

# Wie kann hausärztliche Arbeit zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen?

## Herausforderungen an die ärztliche Professionalität\*

### The Contribution of Primary Care Physicians to Population Health

#### Challenges of Medical Professionalism

Johannes Siegrist

#### Zusammenfassung

Angesichts wirtschaftlicher, soziodemografischer und gesundheitspolitischer Veränderungen steht hausärztliches Handeln vor Herausforderungen, die eine Besinnung auf die Kernelemente ärztlicher Professionalität erfordern. Diese beziehen sich (wie die viel beachtete, 2002 international publizierte Charta ärztlicher Professionalität fordert) nicht allein auf die Sicherung des individuellen Patientenwohls, sondern auch auf die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Letztere schließt die Stärkung evidenzbasierter ärztlicher Arbeit, die Sicherung des universellen Zugangs zur medizinischen Versorgung sowie die Mitarbeit bei Bemühungen um eine Verringerung sozial ungleich verteilter Krankheitslast in der Bevölkerung ein. Der Beitrag leitet nicht nur die Debatte um ärztliche Professionalität aus der medizinsoziologischen Forschung her, sondern erläutert auch anhand konkreter Beispiele, wie Hausärzte der zuletzt genannten Forderung nachkommen können.

#### Schlüsselwörter

Ärztliche Professionalität; Hausärzte; gesellschaftliche Verantwortung; gesundheitliche Ungleichheit; Medizinsoziologie

#### Summary

Family physicians are confronted with new challenges in view of economic, socio-demographic and health policy-related changes. Among these challenges, a critical reflection on core principles of medical professionalism is required. According to the widely acknowledged Charter of Medical Professionalism (published in 2002) these principles refer not only to the preservation and improvement of well-being of individual patients, but equally to physicians' societal responsibility. This responsibility includes the strengthening of evidence-based professional performance, the availability of universal access to health care services, and the physicians' commitment to a reduction of social inequalities in population health. This paper traces the current debate on medical professionalism back to its origins in medical sociological research, and illustrates specific examples of primary care activities that contribute to a reduction of the health burden of socially deprived population groups.

#### Keywords

medical professionalism; family physicians; social responsibility; health inequalities; medical sociology

#### Hintergrund

Mit ihrer erfolgreichen Institutionalisierung in akademischer Lehre und Forschung stellt sich der Allgemeinmedizin in Deutschland die Aufgabe, ihren Versorgungsauftrag unter den veränderten ökonomischen, soziodemografischen und gesundheitspolitischen Bedingungen kritisch zu reflektieren. Eine solche Reflexion erfordert ein gewisses Maß an Distanz zum eigenen Fach, zur vertrauten Binnenperspektive. Ärztliches Handeln aus einer Außenperspektive zu betrach-

ten ist eine Aufgabe der Soziologie, speziell der Subdisziplin Medizinsoziologie. Sie untersucht die gesellschaftlichen Funktionen der Medizin und der in ihr handelnden Berufsgruppen, ebenso wie die soziale Dimension der Entstehung und Bekämpfung von Krankheiten [1]. Bereits in der Frühphase ihrer Entwicklung hat diese Disziplin ihr Augenmerk auf die Besonderheiten ärztlichen Handelns und die es bestimmenden gesellschaftlichen Normen gerichtet. Kein Geringerer als Talcott

Parsons, der damals einflussreichste theoretische Soziologe, hat 1951 in einer maßgebenden Arbeit die sogenannte Arztrolle definiert [2]. Der Begriff ‚soziale Rolle‘ bezeichnet die spezifischen normativen Erwartungen, welche an den Inhaber einer bestimmten sozialen Position gerichtet werden. Rollennormen beinhalten Pflichten und Vorrechte, die mit den Aufgaben der jeweiligen Position verbunden sind und deren Befolgung durch Mechanismen sozialer Kontrolle gewährleistet wird.

Life Science Center, Universitätsklinikum Düsseldorf

DOI 10.3238/zfa.2020.0083-0087

\*Dieser Beitrag stellt die gekürzte Fassung meines Vortrags anlässlich des 53. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) am 13. September 2019 in Erlangen dar. Im Dienste besserer Lesbarkeit wird nachfolgend nur die männliche Form verwendet, während damit stets beide Geschlechter angesprochen werden.

Nach Parsons lässt sich die *Arztrolle* anhand der nachfolgend genannten vier normativen Erwartungen beschreiben:

- Erstens soll ärztliches Handeln *funktional spezifisch* sein. Dies bedeutet, dass es den Rahmen der spezifisch erworbenen Qualifikation nicht überschreiten darf.
- Zweitens sollte ärztliches Handeln ohne Ansehen der Person erfolgen, es sollte sich an *universellen Werten* orientieren, nicht an persönlichen Merkmalen wie Hautfarbe, Geschlecht, Einkommen, politische oder religiöse Überzeugung. Die Wahrung oder Wiederherstellung von Gesundheit ist ein solcher universeller Wert. Er sichert als Maxime ärztlichen Handelns die prioritäre Befolgung dieses Ziels.
- Drittens sollte die Beziehung zum Patienten *affektiv neutral* sein, d.h., sie sollte ausschließlich von den sachlichen Motiven ärztlichen Expertentums geleitet sein, ohne den eigenen emotionalen Bedürfnissen Spielraum zu lassen.
- Viertens sollte sich ärztliches Handeln stärker nach der Förderung des „*kollektiven Wohls*“ als nach den eigenen wirtschaftlichen Interessen richten. Damit wird hervorgehoben, dass die mit dem ärztlichen Handeln gegebene Verantwortung nicht nur gegenüber dem einzelnen Patienten besteht, sondern im Rahmen eines allgemeinen Versorgungsauftrags auch gegenüber der Gesellschaft. Die Orientierung am kollektiven Wohl sollte den ärztlichen Berufsstand von all jenen Berufsgruppen unterscheiden, deren primäres Ziel die individuelle Nutzenmaximierung ist.

Parsons' Definition der *Arztrolle* lässt unschwer erkennen, dass sie am Ideal des freiberuflich tätigen Arztes orientiert ist, der über ein hohes Maß an beruflicher Autonomie verfügt und dessen dominante Stellung gegenüber Patienten ebenso wenig bezweifelt wird wie sein hohes gesellschaftliches Prestige. Selbst wenn man bedenkt, dass zwischen den so definierten normativen Erwartungen und dem alltäglichen Handeln der Ärzteschaft weitreichende Diskrepanzen bestehen, wird deutlich, dass Parsons

durch die Fixierung der *Arztrolle* auf die Freiberuflichkeit bereits damals schon sichtbare Aspekte der Verflechtung ärztlichen Handelns mit gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Einflussfaktoren ausgeblendet hat. Es stellt sich daher die Frage, welche Geltung die vier von ihm herausgestellten Merkmale der *Arztrolle* für die gegenwärtige Medizin, und speziell für die Allgemeinmedizin, besitzen.

### Kernmerkmale ärztlicher Professionalität

Hausärzte sind entsprechend dem Sicherstellungsauftrag für die Grundversorgung der Bevölkerung mit ambulant zu erbringenden medizinischen Leistungen zuständig. Das damit verbundene breite Spektrum von Behandlungsanlässen reicht von der Abklärung ungeklärter Symptome und Befindlichkeiten über die kontinuierliche Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen bis hin zu erster Hilfe und Notfällen sowie zur palliativen Versorgung und Betreuung infaust Erkrankter. Hier überall steht das Wohl des einzelnen Patienten im Vordergrund. Aber auch die Förderung des kollektiven Wohls zählt zu der allgemeinärztlichen Verantwortung. Sie hat eine ökonomische und eine gesundheitspolitische Komponente. In ökonomischer Sicht soll ärztliches Handeln ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und somit die Kostenkontrolle berücksichtigen. In gesundheitspolitischer Sicht soll ärztliches Handeln angesichts knapper Güter der Maxime der Verteilungsgerechtigkeit folgen und dafür Sorge tragen, dass der tatsächliche Behandlungsbedarf der Bevölkerung gedeckt wird, dass also sowohl Über- als auch Unterversorgung vermieden werden.

Diese *doppelte Verantwortung* gegenüber dem individuellen Kranken und gegenüber der Gesellschaft stellt angesichts umfangreicher und teilweise neuer Erwartungen an hausärztliches Handeln eine große *Herausforderung* dar. Zu diesen Erwartungen zählen nicht nur die vielen, von den kassenärztlichen Vereinigungen koordinierten und kontrollierten Bestimmungen zur Wirtschaftlichkeit, welche Art und Umfang medizinischer

Leistungen direkt oder indirekt beeinflussen. Ebenso wichtig sind Vorschriften zur Qualitätssicherung und zur umfassenden Dokumentation des Behandlungsgeschehens. Schließlich werden vonseiten der Patienten neue Anforderungen an ärztliches Handeln gestellt: Sie beinhalten beispielsweise Erwartungen an optimierte Gesundheit, aber auch Hilfe bei konfliktreichen ethischen Entscheidungen angesichts biomedizinischer Fortschritte. Zudem sind Hausärzte vermehrt mit vorinformierten Patienten konfrontiert, die professionelle Beratung umfangreich in Anspruch nehmen.

Die Frage der Begrenzung ärztlicher Autonomie durch die skizzierten Entwicklungen ist von der medizinsoziologischen Forschung nach Parsons kontrovers diskutiert worden [3, 4]. Es ist interessant festzustellen, dass die dadurch angestoßene Debatte in erster Linie von engagierten Ärzten in den USA, Kanada und Großbritannien aufgegriffen und durch Beiträge in führenden medizinischen Fachzeitschriften einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht wurde [5, 6]. In diesem Kontext ist die im Jahr 2002 in den *Annals of Internal Medicine* veröffentlichte *Charta ärztlicher Professionalität* zu nennen, in welcher der Versuch unternommen wurde, *Kernmerkmale ärztlicher Professionalität* angesichts neuer Herausforderungen und Bedrohungen zu definieren [7]. Dabei bezeichnet Professionalität die Ausübung des Berufs unter Befolgung bindender ethischer Normen und daran orientierter Einstellungen und Verhaltensweisen. In Erweiterung der von Parsons genannten normativen Erwartungen an die *Arztrolle* werden die folgenden Kernmerkmale definiert:

1. Verpflichtung zu beruflicher Kompetenz
2. Ehrlichkeit gegenüber Patienten
3. Vertraulichkeit von Patientinformation
4. Beachten der Patientenautonomie
5. Bemühen um bestmögliche Behandlung
6. strikte Befolgung ärztlicher Verantwortlichkeiten
7. Stärkung des Vertrauens durch Offenlegung von Interessenkonflikten

8. Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz
9. Erleichterung des Zugangs von Patienten zum medizinischen Versorgungssystem
10. Bemühen um gerechte Zuteilung von Ressourcen angesichts ungleichen Bedarfs.

Während die ersten sieben Merkmale Anforderungen an ärztliches Handeln gegenüber den einzelnen Patienten beschreiben, zielen die letzten drei Merkmale auf die ärztliche Verantwortung gegenüber der Gesellschaft ab. Mit der Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz sollen Qualität, Sicherheit und Kosteneffizienz ärztlichen Handelns gewährleistet sein. Mit der Erleichterung des Zugangs von Patienten zu benötigten Versorgungsangeboten soll die bereits von Parsons angemahnte Kollektivitätsorientierung ärztlichen Handelns gesichert werden. Schließlich sollen Ärzte für eine bedarfsgerechte Zuteilung knapper Ressourcen sorgen, um einer drohenden Ungleichheit der Behandlung von Patienten vorzubeugen. Mit diesen Bestimmungen wird das erwähnte Spannungsfeld ärztlichen Handelns zwischen Zuwendung zum individuellen Kranken und Orientierung an von außen vorgegebenen Verpflichtungen und Zwängen genauer umrissen. Allerdings bleibt unklar, wie die aus der gesellschaftlichen Verantwortung abgeleiteten Erwartungen das ärztliche Handeln konkret beeinflussen können und sollen. Nachfolgend wird versucht, dieses Problem weiter zu klären.

### Ärztliches Handeln und gesellschaftliche Verantwortung

An erster Stelle wird in der zitierten Charta die verstärkte Orientierung an *evidenzbasierter Medizin* genannt. Mit ihr wurde in den 1990er-Jahren ein neues Paradigma ärztlichen Handelns begründet, dessen vorrangiges Ziel darin besteht, die Qualität, Sicherheit, Wirksamkeit und Kosteneffizienz medizinischer Maßnahmen zu erhöhen und dadurch deren „Rationalität“ zu verbessern [8]. Es besteht kein Zweifel, dass evidenzbasierte Medizin wichtige Aspekte ärztlicher

Professionalität gestärkt hat und weiterhin stärkt, beispielsweise durch Optimierung diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen auf Basis neuer Erkenntnisse der biomedizinischen Forschung. Jedoch können einzelne negative Effekte ihrer Implementierung nicht ausgeschlossen werden. So weist beispielsweise eine neuere Arbeit auf Probleme bei der *Befolgung klinischer Handlungsleitlinien* hin [9]: Strikte Verfahrensregeln können im Widerspruch zu eigenem ärztlichen Urteil und klinischer Erfahrung stehen. Behandlungsempfehlungen beruhen oft auf Ergebnis-



#### Prof. Dr. Johannes Siegrist ...

... ist seit 2012 Seniorprofessor an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf. Zuvor war er dort Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie sowie Leiter des Public-Health-Studiengangs. Zahlreiche Forschungsarbeiten zu Einflüssen moderner Erwerbsarbeit auf die Gesundheit sowie zu sozialer Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit.

sen bei selegierten Patientengruppen, wodurch ihre Anwendbarkeit etwa bei komplexen Problemstellungen und bei der Behandlung multimorbider Patienten begrenzt ist. Regelmäßige Konsultierung der Leitlinienempfehlungen und ihrer Begründung kosten Zeit und können das unter Zeitdruck stehende ärztliche Handeln einengen. Schließlich werden Leitlinien als Teil eines weiterreichenden Programms der Kontrolle ärztlichen Handelns gesehen. Bestimmungen des Qualitätsmanagements sowie der Datenverwaltung und Datenübermittlung verstärken den Einfluss von Wirtschaft, Bürokratie und Politik auf ärztliche Entscheidungen. Mit erhöhter Transparenz und ver-

stärkter Steuerbarkeit des Handelns werden die professionelle Autonomie des Ärztestands eingeschränkt. Dieses zuletzt genannte Argument wird von manchen Allgemeinmedizinerinnen geteilt, wie eine neuere deutsche Studie zeigt [10]. Somit wird das Postulat verstärkter Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz als Merkmal ärztlicher Professionalität ambivalent bewertet. Einerseits stärkt es die von Parsons betonte funktionale Autorität der Arztrolle. Andererseits begrenzt seine Befolgung die berufliche Autonomie insbesondere dort, wo organisatorische und wirtschaftliche Abhängigkeiten das freiberufliche Handeln beschneiden.

Das zweite, die gesellschaftliche Verantwortung bestimmende Merkmal ärztlicher Professionalität, *die Verpflichtung, möglichst allen Patienten den benötigten Zugang zu Versorgungsangeboten zu ermöglichen*, ist in Deutschland leichter zu befolgen als in Ländern, welche finanzielle Zugangsbarrieren der Inanspruchnahme errichtet haben, wie die USA. Hierzulande hat die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung Anspruch auf ambulante und stationäre Behandlung, deren Inanspruchnahme durch finanzielle Belastungen (speziell Zuzahlungen) nur geringfügig eingeschränkt wird. Aus Sicht des niedergelassenen Hausarztes besteht daher nur begrenzter Handlungsbedarf, wenn es darum geht, diesen Aspekt gesellschaftlicher Verantwortung weiter zu stärken. Anders sieht es aus, wenn die Frage des Zugangs zur ärztlichen Versorgung aus gesundheitspolitischer Sicht beurteilt wird. Denn im gesamten Bundesgebiet bestehen deutliche regionale Unterschiede der Hausarztichte [11]. Sie betreffen zum einen die ostdeutschen im Vergleich zu den westdeutschen Bundesländern, zum andern aber auch im Westen wirtschaftlich schwache im Vergleich zu wohlhabenden Regionen. Bedenkt man, dass zwischen 2007 und 2017 jede siebte hausärztliche Praxis geschlossen worden ist, dann verschärft sich dieses Problem. Ob die zurzeit diskutierten Anreize für eine Niederlassung in schlecht versorgten Regionen ausreichen und damit diese strukturelle Schiefelage korrigiert werden kann, muss offenbleiben.

Wenden wir uns schließlich dem dritten Merkmal ärztlicher Verantwortung gegenüber der Gesellschaft zu, dem Gebot nach einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung durch eine angemessene Zuteilung knapper Ressourcen. Jeder einzelne Hausarzt sollte sich fragen: „Setze ich meine Zeit und die mir verfügbaren Mittel so ein, dass sie den Bedarf meiner Patienten möglichst optimal treffen? Gibt es Situationen, in denen ich mehr tun könnte und mehr tun sollte, um den Bedarf derer, die wirklich leiden, zu decken?“ Und weiter stellt sich die Frage: „Tun wir als Ärztegemeinschaft eines Ortes oder einer Region genug, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten?“ Es ist zugegebenermaßen schwierig, den Bedarf an gesundheitlicher Versorgung genauer zu bestimmen. Und es ist bekannt, dass es systembedingte Probleme der Fehlversorgung, vor allem der Über- und Unterversorgung gibt. Dies hat auch die DEGAM vor einigen Jahren in ihrer Stellungnahme zum Thema Über- und Unterversorgung festgestellt [12]. Das Postulat der gesellschaftlichen Verantwortung, welches in der Charta ärztlicher Professionalität hervorgehoben wird, zielt jedoch darauf ab, die in der Bevölkerung ungleich verteilte Krankheitslast durch eine bedarfsgerechte Versorgung zu verringern. Im Sinne einer *bürgerorientierten Professionalität* sollte sich die Ärzteschaft somit fragen, wie die so offenkundig sozial ungleiche Krankheitslast durch die Konzentration präventiver und therapeutischer Bemühungen auf benachteiligte Gruppen verringert werden kann.

Es mag erstaunen, zu erfahren, dass in einem wirtschaftlich so erfolgreichen Land wie Deutschland mit seinem weit entwickelten Gesundheitssystem nach wie vor ausgeprägte Unterschiede der Lebenserwartung zwischen armen und reichen Bevölkerungsgruppen bestehen. Dies veranschaulichen neue Daten des sozioökonomischen Panels aus den Jahren 1992 bis 2016. Unterteilt man die Bevölkerung in fünf Gruppen des gewichteten mittleren Haushaltseinkommens, dann besteht bei Männern zwischen der untersten und der obersten Gruppe ein Unterschied der mittleren Lebenserwartung bei Geburt von 8,6

Jahren, bei Frauen von 4,4 Jahren. Dabei handelt es sich nicht um ein Armutsproblem am unteren Ende der Einkommensverteilung, denn das Gefälle der Lebenserwartung durchzieht die gesamte Bevölkerungsstruktur [13]. Der soziale Gradient von Morbidität und Mortalität ist keine Besonderheit Deutschlands. Er findet sich vielmehr in allen entwickelten Gesellschaften trotz großer wirtschaftlicher, gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Fortschritte [14].

Was kann der einzelne Hausarzt und was kann die Allgemeinmedizin insgesamt zur Minderung dieses drängenden Problems beitragen? Betrachtet man einzelne Lebensphasen bezüglich ungleicher gesundheitlicher Beeinträchtigung genauer, dann lassen sich durchaus einige sinnvolle und wirksame Maßnahmen identifizieren. Genannt seien beispielsweise intensive, kompetent durchgeführte Beratungsgespräche bei Schwangeren aus bildungsarmen Schichten, um das Gesundheitsverhalten zu verbessern und die Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig in Anspruch zu nehmen [15]. Ein wichtiges Problem schichtspezifischer Gesundheitsgefährdung im Kindes- und Jugendalter, mit dem sich Hausärzte häufig konfrontiert sehen, stellt das *Übergewicht* dar [16]. Gewichtskontrolle durch Ernährung und Bewegung, durch Aufklärung und Motivation sowie durch Bearbeitung psychosozialer Konflikte im familiären Umfeld stellen wesentliche Aufgaben der *Familienmedizin* dar. Ferner zählt die besondere Nähe zum sozialen Umfeld der Patienten durch Hausbesuche und durch sorgfältige sozialanamnestische Erhebung zu den Stärken hausärztlicher Arbeit. Mit der *Sozialanamnese* erhalten Patienten Gelegenheit, den Hintergrund ihrer Beschwerden und Sorgen zu thematisieren. Es ist hier nicht der Raum, auf die weitreichende Bedeutung gesundheitsgefährdender psychosozialer Belastungen einzugehen, welche die sozial ungleich verteilte Krankheitslast in der Bevölkerung weiter verstärken. Sie zu ermesen ist dem Arzt nur in einer patientenzentrierten, sprechenden Medizin möglich. Mit lediglich geringem Aufwand vermag er beispielsweise die pathogenen Aspekte sozialer Isolation,

sozialer Ausgrenzung und fehlenden sozialen Rückhalts bei Patienten zu erkunden und entsprechend präventiv oder therapeutisch zu handeln [17]. Ähnliches gilt angesichts der in der Sprechstunde häufig vorgebrachten Sorgen um den Erhalt der Arbeit und um belastende Erfahrungen in der täglichen Erwerbsarbeit. Auch hier kann der informierte und motivierte Hausarzt krankmachende Aspekte identifizieren und zumindest zu einer Stärkung der Ressourcen beitragen, mit deren Hilfe Patienten ihre beruflichen Belastungen besser zu bewältigen vermögen [18]. Es bestehen somit gezielte Ansatzpunkte, an denen ärztliches Handeln zur *Linderung sozial ungleicher Krankheitslast* in der Bevölkerung beitragen kann.

## Fazit

Hausärztliches Handeln steht angesichts wirtschaftlicher, soziodemografischer und gesundheitspolitischer Veränderungen vor Herausforderungen, die eine Besinnung auf die Kernelemente ärztlicher Professionalität erfordern. Diese beziehen sich nicht allein auf die Sicherung des individuellen Patientenwohls, sondern auch auf die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft. Im Zentrum steht hierbei die sozial ungleich verteilte Krankheitslast der Bevölkerung, zu deren Verringerung Hausärzte durch eine Reihe gezielter präventiver und therapeutischer Maßnahmen beitragen können.

## Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

## Literatur

1. Siegrist J. Medizinische Soziologie. 6. Aufl. München: Elsevier, 2005
2. Parsons T. The social system. New York: The Free Press, 1951
3. Light DW, Levine S. The changing character of the medical profession: a theoretical overview. *Milbank Quart* 1988; 66:10–32
4. Timmermans S, Kolker ES. Evidence-based medicine and the reconfiguration of medical knowledge. *J Health Soc Behav* 2004; 45: 177–193
5. DeAngelis CD. Medical professionalism. *JAMA* 2015; 313: 1837–1838
6. Sullivan WM. Medicine under threat: professionalism and professional identity. *CMAJ* 2000; 162: 673–675



7. American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, American College of Physicians – American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243–246
8. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JA, Haynes BR, Richardson WR. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71–72
9. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014; 348: g3725
10. Kühlein T, Madlo-Thiess F, Wambach V, Schaffer S. Zehn Jahre Qualitätsmanagement: Wahrnehmung und Stellenwert aus Sicht von Hausärzten in einem Ärztenetz. *Gesundheitswesen* 2018; 80: 226–231
11. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann RR. Faktencheck Gesundheit. Regionale Verteilung von Arztstühlen (Ärztedichte). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2014
12. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden, Nomos Verlag 2001. [www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2000-2001/Befragung/094.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Befragung/094.pdf) (letzter Zugriff am 26.09.2019)
13. Lampert T, Hoebel J, Kroll LE. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *J Health Monitoring* 2019; 4: 3–15
14. Mackenbach JP. Health inequalities. Persistence and change in modern welfare states. Oxford: Oxford University Press, 2019
15. Robert Koch-Institut. Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, 2017
16. Robert Koch-Institut. Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Berlin: Robert Koch-Institut, 2008
17. Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM (Hrsg). *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2014
18. Siegrist J. Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. München: Elsevier, 2015

---

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Johannes Siegrist  
 Universitätsklinikum Düsseldorf  
 Moorenstr. 5  
 40225 Düsseldorf  
[siegrist@uni-duesseldorf.de](mailto:siegrist@uni-duesseldorf.de)

**Inkl. 54. DEGAM-Kongress**

**BERLIN**  
 JUNE 24–27, 2020

**25<sup>th</sup> WONCA EUROPE CONFERENCE**

**Core Values of Family Medicine: Threats and Opportunities**

Conference Secretariat: GUARANT International  
 Na Pankraci 17, 140 21 Prague 4, Czech Republic, Phone: +420 284 001 444  
 E-mail: [woncaeurope2020@guarant.cz](mailto:woncaeurope2020@guarant.cz), [www.facebook.com/woncaeurope2020/](http://www.facebook.com/woncaeurope2020/)

[www.woncaeurope2020.org](http://www.woncaeurope2020.org)

