

## Positionspapier zum Bedarf an humanmedizinischen Studienplätzen und zur Förderung des hausärztlichen Nachwuchses an deutschen Universitäten und in der Versorgung

In letzter Zeit wird die Struktur der medizinischen Ausbildung einschließlich der Zulassungsbedingungen zum Studium zunehmend diskutiert und ein lokaler sowie überregionaler Ärztemangel beklagt. Gleichzeitig gibt es bereits an mehreren Orten in Deutschland Bestrebungen, weitere Studienstandorte zu etablieren – i.d.R. über private Finanzierung dieser Studienplätze und internationale Kooperationen. Auch eine Aufhebung oder Lockerung des Numerus clausus bzw. eine Veränderung der Zulassungskriterien werden diskutiert.

Insbesondere Klinikstellen sind derzeit oft nicht zu besetzen. Man rechnet in Deutschland mit ca. 5.000 unbesetzten Stellen in diesem Bereich<sup>1</sup>. Gründe hierfür sind u.a. eine zunehmende Abwanderung von deutschen Ärzten/Ärztinnen ins Ausland<sup>2,3</sup> und ein teilweise ineffektiver Einsatz der Resource Arzt. Auch im ambulanten Bereich wird es zunehmend schwieriger, frei werdende Arztsitze neu zu besetzen. Allerdings weist Deutschland eine im internationalen Vergleich außergewöhnlich hohe Zahl von Arztkontakten auf.

### Inanspruchnahme von Vertragsärzten/innen

Laut Barmer-GEK Arztreport von 2010 haben wir im internationalen Vergleich in Deutschland extrem hohe Behandlungsraten und Behandlungsfälle (vgl. Tabelle 3).

*Tabelle 3: Ambulante ärztliche Versorgung 2004 bis 2008 (stand.D2005)*

Kalenderjahr, Durchschnittswerte je Person	2004	2005	2006	2007	2008
Behandlungsrate im Kalenderjahr Gesamt (%)	91%	92%	91%	93%	93%
... Männer	87%	88%	88%	89%	90%
... Frauen	95%	95%	95%	96%	96%
Behandlungsfälle je Jahr Gesamt (MW)	6,50	6,63	6,83	7,08	7,45
... Männer	5,30	5,40	5,47	5,69	5,96
... Frauen	7,65	7,82	8,13	8,42	8,87
Anzahl Arztkontakte je Jahr Gesamt (MW)	16,4	16,9	17,1	17,7	13,5*
... Männer	13,6	14,0	14,1	14,7	11,1*
... Frauen	19,0	19,6	20,0	20,7	15,8*
* vgl. Text					

<sup>1</sup> J Flintrop: Krankenhaus-Barometer 2009: Munition für den Marburger Bund. Dtsch Arztebl 2010; 107(6): A-224

<sup>2</sup> T Kopetsch: Arztlahentwiclung: Hohe Abwanderung ins Ausland – sehr geringe Arbeitslosigkeit. Dtsch Arztebl 2009; 106: A-757

<sup>3</sup> S Dettmer, A Kuhlmev, S Schulz: Karriere- und Lebensplanung- Gehen oder bleiben? Dtsch Arzteblatt 2010; 107: A30-31

In unseren Nachbarstaaten Belgien, Frankreich und Österreich werden hingegen nur etwa 6-8 Arztkontakte pro Jahr gezählt (2007)<sup>4</sup>. Eine Befragung ergab eine mittlere Zahl von wöchentlich 243 Patientenkontakten pro Arzt/Ärztin in Deutschland, während international zwischen 102 (USA) und 154 (Großbritannien) registriert wurden.<sup>5</sup> Diese Studie zeigt auch die überproportionale Belastung der deutschen Hausärzte/innen durch Tätigkeiten außerhalb direkter Patientenkontakte (Tabelle 2).

**TABELLE 2**

**Arbeitsbelastung und Zahl der Patientenkontakte der Ärzte laut eigener Angabe**

	D	AUS	CAN	NL	NZ	UK	USA
durchschnittliche Wochenarbeitszeit* <sup>1</sup> davon für:	50,6* <sup>2</sup>	39,9	44,9	48,1	41,5	45,1	45,9
persönlichen Kontakt* <sup>1</sup>	31,4	31,2	32,5	31,1	29,4	28,6	32,5
Tätigkeit für Patienten ohne Kontakt* <sup>1</sup> Forschung, Bildung, Lehre	6,0	4,1	5,8	6,0	6,5	7,8	6,8
Qualitätsverbesserung* <sup>1</sup>	5,4* <sup>2</sup>	2,0	2,6	3,1	2,3	3,3	2,4
Verwaltung, Dokumentation, Rechnungserstellung, Finanzen* <sup>1</sup>	6,8* <sup>2</sup>	1,5	2,0	4,8	1,9	3,4	2,3
Andere Praxistätigkeiten* <sup>1</sup>	1,2	1,1	2,1	2,9	1,5	2,0	2,0
Zahl der Patientenkontakte pro Woche	243* <sup>2</sup>	128	122	141	112	154	102
Durchschnittliche Zeit pro Patientenkontakt (min)	7,8	14,6	16,0	13,2	15,8	11,1	19,1

\*<sup>1</sup> Angaben in Stunden

\*<sup>2</sup> signifikanter Unterschied in allen paarweisen Tests gegen die anderen Länder ( $p < 0,05$ )  
D, Deutschland; AUS, Australien; CAN, Kanada; NL, Niederlande; NZ, Neuseeland; UK, Großbritannien

<sup>4</sup> Barmer-GEK Arztreport 2010

<sup>5</sup> K Koch, U Gehrman, PT Sawicki: Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Dtsch Arztebl 2007; 104: A 2584-91

Dabei imponiert in Deutschland insbesondere die hohe Zahl von Kontakten mit Fachspezialisten/innen, die nach oben genanntem Report (vgl. Tabelle 5) zusammengenommen deutlich über der Zahl von Kontakten mit Hausärzten/innen liegt.

*Tabelle 5: Behandlungsraten nach Facharztgruppen 2004 bis 2008  
(stand.D2005; alte Systematik, 2008 ohne Thüringen)*

Behandlungsrate im Kalenderjahr	2004	2005	2006	2007	2008
Augenarzt	24,8%	25,6%	25,6%	25,7%	25,7%
Chirurg (inkl. Neurochir., Mund-Kiefer.)	13,5%	13,5%	13,3%	13,3%	13,5%
Gynäkologe	25,7%	25,8%	26,1%	26,5%	26,6%
Hals-Nasen-Ohrenarzt	16,0%	16,4%	16,6%	16,5%	16,5%
Hautarzt	17,0%	17,4%	17,4%	17,7%	18,3%
Internist (inkl. Lungenarzt)	30,6%	30,8%	30,7%	31,2%	31,6%
Kinderarzt	10,8%	11,2%	11,2%	11,6%	11,7%
Laborarzt	20,7%	21,5%	22,4%	22,5%	24,2%
Nervenarzt, Kinder- u. Jugendpsychiater	8,3%	8,3%	8,4%	8,5%	8,8%
Orthopäde	19,7%	19,9%	19,7%	19,8%	20,2%
Pathologe	8,8%	9,5%	10,9%	11,3%	11,5%
Psycho- u. Verhaltenstherapie*	1,7%	1,8%	1,9%	2,0%	2,2%
Radiologe, Strahlenth. (inkl. Nukl. Med.)	17,1%	17,3%	17,3%	17,5%	17,9%
Urologe	7,7%	7,7%	7,6%	7,8%	7,8%
Allgemeinarzt / Praktischer Arzt	66,3%	67,3%	66,8%	68,0%	68,1%
Sonstige	15,2%	17,5%	21,6%	25,6%	35,3%
Alle Behandlungen	90,9%	91,6%	91,5%	92,6%	92,9%

\* (inkl. ärztliche Therapeuten sowie Kinder-Jugend-Therapeuten)

## Überversorgung

Im European Health Report 2009<sup>6</sup> steht: "Germany probably has the most restriction-free and consumer-oriented healthcare system in Europe, with patients allowed to seek almost any type of care they wish whenever they want it. The 'mystery' is: how is it possible to operate a restriction-free system, and not have healthcare costs run wild? There are studies, that show that German doctors work harder; long hours and many appointments/operations per doctor per year. It is well known that hindering a German from working is difficult. Could the relatively good cost containment in German healthcare be explained simply by 'German work ethic'?" Diese Analyse ist zynisch und satirisch. In Zukunft werden sich die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland nicht ausbeuten lassen wie bisher, wie die steigende Abwanderung in das Ausland und die Motivation dazu zeigt<sup>7</sup>.

Nach Angaben der OECD wurden 2006/7 in Deutschland pro 100.000 Personen 550, in den Niederlanden 140 Koronarinterventionen durchgeführt, ohne dass sich die Raten von Herzinfarkten und die kardiovaskuläre Mortalität in beiden Ländern wesentlich voneinander unterscheiden (Abbildung, Deu = Deutschland)<sup>8</sup>. Letztlich verursacht eine nicht selten angebotsinduzierte Überversorgung durch einzelne Fachgebiete eine verstärkte Nachfrage nach entsprechenden Leistungen, ohne dass davon die Bevölkerung relevant profitiert. Eine erhöhte Zahl praktizierender Ärzte/innen bedeutet eben nicht per se eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, begünstigt aber erhöhte Kosten und eine stärkere Fragmentierung der Behandlung<sup>9, 10</sup>.

<sup>6</sup> The European health report 2009 : health and health systems. ISBN 978 92 890 1415 1

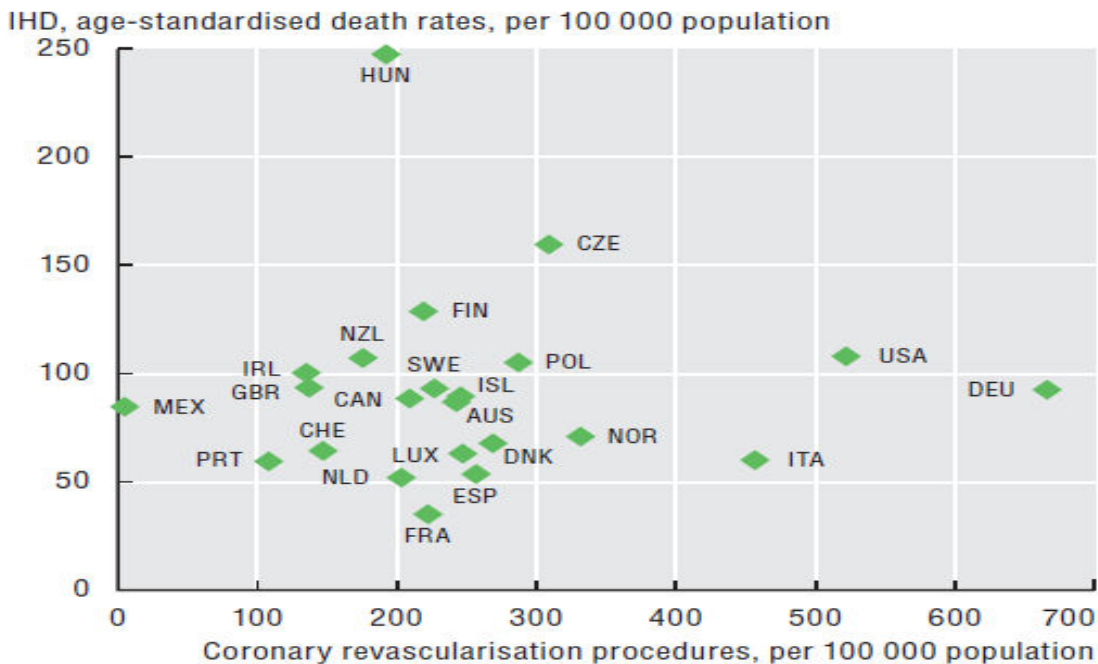
<sup>7</sup> H Buxel: Arbeitsplatz Krankenhaus: Der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden. Dtsch Arztebl 2009; 106: A 1790-93

<sup>8</sup> OECD-Health Data 2009

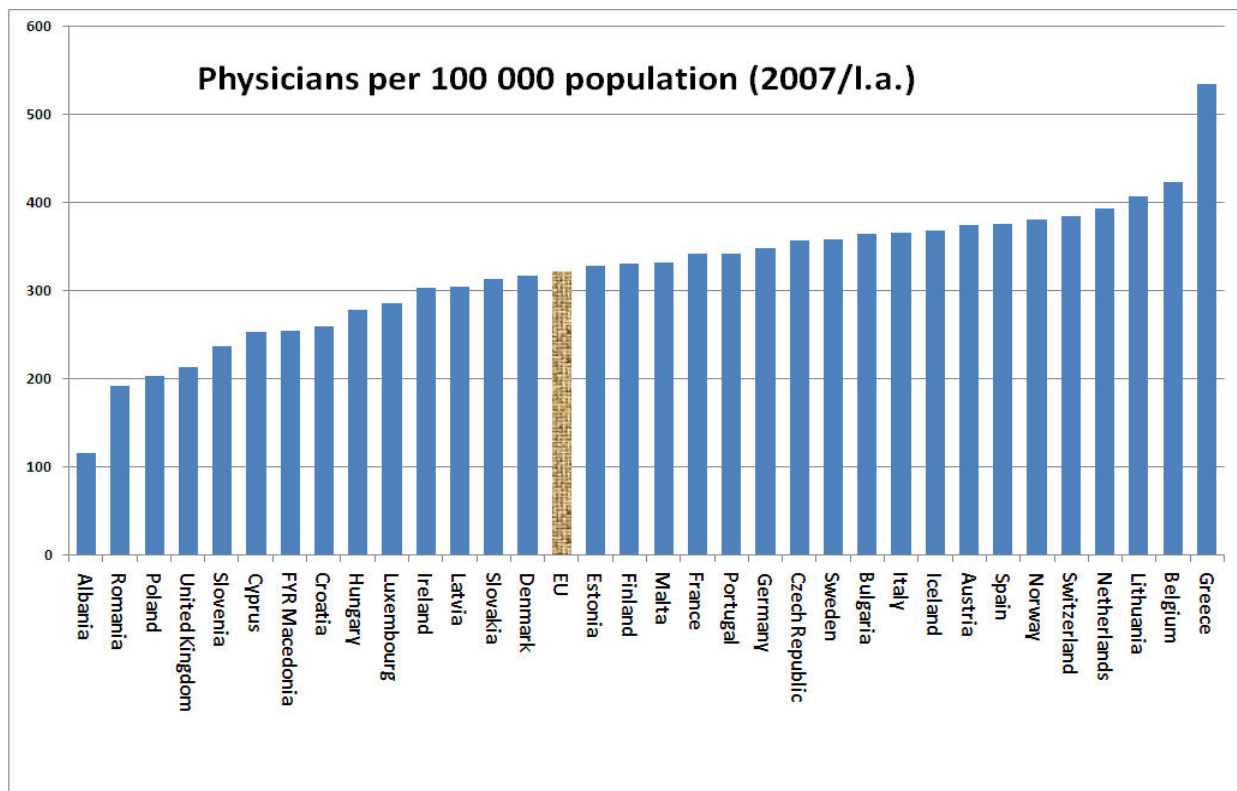
<sup>9</sup> DC Goodman, ES Fisher: Physician workforce crisis? Wrong diagnosis, wrong prescription. N Engl J Med; 2008, 358: 1658-1661

<sup>10</sup> doi: 10.1056/NEJMp1003173,1002530

### 4.6.3 Ischemic heart disease mortality and coronary revascularisation procedures, 2006



Das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis in der medizinischen Versorgung weisen konstant die Niederlande mit einer starken Fokussierung auf die hausärztliche Ebene auf<sup>11</sup>. Wie die folgende Abbildung zeigt, liegt die Zahl der Ärzte/innen in Deutschland deutlich über dem EU-Durchschnitt. Somit kann von einem echten Ärztemangel keine Rede sein. Das Problem ist die oben bezeichnete ungünstige Verteilung (regional und nach Fachgebieten) und ein nicht immer bedarfsgerechter Einsatz der ärztlichen Arbeitskraft<sup>12</sup>.

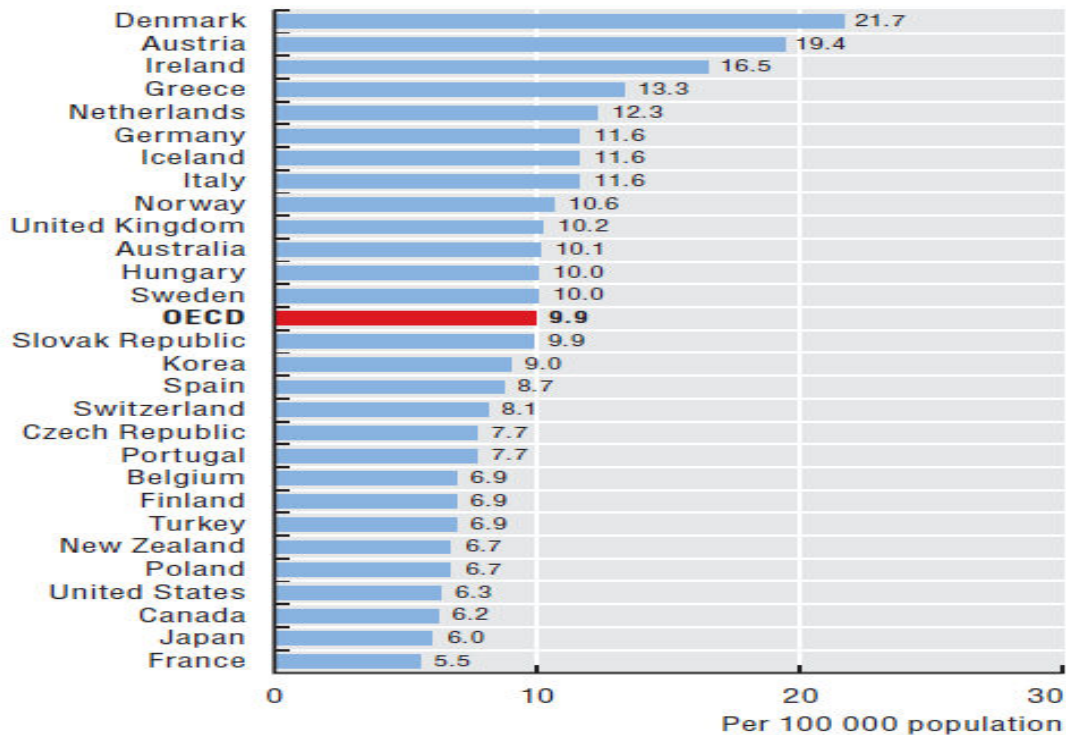


Auch die Zahl der Absolventen/innen medizinischer Ausbildung ist in Deutschland überdurchschnittlich und nach einem Rückgang seit 1995 nun wieder ansteigend. Somit wäre in Deutschland vor

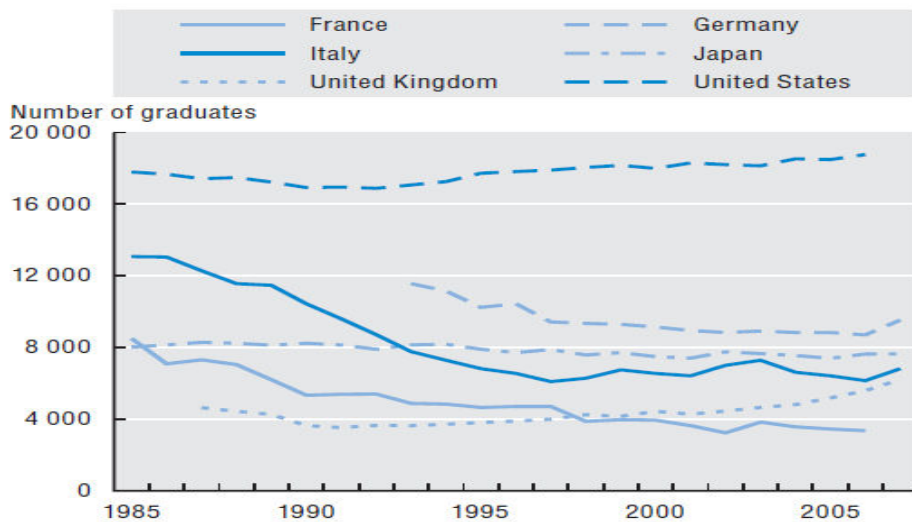
<sup>11</sup> The Commonwealth Fund, New York, Washington: Mirror, Mirror on the wall. Update 2010  
<sup>12</sup> H Kamps: Gesundheitswesem- Notwendig: Nähe zu den Menschen. Dtsch Arztebl. 2010; 107: A1108-1111  
<sup>13</sup> Health Consumer Powerhouse AB, 2009. ISBN 978-91-977879-1-8

allen eine bessere Verteilung der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte (regional und nach Fachgebieten) erforderlich und eine Erhöhung der Zahl der Medizin-Studienplätze ist möglicherweise nicht unbedingt notwendig. Im Vordergrund muss insofern zunächst und vor allem eine bessere Strukturierung des Systems stehen<sup>14</sup>.

### 3.3.1 Medical graduates per 100 000 population, 2007 (or latest year available)



15



Source: OECD Health Data 2009.

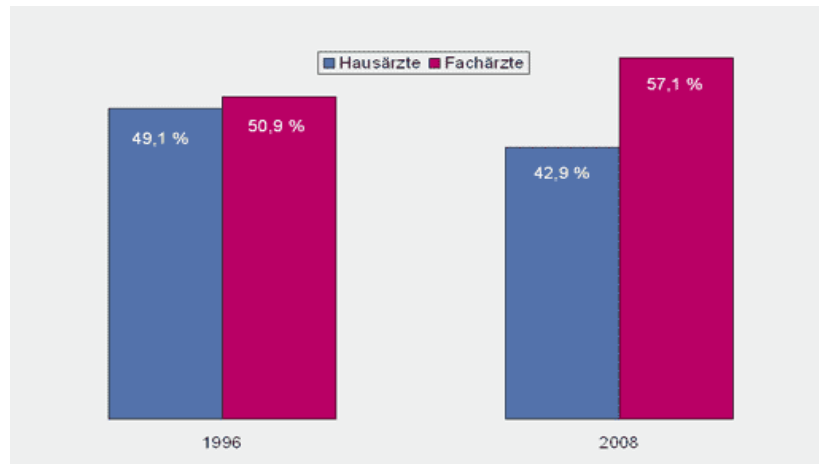
Dazu gibt es folgenden **Lösungsvorschlag**: "Much care which could be provided in a primary care setting continues to be provided in secondary care settings. There are various ways of addressing this, including giving primary care providers financial responsibility for the patient's care pathway, leading to a more discerning use of referral; and strengthening the role of primary care within first contact care more generally, including limiting direct access to specialists and improving the accessibility of primary care providers<sup>16</sup>". Gesundheitliche Probleme sollten auf der untersten Hierarchie-

<sup>14</sup> Beschluss der 78. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 1.7.2005, TOP 9.1: Bericht zur Qualifizierung für das Gebiet "Allgemeinmedizin"

<sup>15</sup> Abbildungen 3.3.1 aus dem OECD Report 2009

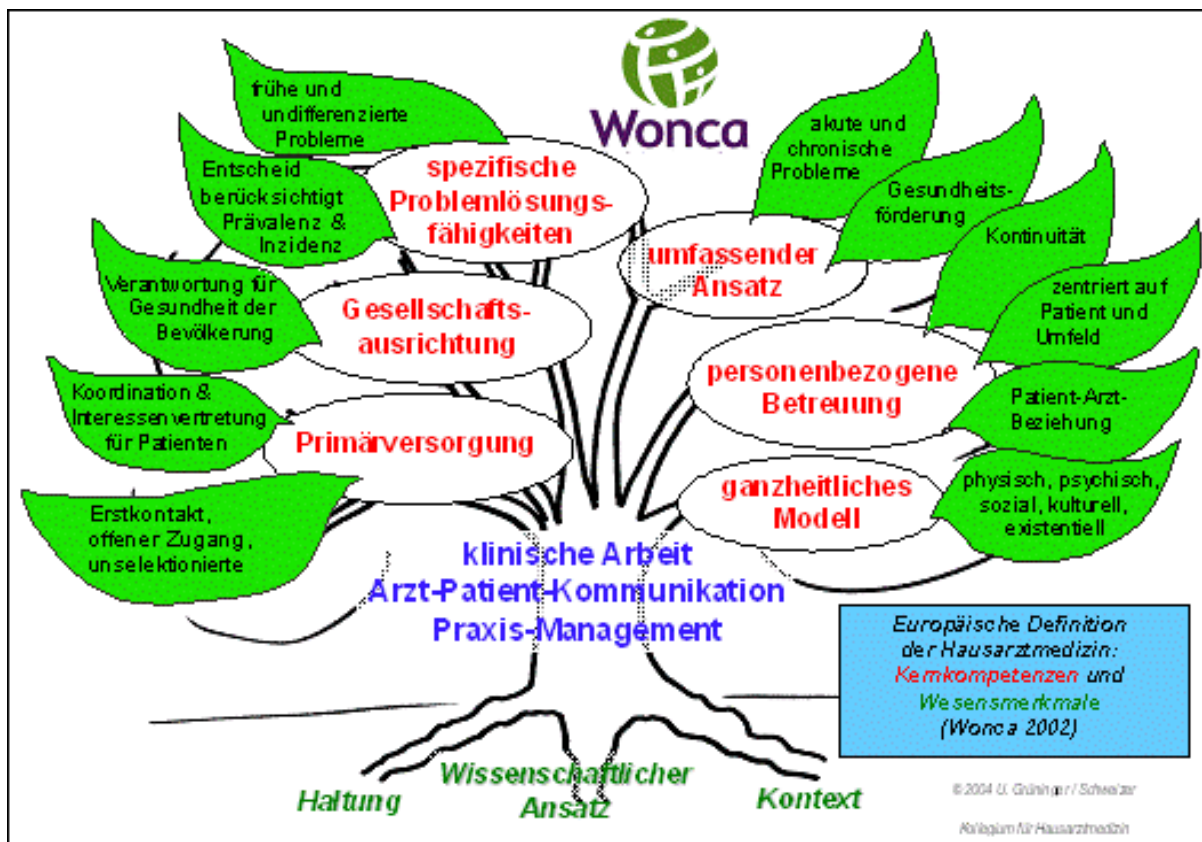
<sup>16</sup> S Thomson, T Foubister, J Figueras, J Kutzin, G Permanand, L Bryndová. World Health Organization 2009 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2009 Kapitel 5.2 Seite 31-33

ebene, die diese effektiv adressieren kann, gelöst werden<sup>17</sup>. Eine **gut ausgebaute primärärztliche Versorgungsebene** ist mit günstigen strukturellen Effekten und einer hohen Kosteneffektivität des Gesundheitssystems assoziiert. Im Anhang werden dazu Passagen aus dem Gutachten des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen zitiert<sup>18</sup>. Tatsächlich hat sich aber der Anteil der Hausärzte/innen in der Versorgung in den letzten 12 Jahren in Deutschland deutlich verringert<sup>19</sup>.



Durch Steuerung der Weiterbildung für alle Fachgebiete im Sinne einer Bedarfsplanung und didaktischen Begleitung aller weiterzubildenden Ärzte/innen kann die zukünftige Versorgung der Bevölkerung wesentlich verbessert werden. Der jetzige Zustand, der Weiterbildungsstellen in Deutschland vor allem an dem Bedarf von Assistenzärzten in Krankenhausabteilungen orientiert, ist nicht länger tolerabel<sup>20</sup>.

Die WONCA (Weltorganisation der Allgemeinmedizin) hat die Aufgaben der Allgemeinmedizin zusammengefasst<sup>21</sup> und in folgender Abbildung visualisiert:



<sup>17</sup> LA Green. The ecology of medical care- revisited. N Eng J Med 2001; 344: 2021-25

<sup>18</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration- Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009

<sup>19</sup> <http://www.kbv.de/24854.html>

<sup>20</sup> DEGAM: Speciality training for General Practice in Gemany: A report by a panel of international experts, 2009

<sup>21</sup> <http://www.tgam.at/pdf/WONCA%20AM%20DEFINITION.pdf>

Benötigt wird dafür allerdings eine höhere Zahl von Ärzten im primärärztlichen Bereich. Hier herrscht in Deutschland bereits jetzt ein erheblicher<sup>22</sup> und in den folgenden Jahren zunehmender Mangel insbesondere im ländlichen Bereich<sup>23</sup>, dem dringend entgegengesteuert werden muss. Mehr als 20% der ambulant tätigen Ärzte sind mindestens 60 Jahre alt<sup>24</sup>. Die Einbeziehung von speziell qualifizierten Medizinischen Fachangestellten stellt eine wesentliche Verbesserung der medizinischen Basisversorgung dar und vermeidet zusätzliche Schnittstellenprobleme anderer Modelle, die prinzipiell hilfreich sind<sup>25</sup>.

Geeignet hierfür wäre eine **gezielte Förderung von Studierenden mit besonderer Motivation für die hausärztliche Tätigkeit und solcher aus dem ländlichen Raum**<sup>26</sup>. Positive Erfahrungen bestehen im Ausland mit speziellen Angeboten, die ein Mentorensystem, breiten Einsatz von studienbegleitenden Veranstaltungen aus dem Bereich der Primärmedizin und Praktika in unterversorgten Gebieten aufweisen. Bei der Auswahl der Studierenden sollte neben den Schulleistungen vermehrt auf soziales Engagement und die Fähigkeit, in komplexen Situationen umsichtig zu handeln (Multi-tasking), geachtet werden. Zukünftige Hausärzte sollten über ein besonders breites Wissen und gute kommunikative Kompetenzen verfügen, um die komplexen und unstrukturierten Beratungsur-sachen und Krankheitsbilder optimal zu versorgen. Darüber hinaus muss die Allgemeinmedizin an allen deutschen medizinischen Fakultäten/Fachbereichen als wichtiges klinisches Fach mit selbständiger Abteilungsstruktur etabliert sein<sup>27</sup>.

Der 113. Deutsche Ärztetag hat dies ebenso eingefordert wie eine **verstärkte Ausbildung in akkreditierten Lehrpraxen** (Text siehe Anhang). Dadurch wird fachübergreifend auch der Übergang vom Studium in die ärztliche Tätigkeit erleichtert<sup>28</sup> und alle Studierenden erhalten einen realistischen Einblick in die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung und deren realer Gewichtung<sup>29</sup>. Insbesondere ist die Einführung eines Pflicht-Quartals Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr (PJ) eine geeignete Option. In Deutschland gibt es z.Zt. ca. 58.000 hausärztlich niedergelassene Kolleginnen und Kollegen<sup>30</sup>, und mehr als 4.500 allgemeinmedizinische Lehrpraxen<sup>31</sup>. Benötigt werden 2.500 Plätze pro Quartal für dieses PJ. Angesichts eines erheblichen Überangebotes an weiterbildungsermächtigten Praxen droht hier kein Engpass.

Eine Heranführung vieler zusätzlicher Praxen an das PJ stellt allerdings einen längeren Prozess dar, der durch entsprechend ausgestattete Institute bzw. Abteilungen für Allgemeinmedizin sowie ausreichende Ressourcen für diesen, für alle zukünftigen Ärzte wichtigen Ausbildungsabschnitt begleitet werden muss. Insbesondere die Vergütung der akademischen Lehrpraxen sowie eine eventuelle Sachkostenübernahme für Verpflegung und Fahrt/Unterkunft müssen (gegebenenfalls durch externe Förderung) so gestaltet werden, dass Hausärzte/innen für ihre intensive 1:1- Betreuung eines/r PJ'lers/lerin wenigstens eine Aufwandsentschädigung von 2.000 Euro/Quartal erhalten (entspricht ca. 1,5 Std. tgl. Unterrichts/Anleitung bei 20 Euro/Std. Kostenentschädigung). In der Übergangsphase sollte zunächst obligat die Pflichtzeit des Blockpraktikums in Hausarztpraxen deutlich verlängert und entsprechend gegenfinanziert sowie didaktisch begleitet werden.

Eine längere Zeit in der Hausarztpraxis wird auch viele Missverständnisse seitens der an der Universität tätigen Ärzte über Aufgaben und Potential der hausärztlichen Versorgung vermeiden helfen. Noch immer gibt es regelmäßig Negativäußerungen aus der Hochschulmedizin über den hausärztlichen Bereich<sup>32</sup>, was massiv demotivierend wirkt aber nachvollziehbar ist, wenn man praktisch vor allem die Negativbeispiele vor Augen hat – schließlich erreichen die gut versorgten Patienten die Versorgungsebene der Universitätsklinik sehr viel seltener als solche mit Komplikationen.

<sup>22</sup> T Kopetsch: Bedarfsplanung: Lücken bei Haus- und Fachärzten. Dtsch Arztebl 2009; 106: A-2290

<sup>23</sup> Analyse der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Ärzte Zeitung vom 06.12.2004

<sup>24</sup> T Kopetsch: Arztzahlentwicklung: Mehr Ärzte – und trotzdem geringe Arbeitslosenquote. Dtsch Arztebl 2010; 107: A756-58

<sup>25</sup> N van den Berg, C Meinke, R Heymann, et al: AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. Dtsch Arztebl 2009; 106: 3-9

<sup>26</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration- Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009

<sup>27</sup> Der aktuelle Stand der Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an deutschen Hochschulen ist den Berichten der entsprechenden Sektion zu entnehmen, die in der Regel im Septemberheft der Zeitschrift für Allgemeinmedizin publiziert werden.

<sup>28</sup> N Brennan, O Corrigan, J Allard et al: The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of tomorrow's doctors. Medical Education 2010; 44: 449-458

<sup>29</sup> DJ Pearson, RK Mc Kinley: Why tomorrow's doctors need primary care today. J R Soc Med 2010; 103: 9-13

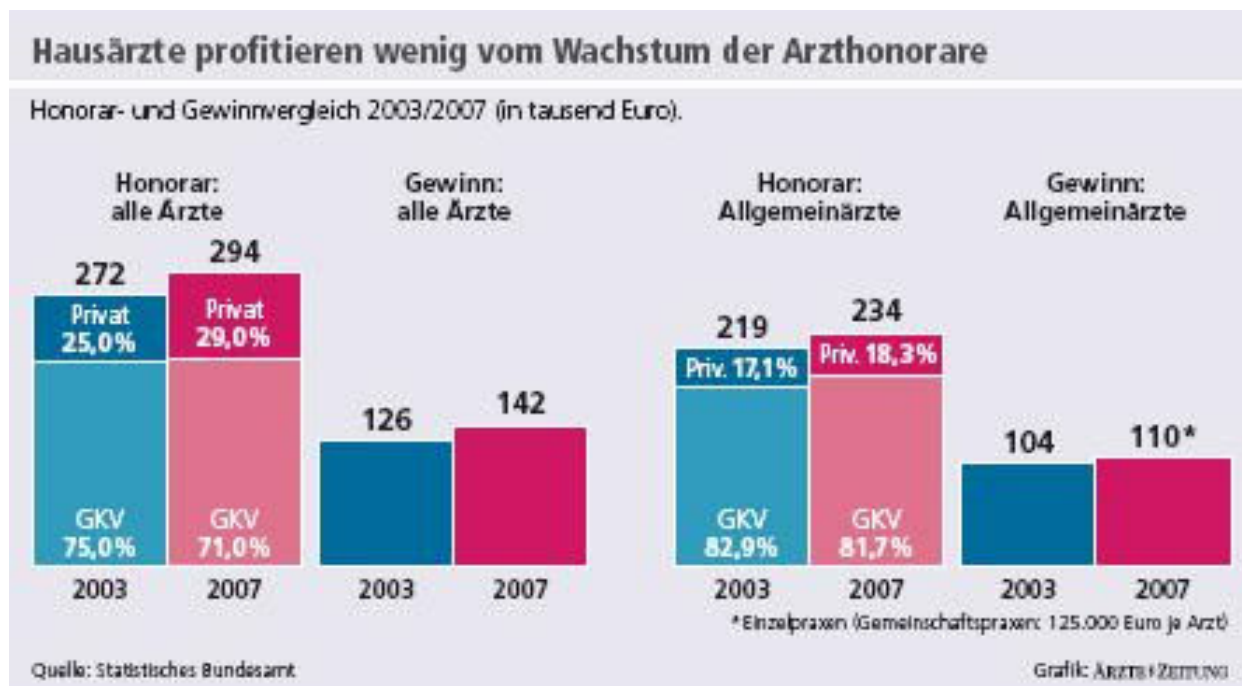
<sup>30</sup> [http://www.kbv.de/wir\\_ueber\\_uns/4131.html](http://www.kbv.de/wir_ueber_uns/4131.html)

<sup>31</sup> E Baum, M Ehrhardt: Bericht der Sektion Studium und Hochschule, jeweils im Septemberheft der Zeitschrift für Allgemeinmedizin

<sup>32</sup> I Natanzon, D Ose, J Szecsenyi et al: Does GP's self-perception of their professional role correspond to their social self-image?-A qualitative study from Germany. BMC Family Practice 2010; 11: 10

Wichtig ist auch eine **bessere Strukturierung der Weiterbildung** durch regionale Einrichtung qualifizierter Koordinierungs- und Beratungszentren, wofür die Universitätsabteilungen der Allgemeinmedizin in Frankfurt und Marburg einen detaillierten Vorschlag erarbeitet haben (Ausschnitt daraus siehe Anlage)<sup>33</sup>. Dabei sollte die inhaltliche Begleitung der Weiterbildung wie in vielen anderen Ländern durch die dann flächendeckenden universitären Abteilungen für Allgemeinmedizin erfolgen. Auch die strukturierte berufsbegleitende Fortbildung kann hier industrieunabhängig und bedarfsgerecht gefördert werden. Gute Erfahrungen gibt es in Norwegen mit einem attraktiven Weiterbildungsprogramm in abgelegenen Gebieten<sup>34</sup>.

Ein weiterer essentieller Punkt ist die Verbesserung der **Arbeitsbedingungen für Hausärzte/innen**, wie sie in den bereits zitierten Schriften und weiteren Publikationen<sup>35,36</sup> benannt wurden, zum Beispiel durch kooperative Lösungen unter Einbeziehung von Teilzeitarbeitsplätzen für Ärzte/innen und besonders qualifizierte medizinische Fachangestellte, durch eine bessere Honorierung sowie durch die Abschaffung von besonderen Risiken, insbesondere des Regressrisikos, das Hausärzte weit überproportional betrifft<sup>37</sup>. Problematisch in diesem Zusammenhang ist auch, dass viele Ärzte/innen solche Standorte bevorzugen, an denen durch hohen sozioökonomischen Status der Bevölkerung ein überproportionaler Anteil an Privatpatienten und Realisierbarkeit von IGeL-Leistungen besteht. Zu diskutieren ist daher eine Beschränkung solcher Angebote durch Vertragsärzte/innen oder ein anderweitiger Nachteilsausgleich, wie er mit unterschiedlicher GKV-Honorierung in unter- und überversorgten Gebieten vorgesehen ist, aber bisher inkonsequent umgesetzt wird. Die Einkünfte aus vertragsärztlicher Tätigkeit sowie die beruflichen Rahmenbedingungen in Deutschland erscheinen insgesamt wenig attraktiv<sup>38,39</sup>. Das Einkommen der Allgemeinärzte/praktischen Ärzte ist darüber hinaus laut Statistischem Bundesamt konstant am Ende der Skala<sup>40</sup>, wie auch die folgende Grafik zeigt. Eine weitere Einschränkung in diesem Bereich, wie sie das Konzept der Regierungskoalition vorsieht, ist daher höchst problematisch und wird die Motivation zur Allgemeinmedizin weiter verringern und die Chancen der Verbesserung der Kosteneffektivität des Systems durch hausarztzentrierte Versorgung konterkarieren.



<sup>33</sup> E Baum, N Donner-Banzhoff, A Dahlhaus, J De Meo, FM Gerlach et al: Zukunftskonzept Allgemeinmedizin in Hessen "Maßnahmen zur nachhaltigen Förderung der hausärztlichen Grundversorgung"

<sup>34</sup> K Straume, DMP Shaw: Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. Bull World Health Organ 2010; 88: 390-304

<sup>35</sup> K Schmidt: „Mecklenburg ist bald überall“ Neues Konzept für hausärztliche Versorgung auf dem Lande. Der Hausarzt 2010; 20-22

<sup>36</sup> A Erler, M Beyer, FM Gerlach: Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. Teil 2. Z Allg Med 2010 ; 86: 159-165

<sup>37</sup> Mitteilung der KV Hessen über Regresssummen 2006

<sup>38</sup> KBV weist Einkommensberechnungen der Krankenkassen zurück. Dtsch Arzteblatt 2010;

<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=41365&src=suche&p=kbv>

<sup>39</sup> CH Müller: Was tun, wenn der Nachwuchs ausbleibt? Dtsch Arztebl. 2010; 107: A1099-1101

<sup>40</sup> <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Wirtschaft/Statistik/Gesundheitswesen/Kostenstruktur042010.property=file.pdf>



## **Insgesamt benötigt man also ein Bündel von Maßnahmen, um die Motivation für eine hausärztliche Tätigkeit zu verbessern<sup>41, 42</sup>.**

Die Notwendigkeit einer moderaten Erhöhung der Anzahl der Studienplätze kann aber aus dem wachsenden Anteil von Studentinnen (derzeit bereits etwa 70%) und Ärztinnen resultieren, die insgesamt eher geringere Arbeitszeiten anstreben als ihre männlichen Kollegen, sowie aus den Vorgaben zu Arbeitszeiten<sup>43</sup> und der demografischen Entwicklung mit Anstieg der Zahl alter und multimorbider Patienten<sup>44</sup> (Details siehe oben zitiertes Gutachten des Sachverständigenrats). Eine Reduktion der Anzahl bestehender Studienplätze, wie sie in Schleswig-Holstein mit einer möglichen Schließung der Medizinischen Fakultät in Lübeck diskutiert wurde, ist dagegen äußerst problematisch und nicht kompensierbar.

### **Zusammenfassung und Empfehlungen:**

Die Allgemeinmedizin ist angesichts ihrer realen und gesundheitspolitischen Bedeutung in der universitären Ausbildung in Deutschland immer noch erheblich unterrepräsentiert. Das Fach sollte an allen medizinischen Fakultäten mit selbständiger Abteilungsstruktur in Forschung und Lehre institutionalisiert werden. In diesem Zusammenhang muss die ggf. schrittweise Einführung eines Pflichtquartals Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr gezielt geplant werden, um allen Studierenden den Einblick in einen wesentlichen Teil der Versorgungswirklichkeit zu ermöglichen und basale medizinische Kompetenzen einzuüben. Vorbereitend hierzu ist schnellstmöglich die Mindestzeit im Blockpraktikum Allgemeinmedizin zu verlängern und in der Durchführung intensiv didaktisch zu begleiten.

Die Öffnung des Ausbildungsmarkts für eine Kooperation mit europäischen Hochschulen/Fakultäten ist grundsätzlich begrüßenswert, insbesondere wenn diese hohen qualitativen Ansprüchen gerecht wird und die primärärztliche Versorgungsebene prominent sowohl curricular als auch institutionell verankert wird. Eine verstärkte regionale Orientierung der Universitäten und die Einbeziehung des ländlichen Raumes ist begrüßenswert, innovativ und zukunftsweisend

Dies sollte allerdings nicht durch zusätzliche privat finanzierte Universitäten mit hohen Studiengebühren oder durch massive Expansion von Studienplätzen an etablierten Hochschulen realisiert werden, sondern zunächst und vor allem innerhalb der weiter zu entwickelnden Approbationsordnung und durch Verbesserung der bestehenden Strukturen humanmedizinischer Ausbildung.

Die Weiterbildung muss strukturell weiter entwickelt und verbessert werden durch Einrichtung von entsprechend ausgestatteten Koordinierungsstellen, die sich auch inhaltlich-didaktisch engagieren und eng an die universitären Abteilungen für Allgemeinmedizin angebunden sind. Eine Bedarfsplanung für dann finanziell ausreichend ausgestattete und supervidierte Weiterbildungsstellen sollte für alle Gebiete eingeführt werden, um weiterer Fehlverteilung in unserem System entgegenzuwirken.

Der primärärztliche Bereich muss strukturell gestärkt und ausgebaut werden, um auch in Zukunft die nationale Gesundheitsversorgung zu sichern. Ohne ökonomische Planungssicherheit wird es nicht möglich sein, mehr Nachwuchs für die Hausarztmedizin zu gewinnen. Die Einbindung regionaler Strukturen ist dabei essentiell. Insbesondere ist auf die Ermöglichung alternativer / innovativer Beschäftigungsarten zu achten. Dann können langfristig Ressourcen geschont und die medizinische Versorgung in unserem Land mit einer annähernd gleichbleibenden Anzahl von Studienanfängern und höherer Zufriedenheit der Ärzte/innen sowie geringerer Abwanderung gesichert werden.

Prof. Dr. med. Erika Baum  
Sprecherin der Sektion Studium und Hochschule  
und das Präsidium der DEGAM

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle  
Goethe-Universität, Haus 10 C, 1. OG  
Theodor-Stern-Kai 7  
60590 Frankfurt am Main  
Tel.: 069/65007245  
Geschaeftsstelle@degam.de

<sup>41</sup> | Natanzon, D Ose, J Szecsenyi, S Joos: Berufsperspektive Allgemeinmedizin: Welche Faktoren beeinflussen die Nachwuchsgewinnung? Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 1011-1015

<sup>42</sup> | Natanzon, J Szecsenyi, K Götz S Joos: Das Image der hausärztlichen Profession in einer sich wandelnden Gesellschaft. Med Klein 2009; 104: 601-7

<sup>43</sup> | Flintrop: Ärztemangel: Wenn der Nachwuchs fremdgeht. Dtsch Ärztebl 2009; 106: A1704-05

<sup>44</sup> | U Siewert, K Fendrich, G Doblhammer-Reiter et al: Versorgungsepidemiologische Auswirkungen des demografischen Wandels in Mecklenburg-Vorpommern: Hochrechnung der Fallzahlen altersassoziierter Erkrankungen bis 2020 auf der Basis der Study of Health in Pomerania (SHIP). Dtsch Ärztebl 2010; 107: 328-34

## Anlagen:

### *Auszüge aus dem oben zitierten Gutachten des Sachverständigenrates:*

**648.** ... Es finden sich Untersuchungen, die belegen, dass eine hausarztorientierte Versorgung Zugangsbarrieren (einschließlich Wartezeiten) verringern kann (Atun 2004; Engström et al. 2001; Starfield et al. 2005). Es liegt weiterhin Evidenz vor, dass eine hausarztorientierte Versorgung mit geringen Zugangsbeschränkungen mit einer Verbesserung von Gesundheitsindikatoren sowie mit einer verminderten Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und einer niedrigeren Hospitalisierungsrate einhergeht (Engström et al. 2001; Sans-Corrales et al. 2006). Ein vereinfachter Zugang zum Gesundheitssystem scheint auch mit einer höheren Zufriedenheit assoziiert zu sein.

**649.** Für positive Effekte einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung gab es in zahlreichen Studien Belege, auch wenn unterschiedliche Konzepte von Kontinuität zu Grunde gelegt wurden (Cabana 2004; Reid et al. 2002). Eine hohe Kontinuität in der Versorgung, wie auch immer diese definiert wurde, zeigte sich mit besseren gesundheitlichen Outcomes (Atun 2004; Sans-Corrales et al. 2006), höherer Patientenzufriedenheit (Engström et al. 2001; Sans-Corrales et al. 2006; Starfield et al. 2005), niedrigeren Hospitalisierungsraten (Engström et al. 2001; Starfield et al. 2005), verringerter Inanspruchnahme von Notfallambulanzen (Engström et al. 2001; Starfield et al. 2005), weniger Laboruntersuchungen (Engström et al. 2001), häufigerer Nutzung von präventiven Maßnahmen (Sans-Corrales et al. 2006), besserer Compliance (Engström et al. 2001; Starfield et al. 2005) sowie geringeren Kosten (Engström et al. 2001; Sans-Corrales et al. 2006) assoziiert.

**650.** ... Nicht zuletzt durch die längerfristige Bindung zwischen Hausarzt und Patienten wird im Rahmen einer hausarztorientierten Versorgung die Etablierung einer „gesundheitsfördernden“ Arzt-Patienten-Beziehung unterstützt (Di Blasi et al. 2001).

**652.** Eine generelle Überlegenheit der Allgemeinmediziner gegenüber Spezialisten oder vice versa in der Patientenversorgung konnte nicht festgestellt werden. Die Studienergebnisse zeigen folgende Tendenz: allgemeinmedizinische Versorgung ist besonders bei chronischen Erkrankungen vorteilhaft, ein Versorgungsvorteil durch Spezialisten scheint bei seltenen Erkrankungen und bei einigen Akuterkrankungen zu bestehen (Smetana et al. 2007).

**653.** Wiederholt wurde in mehreren der hier berücksichtigten Studien bzw. Übersichten gezeigt, dass sich durch eine hausarztorientierte Versorgung Gesundheitsausgaben reduzieren lassen.

**654.** ... Aus den in den Übersichten zusammengefassten internationalen und interregionalen Vergleichen von Gesundheitssystemen lässt sich erkennen, dass Länder mit einer starken Orientierung an den Merkmalen einer hausarztorientierten Versorgung hinsichtlich verschiedener Indikatoren des Gesundheitszustands der Bevölkerung im Vorteil sind. In den 22 Übersichtsarbeiten, die insgesamt mehr als 1 000 Studien zusammenfassen, finden sich Belege für die Bedeutung aller Kernelemente allgemeinmedizinischer Versorgung aus der Definition der WONCA 2002.

**1142.** In der Gesamtschau ergibt sich die Notwendigkeit einer veränderten Arbeitsteilung, in Einheit mit einer thematisch erweiterten Sicht auf die Versorgung. Der Primärversorgung kommt als multiprofessionelle Aufgabe die Versorgung chronischer Erkrankungen zu, sowie die Behandlung akuter Erkrankungen, die keiner fachärztlichen Sekundärversorgung bedürfen. Die integrierte fachärztliche Sekundärversorgung ist sektorunabhängig organisiert und kann je nach Region und Bedarf unterschiedliche Umsetzungsformen annehmen. Von zunehmender Bedeutung wird die ambulante und stationäre Pflege sein, erstere entscheidender Partner der Primärversorgung, letztere Partner auch der Sekundärversorgung und des Krankenhauses, gemeinsam mit Palliativ- und Hospizeinrichtungen. Im Zusammenhang mit der Alterung der Gesellschaft und der vordringlichen Lösungssuche für die zunehmende Chronizität und Multiplizität der Erkrankungen kann man also zusammenfassend konstatieren: die Primärversorgung ist verantwortlich für den Zugang zur Versorgung, die Grundversorgung der Bevölkerung und die Koordination, die integrierte fachärztliche Sekundärversorgung für die notwendigen Interventionen und Spezialfragen, welche die Kompetenzen der Primärversorgung überschreiten, und das Krankenhaus für schwere Akuterkrankungen, Exacerbationen von chronischen Erkrankungen und neue Behandlungsmethoden, soweit sie stationärer Pflege und eines stationären Umfeldes bedürfen.

**1143.** Die vorstehend beschriebene Arbeitsteilung wird sich jedoch nicht spontan einstellen, sondern bedarf einer umfassenden Neuregelung der Finanzierung auf der Meso- (und Mikro-)Ebene. Die derzeit dominierende sektorale Finanzierung ist nicht in der Lage, die notwendigen Entwicklungsschritte zu initiieren und die Gesamtverantwortung für eine angemessene, die demografische Situation und die Bedürfnisse der unterschiedlichen Generationen berücksichtigende Versorgung zu übernehmen. Der Rat empfiehlt daher, eine Finanzierung mit tendenzieller Integration von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion und versichertenbezogener Pauschalierung (Capitation) zu fördern, durchaus in Konkurrenz zu anderen Konzepten. Dieser Finanzierungsansatz, der dem Managed Care-Konzept entspricht, sollte einen starken Anreiz für die Neuausrichtung der Arbeitsteilung bilden, und verspricht eine Vielfalt von Strukturen hervorzubringen, die eine unterschiedlich ausgeprägte Aufhebung des *provider-payer-splits*, unterschiedliche Trägerschaften und ein stark regional differenziertes Verhältnis der Managed Care-Träger zu den Leistungserbringern aufweisen. Die Auswirkungen auf das Outcome und die Qualität speziell für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind kritisch im Auge zu behalten. Eine solche Veränderung der Finanzierungsstrukturen ermöglicht es auch, der Prävention (einschließlich der dem Gesundheitswesen zugänglichen Formen der Primärprävention) den Stellenwert zu geben, der ihr zukommt. In den bisherigen Zusammenhängen war der Anreiz für eine konsequente Durchführung von Präventionsmaßnahmen beschränkt, daher ist von der Übernahme der Gesamtversorgung durch Versicherer und eng kooperierende Leistungserbringer zu erhoffen, dass hier eine dringend notwendige Kehrtwende unter gemeinsamer Verantwortung aller Beteiligten erreicht wird.

### ***Zitat aus oben zitiertem Zukunftskonzept Allgemeinmedizin:***

#### **3.1 Anreize schaffen, als Allgemeinarzt in ländlichen Gebieten zu arbeiten**

Wie in anderen Ländern (z.B. USA, Schottland, Australien, Kanada und Neuseeland) ist die medizinische Grundversorgung auch in Deutschland vor allem in den ländlichen Gebieten gefährdet. Hierfür gibt es mehrere Ursachen, die das Sondergutachten 2009 des „Sachverständigenrates zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen“<sup>ii</sup> klar benannt hat.

Drei Ansatzpunkte erscheinen hier sinnvoll:

1. Eine Finanzierung des Studiums für diejenigen, die sich verpflichten, auf dem Land zu arbeiten.<sup>ii</sup> Auch in Deutschland könnte ein Förderprogramm analog zum „Physician Shortage Area Program (PSAP)“<sup>iii</sup> eingerichtet werden. Dort wurden speziell Studierende und Ärzte aufgenommen, die längere Zeit im ländlichen Raum gelebt haben und sich vorstellen können, dort als Arzt für Allgemeinmedizin zu arbeiten.
2. Bezahlung mindestens nach dem bislang nur für Kliniken geltenden Tarifverträgen für Ärzte während der gesamten Weiterbildung Allgemeinmedizin - bei Verpflichtung, einen definierten Zeitraum auf dem Land zu arbeiten, auch höhere Gehälter.
3. Erleichterung der Niederlassung durch finanzielle Förderung und Entwicklung neuer Arbeits- und Niederlassungsmodelle. Es wären zum Beispiel öffentliche Träger (wie Gemeinden) als Träger von Hausarztpraxen denkbar sowie günstige Darlehen oder eine neue Arbeitsteilung in den Praxen, das Einbeziehen anderer Berufsgruppen, die Errichtung von Arztzentren und medizinischen Versorgungszentren.

Neben diesen Maßnahmen ist die flächendeckende Einrichtung von Notdienstzentralen wichtig, um Bereitschaftsdienste auf dem Lande tätiger Hausärzte zu minimieren und damit mehr Freizeit und Zeit für die Familie zu ermöglichen. In diesem Sinne organisiert und plant die Kassenärztliche Vereinigung Hessen bereits die Einrichtung und gegebenenfalls Fusion zentraler Bereitschafts- und Vermittlungszentralen, um die Präsenzzeiten von Hausärzten zu verringern.<sup>iv</sup>

#### **3.4 Anreize für Studierende, Allgemeinmediziner zu werden**

Indem das universitäre Lehrangebot der Allgemeinmedizin ausgebaut und das Praktische Jahr (PJ) in allgemeinmedizinischen Praxen gefördert wird, können die Studierenden schon früh an dieses Fach herangeführt werden. Ferner wäre eine Anerkennung des Praktischen Jahres auf die Weiterbildung Allgemeinmedizin, wie sie im Bereich Westfalen-Lippe bereits in Abänderung des Heilberufsgesetzes erfolgt, ein weiterer Anreiz. Daneben können die monatlichen Veranstaltungen der HESA, die auch für Studierende im Praktischen Jahr zugänglich sind, Interesse bei den Studierenden für das Fach und die Weiterbildung weiter fördern.

### 3.5 Neue Arbeitsmodelle für Allgemeinmediziner

Der Gesetzgeber hat die Möglichkeiten, in der Praxis tätig zu werden, entscheidend erweitert. Während früher die freiberuflich-selbständige Form – meist als Einzelpraxis – das einzige Modell war, sind jetzt vielfältige Gemeinschaftsformen, Angestelltentätigkeit und Teilzeitarbeit möglich.

Weitere Ansätze sind jedoch notwendig, um die Arbeit als Hausarzt attraktiver zu machen. Kommunen könnten als Träger von Hausarztpraxen fungieren, um die Einstiegsschwelle zur Niederlassung zu senken. Dies kann auch ein Modell für unterversorgte Regionen werden. Die auch für die Primärversorgerebene sinnvolle Einrichtung ärztlich geleiteter Medizinischer Versorgungszentren und Gemeinschaftspraxen sollte von den Kassenärztlichen Vereinigungen ebenso gefördert werden wie die Schaffung von Teilzeitmodellen, flexiblere Arbeitszeitgestaltung und Vertretungsmöglichkeiten. Daneben sollten Wiedereinstiegskurse in die hausärztliche Tätigkeit angeboten werden.

#### **Dokumentation zum 113. Deutschen Ärztetag Dtsch Arztebl 2010; 107: A1008**

##### **Allgemeinmedizin im Studium stärken**

Die Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses beginnt während des Medizinstudiums. Gerade aufgrund der hohen Zahl an Hausärztinnen und Hausärzten, die in den kommenden Jahren altersbedingt ausscheiden werden, muss bereits während des Medizinstudiums bei Studierenden das Interesse an einer hausärztlichen Berufstätigkeit geweckt bzw. vielmehr das häufig zu Beginn des Studiums bestehende Interesse weiter gefördert und verstärkt werden.

Der Deutsche Ärztetag sieht hier auch die medizinischen Fakultäten in der Pflicht, insbesondere durch die Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Hochschulen, die Entscheidung für eine Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin positiv zu beeinflussen. Eine unabdingbare Voraussetzung ist die Einrichtung von allgemeinmedizinischen Lehrstühlen an allen medizinischen Fakultäten. Möglichst frühzeitig sollten Studierende erste Einblicke in das Fachgebiet Allgemeinmedizin erhalten. Die von der Approbationsordnung eröffneten Möglichkeiten, die klinisch-praktische Tätigkeit einer Hausärztin bzw. eines Hausarztes kennenzulernen, Blockpraktika, Famulatur und Wahltertial im praktischen Jahr, sind stärker zu promoten und ggf. weiter auszubauen.

Das Kennenlernen der besonderen Versorgungssituation einer hausärztlichen Praxis und ambulanter Betreuungsstrategien dient nicht nur dazu, Studierende in ihrer späteren Berufswahl positiv auf die Allgemeinmedizin einzustimmen, sondern fördert auch das Verständnis und somit die Kooperationsbereitschaft der verschiedenen Versorgungsebenen (haus- und fachärztliche ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Reha etc.).

Um Medizinstudierende positiv auf das Fachgebiet Allgemeinmedizin einzustimmen, bedarf es einer motivierenden qualifizierten Lehre. Der Deutsche Ärztetag bittet daher die Lehrärztinnen und Lehrärzte sowie die Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA), sich weiterhin intensiv in die Entwicklung von Kriterien und Anforderungen zur Sicherung der Strukturqualität der allgemeinmedizinischen Lehre einzubringen und sich für die Einhaltung dieser Strukturqualität an allen Universitäten einzusetzen.

Die medizinischen Fakultäten werden erneut aufgerufen, den akkreditierten Lehrpraxen eine angemessene Aufwandsentschädigung zu zahlen. Nur dadurch kann erreicht werden, dass ausreichend allgemeinmedizinische Lehrpraxen zur Verfügung stehen, um möglichst jedem Medizinstudierenden das Kennenlernen des hausärztlichen Versorgungsbereichs im praktischen Jahr zu ermöglichen.

<sup>i</sup> Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Situation im Gesundheitswesen: „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Quelle: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/GA2009-LF.pdf>, Stand 4.7.2009, S. 556f.

<sup>ii</sup> „Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020“, Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland“, [www.gmkonline.de/beschlusse/Protokoll81-GMTOP0501AnlageAOLG-Bericht.pdf](http://www.gmkonline.de/beschlusse/Protokoll81-GMTOP0501AnlageAOLG-Bericht.pdf)

<sup>iii</sup> siehe Kapitel 2.1

<sup>iv</sup> KV-Hessen, Power-Point-Präsentation: „Weiterentwicklung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Hessen“, Frankfurt am Main 25.3.2006