] ab.)

Das ist kein Freibrief für General Practitioners beziehungsweise Hausärzte, aber diese Forschung mahnt, mit der Verteilung von spezialistisch tätigen Ärztinnen und Ärzten vor allem im ambulanten Bereich vorsichtig umzugehen. Danach steht zumindest aus der Perspektive der Gesundheitswissenschaften außer Frage, dass es sich auch für Deutschland lohnt, konsequenter als bisher die Rolle der Generalisten in der Versorgung auszubauen. Lässt sich auf der einen Seite nachvoll-

WAS IST EINE CLUSTERRANDOMISIERTE STUDIE?

Clusterrandomisierte Studien spielen als Methode in der allgemeinmedizinischen Forschung eine wichtige Rolle. Es handelt sich um einen Studientyp, bei dem nicht einzelne Patienten, sondern Einheiten (englisch: cluster), zum Beispiel Arztpraxen oder Krankenhäuser, zufällig unterschiedlichen Interventionsgruppen zugeteilt werden. Eine clusterrandomisierte Studie wird gewählt, wenn es problematisch ist, verschiedene Patienten einer Praxis oder Klinik sehr unterschiedlich zu behandeln. Zur Analyse dieses Studientyps müssen spezielle statistische Verfahren angewendet werden.

Quellen: Witt CM, Treszl A, Wegscheider K (2011): Externer Validität auf der Spur. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 46, A2468–2474; IQWiG (2008): Glossar zu den Allgemeinen Methoden 3.0 – Version 1.0 vom 27.05.2008, Seite 5

ziehbar argumentieren, dass ein Primärärztsystem bezüglich Qualität und Kosten der Versorgung zu bevorzugen ist, so ist absurderweise festzustellen, dass die Schere zwischen den ambulant tätigen Spezialisten und Generalisten in allen entwickelten Industrienationen nach dem Zweiten Weltkrieg weitaus stärker auseinandergeht, als dies mit der erforderlichen Zunahme an Spezialisten infolge des medizinischen Fortschritts erklärbar wäre. 1999 konnte man beispielsweise im New England Journal of Medicine nachlesen, dass sich die Zahl der Spezialisten zwischen 1950 und 1990 in den USA verdreifacht hatte, während die Zahl der Generalisten stagnierte. Der Autor und Systemforscher Grumbach kommt angesichts dieser Zahlen zu der bildhaften und etwas resignativen Analyse: „Der bescheiden daher kommende Hausarzt im leicht abgewetzten Jackett wurde zu einem Bürger zweiter Klasse.“ (Grumbach 1999)

WENIGER IST BESSER

Warum bin ich also überzeugt, dass die Daten in den USA für Überversorgung sprechen – dass mehr Versorgung nicht besser ist? Die Evidenz stammt aus Studien, welche die Behandlungsergebnisse von Patienten mit Hüftfrakturen, Herzinfällen und Dickdarmkrebs ermittelt haben. Menschen, die in Regionen mit hoher Versorgungsdichte leben, die also mehr Arztkontakte aufweisen, häufiger mit bildgebenden Verfahren untersucht werden und häufiger ins Krankenhaus eingewiesen werden, weisen ein schlechteres Gesamtüberleben auf als diejenigen, die in Regionen mit geringerer Medizindichte leben.

Wennberg J (2011): Time to tackle unwarranted variations in practice. British Medical Journal, Band 342, d1513

4 Versorgungsforschung: Das Feld der Hausarztmedizin

Nun gibt es seit Jahren ernsthafte Bemühungen der Politik, den Hausärzten zu mehr Ansehen und größerer Bedeutung bei der Leistungssteuerung zu verhelfen, vor allem durch die Stärkung der Rolle von hausarztzentrierter Versorgung. Das ist fraglos ein Fortschritt. Eine Verstetigung dieser Ansätze würde aber vor allem eines voraussetzen, nämlich dass die Versicherten wissen und erfahren, dass die Fallführung durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt dem „freien“ Zugang zu spezialistisch tätigen Ärztinnen und Ärzten überlegen ist. Hierfür braucht man methodisch gut gemachte Studien, und solche Studiendesigns sind keine Hexerei, einschließlich der von Praktikern und Politikern gern belächelten kontrollierten Vergleiche in Form clusterrandomisierter Studien (Kasten 2). Es gibt nur eine Voraussetzung dafür: Die

Politik muss diese Form der Weiterentwicklung des Systems wollen und Reformprojekte mit entsprechenden Evaluationsanforderungen verknüpfen.

Die Analyse der Begleitforschung zu den Managed-Care-Modellen und Qualitätsmanagement-Ansätzen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist so ernüchternd, dass sich die Frage stellt, warum das Desaster dieser sogenannten Begleitforschung bisher nicht öffentlich skandalisiert wird (Wiethege et al. 2010; Schmacke 2011). Am belastbarsten ist für das Feld der hausärztlichen Versorgung bislang die Begleitforschung zum Hausarztvertrag in Baden-Württemberg. Das hier gewählte Studiendesign und die Ergebnisse geben eine gute Grundlage für eine Diskussion um notwendige Standards der Systemforschung im ambulanten Sektor (Götz et al. 2013). Die Autorengruppe weist allerdings korrekt darauf hin, dass die außerordentlich erfreulichen Ergebnisse für die Gruppe der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zwar vermutlich diesem Versorgungstyp zugerechnet werden können, dass ein kausaler Zusammenhang aber aufgrund des nur zweitbesten Studiendesigns leider nicht behauptet werden kann. (Denn Interventions- und Kontrollgruppe entstanden nicht durch Randomisierung. Das bedeutet zum einen, dass bekannte Störfaktoren wie beispielsweise der Sozialstatus herausgerechnet werden müssen. Zum anderen bleiben nicht bekannte Störfaktoren bestehen, die bei einer Randomisierung gleich verteilt werden.) Die DMP-Evaluationen lassen grüßen. Auch hier wurde leider versäumt, eine randomisierte kontrollierte Studie durchzuführen.

Die kritischen Anmerkungen zum prinzipiellen Verzicht auf (cluster)randomisierte Studien zur Überprüfung wichtiger versorgungsrelevanter Entscheidungen im Zuge von Gesundheitsreformen mag manchem wie eine typische Nörgelei von Elfenbeinturm-Artisten erscheinen. Es wird aber in der Regel verkannt, dass der Aufwand an biometrischen Kalkulationen wie bei der Evaluation des Hausarztvertrags in Baden-Württemberg, ganz ähnlich wie in der DMP-Evaluation, enorm groß ist (Miksch et al. 2010; Stock et al. 2010). Gelänge es, Kassen davon zu überzeugen, dass prinzipiell clusterrandomisierte Studien absolut aussagekräftiger sind als Studien, in denen künstlich Kontrollgruppen nach aufwendigen mathematischen Modellierungen erzeugt werden, dann könnten in Deutschland innerhalb eines Jahrzehnts zentrale Fragen zum Zusammenhang von Struktur, Prozessen und Ergebnissen unter dem Fokus angemessener Arzt-dichte beziehungsweise moderner Kooperationsformen in der Versorgung vorgelegt werden. Dass dies an wichtigen Punkten kassenartenübergreifend geschehen müsste, ist eine der Kernfragen, über die endlich ehrlich diskutiert werden sollte. Wettbewerb darf kein sakrosanktes Instrument der Gesundheitspolitik sein. Wettbewerb kann innovationsfördernd sein. Für die Evaluation von grundlegenden Refor-

men bleibt es aber ein Problem, wenn Wettbewerb ein wünschenswertes „gemeinsam und einheitlich“ in der Forschung verhindert.

5 Zur Notwendigkeit neuer Wege

Viele Hausärzte – und zum Teil auch Versicherte – sind skeptisch, ob es der Politik wirklich um die Verbesserung des Status der Allgemeinmedizin geht oder nicht vordergründig um eine kostengünstigere Medizin. Es sind dieselben Vorbehalte, die viele General Practitioners in den USA bei der Einführung von Managed-Care-Prinzipien hegten. Manche deutsche Hausärztinnen und Hausärzte befürchten gar, zu Abhängigen der Krankenkassen zu werden, wenn die Leistungen im ambulanten Sektor stärker von den Kassen gesteuert werden. Nur Transparenz kann solchen Ängsten entgegenwirken.

Eines steht aus mehreren Gründen fest: Die Versicherten wie die Vertragspartner brauchen verlässliche Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität neuer Versorgungsformen im Vergleich zur Regelversorgung. Ein vor diesem Hintergrund bislang noch gar nicht diskutierter Gesichtspunkt ist, dass der gefühlte und beklagte Ärztemangel angesichts der Grenzen der bisherigen Bedarfsplanung eine besonders gute Möglichkeit bietet, neue Versorgungsformen ernsthaft zu testen. Das bedeutet allerdings auch weiterhin Investitionen in die Modernisierung der Versorgungsstrukturen. Dazu gehört nicht zuletzt die Großbaustelle zur Schaffung eines neuen Professionenmix in der Versorgung. Im Vergleich zu internationalen Erfahrungen stellen AGnES (Arztentlastende, Gemeindenähe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) und VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) den eher schüchternen Beginn einer tatsächlich multiprofessionellen Zusammenarbeit bei der Betreuung chronisch Kranker dar (siehe hierzu auch den Beitrag von Adina Dreier und Wolfgang Hoffmann auf den Seiten 23–30 in diesem Heft). Es ist dringend zu hoffen, dass die Modellvorhaben zur Delegation ärztlicher Leistungen nach Paragraf 63 c Sozialgesetzbuch (SGB) V in diesem Sinne klug genutzt werden (Schmacke 2010; Szepan 2013). Dann könnte die Debatte um den Ärztemangel abgelöst werden von der Frage: Welche Kompetenzen müssen zusammenkommen, um sowohl Akutmedizin als auch Langzeitbetreuung chronisch Kranker auf einem wünschenswert hohen Niveau sicherzustellen.

Zu der erforderlichen Generaldebatte gehört freilich auch die Frage, ob man weiter als naturgegeben hinnehmen will, die Niederlassungsfreiheit für Ärzte als Grundrecht zu verstehen, während eine wünschenswert gleichmäßige Relation zwischen Ärzten und Versicherten auf absehbare Zeit unrealistisch ist. Denn bis die heute ungleiche Verteilung der

Ärztinnen und Ärzte zwischen Stadt und Land, armen und reichen Regionen sowie von Generalisten und Spezialisten selbst bei radikalem Kurswechsel der Gesundheitspolitik abgebaut wäre, vergehen ohnehin schon Jahrzehnte.

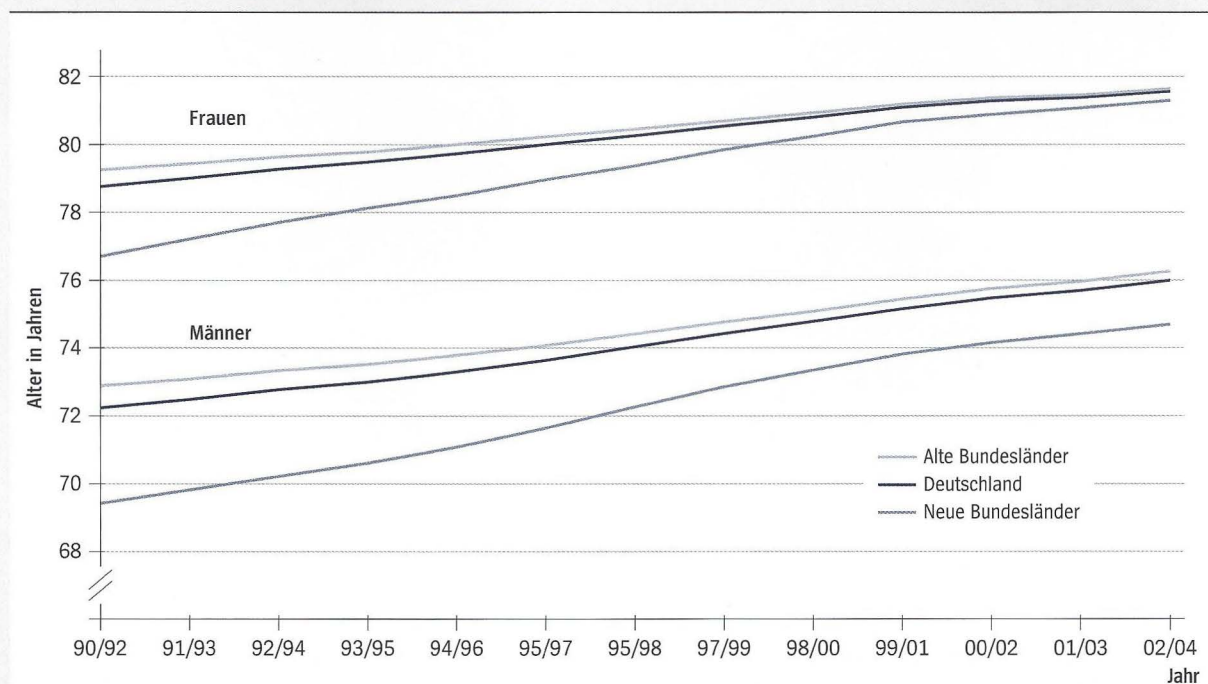
Umso wichtiger erscheint es, zur Versachlichung der Diskussion durch die Generierung von guten Versorgungsdaten beizutragen. Es könnte allein schon erhellend sein, die Entwicklung der Mortalität in Deutschland kleinräumig fortlaufend zu veröffentlichen. Das ist zwar nur ein sehr grober Parameter, aber dies ist eine Messgröße, an der wir alle außerordentlich interessiert sind. Dabei kann man aufsetzen auf der langstreckigen Beobachtung der mittleren Lebenserwartung bei Geburt, die zu Beginn der 1990er Jahre für Frauen aus den neuen Bundesländern bei 77,2 Jahren um 2,3 Jahre niedriger lag als für Frauen aus den alten Bundesländern. Der Unterschied betrug für Männer gar 3,2 Jahre. Seitdem hat, wie in der Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Instituts nachzulesen ist, die Lebenserwartung weiter kontinuierlich zugenommen, in den neuen Bundesländern stärker als in den alten (Lampert et al. 2010). Der Unterschied für Frauen reduzierte sich bis 2007 auf 0,3 Jahre, für Männer auf 1,4 Jahre. Dass an dieser erfreulichen Entwicklung

Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Versorgung ihren Anteil haben, ist sehr wahrscheinlich. Zu glauben, hier bestünde ein direkter Zusammenhang zur Dichte der Versorgung, führt aber vermutlich in die Irre. Lampert und seine Mitautoren erläutern weiter, dass die Messgröße „vorzeitige Sterblichkeit“ einen nächsten interessanten Indikator für Unterschiede zwischen West und Ost wie Nord und Süd darstellt (Abbildung 1).

Nun wäre es eine vornehme Aufgabe, solche Trends mit der regional unterschiedlichen Dichte wie dem Kooperationsmuster der Leistungserbringer zu korrelieren. Es braucht dazu „nur“ einen Forschungsauftrag an eine gemischte Gruppe von Epidemiologen, Gesundheitswissenschaftlern und Sozialgeografen, um besonders wichtige Disziplinen zu nennen. Ein solcher Auftrag stünde unter dem schlichten Fragenkomplex: Welche Daten benötigen wir, um zuverlässigere Aussagen treffen zu können? Wie ist in Deutschland eine als angemessen zu bezeichnende Dichte an medizinischen „Versorgern“ zu definieren? Welche Entfernungen zu ihnen sind in diesem Zusammenhang als kritisch zu betrachten? Ein Blick auf andere europäische Länder oder gar nach Australien zeigt schon ohne große Detailkenntnis, dass die Voraussetzungen

ABBILDUNG 1

Lebenserwartung bei Geburt für den Zeitraum 1990–2004 (West/Ost)



Quelle: Todesursachenstatistik, Stat. Bundesamt; Fortschreibung d. Bevölkerungsstandes; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

für die Sicherung eines hohen Niveaus medizinischer Versorgung in Deutschland sehr gut sind. Wir müssen freilich bei der Entwicklung unserer Datenbasis deutlich besser werden.

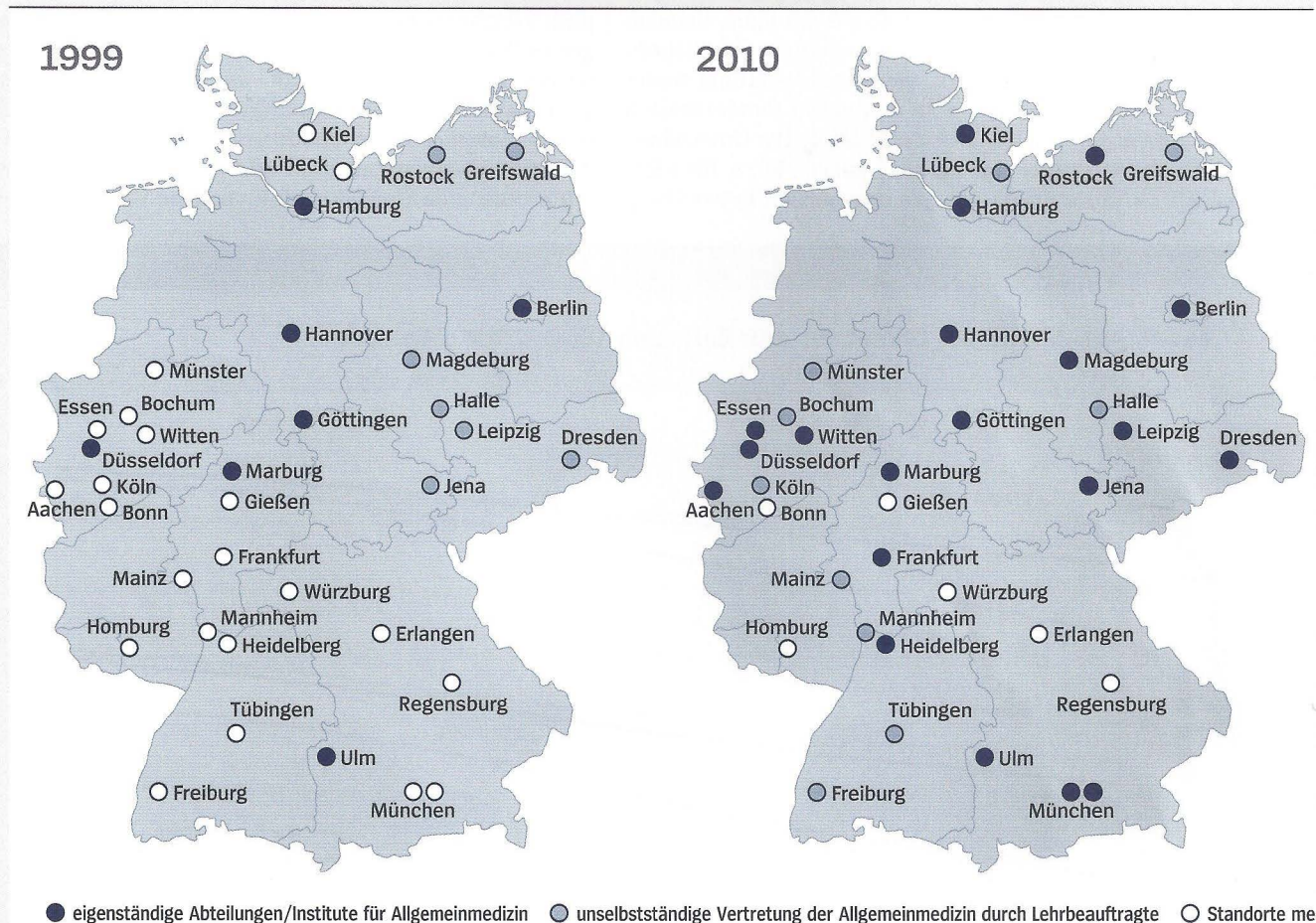
6 Die Nachwuchsfrage

Es gibt den genannten internationalen Trend, dass die Bereitschaft zur Tätigkeit in der Hausarzt- beziehungsweise

Familienmedizin seit Jahrzehnten kontinuierlich nachlässt. Dies trifft vor allem diejenigen Regionen, die Ärztinnen und Ärzten grundsätzlich weniger attraktiv für eine Niederlassung erscheinen: dünn besiedelte Regionen und soziale Brennpunkte. Während die Spezialdisziplinen mit ihren eindrucksvollen Erfolgen in der Behandlung akuter und schwerwiegender Krankheitsbilder stetig ihre Faszination erhöhen konnten, geriet die Allgemeinmedizin fast in einen Dornröschenschlaf. Eine Rolle spielt, wenn auch in ihrer Bedeutung überschätzt, des Weiteren die Einkommensspreizung zwi-

ABBILDUNG 2

Entwicklung der akademischen Allgemeinmedizin in Deutschland zwischen 1999 und 2013



Der erste Lehrstuhl für Allgemeinmedizin wurde 1976 in Hannover eingerichtet und noch Mitte 1997 gab es in Deutschland an den 36 medizinischen Fakultäten erst fünf C4-Professuren für Allgemeinmedizin. Zwei weitere kamen inzwischen hinzu: im März 2002 (Kiel) und im Oktober 2013 (Erlangen). Weitere Lehrstühle existieren in Form von halben C4-Professuren, C3-

Professuren oder Honorarprofessuren. In der ehemaligen DDR war die Allgemeinmedizin an allen Fakultäten in Form von Polikliniken verankert. *2013: An neun Universitäten wird das Fach Allgemeinmedizin in Forschung und Lehre weiterhin lediglich durch einen Lehrbeauftragten vertreten. Die 27 Standorte mit ausgewiesenen Abteilungen/Instituten sind eine Bestaufnahme, falls

schen bestimmten Gruppen von Spezialärzten und den Allgemeinmedizinerinnen. Aktuelle Untersuchungen aus Deutschland – so eine Studie der Rostocker Universität aus dem Jahr 2012 – zeigen, dass die Hausärztinnen und Hausärzte nicht grundsätzlich mit ihrem Einkommen unzufrieden sind, aber die enormen Unterschiede zwischen den Arztgruppen als zutiefst ungerecht empfinden (Löffler et al. 2012). Fehlende akademische Wertschätzung, die lange Vernachlässigung der Modernisierung des Profils von Allgemeinmedizin und eine relative Benachteiligung in der Budgetverteilung machen

es bis heute den Medizinstudierenden immer noch relativ schwer, die Allgemeinmedizin zur ersten Wahl für ihre spätere Berufslaufbahn zu erklären. Es gibt deshalb zahlreiche Versuche, das Interesse frühzeitig zu wecken und nachhaltig zu fördern. Die Palette der Maßnahmen ist weit, und insofern ist es wichtig, an das älteste und bewährte Modell aus den USA zu erinnern, das im Gegensatz zu vielen gut gemeinten Förderprogrammen kontinuierlich evaluiert worden ist.

1974 wurde das Physician Shortage Area Program (PSAP) am Jefferson Medical College im Staat Pennsylvania entwickelt; es stellt vermutlich das am besten untersuchte Programm zur Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten für ländliche Regionen dar (verbunden mit dem Namen des Initiators Howard Rabinowitz, Professor für Familien- und Gemeindemedizin am Jefferson Medical College der Thomas Jefferson University). Es besteht aus folgenden Elementen:

- Gewinnung von Studierenden aus strukturschwachen Regionen und deren bevorzugte Zulassung zu den dort vorhandenen Universitäten
- studienbegleitende individuelle Beratung
- obligatorische studienbegleitende Praktika im ländlichen Raum
- obligatorische Qualifizierungsphasen im ländlichen Raum unmittelbar nach Abschluss des Studiums
- erst danach ergänzend zum Teil auch finanzielle Unterstützung in Form von rückzahlbaren Stipendien

Von den etwa 2.400 Absolvierenden der Jefferson Medical School der Jahrgänge 1992 bis 2002 durchliefen 104 das Förderprogramm. Mehr als 40 Prozent der so Geförderten praktizierten 2007 in dünn besiedelten Regionen Pennsylvanias im Vergleich zu etwa 16 Prozent der übrigen Studierenden. Als bei Weitem wichtigster Faktor erwiesen sich dabei die Zulassungskriterien an sich: konkret die Herkunft aus dünn besiedelten Regionen und die Erklärung, dort später praktizieren zu wollen. Rabinowitz und sein Team reflektieren dabei durchaus die Reichweite des Programms kritisch: Die Gesamtzahl von Primary Care Physicians, die durch das Programm gewonnen werden konnte, ist nicht sehr groß, aber die nachhaltige Niederlassung in besonders problematischen Regionen wird gleichwohl als – anders nicht erreichbarer – Erfolg betrachtet.

Es liegt auf der Hand, auch für Deutschland eine systematische Evaluation von möglichst gut aufeinander abgestimmten Förderprogrammen aufzulegen. Ebenso gute oder bessere Resultate als in Pennsylvania wird man freilich nur erwarten dürfen, wenn die medizinischen Fakultäten endlich ihre Verantwortung wahrnehmen, die Allgemeinmedizin zu ihrem zentralen Anliegen zu machen (Abbildung 2). Das setzt wenigstens voraus, dass es an jeder Fakultät einen gut ausgestatteten Lehrstuhl für Allgemeinmedizin gibt. Es erfordert aber zweitens Anstrengungen, Forschung und Wei-

2013*



Quellen: Gerlach 2010; Kachen 2013; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

medizinischer Fakultäten ohne Vertretung der Allgemeinmedizin

alle Ausschreibungen (n=5) und Besetzungsverfahren (n=3) positiv ausgehen.

**Mit dem Wintersemester 2012/13 nahm die neu gegründete Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften in Oldenburg ihren Betrieb auf. Seither gibt es 37 medizinische Fakultäten in Deutschland.

terbildung in Allgemeinmedizin weitaus stärker als heute aus dem Elfenbeinturm herauszuverlagern. Es geht darum, das Krankheitenspektrum in den zu versorgenden Regionen zu kennen, zu beforschen und die daraus resultierenden Untersuchungs-, Behandlungs- und Beratungsbedarfe zu lehren. Die klassischen medizinischen Fakultäten konzentrieren sich demgegenüber auf eine hochgradig ausgewählte Population Schwerkranker. Das klingt eigentlich banal, aber welche Universitätsklinik hat daraus bis heute systematische Konsequenzen gezogen?

Um ein gefährliches Missverständnis gar nicht erst aufkommen zu lassen: Es gibt inzwischen eine ganze Reihe hoch kreativer Lehrstühle für Allgemeinmedizin mit gut funktionierenden Forschungspraxen und reger Lehrtätigkeit. Aber sie stehen im Schatten der „Heldenmedizin“. Für die nachwachsenden Generationen der Ärzteschaft ist insoweit heute nur schwer erkennbar, warum die Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt in einem gut organisierten Verbund mindestens so interessant und befriedigend ist wie das Wirken etwa in der Kardiologie oder Dermatologie. Genau darum aber geht es: die Allgemeinmedizin (über die beliebten Sonntagsreden hinaus!) wieder zu einer gesellschaftlich und innerprofessionell geachteten Disziplin zu entwickeln. Anders betrachtet: Das Ziel muss sein, dass all diejenigen, die sich für den Weg zur Allgemeinmedizin entscheiden, dies mit Stolz und nicht mit verhaltener Entschuldigung ihrem Umfeld mitteilen. Vielleicht gibt es eine interessante Parallele aus der Welt der Schule: Hier gab es zuzeiten der Pädagogischen Hochschulen einen Klassenunterschied zwischen Volksschullehrerinnen und -lehrern und den an Universitäten ausgebildeten Lehrerinnen und Lehrern für Realschulen und Gymnasien. Dies ist Geschichte, aber noch immer gilt vielen wohl die Unterrichtung von kleinen Kindern als weniger anspruchsvoll als die Begleitung von Heranwachsenden zum Abitur. Alle Vergleiche hinken bekanntlich, aber Allgemeinmedizin ist so wenig Barfußmedizin wie die Unterrichtung von i-Dötzen ein Kinderspiel ist. Und es kann inzwischen darauf verwiesen werden, dass sowohl aus der gemeinsamen Selbstverwaltung, vor allem aber aus der Allgemeinmedizin selber heraus, Maßnahmenpakete entwickelt worden sind, die die internationalen Erfahrungen aus der Nachwuchsförderung für die deutschen Verhältnisse zunehmend berücksichtigen und heute bereits große Resonanz verzeichnen (*Staeck 2013; DEGAM 2013*).

7 Schlussbetrachtung

Ist das alles viel zu kompliziert, um erforderliche politische Prozesse einzuleiten? Das möchte so sein. Dann bleibt es dabei, die nächsten Reformen weiter daran auszurichten, welche Interessengruppen die größten Gewichte auf die

Waage legen und wo mit dem geringsten öffentlichen Widerstand zu rechnen ist. Es könnte aber auch sein, dass sich das Fenster für grundlegendere Reformen umso mehr öffnet, je deutlicher zu erkennen ist, dass sich das Gewohnte nicht fortführen lässt. Dazu gehört die Erkenntnis, dass der Kampf um besonders qualifizierte Fachkräfte in den nächsten Jahrzehnten die gesamte Gesellschaft beschäftigen wird. Und das heißt, dass weder im ambulanten noch im stationären Bereich die bisherige Organisationsentwicklung Bestand haben wird. Wenn dies genügend vielen Menschen in Politik und Öffentlichkeit klar geworden ist, wird die Frage nach dem Bedarf endlich an Bedeutung gewinnen.

Dass die Frage des Bedarfs ohne interdisziplinäre Forschung nicht vernünftig diskutiert werden kann, wird dann – leider verspätet – auch denen dämmern, die heute meinen, die Frage nach dem angemessenen Bedarf am runden Tisch beantworten zu können. Dann werden wir über die Delegations-/Substitutionsdebatte bisherigen Stils nur noch milde lächeln und begreifen, dass wir viel zu spät verstanden haben, dass wir ebenso wie über die Rolle der Hausarztmedizin über die Aufgaben von Pflege in einer Gesellschaft mit fortlaufend steigender Lebenserwartung mindestens so laut nachdenken müssen wie über die Bedeutung des Fortschritts in der Arzneimittelbehandlung von Diabetes, Demenz und Krebs. Die Bielefelder Pflegewissenschaftlerinnen Hämel und Schaeffer haben für einen Artikel zum „Fachkräftemangel in der Pflege“ den Untertitel gewählt: „Viel diskutiert, politisch ignoriert?“ (*Hämel und Schaeffer 2012*). Dieser lesenswerte Aufsatz verdeutlicht die Grenzen des von mir gewählten Titels. Der Blick auf die Ärzteschaft engt ein.

Literatur

- Goodman DC, Fisher ES (2008):** Physician Workforce Crisis? Wrong Diagnosis, Wrong Prescription. *New England Journal of Medicine*, Band 358, 1658–1662
- Brownlee S (2008):** Overtreated: Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer. London: Bloomsbury
- DEGAM (2013):** DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung plus; www.degam.de → Positionen → 22.05.2013
- Gerlach (2010):** Allgemeinmedizin als wissenschaftliches Fach – Stand und Perspektiven. Vortrag an der Universität Homburg
- Götz K, Laux G, Mergenthal K et al. (2013):** Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Public Health Forum*, Heft 21, 25–27; doi 10.1016/j.phf.2012.12.003
- Grumbach K (1999):** Primary Care in the United States – The Best of Times, the Worst of Times. *New England Journal of Medicine*, Band 341, 2008–2010
- Hämel K, Schaeffer D (2012):** Fachkräftemangel in der Pflege – viel diskutiert, politisch ignoriert? *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Band 66, Heft 1, 41–49
- Kochen MM (2013):** Allgemeinmedizin an deutschen Hochschulen: Herzlichen Glückwunsch. *Z Allg Med*, Jg. 88, Heft 9, 337–338
- Lampert T, Ziese T, Kurth BM (2010):** Gesundheitliche Entwicklungen und Trends in Ost- und Westdeutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Jg. 45, 33–39; <http://edoc.rki.de> → Artikel in Fachzeitschriften → 01.11.2010
- Löffler C, Höck J, Hornung A et al. (2012):** Hausärztliche Berufszufriedenheit in Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht. Rostock; <http://allgemeinmedizin.med.uni-rostock.de/uploads>
- Macinko J, Starfield B, Shi L (2007):** Quantifying the Health Benefit of Primary Care Physician Supply in the United States. *International Journal of Health Services*, Band 27, 111–126
- Miksch A, Laux G, Ose D et al. (2010):** Is there a survival benefit within a German primary care-based disease management program? *American Journal of Managed Care*, Band 16, Heft 1, 49–54

- Schmacke N (2006):** Ärztemangel: Viele Fragen werden noch nicht diskutiert. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 6, Heft 3, 18–25
- Schmacke N (2011):** Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: der weite Weg der Evidenzbasierung in der Versorgungsforschung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 65, Heft 3, 32–36
- Schmacke N (2010):** Professionenmix in der Patientenversorgung: ein weiterer steiniger Weg. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 64, Heft 5, 35–39
- Schmacke N (2013a):** Frau Doktor und die 3 K. *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 16, Heft 6, 34–39
- Schmacke N (2013b):** Die Zukunft der Allgemeinmedizin. Potenziale für eine angemessene Versorgung. Gutachten für den GKV-Spitzenverband. Universität Bremen; www.ipp.uni-bremen.de/downloads/ippsschriften/ipp_schriften11.pdf
- Staack F (2013):** Roter Teppich für den Hausarzt. *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 16, Heft 4, 23–27
- Stock S, Drabik A, Büscher G et al. (2010):** German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs. *Health Affairs*, Jg. 29, Heft 12, 2197–2205
- Sundmacher L, Bäumer M, Busse R (2012):** Der Einfluss von Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2012*. Stuttgart: Schattauer, 182–202
- Szezan NM (2013):** Neue Rolle für die Pflege. *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 16, Heft 7–8, 36–40
- Wennberg J (2010):** Tracking Medicine. A Researcher's Quest To Understand Health Care. Oxford: Oxford Press
- Wiethege J, Ommen O, Ernstmann N, Pfaff H (2010):** Transparenz als Voraussetzung für Innovation in der Versorgungsforschung: Defizite am Beispiel der Evaluation von Managed-Care-Modellvorhaben. *Das Gesundheitswesen*, Jg. 72, Heft 10, 722–728

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Jahrgang 1948, Studium der Medizin und Soziologie an der Universität Marburg und der Westminster Medical School in London; Facharzt für Innere Medizin, öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin. 1994 bis 1999 Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Von Juli 1999 bis

September 2003 Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband. Oktober 2003 bis September 2011 Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung in Bremen, seither Mitglied des Instituts für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Seit 2004 unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.