

Ändert sich die Einstellung zur hausärztlichen Tätigkeit im Laufe der Weiterbildung im Krankenhaus?

Does Postgraduate Training Change the Attitude of Residents towards Working in Primary Care?

Hendrik van den Bussche*, Stine Ziegler*, Anja Rakebrandt, Rebecca Keim, Benjamin Pietsch, Martin Scherer

Einführung: Hintergrund der Studie ist der drohende Nachwuchsmangel im hausärztlichen Bereich. Das Ziel ist die längsschnittliche Untersuchung der langfristigen Berufsvorstellungen von Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums (Jahrgang 2009) während der Weiterbildung. Der Fokus lag auf der Präferenz der vertragsärztlichen Tätigkeit und im Speziellen auf den Fachdisziplinen der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin.

Material und Methoden: Jährliche standardisierte postalische Befragungen der Absolventinnen und Absolventen in sieben medizinischen Fakultäten vom Praktischen Jahr bis nach vier Jahren Weiterbildung. Rücklaufquoten: 48 % im ersten Befragungsjahr, danach in allen Befragungen 85 % und mehr. Längsschnittliche Auswertung mit deskriptiven und nonparametrischen Verfahren.

Ergebnisse: Nach vier Jahren Weiterbildung ergibt sich eine über die vier Jahre nahezu unveränderte Quote von 10 % künftig hausärztlich Tätigen. Darunter findet sich eine beträchtliche Zunahme der Attraktivität des Faches Allgemeinmedizin bei Ärztinnen, eine gegenteilige bei Ärzten. Das Fach Allgemeinmedizin wurde deutlich häufiger von Frauen, aber auch von Männern mit Kindern gewählt, und dies mit deutlich steigender Tendenz über die Weiterbildungsjahre. Bei Ärztinnen ist ebenfalls eine schnelle Zunahme der Präferenz für eine Angestellten-tätigkeit im Vergleich zur Niederlassung festzustellen.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse verdeutlichen das weiterhin bestehende Problem des Hausärztemangels. Dies wird dadurch noch deutlicher, dass die hausärztliche Tätigkeit zur Domäne von Ärztinnen wird, die zugleich überwiegend in Teilzeit und vielfach in Angestelltenform arbeiten wollen. Es ist dringend notwendig, diese Entwicklungen und Imponderabilien bei der Professionalisierung des Faches zu berücksichtigen, wenn eine Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, die den Namen verdient, noch erreicht werden soll.

Schlüsselwörter: Ärztliche Weiterbildung; Berufswahl; Allgemeinmedizin; Innere Medizin; Hausarzt

Introduction: Background is the imminent shortage of family practitioners in Germany. The objective is a multicentric longitudinal cohort study of medical graduates of class 2009 and investigation of their long-term career plans after four years of postgraduate training. Focus on their attitudes towards the disciplines of family and internal medicine and the work as a family practitioner.

Material and methods: Standardized annual postal surveys of all graduates of seven German medical faculties. Return rates were 48 % in the first year, and above 85 % in all the years after.

Results: Four years after the initial survey, the sample preferring to work in primary care after postgraduate training remained at 10 % of all residents. Over the four years the attractiveness of primary care had increased among female physicians, but lowered among males. Primary care was also preferred by female and (somehow) also by males who were parents. Almost half of the women preferring to work in family practice wished to work as an employee in a health center, the other half in (solo or small group) private practice.

Discussion: The results illustrate the remaining lack of future family practitioners. This becomes apparent due to the trend that women, who rather prefer part-time work and are less likely to be self-employed, increasingly choose family medicine. It is crucial to take those trends and imponderables into account to ensure reliable primary care for the future.

Keywords: postgraduate training; career choice; family practitioner; internal medicine; primary care

Einleitung

In den letzten Jahren hat die Diskussion über die beruflichen Ziele des ärztlichen Nachwuchses eine hohe Aufmerksamkeit erlangt. Dabei spielt die Frage nach der Einstellung junger Ärztinnen und Ärzte zur hausärztlichen Tätigkeit aufgrund des prognostizierten Mangels [1, 2] eine bedeutende Rolle. Die „KarMed“-Studie des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf untersucht den Karriereverlauf und die beruflichen Präferenzen von Ärztinnen und Ärzten vom Berufseinstieg bis zur fachärztlichen Anerkennung im Längsschnitt, um gesicherte Daten über das künftige hausärztliche Angebot zu ermitteln.

Ergebnisse der Befragung im Praktischen Jahr (PJ) und nach ein- bzw. zweijähriger Weiterbildung wurden bereits veröffentlicht [2, 3]. In diesem Aufsatz werden die Ergebnisse nach vier Jahren Weiterbildung präsentiert und mit denen der vorangegangenen Befragungen verglichen. Geprüft wurde, ob die bis dahin absolvierte Weiterbildung mit veränderten Präferenzen bezüglich einer späteren hausärztlichen Tätigkeit einhergeht.

Methoden

In der „KarMed“-Studie wurden in 2008/09 alle PJ-Studierenden von sechs medizinischen Fakultäten angeschrieben. Von den ursprünglich kontaktierten 2.107 Personen kamen 1.012 Fragebögen zurück (Rücklaufquote 48 %). Im Jahr danach wurden nur die 1.009 Probanden,

die den Kontaktbogen – und damit ihre Einverständniserklärung für die erneute Teilnahme – zurückgesandt hatten, wieder angeschrieben. Diese Prozedur wurde in den folgenden Jahren wiederholt. Alle Teilnehmenden erhielten bei jeder Befragung 10 Euro pro ausgefülltem Fragebogen. In den Folgebefragungen betrug die Rücklaufquote im Vergleich zum Vorjahr stets 85 % und mehr.

Der Zeitpunkt der Befragung wird im Text wie folgt wiedergegeben: T0 = Baseline-Befragung im PJ, T1 = während/nach dem ersten Weiterbildungsjahr, T2 = während/nach dem zweiten Weiterbildungsjahr usw. Zentral für die vorliegende Untersuchung ist die Frage: „In welcher Disziplin streben Sie die Anerkennung als Facharzt/Fachärztin an?“ Dabei konnten bis zu drei Prioritäten vergeben werden, im Folgenden wird allerdings lediglich die erste Priorität berücksichtigt. Es wurden vorrangig die Disziplinen Allgemeinmedizin und Innere Medizin ohne Schwerpunkt im Vergleich zu den anderen Disziplinen untersucht, da sich die Hausärzte und Hausärztinnen gemäß § 73 (1a) SGB V aus diesen beiden Disziplinen rekrutieren. Dabei müssen sich Fachärzte und Fachärztinnen für Innere Medizin ohne Schwerpunkt bei einer Tätigkeitsaufnahme in der vertragsärztlichen Versorgung entscheiden, ob sie haus- oder gebietsärztlich tätig sein wollen. Zusätzlich wurde gefragt: „Welche endgültige berufliche Position streben Sie nach der Beendigung der fachärztlichen Weiterbildung an?“ Auch hier konnten drei Prioritäten vergeben werden, allerdings wird auch hier nur die erste Priorität berücksichtigt. Mit dieser Frage wurde erhoben, ob eine Tätigkeit

in der vertragsärztlichen Versorgung in Form einer freiberuflichen Niederlassung oder in einem Anstellungsverhältnis bevorzugt wurde. Des Weiteren sind die Variablen Geschlecht (männlich oder weiblich) und Elternschaft von Bedeutung. Eltern sind in dieser Studie operationalisiert als Personen, die dauerhaft oder überwiegend mit einem Kind im Haushalt leben. In den Berechnungen wurden nur diejenigen miteinbezogen, die angaben, bereits mit der Weiterbildung begonnen zu haben.

Statistische Analyse

Die statistischen Analysen wurden mit SPSS für Windows Version 22 durchgeführt. Es wurde auf einem Signifikanzniveau von alpha 0,05 getestet. Zur bivariaten Analyse wurden Kontingenztafeln erstellt und die stochastische Unabhängigkeit durch Chi-Quadrat-Tests überprüft. Zur Analyse des Einflusses mehrerer Variablen auf eine binäre abhängige Variable wurden logistische Regressionen gerechnet.

Ethik

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer genehmigt (PV3063).

Ergebnisse

Studienkohorte

Die Studienkohorte zu den Befragungszeitpunkten T0 und T2 wurde in früheren Veröffentlichungen detailliert be-

	Gesamt			Ärztinnen			Ärzte		
	T0	T2	T4	T0	T2	T4	T0	T2	T4
Allgemeinmedizin	65 (6,8)	48 (6,9)	59 (9,1)	40 (6,4)	41 (8,6)	47 (10,7)	25 (7,5)	7 (3,2)	12 (5,7)
Innere Medizin ohne Schwerpunkt	64 (6,7)	59 (8,5)	64 (9,9)	45 (7,2)	45 (9,5)	46 (10,5)	19 (5,7)	14 (6,4)	18 (8,6)
Hausärztliche Disziplinen gesamt	129 (13,5)	107 (15,4)	123 (19,0)	95 (13,6)	86 (18,1)	93 (21,2)	44 (13,2)	21 (9,6)	30 (14,3)
Gebietsärztliche Disziplinen	810 (84,3)	584 (84,0)	522 (81,6)	517 (82,2)	385 (81,1)	343 (78,3)	273 (82,2)	199 (90,5)	179 (85,2)
Unentschieden/noch keine Vorstellung	22 (2,3)	4 (0,6)	3 (0,5)	17 (2,7)	4 (0,8)	2 (0,5)	5 (1,5)	0 (0,0)	1 (0,5)
Gesamt	961	695	648	629	475	438	332	220	210

Tabelle 1 Angestrebte fachärztliche Anerkennung nach Disziplin und Geschlecht (absolute Häufigkeiten, Spaltenprozentage in Klammern)

	Gesamt			Ärztinnen			Ärzte		
	T0	T2	T4	T0	T2	T4	T0	T2	T4
Niederlassung als Hausärztin/-arzt	-	48 (7,1)	44 (7,4)	-	34 (7,4)	29 (7,1)	-	14 (6,6)	15 (7,9)
Angestellt als Hausärztin/-arzt in Praxis/MVZ	-	18 (2,7)	25 (4,2)	-	17 (3,7)	22 (5,4)	-	1 (0,5)	3 (1,6)
Ambulante hausärztliche Tätigkeit insgesamt	91 (9,6)	66 (9,8)	69 (11,5)	55 (8,8)	51 (11,1)	51 (12,6)	36 (10,9)	15 (7,0)	18 (9,4)
Niederlassung als Gebietsarzt/-ärztin	-	128 (19,3)	100 (16,7)	-	76 (16,8)	56 (13,8)	-	52 (24,8)	44 (23,0)
Angestellt als Spezialist/-in in Praxis/MVZ	-	74 (11,2)	83 (13,9)	-	61 (13,5)	71 (17,5)	-	13 (6,2)	11 (5,8)
Ambulante gebietsärztliche Tätigkeit	264 (27,7)	201 (30,3)	183 (30,6)	187 (30,0)	137 (30,2)	127 (31,3)	77 (23,4)	64 (30,5)	55 (28,8)
Vertragsärztliche Tätigkeit insgesamt	355 (37,3)	265 (40,0)	252 (42,1)	242 (38,8)	186 (41,1)	178 (43,9)	113 (34,3)	79 (37,6)	73 (38,2)
Alle beruflichen Ziele	952 (100)	663 (100)	598 (100)	623 (100)	453 (100)	406 (100)	329 (100)	210 (100)	191 (100)

Tabelle 2 Angestrebte Varianten vertragsärztlicher Tätigkeit nach der fachärztlichen Anerkennung nach Geschlecht und Befragungszeitpunkt (absolute Häufigkeiten, prozentuale Anteile in Klammern)

schrieben [3, 4], weswegen hier nur Einzelheiten berichtet werden. Der Frauenanteil betrug in allen Befragungen ca. zwei Drittel, was knapp höher ist als der Frauenanteil im Medizinstudium. Im Jahr 2008 waren 58 % der Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums in Deutschland weiblich [5]. Nach vierjähriger Weiterbildung betrug der Altersmedian bei den Ärzten 31 Jahre, bei den Ärztinnen 30 Jahre. In fester Partnerschaft lebten 80 % der Befragten. Der Anteil der Befragten mit Kind stieg in den vier Jahren von 8 auf 29 %. In Bezug auf die beiden letzten Merkmale gab es keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Angestrebte fachärztliche Anerkennung

Tabelle 1 zeigt, dass sich die Bestrebungen, eine Anerkennung im Fach Allgemeinmedizin zu erlangen, zwischen den Geschlechtern auseinanderentwickelten: Bei den Ärztinnen ist über die vier Weiterbildungsjahre eine beträchtliche Zunahme der Attraktivität des Faches Allgemeinmedizin festzustellen (T0-T4: +67 %), während dies bei den Ärzten gegenläufig war (-24 %). Der Anteil der Ärztinnen, die eine Anerkennung im Fach Allgemeinmedizin anstrebten (11 %), war damit zu T4 fast doppelt so hoch wie der der Ärzte (6 %).

Parallel dazu nahm die Intention, einen Abschluss im Fach Innere Medizin ohne Schwerpunkt zu erreichen, in den fünf Jahren bei beiden Geschlechtern in einem vergleichbaren Umfang zu (Ärztinnen +46 %, Ärzte +51 %). Insgesamt hat das Interesse an den hausärztlichen Disziplinen Allgemeinmedizin und Innere Medizin ohne Schwerpunkt bei den Ärztinnen von T0 zu T4 um 56 % zugenommen, blieb aber bei den Ärzten mit +8 % eher unverändert. Insgesamt erreichte die Präferenz für diese hausärztlichen Fächer einen Anteil von fast einem Fünftel aller Fachpräferenzen.

Befragte mit Kind strebten bei beiden Geschlechtern zu T4 fast doppelt so häufig eine Anerkennung im Fach Allgemeinmedizin an wie kinderlose Ärztinnen und Ärzte (18 % mit vs. 6 % ohne Kind; $p < 0,05$). Ärztinnen mit Kind präferierten das Fach Allgemeinmedizin zu 21 %, Ärzte mit Kind „nur“ zu 12 % (n.s.). Allerdings war der Prozentsatz für Ärzte mit Kind signifikant höher als der für Ärzte ohne Kind (12 % vs. 3 %; $p < 0,05$). Es entscheiden sich demnach mehr Frauen als Männer mit Kind für das Fach Allgemeinmedizin, allerdings hat ein Kind im Haushalt auch auf Männer einen signifikanten Effekt auf die Wahl dieser Disziplin.

Ärztinnen mit dem Ziel eines Abschlusses in Allgemeinmedizin wollen deutlich häufiger (68 %) in Teilzeit ar-

beiten als Ärztinnen in den anderen Disziplinen. Bei Ärztinnen mit Kind stieg der Prozentsatz der künftigen Absolventinnen eines hausärztlichen Abschlusses, die Teilzeit anvisierten, auf 85 %. Demgegenüber wollten 85 % der Ärzte eine Vollzeittätigkeit ausüben.

Sektorziel hausärztliche Versorgung

Eine Ausrichtung auf eine fachärztliche Anerkennung in Allgemeinmedizin bzw. in Innerer Medizin ohne Schwerpunkt heißt noch nicht, dass diese Personen tatsächlich in der hausärztlichen Versorgung tätig werden wollen. Deswegen wurden sie auch direkt gefragt, welchen Versorgungssektor sie nach der fachärztlichen Anerkennung anstreben.

Tabelle 2 zeigt, dass insgesamt 12 % der Befragten eine hausärztliche Tätigkeit anstrebten, darunter tendenziell mehr Ärztinnen (13 %) als Ärzte (9 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant.

Tabelle 2 zeigt auch, dass die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit bei den Ärztinnen zwischen T0 und T4 deutlich gestiegen ist (von 9 auf 13 %), während bei den Ärzten eine gewisse Tendenz zur Abnahme zu beobachten ist. Allerdings zeigt sich in der logistischen Regressionsanalyse zu T4, dass unter Kontrolle der Variablen Eltern-

	Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung			Tätigkeit in der gebietsärztlichen Versorgung			Tätigkeit in anderen Sektoren		
	Gesamt	Ärztinnen	Ärzte	Gesamt	Ärztinnen	Ärzte	Gesamt	Ärztinnen	Ärzte
Allgemeinmedizin	47 (70,1)	37 (75,5)	10 (55,6)	1 (0,6)	1 (0,8)	0 (0,0)	5 (1,6)	4 (2,0)	1 (0,9)
Innere Medizin (ohne Schwerpunkt)	11 (16,4)	5 (10,2)	6 (33,3)	16 (9,1)	14 (11,6)	2 (3,7)	25 (7,8)	17 (8,3)	8 (7,0)
Innere Medizin (mit Schwerpunkt)	3 (4,5)	2 (4,1)	1 (5,6)	33 (18,9)	19 (15,7)	14 (25,9)	37 (11,6)	21 (10,2)	16 (14,0)
Anderes Fach	5 (7,5)	4 (8,2)	1 (5,6)	125 (71,4)	87 (71,9)	38 (70,4)	251 (78,7)	162 (79,0)	89 (80,0)
Unentschieden	1 (1,5)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	1 (0,5)	0 (0,0)
Gesamt	67 (100)	49 (100)	18 (100)	175 (100)	121 (100)	54 (100)	319 (100)	205 (100)	114 (100)

Tabelle 3 Angestrebte fachärztliche Anerkennung in den Disziplinen Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin zu T4 nach präferiertem Versorgungssektor (absolute Häufigkeiten, Spaltenprozentage in Klammern)

schaft und bevorzugte Arbeitszeit nach der Weiterbildung das Geschlecht keinen signifikanten Einfluss auf die Entscheidung für eine hausärztliche Tätigkeit hat. Dagegen ist der Faktor Elternschaft durchaus relevant: Es ist 2,9-mal wahrscheinlicher, dass ein Arzt oder eine Ärztin in der hausärztlichen Versorgung arbeiten möchte, wenn ein Kind im Haushalt lebt ($p = 0,001$).

Bei den Ärztinnen war von T2 zu T4 eine bemerkenswerte Entwicklung weg von der Freiberuflichkeit festzustellen: Zu T4 wollten bereits 43 % einen Angestelltenstatus, zwei Jahre davor lag dieser Prozentsatz erst bei 33 %. Die Wahrscheinlichkeit, eine Niederlassung im Vergleich zu einer Anstellung zu wählen, war bei Ärztinnen, welche die ambulante Versorgung bevorzugten, um ca. zwei Drittel niedriger. Dagegen war die Wahrscheinlichkeit, eine freiberufliche Tätigkeit anzustreben bei Eltern 1,9-mal größer und bei einer angestrebten Vollzeittätigkeit sogar um den Faktor 3,8 größer.

Tabelle 3 stellt die „Kreuzprobe“ zwischen der Disziplin, in der die fachärztliche Anerkennung angestrebt wird, und dem bevorzugten Versorgungssektor dar. Diese zeigt erstens, dass mehr als die Hälfte (52 %) der angehenden Fachärzte und Fachärztinnen für Innere Medizin ohne Schwerpunkt eine Tätigkeit außerhalb der ambulanten Versorgung anstrebt (Beispiele: Krankenhaus, Arbeitsmedizin, öffentliches Gesundheitswesen), nur

21 % möchten hausärztlich und weitere 31 % gebietsärztlich tätig werden. Demgegenüber wollten nur 11 % nach abgeschlossener Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin nicht hausärztlich tätig werden. Rechnet man alle zusammen, die vorrangig an den Fächern Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin ohne Schwerpunkt und zugleich an einer hausärztlichen Tätigkeit interessiert waren, kommt man zu den Befragungszeitpunkten T4 und T2 auf 9 % der Untersuchungspopulation im Vergleich zu 8 % zu T0. Das Reservoir an fachlich für eine hausärztliche Tätigkeit Qualifizierten wird demnach nur zu ca. zwei Dritteln ausgeschöpft.

Diskussion

Zunächst fällt das hohe Maß an Übereinstimmung zwischen den Befragungszeitpunkten auf. Unter Berücksichtigung der Präferenzen für die beiden Fächer Allgemeinmedizin und allgemeine Innere Medizin einerseits und des favorisierten Versorgungssektors andererseits kann nach vier Jahren Weiterbildung von einer Quote von 9 % künftig hausärztlich Tätigen ausgegangen werden. Dieser Prozentsatz ist geringfügig höher als der zu T0 (8 %), ist aber seit T2 nicht weiter gestiegen [6, 4, 7].

Unterhalb dieses grundsätzlichen Befundes sind vier auffällige Entwicklungen zu beobachten:

- Ärztinnen wiesen im Laufe der Weiterbildung ein deutlich zunehmendes Interesse an einer Anerkennung in einem hausärztlichen Fach auf, Ärzte hingegen kaum. Insgesamt erreichte die Präferenz für diese Fächer einen Anteil von fast einem Fünftel aller Fachpräferenzen. Das Reservoir für die hausärztliche Tätigkeit kann damit als beträchtlich bezeichnet werden.
- Ärztinnen und – weniger ausgeprägt – Ärzte mit Kind bevorzugten signifikant häufiger eine hausärztliche Tätigkeit bzw. eine entsprechende fachärztliche Anerkennung. Das Geschlecht allein hat keinen signifikanten Einfluss.
- Bei den Ärztinnen, die die ambulante Versorgung als künftiges Tätigkeitsfeld bevorzugten, entwickelte sich über die vier Jahre eine deutliche Zunahme der Präferenz für ein Angestelltenverhältnis.
- Geschlechtsunabhängig war die Wahrscheinlichkeit fast viermal so hoch, eine Anstellung zu bevorzugen, wenn nach der fachärztlichen Anerkennung keine durchgehende Vollzeittätigkeit angestrebt wurde ($p < 0,01$).

Zusammenfassend betrachtet kann lediglich die Variable Elternsein – für sich bzw. in Kombination mit dem weiblichen Geschlecht – als fördernd für die Wahl einer hausärztlichen Tätigkeit erachtet werden. Maßgeblich für eine solche Präferenz dürfte die Möglichkeit sein, die Inanspruchnahme der Praxis und somit die eigene Arbeitsbelastung

Prof. Dr. med. Hendrik van den Bussche ...

... war von 1.1.1993 bis 31.3.2011 Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Von 2003 bis 2006 war er zugleich Prodekan für Lehre der Hamburger Medizinischen Fakultät. Er ist Sprecher des Forschungsverbundes „Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung“ („MultiCare“) im Rahmen des Verbundes „Gesundheit im Alter“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF). Darüber hinaus ist er Leiter des Forschungsvorhabens „Karriereverläufe und Karrierebrüche bei Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung“, das seit 2008 ebenfalls vom BMBF gefördert wird.

Stine Ziegler ...

... hat Sozialwissenschaften an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf studiert und macht jetzt ihren Master in Politikwissenschaften an der Universität Hamburg. Seit 2015 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf im Projekt „Karriereverläufe von Ärztinnen und Ärzten während der fachärztlichen Weiterbildung“.

zu steuern, während die Arbeit im Krankenhaus durch Fremdbestimmung von Arbeitsvolumen und Arbeitszeit geprägt ist. Dies gilt noch mehr für den Angestelltenstatus.

Die Auswertung hat allerdings auch gezeigt, dass die Befragten mit einer bestimmten Fachpräferenz nicht immer die hausärztliche Tätigkeit verbinden. So verknüpfen Ärzte und Ärztinnen, die die Fachdisziplin Innere Medizin ohne Schwerpunkt bevorzugten, dies nur zu einem Viertel mit einer späteren hausärztlichen Tätigkeit, obwohl diese Tätigkeit gemäß § 73 (1a) des SGB V und Anlage 5 Bundesmantelvertrag Ärzte für die so Weitergebildeten die naheliegende Tätigkeitsmöglichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung darstellt.

Bedeutung für die vertragsärztliche Bedarfsplanung

Die berichteten Zahlen verweisen auch auf ein nicht triviales Problem in der Diskussion um die vertragsärztliche Bedarfsplanung nach § 73 SGB V [6]. Dieses Planungskonzept unterstellt, dass die Zahl der Anerkennungen im Fach Allgemeinmedizin mit der Häufigkeit einer anschließenden hausärztlichen Tätigkeit übereinstimmt. Diese Perspektive übersieht, dass ein gewisser Prozentsatz der Ärzte und Ärztinnen mit Weiterbildungszertifikat Allgemeinme-

dizin (z.B. 11 % zu T4 in der KarMed-Untersuchung) vermutlich nicht hausärztlich tätig werden. Die KarMed-Daten zeigen auch, dass nur die Hälfte der Ärztinnen unmittelbar nach der Anerkennung eine Vollzeittätigkeit aufnehmen möchte. Nicht einkalkuliert wird ferner, dass eine (kaum abschätzbare) Zahl von Hausärztinnen ihre vertragsärztliche Tätigkeit verringert oder unterbricht, wenn sie Mutter werden. Dass die Probleme des drohenden Mangels außerhalb der (Groß-) Städte noch viel größer sein werden, liegt auf der Hand [2–4].

Folgen für den hausärztlichen Beruf

Die Daten belegen eine zunehmende geschlechtsspezifische Dissoziation im vertragsärztlichen Bereich. Die hausärztliche Tätigkeit entwickelt sich zurzeit rasch zu einer Domäne der Ärztinnen, während Ärzte eher eine Spezialistentätigkeit (im Krankenhaus, aber auch in der ambulanten Versorgung) anstreben. Es ist dringend notwendig, diese Entwicklungen bei der Professionalisierung des Faches zu berücksichtigen, wenn eine Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, die den Namen verdient, noch erreicht werden soll. Zu fragen ist: Wie kann das große Reservoir an hausärztlich Interessierten erfolgreicher motiviert werden,

sich tatsächlich hausärztlich zu betätigen [7, 8]?

Auf den Prüfstand gehört in diesem Zusammenhang auch die hausärztliche Weiterbildung. Sie muss für alle, insbesondere für Ärztinnen, aber auch für Ärzte mit Kind, attraktiver und bewältigbar werden. Es ist mehr als irritierend, dass die hausärztliche Weiterbildung de facto neun bis elf Jahre dauert [8], und Berufsverband bzw. wissenschaftliche Gesellschaft dies gelassen hinzunehmen scheinen.

Stärken und Schwächen

Zu den Stärken gehören die Längsschnittlichkeit, die Multizentrität und die vergleichsweise große Kohorte. Eine Rücklaufquote von nahezu 50 % zu T0 und stets über 85 % in den nachfolgenden Befragungen ist für Befragungen von Medizinstudierenden bzw. Ärzten und Ärztinnen als hoch anzusehen. Ein Problem derartiger Längsschnittstudien ist die Panelmortalität: In jeder erneuten Befragung fallen Teilnehmer aus. Dieses Ausscheiden könnte systematisch entlang bestimmter Merkmale erfolgen, wodurch es zu Verzerrungen in den Ergebnissen käme.

Förderung: Die KarMed-Studie wurde von 2008 bis 2014 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und vom Europäischen Sozialfonds gefördert (Förderkennzeichen 01FP0803 und 01FP0804). Seit 2015 wird die Studie durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt.

Interessenkonflikte: Die Autoren geben an, dass ihr Institut durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung finanziell gefördert wird.

Korrespondenzadresse

Stine Ziegler
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 741057162
sziegler@uke.de

Literatur

1. Ärztemangel. Deutsches Ärzteblatt Dossiers 2010 und 2011
2. van den Bussche H, Kromark K, Köhl-Hackert N, et al. Hausarzt oder Spezialist im In- oder Ausland? Gesundheitswesen 2012; 74: 786–92
3. Birck S, van den Bussche H, Jünger J, et al. Verändert sich das vertragsärztliche Berufsziel Hausarzt oder spezialisierter Internist im Verlauf der Weiterbildung? Z Allg Med 2014; 90: 508–16
4. Klement A, Ledig T, Becker M. Landflucht, Überalterung, Hausarztmangel: Diskussionsbeitrag zur zukünftigen medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen. Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 2009; 20: 35–8
5. Statistisches Bundesamt. GENESIS-Online Datenbank. Wiesbaden, 2016
6. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der Vertragsärztlichen Versorgung, 15. Oktober 2015
7. Jerg-Bretzke L, Limbrecht K. Wo sind sie geblieben? – Eine Diskussion über die Positionierung von Medizinerinnen zwischen Karriere, Beruf und Familie. GMS Z Med Ausbild 2012; 29: 1–11
8. Becka D, Rusche H, Huenges B. Wo arbeiten die Allgemeinmediziner nach der Facharztanerkennung? Z Allg Med 2015: 440–445



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als laminierte, zweiseitige Tischkarte im A5-Format. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (www.degam-leitlinien.de) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:

Philipp Leson
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Friedrichstraße 133
10117 Berlin
Tel.: 030 209669800
Fax: 030 209669899
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de

Dr. med. Anne Barzel
DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 741059769
Fax: 040 741053681
E-Mail: leitlinien@degam.de