

# Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland – Potenziale für eine angemessene Versorgung

Teil 2: Die Nachwuchsdebatte

## *The Future of Family Medicine in Germany – Potentials For a Reasonable Care*

*Part 2: The Debate About New Blood*

Norbert Schmacke

**Zusammenfassung:** Die Schwierigkeiten der Rekrutierung von jungen Ärztinnen und Ärzten für eine Hausarzt Karriere sind Gegenstand lebhafter öffentlicher und politischer Debatten. Belastbare Studien zur Entwicklung von Karriereentscheidungen spielen in diesen Debatten bislang kaum eine Rolle. Dort zeigt sich, dass eine längsschnittliche Erhebung der Motivationslagen und Entscheidungswege unter Berücksichtigung deutlich unterschiedlichen Präferenzen von Frauen und Männern ein unverzichtbarer Baustein für die mittel- und langfristige Steuerung ist. Gleiches gilt für die Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung in Regionen, die künftig noch stärker als heute schon für die nachwachsenden Generationen der Ärzteschaft an Attraktivität verlieren. Hier kann die deutsche Debatte von internationalen Evaluationen profitieren. Vor allem muss dringend auf eigene belastbare Evaluationen von Förderkonzepten hingewirkt werden.

*Schlüsselwörter:* Allgemeinmedizin; Karrieren; Rekrutierung; Evaluation

**Summary:** Problems of recruiting young doctors for a career in family medicine is a matter of lively public and political debate. However, evidence-based studies about development of career decisions hardly play any role in this discussion. These studies show that longitudinal documentation of motivation and decisions (accounting for very different preferences of men and women) are important components for intermediate and longterm governance. The same holds true for measures supporting doctors to establish community practices in areas with decreasing attractiveness for renewable generations of physicians. Apparently, the debate in Germany can benefit from international evaluations. It seems essential to build upon and evaluate own supporting concepts to reach this goal.

*Keywords:* Family Medicine; Careers; Doctors' Recruitment; Evaluation

### Vorbemerkung

Der nachfolgende Text ist der zweite Teil einer dreiteiligen Serie, die auf dem gleichnamigen Gutachten des Autors für den GKV-Spitzenverband beruht. Das Gutachten ist in der Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen erschienen und kann frei heruntergeladen werden (<http://www.ipp.uni-bremen.de/srv/www.ipp.uni-bremen.de/web/>

downloads/ipp-schriften/ipp\_schriften11.pdf).

Teil 1 („Die Frage nach dem Bedarf an Ärztinnen und Ärzten“) erschien in der ZFA 6, Teil 3 („Die Kernpotenziale eines Systemwandels“) erscheint in der ZFA 9.

Im folgenden Text sind die Zitate nicht wie üblich mit Nummern angegeben, sondern mit den Autorennamen. Das erleichtert die Ortung im alphabetisch sortierten *Gesamtliteraturver-*

*zeichnis*, das in der o.g. online-Version des Gutachtens enthalten ist.

### 1. 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 vor allem auf die Karriereverläufe von besonderem Interesse. Internatio-

nal dominieren in der Forschung 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].

#### Pionierforschung durch Isobel Allen

Nun gibt es 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 dabei erstmals systematisch, wie stark klassische Rollenverteilungen zwischen Frauen und Männern die Karrierechancen beeinflussten und wie unterschiedlich der Erfolg einer Karriere eingeschätzt wurde. Die Autorin gab damals bereits eine Reihe von Empfehlungen zu den Voraussetzungen einer für Frauen und Männer gleiche Chancen bietenden Karriereförderung in der Medizin:

- 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]. Die Gesundheitssysteme nehmen immer noch nicht systematisch zur Kenntnis, dass Frauen es zwar 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.

#### Querschnittsuntersuchungen

Mehrere Querschnittstudien in den USA thematisierten die Frage der Berufszufriedenheit von ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten mit Blick auf die Organisation der Arbeit. Aus der Physician Work Life Study wurden im Jahr 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]. In einer weiteren national repräsentativen Befragung zu den Zeitpunkten 1997 und 2001 fand eine Arbeitsgruppe weder bei Generalisten noch bei Spezialisten alles in allem bedeutsame Veränderungen der Zufriedenheitswerte (hohe Zufriedenheit z.B. jeweils um die 40 %). 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].

Relevant erscheint 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 Einkommen und 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.

In einer 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 untersucht. Aus den Ergebnissen wurde die Schlussfolgerung abgeleitet, dass Arbeitgeber gut beraten seien, auf die Wünsche von Ärztinnen (in geringerem Umfang auch Ärzten) auf Teilzeitbeschäftigung einzugehen und die Arbeitsbedingungen auf eine bessere Vereinbarkeit von privaten und beruflichen Verpflichtungen abzustellen [später ähnlich Keeton et al. 2007]. Die bis 2010 reichenden Primärstudien zeigen wenig an wünschenswerter Bewegung seit Beginn der Dokumentation genderspezifischen Erlebens der Arztkarrieren in den USA.

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 %) 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 Autorengruppe stellt diese Diskrepanz als Kernbefund heraus: Es darf demzufolge aus Kritik an den konkreten Arbeitsbedingungen nicht vorschnell auf eine allgemeine Berufszufriedenheit geschlossen werden [Bestmann et al. 2010].

Eine Studie in Mecklenburg-Vorpommern zeigte bei Hausärztinnen und Hausärzten zuletzt ein hohes 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 zeigten

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].

### Längsschnittstudien in Deutschland

In Deutschland startete 1995 die erste – DFG finanzierte – längsschnittlich angelegte soziologische und sozialpsychologische Studie zu Laufbahntwicklung Erlanger universitärer Absolventinnen und Absolventen (BELA-E), darunter auch Ärztinnen und Ärzte, deren inzwischen siebte Erhebung 2010 erfolgte. 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 familiären 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.]. Abele spricht ausdrücklich von gesellschaftlich hervorgebrachten „Entmutigungsmechanismen“, die offenkundig in Deutschland besonders ausgeprägt sind [ebd., S. 54]: Viele Frauen fügen sich in die traditionelle weibliche Rolle. Die Ärztinnen in der BELA-E-Studie waren zum Zeitpunkt 2010 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 %, Männer hingegen weiter zu 94 % in Vollzeitbeschäftigung tätig. Der Beitrag von Ärztinnen zur Familienarbeit führt auch dazu, dass Ärztinnen seltener Kinder haben als Ärzte: Diese können 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 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 (KarMed-Studie der Universitäten Hamburg und Leipzig). Die Studie verfolgt eine Kohorte von PJ-Absolventinnen und Absolventen seit 2008. Erste relevante 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 geschlechtsspezifischen 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 Bus-

sche 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.

## 2. Befragung von Medizinstudierenden

Natürlich richtet sich das Interesse sehr stark auf die Frage der Karrierevorstellungen von Medizinstudierenden. Die Ergebnisse aus vorliegenden Untersuchungen verweisen erneut auf die Bedeutung längsschnittlich angelegter Erhebungen.

### Online-Befragungen

Eine große online-Befragung aller deutschen Medizinstudierenden (Institut für Soziologie der Universität Trier in Kooperation mit der KBV) im Jahr 2010 (12.518 ausgefüllte Fragebögen, entsprechend 15,7 % aller Studierenden) ergab bezüglich der Wunsch-Facharzttaus- bildung 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 % 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. Auch hier wird offenkundig, dass viele der weiblichen Medizinstudierenden die traditionelle zu erwartende „typisch weibliche“ Karriere antizipieren. Nicht unerwartet ist ein weiterer Befund: 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 eine weitere Arbeitsgruppe beschäftigt (Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg). In-

nerer Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie, Chirurgie, Anästhesiologie und Allgemeinmedizin wurden am häufigsten als Wunsch-Fachgebiete benannt. Die Studie konnte zeigen, dass die anfänglich sehr hoch bewertete Chirurgie deutlich an Attraktivität verlor, während etwa Allgemeinmedizin sich von anfänglich 7,1 % auf 10,0 % zum Studienende hin verbesserte [Miksch et al. 2012]. Die Heidelberger Arbeitsgruppe interpretierte ihre Daten zum einen in Richtung eines ausgeprägten Wunsches nach einem „planungssicheren Arbeitsplatz“.

#### Präferenz von Frauen für Allgemeinmedizin?

Besonders relevante Befunde fanden Miksch et al. [2012] 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]. Es fanden sich starke Hinweise darauf, dass die Förderung der Attraktivität hausärztlicher Tätigkeit noch einmal herausgehoben auf die Notwendigkeit eines genderspezifischen Ansatzes hinweist: Frauen werden nicht automatisch die Lösung der Problematik nicht spontan wieder besetzbarer Hausarztsitze erleichtern, wie in der gesundheitspolitischen Debatte wohl gelegentlich angenommen wird.

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 in Teil 3). Dieser Hinweis ist von großer Bedeutung; er wird gestützt durch eine studiengestützte 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 Betreuungszeiten für Kranke zu negativen Auswirkungen führt, in künftige Bedarfsplanungen einzurechnen.

#### Identitätsstiftung in der Allgemeinmedizin

Qualitative Studien können die Fragen nach den Verhaltens- und Haltungsänderungen allein ebenso wenig beantworten wie quantitative Querschnittstudien, aber sie können Hinweise darauf liefern, ob neue Dimensionen auftauchen, die in bisherige quantitative 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 sowie zu dem 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].

### 3. 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. Dabei ist der Erfahrungsvorsprung von Ländern wie den USA mit der Erprobung von Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung in „rural areas“ außerordentlich groß.

#### Pilotprojekt PSAP

Vor 38 Jahren (1974) wurde das Physician Shortage Area Program (PSAP) am Jefferson Medical College im US-Staat Pennsylvania entwickelt; es wird seither konstant evaluiert und stellt insoweit vermutlich das bestuntersuchte 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

**Prof. Dr. med. Norbert Schmacke ...**

... ist Hochschullehrer am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Von 2003 bis 2010 leitete er die Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung in Bremen ([www.akg.uni-bremen.de](http://www.akg.uni-bremen.de)). Er ist stellvertretendes unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Von den etwa 2400 Absolvierenden der Jefferson Medical School der Jahrgänge 1992 bis 2002 durchliefen 104 das Förderprogramm. Mehr als 40 % der so Geförderten praktizierten 2007 in dünn besiedelten Regionen Pennsylvanias im Vergleich zu etwa 16 % 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 gewonnen 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].

#### Internationale Bilanz zur Rekrutierung für ländliche Räume

Pathmann et al. [2004a] recherchierten für eine 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 ein-

geschlossenen Ärztinnen und Ärzte. Als besonders belastbar fanden sie drei Elemente:

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

Kanada 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. Dabei 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 Sem-powski 2004].

Erst ab etwa 2000 findet bei der Thematisierung der schlechter versorgten ländlichen Regionen das Thema „Frauenanteil unter den FPs (family physicians)“ mehr Beachtung. So äußerten Doescher et al. 2000 die Sorge, dass die Rekrutierungsprogramme sich nicht ausreichend darum bemühen, Frauen für eine FP-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]. Eine niederländische Untersuchung zeigte, 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].

#### Fixierung auf ärztliche Ressourcen

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 bezüglich übertriebener Erwartungen zu Vorsicht Anlass gibt).

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke  
Abt. Versorgungsforschung,  
Institut für Public Health und Pflege-  
forschung (IPP), Universität Bremen  
Marssele 48  
28719 Bremen  
[schmacke@uni-bremen.de](mailto:schmacke@uni-bremen.de)