

ipp schriften 11



AUSGABE 11

2013

NORBERT SCHMACKE

DIE ZUKUNFT DER ALLGEMEINMEDIZIN IN DEUTSCHLAND

POTENZIALE FÜR EINE ANGEMESSENE VERSORGUNG

**GUTACHTEN IM AUFTRAG DES GKV-SPITZENVERBANDES
ABGESCHLOSSEN IM JANUAR 2013**

**SCHRIFTENREIHE DES INSTITUTS FÜR PUBLIC HEALTH
UND PFLEGEFORSCHUNG, UNIVERSITÄT BREMEN
HERAUSGEBER: STEFAN GÖRRES, INGRID DARMANN-FINCK, ANSGAR GERHARDUS**

Impressum

IPP-Schriften, Ausgabe 11/2013

Titel: Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Potenziale für eine angemessene Versorgung. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Abgeschlossen Januar 2013.

Autor: Prof. Dr. Norbert Schmacke

Kontakt Autor: Prof. Dr. Norbert Schmacke,
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung 1 Versorgungsforschung.
E-Mail: schmacke@uni-bremen.de

Herausgeber IPP-Schriften: Direktorium des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen: Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor), Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Dr. Ansgar Gerhardus.

Kontakt Herausgeber: Prof. Dr. Stefan Görres (Geschäftsführender Direktor)
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
E-Mail: sgoerres@uni-bremen.de

Kontakt IPP-Geschäftsstelle:
Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Grazer Straße 4, 28359 Bremen
Phone: (+49) (+)421 - 218 68880/-68980
E-Mail: health@uni-bremen.de
Internet: www.ipp.uni-bremen.de

Bremen, Februar 2013
Umschlaggestaltung: IPP
Download der Online-Ausgabe unter: www.ipp.uni-bremen.de
ISSN 1864-4546 (Printausg.)
ISSN 1867-1942 (Internetausg.)

V.i.S.d.P.: Verantwortlich für die publizierte Fassung sind die Autorinnen bzw. Autoren der vorliegenden Ausgabe

Haftungsausschluss: Es gilt der Haftungsausschluss der Universität Bremen (Online im Internet unter: <http://www.uni-bremen.de/datenschutz/haftungsausschluss.html>):

1. Inhalt des Onlineangebotes

Die Universität Bremen übernimmt keinerlei Gewähr für die Aktualität, Korrektheit und Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen. Haftungsansprüche gegen die Universität Bremen, die sich auf Schäden materieller oder immaterieller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen bzw. durch die Nutzung fehlerhafter und unvollständiger Informationen verursacht wurden, sind grundsätzlich ausgeschlossen, sofern seitens der Universität Bremen kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden vorliegt. Die Universität Bremen behält es sich ausdrücklich vor, Teile der Seiten oder das gesamte Angebot ohne gesonderte Ankündigung zu verändern, zu ergänzen, zu löschen oder die Veröffentlichung zeitweise oder endgültig einzustellen.

2. Verweise und Links

Die Universität Bremen hat keinerlei Einfluss auf die aktuelle und zukünftige Gestaltung und auf die Inhalte fremder Internetseiten, auf die direkt oder indirekt verwiesen wird (Links). Deshalb distanziert sie sich hiermit ausdrücklich von allen Inhalten aller gelinkten/verknüpften Seiten. Dies gilt auch für alle Fremdeinträge in von der Universität Bremen eingerichteten Gästebüchern, Diskussionsforen und Mailing-Listen.

3. Urheber- und Kennzeichenrecht

Die Universität Bremen hat in allen Publikationen die Urheberrechte der Autoren der verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu beachten. Sie ist bestrebt, möglichst von ihr selbst erstellte Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zu nutzen oder auf lizenzfreie Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte zurückzugreifen. Eine Vervielfältigung oder Verwendung der innerhalb des Internetangebotes der Universität Bremen verwendeten Grafiken, Tondokumente, Videosequenzen und Texte in anderen elektronischen oder gedruckten Publikationen ist ohne ausdrückliche Zustimmung des Autors nicht gestattet, sofern diese nicht ausdrücklich als lizenzfrei erklärt sind.

4. Datenschutz

Sofern innerhalb des Internetangebotes die Möglichkeit zur Eingabe persönlicher oder geschäftlicher Daten (E-Mail-Adressen, Namen, Anschriften) besteht, so erfolgt die Preisgabe dieser Daten seitens des Nutzers auf ausdrücklich freiwilliger Basis.

5. Urheberrecht (Copyright - Universität Bremen)

Alle Rechte vorbehalten, all rights reserved, Universität Bremen, D-28359 Bremen.

Die Online-Dokumente und Webseiten einschließlich ihrer Teile sind urheberrechtlich geschützt. Sie dürfen nur zum privaten, wissenschaftlichen und nichtgewerblichen Gebrauch zum Zweck der Information kopiert und ausgedruckt werden, wenn sie den Copyright-Hinweis enthalten. Die Universität Bremen behält sich das Recht vor, diese Erlaubnis jederzeit zu widerrufen. Ohne vorherige schriftliche Genehmigung der Universität Bremen dürfen diese Dokumente/Webseiten nicht vervielfältigt, archiviert, auf einem anderen Server gespeichert, in News-Gruppen einbezogen, in Online-Diensten benutzt oder auf einer CD-ROM gespeichert werden. Sie dürfen jedoch in einen Cache oder einen Proxy-Server zur Optimierung der Zugriffsgeschwindigkeit kopiert werden.

Wir erlauben ausdrücklich und begrüßen das Zitieren unserer Dokumente und Webseiten sowie das Setzen von Links auf unsere Website.

Norbert Schmacke

**Die Zukunft der Allgemeinmedizin
in Deutschland**

Potenziale für eine angemessene Versorgung

**Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes
Abgeschlossen Januar 2013**

Gliederung

Zusammenfassung	4
Einleitung	6
Die Bedarfsdebatte	8
Mangel oder Ungleichverteilung?	15
Generalisten versus Spezialisten	18
Zufriedenheit und Karrieren von Ärztinnen und Ärzten	22
Befragung von Medizinstudierenden	32
Förderung der Niederlassung in strukturschwachen Regionen	37
Die Debatte um die „Feminisierung“ der Medizin	40
Primary Care und Allgemeinmedizin	50
Bilanz	59
Interviews	65
Literaturverzeichnis	89

Zusammenfassung

Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung ist eine zentrale Herausforderung für die Gesellschaft, die Gesundheit und die Wissenschaft. Fester Bestandteil der zur Zeit geführten Debatte um den Ärztebedarf in der gesetzlichen Krankenversicherung ist die begründete Annahme, dass es trotz einer gemessen am internationalen Maßstab hohen Arztdichte schwierig wird, frei werdende Hausarztsitze in strukturschwachen Regionen und in sozialen Brennpunkten gemäß dem heutigen Verteilungsmuster wieder zu besetzen. Das schon zuvor bestehende Grundmuster einer Ungleichverteilung von Ärztinnen und Ärzten lässt sich in allen entwickelten Industrienationen – mit ausgeprägter Varianz - nachweisen. Dem stehen Bemühungen zur Egalisierung gegenüber, die bezogen auf Rekrutierungsversuche von Hausärztinnen und Hausärzten, auf das Verhältnis von Generalisten zu Spezialisten und auf die Zuweisung der Rollen innerhalb der Gesundheitsfachberufe beachtliche Unterschiede aufweisen. Das vorliegende Gutachten analysiert die teils identischen teils differenten Bemühungen in den Gesundheitssystemen zur Egalisierung der Versorgungsdichte und –qualität unter Fokussierung folgender Fragen:

1. Welche Dimensionen sind dem Begriff des Ärztebedarfs hinterlegt?
2. Welcher Logik folgt das Konzept von Primary Care und welche Bedeutung hat das Primary Care Konzept für die Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin in Deutschland?
3. Welche Faktoren bestimmen ärztliche Karrieren und wie ist die Perspektive der Allgemeinmedizin in die allgemeinen Trends der ärztlichen Präferenzen eingebunden?
4. Welche Bedeutung hat der gestiegene und weiter zunehmende Anteil von Frauen in der Ärzteschaft für die Perspektive der Allgemeinmedizin?

In der Interpretation der vorgelegten Befunde wird argumentiert, dass erhebliche Potenziale für die Sicherung der hausärztlichen Versorgung auf dem Spiele stehen, wenn nicht größere Klarheit über die Bedeutung der Allgemeinmedizin im Versorgungssystem hergestellt werden kann. Dabei geht es um die Kernfragen,

- wie die Bedeutung der Allgemeinmedizin für eine angemessene Versorgung der Bevölkerung noch besser verstanden werden kann,
- wie die Rahmenbedingungen für eine bessere Positionierung der Allgemeinmedizin durch die Universitäten sowie durch Steuerungsbemühungen der Politik wie der Gemeinsamen Selbstverwaltung verbessert werden können,
- wie sich in eine wünschenswerte Neupositionierung der Allgemeinmedizin ein moderner, durch vorhandene Studien und weitere Evaluationen breiter als bisher akzeptierter Professionenmix einfügt
- und wie auf das geänderte Geschlechterverhältnis in der Ärzteschaft mit einer konzertierten Aktion der Förderung der Chancengleichheit von Männern und Frauen reagiert wird.

Die systematische Beachtung dieser Rahmenbedingungen wird als unverzichtbare Investition in die Zukunft betrachtet. Es geht um die Hebung oder das Verschenken von Potenzialen. Diese Entwicklungsarbeit sollte künftig obligatorisch an die kontinuierliche Generierung relevanter Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten zur Qualität der Versorgung und darin eingeschlossen zu den Karrieren der künftigen und jetzigen Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner gekoppelt werden. Die Chancen für eine Renaissance der Allgemeinmedizin werden als prinzipiell günstig eingestuft, soweit die genannten Förderansätze in einem breiter werdenden gesellschaftlichen Konsens an Gewicht gewinnen.

Einleitung

Die Diskussion um die vertragsärztliche Versorgung wird seit gut einem Jahrzehnt von der Annahme eines beginnenden und sich im Rahmen der demographischen Entwicklung verschärfenden Ärztemangels begleitet. Die Einschätzungen zum „tatsächlichen“ Bedarf gehen weit auseinander. Einigkeit besteht darüber, dass die Debatte sich immer wieder auf Zahlen der offiziellen Bedarfsplanung stützt, die nichts anderes darstellt als eine Fortschreibung des Ist-Zustandes zum Zeitpunkt der gesetzlich geforderten Vereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen. Von Seiten der kassenärztlichen Vereinigungen – vor allem gestützt auf Datenmaterial der KBV sowie der Bundesärztekammer (v.a. Kopsch 2010) wird die Gefahr eines dramatischen Mangels im hausärztlichen Bereich gesehen, während von Seiten der Kassen – vor allem gestützt auf Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Klose/ Rehbein 2011) die Frage der Zukunft der hausärztlichen Versorgung in die Thematik der ausgeprägten Ungleichverteilung der Kassenarztsitze eingebunden und die These eines generellen Ärztemangels zurückgewiesen wird. Gelingt es schon in der Expertendebatte nur ansatzweise, die Komplexität des Konstrukts „Ärztebedarf“ zu diskutieren, so hat sich vor allem in der öffentlichen Wahrnehmung der Begriff des drohenden Ärztemangels weithin verfestigt, ohne dass die dahinter liegenden Grundannahmen auch nur annähernd bekannt sind. Dies gilt für zentrale Fragen wie die Relation zwischen Generalisten und Spezialisten, weiter für die Entwicklung eines neuen Professionenmix in der Versorgung sowie vor allem für die Zusammenhänge zwischen Leistungsvolumina und Qualität der Versorgung (Schmacke 2006 b, Schmacke 2010).

Gleichzeitig ist zu verzeichnen, dass in der Gesundheitspolitik die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung in einer alternden Gesellschaft in den letzten Jahren stärker hervorgehoben worden ist und dass hierbei immer wieder auch auf die Notwendigkeit hingewiesen wird, die Attraktivität hausärztlicher Karrieren zu verbessern.

Das hier vorgelegte Gutachten konzentriert sich auf die Frage, welche Potenziale für eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland gesehen werden können und an welche Voraussetzungen ihre Verdeutlichung und Ausschöpfung gebunden ist.

Hierfür wurde zum einen eine problemzentrierte, unsystematische Literaturrecherche in PubMed zu publizierter Literatur sowie ergänzend – der Natur der Debatte geschuldet – zu grauer Literatur im Internet durchgeführt. Die Suchstrategie orientierte sich dabei an der Methode des „Realist Review“ (Pawson et al 2005, s. auch Greenhalgh/ Peacock 2005) zur Entwicklung relevanter, theoretisch fundierter Empfehlungen zu gesundheitspolitischem Handeln. Zum anderen wurde eine Serie von problemzentrierten Interviews mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis durchgeführt, deren Kernaussagen in einer von den Interviewpartnerinnen und –partnern autorisierten Version dem Gutachten beigefügt sind. Ziel des Gutachtens ist ausdrücklich nicht, einen ausgearbeiteten Vorschlag zur Zukunft der hausärztlichen Versorgung vorzulegen sondern zu argumentieren, in welche Richtungen die Debatten um den Ärztemangel unter dem Gesichtspunkt der Bedeutung der Allgemeinmedizin für die Qualität der Versorgung erweitert bzw. fundiert werden sollten. Es kommt darauf an, die bislang zu verzeichnende Engführung vor allem im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Bedarfsplanungsregelungen zu überwinden. In der Gegenüberstellung internationaler und nationaler Literatur und Expertisen werden dabei abschließend als aussichtsreich erachtete Ansätze zu einer besseren empirischen Fundierung der Debatte um die Zukunft hausärztlicher Versorgung herausgestellt, um damit Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitspolitischen Entscheidungsbasis nahezulegen.

Die Bedarfsdebatte

Die Frage nach dem Bedarf an ärztlichen und anderen medizinischen Leistungen sollte – einem begründeten theoretischen Anspruch folgend – auf dem Boden methodisch belastbarer empirischer Daten in eine breite gesellschaftliche Debatte eingebunden sein. Es gilt zu verstehen, welche Faktoren die Gesundheit einer Bevölkerung oder von Teilpopulationen negativ und positiv beeinflussen, welchen Anteil daran medizinische Dienstleistungen haben können und wie diese vor allem unter dem Konzept vermeidbarer Mortalität und des Inverse Care Law (Hart 1971 und 2004) in eine Politik der Verbesserung von Gesundheitschancen eingebunden werden können (s. allgemein hierzu z.B. Culyer 2001). Ein derartig radikaler Ansatz ist nun aus Sicht des Gutachters gleichermaßen illusionär wie heilsam: illusionär, weil Politik sich niemals „total“ wissenschaftlichen Analysen oder Gerechtigkeitstheorien fügen kann; heilsam, weil nur das Beharren auf der Frage, welche Determinanten für Gesundheit tatsächlich relevant sind, vor einer anderen Illusion schützen kann, nämlich davon auszugehen, dass die Zunahme der Arztdichte der Gesundheit einer Bevölkerung automatisch zuträglich sei. Dass die Dichte des medizinischen Angebots anders betrachtet eine relevante Dimension in der Über- und Fehlversorgungsdebatte darstellt, ist seit der Forschung zu Variationen in der Versorgung bei kleinräumiger Betrachtung in der Forschung unstrittig: neben „effective care“ und „preference sensitive care“ existiert immer auch „supply sensitive care“, welche von den Interessen der Anbieter medizinischer Dienstleistungen und nicht dem Versorgungsbedarf der Kranken getriggert wird (s. zuletzt im Überblick Wennberg 2011).

Eine differenzierte Betrachtung des Ärztebedarfs wird immer wieder eingefordert. In der Praxis fußen aber international alle Bedarfsplanungen auf einigen wenigen Größen, die in unterschiedlicher Form immer wieder aufs Neue in Modellrechnungen eingespeist werden: Neuzugänge (Zahl der Medizinstudierenden, Zahl der Absolventen des Medizinstudiums, Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung), Abgänge (Pensionierung und Abwanderung) sowie angenommener Mehrbedarf auf Grund des medizinischen Fortschritts und der Alterung der Gesellschaft. Es sei mehr anekdotisch vermehrt, dass Minderbedarf fast nie als Messgröße auftaucht. Immerhin vermerkt die jüngste amtliche Bedarfsberechnung aus Österreich in ungewohnt offener Form: „Aussagen zum künftigen Ärztebedarf sind grundsätzlich nur als

Schätzungen zu verstehen, die als Orientierungshilfe für die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur dienen können“ (Czasny et al 2012, XVI). Die hierfür angeführte Begründung lautet:

- „Das Verständnis des Begriffs ‚Bedarf‘ ist in der Fachwelt nicht einheitlich.
- Aus vielen Teilbereichen des komplexen Gesundheitssystems stehen keine hinreichend aussagekräftigen Daten zum Leistungsgeschehen zur Verfügung.
- Bislang gibt es keine Planungsmethodik, die unter nationalen und internationalen Expertinnen und Experten außer Streit steht“ (ebd. XVI).“

Bemerkenswert ist weiter, dass in dieser Expertise ausdrücklich als notwendig erachtet wird, den Ist-Stand kritisch zu bewerten und Hinweise auf eine Über- oder Unterversorgung zu berücksichtigen (ebd. XVI). Interessant ist schließlich, dass die beiden vorgenommenen Modellrechnungen zu weit auseinanderreichenden Ergebnissen führen: so wird im ersten angenommenen Fall prognostiziert, dass in Österreich in den kommenden zwanzig Jahren ausreichend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen, während im zweiten Fall ab 2020 ein spürbarer Ärztemangel zu erwarten ist. Es zeichnet sich hier bereits ab, dass im Gegensatz zur klassischen klinischen Forschung – selbst unter Berücksichtigung aller dort zu verzeichnenden methodischen und inhaltlichen Schwächen - ein massives Defizit an Grundlagenforschung zur Erhöhung der Planungssicherheit in der medizinischen Versorgung vorliegt. Auch Wissenschaftler wie Roberfroid et al (2009) kommen in einem Review zu internationalen Bemühungen zur Objektivierung des Ärztebedarfs der Zukunft zu dem Schluss: „There is no single accepted approach to forecasting physician requirements“ (ebd. 1). Der Artikel ist mit der skeptischen Frage überschrieben: „Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball?“. Eine vertiefte Beschäftigung sind in jedem Falle die Bemühungen anderer Länder zur besseren Begründung von Ärztebedarf wert.

Dies gilt etwa für Ontario, wo versucht wurde, ein Simulationsmodell auf angenommene Versorgungsbedarfe der Bevölkerung zu stützen (Singh et al 2010). Dabei wird davon ausgegangen, dass die regionale Verteilung und der Mix der verschiedenen ärztlichen Fachgebiete künftig wichtiger sein wird als die Messgröße „Gesamtzahl der Ärzte“. Zweitens wird die wachsende Bedeutung von „Non-Physician Clinicians“ betont. Schließlich wird aber auch konzediert, dass Qualität der Versorgung im Mo-

dell als Regulierungsgröße nicht berücksichtigt werden konnte (ebd. 21). Ungewiss ist zudem, wie verlässlich die Basisgrößen sind, die in die Modellrechnungen einfließen. Für die USA haben Staiger et al (2009) Arztzahlen des American Medical Association Physician Masterfile mit den Daten des US Census Bureau Current Population Survey (CPS) verglichen und beachtliche Unterschiede festgestellt, wobei CPS-Daten eine etwas jüngere Ärzteschaftscharakteristika ermittelte, was für die Projektion der erwartbaren Workforce natürlich relevant ist.

Das Regulierungsmodell des NHS in Großbritannien verlässt sich nach wie vor auf strikte Budgetierung und regionale Verantwortung für die jeweilige Ressourcensteuerung. Algorithmen etwa für die Zuweisung der General Practitioners nach Morbiditäts- oder Qualitätsgesichtspunkten finden sich bei diesem Ansatz nicht (Boyle 2011).

In den Niederlanden wird die Ärztezahl im wesentlichen zentral über die Kapazitäten der Medizinischen Ausbildungen gesteuert, wobei in einem aufwändigen Verfahren demographische Daten und Angaben zur Krankheitslast sowie zu Versorgungslücken in diese Berechnungen eingespeist werden. Zum anderen ist die ambulante Versorgung durch ein striktes Gatekeeping-System gekennzeichnet. Schließlich ist die Rolle nicht-ärztlicher Fachberufe in den Niederlanden im internationalen Vergleich stark entwickelt (Schäfer et al 2010).

Diese stark vereinfachende Herausstellung einiger Kernmerkmale der Steuerungsversuche in Ontario, England und den Niederlanden dient lediglich dem Hinweis, dass in diesen Staaten das Thema Ärztebedarf/ Ärztemangel in wichtigen Fragen anders eingebunden ist als dies bislang in Deutschland der Fall ist. Eine Systematik der weltweit für die Bedarfsplanung verwendeten Kriterien findet sich bei Nüsken/ Busse (2011, S. 33 – mit Sternchen wurden Kriterien gekennzeichnet, die in mehreren Ländern zur Anwendung kommen):

- 1) Bevölkerung
 - Einwohneranzahl *
 - Demografie (Alters- und Geschlechtsstruktur)*
 - Epidemiologie*
 - Mortalität
 - Besiedlungsdichte
- 2) Bestehende Versorgung
 - Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
 - Auslastung behender Institutionen
 - Hospitalisationsrate
 - Aufenthaltsdauer
 - Bettenbelegung
- 3) Einflussreiche Entwicklungen in der Zukunft
 - Medizinisch-technische Entwicklungen*
 - Entwicklungstendenzen der Medizin*
 - Sozio-kulturelle Entwicklungen
 - Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor *
- 4) Rahmenbedingungen
 - Public Health Grundsätze
 - Gesetzliche Rahmenbedingungen

Auch wenn man mit gutem Grund die Auffassung vertritt, dass Steuerungsversuche in Gesundheitssystemen immer auf „Endlosreformen“ angewiesen sein werden, erstaunt doch, wie wenig entwickelt die empirische Basis zur Planung wie zur Evaluation in allen Megasystemen ist. Zu dieser Schlussfolgerung gelangen auch Fazekas et al (2010, S. 33) in einer Analyse für die RAND Corporation:

“There is a lack of sound empirical evidence reflecting on recent approaches to healthcare planning at system level in the context of high income countries, in particular as it relates to systematic comparative approaches. This absence is notable, given that the system context for planning has changed substantially during the last two decades, with the increasing prominence of markets and competition in a number of countries and efforts towards (de-)centralisation of healthcare governance.”

Es soll nicht gering geschätzt werden, dass in Deutschland seit einiger Zeit relevante Versuche unternommen werden, den „realen“ Bedarf und das „Angebot“ systematischer als früher zu definieren. So haben für die immanente Debatte um die Verlässlichkeit publizierter Arztzahlen Adler und Knesebeck (2011) auf die Schwächen der Datenlage zu den Absolventinnen/ Absolventen des Medizinstudiums und der Weiterbildungsgänge hingewiesen: ein fast erstaunlicher Befund für derart vermeintlich „harte“ Bezugsgrößen. Immerhin zeigt der Projektbericht des Hochschulinformations-

systems die überaus hohe Erfolgsquote im Medizinstudium (Heublein et al 2008). Auf diese Tatsache hat wiederholt auch Bitter-Suermann, letzter Präsident des Medizinischen Fakultätentages, hingewiesen und daraus geschlussfolgert, der Ärztebedarf könne daran gemessen auf allen Ebenen prinzipiell gedeckt werden (Bitter-Suermann 2010). Auch immer wieder kommunizierte Zahlen über hohe Abwanderung deutscher Ärztinnen und Ärzte ins Ausland halten nach Überprüfung der verwendeten Basisdaten (im wesentlichen die Zahl der erteilten Führungszeugnisse der Landesärztekammern) einer Prüfung nicht stand (zu entsprechenden Daten aus Hessen s. Köhler et al 2007). Aber auch die Datenlage zur Situation zuwanderungswilliger ausländischer Ärztinnen und Ärzte ist ebenfalls unzureichend; Yamamura spricht in diesem Zusammenhang von einem „Brain Waste“ ausländischer Ärztinnen und Ärzte infolge unzureichender Integrationsanstrengungen (Yamamura 2009). Die beste Übersicht über die Auswanderungs- und Zuwanderungsdaten bezüglich Ärztinnen/ Ärzte und PflegerInnen/Pfleger findet sich bei Ognganova und Busse (2011), die mit Blick auf die Ärzteschaft nahelegen, dass – bei deutlich verbesserungswürdiger Datenlage - von einer dramatischen Auswanderungstendenz im ärztlichen Sektor in Deutschland nicht gesprochen werden kann und dass im stationären Bereich insbesondere in den neuen Bundesländern im Rahmen der Besetzung freier Arztstellen ein beachtlicher Zustrom von ausländischen Ärztinnen und Ärzten zu verzeichnen ist.

Für die Planung künftiger Bedarfe spielt nach Übereinstimmung vieler Experten die Frage des jeweiligen regionalen Bezugsrahmens eine herausragende Rolle. Ozegowski und Sundmacher kommen in ihrer kleinräumigen Konzentrationsanalyse erstens zu der nicht überraschenden Erkenntnis, dass die Unzulänglichkeit der bisherigen Bedarfsplanungsberechnungen darin zu sehen ist, dass eine ungleichmäßige Verteilung der Vergangenheit als ‚Optimalzustand‘ fortgeschrieben wurde. Sie machen darüber hinaus plausibel, dass allein eine Veränderung der regionalen Bezugsräume für die Ermittlung von „Angemessenheit“ nicht ausreicht, weil die Rechengröße „Arztzahl“ generell zu kurz greife und die Komplexität der Versorgungsangebote mit in die Überlegungen einbezogen werden müsse, so regionenübergreifende Praxen oder künftig auch telemedizinische Angebote (Ozegowski/ Sundmacher 2012). Das von diesen Autoren mitdiskutierte Thema der Mitversorgung schwächer strukturierter Regionen durch Nachbarregionen spielt offenbar auch in den USA eine bedeutende Rolle, wobei das Gefälle der Arztdichte ungleich größer ist als in Deutsch-

land, aber in den amtlichen Statistiken möglicherweise auch überschätzt wird (Rosenthal et al 2005).

Wie unterschiedliche im Wissenschaftsbereich „Räume“ definiert werden und wie hilfreich möglicherweise die (Sozial-)Geographie als Planungsgrundlage sein könnte, haben Kistemann und andere gezeigt (Kistemann/ Schröer 2007 und Kistemann et al 2011).

Einen „großen Wurf“ angesichts der erkennbaren Unzulänglichkeiten der heutigen Bedarfsplanung legten 2011 Greß und Stegmüller in einer Expertise für die Friedrich Ebert Stiftung vor. Sie wollen die Verantwortung für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung regionalen Gesundheitskonferenzen übertragen, die neben den bisherigen Entscheidungsträgern um Vertreter der Kommunen erweitert werden und unter die Aufsicht der Bundesländer gestellt werden sollen. Dabei setzen sie stark auf die Ansätze der Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen. Sie fordern die finanzielle Ausstattung derartiger neuer Steuerungsgremien in Anlehnung an die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung zuzüglich eines nicht näher definierten finanziellen Beitrags der Kommunen (oder der Ländern, soweit Kommunen dazu nicht in der Lage seien). Auch an diesem Vorschlag, der hier nicht in toto bewertet werden soll, wird deutlich, dass im Wissenschaftsraum die Notwendigkeit gesehen wird, über die Abbildung von Versorgungsqualität nachzudenken und nicht isoliert über Arztdichte auf dem Boden neuer Berechnungsschlüssel.

Die Bedeutung der Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen, im Grunde besser die Frage eines neuen Professionenmix, kann hier nur im Lichte internationaler Erfahrungen angedeutet werden. Mit Blick auf tendenziell unterversorgte Bevölkerungsgruppen (in Ballungs- wie in ländlichen Regionen) schreiben Grumbach et al 2003 auf dem Boden amtlicher Strukturdaten: „Nonphysician primary care clinicians and family physicians have a greater propensity to care for underdeserved populations than do primary care physicians in other specialties“. Und mit Blick auf die Ungleichverteilung in der Ärzteschaft generell heißt es weiter: „History has shown the fallacy of expecting growth in physician supply to spontaneously ameliorate the maldistribution through a policy of passive diffusion of physicians to underdeserved communities“ (Grumbach et al 2003).

Politik steht vor dem Dilemma der Beeinflussung versorgungsrelevanter Ungleichverteilung wahrlich nicht erst seit gestern. Wirft man einen Blick in die US-amerikanische Literatur zur Bedarfsermittlung in strukturschwachen ländlichen Regionen, so findet sich spätestens seit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts eine fortwährende Dokumentation der extremen Ungleichverteilung von Ärztinnen und Ärzten nicht nur zwischen den großstädtischen, gefühlt sehr gut versorgten Großstädten und dem ländlichen Raum, sondern auch eine Abbildung der Unterschiede innerhalb der ländlichen Regionen mittels kleinräumiger Vergleiche. So verzeichnete Georgia in schlechter versorgten ländlichen Regionen eine Arztdichte von 31.3. pro 100.000 Einwohner, während in ländlichen Regionen Kaliforniens diese Relation 86.2 zu 100.000 betrug. Die Vergleichszahl „Durchschnitt USA“ betrug zur selben Zeit 164.8 zu 100.000 - bei dreifach rascherer Zunahme der Arztdichte (Kindig/ Movassaghi 1989, 70f.). Die Autoren stellten fest, dass es keinen konsentierten Standard für das politische Ziel einer angemessenen Versorgung im ländlichen Raum gebe (ebd. 63) und forderten entsprechende Forschung ein: die Notwendigkeit hierzu wird immer wieder nachvollziehbar dargelegt, die Forschungsrealität ist eine völlig andere.

Mangel oder Ungleichverteilung?

Die Forschung zur Behebung der Ungleichverteilung von Ärztinnen/ Ärzten und anderer Fachberufen im Gesundheitswesen ist überwiegend dadurch gekennzeichnet, dass Anreize zur Anwerbung von „Health Workforce“ in Bereiche geringerer Versorgungsdichte entwickelt, erprobt und im wünschenswerten Fall auch evaluiert werden. Angesichts schwer zu erbringender Daten zum Zusammenhang von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen bleibt bei den meisten dieser Egalisierungsbemühungen die Frage nach dem Reformbedarf des Versorgungssystems an sich allerdings außer Betracht. Eine Ausnahme bildet die Forschung zur Bedeutung von und zum Einfluss von Primary Care (so etwa die Arbeitsgruppe von Barbara Starfield, s. hierzu ausführlich unten). So findet auch der prinzipiell gut begründete Ansatz der WHO zur Typologie der Ungleichversorgung in der Politik kaum Beachtung. Hier wird unterschieden zwischen

- Professional/ specialty imbalances (Ungleichverteilung zwischen den verschiedenen Berufen wie innerhalb der einzelnen Berufe, z.B. zwischen Generalisten und Spezialisten)
- Geographical imbalances (v.a. Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen bzw. reichen und armen Regionen)
- Institutional and services imbalances (unterschiedliche Versorgungsformen)
- Gender imbalances (unterschiedliche Repräsentanz von Männern und Frauen in der Versorgung) (Zurn et al 2004).

Länder weisen eine hohe Varianz in der Verteilung zwischen den Berufsgruppen auf (Zurn et al 2004, 9):

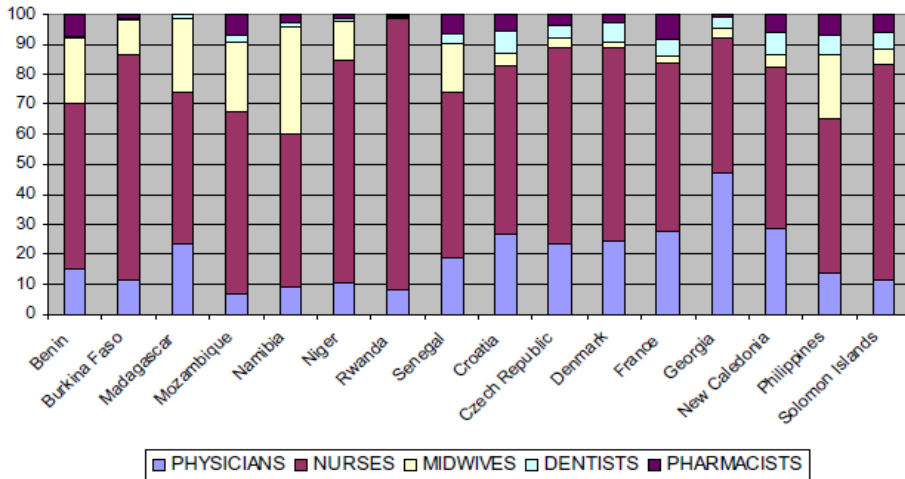


Figure 2
Distribution of physicians, nurses, midwives, dentists and pharmacists in selected countries. WHO data, 2000.

Zurn et al weisen noch auf einen anderen Punkt hin, der für die Gesundheitspolitik bis heute symptomatisch ist: die größte Aufmerksamkeit bezüglich der Ungleichverteilung kommt in allen Ländern der Ärzteschaft zu, Maßnahmen zur Abmilderung der Ungleichverteilung im ärztlichen Bereich binden ungleich mehr ökonomische Ressourcen als vergleichbare Bemühungen im Bereich anderer Fachberufe des Gesundheitswesens (ebd. 10).

Dussault und Franceschini (2006) kommen in einer Analyse für die Weltbank zu dem Ergebnis, dass letztendlich alle Ansätze zur Egalisierung von Ungleichverteilung an medizinischen Ressourcen in die Kategorien „reaktiv“ und „Krisenmanagement“ einzuordnen sind: „They are often fragmented, uncoordinated and sometimes inconsistent. They do not always take into account factors residing outside the domain of the Ministry of Health“ (ebd. 13).

Die Medizin- und Arztzentrierung der gesundheitspolitischen Debatte ist bis heute nahezu durchgängig zu verzeichnen, auch wenn offenkundig ist, dass sich das Problem der teils drastischen Ungleichverteilung der Ärzteschaft auch angesichts deutlicher Steigerungen der Gesamtzahl klinisch und ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte in den entwickelten Gesellschaften nicht verändert hat. So überschreiben Goodman und Fisher 2008 einen Text zum Thema Ärztemangel im New England Journal of Medicine mit den Worten „Physician Workforce Crisis? Wrong Diagnosis, Wrong Prescription“. Sie verbinden in ihrer Analyse Daten zur Ungleichverteilung von Ärz-

tinnen und Ärzten mit Daten zur Versorgungsqualität (stationärer Sektor) und zur Patientenzufriedenheit (Tab. 1 aus Goodman/ Fisher 2008, 1659):

Variable	Regions in Lowest Quintile of Supply	Regions in Middle Quintile of Supply	Regions in Highest Quintile of Supply	Ratio of Lowest to Highest
Total number of physicians per capita (per 100,000 population, adjusted for age and sex)	169.4	204.8	271.8	1.60
Primary care	61.5	72.7	95.7	1.56
Medical specialists	34.1	44.3	64.3	1.89
Surgical specialists	37.4	43.2	53.4	1.43
Hospital-based specialists	23.8	26.1	28.7	1.21
Medicare composite quality scores				
Acute myocardial infarction	91.0	91.7	93.1	1.02
Congestive heart failure	84.1	85.9	88.6	1.05
Pneumonia	79.5	78.8	79.2	1.00
Medicare access and satisfaction				
Ever had a problem and didn't see a doctor? (% responding no)	91.7	92.8	93.2	1.02
Do you have a particular place for medical care? (% responding yes)	95.0	94.8	95.5	1.01
Satisfied with ease of getting to the doctor? (% responding yes)	94.9	93.5	94.7	1.00
Satisfied with doctor's concern for overall health? (% responding yes)	95.5	94.2	95.7	1.00
Satisfied with quality of medical care? (% responding yes)	96.7	96.3	97.0	1.00

Es zeigt sich, dass beide Indikatorensets 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 haben und dennoch Klagen über einen Ärztemangel nicht verstummen wollen (zur Ungleichverteilung von Ärzten in den USA s. u.a. auch Salsberg/ Forte 2002).

Generalisten versus Spezialisten

Neben der Frage, wie bedeutsam die Arztdichte insgesamt für die Gesundheit der Bevölkerung ist, wird die Frage des Verhältnisses von Generalisten zu Spezialisten in der internationalen Debatte ausweislich hoher Publikationszahlen stark bewertet. Die Entwicklung dieses Quotienten spiegelt nicht etwa einen wie auch immer festgelegten Bedarf wieder, sondern in hohem Maß die je spezifische Wertschätzung und Durchsetzungskraft unterschiedlicher Arztgruppen. Lässt sich auf der einen Seite plausibel argumentieren, dass ein Primärarztsystem bezüglich Qualität und Kosten der Versorgung zu bevorzugen ist (s. im Überblick die Arbeitsgruppe von Starfield, hier Macinko et al 2007), so geht die Schere zwischen Spezialisten und Generalisten in den entwickelten Industrienationen – in unterschiedlicher Intensität und in Abhängigkeit vom Ausgangssystem – nach dem zweiten Weltkrieg mehr oder weniger stark auseinander. Es hatte offenbar keinen starken Einfluss auf die gesundheitspolitische Debatte, dass Starfield mit ihrem Team nachweisen konnte, dass sowohl harte klinische Outcomes wie subjektive Gesundheit immerhin für den langen Zeitraum von 1985 bis 2005 in positivem Zusammenhang mit der Dichte an Primärärzten stand. 1999 wies stattdessen Grumbach im New England Journal darauf hin, dass sich die Zahl der Spezialisten zwischen 1950 und 1990 in den USA verdreifacht hatte, während die Zahl der Generalisten stagnierte. Zwischen 1997 und 2005 nahm die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die eine Weiterbildung in Primary Care begannen, um 50 Prozent ab (Bodenheimer 2006). Grumbach kommt 1999 zu der resignativen Analyse: „The humble general practitioner in fraying tweeds became a second class citizen“ (ebd., 2008). Dann, so Grumbach, tauchte der Generalist fast überraschend ab Mitte der 90er Jahre wieder auf, jetzt im Gewand des Gatekeepers, so die von den erstarkenden Managed Care Organisationen zugeordnete neue Rolle.

Auch in einem von Haus aus Primary Care-nahen System wie dem National Health Service in Großbritannien begann Ende der 90er Jahre eine politisch induzierte Debatte um eine expliziter zu fassende Gatekeepingrolle der Hausärzte, wobei hier vor allem auf erhoffte Steuerungseffekte im Sinne der Effizienzerhöhung des NHS gesetzt wurde (Dixon et al 1998). Interessant ist nun vor allem, dass im Übergang vom 20. zum 21. Jahrhundert nahezu in allen Ländern eine starke Ungleichzeitigkeit in den verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen bezüglich des Themas der generalisti-

schen Medizin festzustellen ist: Politik setzt auf den Steuerungs- und Kostendämpfungsansatz, Public Health-Forschung stellt die prinzipielle Überlegenheit von Primary Care gegenüber einer stärker spezialistisch dominierten ambulanten Versorgung fest. Gleichzeitig zeigen die Ausbildungs- und Forschungsstätten der Medizin selber kaum Interesse an der Weiterentwicklung der Forschung zum Handlungsfeld der Allgemeinmedizin bzw von Primary Care. Bereits Mitte der 90er Jahre finden sich demgegenüber aus Befragungen in den USA Hinweise darauf, dass Primary Care Physicians sich den ihnen zugedachten neuen Steuerungsaufgaben nicht durchgängig gewachsen fühlten (Peter et al 1999). Offenkundig fehlte die entsprechende theoretische und fachliche Unterstützung für den Rollenwandel. In einem Editorial der Annals of Internal Medicine mit dem Titel „The Future of Primary Care“ sagte 2003 der damalige Herausgeber Sox hierzu: „Someone will have to talk with the deans because it appears that many of them have forgotten primary care.“ (Sox 2003, 231). Er verweist auf die hohe Verantwortung der medizinischen Dekane, da sie es seien, die bis dato für die Botschaft stünden: „primary care no, subspecialties yes“ (ebd., 231). Diese offenkundig fehlende Vorbildfunktion und Vorreiterrolle der medizinischen Fakultäten sind nach Sox ein wesentlicher Grund für die in den USA, aber eben nicht nur dort, unzureichende Attraktivität generalistischer Arztkarrieren. Dieser Faktor wird möglicherweise deutlich unterschätzt im Vergleich zu den stets genannten weiteren Gründen wie der beklagten Verdichtung der Arbeit und der im Vergleich zu den Spezialisten deutlich geringer ausfallenden Vergütung. Gemessen an dieser universitäts- und medizininternen Unterbewertung des Primary Care-Konzeptes verwundert insoweit nicht, dass im Grunde kontinuierlich von einer Krise von „Primary Care Medicine“ die Rede ist. Eine schwache akademische Fundierung korrespondiert insoweit mit einem nachlassenden Interesse in den nachwachsenden Ärztegenerationen und einem unzureichenden Verständnis in der Politik für das so grundlegende Thema Generalisten versus Spezialisten (Moore/ Showstack 2003).

Nach der Analyse von Grumbach brachte die stärkere Einbindung der Generalisten in die Budgetverantwortung sowohl eine konstante Unzufriedenheit der Ärzte selber wie ein latentes Misstrauen der Patienten bezüglich der Behandlungsspielräume ihrer Hausärzte mit sich, die gleichwohl alles in allem weiter hoch geschätzt wurden (1999, 2009-10).

In Deutschland wurden die Arbeiten von Starfield und anderen zur Überlegenheit eines Primärarztsystems vor allem durch die Arbeitsgruppe von Abholz bekannt gemacht – und nahegelegt, die einschlägigen Erfahrungen aus den USA für die anders gelagerten deutschen Verhältnisse zu nutzen: „Will man ein Primärarztsystem, weil es den besten Rahmen für allgemeinärztliche-hausärztliche Arbeit bietet, diese sogar im vollen Umfang erst ermöglicht, muss man all die Bereiche wie Qualitätssicherung der Versorgung, Ausbildung und Honorierung systemkonform zum Versorgungsinhalt eines Primärarztsystems halten bzw. dahin bringen: und dies ist der allgemeinmedizinische Arbeitsansatz“ (Abholz 1999, s. auch Marzi/ Abholz 1999). Der Hinweis auf diese Position erfolgt hier, um deutlich zu machen, dass verschiedene Ebenen angesprochen sind, wenn das Thema Generalisten und Spezialisten aufkommt: die Trends in der Stärke der jeweiligen Weiterbildungsgebiete sind in hohem Maß eingebunden in z.T. gar nicht mehr grundlegend reflektierte Systementscheidungen und in die Frage der vom jeweiligen System erzwungenen oder erduldeten Formen der Zusammenarbeit zwischen den Arztgruppen. Insofern bedeutete – hier unsystematisch eingestreut - die Entscheidung, die Fallführung von DMP-Patientinnen und – Patienten (mit Ausnahme der Patientinnen mit Brustkrebs) den Hausärzten zuzuordnen, eine Weichenstellung in Richtung primärärztlicher Versorgung in einem System, dem dieser Ansatz mit der Erlaubnis des freien Zugangs zu niedergelassenen Spezialisten nahezu fremd geworden war (Schmacke 2006a). Wie es um die Einschätzung von Primary Care-Ansätzen in der Perspektive von Hausärztinnen und Hausärzten sowie ihren Patientinnen und Patienten bestellt ist, wird gegenwärtig in einer – Deutschland beinhaltenden – internationalen Studie untersucht (Schäfer et al 2011, Laufzeit der QUALICOPC, a *multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care* ist 2010-2013).

Die Schwierigkeit einer Umsteuerung in Richtung primärärztliche Strukturierung der Versorgung wird am Beispiel Belgiens in besonderer Weise deutlich: der 1997 dort erlassene Numerus Clausus sollte nicht nur den Trend zu einer generellen Überversorgung mit Ärzten stoppen, sondern ausdrücklich das politisch so erlebte Missverhältnis von Generalisten und Spezialisten umkehren: weder dieses Ergebnis konnte erreicht werden noch eine Beeinflussung der Ungleichverteilung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte über das Land (Stordeur/ Léonard 2010). Die belgische Situation ist insofern besonders relevant, als hier von Beginn an weitere Maßnahmen zur Stei-

gerung der Attraktivität einer hausärztlichen Karriere ergriffen wurden (dieser Strang wird später im Zusammenhang mit den US-amerikanischen Erfahrungen wieder aufgegriffen).

Zufriedenheit und Karriere von Ärztinnen und Ärzten

Für die Planung der Versorgung ist der Blick auf das Maß an Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten mit ihrem Beruf sowie auf die tatsächlichen Karriereverläufe von besonderem Interesse. International dominieren in der Forschung dabei punktuelle Zufriedenheitsbefragungen; die Belastbarkeit dieser ohnehin unzureichenden Studien ist häufig durch weitere methodische Schwächen (v .a. geringes Maß an Ereignisorientierung) gekennzeichnet (Gothe et al 2007). Nun gibt es aber spätestens seit der Forschung von Isobel Allen (Policy Studies Institute London) eine Blaupause dafür, wie in der Verbindung von qualitativer und quantitativer Methodik längsschnittlich relevante Aussagen zum „Physician Factor“ gewonnen werden können (Allen 1988). Allen zeigte erstmals systematisch, wie stark klassische Rollenverteilungen zwischen Frauen und Männern die Karrierechancen beeinflussten und wie unterschiedlich der Erfolg einer Karriere eingeschätzt wurde:

Table 9.04 Single most important factor imposing constraints on doctors' careers

	Total	Column percentages					
		Male			Female		
		1966	1976	1981	1966	1976	1981
Marriage	19	16	18	12	22	26	17
Children/child-care	20	18	7	4	47	34	9
Care of relation other than child	1	1	1	0	1	1	1
Break in career	1	2	2	2	1	0	0
Geographical mobility	7	2	5	12	4	10	9
On call/long hours	12	6	8	24	3	8	28
Part-time working	<1	0	0	0	0	2	0
Other constraints	14	17	19	14	13	8	14
No constraints	26	40	41	33	10	12	22
Base: all qualifiers	(640)	(108)	(105)	(101)	(118)	(105)	(103)

Table 16.02 Reasons for doctors thinking own career successful Column percentages

	Total	Male			Female		
		1966	1976	1981	1966	1976	1981
Doing job want to do/ enjoy it	70	79	78	64	62	71	62
Got to right place at right speed	27	7	33	51	4	30	40
Got to top of own specialty	22	43	22	2	26	30	6
Gained necessary quals/ passed exams	7	1	8	16	2	1	14
Have not been unemployed	5	1	4	10	1	3	10
Managed to combine career and family	4	0	1	0	18	4	3
Provides good lifestyle/income	3	8	0	0	4	0	2
Well respected by professional colleagues	2	6	1	1	4	0	0
Well respected/liked by patients	2	3	0	2	3	0	1
<i>Base: all those thinking own career successful</i>	<i>(539)</i>	<i>(97)</i>	<i>(92)</i>	<i>(89)</i>	<i>(89)</i>	<i>(79)</i>	<i>(93)</i>

Die Studie von Allen wurde durch das englische Gesundheits- und Sozialministerium in Auftrag gegeben und nahm dezidiert Bezug auf damalige (und zutreffende) Schätzungen, wonach in den 90er Jahren der Frauenanteil unter Medizinstudierenden 50 Prozent betragen werde. Die Autorin gab eine Reihe von grundlegenden Empfehlungen zu den Voraussetzungen einer für Frauen und Männer gleiche Chancen bietenden Karriereförderung in der Medizin, die in der Folge in modifizierter Form immer wieder als entscheidend herausgestellt werden konnten:

- Transparenz der beruflichen Laufbahnen in den unterschiedlichen Weiterbildungsgängen,
- angemessene Beratung zur Wahl der Weiterbildungsrichtung und Mentoring während der Phase der Weiterbildung,
- Flexibilisierung zu rigider Curricula und Leistungskataloge,
- Ausbau von Teilzeitstellen und
- differenzierte Frauenförderpläne (Allen 1988, 343-345).

Und etwa zwanzig Jahre nach Beginn dieser Forschung bilanzierte Allen zur Frage der Chancengleichheit von Ärztinnen und Ärzten: „The medical profession has been slow to adapt to the fact that women have accounted for over half of medical students for over 10 years“ (Allen 2005, 571). Dieser Blick auf zwei Publikationen von Isabel Allen nimmt eine der Kernaussagen des Gutachtens vorweg: die Gesundheitssysteme-

me nehmen immer noch nicht systematisch zur Kenntnis, dass Frauen es geschafft haben, die bisherige Männerdominanz in der Medizin bis zum Abschluss des Studiums zu überwinden, dass sie danach aber mit starken bis sehr starken Widerständen konfrontiert werden, ihre Vorstellungen einer ärztlichen Karriere in gleicher Weise zu realisieren wie ihre männlichen Kollegen. Dies wird noch näher zu beleuchten sein, signalisiert aber - in graduellen Abstufungen - bereits die „verschenkten Potenziale“ (Allmendinger 2010) der entwickelten Industrienationen für die Zukunftsfestigkeit der Versorgung. Es sei ausdrücklich vermerkt, dass diese Analyse in scheinbarem Widerspruch zur Beschwörung der Feminisierung der Medizin steht (hierzu ausführlicher unten).

Mehrere große Querschnittstudien in den USA thematisierten die Frage der Berufszufriedenheit von ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen mit Blick auf die Organisation der Arbeit. Aus der Physician Work Life Study wurden 2000 genderspezifische Daten publiziert, denen zufolge Ärztinnen und Ärzte global ähnlich hohe Zufriedenheitswerte mit ihrer Tätigkeit angaben, die Frauen allerdings zum einen höhere Zufriedenheit mit der gewählten Fachrichtung und der Beziehung zu ihren Patienten äußerten, zum anderen aber ein geringeres Maß an Autonomie und geringere Bezahlung beklagten. Die Gefahr einer Überforderung sahen Frauen mit kleinen Kindern dabei vor allem bei fehlender Unterstützung durch die Kollegenschaft, Partner und Arbeitgeber. Hier sprechen die Autorinnen und Autoren vom Thema des „Balancing Work and Home Issues“. (McMurray et al 2000). Bei einer Betrachtung der Beschäftigungsverhältnisse schienen Ärztinnen und Ärzte in Health Maintenance Organizations weniger zufrieden zu sein, wobei der Zeitdruck in der Patientenversorgung als häufiger Klagegrund angegeben wurde (Linzer et al 2000). Die Grenzen solcher fraglos immer auch interessanten einmaligen Zufriedenheitsbefragungen werden auch bei Mehrpunktmessungen deutlich. In Massachusetts wurde für 1997 im Vergleich zu 1986 ein deutlicher Rückgang der generellen Zufriedenheit ermittelt, vor allem bezüglich der verfügbaren Zeit pro Patient, der vorhandenen Freizeit und der Anreize zu qualitativ hochwertiger Arbeit (Murray et al 2001). In einer national repräsentativen Befragung zu den Zeitpunkten 1997 und 2001 fand eine andere Arbeitsgruppe demgegenüber weder bei Generalisten noch bei Spezialisten alles in allem bedeutsame Veränderungen der Zufriedenheitswerte (hohe Zufriedenheit z.B. jeweils um die 40 %), wobei deutliche regionale Unterschie-

de schwer zu interpretieren waren. Unzufriedenheit war alles in allem erneut mit einem Mangel an Zeit für die verfügbare individuelle Behandlungszeit verbunden, ebenso wie mit dem Gefühl des Verlustes von Autonomie und dem Eindruck, nicht immer die erforderliche Qualität der Leistungen anbieten zu können (Landon et al 2003). Die Grenzen dieser Forschungsansätze werden v.a. im Zusammenhang mit zeitgleich gestellten Fragen nach der Intention zum Wechsel des Arbeitsfeldes deutlich. Es bleibt nämlich offen, wodurch tatsächlich entsprechende Wechsel – und in welchem Umfang – erfolgen. (Pathman et al 2002; zu Grenzen dieser Methodik auch Kankaanranta et al 2007). Dass große Einkommensunterschiede Einfluss auf die generelle Zufriedenheit haben, ist wenig überraschend; interessanter sind schon die Zusammenhänge zur Facharztwahl: hier zeigten sich z.B. HNO-Ärztinnen und Ärzte besonders unzufrieden, während Hautärztinnen und Hautärzte zu den eher zufriedenen Gruppen gehörten (Leigh et al 2002). Veränderungen in diesen Zufriedenheitswerten über die Zeit oder in Abhängigkeit von relevanten Variablen wie Gesundheitsreformen sind der Literatur allerdings nicht zu entnehmen.

Relevant erscheinen vor allem eine Reihe von Befunden der Women Physician's Health Study (hier nach Frank et al 1999). Hier wurden vier Kohorten von Ärztinnen aus dem Zeitraum 1950 bis 1989 um ihre Einschätzungen zur generellen Zufriedenheit, dem Wunsch, den Beruf erneut zu ergreifen sowie dem Wunsch, das Fachgebiet zu wechseln, befragt. Darüber hinaus wurde nach dem erlebten Arbeitsvolumen und Stress, nach der Einschätzung zur Möglichkeit der Beeinflussung von Arbeitsabläufen, nach dem Einkommen und nach Diskriminierung einschließlich sexueller Belästigungen gefragt. Hier zeigt sich, dass hohe allgemeine Zufriedenheitswerte nicht zwingend mit den Bewertungen und Erlebnissen bezüglich Arbeitsbelastung, Einkommen und Diskriminierung harmonieren, die Autorengruppe spricht vom „paradox of the contented worker“. Diese Studie weist aber vor allem auf veränderbare Faktoren im Berufsalltag von Ärztinnen hin und dokumentiert ausführlich die später immer wieder ermittelten Benachteiligungen von Frauen im Arztberuf. Daten zur Auswirkung dieser Erlebnisse auf Unterbrechungen der Karriere oder einen Gebietswechsel wurden nicht erhoben, von der Forschergruppe aber angemahnt. In einer späteren Untersuchung von Barnett et al (2005) wird in den USA erstmals der Zusammenhang von privater und beruflicher Rollenzufriedenheit bei teilzeit- und vollzeitbeschäftigten Ärztinnen mit Blick auf die geäußerte Bereitschaft zur Aufgabe des Berufs unter-

sucht. Aus den Ergebnissen wurde die Schlussfolgerung abgeleitet, dass Arbeitgeber gut beraten seien, auf die Wünsche von Ärztinnen (in geringerem Umfang betraf dies auch Ärzte) auf Teilzeitbeschäftigung einzugehen und die Arbeitsbedingungen auf eine bessere Vereinbarkeit von privaten und beruflichen Verpflichtungen abzustellen (später ähnlich Keeton et al 2007). Für die USA verdichten sich diese Befunde gemäß eines systematischen Reviews von Rizvi et al (2012): Frauen erleben bei generell hoher Berufszufriedenheit den Mangel an Zeit zur Kommunikation mit Patienten, Kollegen und der Familie, ein unzureichendes Ausmaß an Unterstützung im Laufe der Karriere, schlechtere Karrierechancen generell, sowie unzureichende Anerkennung und geringeres Einkommen gegenüber den männlichen Kollegen als entscheidende negative Faktoren. Die bis 2010 reichenden Primärstudien zeigen dabei wenig Fortschritte seit Beginn der Dokumentation genderspezifischen Erlebens der Arztkarrieren in den USA.

Aus Großbritannien liegen gendersensible Daten zur Karriere von Ärztinnen und Ärzten für die Abschlussjahrgänge 1977, 1988 und 1993 vor. Danach zeigt sich vor allem der negative Einfluss von Teilzeitbeschäftigung auf die berufliche Karriere von Frauen im Vergleich zu Männern. Auf den ersten Blick erstaunlich und von der Autorengruppe auch nicht konsistent interpretiert wirkt der geringere Anteil vollzeittätiger Ärztinnen in der Rolle von General Practitioners (Taylor et al 2009). Die vom System prinzipiell erkannten Schritte zur Beseitigung der Benachteiligung von Ärztinnen (so nicht zuletzt die Öffnung von Leitungspositionen für teilzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte) werden offenkundig nur langsam umgesetzt. Der Anteil von Frauen unter den heutigen Medizinstudierenden liegt auch im UK bei 60 %.

Lambert et al publizierten 1996 Daten aus Großbritannien zu Karrierepräferenzen der ärztlichen Abschlussjahrgänge 1974, 1977, 1980, 1983 und 1993. Danach zeigte sich eine deutliche Abnahme der ersten Wahl „General Practitioner“ im Zeitverlauf, wobei Ärztinnen diese Präferenz gleichwohl mit 34 % immer noch doppelt so häufig äußerten wie Männer. Auch ein zweiter Befund aus UK erscheint besonders berichtenswert: ab 1990 wurden über 14 Jahre Medizinstudierende zu ihrer Gesundheit und ihrer (späteren) Berufszufriedenheit befragt. Es deutet sich an, dass vorbestehende Persönlichkeitsfaktoren für das unterschiedliche Maß an beruflicher Zufriedenheit in erheblichem Umfang mitverantwortlich sind (McManus et al 2004).

Für Deutschland werden zunächst zwei Querschnittstudien zur Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten des Instituts für Freie Berufe in Nürnberg referiert (9300 Fragebögen wurden versandt, 14,5 Prozent Rücklaufquote). Das Institut zeichnet dabei ein düsteres Bild der Befindlichkeit jünger Ärztinnen und Ärzte (nicht länger als 10 Jahre approbiert): nur die Hälfte sei mit der beruflichen Situation zufrieden oder sehr zufrieden, 20 bis 50 Prozent liebäugelten mit einer Tätigkeit im Ausland, mehr als ein Fünftel wiesen ein hohes oder akutes Burnout auf. Die Grenzen der Studie werden nicht reflektiert, und auch in diesem Text fällt auf, dass von einer hohen Abbrecherquote unter Medizinstudierenden die Rede ist, ohne dafür Belege anzuführen; gleichermaßen werden die Überlegungen zu einer eventuellen Tätigkeit im Ausland nicht in Beziehung zu den tatsächlich in das Ausland dauerhaft ausgewanderten Ärztinnen und Ärzten gesetzt. (Oberlander 2010).

Eine vom Wissenschaftlichen Institut der TK (WINEG) in Kooperation mit dem Deutschen Ärzteblatt durchgeführte Untersuchung einer repräsentativen Stichprobe niedergelassener und stationär tätiger Ärztinnen und Ärzte (deutlich bessere Rücklaufquote mit gut 30 Prozent) zeigte eine verhältnismäßig hohe generelle Berufszufriedenheit – trotz zum Teil harter Kritik an den Arbeitsbedingungen, die von Frauen stärker als von Männern wegen negativer Auswirkungen auf das Familienleben als belastend bewertet wurden. Die Autorinnen- und Autorengruppe stellt diese Diskrepanz als Kernbefund heraus: es darf demzufolge aus einer Kritik an den konkreten Arbeitsbedingungen nicht vorschnell auf eine allgemeine Berufsunzufriedenheit geschlossen werden (Bestmann et al 2010).

Nachfolgend sollen drei Querschnittstudien zur Perspektive der deutschen Hausärztinnen und Hausärzte auf ihre Tätigkeit erwähnt werden. Im Rahmen einer Forschungsreihe des Commonwealth Fund zeigten diese sich im Vergleich zu anderen Ländern vor allem sehr unzufrieden mit dem Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten und Dokumentation. Fast ein Drittel gab an, das Gesundheitssystem in Deutschland weise so große Mängel auf, dass es „komplett reformiert werden“ müsse. Andererseits schätzen dieselben Ärztinnen und Ärzte die Qualität der Patientenversorgung alles in allem mehrheitlich positiv ein (Koch et al 2011).

Behmann et al (2012) ermittelten etwa zeitgleich ein günstigeres „Stimmungsbild“ unter niedersächsischen Hausärzten: danach waren 64 % mit ihrer Tätigkeit insgesamt sehr zufrieden bzw. zufrieden, wobei knapp die Hälfte das Einkommen als zu gering empfand und 75 % mit den anfallenden administrativen Aufgaben extrem unzufrieden war.

Eine Studie in Mecklenburg-Vorpommern zeigte ein noch etwas höheres Maß an genereller Berufszufriedenheit, ebenfalls hohe Zufriedenheit mit dem Leben in der jeweiligen Region sowie eine prinzipielle Zufriedenheit mit dem Einkommen, wobei hier allerdings die Einkommensdifferenz zu Ärzten anderer Fachgebiete als nicht fair betrachtet wurde. Höchste Unzufriedenheitswerte zeigte sich bei der Frage nach der gefühlten Belastung durch Regresse, während sich insgesamt die ebenfalls oft kritisierte administrative Arbeit nicht so stark auf die Gesamtzufriedenheit auswirkte wie häufig angenommen wird. Mehr Bedeutung hat an diesem Punkt die erlebte Arbeitsbelastung und deren negative Auswirkungen auf die Freizeit (Löffler et al 2012).

Die beiden letztgenannten Studien geben Hinweise darauf, dass das in den Medien häufig kommunizierte Bild einer prinzipiell unzufriedenen Hausärzteschaft stark vereinfachend ist, dass sich allerdings in den letzten Jahren oder Jahrzehnten ein langsamer Wandel von einem „allzeit bereiten“ und „leidensfähigen“ Typus hin zu einem sich stark mit dem Beruf identifizierenden aber an einer besseren Balance zwischen Beruf und Privatleben interessierten Typus vollzogen hat. Auf die Diskrepanz zwischen einer medienwirksam kommunizierten generellen Unzufriedenheit von Hausärzten – vor allem in dünn besiedelten Regionen – und deren tatsächlichen Befindlichkeit wird auch aus anderen Ländern berichtet, so aus British Columbia (Thomassen et al 2002), deren befragte Landärztinnen und Landärzte sich prinzipiell mit ihrem Beruf ähnlich zufrieden zeigten wie städtische tätige Kolleginnen und Kollegen, auch wenn sie über die Arbeitsdichte und vor allem über Hindernisse bei der Realisierung familiärer/ privater Klage führten.

In Deutschland startete 1995 die erste- DFG finanzierte- längsschnittlich angelegte soziologische und sozialpsychologische Studie zu Laufbahnentwicklung Erlanger universitärer Absolventinnen und Absolventen (BELA-E), darunter auch Ärztinnen und Ärzte, deren inzwischen 7. Erhebung 2010 erfolgte. Der entscheidende Vorteil

dieses Ansatzes ist, einfach gesagt, dass nicht nur Meinungen und Einschätzungen oder auch Statusfragen zu einem fixierten Zeitpunkt erhoben werden sondern Aussagen über die berufliche Entwicklung und deren Beziehung zu relevanten persönlichen wie organisatorischen Faktoren getroffen werden können (Abele 2006 und 2010). Diese Pionierstudie wird inzwischen in der einschlägigen gesundheitswissenschaftlichen Literatur stark beachtet, auch wenn Sponsoren von Studien nach wie vor Querschnittstudien zur jeweiligen aktuellen Befindlichkeit von Ärztinnen und Ärzten oder Studierenden bevorzugen. Mit dieser Studie wird für Deutschland erstmals umfassend belegt, dass nach der Promotion in den Karrieren von Ärztinnen und Ärzten ein über die Jahre zunehmender Schereneffekt zu verzeichnen ist: Frauen sind deutlich häufiger als Männer ohne ärztliche Tätigkeit, steigen seltener in einflussreichere und besser bezahlte Positionen auf und tragen die Hauptlast familiärer Verpflichtungen. Ärztinnen sind im traditionellen Rollenmuster verhaftet, wenn sie nicht in ähnlicher Weise Unterstützung durch ihre Partner erfahren wie diese es umgekehrt quasi wie selbstverständlich von ihren Partnerinnen erwarten: „Männer sind stärker karriere- und erfolgsorientiert, und Erfolgsorientierung erleichtert tatsächlich Erfolg. Frauen sind stärker balanceorientiert und Balanceorientierung, verbunden mit hohem familiärem Engagement, verlangsamt Berufserfolg“ (Abele 2006, S. 53). Abele bilanziert: „Frauen sind genauso erfolgreich wie Männer – wenn sie nicht Mütter werden“, sowie: „Auch Mütter können beruflich genauso erfolgreich sein wie Männer, wenn sie es schaffen, mit Kind(ern) Vollzeit berufstätig zu bleiben“ (ebd). Viele Medizinerinnen nehmen berufliche Nachteile meist in der Kleinkindzeit ihrer Kinder in Kauf. Abele spricht ausdrücklich von gesellschaftlich hervorgebrachten „Entmutigungsmechanismen“, die offenkundig in Deutschland besonders ausgeprägt sind, (ebd, S. 54): viele Frauen fügen sich, anders formuliert, in die vermeintlich ‚traditionelle‘ weibliche Rolle. Dies gilt der Studie entsprechend eben auch für die hoch qualifizierten Ärztinnen. Die Ärztinnen in der BELA-E Studie waren zum Zeitpunkt 2010 (alle Daten lt. persönlicher Mitteilung von Frau Abele-Brehm) zu 25 % in der Allgemeinmedizin tätig (Männer 13 %), waren weiter in der Anästhesie und Psychotherapie häufiger tätig als Männer, demgegenüber in der Chirurgie deutlich unterrepräsentiert (5 % vs. 17 %), und sie waren zu 3 % ohne ärztliche Tätigkeit und wiesen zu 5 % keine Facharztbezeichnung auf (Männer jeweils 0 %). Während Männer und Frauen nach dem Examen bis zum Alter von 29 Jahren in gleich hohem Umfang in Vollzeit beschäftigt waren, waren Frauen mit 42 Jahren noch zu 40 Prozent, Männer hingegen weiter zu 94

Prozent in Vollzeitbeschäftigung tätig. Der Beitrag von Ärztinnen zur Familienarbeit führt auch dazu, dass Ärztinnen seltener Kinder haben als Ärzte: diese können – wie schon gesagt - darauf rechnen, dass ihre Partnerinnen die Hauptverantwortung der Kindererziehung übernehmen. Ärztinnen sind m.a.W. sowohl im beruflichen wie privaten Bereich benachteiligt: beide „Verzichte“ entsprechen wohlbemerkt nicht ihren primären Vorstellungen (s. auch Abele 2010).

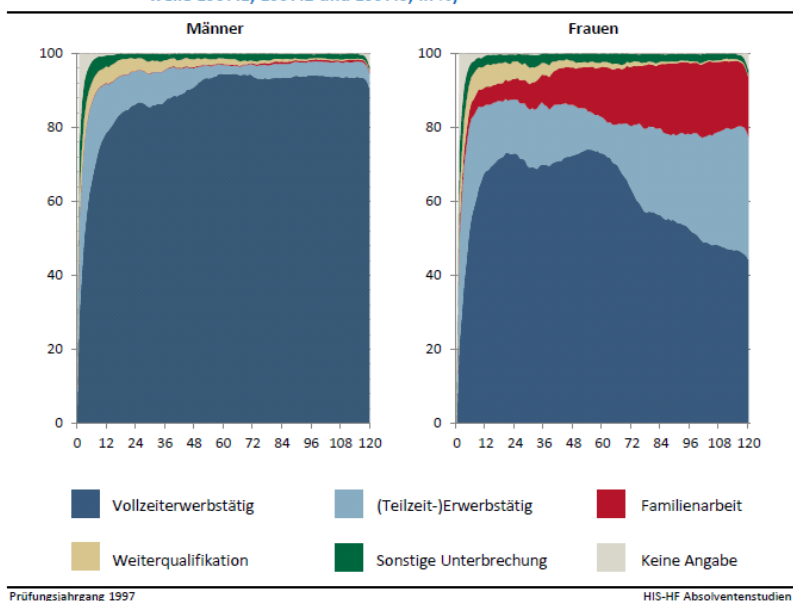
Die zweite – multizentrische - Längsschnittstudie unter Verwendung quantitativer wie qualitativer Methoden wird vom BMBF und dem Europäischen Sozialfonds finanziert: „Karriereverläufe und Karriereabbrüche bei Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung“ (die KarMed-Studie der Universitäten Hamburg und Leipzig). Die Studie verfolgt eine Kohorte von PJ-Absolventinnen und Absolventen seit 2008. Erste relevanter Befunde: der Anteil der ins Ausland „abwandernden“ Ärztinnen und Ärzte ist außerordentlich gering (3 %), eine Abkehr von dem Berufsziel einer klassisch klinisch-medizinischen Karriere ist nicht nachweisbar, das Krankenhaus gewinnt offenbar im Vergleich zur niedergelassenen Praxis an Bedeutung. 7 % der PJ-Studierenden geben das Fach Allgemeinmedizin als erste Präferenz an, ebenso viele Innere Medizin ohne Schwerpunkt. Es lassen sich bei diesen Angaben keine geschlechterspezifische Unterschiede ermitteln. Aufhorchen lässt die Tatsache, dass insgesamt nur 10 % der PJ-Absolventinnen und Absolventen nach diesen ersten Erhebungen eine hausärztliche Niederlassung planen. Der Wunsch nach einer Teilzeitbeschäftigung ist bei Frauen deutlich ausgeprägter als bei ihren männlichen Kollegen, wobei dies – traditionell – mit der erwarteten Phase der Kindererziehung in Verbindung gebracht wird (van den Bussche et al 2012, Gedrose et al 2012). Auch die Erwartungen an die Karriere (Leistungspositionen und Wahl des Weiterbildungsgebiets) sprechen für die Persistenz konservativer Rollenmuster, wie sie Abele in ihrer Kohorte bereits über lange Zeiträume dokumentiert hat.

Die Barrieren für Frauen im medizinischen Karriereverlauf war 2004 Gegenstand eines Berichtes der Bund-Länder-Kommission „Frauen in der Medizin“. Die Analyse hat bis heute vor allem insofern Bestand, als sie weit über die Deskription der Benachteiligung von Frauen hinausging und konstatierte: „Die Anforderungen der ärztlichen Praxis sind bis heute in ihren Lehrinhalten, Leistungskriterien, Forschungsmethoden und Arbeitsbedingungen an der männlichen Normalbiographie ausgerichtet“. Der

nachfolgende Satz lautet: „In den letzten Jahren wird jedoch der Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsforschung in der Medizin auch in Deutschland Rechnung getragen“ (Bund-Länder-Kommission 2004, 18). So sehr sich dafür Beispiele finden lassen, so wenig kann davon die Rede sein, dass die zuvor eingeforderte radikale Neuorientierung des Denkens über Medizin und die Form der Leistungserbringung in der Gesellschaft angekommen ist.

Für die geschilderte Karriereproblematik sei in Kürze auf die Bedeutung der traditionellen Rollenmuster verheirateter Paare hingewiesen. Diese ist Gegenstand aktueller soziologischer Forschung (hier: Grunow et al 2007). Danach ist belegt, dass (auch in initial geschlechteregalitär orientierten Ehen) die Geburt des ersten Kindes einen „universellen Traditionalisierungsschub“ auslöst, demzufolge die Frauen den größeren Teil der Hausarbeit übernehmen und einen mit Status- und Erwerbseinbußen verbundenen Karriereknick erleiden, ein Effekt, der auch dann wirksam bleibt, wenn die Frau zuvor das höhere Einkommen verfügt hat. Die Verfestigung traditioneller Rollenmuster kommt nur dann nicht zum tragen, wenn die Unterbrechung der Erwerbstätigkeit der Frauen kurz gehalten werden kann. Diese soziologische Forschung ergibt gemeinsam mit den Studienergebnissen von BELA-E und KarMed ein konsistentes Bild. Die Dimensionen, um die es hierbei geht, visualisiert eine Grafik aus der HIS Absolventenstudie (Brand 2012, 39):

Abb. 3.3.1 Anteil der Tätigkeiten seit dem Studienabschluss nach Geschlecht (Befragungswelle 1997.1, 1997.2 und 1997.3, in %)



Befragung von Medizinstudierenden

Die Persistenz der klassischen Bilder von Medizin und Gesundheitssystem findet auch in weiteren, nachfolgend ausgewählt referierten Befragungen der nachwachsenden Generationen der Ärzteschaft ihren Niederschlag.

Eine große online Befragung aller deutschen Medizinstudierenden (Institut für Soziologie der Universität Trier in Kooperation mit der KBV) im Jahr 2010 (12518 ausgefüllte Fragebögen, entsprechend 15,7 Prozent aller Studierenden) ergab bezüglich der Wunsch-Facharztausbildung eine stark überwiegende Präferenz der Frauen für Gynäkologie wie Kinder- und Jugendmedizin, während Männer deutlich stärker etwa zu Chirurgie, Orthopädie und Radiologie neigten. Bei der Allgemeinmedizin fanden sich mit jeweils um die 30 Prozent keine ausgeprägten Geschlechterunterschiede. Beim Thema Niederlassung oder Angestelltenstatus zeigen Frauen ein deutlich größeres Interesse an einem Angestelltenstatus in einem MVZ oder einer Praxis, während der Wunsch nach Niederlassung generell gleich hoch zu Buche schlägt. Bei den Einkommenserwartungen zeigen Frauen deutlich niedrigere Erwartungen. Stellt man diesen Befunden gegenüber, dass beide Geschlechter (abstrakt) die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einen Kinderwunsch sehr hoch bewerteten, dann ist offenkundig, dass auch die heutigen weiblichen Medizinstudierenden die traditionelle zu erwartende „typisch weibliche“ Karriere antizipieren. Einen weiteren wichtigen – und die internationale Studienlage bestätigenden - Hinweis gibt diese Studie in Sachen Standortwunsch der späteren Berufstätigkeit: ländliche sozialisierte Studierende und Frauen sind danach eher bereit, auch im ländlichen Raum zu praktizieren (Gibis et al 2012, Heinz/Jacob 2012).

Mit den Erwartungen von Medizinstudierenden an ihre künftige Berufstätigkeit hat sich intensiv auch eine weitere Arbeitsgruppe beschäftigt (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg). Befragt wurden wiederum online gut 12000 Medizinstudierende in Baden-Württemberg, etwa 1300 füllten Fragebögen aus. Innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie, Chirurgie, Anästhesiologie und Allgemeinmedizin wurden am häufigsten als Wunsch-Fachgebiete benannt. Die Studie differenzierte diese Wünsche nach Studienabschnitten und konnte zeigen, dass die anfänglich sehr hoch bewertete Chirurgie deutlich an Attraktivität abnahm, wäh-

rend etwa Allgemeinmedizin sich von anfänglich 7,1% auf 10,0 % zum Studienende hin verbesserte (Miksch et al 2012; nahezu deckungsgleich mit der zitierten Studie von van den Bussche et al 2012). Das Beispiel der Chirurgie verdiente eine eigene Betrachtung, die hier nicht differenziert zu leisten ist. Riska (2008) wie Gjerberg (2002) berichten aus Finnland und Norwegen, dass Frauen zu Beginn der ärztlichen Karriere ein genauso großes Interesse an diesem Fach zeigen wie Männer, dass sie dann aber im Verlauf der Weiterbildung abgeschreckt werden. Möglicherweise antizipieren die weiblichen Medizinstudierenden in Deutschland derartige Hemmnisse – resignierend - noch eher als ihre Kolleginnen in Skandinavien.

Die Heidelberger Arbeitsgruppe interpretierte ihre Daten zum einen in Richtung eines ausgeprägten Wunsches nach einem „planungssicheren Arbeitsplatz“. Zweitens zeigen sich im Hinblick auf das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei der hier eingesetzten Fragetechnik deutliche, „typische“ Geschlechterunterschiede, woraus die Gruppe dezidiert die Notwendigkeit der Förderung gendersensibler Arbeits(zeit)modelle ableitet (Miksch et al 2012). Drittens interessierte sich dieser Forschungsansatz auch für die Frage möglicher prädisponierender Faktoren für die Wahl hausärztlicher Tätigkeit. Hier fanden sich im Vergleich zum Gesamtkollektiv eine noch stärkere Gewichtung der Work-life-balance wie des Merkmals „Patientenorientierung“ (Kiolbassa et al 2011). Aus letzteren Daten ergeben sich starke Hinweise darauf, dass die Förderung der Attraktivität hausärztlicher Tätigkeit noch einmal herausgehoben auf die Notwendigkeit eines genderspezifischen Ansatzes hinweist: Frauen werden eben nicht automatisch die Lösung der Problematik schwer wieder besetzbarer Hausarztsitze erleichtern, wie in der gesundheitspolitischen Debatte wohl gelegentlich angenommen wird.

Beide zuletzt genannten Studien weisen aber vor allem auch noch einmal darauf hin, wie wichtig die Finanzierung längsschnittlich angelegter Studien ist, ein „ceterum censeo“ dieses Gutachtens: wie Studierende sich tatsächlich entscheiden, und wovon diese Wahl maßgeblich beeinflusst und ggflls. modifiziert wird, das können noch so interessante punktuelle Querschnittstudien nicht ermitteln. Dies gilt insbesondere auch für die Frage, ob es tatsächlich bezogen auf Engagement und Effizienz ärztlicher Tätigkeit einen Generationenunterschied gibt, wie häufig angenommen. In einer dieser Frage gewidmeten Studie mit qualitativen und quantitativen Anteilen aus Ca-

nada wird deutlich, dass die ältere Generation ihrem medizinischen Nachwuchs unterstellt, weniger „committed“ zu sein, dass dieser selber aber ein gegenläufiges Selbstbild hat. Die Auswertung der Eigenangaben zur wöchentlichen Arbeitszeit zwischen der älteren (Baby Boomer) und der jüngeren (X) Generation zeigte ebenso wie die Einschätzung zur Patientenorientierung (auch nach in der Publikation näher beschriebener Adjustierung) keine signifikanten Generationenunterschiede. Die erlebte Work-Life-Balance wurde interessanterweise von beiden Generationen ähnlich negativ gesehen, wobei Frauen der jüngeren Generation freilich die größten Interferenzen mit ihren persönlichen und familiären Belangen sahen (Jovic et al 2006). Dieser Befund ist außerordentlich wichtig und verdient Aufmerksamkeit in der weiteren Forschung.

Table 3: Mean difference tests between Baby Boomers vs. Generation Xers and Gen X women vs. Gen X men

Survey Items	Boomers (n = 87)	Gen Xers (n = 65)	Gen X women (n = 33)	Gen X men (n = 32)
Work hours (including residents)				
Hours per week at office	51.2	60.7*	61.3	60.2
Hours per week at home	9.9	8.3*	9.0	7.6
Hours per week total	61.1	69.1*	70.3	67.8
Work hours (excluding residents)^a				
Hours per week at office	50.9	53.8	51.9	55.3
Hours per week at home	9.9	7.6	8.3	7.1
Hours per week total	60.8	61.4	60.2	62.4†
Patient care				
I really care what happens to my patients.	88%	94%	94%	94%
I feel I am positively influencing other people's lives through my work.	91%	92%	91%	94%
Life balance				
I feel I have a pretty balanced life.	42%	49%	48%	50%
The demands of my work interfere with my home and family life.	65%	65%	67%	63%
My family responsibilities interfere with my work.	29%	12%*	21%	3%†
I feel I have enough time to do the things I want to.	19%	20%	12%	28%†

* indicates a statistically significant difference at the .10 level between Baby Boomer and Generation X physicians

† indicates a statistically significant difference at the .10 level between Generation X women and Generation X men

^a The following are excluded from these results: 3 Boomer residents; 24 Gen X residents; 14 Gen X female residents and 10 Gen X male residents

Jovic et al 2006, 6

Bühren und Eckert (2011) haben mit Blick auf die Feminisierungsdebatte darauf hingewiesen, dass mit den bislang vorhandenen Daten in Deutschland Aussagen über Unterschiede zur Qualität und Effektivität der Arbeitsleistung von Ärztinnen und Ärzten nicht möglich sind, auch wenn auf der Hand zu liegen scheint, dass wegen der höheren Teilzeitquote von Frauen das Gesamtvolumen der erbrachten Arbeit abnimmt und durch Neueinstellungen kompensiert werden muss (s. weiter hierzu die Debatte um die „Feminisierung“ der Medizin). Dieser Hinweis ist von großer Bedeutung; er wird gestützt durch eine studienbasierte ländervergleichende Reflexion des Zusammenhangs von Arztdichte, Anteil der Frauen in der Ärzteschaft, Versorgungsqualität und Lebenserwartung, wie sie Susan Phillips und Emily Austin von der Queen's University (Kingston, Ontario) vorgelegt haben. Es könnte kurzschlüssig sein, die plausibel wirkende Argumentation, dass wegen des gewachsenen Anteils von Ärztinnen in der medizinischen Versorgung die zur Verfügung stehenden Behandlungszeiten für Kranke zu negativen Auswirkungen führt, in künftige Bedarfsplanungen einzurechnen. Es spricht viel dafür, dass es nicht um die Arztdichte an sich geht, sondern um die Relation zwischen Generalisten und Spezialisten, um die Organisations- und Kooperationsformen der ambulanten Versorgung und um Grundeinstellungen zur Frage aktiven versus abwartenden Vorgehens in der Medizin. Bezogen auf das härteste messbare epidemiologische und demographische Kriterium, die Lebenserwartung, gibt es jedenfalls keinen konsistenten Zusammenhang zur jeweilig vorfindlichen Arztdichte, weder im engeren noch im weiteren geographischen Vergleich (Phillips/ Austin 2009).

Qualitative Studien können die Fragen nach den Verhaltens- und Haltungsänderungen allein ebenso wenig beantworten wie quantitative Querschnittstudien, aber sie können vor allem Hinweise darauf liefern, ob neue Dimensionen auftauchen, die in bisherige quantitativen Erhebungsinstrumente und Debatten nicht oder nicht ausreichend eingeflossen sind. Eine eigene Arbeitsgruppe (Niehues et al 2008) hat ein Sample von Medizinstudierenden, Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zur Allgemeinmedizin und praktizierende Hausärztinnen und Hausärzte in Schleswig Holstein und Mecklenburg-Vorpommern zu ihrer Perspektive der künftigen Sicherung der Allgemeinmedizin interviewt. Dabei zeigte sich, dass – zunächst natürlich wenig erstaunlich – die jungen Medizinstudierenden keine Vorstellungen davon hatten, was das Spezifische von Allgemeinmedizin ist, dass dies aber auch in späteren Stadien

des Studiums nur vage präsent war. Bemerkenswerter war der Befund, dass auch die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und die praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte im Grunde stets nur sehr allgemeine Charakteristika ihrer prospektiven bzw. ausgeübten Tätigkeit beschreiben konnten: so die Kontinuität der Betreuung chronisch Kranker. Es wurde die Notwendigkeit kommunikativer Kompetenzen benannt, wobei zugleich die Sorge durchschien, dass zu viel Nähe der eigenen Autonomie abträglich sein könne. Vorstellungen einer über klassische Delegation ärztlicher Aufgaben hinausgehenden Kooperation mit anderen Fachberufen fanden sich nicht. Die Interviews deuten aus Sicht der Arbeitsgruppe darauf hin, wie wichtig es künftig wird, neben den sehr häufig benannten Problemfeldern wie Work-Life-Balance, Bürokratie und Einkommen den Fokus „Identität“ bzw. „Identitätsbildung“ in der Allgemeinmedizin stärker zu beachten. Dies setzt nicht zuletzt eine weitere Stärkung der wissenschaftlichen „Heimat“ von Hausärztinnen und Hausärzten voraus. Diese wie dezidiert im Kontext der erlebten Kooperation von Allgemeinmedizin und Pflege durchgeführten Interviews (Block et al 2012) machen deutlich, dass der Weg zu einer stabilen Identität von Hausärztinnen und Hausärzten vor allem im Kontext eines vielfach als erforderlich betrachteten qualitativ neuen Professionenmix in der ambulanten hausärztlichen Versorgung noch sehr weit ist (Niehues et al 2008, Schmacke et al 2008, Block et al 2012).

Förderung der Niederlassung in ländlichen Regionen

Ungleiche Verteilung von Ärztinnen und Ärzten zwischen Stadt und Land sowie innerhalb städtischer und ländlicher Regionen ist weltweit ein Grundproblem der Entwicklung bedarfsgerechter Versorgung. Dass diese Debatte in Deutschland erst vor maximal 10 Jahren unter der Überschrift „Ärztemangel“ aufgetaucht ist, spricht im Lichte internationaler Publikationen nicht zuletzt dafür, dass der Handlungsdruck in Deutschland längst nicht so groß ist wie etwa in Australien, Canada oder den USA. Entsprechend groß ist der Erfahrungsvorsprung dieser Länder mit der Erprobung von Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung in „rural areas“.

Vor 38 Jahren (1974) wurde das Physician Shortage Area Program (PSAP) am Jefferson Medical College im Staat Pennsylvania entwickelt; es wird seither konstant evaluiert und stellt insoweit vermutlich das best untersuchte Programm zur Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten für ländliche Regionen dar (Rabinowitz et al 2011). 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
- Z.T. ergänzend auch finanzielle Unterstützung in Form von rückzahlbaren Stipendien

Von den etwa 2400 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 et al reflektieren dabei durchaus die Reichweite des Programms auch kritisch: die Gesamtzahl von Primary Care Physicians, die durch das Programm ge-

wonnen werden konnte, ist nicht sehr groß, aber die nachhaltige Niederlassung in besonders problematischen Regionen wird gleichwohl als – anders nicht erreichbarer – Erfolg betrachtet (ebd., 267-8).

Pathmann et al (2004a) recherchierten in einer Bilanz US-weiter Konzepte zur Gewinnung von GPs für ländliche und andere unterversorgte Regionen insgesamt 69 staatliche Projekte und bewerteten die Auswirkung der jeweils eingesetzten Programmkomponenten auf den erhofften kompensatorischen Effekt (v.a. Verbleiberaten über die Zeit) sowie auf die Zufriedenheit der dort eingeschlossenen Ärztinnen und Ärzte. Als besonders belastbar ermittelten sie drei Elemente:

- Unterstützung während des Studiums,
- anteilige Rückzahlung von während des Studiums erworbener Schulden gegen Ende der Weiterbildungszeit und
- direkte finanzielle Anreize.

Als weniger effektiv erwiesenen sich Stipendien oder andere finanzielle Anreize während des Studiums. Zur Finanzierung berufsbegleitender Anreize für Primary Care Physicians dient in den USA u.a. eine Bundesförderung (Titel VII training grant program), deren Umfang allerdings von der jeweiligen Couleur der Regierung abhängig ist; auch deren positiver Effekt wird evaluiert und ist gut belegt (Rittenhouse et al 2008). Eine Studie widmete sich 2004 der Frage, ob durch Programme geförderte GPs in ländlichen Regionen mit besonders hoher Unterversorgung eine geringere Verbleibezeit aufweisen als GPs in weniger problematischen ländlichen Regionen: es zeigte sich, dass die Niederlassung an sich der entscheidende Punkt ist und danach die Verbleibetreue nicht schlechter ist als andernorts (Pathman et al 2004b).

Schon 2002 belegte ein systematischer Review, wie vorgegebene Faktoren (regionale Herkunft) und unterstützende Faktoren (zielgerichtete Förderprogramme) sinnvoll ineinandergreifen (Brooks et al 2002), er wurde in allen wesentlichen Fragen durch eine Studie des Robert Graham Centers aus 2009 bestätigt (Philipps et al 2009; dto. McEllistrem-Evenson 2011). Canada hat eigens eine Task Force of the Society of Rural Physicians ins Leben gerufen, die in ähnlicher Weise wie in den USA dafür plädiert, Medizinstudierende aus ländlichen Regionen bevorzugt zu rekrutieren. Da-

bei wird argumentiert, dass bei der hohen Selbstrekrutierungsrate von Medizinstudierenden aus wohlhabenden Familien anders kaum erwartet werden könne, die defizitäre Situation in dünn besiedelten Regionen zu verbessern (Rourke 2005, s. auch Sempowski 2004).

Erst etwa ab 2000 findet bei der Thematisierung der schlechter versorgten ländlichen Regionen das Thema „Frauenanteil unter den GPs“ mehr Beachtung. So äußerten Doescher et al 2000 die Sorge, dass die Rekrutierungsprogramme sich nicht ausreichend darum bemühen, Frauen für eine GP-Karriere in Rural Areas zu gewinnen. Das Thema scheint auch 2009 an Aktualität nichts verloren zu haben (Philipps et al 2009). 2011 konnte immerhin gezeigt werden, dass das PSAP-Programm in Pennsylvania in gleichem Maße Frauen wie Männer für die Niederlassung in strukturschwachen Regionen gewinnen konnte (Rabinowitz et al 2011). Die Bedeutung des Genderthemas in diesem Zusammenhang liegt nicht nur auf der Hand, sie ist auch durch Untersuchungen in anderen Systemen gut belegt. So zeigt etwa eine niederländische Untersuchung, wie das Interesse für eine Tätigkeit im ländlichen Bereich während des Studiums bei weiblichen Studierenden sank und dass diesem Problem bislang nicht ausreichend Aufmerksamkeit gewidmet worden ist (Maiorova et al 2008).

Schließlich soll hier exemplarisch zumindest angemerkt werden, dass es mit Blick auf eine angemessene Versorgung nicht ausreicht, ausschließlich über die Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten nachzudenken sondern gleichermaßen über die Entscheidungen „nicht-ärztlicher“ Gesundheitsfachberufe, in strukturschwachen Regionen zu arbeiten. Auf deren kompensatorische Rolle richten sich bekanntlich große Erwartungen. Ob diese Rechnung ohne entsprechende Fördermaßnahmen aufgeht, ist bislang nicht Gegenstand von politischen oder evaluativen Ansätzen (s. insofern exemplarisch die qualitative Studie von Lindsay 2007, die zu Vorsicht Anlass gibt, was übertriebene Erwartungen anbelangt).

Die Debatte um die „Feminisierung“ der Medizin

Der Anteil von Frauen an den Medizinstudierenden und in der ärztlichen Praxis hat in allen entwickelten Industrienationen vor allem im letzten Jahrzehnt deutlich zugenommen - bei Fortbestehen der männlichen Dominanz in einzelnen Fachgebieten sowie zudem generell in Leitungspositionen. Übereinstimmend wird aus allen Ländern analysiert, dass für die fortbestehende Ungleichheit der Chancen zwischen Männern und Frauen eingeübte Netzwerke wie vor allem aber auch ein männlich geprägtes Verständnis von Arbeitsinhalten und –prozessen verantwortlich sind. Dass es m.a.W. um den Abbau der Maskulinisierung der Medizin geht (so z.B. Rapp-Engels 2011), findet sich in den meisten Veröffentlichungen über das Thema der zunehmenden Zahl von Frauen in der Medizin nicht. Stattdessen hat sich der Begriff der Feminisierung der Medizin weithin durchgesetzt. Dass es sich bei der notwendigen Problematisierung dieses Begriffs nicht um ein Nebengleis handelt sondern um Kernfragen der zukünftigen Gestaltung der Versorgung, gerade auch für die Perspektive der Allgemeinmedizin, soll nachfolgend erläutert werden. Die Darstellung folgt im wesentlichen Riska 2008.

Reskin und Roos stellten 1990 drei Hypothesen zu der Frage auf, welche Folgen die Zunahme des Anteils von Frauen in der Medizin haben könnte: 1. Die tatsächliche Integration von Frauen: „Genuine Integration“, 2. Die Entwicklung einer neuen Form ungleicher Rollenverteilung sowohl bezogen auf die Fachgebiete (Horizontale Segregation) als auch auf die Hierarchieebenen innerhalb einzelner Fachgebiete (Vertikale Segregation) und 3. Die Ghettobildung von Frauen in der Arztprofession in Form des Verweises auf weniger prestigeträchtige Felder: „Ghettoization“ (hierzu auch Gjerberg 2001). Es geht immer wieder um die Frage, ob die zunehmende Zahl von Ärztinnen zu einer Deprofessionalisierung führt (Abnahme der generellen Attraktivität des Berufs, Status- und Einkommensverluste, so etwa die Sorge von Levinson/ Lurie 2004). Die gegenläufige These („Sociology of Numbers“) besagt, dass von einem bestimmten Prozentsatz weiblicher Akteure in einem Beruf Sichtweisen und Verhaltensweisen in diesem System sich den Bedürfnissen von Frauen stärker anpassen. Hier bindet sich die Diskussion um größere „Empathie“ durch Ärztinnen ein, wobei die Forschungsergebnisse zu der Frage, ob Frauen tatsächlich die größeren „Kümmerner“ im Sinne patientengerechterer Versorgung sind, nicht vollkommen wider-

spruchsfrei sind. Diese Diskussion ist hochkomplex, weil entsprechende Analysen voraussetzen würden, dass die gesellschaftliche und professionelle Anerkennung von ‚Zuwendung‘ in der Medizin der ‚Heldenmedizin‘ in nichts nachstünde.

Riska bringt in die Debatte um vermeintlich typisch weibliche Eigenschaften in der Medizin folgende Frage ein: „What is there in current medical work that requires new skills, and why is it that mainly women are drawn to this content?“ (ebd., 13). Damit ist bezogen auf die Arbeitsinhalte der Medizin die Aufgabe beschrieben, vom Patientenbedarf her zu bestimmen, wie Versorgung entwickelt und angeboten werden muss: von Männern und Frauen für Männer und Frauen. Der Begriff der Feminisierung verdeckt alles in allem die fortbestehenden Barrieren für Frauen ebenso wie die zu bewältigenden Aufgaben zur Überwindung einer traditionell stark männlich geprägten Medizin. Riska schreibt hierzu noch einmal: “The discourses on feminization of medicine have raised an important issue: the existence of different styles of doctoring“ ebd., 15). Damit ist nicht zuletzt also angesprochen, dass es erforderlich ist, die Routinen der heutigen Medizin kritisch zu reflektieren, wenn es um die Fragen der Arbeitsabläufe und deren Veränderung geht.

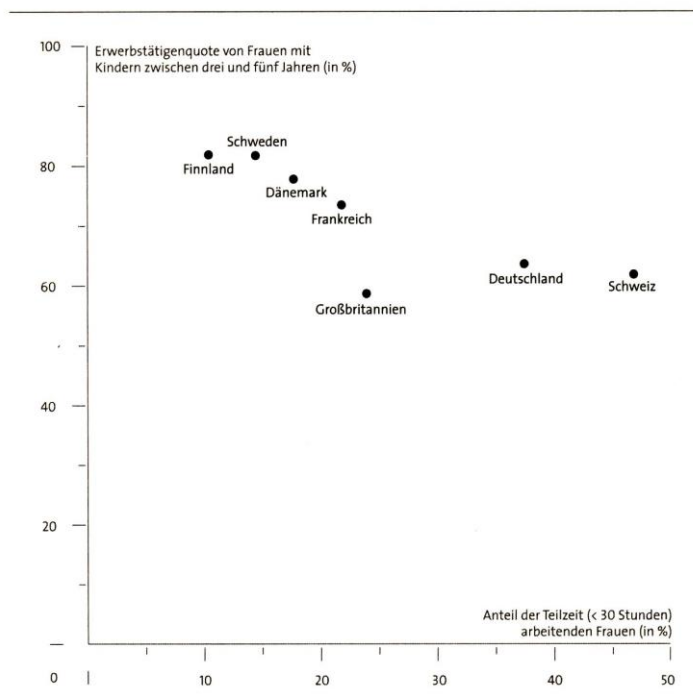
Die im Gutachten bereits beschriebenen genderspezifischen Barrieren zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf stehen dem Ziel einer vollständigen Integration von Frauen in der Medizin im Wege, wobei Unterschiede zwischen den Ländern in der Erwerbswelt den praktischen Beleg abgeben, dass es sich um veränderbare gesellschaftliche Faktoren handelt. Riska (ebd., 10) weist darauf hin, dass Frauen in Finnland die höchste Rate an Vollzeit-Beschäftigung aufweisen und dass dies vor allem Folge gezielter Familienpolitik ist. Vergleichsdaten von Wolf/ Grgic (2009, 21) zeigen beispielsweise die große Spanne der verfügbaren institutionelle Kinderbetreuung in Europa (nachfolgende Seite).

Ähnliche Vergleiche zum Umfang von Teilzeit- und Vollzeiterwerbstätigkeit von Frauen in Europa (Allmendinger 2010, 36) verdeutlichen ebenfalls den Rückstand Deutschlands in Sachen gleicher Berufschancen für Frauen (nachfolgende Seite):

Tabelle 7: Durchschnittliche wöchentliche Nutzung formaler Kinderbetreuung (in Std. pro Woche, bezogen auf die jeweilige Altersgruppe, die Kinderbetreuung in Anspruch nimmt)

	Weniger als 3 Jahre	Median	Zwischen 3 Jahre und schulpflichtigem Alter	Median
EU 25	25,0	25	EU 25	27,3
Tschechische Republik	: ^u	: ^u	Lettland	39,7
Malta	: ^u	: ^u	Litauen	38,9
Österreich	: ^u	: ^u	Estland	38,4
Slowakei	: ^u	: ^u	Portugal	36,8
Lettland	40,2	40	Slowakei	35,2
Litauen	39,9	40	Polen	33,8
Portugal	37,8	37	Slowenien	33,8
Polen	37,6	40	Dänemark	33,5
Slowenien	36,1	38	Finnland	33,5
Finnland	34,8	38	Ungarn	33,4
Dänemark	34,1	35	Italien	32,3
Estland	34,0	40	Schweden	30,7
Griechenland	33,8	33	Belgien	30,4
Zypern	32,9	30	Zypern	29,8
Ungarn	31,3	35	Tschechische Republik	29,4
Italien	30,9	33	Spanien	29,2
Belgien	30,3	31	Frankreich	27,9
Luxemburg	29,9	30	Griechenland	25,8
Schweden	29,0	30	Malta	25,2
Frankreich	28,4	31	Österreich	23,1
Spanien	27,0	27	Deutschland	22,9
Deutschland	22,0	24	Irland	22,1
Irland	20,1	16	Luxemburg	21,7
Niederlande	15,8	16	Niederlande	18,6
Vereinigtes Königreich	14,4	10	Vereinigtes Königreich	18,4

Abbildung 2.5: Der Anteil der Frauen, die normalerweise Teilzeit arbeiten, und die Erwerbstätigenquote von Frauen mit Kindern zwischen drei und fünf Jahren in ausgewählten Ländern, 2007



Quellen: OECD Family database – LMF7: Usual working hours per week by gender <http://www.oecd.org/dataoecd/1/33/43199420.xls> (Zugriff: Januar 2010)

OECD Family database – LMF2: Maternal employment rates <http://www.oecd.org/1/37/43199008.xls> (Zugriff: Januar 2010). Abweichende Erhebungsjahre der Nichterwerbstätigkeit von Müttern: Schweiz 2006 und Dänemark 1999

In beiden Dimensionen (Anteil überhaupt erwerbstätiger Frauen mit Kindern zwischen drei und fünf Jahren und Anteil der teilzeitbeschäftigten Frauen) zeigt Deutschland einen großen Abstand vor allem zu den skandinavischen Ländern und Frankreich.

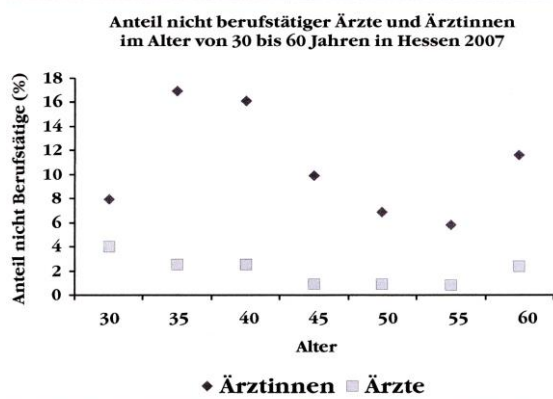
Einen weiteren Eindruck von der gesellschaftlichen Relevanz derartiger Daten liefert die berufsspezifische Aufschlüsselung der Daten zur kumulativen Dauer der Berufsunterbrechung von Frauen im Alter zwischen 25 und 59 Jahren (Allmendinger 2010, 71):

Abbildung 5.1: Die Dauer der bisherigen Erwerbsunterbrechung von 25- bis 59-jährigen Frauen nach dem zuletzt ausgeübten Beruf, 2006



Quelle: Mikrozensus 2006, eigene Berechnungen. Aus Platzgründen können nur 25 der 111 Berufe gezeigt werden.

Köhler et al (2007, 424) haben für Hessen auf den hohen Anteil von Ärztinnen hingewiesen, die vorübergehend oder dauerhaft nicht in ihrem Beruf tätig sind:



Die spezifischen Probleme der Akademikerinnen in Deutschland lassen sich aus der Studie des Hochschulinformationssystems Brand 2012, 67) eindrucksvoll ablesen:

Tab. 3.4.8

Schwierigkeiten der Vereinbarung von Familie und Beruf nach Geschlecht und regionaler Herkunft (Befragungswelle 1997.3, Mehrfachnennung, in %)

Vertiefungsfrage 24: Haben bzw. hatten bzw. erwarten Sie (je nach Angabe oben) größere Schwierigkeiten, Kinder und Beruf miteinander zu vereinbaren?

Schwierigkeiten	Herkunft	Geschlecht					
		Frauen			Männer		
		Ost	West	Gesamt	Ost	West	Gesamt
Ja, die berufliche Beanspruchung meines Partners/meiner Partnerin ist zu groß		34	32	32	13	9	9
Ja, meine berufliche Beanspruchung ist zu groß		33	24	26	33	35	35
Ja, es ist sehr schwer, einen Platz in einer passenden Betreuungseinrichtung zu finden		17	27	25	16	15	15
Ja, es ist sehr schwer, eine geeignete Teilzeitstelle zu finden		26	25	25	5	5	5
Ja, weil es keine Einrichtung gibt, die ausreichend lange Betreuungszeiten anbietet		13	20	19	15	13	13
Ja, die berufliche (Re-)Integration ist ungesichert		17	11	12	2	3	3
Ja, ich bin alleinerziehend		11	3	5	1	0	0
Schwierigkeiten genannt insgesamt		65	68	67	45	46	46
Nein, ich habe die Möglichkeit, in Teilzeit zu arbeiten		38	44	43	4	4	4
Nein, das Kind wird von einer Tagesmutter/in einer Krabbelgruppe/im Kindergarten o. Ä. betreut		43	35	36	42	22	24
Nein, ich kann meine Zeit flexibel einteilen		23	23	23	23	18	18
Nein, der Wiedereinstieg in den Beruf ist gesichert		19	22	22	4	6	6
Nein, die private Kinderbetreuung ist gesichert		15	21	20	16	17	16
Nein, ich kann zu Hause arbeiten		13	15	15	11	11	11
Nein, wir können die Kinderbetreuung gleichberechtigt aufteilen		13	10	11	18	11	12
Nein, mein Partner/meine Partnerin kümmert sich um die Kinder		8	7	7	35	53	51
Keine Schwierigkeiten genannt insgesamt		35	32	33	55	54	54

Prüfungsjahrgang 1997 HIS-HF Absolventenstudien

In der Zusammenschau dieser Daten wird deutlich, dass ein bedeutender Anteil berufstätiger Frauen durch eine heute zu konstatierende unerwünscht lange Unterbrechung ihrer Berufskarriere benachteiligt wird, dass hier anders formuliert erhebliche Potenziale für die einzelnen Beschäftigungssektoren liegen. Dies gilt auch für die Gruppe der – im gesellschaftlichen Vergleich sicher prinzipiell privilegierten – Ärztinnen. Auf diese Potenziale hat auch die - im übrigen mit anderen Grundannahmen arbeitende - Studie von Price Waterhouse Coopers in Kooperation mit dem WifOR (Wirtschaftsforschungsinstitut) hingewiesen (2012). Auf dieses Thema hatte – bezogen auf den gesamten Arbeitsmarkt – zuvor bereits eine Studie der Universität Duisburg-Essen (Ludwig 2003) hingewiesen.

Wiedereinsteigerseminare v.a. für Ärztinnen sind eine der bislang in Deutschland realisierten Antworten einer Reihe von Ärztekammern sowie der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, die als erfolgreich gelten können, ohne dass gesagt werden kann, wie hoch der Anteil der potentiellen Interessentinnen für derartige Angebote werden könnte (Hibbeler 2012).

Die Frage ungenutzter Potenziale ist Gegenstand jüngerer Forschung zur Lebensverlaufsperspektive, die den Einstieg in den Arbeitsmarkt, die Weiterbildungsteilnahme und den Wiedereinstieg sowie schließlich den Ausstieg aus dem Arbeitsmarkt untersucht. Sie umfasst neben der genannten Genderthematik Schlüsselfragen wie Migrationshintergrund, Weiterbildung der älter werdenden Beschäftigten und vorzeitige Berentung. Es gilt demzufolge, die hier jeweils verborgenen Potenziale zu erkennen und auszuschöpfen (Schömann 2011).

Eine gesonderte Betrachtung verdient innerhalb der Karrieredebatte noch einmal – wie oben schon angedeutet - die Frage der Teilzeitbeschäftigung von Frauen und Männern in der Medizin. Hier zeigen Daten des Statistischen Bundesamtes (aufbereitet von Jacobs und Kip 2009, für dieses Gutachten von Jacobs aktualisiert), dass Frauen und Männer sich sowohl bezüglich des Status wie des Umfangs von Teilzeitarbeit in der vertragsärztlichen Versorgung erheblich unterscheiden. Dies entspricht kaum den originellen Präferenzen der Ärztinnen und verweist auf die hohe Bedeutung der Beseitigung der einschlägigen Barrieren.

Vertragsärztliche Versorgung		2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Teilnehmende Ärzte insgesamt		126832	131802	132895	134172	135388	137416	138472	139538
Vertragsärzte	Gesamt	114019	117547	118277	118858	119038	119789	120153	120538
	Frauen	37512	40332	41067	41748	42326	42897	43427	44050
	Frauenanteil	33%	34%	35%	35%	36%	36%	36%	37%
Partnerärzte	Gesamt	472	1287	1277	1374	1434	1339	1261	1123
	Frauen	226	557	668	711	693	635	601	547
	Frauenanteil	48%	43%	52%	52%	48%	47%	48%	49%
angestellte Ärzte	Gesamt	1572	2170	2266	2963	4292	6014	7036	7978
	Frauen	1215	1639	1696	2046	2911	3926	4541	5147
	Frauenanteil	77%	76%	74%	69%	68%	65%	65%	65%
ermächtigte Ärzte	Gesamt	10769	10798	11075	10977	10824	10274	10022	9899
	Frauen	1372	1503	1608	1683	1700	1693	1685	1727
	Frauenanteil	13%	14%	15%	15%	16%	16%	17%	17%

Teilzeitverhältnisse unter Ärztinnen und Ärzten									
			1998	2001	2004	2007	2008	2009	2010
Beschäftigungsverhältnisse insgesamt			287000	298000	306000	315000	320000	326000	334000
Männer			183000	186000	188000	187000	187000	188000	190000
Frauen			104000	112000	118000	128000	133000	138000	144000
Teilzeit			25000	32000	37000	47000	48000	50000	52000
		davon Frauen	18000	24000	28000	34000	34000	36000	38000
		unter 35	3000	2000	4000	5000	5000	6000	7000
		35 bis <50	10000	16000	17000	18000	18000	19000	19000
		50 +	5000	6000	6000	11000	11000	11000	12000
		davon Männer	7000	8000	9000	13000	15000	15000	15000
		unter 35	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
		35 bis <50	4000	3000	4000	6000	5000	5000	5000
		50 +	4000	3000	4000	8000	8000	9000	9000
Teilzeitquote Frauen			17%	21%	24%	27%	26%	26%	26%
Teilzeitquote Männer			4%	4%	5%	7%	8%	8%	8%

Auf der anderen Seite ist zu beachten, dass es Ärztinnen (gleiches gilt für Männer, auch wenn diese seltener Teilzeitbeschäftigung anstreben) schwer gemacht wird, von ihnen erwünschte Teilzeitbeschäftigungen dann auch zu realisieren. Diese Problematik wird aus allen Gesundheitssystemen berichtet, einschließlich der Feststellung, dass insbesondere die stationären Einrichtungen mit ihrer Doppelfunktion als Weiterbildungsstätten wie als Arbeitgeber für unbefristete Stellen sich bis in die Gegenwart hinein weithin sperren, von der Vorstellung einer gewissermaßen männlich definierten ‚Normalarbeitszeit‘ abzurücken. Es soll dabei nicht verkannt werden, dass inzwischen das Thema des „familienbewussten“ Krankenhauses durchaus in verschiedenen Regionen Deutschlands politisch gefördert und von einzelnen Krankenhausträgern ernst genommen wird (Fegert/ Liebhardt 2012). Das Tempo der entsprechenden organisatorischen Veränderungen im Krankenhausbereich erscheint

aber gering. Dies ist wie gesagt kein deutsches Problem. 1969 wurde im NHS etwa ein „part-time married women’s training scheme“ beschlossen, später in „flexible training scheme“ umbenannt: mit mäßigem Erfolg, wie McMurray J et al 2002 berichten.

Eines der immer wieder vorgebrachten Argumente lautet: Teilzeitbeschäftigung von Ärztinnen und Ärzten lässt sich mit dem hohen Qualitätsanspruch der Versorgung nicht vereinbaren, die Organisationsprobleme sind nur begrenzt zu lösen. Die (freilich wenigen) Studien, die zur Untersuchung dieser Frage durchgeführt wurden, ergeben weder für den stationären noch für den ambulanten Bereich Hinweise auf den befürchteten negativen Effekt von Teilzeitbeschäftigung auf erbrachte Leistungen und Patientenzufriedenheit (Mechaber et al 2008, McMurray et al 2005, Fein/Garfield 1991). Ein relativ aktueller Beleg für den hohen Entwicklungsbedarf im Bereich flexibler Arbeitszeiten ist der Bericht der Women’s Medical Federation, London (Gascoigne et al 2008).

Es sei ergänzend erwähnt, dass auch die organisationssoziologische Forschung aus Deutschland belegt, von welcher hoher Bedeutung die Beachtung moderner Managementmethoden für die Berufszufriedenheit und Belastbarkeit der in den Krankenhäusern beschäftigten Ärztinnen und Ärzte ist (Ommen et al 2008). Organisationssoziologische Methodik kann dabei durch psychologische Methodologie ergänzt werden (Spurk et al 2011). Man muss davon sprechen, dass der Krankenhaussektor – modellhafte Projekte bzw. einzelne Krankenhausträger ausgenommen - einen erheblichen Rückstand in der Organisationsentwicklung aufweist und damit sowohl die Bedürfnislage vor allem von Ärztinnen und Ärzten als auch sein eigenes betriebswirtschaftliches Interesse zu sehr außer acht lässt. Der „Benchmark“ entsprechender moderner Krankenhauspolitik – gemessen an Beschäftigtenzufriedenheit, Bettenauslastung oder Erträgen - ist nicht bekannt. Ein zu wenig beachtetes Thema ist – damit im Zusammenhang stehend – die innerbetriebliche Fürsorge für die Gesundheit der Beschäftigten, hier dezidiert der Ärztinnen (hierzu im Überblick aus der deutschen Perspektive Bühnen 2008).

Ein weiterer für die hiesige Debatte besonders interessanter Befund aus Finnland lautet: dort steigt – anders als etwa aus Schottland berichtet wurde (McKinstry et al 2006) der Anteil von Ärztinnen auch in Bereichen, die als schwerer erreichbar galten,

so in der Verwaltung des Gesundheitssystems und vor allem auch in Forschung und Lehre (Riska 2001, 182, ähnlich auch der Bericht von Gjerberg 2001 aus Norwegen), „a new trend, and, I would argue, an indication of a real change in women’s participation in medicine“ (Riska 2001, 185).

Heru griff in Sachen Chancengleichheit von Ärztinnen und Ärzte den Begriff der Pink-Collar Medicine auf und formulierte: „Women want to determine the future of medicine and do not want to be relegated to a lower tier, the pink-collar tier, between nurses and male power brokers“ (Heru 2005, 30). Zwischen „Finnischem Modell“ und „Pink-Collar Tier Modell“ bewegt sich, anders gesagt, die gesellschaftliche Entwicklung um die Neufindung der Rollen von Ärztinnen und Ärzten, und es wird noch wichtiger werden, die Trends in den verschiedenen Ländern auf dem Boden guter Daten miteinander vergleichen zu können. Der Blick müsste dabei noch stärker als bisher auf den gesellschaftlichen Kontext der Genderthematik gerichtet werden, damit sich nicht – unbewusst oder ausdrücklich – ein verkürztes Verständnis der Genderdebatte einschleicht. Kilminster et al (2007) haben in einem Review zu Gender und Medizin dazu folgendes gesagt: „There is a lack of research and analysis into how male doctors are contributing to modern medicine that is indicative of the historically masculine context in which medicine is embedded – this is demonstrated by frequent reference to the ‚feminisation‘ of medicine. It is female doctors who are researched as the ‘other’, whereas male doctors receive little attention“ (ebd. 45; in gleicher Weise argumentierten bereits Reed/ Buddeberg-Fischer 2001 und Doyal 2001).

Zugleich bleibt wichtig, die Unterrepräsentanz von Ärztinnen in bestimmten Spezialgebieten und in Führungspositionen nicht zu bagatellisieren: „We need female doctors at all levels and in all specialties“ , sagt Jane Dacre in ihrem Kommentar zur „Feminisierung“ der Medizin: „Medicine has been led by men for more the 500 years, since the inauguration of them medical royal colleges“ (Dacre 2012). Allen betont im Rückblick auf die Karrieren von Ärzten und Ärztinnen, wie wichtig es im NHS insbesondere sei, den Anteil von Frauen innerhalb der akademischen Karrieren anzugleichen und hierfür vor allem den bewährten Ansatz des Mentoring stärker zu nutzen (Allen 2005, 570; für Deutschland im Überblick Stamer 2010; für die Schweiz Buddeberg-Fischer et al 2002 sowie Riecher et al 2009). Aus der USA-Perspektive ist die Rede vom „Glass Ceiling“, gegen den Ärztinnen in der Frage des Besetzens von Lei-

tungspositionen stoßen: die Barrieren sind weniger leicht zu erkennen, aber äußerst wirksam (Carnes et al 2008). In Deutschland hatte der Wissenschaftsrat bereits 1989 Empfehlungen zur Chancengleichheit von Frauen in der Wissenschaft und Forschung ausgesprochen: „Die Umsetzung dieser Forderungen war nicht wirklich erfolgreich“, bilanziert Beisiegel (2009) und weist auf die „Offensive für Chancengleichheit“ hin, die der Wissenschaftsrat und die DFG gemeinsam mit anderen Forschungsorganisationen 2008 gestartet haben. Auch dieser letzte Impuls greift nur langsam, wie etwa jüngste Befragungsdaten von Frauenärztinnen und Frauenärzten zeigen (Hancke et al 2010).

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

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

Primary Care und Allgemeinmedizin

Das deutsche Gesundheitswesen stellt –vereinfacht gesagt – den Gegenpol zum Primary Care Konzept dar, bei dem – idealtypisch und auch in hohem Umfang de facto - der Zugang zur spezialistischen und stationären Medizin obligatorisch über General Practitioners gesteuert wird. Das SGG V hat immer wieder versucht, dieses Grundkonzept in modifizierter Form zu adaptieren, wobei– wiederum vereinfacht gesagt – das Recht des direkten Zugang zu den ambulant tätigen Spezialisten prinzipiell unangetastet bleibt. In der Praxis wählen die Versicherten freilich den Hausarzt/ die Hausärztin sehr wohl häufig als erste Anlaufstelle und erwarten von diesen eine inhaltliche Steuerung des Versorgungsgeschehens. Die nachfolgenden Darstellungen über aktuelle Debatten zur Zukunftsfestigkeit von Primary Care sollen verdeutlichen, dass trotz grundlegender Unterschiede etwa des US-amerikanischen Systems, des NHS und der GKV erstaunliche Gemeinsamkeiten in der Beschreibung des Weiterentwicklungsbedarfs der ambulanten Versorgung gibt. Diese internationalen Erfahrungen könnten, so die These, für die Weiterentwicklung der Positionierung von Allgemeinmedizin in Deutschland intensiver als bisher genutzt werden.

Als Säulen von Primary Care werden etwa von Bodenheimer und Pham (2010) genannt:

- Behandlung im Erstkontakt,
- Kontinuität der Betreuung,
- umfassendes Behandlungsverständnis (im deutschen Sprachgebrauch wird oft der Begriff der Ganzheitlichkeit verwendet) und
- schließlich die Koordination der Versorgung mit dem spezialistischen und stationären Sektor.

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

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

Für dieses umfassende Verständnis wird im englischen Fachdiskurs seit geraumer Zeit der Begriff des „Patient-Centered Medical Home“ verwendet (ebd., 799).

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

- In hohem Umfang wird das Konzept von Primary Care in den USA nach wie vor mittels „Cottage Industry“ realisiert: zu 32 Prozent finden sich nach wie vor Solopraxen, zu 24 % arbeiten Primary Care Physicians zu zweit, weitere 32 % in der Gruppengröße 3 bis 5. Ein gegenläufiger Trend könnte sich abzeichnen, wenn tatsächlich die jüngeren Absolventinnen und Absolventen der Primary Care Weiterbildung die Investitionskosten in Praxen scheuen und sich größeren Verbänden anschließen.
- Nach einem kurzen Primary Care Boom in den 90er Jahren (v.a. durch Health Maintenance Organisations) nimmt die Zahl der Spezialisten wieder – wie zuvor beschrieben – überproportional zu und es wird befürchtet, dass der Anteil der gesamten Primary Care Workforce bis 2020 um 9 Prozent zurückgeht.
- Parallel ist die Schere der Einkommen zwischen Spezialisten und Generalisten immer weiter aufgegangen.
- Bei den Primary Care Physicians ist eine extreme regionale Ungleichverteilung festzustellen: in städtischen Regionen 100 pro 100.000 Einwohner, in ländlichen Regionen 46 pro 100.000. Anders aufbereitet: 21 Prozent der USA-Bevölkerung lebt in ländlichen Regionen, aber nur 10 Prozent der Ärzteschaft arbeitet dort. Ähnliche Ungleichverteilung besteht zwischen privilegierten und sozial benachteiligten Regionen.

- Nach Definition der Federal Health Resources and Service Administration (HRSA) leben 65 Millionen US-Bürgerinnen und –Bürger in unterversorgten Gebieten (definiert über ‚mehr als 2000 Menschen pro Primary Care Health Professional‘).

Die Autoren unterbreiten vier Lösungen bzw. die Verstärkung entsprechender Ansätze:

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

Da aber auch bei optimalem Ertrag dieser Ansätze die Ungleichverteilung nicht zu beheben sein werde, weisen die Autoren darauf hin, dass sich auch auf der Mikroebene das Angebot von Primary Care verändern müsse. Dabei stellen sie zwei Ansätze besonders heraus:

- Zum ersten die bessere Nutzung von moderner Technologie in der Kommunikation mit den Kranken wie den anderen Sektoren,
- zum zweiten eine Neuverteilung der Aufgaben innerhalb von Primary Care Teams mit Stärkung der Zuständigkeit der nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (sie sprechen u.a. von „health coaches“).

Damit ist eine Doppelstrategie auf Makro- und Mikroebene skizziert, um ein traditionell stark auf Primary Care setzendes Versorgungssystem attraktiv zu halten. Dieser

Ansatz ist prinzipiell übertragbar und wird in ersten Ansätzen ja inzwischen auch in Deutschland verwendet, wenn auch mit großen regionalen Unterschieden und weiterhin ohne nachhaltige Begleitevaluation.

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

- Einrichtung einer „National Health Workforce Commission“, welche den Kongress berät, wie die verschiedenen Fördermaßnahmen für alle zentralen Fachberufe des Gesundheitswesens so gut es geht vereinheitlicht sollten. Dabei wird auf die besondere Bedeutung der Ausbildung von Pflegekräften hingewiesen. Ein weiterer Akzent wird gesetzt mit der Forderung nach neuen Vergütungsformen für Prävention sowie Koordination und Management der Versorgung.
- Aufstockung des National Health Service Corps (s. Bodenheimer/ Pham)
- Aufstockung und Ausweitung der Modelle zur Rekrutierung von Primary Care Akteuren für unterversorgte Regionen.
- Schaffung von in kommunalen Settings angesiedelter Weiterbildungskapazität für Primary Care , d.h. de facto Aufbau einer wissenschaftlich fundierten Parallelstruktur zu den traditionellen stationären Weiterbildungsstrukturen. Hierzu müssten die entsprechenden gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden. Dieser Vorschlag ist womöglich der radikalste, da er gegen die Tradition der Medizinischen Fakultäten steht (zum Stellenwert von Forschung und Weiterbildung im Feld von Primary Care s. auch Evans et al 2002).

Iglehart (2010) weist ebenfalls darauf hin, dass die Weiterbildung der Ärzteschaft in den Primary Care relevanten inhaltlichen Schwerpunkten ein zentraler Schwachpunkt des US-Gesundheitssystems sei. Und auch er fordert, dass neue Formen von „Teaching Health Centers“ entwickelt werden sollten, darunter auch „Rural Clinics“.

Die Realisierungschancen seien ungewiss in einer Zeit, in der die Budgets der Bundesprogramme zur Förderung von Primary Care eher rückläufig seien.

Ohne damit die Situation zu Primary Care in den USA ausreichend abgebildet zu haben lässt sich feststellen, dass eine große Lücke zwischen einem allgemeinen gesundheitspolitischen Bekenntnis zu Primary Care und fehlenden ökonomischen wie rechtlichen Rahmenbedingungen besteht, und dass die Potenziale der Fördermaßnahmen zur Abmilderung der ungleichen Versorgung innerhalb der Regionen vermutlich nicht annähernd ausgeschöpft werden. Es besteht ein vielfach beklagtes Missverhältnis der Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Medizin gegenüber den Primary Care Praktikern. Showstack et al (eine Gruppe, welche aus Vertretern der Universitäten Washington und San Francisco, der RAND-Corporation und der für Innovationsförderung bekannten Robert Wood Johnson Foundation bestand) forderten insoweit schon 2003 zum wiederholten Male eine Renaissance von Primary Care, welche die oben geschilderten Elemente enthält. Darunter auch die Forderung nach einem neuen Profil für Primary Care-spezifische Weiterbildungseinrichtungen. Wörtlich heißt es: „Most primary care clinical education occurs in settings that are not structured to provide optimal care...Clinical training should occur in settings that provide high-quality, continuous, patient-centered, outcomes-oriented, and team based care“ (ebd., 271). Nur so könne längerfristig erreicht werden, dass Primary Care die ihr zukommende Bedeutung schrittweise entwickeln könne – und dass die Resultate des Verbesserungsprozesses auch angemessen in den wissenschaftlichen und öffentlichen Medien kommuniziert würden. Es geht dieser Gruppe folgend mithin vor allem darum, die Bedeutung von Primary Care – samt den Problemen der Entfaltung ihrer Potenziale – zunächst noch einmal massiv in das öffentliche Bewusstsein zu bringen: „The value of primary care is not understood well by the public or by most clinicians, administrators, and policymakers“. Es gelte, vorbildliche Ansätze publik zu machen und möglicherweise dafür auch Preise und Ehrungen auszusetzen (ebd. 271).

In ähnlicher Weise wie Showstack et al oder das Center for American Progress (s.o.) forderte auch eine Task Force der American Society of General Internal Medicine eine grundlegende Reform der ärztlichen Weiterbildung (am tatsächlich relevanten Erkrankungsspektrum orientiert), der internen Organisation (stärkeres Setzen auf Teamstrukturen und Verbesserung der Kommunikationswege) wie der Vergütung

(Verlassen der Einzelleistungsvergütung, Berücksichtigung der Managementaufgaben, gezielte Qualitätsanreize. S. Larson et al 2004).

Die Zukunft von Primary Care hängt von der hier ausgewählt präsentierten Literatur zufolge vom Gelingen zweier miteinander verbundener Aufgaben ab: zum einen von einem vertieften Verständnis, warum das Verhältnis Generalisten versus Spezialisten aktiv gestaltet werden muss und dass dabei die Generalisten in allen modernen Gesundheitssystemen in einer systematischen Defensive sind, zum anderen aber auch von der Frage, wie die tragenden Elemente von Primary Care den veränderten gesellschaftlichen und medizinischen Rahmenbedingungen fortwährend angepasst werden müssen. Die insoweit angesprochene Organisationsentwicklung der Versorgung wird umso eher gelingen, je besser sie auf Outcome-Daten zurückgreifen kann und je weniger sie von ideologischen Debatten getrieben wird. Katon et al (2001) haben den Vorschlag gemacht, sich die Versorgungsketten in vier Ebenen vorzustellen und bei Fallführung durch Primary Care Physicians die Aufgabe der Spezialisten stufenweise in einer Konsultations- und Supervisionsfunktion und im Einzelfall dann auch in der Übernahme der unmittelbaren Behandlungsverantwortung zu sehen. Der Wechsel innerhalb dieser Ebenen wird maßgeblich von der Nichterreichung vereinbarter Therapieziele wie dem Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen abhängig gemacht (ebd. 140). Ähnliche Überlegungen sind bekanntlich in vereinfachter Form in die Systematik der deutschen Disease Management Programme eingeflossen (mit Ausnahme der Diagnose Brustkrebs); die DMP sind insofern in gewisser Weise beispielgebend für die Debatte um die Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin in Deutschland, vermutlich prinzipiell zumindest besser belegt und strukturiert als etwa die Hausarztverträge (Schmacke 2006a).

Die gesamte Debatte um Alter und Krankheit führt zu der Frage neuer Versorgungsformen (Schmacke 2012), wobei „Chronic Care Management“ als eine der zentralen Herausforderungen ein stabiles System von Primary Care voraussetzt (Schmittziel et al 2006, Frølich 2012). Derartige Systeme bedürfen freilich der systematischen Entwicklung und Förderung. Auch Frenk spricht von der Notwendigkeit des „Reinventing primary health care“ und weist darauf hin, dass es unzureichend ist, sich gewissermaßen für alle Zeiten weiterhin am schlichten Pyramidenmodell des Dawson Reports

von 1920 festzuhalten, demzufolge zwischen Primary wie Secondary Care und Krankenhäusern unterschieden wurde (Frenk 2009).

Dass es nicht trivial ist, die Kernaufgaben von Primary Care nachvollziehbar zu definieren, wird von Autorengruppen in den USA, Norwegen, England und den Niederlanden seit Beginn des 21. Jahrhunderts übereinstimmend festgestellt (z.B. Olesen et al 2000, Heath et al 2000). Mold und Peterson (2005) setzen auf das Konzept der ‚Primary Care Practice-Based Research Networks‘, deren Aufgaben sie wie folgt beschreiben:

- Analysieren der Stärken und Schwächen der Praxis von Primary Care,
- Schulung der Praktiker,
- Entwicklung relevanter Studiendesigns und
- nicht zuletzt auch unmittelbare Unterstützung der Praktiker in schwierigen Situationen.

Damit ist ein nicht nur für Primary Care wichtiges Thema angesprochen, nämlich die Brückenfunktion zwischen Forschung und Praxis. Für dieses Modell gibt es freilich bislang auch keine stabile finanzielle Unterstützung. Teil derartiger praxisbasierter Forschung ist obligatorisch die ereignisorientierte Patientenbefragung. Safran berichtet über zwei Longitudinalstudien, welche Fragen der Tragfähigkeit der Arzt-Patient-Bindung, organisatorischer Abläufe in den Praxen und der sektorenübergreifenden Koordination in unterschiedlichen Primary Care Modellen untersucht haben. Dieser Forschungsansatz gewinnt seine Bedeutung dadurch, dass nicht pauschal nach Patientenzufriedenheit gefragt sondern Interesse an einer detaillierten Betrachtung der Leistungsfähigkeit von Primary Care signalisiert wird (Safran 2004). Es erscheint einleuchtend, dass nur auf diesem Weg die Akzeptanz für den Primary Care Gedanken bei Patientinnen und Patienten gefördert bzw. gewahrt werden kann.

In Deutschland wird seit 1999 die Weiterbildung zur Fachärztin/ zum Facharzt für Allgemeinmedizin durch erhebliche finanzielle Anreize für Krankenhäuser und niedergelassene Praxen gefördert (so Korzelius 2009). 2011 wurde der erste Evaluationsbericht zur revidierten Form dieses Programms vorgelegt, das nun auch spezifische Anreize zur Nutzung von Weiterbildungsstellen in ländlichen Regionen enthält;

die Vereinbarung der Träger des Programms (KBV, Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und DKG) haben sich zudem auf eine Evaluationsklausel verständigt; denn bis heute liegt noch keine transparente Bewertung der Effizienz dieses gesetzlich induzierten Programms vor (so kommentiert Korzelius -2012- zutreffend aus Sicht des Autors). Das Programm verzichtet auf eine ausdrückliche Steuerungsfunktion im Sinne der Egalisierung der Ungleichverteilung; seine Mittel werden zudem bislang trotz des seit langem von vielen Seiten vermuteten künftigen Hausärztemangels nicht ausgeschöpft. Hier liegt die Möglichkeit einer ergebnisorientierten Nachsteuerung auf der Hand.

Daneben besteht ein „buntes“ Maßnahmenbündel in den KV-Regionen zur Unterstützung der Allgemeinmedizin und zur Rekrutierung von Hausärztinnen und Hausärzten für nicht spontan wiederbesetzbare Praxissitze (s. den Überblick der KBV <http://www.kbv.de/37305.html>).

Drittens gehen von einer wachsenden Zahl von Standorten (vorbildlich hier die Universitäten Frankfurt am Main und Heidelberg) Initiativen zur Verbesserung von Qualität der Fort –und Weiterbildung im allgemeinmedizinischen Bereich aus. Hierzu rechnen vor allem Weiterbildungsverbände, die Ärztinnen und Ärzten mit einer relativ hohen Gewissheit eine nahtlose, systematische und von allgemeinmedizinischer „Philosophie“ begleitete Weiterbildung in Allgemeinmedizin anbieten. Dieser Ansatz ist von äußerster Relevanz, da der Energieaufwand für die individuelle Entwicklung eines Weiterbildungsgangs in der Allgemeinmedizin vielfach von prinzipiell interessierten Ärztinnen und Ärzten als abschreckend beschrieben worden sind. Die Ansätze und Planungen zur Hebung des Qualitätsniveaus in Aus, Fort- und Weiterbildung mit Fokus auf die Allgemeinmedizin sind systematisch und mit Belegstellen versehen in den Zukunftspositionen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM-Zukunftspositionen 2012) festgehalten. Diese Programmatik und die bereits praktizierten Ansätze (konsistentes Curriculum für Medizinstudierende im Fach Allgemeinmedizin, Blockpraktika, PJ-Praktikum, Weiterbildungsverbände, Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin, Ausbau der Forschungsinfrastruktur) signalisieren eine selbstbewusster werdende Generation von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, die darum bemüht sind, Konzepte für eine zukunftsfeste medizinische Versorgung zu entwickeln und dabei forschungsbasiert wie praxiserprobt eine

neue Positionierung für das Gebiet Allgemeinmedizin zu erarbeiten (s. hierzu neben der Zeitschrift für Allgemeinmedizin die häufiger gewordenen Beiträge von DEGAM-Mitgliedern in der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, so im Heft 2/ 2011, und nicht zuletzt auch die wachsende Zahl von Beiträgen in englischsprachigen Zeitschriften mit Peer-Review, ausweislich Punkt 20 der DEGAM-Zukunftspositionen).

Die Vorstellungen sowohl über die Kernfrage „Ärztebedarf“, dann konkret über die Bedeutung des Konzeptes von Allgemeinmedizin als auch über die Strukturierung ihrer Angebote und den Förderungsbedarf generell in Politik, Fachgesellschaften, Verbänden und auch bei den Trägern der gemeinsamen Selbstverwaltung gehen sicher noch deutlich auseinander. Dennoch sind heute Ansätze für eine Renaissance der Allgemeinmedizin erkennbar, die Anlass zu einer prinzipiell optimistischen Bewertung geben. Es ist eine zur internationalen Lage von Primary Care passende Forderung, in die Fortschreibung des Konzeptes Allgemeinmedizin in Deutschland systematischer als bisher zu investieren. Die solide Formulierung und Umsetzung einer entsprechenden Programmatik bedarf eines langen Atems und einer der Bedeutung der Allgemeinmedizin angemessenen politischen wie ökonomischen Unterstützung.

Bilanz

1. Die breite, wenn auch nicht systematische Darstellung internationaler Befunde zur Frage des Ärztebedarfs, des Zusammenhangs von Arztdichte wie Systemaufbau mit den Versorgungsergebnissen sowie die Beschreibung und Deutung der genderspezifischen, gesellschaftlich determinierten Einflüsse auf ärztliche Karrieren führt zu der ersten Kernaussage: Es ist von herausragender Bedeutung, vor die Thematisierung eines Ärzte- bzw. Hausärztemangel die Reflexion von Grundannahmen und Wissensbeständen zu stellen, die in das Verständnis der sehr unterschiedlich wahrgenommenen Verteilungsprobleme einfließen.
2. Die vorgestellten Befunde verweisen in geradezu stereotyper Weise auf Wissens- resp. Forschungsdefizite, die bislang dafür verantwortlich sind, dass ein strategisches Planen in Sachen „ärztlicher Bedarf“ in hohem Maß auf Vermutungen angewiesen ist. Dies schlägt sich am eindeutigsten in der bisherigen Bedarfsplanung nieder, die ein vorgefundenes Verteilungsmuster als Rechenbasis genommen hat und auch künftig stark auf die daraus abgeleitete Logik angewiesen bleiben wird. Die Debatte um die Bedarfsplanung muss mit der Debatte um wünschenswerte Ziele der Versorgung und deren Erreichbarkeit verknüpft bzw. zumindest um sie ergänzt werden. Da es dabei vor allem um die Generierung von Längsschnittdaten der Versorgungsqualität und deren Parameter geht, wird das bisherige System des „als gegeben hinnehmen“ über längere Zeiträume durch einen „nachhaltig intelligenten Suchprozess“ abgelöst werden müssen.
3. Trotz Etablierung der Versorgungsforschung in Deutschland besteht ein massives Investitionsdefizit in versorgungsrelevante Forschung (Schmacke 2011a, Schmacke 2011 b); dies ist auch dadurch erklärbar, dass die Notwendigkeit zu derartiger Systemforschung nicht von allen einflussreichen Seiten gesehen oder unterstützt wird. Goodman schreibt zu diesem Problem: “To leave untested the assumption that today’s supply of physicians is optimally sized for

the population's health is to reveal workforce analysis as the methodologic underachiever of health care research. Why should we settle for less evidence than for a new drug, screening text, or health promotion program?" (Goodman 2005).

4. Notwendig ist in diesem Kontext weitere Forschung zur angemesseneren Positionierung von Allgemeinmedizin in der Versorgungskette. Das beinhaltet (prinzipiell als Daueraufgabe) die Reflexion des Verhältnisses von Generalisten und Spezialisten; dies ist auch in den Gesundheitssystemen mit langer Tradition von Primary Care erforderlich, umso mehr in einem System wie dem deutschen, in dem Spezialisten in einem kritischen Umfang primärärztliche Aufgaben übernehmen, ohne einen theoretisch und empirisch fundierten Handlungsauftrag dafür zu haben und ohne zu einer Rückbindung ihrer Tätigkeit an die Primary Care-Ebene verpflichtet zu sein. Umgekehrt betrachtet bedarf es eines präziseren Verständnisses, was „das Spezielle in der Allgemeinmedizin“ ist und wie der daraus resultierende genuine Handlungsauftrag besser realisiert werden kann. Hierzu sind weitere methodisch angemessene qualitative und quantitative Studien erforderlich, wie sie Beispiel gebend in der Frage der Rolle der hausärztlichen Praxis und seiner Teams für die Betreuung von chronisch depressiv Erkrankten durchgeführt worden sind (Gensichen et al 2009, Gensichen et al 2011). Hierzu gehört des weiteren Forschung zur Reorganisation der Strukturen der Allgemeinmedizin selber: das Modell des Einzelkämpfers ist zwar von der Praxis schon in beträchtlichen Umfang abgelöst worden; die Nachfolgemodelle sind aber eher aus pragmatisch-betriebswirtschaftlichen Gründen entstanden und berühren nur zum Teil schon die Frage, wie dem sich ändernden Bedarf in völlig unterschiedlich geschnittenen Regionen in Deutschland künftig Rechnung getragen werden kann. Der Sachverständigenrat hat 2009 wichtige Anstöße für eine Zukunftsorientierung derartiger primärärztlicher Versorgung gegeben (im Überblick hierzu Beyer et al 2010 sowie Erler et al 2010).
5. Es ist durch die Gegenüberstellung deutscher und internationaler Erfahrungen und Befunde deutlich geworden, wie wichtig es ist, die Einflussfaktoren auf ärztliche Karrieren systematischer zu erheben und damit dann potentiell auch

besser beeinflussen zu können. Hierzu reichen die häufig eingesetzten punktuellen Querschnittuntersuchungen zur Ermittlung von Befindlichkeiten und Einschätzungen in der Ärzteschaft nicht aus. Sie werden chronisch überinterpretiert, jedenfalls immer dort, wo offenkundig ist, dass aus Befragungen ermittelte Einschätzungen keine verlässliche Aussage über späteres Verhalten erlauben. Dies ist etwa im Falle der Bekundung von Auswanderungsabsichten oder der Angabe von Präferenzen für Fachgebiete oder Erwerbsformen der Fall. Deshalb stellen die erläuterten Forschungsprogramme BELA-E und Kar-Med Studien mit Vorbildcharakter dar, die weitergeführt werden und durch weitere Langzeiterhebungen mit Monitoringcharakter ergänzt werden sollten. Dies gilt spiegelbildlich auch für Patientinnen-/ Patientenbefragungen. Bezogen auf ärztliche Karrieren muss jedenfalls in Rechnung gestellt werden, dass sich die Gründe für tatsächliche Entscheidungen pro oder contra Allgemeinmedizin im zeitlichen Verlauf ändern können und sich damit auch die Frage der Beeinflussung fördernder wie hemmender Faktoren zumindest in gewissen Abständen immer wieder neu stellen wird. Derartige Erhebungen sind parallel zur Evaluation des Nutzens von Fördermaßnahmen wichtig, um deren Profil bei Bedarf anpassen zu können.

6. Allgemeinmedizinische Karrieren sind durch gezielte Rekrutierung und partielle finanzielle Unterstützung von motivierten Studierenden zu fördern (s. die ausführliche Darstellung deren Geschichte und Evaluation in den USA). Motivationsfördernd ist weiter der frühe Kontakt von Medizinstudierenden mit der Allgemeinpraxis, wobei durchgängige Curricula das Ziel sein müssen. Ein deutlicher Fortschritt ist die Entwicklung verlässlicher Weiterbildungsverbände. Unterschätzt wird demgegenüber der Effekt des Prozesses der Identitätsbildung bei Generalisten/ Generalistinnen. Hierfür ist der weitere systematische Ausbau der akademischen Disziplin Allgemeinmedizin zwingend, daran angehängelt die Verstärkung des Konzeptes von Kompetenzzentren und forschenden Praxen. Die Allgemeinmedizin braucht pathetisch gesprochen eine akademische Heimat, die sich allein im Kontext der bisherigen medizinischen Fakultäten nicht finden lassen wird. Es gilt, über vielfache Anstrengungen die immateriellen Anreize stärker zu gewichten: nur ein Stolz, der darin gründet, das eigene „Handwerkszeug“ zu kennen und Nutzen stiftend einsetzen zu

können, wird vor den permanenten inneren Anfechtungen durch eine hyper-spezialisierte Medizin ausreichend immunisieren können. Bezogen auf die zum Teil absurden Einkommensunterschiede innerhalb der Ärzteschaft scheint die Unzufriedenheit mit einem derartigen Gefälle bedeutender zu sein als die Unzufriedenheit mit der absoluten Höhe der jeweiligen Einkommen.

7. Bezogen auf das Gefälle in der medizinischen Versorgung zwischen Stadt und Land sowie zwischen wohlhabenden Stadtbezirken und sozialen Brennpunkten wird es erforderlich werden, von einem dogmatischen Ziel einer allortens zeitnaher Erreichbarkeit der Generalisten (Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Gynäkologie) im bisherigen Verständnis Abschied zu nehmen. Je früher neben der Verstärkung der Rekrutierungsbemühungen über alternative Versorgungsformen nachgedacht wird, umso geringer werden die Enttäuschungen in Politik und Öffentlichkeit sein. Zur Stabilisierung eines solchen Ansatzes der Systementwicklung erscheint es besonders wichtig, verlässliche Indikatoren der Qualitäts- und Effizienzbeurteilung einzusetzen. Neue Modellvorhaben gleich welcher Rechtsgrundlage in der GKV sollten künftig verbindlich und mit wünschenswert hohem methodischen Niveau evaluiert werden, wobei es auf eine gute Kooperation zwischen Forschung und Praxis ankommt. Dies beinhaltet auch die Finanzierung der Entwicklung tragfähiger Studiendesigns, die sicher nicht immer die Form randomisierter kontrollierter Studien (RCT) annehmen können, auch wenn deren Durchführbarkeit häufiger als nötig infrage gestellt wird. Die Debatte um angemessene Standards in der Versorgungs- resp. Systemforschung muss intensiviert werden. Komplexe Interventionen sollten künftig mit gleicher methodischer Ernsthaftigkeit entwickelt und evaluiert werden wie dies für die klassische klinische Forschung inzwischen im Grundsatz jedenfalls breit akzeptiert und weithin auch normiert worden ist.
8. Die Verbesserung der Datenlage im skizzierten umfassenden Sinne ist im Zusammenhang mit der Förderung des Prinzips der allgemeinmedizinischen Versorgung als unverzichtbarer Beitrag zur Hebung von Potenzialen in der Versorgung zu betrachten – deshalb wird dies (redundant) noch einmal als gesonderter Punkt herausgehoben.

9. Von überragender Bedeutung sind schließlich Antworten auf die Frage, wie die Chancengleichheit von Männern und Frauen in der Medizin (und im Gesundheitswesen generell) rascher als im jetzigen Tempo vorangebracht werden kann. Es geht nicht um das Thema „Feminisierung“ der Medizin, sondern um die Entwicklung einer Versorgung, in der Männer und Frauen innerhalb aller Gesundheitsfachberufe in allen Sparten und auf allen Ebenen gleichberechtigt und ihren Präferenzen gemäß agieren können. Dies erfordert den Abbau unmittelbarer Barrieren (v.a. für Frauen) bei der Bewältigung akademischer Karrieren und der Bewältigung von Anforderungen der Aus- und Weiterbildungsgänge. Männer treffen, soweit sie die Verantwortung für Familie und Beruf gleichberechtigt wahrnehmen möchten, auf ähnliche, sicher nicht identische Hürden, die Frauen heute noch regelhaft erfahren. Das bisherige Maß an ungewollten Erwerbsunterbrechungen von Frauen lässt sich sowohl durch die prinzipielle Verfügbarkeit von Teilzeitstellen wie auch durch die Erleichterung der Ausübung einer Vollzeittätigkeit deutlich senken, wie die demonstrierten internationalen Unterschiede belegen. Jutta Allmendinger spricht nach ihrer aktuellen Analyse der Lebensverläufe nicht erwerbstätiger Frauen von „verschenkten Potenzialen“. BELA-E und KarMed zeigen, dass für Ärztinnen hier bislang keine Ausnahmesituation besteht.
10. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im deutschen Gesundheitswesen mag – in einem zur Zeit nicht vorhersagbaren Maße – auch den Wunsch nach (passagerer oder dauerhafter) Auswanderung verkleinern; es wäre auch hier wichtig, genauere Daten über das (vermutlich deutlich überschätzte) Ausmaß zu erhalten. Wichtig erscheint auf der anderen Seite, die „Willkommenskultur“ für Ärztinnen und Ärzte (gleiches gilt für andere Fachberufe im Gesundheitswesen) aus dem Ausland zu verbessern (Albrecht 2011). Auch dies birgt ungenutzte Potenziale, die sich momentan allerdings ebenfalls nicht gut quantifizieren lassen.

Schlussthese:

Im Lichte internationaler Vergleiche wird sich das heute als „Hausarztmangel“ beschriebene Problem einer ungleichen Verteilung medizinischer Ressourcen in Deutschland bei Verstärkung der Anstrengungen in Forschung, Politik, Selbstverwaltung und in den Regionen gut bewältigen lassen. Für eine bessere Analyse der Schwachstellen und die Weiterentwicklung von zum Teil bereits eingeschlagenen Kurskorrekturen ist freilich ein Perspektivwechsel erforderlich. Je länger das Denken dem Gewohnten und dem Status Quo verhaftet bleibt, desto schwerer werden sich erforderliche Kurskorrekturen realisieren lassen. Eine wichtige, breit zu diskutierende Aufgabe ist es, die Qualität und die Effizienz der Versorgung präziser und kleinräumiger als heute ermitteln zu können, um die Steuerung des Gesundheitswesens weniger auf den gesunden Menschenverstand und den Interessenausgleich der professionellen Akteure als auf nachvollziehbare Fakten und die gesundheitlichen Bedürfnisse der Kranken zu stützen.

Interviews

(autorisierte Gesprächsvermerke, in alphabetischer Reihenfolge)

Prof. Andrea Abele Brehm.

Lehrstuhl Sozialpsychologie an der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg

Inzwischen liegt die 7. Erhebung der DFG-finanzierten Studie „Berufs- und Lebenswege von Absolventinnen und Absolventen der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (BELA-E)“ vor. Seit Beginn dieser Längsschnittstudie 1995 (darunter initial 311 Ärztinnen (45 %) und Ärzte, 2010 172 (wiederum 45 % Ärztinnen) ist der Anteil von Frauen am Medizinstudium weiter gestiegen (Zahnmedizin fast 100 %, Humanmedizin bis zu 70 %), so dass der Forschungsansatz von BELA-E aktueller denn je ist: Ärztinnen werden für die Medizin immer wichtiger, ihnen stehen aber Karrierehemmnisse entgegen, die eine gendergerechte Entwicklung des Gesundheitssystems ebenso behindern wie die individuellen Erwartungen an die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.

Ärztinnen arbeiten heute durchschnittlich ca. 60 bis 75 Prozent der Arbeitszeit ihrer männlichen Kollegen, sind in Leitungspositionen des Medizin- und Wissenschaftssystems nach wie vor stark unterrepräsentiert und antizipieren bei Überlegungen zu ihrer beruflichen Karriere erwartete Diskriminierung und Hindernisse. Ärztinnen verlassen Krankenhäuser deswegen rascher als die Männer, arbeiten lieber in Gemeinschaftspraxen und bevorzugen die Allgemeinmedizin gegenüber anderen Fachgebieten unter der Vorstellung, so ihre Wünsche zu Familie und Beruf besser vereinbaren zu können. Ärztinnen haben –entgegen ihren Wünschen - gleichwohl weniger Kinder als Ärzte. Sie verzichten – noch einmal anders gesagt – sowohl auf persönliche wie berufliche Präferenzen und Einkommen. Bezogen auf die gegenüber Männern stärker favorisierte hausärztliche Perspektive spielt neben dem Bilanzierungsgedanken auch eine Rolle, dass Frauen sich stärker als Männer zur sprechenden Medizin hingezogen fühlen.

Bei Überlegungen zur Reduzierung der Chancenungleichheit von Frauen und Männern in der Medizin ist zu berücksichtigen, dass Frauen wie Männer natürlich keine homogenen Gruppen darstellen. So ist die Wahl von vorübergehender oder dauerhafter Teilzeitbeschäftigung durch Ärztinnen auch persönlich geprägt. Hierauf muss das Versorgungssystem bei der Planung der Weiterbildungsabschnitte stärker als bisher eingehen; insofern sind weitere Längsschnittuntersuchungen zur Karriere von Ärztinnen und Ärzte wichtig, weil Verhalten von Menschen bekanntlich nicht über beliebige Zeiträume als stabil angenommen werden kann. Es ist auch eine interessante Frage, ob der gelegentlich dokumentierte Trend, dass auch Männer seit einiger Zeit teilweise einen anderen Lebensentwurf im Kontrast zur klassischen männlichen Berufskarriere bevorzugen, sich in relevanter Weise in den Kliniken und den Praxen bemerkbar machen wird. Entsprechende Forschung ist insbesondere angesichts des generellen Mangels an Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt auch für die Kapazitätsberechnungen der Studiengänge von großer Bedeutung.

Insgesamt zeigt BELA-E , in welchem hohem Maße die nach wie vor zu verzeichnenden Chancendifferenzen zwischen Frauen und Männern – weit über die individuelle Benachteiligung vieler Frauen hinaus - auch in dem alles in allem privilegierten Arztberuf zu einer prinzipiell vermeidbaren Verschleuderung gesellschaftlicher Ressourcen führen.

Prof. Hendrik van den Bussche

Institut für Allgemeinmedizin, UKE Hamburg, 10.04.2012

Für die künftige Entwicklung (haus-)ärztlicher Versorgung werden drei Aspekte hervorgehoben:

Als zentral für die Themenkreise Ärztemangel/ hausärztliche Versorgung der Zukunft wird erstens eingeschätzt, dass mit der weiter wachsenden Lebenserwartung die Hausarztzentrierung objektiv an Bedeutung gewinnt, aber immer schwerer zu realisieren sein wird. „Angebot“ und „Nachfrage“ driften insoweit hier noch stärker auseinander, wobei gleiches für die spezialistische Versorgung gelten werde, unabhängig von der Frage, ob deren jetzige Intensität immer sinnvoll sei.

Zweitens wird als zentral eingeschätzt, dass mit der Tatsache, dass künftig Frauen (gemessen am Output der Fakultäten) rund 60 Prozent der Facharztanerkennungen innehaben werden, die bislang dominierende Ganztätigkeit in der ärztlichen Versorgung immer illusorischer werde. Das System habe sich aber auf diesen unabwendlichen Trend immer noch nicht eingestellt.

Drittens verdeutliche der Begriff der Work-Life-Balance eine generell abnehmende Bereitschaft, mehr als vierzig Stunden pro Woche zu arbeiten; dies trifft auch, aber keineswegs nur auf die kommenden Generationen von Hausärztinnen/ Hausärzten zu.

Zur Frage deutscher Spezifika in dieser Entwicklung: Die Trends seien in allen vergleichbaren Ländern identisch. Als Beispiel wird Belgien genannt: dort sei trotz einer gesetzlich vorbildlichen Bewirtschaftung der Weiterbildung für Hausärzte ein Ausweichen in andere Länder oder eine selbstgewählte Wartezeit zu beobachten, so dass Hausarztstellen in der Weiterbildung nicht wie geplant zu besetzen seien.

Man müsse von einer Beeinträchtigung der Attraktivität hausärztlicher Tätigkeit sprechen. Dies komme zum Ausdruck in der Sorge vor unregelmäßiger Arbeitszeit, der Do-

minanz der Spezialisten während der universitären Ausbildung, der Sorge vor hohen Klagerisiken, der fehlenden Schärfe des Berufsbildes generell (positiv: der holländische Katalog von Minimalkriterien), sowie den relativ geringen Einkünften in Relation zu Aufwand.

Förderung von professionellem Stolz: hier erfolgte der Hinweis auf das Weiterbildungssystem in Belgien: dort auf drei Jahre begrenzt, die Weiterbildung von Hausärzten ist universitäre Aufgabe, es gibt für die kürzere Zeit aber ein dezidiertes spezifisches Curriculum. Von Beginn an erfolgt eine tutoriale Betreuung in Gruppen, und last not least: der Kontakt zur Universität bleibt nach der Niederlassung bestehen (der Bedarf an Fragestellungen für die Forschung wird von der Praxis befriedigt).

Zukunftsweisende Strukturen: MVZ + Vernetzung contra Solopraxen könnte das „Rezept“ lauten, wenn dies über die Klassiker wie Optimierung des Einkaufs deutlich hinausgeht. Die Rolle der Pflegekräfte muss dabei besser als heute geklärt sein, so dass sie nicht als Konkurrenz empfunden werden.

„Feminisierung“ der Medizin: Heute werden die Weichenstellungen in der Regel schon bei Beginn der Weiterbildung gestellt: Frauen entscheiden sich gegen das „rat race“ und suchen verstärkt Nischen. Damit werde das Potenzial der Frauen für die ärztliche Versorgung (im hausärztlichen und im gebietsärztlichen Bereich) in Bezug auf das Arbeitskräfteangebot (workforce supply) gefährdet.

Zur Perspektive von KarMed: Die Studie wird mit jährlichen Erhebungen bis 2014 weitergeführt, 2013 wird ein Verlängerungsantrag mit guten Chancen gestellt (aktuelle Förderung durch das BMBF im Program „Frauen an die Spitze“).

Prof. Ferdinand Gerlach

**Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin des Fachbereichs Medizin der JWG
Universität Frankfurt am Main**

Herr Gerlach verweist initial auf das Ratsgutachten von 2012, welches erneut auf die Fehlverteilung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hingewiesen und die These eines generellen Ärztemangels nicht ohne weiteres bestätigt habe. Die doppelte Fehlverteilungsproblematik (vereinfacht: zwischen Haus- und Fachärzten sowie zwischen Stadt und Land) muss auch im Zusammenhang mit der übergeordneten Frage der Angleichung der Lebensverhältnisse in Deutschland diskutiert werden. Bei der Verteilung der Niedergelassenen spielt zudem eine führende Rolle, welche Leistungen zentral, und welche dezentral angeboten werden müssten. Hier nehmen die Hausärztinnen und –ärzte eine Sonderrolle ein, weil ihre Erreichbarkeit nicht nur prinzipiell bedeutend ist sondern mit dem demographischen Wandel sowie der Veränderung des Krankheitsspektrums (mehr chronische und mehrfacherkrankte Patienten) noch einmal an Bedeutung gewinnen wird.

Mit Blick auf die allgemeinmedizinische Versorgung der Zukunft sind zwei Ansatzpunkte zentral: Erstens muss die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung für die Bevölkerung noch klarer herausgestellt werden (durch Forschung und in der Politik), zweitens muss die Attraktivität hausärztlicher Tätigkeit für die heranwachsenden Generationen der Medizinerinnen und Mediziner über begrüßenswerte Ansätze hinaus weiter deutlich gesteigert werden. Von herausgehobener Bedeutung ist dabei die Ausweitung der Ansätze von Verbundweiterbildung (vorbildlich: VerbundweiterbildungPLUS in Baden Württemberg), welche sowohl die Abnahme der Last einer individuellen Gestaltung des Weiterbildungszeitraums wie die Qualitätssicherung der Weiterbildung im Blick hat. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat zwischenzeitlich Zukunftspositionen für die Allgemeinmedizin entwickelt, in denen auch dieses Thema eine zentrale Rolle spielt. Die Infrastruktur dieses systematischen Ansatzes, insbesondere über sog. Kompetenzzentren für die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin, gilt es dauerhaft zu finanzieren; der

Aufwand pro weitergebildete/n Fachärztin/ Facharzt ist mit rd. 1.000 Euro verhältnismäßig gering und kann in erheblichem Maße bereits durch klügere Verwendung und Ausschöpfung der Ressourcen des bestehenden Förderprogramms Allgemeinmedizin realisiert werden.

Die weitere Reform der Weiterbildung Allgemeinmedizin ist nicht zuletzt auch unter dem Aspekt der heutigen durchschnittlichen Weiterbildungs-Dauer ein wichtiges Thema. Diese ist mit durchschnittlich 9,5 Jahren gegenüber der curricularen Mindestdauer von 5 Jahren wesentlich zu lang. Mit der zunehmenden Zahl von Frauen im Medizinstudium und in der medizinischen Weiterbildung steigt der Reformdruck noch einmal weiter an: anders lassen sich die vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen nicht ausschöpfen.

Medizinstudierende können noch systematischer als bisher an das Fach der Allgemeinmedizin als denkbarem künftigen Arbeitsbereich herangeführt werden, wenn Blockpraktika und verbindliche Zeiten im Praktischen Jahr in wünschenswerter Weise miteinander verbunden und in qualifizierten akademischen Lehrpraxen absolviert werden: derartige Ansätze haben sich nach internationaler Forschung zur dauerhaften Gewinnung des Nachwuchses bewährt. Der – organisierte – Widerstand gegen jede obligatorische Pflichtzeit im Praktischen Jahr ist aus Sicht der Allgemeinmedizin nach internationalen Maßstäben nicht nachvollziehbar und zu bedauern; die DEGAM wird sich künftig für ein Pflichtquartal (neben Pflichtquartalen in Chirurgie und Innerer Medizin sowie einem frei wählbaren Wahlquartal) einsetzen.

Reformbedürftig sind auch die Praxisstrukturen in der Allgemeinmedizin: die Teampraxis wird an Bedeutung gewinnen müssen, wobei regionale Unterschiede eine bedeutende Rolle spielen werden.

In Verbindung der genannten Maßnahmen kann die Allgemeinmedizin ein neues Profil gewinnen, für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv sein und last not least dem tatsächlichen Versorgungsbedarf gerechter werden als dies heute schon der Fall ist.

Dr. Hans-Joachim Helming

Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

Herr Helming betonte einleitend, das Thema des hausärztlichen Bedarfs müsse in eine Gesamtbetrachtung der Versorgungsprobleme eingebettet werden. So könne es sein, dass eine nicht besetzte Hausarztpraxis eher zu kompensieren sei als eine nicht wieder zu besetzende Praxis eines grundversorgendem Gebietsmediziners (z.B. Orthopädie, Kardiologie, Gynäkologie). Generell sollte das Wechselspiel zwischen Hausarzt und Spezialist stärker in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken. Wenn man davon ausgehe, dass es trotz aller Anstrengungen schwer sein werde, sowohl stationär wie ambulant den Status Quo an Arztstellen zu halten, dann komme es darauf an, mit einem kleinräumigen funktionalen Ansatz die Versorgungsbedarfe der Bevölkerung durch flexible Kooperationen sicherzustellen. So sei es beispielsweise nicht logisch, dass spezialistisch tätige Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst „fachfremd“ im Sinne der Grundversorgung tätig werden müssen, im Versorgungsalltag aber von der Grundversorgung ausgeschlossen seien („künstliche berufsrechtliche Barrieren“). Auch die Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär müssten weiter funktional aufgehoben werden, um tatsächlich die jeweils vor Ort vorhandene ärztliche Kapazität und Kompetenz umfassend zu nutzen.

Weiterhin müsse davon ausgegangen werden, dass sich infolge eines gesellschaftlich vorhandenen Wertewandels und des höher werdenden Anteils von Ärztinnen die Karrierevorstellungen der jungen Generationen gewandelt haben und insofern das Denken in den gewohnten Bahnen (v.a. Stichwort Vollzeitstellen, Stichwort Berufsvorstellungen der/ des Partnerin/ Partners) nicht weiterbringe.

Diesen gewandelten Bedingungen sei die KV BB durch die Entwicklung eines Regionalkonzepts (KVRegioMedKonzept) gefolgt und habe zur Realisierung neuer Versorgungsansätze u.a. eine Arbeitsgemeinschaft gegründet (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg), initial gemeinsam mit der AOK Nordost, jetzt auch mit der BarmerGEK. Entstanden sind danach bislang konzeptionell z.B. die KVRegioMed Bereitschaftsdienstpraxis, das KVRegioMed-Zentrum, die KVRegioMed-Praxis, das

Case-Management-Projekt Agnes Zwei und das Projekt Patientenbus. Es komme mit Blick auf die kommenden Generationen von Ärztinnen und Ärzten darauf an, für jede/n „das passende Nest“ zu bauen; die bisherigen Strukturen könnten das nicht ausreichend leisten.

Parallel ist die KV BB an den brandenburgischen Initiativen zur Gewinnung von Medizinstudierenden und der Koordinierungsstelle für die Organisation der Weiterbildung Allgemeinmedizin beteiligt. Letzere leiste wertvolle Arbeit, um den Einstieg in die Allgemeinmedizin zu erleichtern; der Ansatz könnte vermutlich noch intensiviert werden. Für die Zukunft der ärztlichen Besetzungsmöglichkeit (Allgemeinmedizin) sei ebenso wichtig, dass die Verantwortlichen in den Kommunen bei der Schaffung der Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung aktiv mitwirkten. Wichtig sei vor allem, das Ansehen der Allgemeinmedizin und der Ärzteschaft allgemein zu stärken und dem Eindruck entgegenzuwirken, dass hausärztliche Tätigkeit sich im Wesentlichen in Koordinierung erschöpfe und nicht auch spannende ärztliche Aufgaben beinhalte. Es müsse damit ein positiver Gegenentwurf zur High-end-Medizin geschaffen werden. Alleinige finanzielle Anreize (z.B. bei Praxisgründung) seien unzureichend.

Ein wichtiges Thema (nicht nur für Hausärztinnen und Hausärzte, sondern z.B. auch für onkologische und andere Schwerpunkt-Praxen) sei die Entlastung durch geschulte Fallmanagerinnen (Modell Agnes^{Zwei}), die entsprechend der vertraglichen Vereinbarung mit AOK und BarmerGEK nicht den strengen Voraussetzungen von AGNeS unterworfen seien (seines Erachtens ein Modell mit geringer Breitenwirkung) und deren Tätigkeitsspektrum vor allem den Problemen der älter werdenden Bevölkerungsgruppen angepasst sei (Stichworte: wichtiger werdende Beratungstätigkeit z.B. im Schnittstellenbereich mit hohem Zeitaufwand, Grenzbereich zwischen medizinischen und sozialen Bedarfen). Die erste Kohorte von dreißig dieser Fachkräfte sei Ende 2013 fertig ausgebildet, weitere 30 beginnen noch 2012.

Im Gesamtthema Bedarfsplanung werde heute z.T. verkannt, dass sich die Problematik des Altersaufbaus der Bevölkerung in zwanzig Jahren deutlich anders darstelle und insofern nicht heute Strukturen geschaffen werden sollten, die dann keine ausreichende Existenzgrundlage für die aktive Arztgeneration mehr böten. Insofern seien kreative Lösungen gefragt, um diese schwierige Phase gut zu überbrücken. So

sei es vermutlich aussichtsreicher, die Distanz zur medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten mittels Shuttle-Lösungen zu überwinden als die Idee zu verfolgen, zwingend überall – z.B. durch Sprechstundenangebote - Allgemein- und spezialisierte Medizin „um die Ecke“ oder mittels mobiler Behandlungseinheiten anbieten zu wollen.

Professor Dr. Alison M. Heru
University of Colorado, School of Medicine

(Korrespondenz per e-mail zur Bedeutung der Genderthematik im schottischen Gesundheitswesen)

On an individual level, I think physicians, both men and women, are much more likely to see issues of gender as being important and to really try to be gender equitable. Many men take on child care while their female spouses pursue a career. Women are more comfortable being the breadwinner. I also think there is more acceptance of men and women taking parental leave. I think there is more acceptance of part-time work and being sensitive to scheduling meetings when parents can attend easily. These are small societal changes but important changes.

However, there are many department chairs who relegate "the women problem" to someone in the department. This designated person then has to make sure women have support, mentors etc. What remains are old "attitudes and beliefs" about women that prevent women from achieving what they might.

Also old behaviors remain, with men tending to be more aggressive in the workplace in terms of seeking promotions and feeling like they deserve it. Women still tend to feel less deserving and are less aggressive about going after the jobs.

All change seems to come from legislation, rules and regulations that help institutions with good watch dog programs make sure that the old guard keep up with the new requirements. I see this as similar to the national push for reduced work hours for interns. All agree in principle, but many people do not want to make the changes or do not believe it is really necessary.

At the top of the heap, it is still a difficult situation. Since most of those at the top are men, they do not think about gender and barriers for women. However, there are a few successful women, who need to reach down to give their female colleagues a

helping hand up. This needs to be accompanied by a full discussion about the medical profession and its male oriented ways!

Overall, I would say things are better but the young female physicians still need to understand the depth and breadth of the issues. They still need to fight for a fair chance. Many however, still accept less than they might because of inborn societal norms.

Dagmar Janßen

Frauenbeauftragte des Klinikum Bremen-Ost (Klinikverbund Bremen Nord)

Das Klinikum ist im audit berufundfamilie aktiv. Es zeigt sich, dass in den letzten Jahren die Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch von jüngeren Ärztinnen intensiver wahrgenommen werden. Es ist sicher immer noch ein weiter Weg bis zu einer wirklichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern in den Krankenhäusern, dennoch hat das Gleichstellungskonzept an Bedeutung und Einfluss gewonnen.

Dies wird zum einen dadurch erklärt, dass die Krankenhausleitungen heute deutlich größere Probleme haben, frei werdende Arztstellen wiederzubesetzen. Es kommt aber hinzu, dass die jüngere Generation von Ärztinnen und Ärzten geänderte Vorstellungen über ihre Lebensgestaltung einbringt. Es kommt immer häufiger vor, dass Bewerberinnen (auch Bewerber) um freie Stellen sich vorab informieren, ob die Klinik familienunterstützende Maßnahmen anbietet. Dazu gehört klassisch die Kinderbetreuung. Das Klinikum Bremen-Ost hat hierzu vor Jahren begonnen, Ferienbetreuung anzubieten. Dieses Angebot wird von allen Berufsgruppen, so vermehrt auch Ärztinnen mit kleinen Kindern, angenommen. Das Klinikum verfügt in Kooperation mit einem freien Träger über eine große Zahl von KiTa-Plätzen, wobei sich die Öffnungszeiten nach dem Krankenhausbetrieb orientieren. Vor allem hat das Klinikum aber die Zeiten der langen Bereitschaftsdienste konsequent beendet und auch im ärztlichen Bereich den Schichtdienst zur Regel gemacht. Mehreinstellungen haben dies ermöglicht, die auch dazu genutzt werden, in kritischen Übergabephasen für Entlastung zu sorgen.

Leider können diese Arbeitszeitmodelle nicht immer angewandt werden, weil es in vielen Bereichen Stellenvakanzen gibt, die eine konsequente Umsetzung der neuen AZ-Modelle verhindern. Als Folge müssen sog. Opt-out-Regelungen gefunden werden, die oftmals auch wieder längere Bereitschaftsdienstzeiten notwendig machen.

Der Anteil von Frauen in Leitungspositionen ist auch im ärztlichen Bereich nicht zuletzt durch die Fördermaßnahmen gestiegen. Teilzeit ist generell, aber auch in Führungspositionen im Grundsatz akzeptiert, auch wenn dies immer noch ein schwieriger Prozess ist. Für die jüngere Generation in der Ärzteschaft wird Teilzeit langsam normal. Auch Männer zeigen mehr als früher Interesse an Teilzeitstellen.

Die Orientierung auf Vereinbarkeit von Familie und Beruf hängt stark von der Haltung der Klinikleitung ab. Diese hat im Klinikum Ost vorbildlich agiert, auch wenn nicht alle Chefärzte von Beginn an vollständig von dem Wandel überzeugt waren. Die Änderung der herkömmlichen Grundhaltungen wird sicher auch noch länger dauern. Es gibt weitere Bereiche, die bisher nicht so im Blickfeld der betrieblichen Neuorientierung stehen wie die Kinderthematik. Das betrifft die Doppelbelastung älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auch im ärztlichen Bereich, die im Falle chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit von Familienangehörigen oder der Eltern auftritt. Hier kann noch größere Aufmerksamkeit entwickelt werden, Überforderungen zu vermeiden und damit letztlich auch die Kompetenzen der betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter länger für die Klinik zu nutzen.

Dr. Annemarie Jungbluth

Leiterin der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg

Die Kurse „Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit“ nach längerer Erwerbstätigkeitsunterbrechung oder verspätetem Berufsbeginn zielten darauf ab, aufbauend auf dem vorhandenen Fachwissen aktuelle Entwicklungen in zentralen medizinischen Gebieten zu vermitteln und damit zugleich den individuellen Entscheidungsprozess zu fördern, sich konkret mit den Chancen des Wiedereinstiegs zu beschäftigen.

Die Teilnehmerinnen (Männer waren in der Minderzahl) des Kursus 2011 stellten keineswegs eine homogene Gruppe dar, sondern deuteten auf eine große Vielfalt der Zielgruppe dieser Kurse hin: neben Frauen mit kleinen Kindern nahmen Frauen mit erwachsenen Kindern teil, weiter Frauen, die nach langer Unterbrechung zur Karriereunterstützung ihrer Männer ihre eigene Karriere wieder ins Blickfeld genommen haben, nachdem sie zuvor entweder nicht oder in Randgebieten der Medizin beschäftigt waren, weiter auch Frauen mit Migrationshintergrund, die sich vor einer Bewerbung eine bessere fachliche Grundlage verschaffen wollten.

Die Fachvorträge seien auf sehr großes Interesse gestoßen, wobei im Rahmen der Evaluation häufig zum Ausdruck gebracht worden sei, dass Referentinnen sich besser auf die Perspektive der teilnehmenden Ärztinnen hätten einstellen können, nicht zuletzt auch auf die Umsetzung der - bei diesem Kurs wichtigen – Frage der Vereinbarkeit von beruflicher Tätigkeit (hier die morgendliche Teilnahme am Fortbildungsprogramm) und Familie.

Im Lauf des diesjährigen Kursus habe sich innerhalb der Teilnehmergruppe ein Prozess entwickelt, über bisherige Wiedereinstiegs- und Qualifizierungsversuche intensiv zu kommunizieren. So sei z.B. auch über das Thema „Ablehnung von Bewerbungen“ diskutiert worden, es sei gemeinsam überlegt worden, wie die Chancen bei Bewerbungen gesteigert werden könnten uswuf. Es habe sich gezeigt, wie wichtig diese Gruppenprozesse für die Ermutigung zum Wiedereinstieg sind. Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer hätten zu verstehen gegeben, dass der Kursus ihnen zu einer besseren Selbsteinschätzung verholfen habe. Der Fortbildungsakademie sei

aus dem Teilnehmerkreis sehr nahe gelegt worden, bereits im nächsten Jahr wieder einen derartigen Kursus anzubieten.

Das Spektrum des Kurses war vor Beginn festgelegt worden. Dies ist sehr breit angelegt, mit Referenten/ innen aus Klinik und Praxis. Die „Expertise der Vortragenden“ wurde von den Teilnehmerinnen geschätzt, sie selbst fühlten sich dadurch aufgewertet. Insbesondere die Weite des Spektrums wurde geschätzt, zumal die Vorerfahrungen meist in den Gebieten Allgemeinmedizin liegen, gefolgt von Neurologie, Pädiatrie sowie Gynäkologie und Anästhesie. Eine inhaltliche Ausgestaltung der einzelnen Themen, die ins spezifische gingen (sehr viele Studienfolien, sehr genaue Hygienepläne, zu technische Themen) wurden im Nachhinein als weniger nützlich gewertet, da die Zielrichtung der Teilnehmerinnen zumeist (noch) eine unspezifische ist und die TN sich insofern von der Vermittlung breit angelegter, praktisch anwendbarer Inhalte am meisten versprochen.

Was die Weiterbildung in Allgemeinmedizin anbelangt, so sei aus ihrer parallelen Tätigkeit in der Koordinierungsstelle der Ärztekammer Hamburg absehbar, dass es wichtig und auch Erfolg versprechend sei, jungen Ärztinnen und Ärzten ein stimmiges Angebot eines Weiterbildungsplans zu geben, so dass sie sich frühzeitig für diesen Weg entscheiden könnten. Dies könnte einen Weg aufzeigen, dass die Wahl für die Allgemeinmedizin künftig stärker als in der Vergangenheit eine bewusste Entscheidung für diese Form der ambulanten Medizin werde. Im Zusammenhang mit dem Thema „Attraktivität und Förderung der Allgemeinmedizin“ sei es ferner eine wichtige Aufgabe, die Abfolge der Weiterbildungsabschnitte durch tragfähige Allianzen zwischen Klinik und Praxis -noch besser als bisher - abzustimmen. Dies gelte insbesondere für die Wiedereinsteigerinnen und -einsteiger, die typischerweise sowohl in den klassisch klinischen wie in den allgemeinmedizinischen Kompetenzen Nachholbedarf haben. Hier könnte möglicherweise auch eine impulsgebende Aufgabe für die Fortbildungsakademien liegen, nämlich entsprechende Fortbildungsprogramme gemeinsam mit Klinik und Praxis weiterzuentwickeln.

Insgesamt seien die Chancen für den Wiedereinstieg gut, nicht zuletzt, weil die Kliniken in vielen Fachgebieten zunehmend Schwierigkeiten entwickelten, ihre Stellen zu besetzen. Insofern könne die insgesamt ausweislich der Daten - der Studie zur Al-

tersstruktur und Arztzahlentwicklung der KBV und BÄK von 2010 - recht großen Gruppe von nichttätigen Ärztinnen und Ärzten als nicht ausgeschöpftes Potential gelten.

Dr. med. Bärbel Kuhnert-Frey

Chefärztin für Anästhesie im Krankenhaus Sinsheim im Ruhestand

Vorstandsmitglied der Bezirksärztekammer Nordbaden

(Frau Dr. Kuhnert-Frey hat seit 1993 in Nordbaden im dortigen Ärztekammerbezirk in Deutschland Seminare für Wiedereinsteigerinnen konzipiert und durchgeführt. 2012 werden sich erstmals auch Männer an dem Seminar beteiligen.)

Die Chancen für Ärztinnen, wieder im Versorgungssystem Fuß zu fassen, seien in den letzten Jahren besser geworden, weil insbesondere die Kliniken große Probleme haben, ihre Stellen zu besetzen. In Jahren des so genannten Ärzteüberschusses sei das ungleich schwieriger für die Frauen gewesen.

Das große Interesse gerade von Frauen an derartigen Seminaren rühre nicht zuletzt daher, dass Frauen skrupulöser als Männer seien, was die Einschätzung ihres Fortbildungsbedarfs infolge einer längeren Vakanz im Beruf anbelangt. Anders gesagt: Frauen wollten in ihrem Berufsfeld möglichst keine Fehler machen.

In jedem Seminar gebe es einen „harten Kern“, der sich auch im Anschluss weiter trifft und Erfahrungen austauscht. Viele Frauen nutzten diesen Weg für ihre Zukunftsplanung, gleichzeitig verfügten sie nicht über die Netze, die Männer für ihre Karriereplanung entwickelt haben.

Neben dem Hospitieren bzw. vertraglich abgesicherten Arbeiten in Kliniken zur Verbesserung der Wiedereinstiegschancen spielten traditionell Kurkliniken und die Allgemeinmedizin eine bedeutende Rolle für Frauen bei der Überlegung der Fortsetzung/ der Änderung ihrer beruflichen Karriere als Ärztin. Eine wesentliche Rolle spiele nach wie vor auch, dass es für Frauen sehr viel schwieriger als für Männer sei, die Anforderungen der Facharztweiterbildung wegen ihrer Mehrfachbelastungen zu erfüllen.

Die Perspektive Allgemeinmedizin erscheine Frauen aber unabhängig davon auch an sich attraktiv, weil diese Tätigkeit als sehr praxisnah erlebt werde, als nicht so wissenschaftlich wie andere Fachgebiete. Naturheilverfahren seien ebenfalls eine attraktive Komponente derartiger Zukunftsplanung. Frauen erlebten die Allgemeinmedizin insofern nicht als zweite Wahl sondern ihren Interessen am ehesten entsprechend: sie praktizierten eine stärker patientenzentrierte Medizin.

Die Versorgung von Kindern stelle nach wie vor eine große Barriere für die Karriereplanung von Ärztinnen dar: dies beginne mit der Überlegung zur Teilnahme an den Wiedereinstiegsseminaren. Die Chancen für eine gleichberechtigte Ausübung des ärztlichen Berufs seien in Europa sehr ungleich verteilt. Als Bild wird auf die Kultur in Skandinavien hingewiesen: dort enden Parlamentsdebatten um 17.00 Uhr, um Politikerinnen den Einfluss auf die parlamentarische Arbeit nicht zu erschweren.

Mit wenigen Ausnahmen (z.B. Medizinische Hochschule Hannover, Klinikum Mannheim, Unikliniken in Tübingen) fühlten die deutschen Krankenhäuser sich nicht ausdrücklich der Frauenförderung verpflichtet. Teilzeitarbeit müsse deutlich intensiver als bisher angeboten werden; aber noch immer verträten insbesondere Chefärzte die Haltung, dass Teilzeitbeschäftigung nicht mit dem Auftrag der stationären Medizin vereinbar sei.

Abschreckend sei für Frauen auch die zunehmende Bürokratie im Berufsalltag. Förderlich sei demgegenüber, dass im niedergelassenen Bereich weniger Nachtdienste anfallen als früher, weil zunehmend ärztlichen Notdienste eingerichtet werden. Ein systematisches Hindernis für die Karriereplanung von Ärztinnen sei schließlich darin zu sehen, dass sie in der Regel dort eine Stelle suchen müssten, wo ihre Männer berufstätig sind.

Alles in allem sei es heute für Ärztinnen aber bei entsprechender Flexibilität und Engagement kein großes Problem mehr, eine Stelle für den Wiedereinstieg in den Beruf zu finden.

Marita Moskwyn

Unternehmensbereichsleiterin Ärztliche Versorgung, AOK Nordost

Die momentane Debatte um den Bedarf an niedergelassenen Ärzten müsse immer wieder vor dem Hintergrund gesehen werden, dass die heute zugrunde liegende Bedarfsplanung nicht von einem tatsächlichen Bedarf, sondern einem vorhanden Ist ausgegangen sei. Ob insofern überhaupt von einem Ärztemangel gesprochen werden könne, sei fraglich. Auf der anderen Seite sei zu beachten, dass die Ansprüche an die medizinische Versorgung sich sowohl bezüglich quantitativer wie vor allem aber qualitativer Gesichtspunkte deutlich verändert hätten. Beispielhaft hierfür sei die wachsende Bedeutung des Fallmanagements zu sehen, ebenso wie die Rolle der Disease Management Programme für eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Mit Blick auf das Land Brandenburg könne gesagt werden, dass hier die gemeinsame Selbstverwaltung von KV und gesetzlichen Krankenkassen funktioniere. Schon lange habe man hier Regionen kleinräumig betrachtet und unter Ausschöpfung der rechtlichen Rahmenbedingungen dafür gesorgt, dass absehbare Engpässe in der Versorgung aufgefangen wurden. An Grenzen sei diese Kooperation dadurch gestoßen, dass die sich überlappenden Versorgungsregionen Berlin und Brandenburg getrennte KV-Bezirke sind. Insgesamt könne von einem großen Pragmatismus bei der Lösung von Problemen gesprochen werden, ein Ausdruck hierfür sei die Gründung der Aktionsgemeinschaft Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg, zunächst getragen von der AOK Nordost und der KV Brandenburg, später auch von der BarmerGEK. Die aktuellen Reformansätze seien dabei eingebettet in eine Betrachtung der mittel- und langfristigen Bevölkerungsentwicklung; so liege auf der Hand, dass bei weiter abnehmender Bevölkerungszahl die Mobilität in der Versorgung in beiden Richtungen erhöht werden müsse: ärztliche Angebote müssten flexibler vor Ort präsent sein (z.B. durch Sprechstunden oder Zweigpraxen), Patienten müsse aber auch der Weg in Praxen, v.a. von Spezialisten, durch Transfers ermöglicht werden.

Mit Blick auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sei festzuhalten, dass – im Gegensatz zu anders lautenden Meldungen – die Berufszufriedenheit generell hoch sei; dies habe jüngst wieder eine Befragung in Mecklenburg Vorpommern ergeben. Gerade für die Zukunft der Allgemeinmedizin spielten insofern auch finanzielle Anreize keineswegs die führende Rolle. Hier gehe es vor allem um die Schaffung zufriedenstellender Arbeitsbedingungen: ein wachsender Teil der jungen Ärztinnen und Ärzte bevorzuge beispielsweise die Tätigkeit in einem MVZ, auch deshalb, weil sie sich dort mehr auf ihre eigentliche ärztliche Tätigkeit konzentrieren könnten. Die MVZs seien insgesamt positiv zu bewerten, wobei kritisch zu sehen sei, wenn MVZ-Gründungen zu stark von Krankenhauskonzernen betrieben werden, da hier die Gefahr der Einweisungssteuerung und Monopolisierung der Versorgung bestünde. Wichtig sei weiter, die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizin und spezialisierter Medizin deutlich zu verbessern; hierfür wird exemplarisch auf den Rheumastrukturvertrag verwiesen.

Es müsse prinzipiell positiv gesehen werden, dass die nachwachsenden Jahrgänge der Medizinerinnen und Mediziner eigene Wertevorstellungen mitbringen, darunter eben auch andere Vorstellungen von der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Es sei primär Aufgabe der Ärzteschaft und der Krankenhäuser, dafür die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Auch die Kommunen müssten ihren Beitrag leisten, dass die Versorgung in zentrumsferneren Bereichen Brandenburgs sichergestellt werden könne; dies betreffe zentrale Fragen wie die Kinderbetreuung. Ein noch vernachlässigtes Thema sei auch die Motivierung und Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten, die in den Beruf zurückkehren möchten. Bezogen auf die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin sei ebenfalls mehr Kreativität der Krankenhäuser und der verfassten Ärzteschaft gefragt, um die positiven Ansätze der Koordinierungsstelle zu stärken.

Dr. Guido Schmiemann

Abteilung Versorgungsforschung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Ausgehend von den Stadien der Sozialisation zum Facharzt/ zur Fachärztin für Allgemeinmedizin werden folgende Ansätze zur Steigerung der Attraktivität dieses Gebiets und zur Positionierung der Allgemeinmedizin in der Versorgung beschrieben:

- Zulassung zum Studium: Auch die Mitsprachemöglichkeiten der Universitäten haben bislang nicht dazu geführt, dass weitere Faktoren unabhängig von der Abiturnote eine Zulassung zum Medizinstudium erlauben. Möglicherweise kann die stärkere Berücksichtigung von KandidatInnen mit einem anderen NC, oder Einsteiger mit abgeschlossener Berufsausbildung dazu beitragen, dass Universitäten vermehrt Hausärzte ausbilden.
- Hierarchie der Fächer im Studium: Die Allgemeinmedizin findet in den meisten Studienorten erst gegen Studienende statt. Bis dahin hat die „Deformation professionelle“ schon ausreichend Zeit gehabt, ein negatives Image der Allgemeinmedizin zu fördern. Eine frühere und intensivere Verankerung im Studium könnte dem entgegenwirken- vgl z.B das Curriculum an der European Medical School in Oldenburg.
- Selbstverständnis der Universitäten: Eine neue Perspektive, die nicht geprägt ist von den Interessen der einzelnen Disziplinen („Histologie ist ein ganz wichtiges Fach“) sondern auch von den Notwendigkeiten der Gesellschaft („Wir brauchen mehr HausärztInnen“).
- Famulatur: sie stellt ein optimales Instrument dar, um den Studierenden einen persönlichen Blick auf die Allgemeinmedizin zu ermöglichen. Die Pflichtfamulatur eröffnet daher wichtige Perspektiven. Wichtig ist aber die gleichzeitige Qualifizierung der Praxen (sowohl didaktisch als auch organisatorisch).

- Praktisches Jahr: Die Möglichkeit ein PJ Tertial in der Praxis zu wählen ist bereits jetzt eine attraktive Möglichkeit, Allgemeinmedizin intensiver kennenzulernen und auch Studierende an die Abteilungen/Institute für Allgemeinmedizin anzubinden (häufig erfolgt der begleitende Unterricht/Organisation durch die Institute). Die evtl zukünftige PJ Quartal könnte diese Entwicklung weiter unterstützen- die Qualifizierung der Praxen ist auch hier entscheidend.
- Verbundweiterbildung: Die Möglichkeiten der strukturierten Weiterbildung idealerweise mit einem begleitenden curricularen Aspekt erhöht die Attraktivität der Weiterbildung und macht den Ablauf vergleichbar mit der Weiterbildung in anderen Fächern.
- Begleitende Mentorenprogramme (im Studium, während der Weiterbildung): diese können die Identifikation mit dem Fach weiter unterstützen und helfen, im Verlauf mögliche Barrieren abzubauen. Wichtig wäre eine Evaluation dieser Erfolg versprechenden Methode.
- Quereinsteiger: Unterstützende Seminare für Wiedereinsteiger ebenso wie verbindliche Kriterien für Quereinsteiger (durch die DEGAM formuliert) können weitere potentielle HausärztInnen gewinnen.
- Weitere Ansätze: Projekte an einzelnen Standorten/ n einzelnen Regionen wie „Klasse Allgemeinmedizin“ in Halle oder Regelmäßige Hospitationen (z.B. an der Medizinischen Hochschule Hannover)

Professor Dr. Klaus Schömann

Jacobs-University Bremen, Jacobs Center on Lifelong Learning - JCLL

Potenziale für die Erwerbsgesellschaft bilden sich heraus durch eine genaue Betrachtung von Bildungs- und Arbeitskarrieren. Sie zu kennen, ist gerade für eine auf absehbare Zeit weiter alternde Gesellschaft essentiell.

Ein entscheidendes Stichwort ist „lebenslanges Lernen“: damit kommt zum Ausdruck, dass in allen Lebensabschnitten Einfluss auf Wissen und Haltungen genommen und damit auch gestaltet werden kann. So sehr auch die entscheidenden Weichenstellungen im Erziehungs- und Bildungswesen für Kinder und Jugendliche vorgenommen werden, so wichtig ist es, sowohl den Förderungsbedarf wie die Lernfähigkeit bis in das hohe Alter hinein zu verstehen.

Mit Blick auf den Arbeitsmarkt besteht die gesellschaftliche Aufgabe, die „demographische Reserve“ im Interesse der entsprechenden Jahrgänge (Zufriedenheit mit Status und Einkommen) wie der Betriebe (Schließen der Fachkräftelücke und Erhöhung der betrieblichen Effizienz) zu entdecken und zu nutzen. Dabei geht es um klassische Ansätze wie die allgemeine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, aber auch um die richtige Einschätzung der Leistungsfähigkeit älterer Beschäftigter. Deren Lern- und Weiterbildungskompetenzen würden nach wie vor zu sehr unterschätzt.

Die Modernisierung der Arbeitswelt erfordert aber auch eine größere Vielfalt der Arbeitsverträge v.a. (bezogen auf Zeitvolumina, Anwesenheit, Schichtdienst, integrierte Fortbildung). Denkbar ist zudem, dass bei zahlreichen Berufen in der Phase nach Beendigung der eigentlichen Erwerbstätigkeit zeitlich umschrieben weiter berufstypische Leistungen erbracht werden, die nicht mit dem hohen Arbeitsdruck der „aktiven“ Phase verbunden sind. Dies kann man sich für Ärztinnen und Ärzte besonders einfach vorstellen (Gutachten und Beratung etwa).

Wichtig ist, systematischer als bisher die Arbeitszufriedenheit zu erfassen und für die Weiterentwicklung der Arbeitsrealität zu nutzen. Einen Sonderfall stellen hierbei die freien Berufe dar, hierunter die Ärzteschaft, die ein Stück weit dem Mythos erliegt,

Sonderstellungen behaupten zu können, die durch die gesellschaftliche Realität überholt sind. Dies betrifft z. B. den Klagepunkt „Bürokratismus“, soweit damit gemeint ist, dass Dokumentation und Qualitätssicherung für die Profession an sich als Zumutung zu betrachten sind.

In dem Forschungsprojekt DemoPass (BMBF) ging es um die Frage, wie beispielsweise durch berufliche Weiterbildung eine bessere Passung von Merkmale des Arbeitsplatzes mit Persönlichkeitsmerkmalen erreicht werden kann. Die Rolle der direkten Vorgesetzten in einem Team von Kollegen wird vielfach unterschätzt als Motivator von Weiterbildungsbemühungen.

Unter Genderaspekten gilt es, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf noch stärker zum gesellschaftlichen Thema zu machen; dies lässt sich momentan besonders gut am Beispiel des Anspruchs auf einen Kindergartenplatz erörtern. Eine ungewollt bzw. unnötig hohe Rate an Unterbrechung der Erwerbstätigkeit (klassisch von Frauen) ist als Vergeudung öffentlicher und privater Ressourcen zu betrachten – neben dem fehlenden Respekt vor den Präferenzen der Betroffenen.

Zunehmen wird die Bedeutung des Migrationsthemas: sowohl im Sinne erhöhter Beweglichkeit einheimischer Fachkräfte wie auch im Sinne des Umgangs mit der Zuwanderung. Die befristete oder auch dauerhafte Auswanderung von Fachkräften ist nicht ausschließlich negativ zu bewerten, weil damit auch eine Wissens- und Erfahrungszuwachs verbunden ist. Ebenso gilt es die Potenziale in der Zuwanderung zu entdecken und zu fördern.

Zitierte und weiterführende Literatur

- Abele, A.E. (2010). Erwerbsverläufe von Frauen und Männern in der Medizin. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte Verlag Köln 2010, 149-158
- Abele, A.E. Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren B (Hrsg.) :Karriereplanung für Ärztinnen. Heidelberg: Springer Verlag, 2006, S. 35-57
- Abele AE, Spurk D. The dual impact of gender and the influence of timing of parenthood on men's and women's career development: Longitudinal findings. *International Journal of Behavioral Development* 2011; 35 (2): 225-32
- Abholz HH. Argumente für ein Primärärztsystem. *ZFA* 1999; 75: 732-5
- Adler G, v.d.Knesebeck J.-H. Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsbl* 2011; 54: 228-37
- Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources. How Many Are Enough? Redefining Self-Sufficiency for the Health Workforce. A Discussion Paper. July 2009. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2009-self-sufficiency-autosuffisance/2009-hme-eng.pdf
- Albrecht G. Zu wenig Willkommenskultur. Ausländische Ärzte in deutschen Krankenhäusern. *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108: 1929-30
- Allen I. Doctors and their careers. Policy Studies Institute, London und Oxford 1988
- Allen I. Women doctors and their careers: what now? *BMJ* 2005; 331: 569-72
- Allmendinger J. Verschenkte Potenziale? Lebensverläufe nicht erwerbstätiger Frauen. Campus, Frankfurt/ New York 2010
- Barnett RC, Gareis KC, Carr PL. Career Satisfaction and Retention of a Sample of Women Physicians Who Work Reduced Hours. *Journal of Women's Health* 2005; 14: 146-152
- Behmann M, Schmiemann G, Lingner H, Kühne F, Hummers-Pradier E, Schneider N. Berufszufriedenheit von Hausärzten. *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109: 193-20
- Beisiegel U. Motivation des Nachwuchses für die medizinische Forschung. Positionen des Wissenschaftsrates. *Bundesgesundheitsbl* 2009; 52: 850-55
- Bestmann B, Kuchler T, Henne-Bruns D. Zufriedenheit unter deutschen Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse einer empirischen Umfrage. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte Verlag Köln 2010, 209-218
- Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. *ZFA* 2010; 86: 93–98
- Bitter-Suermann D. Ärztemangel ja oder nein – und was ist zu tun? *DGIM newsletter* 5/2010, 4-5.
http://www.dgim.de/portals/pdf/newsletter/05_2010/DGIM_aktuell_5_2010_ok.pdf
- Block K, Foth T, Stamer M, Schmacke N. Allgemeinmedizin und Pflege in der ambulanten und heimstationären Versorgung. Beltz, Juventa 2012
- Bodenheimer T. Primary Care - Will It Survive? *NEJM* 2006; 355: 861-4
- Bodenheimer T, Pham HH. Primary Care: Current Problems And Proposed Solutions. *Health Affaires* 2010; 29: 799-805

- Boyle S. (2011): United Kingdom (England) Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 13, 1. Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf
- Brähler E, Alfermann D, Stiller J (Hg.). Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2008
- Brand G. (2012). Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Hochschulabsolvent(inn)en. Hochschul-Informationen-System (HIS) 8/2012.
http://www.his.de/pdf/pub_fh/fh-201208.pdf
- Brooks RG, Walsh M, Mardon RE et al. The Roles of Nature and Nurture in the Recruitment and Retention of Primary Care Physicians in Rural Areas: A Review of the Literature. Academic Medicine 2002; 77: 790-8
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. Swiss residents' specialty choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. BMC Health Services Research 2006, 6: 137
- Buddeberg-Fischer B, Illés C, Klaghofer R. Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden – Ergebnisse von Fokusgruppen-Interviews mit Staats-examenskandidatinnen und –kandidaten. Gesundheitswesen 2002; 64: 353-62
- Buddeberg-Fischer B, Spindler A, Peter Y, Buddeberg C. Karriereentwicklung von Ärztinnen und Ärzten aus Sicht von Chefärzten und Chefärztinnen. DMW 2002; 127: 20-25
- Buddeberg-Fischer B. Karriereentwicklungen von Frauen und Männern in der Medizin. Schweizer Ärztezeitung 2001; 82: 1838-44
- Bühren A, Eckert J. "Feminisierung" der Ärzteschaft. Überschätzter Effekt. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108: 968-970
- Bühren A. Ärztinnen-Gesundheit. DMW 2008; 133: 23-5
- Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung. Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Materialien zur Bildungsplanung und Forschungsförderung. Heft 117, 5. Juli 2004.
<http://www.blk-info.de/papers/heft117.pdf>
- Bussche, van den H. Background, objectives and design of the project „Career entry and career perspectives of medical graduates in selected OECD countries: a comparative study“. Cah Socio Démo Méd, Numéro special 2010
- Bussche, van den H, Kromark K, Köhl-Hackert N, Robra B, Rothe K, Schmidt A, Stosch C, Wagner R, Wonneberger C, Scherer M, Alfermann D, Gedrose B. Hausarzt oder Spezialist im In- oder Ausland? Ergebnisse einer multizentrischen Befragung von Studierenden im Praktischen Jahr in ihren mittel- und langfristigen Berufszielen. Gesundheitswesen 2012, DOI: 10.1055/S-0032-1311619
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Forschungsbericht 335. Gutachten zum Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland. Abschlussbericht November 2004.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publication/en/forschungsberichte/Gutachten_Ausstieg_kurative_Berufstaetigkeit_Aerzte.pdf
- Calman N, Hauser D. U.S. Policies to to Address Physician Maldistribution. October 2004. http://www.rcpsc.edu/publicpolicy/imwc/8sess1_calmanhauser.pdf
- Carnes M, Morrissey C, Geller SSE. Women's Health and Women's Leadership in Academic Medicine: Hitting the Same Glass Ceiling? Journal of Women's Health 2008; 17: 1453-1462

- Champlin L. Solving Physician Workforce Crisis Requires Multiple Solutions. <http://www.graham-center.org/online/graham/home/news-releases/2009/march2-specialty-geographic.html>
- Colwill JM, Cultice JM. The future supply of family physicians: implication for rural America. *Health Affairs* 2003; 22: 190-8
- Council on Graduate Medical Education. Twentieth Report. Advancing Primary Care. December 2010.
- Culyer A. Equity – some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics* 2001; 27: 275-283
- Czasný I, Hagleitner J, Hlava A, Sagerschnig S, Stürzlinger H, Willinger M. Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030. Ergebnisbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung in Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer. Wien, Juni 2012.
- Dacre J. We need female doctors at all levels and in all specialties. *BMJ* 2012; 344:e2325 doi: 10.1136/bmj.e2325
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin)- Zukunftspositionen. http://www.degam.de/fileadmin/user_upload/degam/Positionen/DEGAM_Zukunftspositionen_121011.pdf
- Derksen DJ, Whelan EM. Closing the Health Care Workforce Gap. Reforming Federal Health Care Workforce Policies to Meet the Needs of the 21st Century. Center for American Progress, December 2009. http://www.americanprogress.org/issues/2010/01/pdf/health_care_workforce_execsumm.pdf
- Dettmer S, Kaczmarczyk G, Bühren A. Karriereplanung für Ärztinnen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006
- Dettmer S, Kuhlmeier A. Studienzufriedenheit und berufliche Zukunftsplanung von Medizinstudierenden – ein Vergleich zweier Ausbildungskonzepte. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte Verlag Köln 2010, 103-115
- Dieleman M, Kane S, Zwanikken P, Gerretsen B. Realist Review and Synthesis of Retention Studies for Health Workers in Rural and Remote Areas. World Health Organization 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501262_eng.pdf
- Dixon J, Holland P, Mays N. Primary Care: core values. Developing primary care: gatekeeping, commissioning, and managed care. *BMJ* 1998; 317: 125-8
- Doescher MP, Ellsbury KE, Hart LG. The distribution of rural female physicians in the United States. *J Rural Health* 2000; 16: 111-8
- Doyal L. Sex, gender and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001; 323: 1061-3
- Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health* 2006; 4:12
- Erler A, Beyer M, Gerlach FM(2010) Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 2. Das Modell der Primärversorgungspraxis. *ZFA*, 2010; 86: 159-165
- Evans J, Lambert T, Goldacre M. GP recruitment and retention: a qualitative analysis of doctors' comments about training for and working in general practice. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 2002; 83: III-VI, 1-33

- Fazekas, M.; Ettelt, S.; Newbould, J.; Nolte, E. (2010): Framework for assessing, improving and enhancing health service planning. Cambridge: RAND Europe.
- Fegert JM, Liebhardt J. Familienfreundlichkeit in der medizinischen Aus- und Weiterbildung. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2012, 29 (2): 1-6
- Fein OT, Garfield R. Impact of physicians' part-time status on inpatients' use of medical care and their satisfaction with physicians in an academic group practice. *Acad Med* 1001; 66: 694-98
- Frank E, McMurray JE, Linzer M et al. Career Satisfaction of US Women Physicians. Results From the Women Physicians' Health Study. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1417-1426
- Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet* 2009; 374: 170-3
- Frey JJ. Why can't a man be more like a woman? *Wisconsin Medical Journal* 2007; 106: 249-50
- Frølich A. Identifying organisational principles and management practices important to the quality of health care services for chronic conditions. *Danish Medical Journal* 2010; 58: B4387 (PHD THESIS)
http://www.danmedj.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=8760869.PDF
- Gascoigne C, Kumar M, Hayton L, Goodyear H, Allen I. Making Part-time Work. Women's Medical Federation, London 2008
- Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J, Robra BP, Schmidt A, Stosch C, Wagner R, Scherer M, Pöge K, van den Bussche H. Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? *DMW* 2012; 137: 1242-7
- Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Gütthlin C, Torge M, Petersen JJ, Rosemann T, König J, Gerlach FM. PRoMPT. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151: 369-378
- Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, Sivakumaran D, Jäger C, Mergenthal K, Gerlach FM, Petersen JJ. Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. *Patient Educ Couns.* 2012 Jan;86(1):114-9. Epub 2011 Apr 6.
- Gibis B, Heinz A, Jacob R, Müller CH. Berufserwartungen von Medizinstudierenden. *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109: 327-32
- Giesen P, van Lin N, Mookink H et al. General Practice cooperatives: long waiting times for home visits due to long distances? *BMC Health Services Research* 2007; 7:19
- Gjerberg E. Medical women – towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. *Soc Sci Med* 2001; 52: 331-343
- Gjerberg E. Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation. *Soc Sci Med* 2002; 54: 591-605
- Goddard M, Gravelle H, Hole A, Marini G. Where did all the GPs go? Increasing supply and geographical equity in England and Scotland. *Journal of Health Services Research & Policy* 2010; 15: 28-35
- Godman DC. The Physician Workforce Crisis: Where Is The Evidence? *Health Affairs* 2005; W 5-108-110

- Götz K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Kiolbassa K, Joos S, Steinhäuser J. Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz“. DMW 2011; 136: 253-57
- Goodman DC, Fisher ES, Bubolz TA et al. Benchmarking the US physician workforce. An alternative to needs-based or demand-based planning. JAMA 1996; 276: 1811-7
- Goodman DC, Grumbach K. Does Having More Physicians Lead to Better Health System Performance?
- Goodman DC, Fisher ES. Physician Workforce Crisis? Wrong Diagnosis, Wrong Prescription. NEJM 2008; 358: 1658-62
- Gothe H, Köster AD, Storz P et al. Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. Deutsches Ärzteblatt 2007; 104: 1184-9
- Greß S, Stegmüller K. Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land. Ein Zukunftskonzept. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Februar 2011
<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/07866.pdf>
- Greenhalgh T, Peacock R. Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. BMJ 2005; 331: 1064-5
- Grumbach K. Primary Care in the United States – The Best of Times, the Worst of Times. NEJM 1999; 341: 2008-10
- Grumbach K, Hart LG, Mertz E et al. Who is Caring for the Underdeserved? A Comparison of Primary Care Physicians and Nonphysician Clinicians in California and Washington. Ann Fam Med 2003; 1: 97-104
- Grunow D, Schulz F, Blossfeld HP. Was erklärt die Traditionalisierungsprozesse häuslicher Arbeitsteilung im Eheverlauf: Soziale Normen oder ökonomische Ressourcen? Zeitschrift für Soziologie 2007; 36: 162-181
- Hancke K, Toth B, Kreienberg R. Familie und Karriere. Erste Ergebnisse der aktuellen DGGG-Umfrage. Gynäkologe 2010; 43: 730-34
- Hart JT. The Inverse Care Law. Lancet Lancet. 1971;Feb 27;1(7696):405-12.
- Hart JT. Inverse and positive care laws. Br J Gen Pract 2004; 54: 890
- Hauer KE, Durning SJ, Kernan WN et al. Factors Associated With Medical Students' Career Choices Regarding Internal Medicine. JAMA 2008; 300: 1154-64
- Heath I, Evans P, van Weel C. The specialist of the discipline of general practice. BMJ 2000; 320: 326-7
- Heinz A, Jacob R. Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven. Bundesgesundheitsblatt 2012; 55: 245-53
- Heru AM. Pink-Collar Medicine: Women and the Future of Medicine. Gender Issues 2005; 22: 20-34
- Heublein U, Schmelzer R, Sommer D. Die Entwicklung der Studienabbruchquote an den deutschen Hochschulen. HIS Projektbericht Februar 2008.
<http://www.his.de/pdf/21/his-projektbericht-studienabbruch.pdf>
- Hibbeler B. Zurück in die Klinik. Wiedereinsteigerseminare. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109: 908-9
- Hofmeister D, Rothe K, Alfermann D, Brähler E. Ärztemangel selbst gemacht! Über berufliche Belastungen, Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte Verlag Köln 2010, 159-173
- Hohner HU, Grote S, Hoff EH. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe: Unterschiede auf dem Weg nach oben. Deutsches Ärzteblatt 2003; Heft 2: 67-70

- Hohner HU, Hoff EH, Grote S, Dettmer S, Olos L. Das DFG-Projekt "Profil": Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 2010: 137-148
- Iden K, Nürnberger F, Sader R, Dittrich W. Medizinstudierende Eltern - die Dichotomie der Erfahrungswelten. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2012; 29 (2): 1-8
- Iglehart JK. Health Reform, Primary Care, and the Graduate Medical Education. NEJM 2010; 363: 584-90
- Jacobs K, Kip C. Die ambulante ärztliche Profession- ein Beruf im Wandel. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 2009; 9: 7-15
- Jerg-Bretzke L, Limbrecht K. Wo sind sie geblieben? Eine Diskussion über die Positionierung von Medizinerinnen zwischen Karriere, Beruf und Familie. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2012; 29: 1-6
- Jones L, Green J. Shifting discourses of professionalism: a case study in general practitioners in the United Kingdom. Sociology of Health and Illness 2006; 28: 927-50
- Jovic E, Wallace JE, Lemaire J. The generation and gender shifts in medicine : an exploratory survey of internal medicine physicians. BMC Health Services Research 2006; 6:55
- Kankaanranta T, Nummi T, Vainiomäki J et al. The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private. Health Policy 2007; 83: 50-64
- Kassenärztliche Bundesvereinigung <http://www.kbv.de/37305.html> (Ärztemangel)
- Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. General Hospital Psychiatry 2001; 23: 138-44
- Keeton K, Fenner DE, Johnson TRB, Hayward RA. Predictors of Physician Career Satisfaction, Work-Life Balance, and Burnout. Obstetrics & Gynecology 2007; 109: 949-55
- Kilminster S, Downes J, Gough B et al. Women in medicine – is there a problem? A literature review of the changing gender composition, structures and occupational cultures in medicine. Medical Education 2007; 41: 39-49
- Kindig DA, Movassaghi H. The Adequacy of Physician Supply in Small Rural Counties. Health Affairs Summer 1898, 63-76
- Kiolbassa K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Szescenyi J, Joos S, Goetz K. Becoming a general practitioner – Which factors have most impact on career choice of medical students? BMC Family Practice 2011; 12:25
- Kistemann T, Schröer M-A. Kleinräumige kassenärztliche Versorgung und subjektives Standortwahlverhalten von Vertragsärzten in einem übertversorgten Planungsgebiet. Gesundheitswesen 2007; 69: 593-600
- Kistemann T, Schweikart J, Claßen T, Lengen C. Medizinische Geografie. Der räumliche Blick auf Gesundheit. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108: 386-7
- Klose J, Rehbein I. Ärztliche Versorgung: Mangel oder Allokationsproblem? In: Günster C, Kose J, Schmacke N. (Hrsg.). Versorgungsreport 2011. Schwerpunkt: Chronische Krankheiten, Schattauer, Stuttgart 2011: 199-226

- Koch K, Gehrman U, Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Deutsches Ärzteblatt 2007; 104: 2584-91
- Köhler S, Trittmacher S, Kaiser R. Der Arztberuf wird zum „Frauenberuf“ – wohin führt das? Hessisches Ärzteblatt 7/ 2007: 423-425
- Köhler S, Baumann Lina, Kaiser R. Hessische Ärzte zieht es immer häufiger ins Ausland: Wer sind sie? Wohin gehen sie? Was tun sie dort? Hessisches Ärzteblatt 4/2007: 208-210
- Köhler S, Kaiser R, Napp L. Medizinstudium – und was dann? Hessisches Ärzteblatt 10/ 2004: 565-568
- Kopetsch T. Ärztinnen. Potenziale werden (noch) nicht genutzt. Deutsches Ärzteblatt 2003; 100: 891-895
- Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. 5. Auflage, Berlin 2010
- Korzilius H. Förderprogramm Allgemeinmedizin: Warten auf den Hausarzt. Deutsches Ärzteblatt 2009; 106: 2450
- Korzilius H. Allgemeinmedizin: 84 Millionen Euro für die Weiterbildung. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109: 787
- Korzilius H. Verbände schaffen eine neue Weiterbildungskultur. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109: 396-7
- Kruschinski C, Hummers-Pradier E, Eberhard J, Schiemann G. „In der Funktion als Arzt“: Erwartungen an das PJ Allgemeinmedizin aus Sicht von Studierenden. ZEFQ 2012; 106: 101-109
- Kuhlmann E, Larsen C. Arbeitskräftemanagement als Diversity Management: Innovationspotenziale für Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen. In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J. and Macco, K., eds. Fehlzeitenreport. Springer, Berlin 2010: 100-109.
- Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in Career Satisfaction Among Primary Care and Specialist Physicians, 1997-2001. JAMA 2003; 289: 442-9
- Larson EB, Fihn SD, Kirk LM et al. The future of general internal medicine. Report and recommendations from the Society of General Internal Medicine (SGIM) Task Force on the Domain of General Internal Medicine. J Gen Intern Med. 2004; 19:69-77
- Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. Family Practice 2003; 20: 311-7
- Leigh JP, Kravitz RL, Schembri M et al. Physician Career Satisfaction Across Specialities. Arch Intern med 2002; 162: 157
- Lesko S, Fitch W, Pauwels J. Ten-year Trends in the Financing of Family Medicine Training Programs: Considerations for Planning and Policy. Family Medicine 2011; 43: 543-50
- Levinson W, Lurie N. When Most Doctors Are Women: What Lies Ahead? Ann Intern Med 2004; 141: 471-4
- Liebhart H, Niehues J, Fegert JM. Praktische Ansätze für ein familienfreundliches Medizinstudium. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2012; 29 (29), 1-16
- Lindsay S. Gender differences in rural and urban practice location among mid-level health care providers 2007; 23: 72-6
- Linzer M, Konrad TR, Douglas J, McMurray JE, Pathman DE, Williams ES, Schwartz M, Gerrity M, Scheckler W, Bigby JA, Rhodes E. Managed Care, Time Pressure, and Physician Job Satisfaction: Results from the Physician Worklife Study. J Gen Intern Med 2000; 15: 441-450

- Linzer M. Time Pressures Leave Doctors Dissatisfied. Robert Wood Johnson Foundation April 2008. <http://www.rwjf.org/reports/grr/027069.htm>
- Löffler C, Höck J, Hornung A, Drewelow E, Kreiser B, Riedel J, Völker S, Kundt G, Altiner A. Hausärztliche Berufszufriedenheit in Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht. Rostock 30.04.2012. <http://allgemeinmedizin.med.uni-rostock.de/uploads>
- Ludwig B. Die Frauen in der "Stillen Reserve" und der Arbeitsmarkt. Netzwerk-Journal Nr. 15/2003: 37-41 (http://www.raumplanung.tu-dortmund.de/fwr/uni_do_frauen_15.pdf#page=38)
- Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply in the United States. International Journal of Health Services 2007; 37: 111-126
- Maiorova T, Stevens F, van der Zee J et al. Shortage in general practice despite the feminisation of the medical workforce: a seeming paradox? A cohort study. BMC Health Services Research 2008; 8: 262
- Mann M, Gravelle H. The maldistribution of general practitioners in England and Wales: 1974-2003. British Journal of General Practice 2004; 54: 894-8
- Marzi C, Abholz HH. Hinweise für die Überlegenheit eines Primärarztsystems. ZFA 1999; 75: 736-43
- McEllistrem-Evenson A. Informing Rural Primary Care Workforce Policy: What does the Evidence Tell us? April 2001
- McKinstry B, Colthart I, Elliott K, Hunter C. The feminization of the medical workforce, implications for Scottish primary care: a survey of Scottish general practitioners. BMC Health Services Research 2006; 6: 56
- McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. BMC Medicine 2004; 2:29: 185-90
- McMurray JE, Angus G, Cohen M et al. Women in Medicine : A Four-Nation Comparison. J Am Med Womens Assoc 2002, 57:185-190
- McMurray JE, Linzer M, Konrad TR et al. The Work Lives of Women Physicians. Results from the Physician Work Life Study. J Gen Intern Med 2000; 15: 372-80
- McMurray J, Heiligers PJM, Shugerman RS et al. Part-time medical practice: where is it headed? American Journal of Medicine 2005; 118: 87-92
- Mechaber HF, Levine RB, Manwell LB et al. Part-Time Physicians...Prevalent, Connected, and Satisfied. J Gen Intern Med 2008; 23: 300-3
- Medical Women's Federation. Making Part-time Work. Full Report. Government Equalities Office. London 2008
<http://www.medicalwomensfederation.org.uk/files/Part-time%20full%20report%20final.pdf>
- Miksch A, Hermann K, Joos S, Kiobassa K, Loh A, Götz K. "Work-Life-Balance" im Arztberuf – geschlechtsspezifische Unterschiede in den Erwartungen von Medizinstudierenden. Präz Gesundheitsf 2012 DOI 10-1007/s11553-011-0314-1
- Mold JW, Peterson KA. Primary Care Practice-Based Research Networks: Working at the Interface Between Research and Quality Improvement. Ann Family Med 2005; 3 Suppl 1, S12-S20
- Moore G, Showstack J. Primary Care in Crisis: Toward Reconstruction and Renewal. Ann Intern Med 2003; 138: 244-7

- Murra A, Montgomery JE, Chang H et al. Doctor Discontent. A Comparison of Physician Satisfaction in Different Delivery System Settings, 1986-1997. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 451-9
- Natanozn I, Szecsenyi J, Ose D, Joos S. Future potential country doctor: the perspectives of German GPs. *Rural and Remote Health* 2010; 10: 1347
- Niehues J, Prospero K, Fegert JM, Liebhardt J. Familienfreundlichkeit im Medizinstudium in Baden-Württemberg. Ergebnisse einer landesweiten Studie. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2012 (29), 1-24
- Niehues H, Berger B, Stamer M, Schmacke N. Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte. Bremen 2008. www.akg.uni-bremen.de/arbeitspapiere
- Nüsken, J.; Busse, R. (2011): Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung in anderen Gesundheitssystemen. Berlin: TU Berlin
- Nylenna M, Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994-2002. *BMC Health Services Research* 2005; 5:44
- Oberlander W. Die berufliche Situation junger Ärztinnen und Ärzte. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.). *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen*. Deutscher Ärzte Verlag Köln, 2010: 117-125
- Oberlander W et al. *Berufsbild und Autonomie von Ärztinnen und Ärzten. Ein Forschungsprojekt im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung*. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 2008
- Oberlander W et al. *Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte. Ein Forschungsprojekt im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2008
- Ognyanova D, Busse R. A destination and a source: Germany manages regional health workforce with foreign medical doctors. In: Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueras J (eds). *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*. WHO 211, 211-242
- Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice – time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 354-7
- Ommen O, Driller E, Köhler R et al. The Relationship between Social Capital in Hospitals and Physician Job Satisfaction. *BMC Health Services Research* 2009; 9:81
- Ostwald DA, Ehrhard T, Brunsch F et al. *Fachkräftemangel Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030*. PricewaterhouseCoopers (Hg.). 2010
<http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf>
- Ozegowski S, Sundmacher L. Wie "bedarfsgerecht" ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. *Gesundheitswesen* 2012, <https://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/10.1055/s-0032-1321748.pdf>
- Pathman DE, Williams ES, Konrad TR. Rural physician satisfaction: its sources and relationship to retention. *J rural Health* 1996; 12: 366-77
- Pathman DE, Konrad R; King TR et al. Outcomes of states' scholarship, loan repayment, and related programs for physicians. *Med Care* 2004; 42: 650-8

- Pathman DE, Konrad TR, Dann R, Koch G. Retention of Primary Care Physicians in Rural Health Professional Shortage Areas. *American Journal of Public Health* 2004; 94: 1723-9
- Pathman DE, Konrad TR, Williams ES et al. Physician job satisfaction, job dissatisfaction, and physician turnover. *J Fam Pract* 2002; 51: 593
- Pathman DE, Williams ES, Konrad TR. Rural physician satisfaction: its sources and relationship to retention. *J Rural Health* 1996; 12: 366-77
- Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res & Policy* 2005; 10 Suppl 1: 21-34
- Peter RF, Reed MC, Kemper P, Blumenthal D. Changes in the Scope of Care Provided by Primary Care Physicians. *NEJM* 1999; 341: 1980-5
- Phillips RL, Dodo MS, Green LA. Adding More Specialists Is Not Likely To Improve Population Health: Is Anybody Listening? *Health Affairs* 2005 Mar 15
- Phillips RL, Dodo MS, Petterson S et al. Specialty and Geographic Distribution of the Physician Workforce: What Influences Medical Student and Resident Choices? Robert Graham Center March 2, 2009. <http://www.graham-center.org/online/etc/medialib/graham/documents/publications/mongraphs-books/2009/rgcmo-specialty-geographic.Par.0001.File.tmp/Specialty-geography-compressed.pdf>
- Philipps SP, Austin EB. The Feminization of Medicine and Population Health 2009; 301: 863-4
- Price Waterhouse Coopers und WifOR. 112 – und niemand hilft. 2012. www.pwc.de/fachkraeftemangel
- Rabinowitz HK. Recruitment, Retention, and Follow-up of Graduates of a Program to Increase the Number of Family Physicians in Rural and Underdeserved Areas. *NEJM* 1991; 328: 934-9
- Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Santana AJ. Increasing the Supply of Rural Family Physicians: Recent Outcomes From Jefferson Medical College's Physician Shortage Area Program (PSAP). *Acad Med* 2010; 86: 264-9
- Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Santana AJ. Increasing the Supply of Women Physicians in Rural Areas: Outcomes of a Medical School Rural Program. *Journal Am Board Fam Med* 2011; 24: 740-4
- Rapp-Engels R, Gedrose B, Kaduszkiewicz H, Wonneberger C, van den Bussche H. Memorandum zur Verbesserung der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen. 2012. www.aerzteblatt.de/down.asp?id=8959
- Reed V, Buddeberg-Fischer B. Career obstacles for women in medicine: an overview. *Medical Education* 2001; 35: 139-147
- Reichenbach L, Brown H. Gender and academic medicine: impacts on the health workforce. *BMJ* 2004; 329: 792-5
- Reskin BF, Roos PA. *Job Queues, Gender Queues: Explaining Women's Inroads into Male Occupations*. Philadelphia: Temple University Press. 1990
- Ricketts TC, Randolph R. The Diffusion of Physicians. *Health Affairs* 2008; 27: 1409-1415
- Riecher A, von Gunten A, Landmann R. Genderspezifische Nachwuchsförderung in der Medizin: eine „Roadmap“. *ARS MEDICI* 3/2009, 99-101
- Riska E. Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine? *Soc Sci Med* 2001; 52: 179-187
- Riska E. The Feminization Theses: Discourses on Gender and Medicine. *Nordic Journal of Feminist and Gender Research* 2008; 16: 3-18

- Riska E. Gender and medical careers. *Maturitas* 2011; 68: 264-7
- Rittenhouse DR, Fryer GE, Philipps RL, Miyoshi T, Nielsen C, Goodman DC, Grumbach J. Impact of Titel VII Training Programs on Community Health Center Staffing and National Health Service Corps Participation. *Ann Intern Med* 2008; 6: 397-405
- Rizvi R, Raymer L, Kunik M, Fisher J. Facets of Career Satisfaction for Women Physicians in the United States: A Systematic Review. *Women & Health* 2012; 52: 403-21
- Roberfroid D, Leonard C, Stordeur S. Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? *Human Resources for Health* 2009; 7: 10
- Robert Bosch Stiftung (Hg.). *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen*. Schattaur, Stuttgart 2011
- Roick C, Heider D, Günther OH et al. Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2012; 74: 12-20
- Rosen MJ. *Critical Care Workforce. Addressing Physician Shortages*.
- Rosenthal MB, Zaslavsky A, Newhouse JP. The Geographic Distribution of Physicians Revisited. *Health Services Research* 2005; 40: 1931-52
- Rothe K, Pöge K, Wonneberger C, Alfermann D. Karriereverläufe und Karriereabbrüche bei Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung. *Karmed*. http://sportfak.uni-leipzig.de/~Karmed/data/karmed_Leipzig_-_Praesentation_Februar_2012.pdf
- Rourke J, for the Task Force of the Society of Rural Physicians of Canada. Strategies to increase the enrolment of students of rural origin in medical school: recommendations from the Society of Rural Physicians of Canada. *Canadian Med Assoc J* 2005; 172: 62-6
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens* http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf
- Safran DG. Defining the Future of Primary Care: What Can We Learn from Patients? *Ann Intern Med* 2003; 138: 248-55
- Sanfey H, Saalwachter-Schulman AR, Nyhof-Young JM et al. Influences on Medical Student Career Choice. Gender or Generation? *Arch Surg* 2006; 141: 1086-94
- Salsberg ES, Forte GJ. Trends In The Physician Workforce, 1980-2000. *Health Affairs* 2002; 21: 165-73
- Schäfer W, Boerma W, Kringos DS et al. QUALICOPC, a multi-county study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice* 2011; 12: 115 1471-2296/12/115
- Schäfer, W.; Kroneman, M.; Boerma, W.; van den Berg, M.; Westert, G.; Devillé, W.; van Ginneken, E. (2010): *The Netherlands Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 12, 1*. Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf
- Schmacke N. DMP –Notwendigkeit zur Verbesserung der Versorgung oder Bedrohung hausärztlicher Arbeitsweise. *ZfA* 2006; 82: 479-485
- Schmacke N. Ärztemangel: viele Fragen werden noch nicht diskutiert. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 2006; 6 (3): 18-25
- Schmacke N, Niehues H, Stamer M, Berger B. Wanted: der Hausarzt. *Gesundheit und Gesellschaft* 2008; 11: 37-42

- Schmacke N. Professionenmix in der Patientenversorgung: ein weiterer steiniger Weg. *Gesundheit und Sozialpolitik* 5/2010, 35-39
- Schmacke N. Dilemmata in der Versorgungsforschung. Plädoyer für mehr Ergebnisoffenheit. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 11; 2011a: 16-22
- Schmacke N. Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: der weite Weg der Evidenzbasierung in der Versorgungsforschung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 65; 2011b: 32-36
- Schmacke N. Alter und Krankheit: eine Frage neuer Versorgungsformen, nicht nur für alte Menschen. In: Günster/Klose/Schmacke (Hrsg.). *Versorgungs-Report 2012. Schwerpunkt: Gesundheit im Alter*. Schattauer, Stuttgart 2012: 33-50
- Schmittziel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T. Effect of Primary Health Care Orientation on Chronic Care Management. *Annals of Family Medicine* 2006; 4: 117-123
- Schömann K. Ungenutzte Potenziale bei Übergängen zwischen Bildung und Arbeit: Ein internationaler Vergleich. *Wirtschaftsdienst* 2011; 91 (Sonderheft), 10-14
- Schönbach KH, Schliemann B, Malzahn J et al. Zukunft der Bedarfsplanung und Gestaltung der Versorgung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2011 (1); 65: 11-20
- Schwartz FW, Angerer P. (Hrsg.). *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen*. Deutscher Ärzte Verlag Köln 2010
- Sempowsky IP. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic reviews of the literature. *Can J Rural Med* 2004; 9: 82-8
- Showstack J, Lurie N, Larson EB, Rothman AA, Hassmiller S. Primary Care: The Next Renaissance. *Ann Intern Med* 2003; 138: 268-72
- Singh, D.; Lalani, H.; Kralj, B.; Newman, E.; Goodyear, J.; Hellyer, D.; Tepper, J. (2010): Ontario Population Needs-Based Physician Simulation Model. Final report. Toronto: Health Force Ontario by the Government of Ontario.
http://www.healthforceontario.ca/upload/en/whatishfo/needs-based_model_report-en001.pdf
- Sox HC. The Future of Primary Care. *Annals of Internal Medicine* 2003; 138: 230-1
- Staiger DO, Auerbach DI, Buerhaus PI. Comparison of Physician Workforce Estimates and Supply Projections. *JAMA* 2009; 302: 1674-80
- Spence D. Lessons from America: primary care. *BMJ* 2012; 344: e760
- Spurk D, Abele AE, Volmer J. The Career Satisfaction Scale: Longitudinal measurements invariance and latent growth analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2011; 84: 315-26
- Staffeldt T. Einfach und verständlich. Konvergenz der vertragsärztlichen Vergütung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2011 (2) 65: 34-38
- Staiger DO, Auerbach DI, Buerhaus PI. Comparison of Physician Workforce Estimates and Supply Projections. *JAM* 2009; 302: 1674-80
- Stamer M. Ärztinnen im deutschen Gesundheitssystem. Gesucht: Chefärztinnen und Professorinnen – Gefunden: Studentinnen und Assistenzärztinnen. In: Kolip P, Lademann J. (Hrsg.): *Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz*. Weinheim und München, Juventa Verlag 2010: 187-204.
- Stegmüller K, Greß S. *Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept*. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Februar 2011
<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/07866.pdf>
- Steinhäuser J et al. Lösungsansätze gegen den Allgemeinarmztmangel auf dem Land. Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung. *DMW* 2011; 136: 1715-9

- Steinhäuser J, Paulus J, Roos M et al. "Allgemeinmedizin ist trotzdem ein schönes Fach" – eine qualitative Studie mit Ärzten in Weiterbildung. ZEFQ 2011; 105: 89-96
- Stillfried D von, Szihal T. Möglichkeiten der fachgruppenspezifischen Risikoadjustierung der Verhältniszahlen für eine zeitgemäße Vergütung. Gesundheits- und Sozialpolitik 2011 (2); 65: 26-33
- Stordeur S, Léonard C. Challenges in physician supply planning: the case of Belgium. Human Resources for Health 2010; 8:28
- Taylor KS, Lambert TW, Goldacre MJ. Career progression and destinations, comparing men and women in the NHS: postal questionnaire surveys. BMJ 2009; 338: b1735. Doi: 10.1136/bmj.b1735
- Thommasen HV, van der Weyde MP, Michalos AC et al. Satisfaction with work and quality of life among British Columbia's physicians: A review of the literature. BC Medical Journal 2002; 44: 188-195
- Uhlemann T, Lehmann K. Reformkonzept des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Gesundheits- und Sozialpolitik 2011 (1); 65: 26-33
- Weigl M, Glaser J, Hornung S, Angerer P. Gestaltung ärztlicher Arbeit im Krankenhaus: Intervention und Evaluation. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 2010: 359-371
- Wennberg J. Time to tackle unwarranted variations in practice. BMJ 2011;342:d1413
- Woo B. Primary Care – The Best Job in Medicine? NEJM 2006; 355: 864-6
- Wolf K, Grgic M. Kindertagesbetreuung im europäischen Vergleich. Deutsches Jugendinstitut, München 2009
- Yamamura S. "Brain Waste" ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Wirtschaftsdienst 2009, 3: 196-201. DOI: 10.1007/s10273-009-0910-2
- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. BioMed Central. Human Resources for Health 2004; 2: 13 doi: 10.1186/1478-4491-2-13

Über den Autor

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, geb. 1948. Arzt für innere Medizin, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen. Habilitation in Public Health (Schwerpunkt Sozialmedizin). Langjährige Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst, zuletzt als Präsident der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Von 1999 bis 2003 Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband. Von 2003 bis 2011 Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung im Land Bremen e.V. sowie Hochschullehrer im Fachbereich Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen. Seit Oktober 2011 Mitglied der Abteilung Versorgungsforschung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Stellvertretendes Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Homepages: akg.uni-bremen.de, ipp.uni-bremen.de

E-Mail Kontakt: schmacke@uni-bremen.de

Privatanschrift: Marsse 48, 28719 Bremen



Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

Fachbereich 11 Human- und
Gesundheitswissenschaften
Grazer Straße 4
28359 Bremen

IPP Geschäftsstelle

Grazer Straße 4
28359 Bremen
Phone (+49) (+)421 - 218 68880/-68980
E-Mail health@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

IPP-Schriften, Ausgabe 11

Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Potenziale für
eine angemessene Versorgung. Gutachten im Auftrag des GKV-
Spitzenverbandes.

02/2013
ISSN 1864-4546 (Printausg.)
ISSN 1867-1942 (Internetausg.)