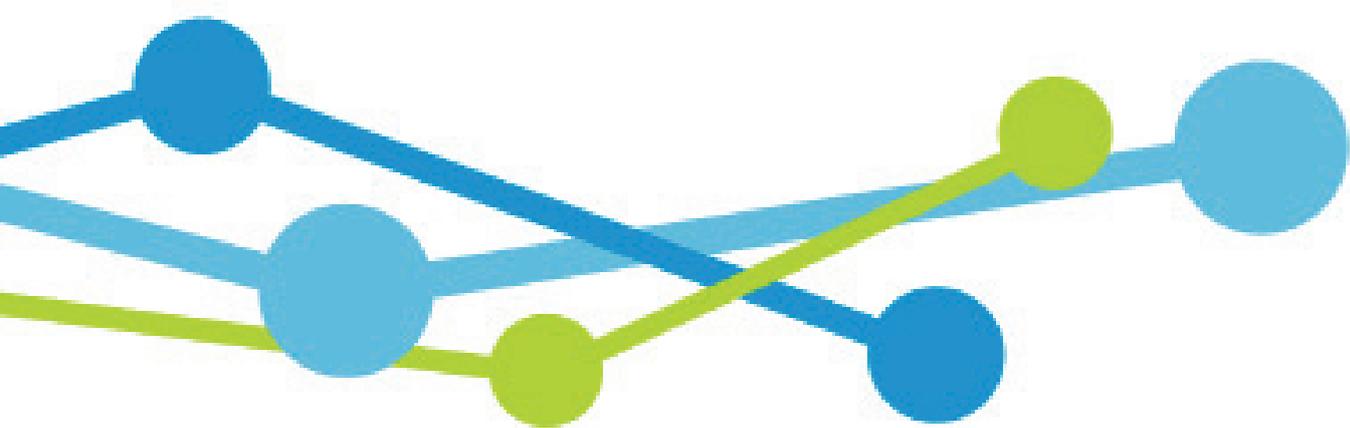


Ergebnisse der KarMed-Kohortenstudie sowie Schlussfolgerungen für die fachärztliche Weiterbildung und die vertrags-, insbes. hausärztliche Tätigkeit

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche



www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**
Salzufer 8
10587 Berlin

Berlin, den 04.10.2022

Korrespondenz an:

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, +49 30 4005 2450, zi@zi.de

Übersicht

1	Einführung.....	4
2	Methode	4
3	Ergebnisse	4
3.1	Die Dynamik der angestrebten fachärztlichen Anerkennung	4
3.2	Präferierter Versorgungssektor nach der Weiterbildung	5
3.3	Longitudinale Statusvorstellungen der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung.....	6
3.4	Longitudinale Arbeitszeitvorstellungen der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung	6
3.5	Ortspräferenzen bezüglich der hausärztlichen Tätigkeit	6
3.6	Die reale Dauer der fachärztlichen Weiterbildung	6
3.7	Die Qualität der ärztlichen Weiterbildung	7
4	Schlussfolgerungen	9
4.1	Allgemeine Empfehlungen zur fachärztlichen Weiterbildung	9
4.1.1	Konzeptualisierung der Weiterbildung als Bildungsprozess	9
4.1.2	Einfügung ambulanter Abschnitte in Weiterbildungsordnungen	10
4.1.3	Weitere Empfehlungen zur Weiterbildung im Krankenhaus	10
4.1.4	Frauen- und familienfreundlichere Gestaltung der Weiterbildung	11
4.2	Strukturänderungen in der vertragsärztlichen Versorgung	11
4.2.1	Neue Formen der Berufsausübung.....	11
4.2.2	Intensivierung der Kooperation zwischen ärztlichen und anderen Gesundheitsberufen	12
4.3	Bedingungen für eine Stabilisierung der hausärztlichen Berufstätigkeit.....	12
4.3.1	Spezifische Rekrutierungsstrategien für die hausärztliche Tätigkeit.....	13
4.3.2	Effektivierung der hausärztlichen Weiterbildung	14
4.3.3	Weitere Professionalisierungsmaßnahmen	15
5	Limitationen der Studie.....	17
6	Anlage 1: Abbildungsverzeichnis.....	19

*Every adventure requires a first step**(Lewis Carroll: Alice in Wonderland)*

1 Einführung

Alle Ärzte und Ärztinnen müssen nach der Approbation unter Ägide der Ärztekammern eine Weiterbildung von mindestens fünf bis sechs Jahren absolvieren, um kassenärztlich tätig werden zu können. Trotz der Bedeutung des Abschnittes Weiterbildung für die Qualifikation und somit für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung gibt es zurzeit nur eine umfangreiche Studie zur Situation der Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung (im Folgenden: ÄiW), die „**KarMed**“-Kohortenstudie (Acronym für **K**arriereverläufe von **Ä**rztinnen und **Ä**rzten während der fachärztlichen Weiterbildung), die vom Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf seit 2008 durchgeführt wird.

Soweit bekannt hat die KarMed-Studie Alleinstellungscharakter, weil sie multizentrisch [Rekrutierung in sieben medizinischen Fakultäten (Erlangen, Gießen, Hamburg, Heidelberg, Köln, Leipzig und Magdeburg)], längsschnittlich und genderdifferenziert angelegt ist, und darüber hinaus auf einer großen Stichprobe basiert.

2 Methode

Datenbasis der KarMed-Studie sind jährliche postalische Befragungen einer Kohorte von Studierenden, die im Jahrgang 2008/09 ihr Praktisches Jahr (PJ) absolviert haben und während sechs Jahren fachärztlicher Weiterbildung begleitet wurden. Die Messzeitpunkte werden mit T0 (für das Praktische Jahr) bis T6 (nach sechs Jahren Weiterbildung), d. h. für insgesamt sieben Befragungen angegeben. Zu T0 umfasste die Kohorte 1012 Teilnehmende (Rücklaufquote 48% von 2107 versandten Fragebögen). Zu T6 wurden noch 567 Ärztinnen und Ärzte angeschrieben, die an der T5-Erhebung teilgenommen hatten, 433 von ihnen meldeten sich im Zeitraum von Oktober 2015 bis Mai 2016 zurück (Rücklaufquote 76,4%). Zwei Drittel der befragten Personen waren zu T0 weiblich, was wenige Prozente über dem Anteil der Studentinnen in der ärztlichen Ausbildung lag. Der Alters-Median betrug zu T0 27, zu T6 33 Jahre. Der Anteil der Befragten mit Kindern stieg in diesen sechs Jahren von 8% auf 52%. In einer Nacherhebung nach 10 Jahren seit der Approbation (T7) betrug dieser Anteil bereits 71% (vgl. Abb. 1, Seite 20).

3 Ergebnisse

3.1 Die Dynamik der angestrebten fachärztlichen Anerkennung

- a. Die Präferenzen der **PJ-Studierenden** sind in den Abbildungen 2, 3 bis 4 dargestellt. Demnach bevorzugten die PJ-lerinnen signifikant die Fächer Frauen- und Kinderheilkunde, während die PJ-ler signifikant die chirurgischen Fachrichtungen mit Schwerpunkt und tendenziell die internistischen mit Schwerpunkt bevorzugten. Bezüglich der Wahl aller anderen Fachrichtungen - auch der Allgemeinmedizin - gab es zu Weiterbildungsbeginn kaum geschlechtsspezifische Unterschiede (vgl. Abbildung 2, Seite 20). Bezüglich der bevorzugten Sektoren und Positionen wollten die angehenden Ärzte in erster Linie im Krankenhaus, speziell in Leitungspositionen, tätig werden, während die künftigen Ärztinnen den ambulanten Sektor und die Positionen ohne Leitungsfunktion im Krankenhaus bevorzugten (vgl. Abbildung 3, Seite 21). Männer wollten nach der fachärztlichen Anerkennung überwiegend in Vollzeit, angehende Ärztinnen hälftig in Teilzeit arbeiten. Angehende Ärztinnen aus den alten Bundesländern wollten bereits am Ende der Ausbildung nur noch zu einem Drittel in Vollzeit arbeiten, während dies bei den angehenden Ärztinnen aus den neuen Bundesländern immerhin noch bei mehr als der Hälfte der Fall war (vgl. Abbildung 4, Seite 21).
- b. Über die ab Weiterbildungsbeginn untersuchten sechs Jahre gewann die Fachrichtung **Allgemein-**

medizin bei den Ärztinnen deutlich an Attraktivität (T0: 7,1% vs. T6: 11% = +55%; vgl. Abbildung 5, Seite 22). Das Interesse von Ärztinnen in Weiterbildung mit Kind für das Fach Allgemeinmedizin war nach sechsjähriger Weiterbildung signifikant größer als bei Ärztinnen ohne Kind (T6: Ärztinnen mit Kind 87% vs. ohne Kind 13%); im Vergleich dazu betrug der Anteil der Ärztinnen mit Kind in allen anderen Disziplinen zusammen 42%. Auch dieser Unterschied war signifikant. Bei den Ärzten war das Interesse an der Fachrichtung Allgemeinmedizin konstant ca. 5% der Kohorte (vgl. Abbildung 6, Seite 22) und - detailliert - Abschnitt 4.3.1).

- c. Auch die Fachrichtung **Anästhesiologie** zeigte im gleichen Zeitraum einen starken Anstieg der Attraktivität (+54%), und dies bei beiden Geschlechtern¹. Auch für diesen Präferenzanstieg spielte das Elternsein bei beiden Geschlechtern eine wichtige Rolle. Insoweit verwundert es nicht, dass „nur“ 15% der ÄiW in der Anästhesiologie eine Vollzeittätigkeit anstrebten, darunter 10% der künftigen Anästhesiologinnen. Keine(r) der Befragten dieser Berufsgruppe strebte zu T6 eine Klinikleitungsstelle an. Anästhesiologie ist - zusammenfassend betrachtet - kein spezielles „Frauenfach“, sondern - wenn man es bildlich unter einem ähnlichen Begriff fassen wollte - ein „Eltern-Teilzeit-Fach“².
- d. In der Weiterbildung in **Innerer Medizin** verschob sich die Attraktivität über die sechs Jahre deutlich von der Inneren Medizin mit Schwerpunkt (IMmS) zur Inneren Medizin ohne Schwerpunkt (IMoS) (IMoS +97%, IMmS -80%³). Diese Entwicklung fand in erster Linie bei den Ärzten statt (vgl. Abb.6 und 7, Seite 22 und Seite 23). Auch diese Entwicklung war assoziiert mit einer Teilzeitpräferenz. Wenn ein Kind im Haushalt lebte, bevorzugten 80% der weiblichen ÄiW ein Teilzeitmodell nach der fachärztlichen Anerkennung, bei den männlichen waren es „nur“ 13%⁴.
- e. Die Entwicklung in den **chirurgischen Fachrichtungen** ging in die gegenteilige Richtung: Deren Attraktivität nahm von T0 bis T6 deutlich bei beiden Geschlechtern ab (Ärztinnen -25%, Ärzte -32%). Diese Entwicklung war - mit Ausnahme der Fachrichtung Orthopädie/Unfallchirurgie - in erster Linie auf einen Attraktivitätsverlust der spezialisierten chirurgischen Fachrichtungen (ChimS) zurückzuführen, insbes. bei den Ärzten (T0-T6: Ärzte -41%; vgl. Abb. 8, Seite 23). Parallel dazu hat die Fachrichtung Chirurgie ohne Schwerpunkt (ChioS) als berufliches Endziel in der aktuellen Generation der ÄiW kaum noch eine Bedeutung (vgl. Abb. 8, Seite 23). Eine weitere Besonderheit ist, dass 63% der (wenigen) künftigen Chirurginnen eine Vollzeittätigkeit anstrebten. Auch hier gibt es eine Assoziation mit dem Elternsein, allerdings in der umgekehrten Richtung: Zu T6 betrug der Anteil der chirurgieinteressierten Ärztinnen mit mindestens einem Kind 21%, was signifikant niedriger ist als der entsprechende Anteil in allen anderen Disziplinen zusammen (48%).
- f. **Frauenheilkunde** und **Kinderheilkunde** wiesen über die sechs Jahre geringere Präferenzverluste auf, was auf eine Abnahme der initial hohen Attraktivität dieser Fachrichtungen bei den Ärztinnen zurückzuführen war.

3.2 Präferierter Versorgungssektor nach der Weiterbildung

Im Laufe der untersuchten sechs Jahre nahm das Interesse an einer Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung im Allgemeinen bzw. in der hausärztlichen Versorgung im Besonderen bei den Ärztinnen deutlich zu (vgl. Abschnitt 4.4.1), während das Krankenhaus als endgültige Arbeitsstätte bei den Ärztinnen entsprechend stark an Attraktivität verlor. Bei den Ärzten in Weiterbildung blieb das Krankenhaus die Arbeitsstätte mit der größten Präferenz.

1 Vgl. van den Bussche H, Plümer L et al. Betrachtungen zur hohen Attraktivität der Fachrichtung Anästhesiologie und Intensivmedizin in der ärztlichen Weiterbildung. *Anästh Intensivmed* 2017;58:1-10.

2 Der Begriff „Famolisierung“, so der Titel eines Workshops der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie am 4.11.2016, trifft die spezifische Lage der Anästhesiologie weit genauer als der der „Feminisierung“.

3 Ärztinnen wiesen zu T5 eine ca. 16mal höhere Chance (odds ratio) auf als Ärzte, eine Anerkennung in der IMoS anzustreben (Vgl. Selch S, Boczor S et al. Eine Abstimmung mit den Füßen gegen die Spezialisierung in der Inneren Medizin? - Zur Attraktivität der internistischen Fachrichtungen im Verlauf der ärztlichen Weiterbildung. *Gesundheitswesen* 2020. Epub ahead of print DOI: 10.1055/a-1138-0663).

4 Ob das wachsende Desinteresse an den IMmS-Fachrichtungen und das große Interesse an einer Teilzeittätigkeit zu personellen Problemen in den Kliniken der Inneren Medizin führen könnte, sollte weiter untersucht werden.

3.3 Longitudinale Statusvorstellungen der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

- a. Bei den hausärztlich interessierten Ärztinnen nahm die Präferenz für eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis über die Zeit noch zu (T2: 31% vs. T6: 43%), entsprechend sank das Interesse an einer Niederlassung; künftige Hausärzte hingegen bevorzugten tendenziell die Niederlassung (T6: 74%) (vgl. Abb. 9 und 10, Seite 24 und Seite 24). Demgegenüber präferierten die weiblichen Interessentinnen an einer gebietsärztlichen Tätigkeit schon mehrheitlich eine Anstellung, während die männlichen ÄiW fast ausnahmslos die Niederlassung befürworteten (vgl. Abb. 10, Seite 24). Beispielsweise bevorzugten 44% der vertragsärztlich interessierten Ärztinnen mit dem Ziel einer Anerkennung in Innerer Medizin eine Anstellung.
- b. Unter denen, die das Krankenhaus als endgültigen Arbeitsplatz bevorzugten, nahm das Interesse an einer leitenden Position (Chef- bzw. Oberarzt) über die sechs Jahre noch einmal um die Hälfte ab, insbesondere bei den Ärzten. Bei den Ärztinnen war dieser Prozentsatz ohnehin vernachlässigbar: Zu T5/T6 gab es in der Kohorte keine einzige Ärztin mehr, die Leitende Ärztin werden wollte.

3.4 Longitudinale Arbeitszeitvorstellungen der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

Bei den Assistenzärztinnen stieg die Attraktivität einer Teilzeitbeschäftigung nach Erlangung der Anerkennung über den sechsjährigen Beobachtungszeitraum von 35% auf 59% an (vgl. Abb. 11, Seite 25). Auch bei den Ärzten wurde eine gewisse Tendenz zur Teilzeitarbeit festgestellt (T1: 6 % vs. T6: 17 %). Mehr als zwei Drittel (69%) der weiblichen ÄiW, die später hausärztlich arbeiten wollten, wollten dies in Teilzeit tun⁵. Wenn ein Kind vorhanden war, stieg dieser Prozentsatz zu T6 auf 96% (Abb. 12, Seite 25)⁶.

Selbst bei den künftigen Fachärztinnen im Krankenhaus näherte sich dieser Prozentsatz der 50 %-Marke (42 % zu T5, 47 % zu T6)⁷. Bei den Assistenzärztinnen, die Eltern waren, war das Interesse an Teilzeitarbeit signifikant mit der Anzahl der Kinder assoziiert, was bei den Assistenzärzten nicht der Fall war. Dies ist einer der vielen Hinweise auf die Persistenz der traditionellen Rollenverteilung von Mann und Frau im Bereich der medizinischen Versorgung.

3.5 Ortspräferenzen bezüglich der hausärztlichen Tätigkeit

15% der hausärztlich Interessierten Ärztinnen möchten nach sechs Jahren Weiterbildung in einer ländlichen Region, weitere 32% in einer Kleinstadt (<20T Einw.) tätig werden. Die Werte zu T5 waren vergleichbar, ebenso diese der PJ-Studierenden (T0). Daraus folgt, dass es in den 2010er Jahren eine stabile und relativ große Population von Ärztinnen in Weiterbildung gegeben hat, die ländlich/kleinstädtisch orientiert war und ist. (vgl. Abb. 13, Seite 26). Aufgrund der zu kleinen Zahlen kann eine Aussage für die Ärzte nicht gemacht werden. Bei einer Nacherhebung 10 Jahre nach Approbation (T7; noch unveröffentlicht) fanden wir eine noch stärkere Tendenz für eine Berufstätigkeit „auf dem Lande“. Es ist denkbar, dass diese Steigerung mit der Zunahme des Elternanteils (vgl. Abb. 1, Seite 20) und dem entsprechenden Wunsch nach großräumigeren Wohnverhältnissen, assoziiert ist.

3.6 Die reale Dauer der fachärztlichen Weiterbildung

In der Mehrzahl der Fachrichtungen beträgt die Mindestdauer der Basisweiterbildung laut Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer fünf Jahre, in Innerer Medizin und Chirurgie sechs Jahre.

5 Ein vergleichbarer Prozentsatz an Teilzeitinteressierten wurde für diejenigen Ärztinnen gefunden, die beabsichtigen, als Spezialistinnen in der vertragsärztlichen Versorgung zu arbeiten (T5: 61% -> T6: 63%).

6 Der Anteil derjenigen Ärzte, die nach der Weiterbildung eine Teilzeittätigkeit anstrebten, unterschied sich im Übrigen kaum zwischen Ärzten mit und ohne Kind.

7 Auch künftige Fachärztinnen, die keine leitende Funktion anstrebten, bevorzugten zu 66 % eine Teilzeitbeschäftigung; dies war sogar bei einem Drittel (32 %) derjenigen der Fall, die eine Oberärztinnen-Position anvisierten.

Das Problem ist am auffälligsten in der Fachrichtung Allgemeinmedizin: Nur 14% derjenigen Ärztinnen, die eine entsprechende Anerkennung anstrebten, hatten diese in den sechs Jahren auch erreicht (vgl. Tab. 1). Die Verzögerung gegenüber der Mindestzeit hat sowohl mit der Elternschaft, aber auch mit der Unstrukturiertheit der Weiterbildung zu tun⁸.

Der Vergleich mit einer Schweizer Studie zeigt, dass die reale Dauer der Weiterbildung in Deutschland und die damit einhergehenden geringen Abschlussquoten innerhalb der Mindestzeit (+ einem Jahr) in Deutschland strukturell bedingt und somit prinzipiell behebbar sind⁹. Unterschätzt wird dieses Output-Problem dadurch, dass diejenigen, die ihre Weiterbildung im Laufe der sechs untersuchten Jahre definitiv abgebrochen haben, vermutlich nicht mehr an den KarMed-Befragungen teilnahmen und somit die Erfolgsquoten nicht mehr negativ beeinflussen konnten.^{10 11}.

Tabelle 1 Anteil der nach sechs Jahren erhaltenen fachärztliche Anerkennungen nach Fachrichtung und Geschlecht			
	Allgemeinmedizin	Kinderheilkunde	Anästhesiologie
Ärztinnen	14%	28%	21%
Ärzte	38%	25%	44%
Ärzt:innen	18%	28%	29%

Die vorgeschriebene Dauer der Weiterbildung und die Abschnitte in den Weiterbildungsordnungen in Monaten und Jahren als Mindestdauer zu deklarieren, entbindet die deutschen Kliniken von der Aufgabe, regelhaft für einen Abschluss der Weiterbildung in der Mindestzeit Sorge zu tragen. Stattdessen sollte das Prinzip gelten, dass Mindestzeit und reale Zeit in der Regel übereinstimmen.

3.7 Die Qualität der ärztlichen Weiterbildung

- a. Aktuell ist die Weiterbildung ein „training on the job“. Die fachärztliche Anerkennung ist eher ein Nebenprodukt der täglichen ärztlichen Arbeit im Krankenhaus, auch wenn ambulante Anteile deutlich zunehmen. Die ÄiW sind in erster Linie Arbeitnehmer mit allen Pflichten und Rechten des Arbeitnehmerstatus. Ein etwaiger Status als Weiterzubildende(r) existiert nicht, ein Weiterbildungsvertrag wird zwischen den Weiterbildenden und den ÄiW nicht abgeschlossen. Die mit ÄiW besetzten Stellen werden voll auf den Stellenplan angerechnet, mit Ausnahme der geförderten Stellen für Allgemeinmedizin. Stellen(-Anteile) für Qualifizierung gibt es nicht, ebenso wenig wie Berücksichtigung von nachgewiesenem Lehr(mehr)aufwand. Die praktischen Lernbedingungen bestehen aus der stressreichen täglichen klinischen Arbeit unter personellen Knappheitsbedingungen. Eine Strukturierung der Arbeitsabläufe im Hinblick auf die Qualifizierung fehlt.
- b. Das „Erlernen der Verantwortungsübernahme in der Patientenversorgung“ wurde von den Ärztinnen in der KarMed-Untersuchung mit „teils/teils“ beantwortet, Ärzte hingegen wurden nach eigenen Angaben signifikant besser auf diese Aufgabe vorbereitet. Die Aussage „Ich erhalte konstruktive Rückmeldungen über die Qualität meiner praktischen Fertigkeiten“ bejahten zu T4 „nur“ knapp

8 van den Busche H, Scherer M et al. Was wissen wir über Dauer und Effektivität der gebietsärztlichen Weiterbildung? Deutsch Med Wochenschr 2018;143:152-158.

9 In der Schweiz wurde eine deutlichere Erhöhung der Dauer der Weiterbildung (über 24 Monate über WBO-Vorgabe) in den Fachrichtungen Allgemeiner Innerer Medizin und Chirurgie „lediglich bei 10-25% der Befragten“ gefunden [Vgl. Berchtold P, Zwahlen M. Dauer der ärztlichen Weiterbildung (in der Schweiz; d. V.) - Untersuchung über die Gründe der Abweichungen von der Mindestdauer zum Erwerb des ersten Facharzttitels. Manuskript, Bern 15.10.2019].

10 Wie viele ÄiW die Weiterbildung abbrechen ohne eine fachärztliche Anerkennung erreicht zu haben, kann mit einer prospektiven Studie wie KarMed nicht beantwortet werden, weil ein Ausstieg aus einer longitudinalen Befragung nicht automatisch mit einem Abbruch der Weiterbildung gleichzusetzen ist. Zu T5 gaben 19% der weiblichen ÄiW auf die Frage, „sind Sie zurzeit in Weiterbildung?“ an, diese unterbrochen zu haben. Von diesen Ärztinnen hatten 84% mindestens ein Kind.

11 Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer zeigt das Problem Unterbrechung bzw. Abbruch auf andere Weise: Unter Ausschluss der „Ruheständler“ betrug der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtgruppe der Ärztinnen und Ärzte „ohne ärztliche Tätigkeit“ in 2019 68%, was einer absoluten Zahl von mehr als 25.000 Ärztinnen entspricht. In 2019 befanden sich 7.038 Ärztinnen und Ärzte in Elternzeit, darunter 178 Ärzte (2,5%). Auf den historisch-kulturellen Hintergrund dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede wird hingewiesen.

mehr als ein Drittel (36%) der Befragten. Auch bejahten „nur“ 25% die Aussage, „die in der Weiterbildungsordnung festgelegten nachzuweisenden Fertigkeiten werden regelmäßig dokumentiert“. Es ist bekannt, dass die früheren nicht-elektronischen Logbücher zur jährlichen Dokumentation der erworbenen prozeduralen Erfahrungen (z. B. Operationen) und die damit in einem zeitlichen Zusammenhang stehenden mindestens jährlichen Fortschrittsgespräche vielfach nicht durchgeführt und somit auch nicht zeitnah dokumentiert wurden.

- c. Das beschriebene training-on-the-job impliziert auch, dass der Weiterbildung eine theoretische Fundierung weitgehend fehlt. Nach Ansicht der BÄK ist dies auch nicht erforderlich, da die theoretische Qualifizierung mit der Approbation im Prinzip abgeschlossen sei¹². Eine theoretische Weiterqualifizierung wird somit weitgehend als Privatsache angesehen. Das elementare Prinzip jeglicher beruflichen Bildung, die Kombination von Theorie und Praxis, fehlt in der ärztlichen Weiterbildung; es gibt de facto nur Praxis. Das Fehlen einer theoretischen Fundierung der Weiterbildung zeigt sich am deutlichsten in der Unterbetonung der evidenzbasierten Medizin (EbM), wie u. a. die Erhebungen der Bundesärztekammer 2009 und 2011 zeigten¹³. Die hochrangigsten internationalen Zeitschriften der Medizin (Lancet, NEJM etc.) werden nach den KarMed-Daten nur von einer kleinen Minderheit der ÄiW gelesen¹⁴.
- d. In vielen Disziplinen beklagen die ÄiW darüber hinaus, dass das im Krankenhaus Gelernte für das, was an Qualifikationen in der vertragsärztlichen Versorgung gebraucht wird, unzureichend bzw. irrelevant ist¹⁵.
- e. Strukturierte Curricula mit definierten Lernzielen und daraus abgeleiteten Lernsettings sind praktisch inexistent. Beispielsweise stimmten „nur“ 20% der chirurgieinteressierten Befragten zu T4 der Aussage zu, dass ein strukturierter Weiterbildungsplan existiere, der auch eingehalten werde. In der Regel erhalten die ÄiW zu Beginn der Weiterbildung bestenfalls eine summarische Beschreibung der Abfolge der Einsätze innerhalb der Klinik.
- f. In Anbetracht der oben exemplarischen Ergebnisse verwundert es nicht, dass die globale Beurteilung der Weiterbildung durch die ÄiW „nur“ mittelprächtig ausfiel¹⁶. In der KarMed-Studie stimmte nur knapp weniger als die Hälfte der Befragten zu T5 (Ärztinnen 43%, Ärzte 49%) der Aussage zu, „Eine gute Weiterbildung zu bieten, ist ein wichtiges Ziel unserer Abteilung/Klinik“. Nur eine knappe Mehrheit (Ärztinnen 54%, Ärzte 57%) bejahte die Aussage „Ich würde meine Abteilung/Klinik im Hinblick auf die Qualität ihrer Weiterbildung jüngeren Kolleginnen und Kollegen weiterempfehlen“. Die diesbezüglichen Einschätzungen der Ärztinnen waren durchweg etwas - aber nicht signifikant - kritischer als die der Ärzte. Es muss die Frage gestellt werden, ob eine so mittelmäßig beurteilte Weiterbildung im Hinblick auf die Anforderungen der Versorgung überhaupt verantwortet werden kann.

12 Dr. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses der Bundesärztekammer bis 2018: „Die Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin endet in Deutschland mit dem dritten Staatsexamen nach Abschluss des Praktischen Jahres. (...) Was wir betreiben, ist eine Weiterqualifikation im Beruf“. Einige Zeilen später: „Wenn ich selbstständig [...] Leistungen abrechnen will, muss ich fertig sein. Fertig bin ich in dem Moment, in dem ich sage: Ich habe meine Facharztqualifikation. - Wie die Qualifikation dann wirklich aussieht, steht auf einem anderen Blatt“ [KBV (Hrsg.) Tagungsdokumentation Praxisorientierung in Aus- und Weiterbildung, Berlin 24. 02.2015, S. 59-60].

13 Alle Ergebnisse der Erhebungen der BÄK unter: www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/evaluation-der-weiterbildung/

14 Zu T6 wurde nach den Benutzungsfrequenzen der Fachzeitschriften gefragt: Bezüglich der Lektüre von „Eine/mehrere führende internationale Zeitschriften der Medizin (z. B. BMJ, NEJM, Lancet, JAMA etc.)“ gaben 94,5% der Befragten an, diese „nie/fast nie gelesen“ zu haben (noch unveröffentlichte Ergebnisse der KarMed-Untersuchung). Diese Ergebnisse unterscheiden sich nicht von denen zu T1 (vgl. van den Bussche H, Krause-Solberg L et al. Lernprozesse und Lernprobleme in der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland. GMS J Medic Educ 2017,34(5),Doc54].

15 Beispiel Kinderheilkunde: In einer Studie der Dt. G. für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) gaben 30 bis 40% der Befragten an, sich bezüglich 11 wichtigen Leistungsbereiche der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin (z.B. Impfen, Entwicklungsdiagnostik etc.) zum Zeitpunkt der Niederlassung nicht fit gefühlt zu haben (Fehr F, Gempp W et al. Fit für die Praxis? Kinder- und Jugendarzt 2014;45:254-55).

16 Andere Studien ergaben teilweise noch deutlich negativere Ergebnisse (vgl. u.a. Rohde V, Wellmann A et al. Berufsreport 2003: Beurteilung der Fort- und Weiterbildung. Dtsch Ärztebl 2004;101:A 233-38; jüngst: Lermann J, Knabl J et al. The work and training situation for young physicians undergoing specialty training in gynecology and obstetrics in Germany: an assessment of the status quo. Arch Gynecol Obstet 2020;302:635-47; Leschber G, Ansorg J. Chirurgin in Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage 2008. BDC Online, 1.4.2009; Ertmer C, Van Aken H et al. Praxis der ärztlichen Weiterbildung und Rahmenbedingungen im Wandel – Evaluation der Weiterbildung im Fachgebiet Anästhesiologie über einen Zeitraum von fünf Jahren (2006-2011). Anästh Intensivmed 2012;53:452-469.

4 Schlussfolgerungen

4.1 Allgemeine Empfehlungen zur fachärztlichen Weiterbildung

4.1.1 Konzeptualisierung der Weiterbildung als Bildungsprozess

- a. In der aktuellen, 2018 verabschiedeten Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer¹⁷ sind erste Schritte unternommen worden, die erforderlichen Kompetenzen allgemein und gebietsspezifisch bzw. getrennt nach „kognitiver und Methodenkompetenz (Kenntnisse)“ und „Handlungskompetenz (Erfahrungen und Fertigkeiten)“ zu definieren. Ob dies an den Realitäten der Weiterbildung etwas ändern wird, bleibt abzuwarten. Woran es aber auf jedem Fall fehlt, ist das Durchdeklinieren dieser Kompetenzlisten in Richtung differenzierterer Lernziele bzw. von Lernsituationen zur Erreichung dieser Ziele, die Beschreibung der Rückkopplungsformen zwischen Lehrenden und Lernenden, der Methoden zur Überprüfung der erworbenen individuellen Qualifikationen, der systematischen und kontinuierlichen¹⁸ Evaluation der Stärken und Schwächen der Weiterbildungsprozesse auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene, alles in einem „constructive alignment“¹⁹ aufeinander abgestimmt. Wären eine curriculare Struktur und valide Prüfungsverfahren gegeben, könnte man künftig auf eine starre Festlegung der Mindestdauer verzichten und stattdessen die Weiterbildungsdauer vom geprüften Stand der Qualifikation der einzelnen ÄiW (z. B. über Kreditpunkte) abhängig machen²⁰.
- b. Während die ärztliche Ausbildung in den letzten Jahrzehnten in Bezug auf Lernziele, Inhalte und Veranstaltungsformen in der Approbationsordnung immer stärker ausdifferenziert wurde²¹, ist die Weiterbildung weitestgehend unstrukturiert geblieben. Diese Dissoziation von Aus- und Weiterbildung hat weitreichende Folgen: Die Ausbildung findet - weit weg von der ambulanten Versorgung - im speziellen Milieu der Universitätsklinik statt, die durch eine hochspezialisierte Versorgung und Forschung und somit durch entsprechend ausgerichtetes Lehrpersonal gekennzeichnet sind. Dies trägt dazu bei, dass der studentische Nachwuchs eine Prägung weg von der Grundversorgung hin zur Maximalversorgung erfährt. Anderes zu erwarten, ist naiv.

Die Lösung der Dissoziation zwischen Aus- und Weiterbildung kann nur in einer besseren Verzahnung dieser zwei Phasen eines einheitlichen Qualifizierungsprozesses mit jeweils adäquaten Anteilen von Theorie und Praxis gesucht werden²². Dafür sind allerdings Beratungs- und Entscheidungsinstanzen erforderlich, über die die verfasste Ärzteschaft an der Konzeptualisierung und konkrete Umsetzung der Curricula in der ärztlichen Ausbildung maßgeblich beteiligt wäre. Vermutlich würde diese Maßnahme eine deutliche Zunahme an ambulantem Praxisbezug in der Ausbildung bringen. Umgekehrt könnte eine stärkere Beteiligung der Universitäten an der Weiterbildung dazu führen, dass die vielbeklagten Translationsprozesse zwischen Forschung und Praxis ein wenig effektiver würden. Außerdem könnte deren Wirkung dazu beitragen, dem Defizit an Evidenzbasierung der Weiterbildung - von den ÄiW in den bundesweiten Befragungen der Bundesärztekammer in 2009 und 2011 als größtes Defizit in der Weiterbildung beschrieben²³ - schrittweise abzuhelpfen.

17 Siehe: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf

18 Die letzten Evaluationen in einzelnen Ärztekammern stammen aus den Jahren 2014. Die „aktuellsten“ bundesweiten Befragungen durch die Bundesärztekammer aus den Jahren 2009 und 2011 (vgl. Anm. 13). Lobenswerte Ausnahme: die Ärztekammer Westfalen/Lippe (www.aekwl.de/fileadmin/weiterbildung/evaluation-2020/berichte/Evaluation_der_Weiterbildung_AEKWL_2020_-_30001000400.pdf).

19 Biggs J, Tang C. Teaching for quality learning at university. 4.th edition. Open University Press, New York 2011.

20 Wallenburg I, van Exel J et al. Between Trust and Accountability: Different Perspectives on the Modernization of Postgraduate Medical Training in the Netherlands. Acad Med 2010;85:1082-90.

21 Der „Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin“ (NKLM) definiert die Kompetenzen, die sich am Berufsbild des Arztes orientieren und die nach Abschluss des Studiums vorliegen sollten. Dazu zählen neben Wissen und Fertigkeiten auch übergeordnete Lernziele wie Haltungen, Wissenschaftskompetenzen und sogenannte Soft Skills (vgl. <https://medizinische-fakultaeten.de/themen/studium/nklm-nklz>).

22 Vgl. van den Bussche H, Niemann D et al. Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung - Ein Plädoyer für eine Neuorientierung. Bundesgesundheitsbl 2018;61:163-169.

23 Vgl. Abschnitt 3.7.c und Anm. 13.

4.1.2 Einfügung ambulanter Abschnitte in Weiterbildungsordnungen

- a. Die Dominanz der Weiterbildung im Krankenhaus ist nicht mehr zeitgemäß, weil a) immer mehr Leistungen ambulant stattfinden, b) ungefähr die Hälfte aller Weitergebildeten nach der fachärztlichen Anerkennung ambulant tätig wird und c) auch in der vertragsärztlichen Versorgung viele wissenschaftlich und klinisch ausgewiesene, lehrbefähigte Fachärzte und Fachärztinnen tätig sind. Erste Schritte zur „Ambulantisierung“ der Weiterbildung sind aktuell (mindestens) in den Fächern Augenheilkunde, Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde und Innere Medizin zu beobachten²⁴. Auch in den anderen, insbesondere patientennahen Disziplinen ist eine Überprüfung der Effektivität und Effizienz bisheriger Weiterbildungskonzepten notwendig. Dies umfasst in erster Linie eine kritische Analyse der Relevanz der Lernabschnitte und -settings, die bisher primär unter ihrem Nutzen für die stationäre Versorgung angelegt sind. Die Ergebnisse einer solchen Analyse wären die Basis für den Einbau von inhaltlich präzisierten Weiterbildungsabschnitten in befugten ambulanten Einrichtungen.
- b. Es wäre auch denkbar, anstelle von ambulanten Weiterbildungsabschnitten für alle ÄiW, Ypsilon-Modelle zu konzipieren, d.h. nach einer gemeinsamen Grundweiterbildung zwei oder mehr Schienen in der WBO zu kreieren, mindestens eine für die stationäre und eine für die ambulante ärztliche Tätigkeit. Ein solches Modell könnte einer überlangen Weiterbildung entgegenwirken und intensive Lernmöglichkeiten für die gewählte spätere Tätigkeit schaffen.
- c. Eine weitere Möglichkeit wäre eine stärkere Modularisierung („Baukastensystem“) innerhalb und zwischen den Fachrichtungen. Eine solche Konzeption würde gemeinsame Abschnitte für mehrere Fachrichtungen und somit mehr Flexibilität in den Weiterbildungskarrieren ermöglichen, insbesondere mittels einer initialen basalen Qualifizierungsphase für mehrere Fachrichtungen (z. B. gemeinsam von Allgemeiner Innerer Medizin, Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Geriatrie, Psychosomatik getragen), auf die im Anschluss daran zunehmend differenzierte Module aufsetzen könnten. Ein elaboriertes Beispiel für eine solche grundlegende Qualifizierung ist das Konzept der zwei "foundation years" zu Weiterbildungsbeginn in Großbritannien²⁵.

4.1.3 Weitere Empfehlungen zur Weiterbildung im Krankenhaus

- a. Vermehrung von Verbundweiterbildungen wegen der Hyperspezialisierung vieler Kliniken: Abkehr von der ausschließlichen Weiterbildung in der einen „eigenen“ Klinik/Abteilung.
- b. Regelmäßige Evaluationen der Weiterbildungsqualität der einzelnen Kliniken und deren Weiterbildenden, ggf. durch eine unabhängige Instanz; kammerinterne Veröffentlichung der Ergebnisse.
- c. Bereitstellung von Informationen seitens der Ärztekammern über Schwerpunkte der weiterbildungsberechtigten Kliniken und deren Weiterbildenden (u.a. Anzahl der Jahre deren Weiterbildungsberechtigung, Qualitätsmerkmale, Evaluationsergebnisse etc.), damit Pj-ler und PJ-lerinnen sowie ÄiW „informed choices“ treffen können.
- d. Einführung einer oberärztlichen Funktion pro Klinik mit besonderen Aufgaben in der Koordination der Weiterbildung und der Gestaltung des Lernangebots.
- e. Über die Pflichten der ÄiW finden sich in den Weiterbildungsordnungen viele Ausführungen, über deren Rechte keine einzige. Ebenso wenig haben die ÄiW die Möglichkeit, gefahrenlos über Missstände in der Weiterbildung zu berichten und auf Änderung zu drängen. Deswegen wäre die Einführung einer Ombudsfunktion für die ÄiW auf Ärztekammer-Ebene sinnvoll.
- f. Prüfung der Notwendigkeit und der Methoden einer didaktischen Schulung der Weiterbilder (obligat in anderen Bereichen der beruflichen Bildung²⁶).

24 § 4 (9) MWBO bestimmt hierzu allgemein: „Sofern für die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildung nichts anderes bestimmt ist, kann die Weiterbildung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich erfolgen“.

25 Vgl.: Konzept der „foundation years“ in Großbritannien (www.medschools.ac.uk/studying-medicine/after-medical-school/foundation-programme).

26 In der republikweiten Erhebung von Rohde et al. (Berufsreport 2003) antwortete die Hälfte der befragten ÄiW beiderlei Geschlechts auf die Frage, „Halten Sie Ihren Weiterbilder für didaktisch kompetent?“ mit „nein“ (Rohde V, Wellmann A et al. Berufsreport 2003: Beurteilung der Fort- und Weiterbildung. Dtsch Ärztebl 2004;101:A233-38).

4.1.4 Frauen- und familienfreundlichere Gestaltung der Weiterbildung

Für die ärztliche Weiterbildung und Tätigkeit gilt, dass es nicht eine „Ärzteschaft“ gibt, sondern der ärztliche Beruf durch zwei genderspezifisch verschiedene „Hälften“ ausgeübt wird. Diese weisen qua Lebensbedingungen, Arbeitsvorstellungen, gewünschte Arbeitsorte und Qualifizierungsinteressen teilweise unterschiedliche Vorstellungen auf. Dies erfordert:

- a. Sicherstellung, dass alle ÄiW einer Klinik/Abteilung, auch Ärztinnen mit Kind, die gleiche Möglichkeit erhalten, für die Weiterbildung essentielle Interventionen und Prozeduren zu erlernen.
- b. Aufspüren und Entschärfen von Flaschenhälsen innerhalb der klinikinternen Rotationen (häufig: die Intensivstationen).
- c. Entwicklung und Anerkennung von flexiblen, alternativen Lernmöglichkeiten (wiss. Ausarbeitungen, Kurse und Fortbildungen, e-learning, Hospitationen etc.), insbes. in Kombination mit Weiterbildung in Teilzeit²⁷.
- d. Prüfung der Anrechnungsfähigkeit von Diensten.
- e. Anerkennung von Forschungsleistungen (z. B: in Clinical Scientist Programmen²⁸).
- f. Gegenseitige Anerkennung der Weiterbildungsleistungen durch die Landesärztekammern.
- g. Einführung einer Experimentierklausel - ähnlich der in der Approbationsordnung - in den Weiterbildungsordnungen.

4.2 Strukturänderungen in der vertragsärztlichen Versorgung

4.2.1 Neue Formen der Berufsausübung

- a. Will man den Vorstellungen der jungen Ärztinnen (aber auch zunehmend der Ärzte) entgegenkommen, sollte die KBV neben der klassischen Solo-Niederlassung²⁹ andere Varianten der Berufsausübung im vertragsärztlichen Sektor konzipieren, erproben und aktiv popagieren. Die Mehrheit der künftigen ambulant tätigen Fachkräfte strebt Arbeit in Teilzeit und andere Formen flexibler Arbeit an und will bereits heute hälftig in einem Angestelltenverhältnis in einem Team mit intensiver fachlicher Kommunikation arbeiten. Dementsprechend geht es nicht nur um das Zulassen, sondern um das aktive Entwickeln und das praktische Erproben neuer ambulanter Berufsausübungskonzepte in Kooperation mit den KVen. Ärztinnen und Ärzte mit den obigen Berufsausübungsvorstellungen finden zurzeit kaum entsprechende strukturelle Angebote, von den ungleich verteilten und fachlich sehr verschieden besetzten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) abgesehen. Die bisherigen Praxisformen sollten und werden auch dann weiter Bestand haben. Für die gelegentlich im KV-Bereich vorgetragene These, Ärztinnen und Ärzte wollten in solchen „Zentren“ (Arbeitsbegriff) nicht arbeiten, nur die Niederlassung sei gefragt, gibt es keine empirische Evidenz, im Gegenteil (vgl. Abschnitte 3.3 und 4.3.1).
- b. Neue Formen der Berufsausübung³⁰ zu entwickeln, ist sicherlich kein einfaches Unterfangen. Es umfasst Fragen der Trägerschaft (auch Kommunen bzw. freigemeinnützige Organisationen), der

27 § 4 (2) MWBO (2018) bestimmt hierzu allgemein: „Die Weiterbildung erfolgt (...) im Rahmen (...) ärztlicher Berufstätigkeit unter Anleitung (...) befugter Ärzte oder durch Unterweisung in anerkannten Weiterbildungskursen bzw. Fallseminaren (Unterstreichung d. d. V.).“

28 § 4 (4) MWBO (2018) bestimmt hierzu allgemein: „wissenschaftliche Aufträge – soweit eine Weiterbildung nicht erfolgt - können nicht angerechnet werden“.

29 Gilt im Prinzip ebenso für Gemeinschaftspraxen und vielen Praxisgemeinschaften, vermutlich sogar für viele MVZ. Letztere haben ohnehin kaum eine Aufgabe in der ärztlichen Grundversorgung.

30 Contandriopoulos D, Perroux M et al. Analytical typology of multiprofessional primary care models BMC Fam Practice 2018;19:44; vgl. auch Beyer M, Erler A, Gerlach F. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. Z Allg Med 2010; 86: 93-98. Wichtig wäre die Auflegung eines Forschungsvorhabens mit Recherchen vor Ort in den in Anm. 29-33 genannten Ländern, um die Stärken und Schwächen der verschiedenen Modelle zu erfassen. Die (wenigen) offiziellen Berichte reichen dafür nicht aus.

Rechte und Pflichten der Angestellten, der möglichen Subventionierung, der Verteilung der Einkommen, der telematischen Infrastruktur, der internen Abläufe, der Formen der Kooperation mit externen Einrichtungen etc. Bei den neuen Formen der Berufsausübung sollte es sich in erster Linie um Einrichtungen handeln, die Grundversorgung „aus einem Guss“ anbieten, d.h. hausärztliche Versorgung, Basisversorgung von Spezialdisziplinen (Augenheilkunde, Gynäkologie, Pädiatrie, HNO etc.) ebenso Pflege- und Physiotherapieleistungen, Sozialberatung sowie Case-Management. Als Beispiel können die „maisons de santé pluridisciplinaires“ [MSP]^{31 32} in Frankreich gelten, die „wijkgezondheidscenters“ in Flandern³³ und in den Niederlanden, die „community health centres“ in Ontario, die „centres locaux de santé communautaires“ (CLSC) in Quebec³⁴ etc. In allen diesen Formen haben die Ärztinnen und Ärzte eine klinische Leitungsfunktion gegenüber den anderen Berufen. Auch in Deutschland entwickeln sich erste vergleichbare Initiativen, wie z. B. das Projekt „Gesundheit für Billstedt-Horn“ in Hamburg³⁵. Das seitens der KBV 2018 in Auftrag gegebene Gutachten zur Struktur von „intersektoralen Gesundheitszentren“ beschreibt in seinem rein ambulanten Teil ebenfalls ein Konzept pluridisziplinärer vertragsärztlicher Angebote³⁶.

4.2.2 Intensivierung der Kooperation zwischen ärztlichen und anderen Gesundheitsberufen

In solchen Einrichtungen der Grundversorgung sollten auch qualifizierte Pflegekräfte und Personen aus anderen Gesundheitsberufen für diejenigen ambulanten Aufgaben tätig werden, für die ärztliches Personal nicht unbedingt erforderlich ist (z.B. Wundversorgung, Anteile von Patientenberatung bzw. Betreuung von DMP-Patienten, Lebensstilhilfen, Case-Management, Praxismanagement, Dokumentation etc.). Die (wenigen) Ärzte und Ärztinnen sollen sich auf das medizinische Kerngeschäft konzentrieren können³⁷. Die hierzulande geführte Diskussion um Delegation versus Substitution würde dann gegenstandslos, weil in solchen kooperativen Zusammenhängen qualifiziertes nicht-ärztliches Personal in Abstimmung mit den dort tätigen Vertragsärztinnen und -ärzten eigene Entscheidungen treffen kann. Das Umsetzungsproblem dabei ist, dass solche Aufgaben einen Fachhochschulabschluss voraussetzen und Personal für eine solche ambulante Tätigkeit in Deutschland bisher kaum ausgebildet wird.

4.3 Bedingungen für eine Stabilisierung der hausärztlichen Berufstätigkeit³⁸

- 31 Im Juni 2021 existierten in Frankreich 1889 MSP, weitere 366 waren in Planung (<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>). Neben diesem „Paradeferd“ existieren auch kleinere Kooperationsformen, wie die „pôles de santé“, d. h. Netzwerke zwischen Ärztinnen und Ärzten aus verschiedenen Fachrichtungen und weiteren Gesundheitsberufen, die an verschiedenen Orten tätig sind. In beiden Fällen sind die Professionellen freiberuflich tätig.
- 32 Eine Studie aus 2020 zeigt für Frankreich deutlich, dass junge Hausärztinnen und -ärzte (Alter unter 40-45 Jahren) in unterversorgten Regionen in diesen MSP-Zentren deutlich häufiger hausärztlich tätig werden als in solchen Regionen ohne MSP (Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins? *Questions d'économie de la santé*, no. 247. März 2020. IRDES, Paris).
- 33 Wijkgezondheidscentra existieren in Flandern seit 1976. Sie sind, wie die MSP in Frankreich, pluridisziplinäre Einrichtungen der Grundversorgung. Aktuell gibt es in Flandern N = 37 mit 88.477 eingeschriebenen Versicherten; in Wallonien und Brüssel (hier „maisons médicales“ genannt) sind es N = ca. 100 mit ca. 300.000 Versicherten. Mit der nationalen Krankenversicherung („RIZIV“) wurde ein pauschales Vergütungssystem vereinbart, wodurch die Selbstbeteiligung der Patienten entfällt (<https://vwgc.be>).
- 34 Pomey M-P, Menear M. Amélioration des soins et des services en première ligne pour la gestion des maladies chroniques: le programme COM-PAS+ au Québec. *Revue française des affaires sociales* 2020/1, 325-335.
- 35 Vgl. <https://gesundheit.bh.de>. Das Modell wurde inzwischen vom Gemeinsamen Bundesausschuss zur Übernahme in die vertragsärztliche Versorgung empfohlen (https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/138/2022-02-16_INVEST_Billstedt.Horn.pdf).
- 36 Schmid A, Jan Hacker J. Intersektorale Gesundheitszentren. Gutachten im Auftrag der KBV. Bayreuth 2018 (www.kbv.de/media/sp/IGZ_Gutachten_2018.pdf).
- 37 Eine jüngste Studie aus dem IRDES-Institut in Paris bestätigt (erneut) die Verbesserung der Versorgung von Diabetes Typ II Patienten durch die ambulante Kooperation von Hausärztinnen und -ärzten und Pflegekräften (vgl. Gilles de La Londe J et al. La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. *Questions d'économie de la santé*, n° 264. Paris, Dezember 2021). Ebenso für die Niederlande: van Dijk C, Verheij R et al. Effect van praktijkondersteuner en diabetesbegeleiding op het verwijsgedrag van huisartsen bij diabetici. *Nivel*, Utrecht 2010.
- 38 Schon vor 10 Jahren umfassend: Schmacke N. Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland - Potenziale für eine angemessene Versorgung. Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung, Nr. 11, Universität Bremen. 2013. (www.ipp.uni-bremen.de/uploads/IPP_Schriften/ipp_schriften11.pdf).

4.3.1 Spezifische Rekrutierungsstrategien für die hausärztliche Tätigkeit

Im untersuchten sechsjährigen Zeitraum entwickelte sich das Interesse an einem Abschluss in einer der beiden hausärztlich relevanten Fachrichtungen [Allgemeinmedizin und Innere Medizin ohne Schwerpunkt (IMoS)] wie folgt³⁹:

- a. Der Anteil derjenigen ÄiW, die eine Anerkennung in Allgemeinmedizin anstrebten, nahm von T0 bis T6 von 7% der Gesamtkohorte auf 12% zu (+57%; vgl. Abschnitt 3.1.b und Abb. 5, Seite 22). Dieser Anstieg war auf eine entsprechende Entwicklung bei den Ärztinnen (+86%) zurückzuführen, während bei den Ärzten eine geringe Attraktivität dieser Fachrichtung zu beobachten war (vgl. Abb. 6, Seite 22).
- b. Die Intention, eine Anerkennung im Fach Innere Medizin ohne Schwerpunkt (IMoS) zu erreichen - und damit potentiell zur hausärztlichen Versorgung zugelassen werden zu können - nahm von T0 bis T6 von 6% der Kohorte auf 13% (+117%) zu. Dieser Anstieg war in erster Linie auf eine Entwicklung bei den Ärzten zurückzuführen, während bei den Ärztinnen ein geringeres Wachstum zu verzeichnen war (Ärztinnen +71%) (vgl. Abb. 7, Seite 23).
- c. Betrachtet man beide Fachrichtungen zusammen, ergibt sich ein potentielles „Reservoir“ für die hausärztliche Tätigkeit, das fast ein Viertel aller ÄiW umfasst. Allerdings geben zu T6 „nur“ 58 % dieser potentiell hausärztlichen Fachkräften an, auch hausärztlich tätig werden zu wollen, was in erster Linie darauf zurückzuführen ist, dass die IMoS-Interessierten nur zu einem Drittel eine hausärztliche Tätigkeit anstreben⁴⁰. Rein numerisch betrachtet ist somit eine Population zur Verringerung des Mangels an Hausärztinnen und -ärzten vorhanden, es käme darauf an, diese zu gewinnen! Die Kombination von Fach- und Sektorpräferenz in den KarMed-Daten ergibt, dass die künftige hausärztliche Versorgung - Jahr für Jahr zunehmend - von Hausärztinnen wahrgenommen werden wird: Zu T6 machten Ärztinnen 76 % der Interessenten an einer hausärztlichen Tätigkeit aus⁴¹.
- d. Mehr als zwei Drittel (68%) dieser Ärztinnen sind nach sechs Weiterbildungsjahren bereits Eltern geworden, ca. ein Drittel mehr als für alle anderen Fachrichtungen zusammen⁴². Die hausärztliche Versorgung wird somit in einigen Jahren in erster Linie von Ärztinnen mit Kind(ern) getragen werden. Wie bereits im Abschnitt 3.4 beschrieben, gedenkt der überwiegende Anteil dieser Hausärztinnen in Teilzeit zu arbeiten, etwas weniger als die Hälfte davon in einem Angestelltenverhältnis. Eine Abschätzung der Folgen dieser Entwicklungen ergibt, dass die Arbeitskapazität der künftigen hausärztlichen Generationen (in „Köpfen“: 18% Hausärzte vs. 82% Hausärztinnen) pro „Kopf“ ca. 40% des klassischen niedergelassenen Vollzeit-Hausarztes entspricht⁴³.
- e. Wenn gemäß Abschnitt 3.5 bereits die Hälfte der Ärztinnen, die eine hausärztliche Tätigkeit anstreben, dies in Orten unter 20.000 Einwohnern tun möchte⁴⁴. (vgl. Abb. 13, Seite 26), kann gefolgert werden, dass bei der Entwicklung von Rekrutierungsstrategien auf die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit und das Privatleben in den kleineren Ortsgrößenklassen hingewiesen werden sollte.

39 Vgl. van den Bussche H, Boczor S et al. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 1). Z Allg Med 2018;94:362-366.

40 Daraus folgt für die Professionsstruktur der hausärztlichen Versorgung der nächsten Jahre, dass sie weiterhin zu ca. 30% durch IMoS-Anerkannte versehen werden wird.

41 Auch nach der Statistik der Bundesärztekammer gehen ca. zwei Drittel der fachärztlichen Anerkennungen in Allgemeinmedizin - öffentlich nur wenig bemerkt - seit mehreren Jahren an Ärztinnen. Vergleichbare Tendenzen der „Feminisierung“ und „Familiisierung“ des hausärztlichen Personals finden sich in nahezu allen OECD-Staaten (z. B. Schweiz, Großbritannien, Canada, Niederlande, Belgien, Japan und Skandinavien, um nur einige zu nennen; zu den Quellen vgl. van den Bussche H et al. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsbl 2019;62:1129-1137). Für die USA vgl. Boulis A, Jacobs J A. The Changing Face of Medicine – Women doctors and the evolution of health care in America. Ithaca and London 2008: ILR Press.

42 Regressionsanalytisch zeigte sich, dass „Kind(er) im Haushalt lebend“ signifikant die Präferenz für eine hausärztliche Tätigkeit vorhersagten. Es sei betont, dass das Geschlecht unter Kontrolle der anderen Variablen hierbei keine Rolle spielt; m. a. W. gilt dies nicht nur für künftige Hausärztinnen, sondern auch für Hausärzte.

43 Vgl. van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsbl 2019;62:1129-37.

44 Die 47% teilen sich zu T6 auf in 15% Interessierte an „einer ländlichen Region“ und weitere 32% mit einer Präferenz für „eine Kleinstadt (<20.000 Einwohner)“.

Hierbei sollten die möglichen Vorteile [zentraler Beruf der ambulanten Versorgung, kommunikativer Beruf mit intensiven, dauerhaften Patientenkontakten, breites Spektrum an Aufgaben, Möglichkeit eines Paarunternehmens, normale Arbeitszeiten, Möglichkeiten des Selbstmanagements und einer ausgewogenen work-privacy-balance, Möglichkeiten der Teilzeitarbeit, positive Entwicklungsbedingungen für Kinder, besondere Möglichkeiten der Freizeitgestaltung, Integration in der lokalen Gemeinschaft etc.] kommuniziert werden. Gleichzeitig sollte mit verbreiteten Vorurteilen über die hausärztliche Tätigkeit - nicht nur in diesen Ortsgrößenklassen - aufgeräumt werden [Überlastung, geringes Einkommen, nur Verschreibungsaufgaben als Tätigkeit, banale Krankheitsbilder etc. (vgl. auch Abschnitt 4.3.3.b)].

- f. Wenn die hausärztliche Versorgung in erster Linie von Ärztinnen (mit Kind) in Teilzeit geleistet wird, und bald mehr als die Hälfte davon eine Niederlassung nicht in Betracht zieht, sollten die zuständigen Organisationen (in erster Linie die KBV und die KV, aber auch die DEGAM und der Hausärzterverband) ihre Rekrutierungsstrategien auf diese spezifischen Populationen ausrichten. Erfolgsversprechend dürfte dies aber nur sein, wenn gleichzeitig entsprechende Arbeits- und Lebensbedingungen gegeben sind.
- g. Es erscheint prinzipiell auch denkbar, den IMoS-Anteil des hausärztlichen „Reservoirs“ stärker als bisher für Rekrutierungsstrategien ins „Visier“ zu nehmen. Als Grundlage dafür wären genauere Kenntnisse darüber notwendig, aus welchen Gründen IMoS-Interessierte die hausärztliche Versorgung als Berufsziel wählen und warum die Mehrheit dieser Teilpopulation dies nicht tut bzw. welche konkreten Berufsziele diese Population verfolgt.
- h. Wie in Abschnitt 3.5 beschrieben, nahm das Interesse an einer hausärztlichen Tätigkeit in Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern vor allem bei den hausärztlich Interessierten, insbes. bei den Ärztinnen, insbes. bei solchen mit Kind, im Verlauf der Weiterbildung deutlich zu (T6 41%; vgl. Abb. 13, Seite 26). Daraus würde folgen, dass bei der Entwicklung von Rekrutierungsstrategien auch auf die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit und das Privatleben in den kleineren Ortsgrößenklassen hingewiesen werden sollte. Dies gilt nicht nur für die Interessentinnen an einer Anerkennung in Allgemeinmedizin, sondern vor allem für solche, die eine Anerkennung in Innerer Medizin ohne Schwerpunkt anstreben. Hierbei sollten die möglichen Vorteile [zentraler Beruf der ambulanten Versorgung, kommunikativer Beruf mit intensiven, dauerhaften Patientenkontakten, breites Spektrum an Aufgaben, Möglichkeit eines Paarunternehmens, normale Arbeitszeiten, Möglichkeiten des Selbstmanagements und einer ausgewogenen work-privacy-balance, Möglichkeiten der Teilzeitarbeit, positive Entwicklungsbedingungen für Kinder, besondere Möglichkeiten der Freizeitgestaltung, Integration in der lokalen Gemeinschaft etc.] kommuniziert werden. Gleichzeitig sollte mit verbreiteten Vorurteilen über die hausärztliche Tätigkeit - nicht nur in diesen Ortsgrößenklassen - aufgeräumt werden [Überlastung, geringes Einkommen, nur Verschreibungsaufgaben als Tätigkeit, banale Krankheitsbilder etc. (vgl. auch Abschnitt 4.3.3.b)].

4.3.2 Effektivierung der hausärztlichen Weiterbildung

- a. Nach größenordnungsmäßig gut übereinstimmenden Studien und Schätzungen liegt die Dauer zwischen Approbation und Beginn der hausärztlichen Tätigkeit im Durchschnitt bei 8-9 Jahren für Hausärzte und 9-11 Jahre für Hausärztinnen⁴⁵. Die relativ geringe Differenz zwischen den Geschlechtern weist darauf hin, dass hier nicht nur Mutterschaftsvariablen eine Rolle spielen. Eine derart lange Dauer ist mit den Bedürfnissen der jüngeren (übrigens nicht nur der weiblichen) Generation inkompatibel. Es ist auch fachlich nicht zu begründen, warum ca. 16 Jahre (durchschnittlich 6,5 Jahre Studium und geschätzte 9,5 Jahre Weiterbildung = ca. 16 Jahre) zur Qualifizierung für die hausärztliche Tätigkeit erforderlich sind. Ob diese Frage auch auf einzelne gebietsärztliche Disziplinen zutrifft, muss hier offen bleiben.

45 Vgl. Schäfer M, Donnachie E et al. Entwicklung der hausärztlichen Versorgung innerhalb der letzten Jahrzehnte – eine Analyse des Basisdatensatzes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Gesundheitswesen Online publiziert: 28.01.2021; Becka D, Rusche H et al. Wo arbeiten die Allgemeinmediziner nach der Facharztanerkennung? Z Allg Med 2015: 440–45.

- b. Das bisherige Weiterbildungskonzept Allgemeinmedizin (in der Regel Jahr 1-2 in der stationären Inneren Medizin und Jahr 3-5 in einer anerkannten Hausarztpraxis) ist im internationalen Vergleich ein Unikum. Notwendig wäre eine Überprüfung der Effektivität und Effizienz dieser Weiterbildungskonzeption. Über die Lernergebnisse und deren Relevanz dieses Konzepts für eine qualifizierte hausärztliche Tätigkeit gibt es kaum gesicherte Erkenntnisse, weswegen entsprechende Untersuchungen, insbes. vergleichende Studien mit anderen Ländern, notwendig wären. Endpunkte wären u.a. die Qualität des Verhältnisses von theoretischer und praktischer Qualifizierung, die Intensität der vermittelten Evidenzbasierung, der Grad der professionellen Identitätsbildung, die Dropoutquoten während der Weiterbildung, die Einstiegsquoten in die hausärztliche Versorgung etc. Ferner wäre zu prüfen, wie eine praktische Erfahrung in mehreren Praxen organisiert werden könnte, damit die ÄiW sich nicht auf das „learning-by-imitation“ bei einem/r Weiterbildungsbefugten beschränken (müssen). Wichtig wäre ebenfalls, wie eine Weiterbildung in den so genannten „kleinen Fächern“ sichergestellt werden könnte. Zu diesen „kleinen“ gehören bspw. nicht nur die Dermatologie, sondern auch die Psychiatrie und Psychotherapie.
- c. In mehreren Staaten um Deutschland herum (z. B. Frankreich, Belgien, Niederlande) kann die Weiterbildung innerhalb von drei Jahren abgeschlossen werden, und dies mit augenscheinlichen guten Resultaten und größerer Zufriedenheit bei allen Beteiligten. Eine solche kurze und intensive Weiterbildung dürfte für Ärztinnen mit Kind deutlich attraktiver sein als eine zehnjährige kaum strukturierte⁴⁶. Voraussetzung hierfür ist allerdings ein strukturiertes Curriculum mit einer engen Verbindung von Praxis und Theorie. Ausländische Weiterbildungskonzepte (neben den genannten Ländern auch Großbritannien, Canada etc.) enthalten viele Anregungen für die Gestaltung der fachärztlichen Weiterbildung in Deutschland. Das Rad der Weiterbildung müsste für Deutschland also nicht neu erfunden werden.

4.3.3 Weitere Professionalisierungsmaßnahmen

Die folgenden weiteren Vorschläge mögen insofern verwundern, als sie professionstheoretischer Natur sind⁴⁷. Als Professionen bezeichnet man solche Berufe, die als Resultat einer langen wissenschaftlichen Qualifizierung einen exklusiven wissenschaftlichen Wissenskanon, eine eigene Terminologie, eigene Organisationen und interne Verhaltensregeln aufweisen. Sie zeichnen sich auch durch ein hohes gesellschaftliches Prestige aus. Gemessen an diesen Kriterien weist die hausärztliche Tätigkeit im Vergleich zu den spezialisierten medizinischen Fachrichtungen in Deutschland einen Rückstand auf. Eine Erhöhung der Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit setzt somit den Erfolg von Maßnahmen zur weiteren Professionalisierung voraus. Es kommt also nicht nur – und vielleicht nicht primär – darauf an, die bloße Zahl der Hausärzte zu steigern (vgl. Abschnitt 4.3.1), sondern auch – bzw. in erster Linie – deren Kompetenz und Prestige zu unterstützen. Zu den entsprechenden Maßnahmen gehören:

a. Maßnahmen zur Erhöhung der hausärztlichen Identität in der Weiterbildung

Mehr als die Hälfte der fachärztlichen Anerkennungen in Allgemeinmedizin geht an Personen, die dieses Fach zu Beginn der Weiterbildung nicht gewählt haben, sondern zu einem späteren Zeitpunkt quereingestiegen⁴⁸ sind. Hinzu kommen Ärzte und Ärztinnen, die die Zulassung zur hausärztlichen Tätigkeit ohne entsprechende Weiterbildung erlangt haben⁴⁹. Diese Quereinstiege könnten

46 Es ist irritierend, dass der Berufsverband und die DEGAM die aktuelle Situation als akzeptabel hinzunehmen scheinen. Eine detaillierte Evaluation seitens einer eingeladenen ausländischen Expertengruppe in 2009 hatte keine Konsequenzen. [Vgl. DEGAM (Hrsg.) Speciality Training for General Practice in Germany - A Report by a Panel of Invited International Experts. DEGAM-Selbstverlag 2009].

47 Diesbezüglich immer noch relevant: Freidson E. Profession of Medicine – A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York 1973.

48 Nur 19% derjenigen, die zu Weiterbildungsende eine Anerkennung in IMoS anstrebten bzw. erreichten, wählten diese Fach als erste Priorität bereits zu Weiterbildungsbeginn [Vgl. van den Bussche H, Siegert S et al. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland - Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2). Z Allg Med 2019;95:9-13].

49 In Nordrhein-Westfalen gibt es seit 2018 für ÄiW und Fachärztinnen und Ärzte im Krankenhaus in „Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung“ die – finanziell geförderte – Möglichkeit, via Quereinstieg eine hausärztliche Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet zu übernehmen (www.land.nrw/pressemitteilung/breites-buendnis-beschliesst-vereinbarung-zum-attraktiveren-quereinstieg-die).

die Folge einer Unzufriedenheit mit der ursprünglichen Weiterbildung bzw. mit der Krankenhaustätigkeit überhaupt sein. Rein numerisch betrachtet sind die Quereinsteigenden ein Gewinn für die hausärztliche Berufsgruppe. Es sind aber Populationen mit einer vermutlich geringen professionellen Identifikation mit der hausärztlichen Tätigkeit⁵⁰. Die „Lösung“ kann - wie im Folgenden dargelegt - nur in einer Spezifizierung der Voraussetzungen für die hausärztliche Tätigkeit liegen.

b. Erhöhung des Prestiges der hausärztlichen Tätigkeit

Auch innerhalb der Ärzteschaft wird die hausärztliche Tätigkeit in Deutschland - im Gegensatz zu einzelnen anderen europäischen Staaten - nicht als zentrales Element eines effektiven und effizienten Gesundheitssystems gesehen, sondern als second class Tätigkeit wahrgenommen. Es gehört zum „guten Ton“ vieler Spezialisten (auch Professoren und Studierenden), die hausärztliche Tätigkeit als wenig qualifiziert und dafür die der Gebietsärzte eo ipso als hochqualifiziert anzusehen⁵¹. Hausärztinnen und -ärzte müssten nach weit verbreiteter Meinung stets erreichbar sein, viel länger arbeiten⁵² und würden dabei nicht einmal ihr „Butterbrot“⁵³ verdienen.

Lehrreich könnten in diesem Zusammenhang Studien über diejenigen Nachbarstaaten sein, in denen die genannten Prestigeprobleme in weit geringerem Maße vorkommen.

c. Einführung eines Einschreibsystems

In einem Einschreibsystem ist jede(r) Versicherte einem Hausarzt bzw. einer Hausärztin zugeordnet, der als erste Anlaufstelle für Probleme und Fragen „seiner/ihrer“ Patientinnen und Patienten wirkt, die Krankenakte führt, die Versorgung koordiniert und insoweit auch den Zugang zu Spezialisten mitsteuert. Eine solche Regelung würde für die Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland eine exklusive Funktion im Gesundheitssystem bedeuten, die die Mixtur von Primär- und Sekundärversorgung seitens der Mehrzahl der gebietsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte⁵⁴ und andererseits die hohe Frequenz der Vertragsarztkontakte verringern könnte⁵⁵. Überzeichnend argumentiert: Die Bevölkerung ist „leider“ nicht genügend schwerkrank, um alle diese spezialisierten Ärztinnen und Ärzte adäquat einzusetzen. Aus diesem Grund nehmen viele von Ihnen in großem Umfang de facto hausärztliche Aufgaben wahr.

d. Vereinheitlichung des hausärztlichen Tätigkeitsspektrums

Hausärztinnen und Hausärzte können sich in Deutschland „spezialisieren“, d.h. nicht (mehr) die ganze Breite der Fachrichtung, sondern - in unterschiedlichem Maße- Teil- und Sonderleistungen anbieten (z.B. „Natur“-Heilverfahren, „integrierte“ Medizin bzw. diverse „Psychotherapien“), und eine nennenswerte Zahl von Hausärztinnen und -ärzten tut dies auch. Das möglicherweise damit einhergehende Problem ist, dass einzelne dieser Praxen de facto keine hausärztlichen mehr sind, da sie nur in einem geringen Umfang tätig sind und/oder nur ein beschränktes Leistungssegment anbieten, das nicht unbedingt die Bezeichnung „hausärztlich“ verdient. Was nicht verhindert, dass sie in der Bedarfsplanung voll mitgezählt werden. Stattdessen wäre eine verbindliche Festlegung

50 Ein Indiz dafür ist bspw., dass Medizinstudierende in einer online-Befragung die „allgemeinmedizinische/hausärztliche Tätigkeit“ auf dem vorletzten Platz einer Prestigeskala mit 14 Fachrichtungen platzierten. Nicht weniger bemerkenswert ist, dass die Studierenden den „praktizierenden Ärzten“ (beiderlei Geschlechts) eine vergleichbare Einstellung unterstellten (vgl. Kaucher M, Richter N et al. Das Image der Allgemeinmedizin aus Sicht der Medizinstudierenden. Z Allg Med 2016;92:320-325).

51 In einer Untersuchung an drei hessischen medizinischen Fakultäten fanden nur 35% der Befragten das „öffentliche Ansehen der Allgemeinmedizin“ (Platz 14 in einer Liste von 21 Attraktivitätsmerkmalen) und nur 28% das „Ansehen innerhalb der Ärzteschaft“ (Platz 18 von 21) als „attraktiv“ (Bien A, Gerlach F et al. Welche Inhalte und Rahmenbedingungen der Allgemeinmedizin bewerten Studierende als attraktiv oder unattraktiv? Z Allg Med 2018;94:488-493).

52 In der gleichen hessischen Untersuchung wie in Anm. 51 vergaben die Medizinstudierenden Platz 17 auf der 21-Item „Attraktivitätsskala“ für die „zeitliche Beanspruchung und die (fortwährende) Erreichbarkeit“ von Hausärztinnen und -ärzten sowie Platz 20 von 21 für „Hausbesuche“.

53 In der in Anm. 50 beschriebenen online-Befragung stimmten nur 17% der Befragten der Aussage, „die Verdienstmöglichkeiten als Hausarzt sind zu gering“ „eher nicht/überhaupt nicht“ zu.

54 Das Beispiel der Orthopädie möge hier genügen: Die häufigsten ambulanten Konsultationsanlässe in dieser Fachrichtung verteilen sich (in 2015) wie folgt (Mehrfachnennungen möglich): Rückenschmerzen (41%) und Arthrosen (31%) (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen aus dem ADT-Panel des Zentralinstituts im Jahr 2015. Berlin, 30. Juli 2018). Für diese Art von Beschwerden ist in vielen Staaten allein der Hausarzt zuständig.

55 In einer Untersuchung einer großen nationalen Population von Versicherten > 65 Jahren fanden wir bei den multimorbiden Patienten pro Jahr im Durchschnitt 36 Praxiskontakte verteilt über 5,7 unterschiedliche ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte (van den Bussche H, Schäfer I et al. Multimorbidität in der älteren Bevölkerung. Teil 2: Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung. Z Allg Med 2012;88:455-460).

des hausärztlichen Versorgungsauftrags und des damit einhergehenden basalen Leistungsspektrums erforderlich, das die Versicherten in allen hausärztlichen Praxen qualifiziert erhalten können sollten⁵⁶. Das Erlernen dieses Leistungsspektrums müsste in der Weiterbildung sichergestellt werden. Daneben und danach sind selbstgewählte Schwerpunktsetzungen im Leistungsspektrum auch erwünscht. Die Anerkennung „Facharzt bzw. Fachärztin für Allgemeinmedizin“ wäre somit eine, aber nicht die einzige Voraussetzung für eine hausärztliche Tätigkeit. Es würde auch geprüft, was an Leistungen angeboten wird.

e. Quotierung des Zugangs zur gebietsärztlichen Weiterbildung

Bis dato gilt das uneingeschränkte Prinzip der Freiheit der Wahl der Facharztsparte für alle Approbierten, vorausgesetzt sie finden eine entsprechende Stelle bei einem Weiterbildungsbefugten. Seit Jahrzehnten ist bekannt, dass die Steuerung über die subjektive Nachfrage der jungen Fachärztinnen und Fachärzte zu dem Missverhältnis von ca. 10% Hausärzten und 90% Spezialisten führt. Auch in den meisten OECD-Staaten präferieren die Absolvent*innen des Medizinstudiums spezialisierte Fachrichtungen, wenn auch nicht im gleichen Umfang wie in Deutschland.

Will man genügend Hausärztinnen und Hausärzte „produzieren“, wird man auch in Deutschland, wie bereits in vielen demokratischen Staaten um Deutschland herum, um eine Quotierung des Zugangs zur hausärztlichen und zur Spezialisten-Weiterbildung nicht herumkommen⁵⁷. Vorab errechnete und konsentierete Bedarfswahlen pro Fachrichtung (und ggf. Region) determinieren dann, wie viele Weiterbildungsplätze in welchen Fachrichtungen angeboten werden. Hierfür wäre es notwendig, a) ein beratendes Gremium mit den wichtigsten Interessengruppen und b) eine hinreichende Unterstützung durch wissenschaftliche Expertise und kontinuierliche Datenerhebungen zur Verfügung zu haben. Die Umsetzung einer solchen „Bedarfsplanung“ setzt allerdings die vorhin beschriebenen Notwendigkeiten einer strukturierten und curricularisierten Weiterbildung voraus.

5 Limitationen der Studie

Die aus der KarMed-Studie abgeleiteten Schlussfolgerungen und Empfehlungen unterliegen Einschränkungen:

- Die Ergebnisse sind mittels standardisierter Fragebögen über sieben Jahre (T0 -T6) ermittelte subjektive Auffassungen und Einschätzungen der ÄiW. Die realen Berufsentscheidungen können aber von weiteren Bedingungen (z. B. Stellenangeboten) abhängen. Erhebungen nach fünf bis sechs Jahren Weiterbildung liegen aber zeitlich relativ nahe an den finalen Berufsentscheidungen. Die Verfolgung der Angaben der Befragten über die untersuchten Jahre erlaubt allerdings deutlich validere Aussagen als die traditionellen zeitlich einmaligen Querschnitterhebungen, z. B. – wie häufig praktiziert - bei Medizinstudierenden.
- Der Frauenanteil in der KarMed-Untersuchung stieg zwischen T0 und T6 von 65% auf 70%. Systematische Dropoutphänomene wurden mittels longitudinaler logistischer Modelle unter Berücksichtigung soziodemografischer und fachdisziplinbezogener Variablen zu den sechs Messzeitpunkten analysiert. Im Ergebnis wiesen weibliche ÄiW eine signifikant höhere Chance zur Teilnahme an der Untersuchung auf als männliche (Odds ratio = 1.41, 95% CI 1.13–1.75; p<0.001). Anders gesagt: Ärzte stiegen überhäufig aus der longitudinalen Befragung aus als Ärztinnen. Elternstatus und die Wahl der Fachdisziplin hatten diesbezüglich keinen signifikanten Effekt.

56 Ein solches kompetenzbasiertes „Basisangebot“, das von allen hausärztlichen Praxen angeboten werden soll, gibt es in den Niederlanden (vgl. www.lhv.nl/product/aanbod-huisartsgeneeskundige-zorg/). Daneben können spezifizierte „ergänzende“ bzw. „besondere“ Leistungen angeboten und akkreditiert werden.

57 In Belgien liegt die gesetzlich vorgegebene hausärztliche Weiterbildungsquote bis 2022 bei 40-45% der Approbierten, in den Niederlanden bis 2024 bei 38% und in Frankreich bei 39% in 2018/19.

Danksagung

Die KarMed-Studie wurde im Zeitraum 2008-2014 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und vom Europäischen Sozialfonds gefördert (Förderkennzeichen 01FP0803 und 01FP0804). In den Zeiträumen 2015-2017 und 2019-2020 wurde die Studie durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. dessen Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) finanziell unterstützt.

Der Dank des KarMed-Projekts gilt einerseits den Teilnehmenden an den Befragungen über ca. 10 Jahre und andererseits den genannten Unterstützern.

Dieser zusammenfassende Aufsatz ist das Produkt der Kooperation in der KarMed-Arbeitsgruppe. Zu danken hat der Autor: Sigrid Boczor PhD, Vivien Boettcher, Priv.-Doz. Dipl.-Psych. Rüya-Daniela Kocalevent und Vicky Zimmerer. Dank auch an Prof. Dr. Hanna Kaduszkiewicz (Kiel) für eine kritische Kommentierung des Manuskripts.

***If you don't know where you are going
any road can take you there***
(George Harrison: Any Road)

6 Anlage 1: Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Anteil der Ärztinnen mit Kind(ern) in der KarMed-Population	20
Abbildung 2	Genderspezifische Unterschiede der Fachpräferenz vor Weiterbildungsbeginn PJ-Studierende: Präferierte Disziplin nach der fachärztlichen Anerkennung	20
Abbildung 3	Genderspezifische Unterschiede der Sektor- und Positionspräferenz vor Weiterbildungsbeginn PJ-Studierende: Präferierte berufliche Endposition nach der Weiterbildung .	21
Abbildung 4	Genderspezifische Unterschiede der Arbeitszeitpräferenz vor Weiterbildungsbeginn PJ-Studierende: Präferierte Arbeitszeit nach der fachärztlichen Anerkennung	21
Abbildung 5	Entwicklung der Fachrichtungspräferenzen nach Befragungszeitpunkt bei Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung	22
Abbildung 6	Zeitliche Entwicklung der Attraktivität der hausärztlichen Fachrichtungen nach Geschlecht	22
Abbildung 7	Geschlechtsspezifische Unterschiede der Attraktivität der Inneren Medizin nach Teildisziplin, Geschlecht und Befragungszeitpunkt	23
Abbildung 8	Geschlechtsspezifische Unterschiede der Attraktivität der chirurgischen Fachrichtungen nach Teildisziplin, Geschlecht und Befragungszeitpunkt	23
Abbildung 9	Prozentualer Anteil der Statusvorstellungen von hausärztlich interessierten ÄiW nach Weiterbildungsdauer und Geschlecht.....	24
Abbildung 10	Statusinteressen der Ärztinnen in Weiterbildung im Vergleich von haus- und gebietsärztlichem Interessenten zu T6 (in Prozent der Bezugsgruppe).....	24
Abbildung 11	Entwicklung der Arbeitszeitvorstellungen der Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung (in Prozent der Bezugsgruppe).....	25
Abbildung 12	Arbeitszeitvorstellungen der Ärztinnen in Weiterbildung mit dem Ziel einer hausärztlichen Tätigkeit nach 4 bzw. 6 Jahren Weiterbildung (in Prozent der Bezugsgruppe).....	25
Abbildung 13	Ortspräferenz der hausärztlich Interessierten Ärztinnen in Weiterbildung nach Ortsgrößenklassen (in Prozent der Bezugsgruppe).....	26

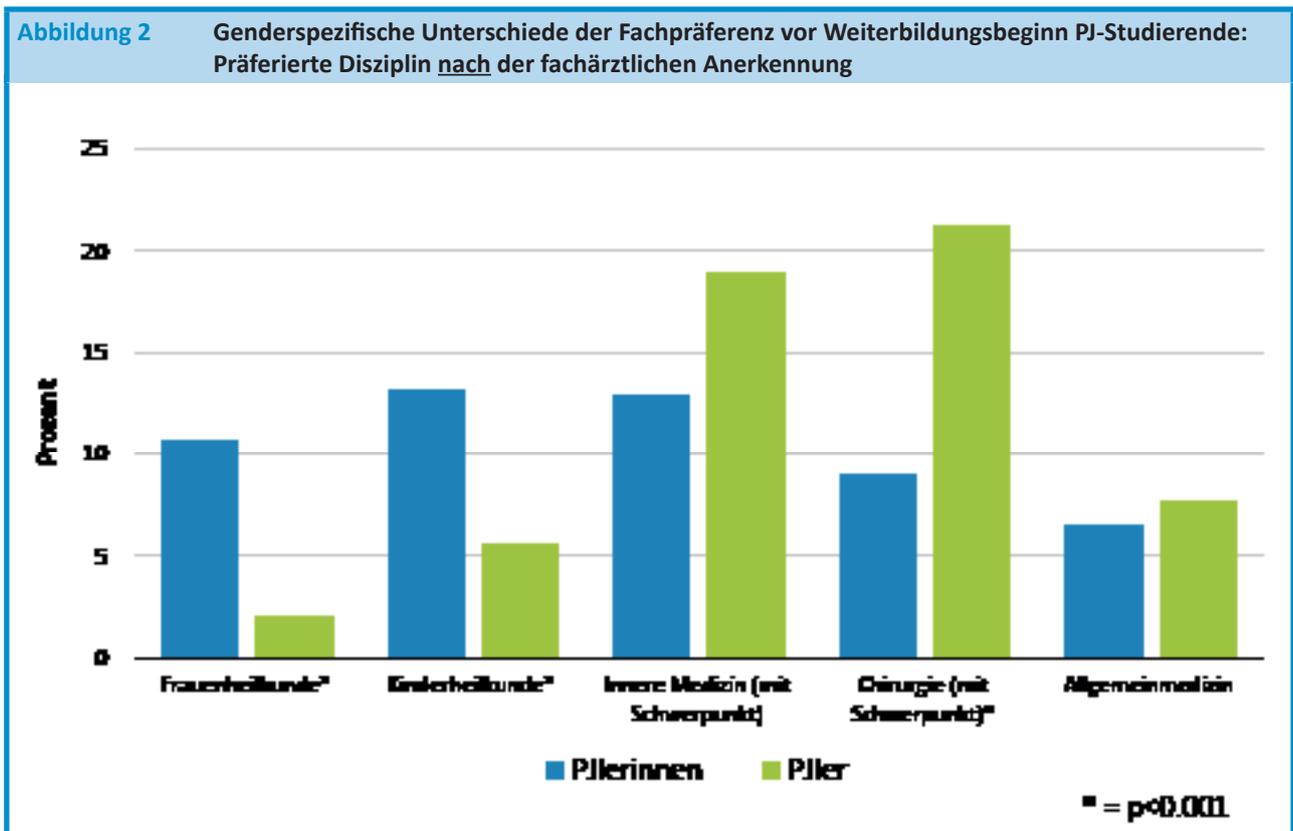
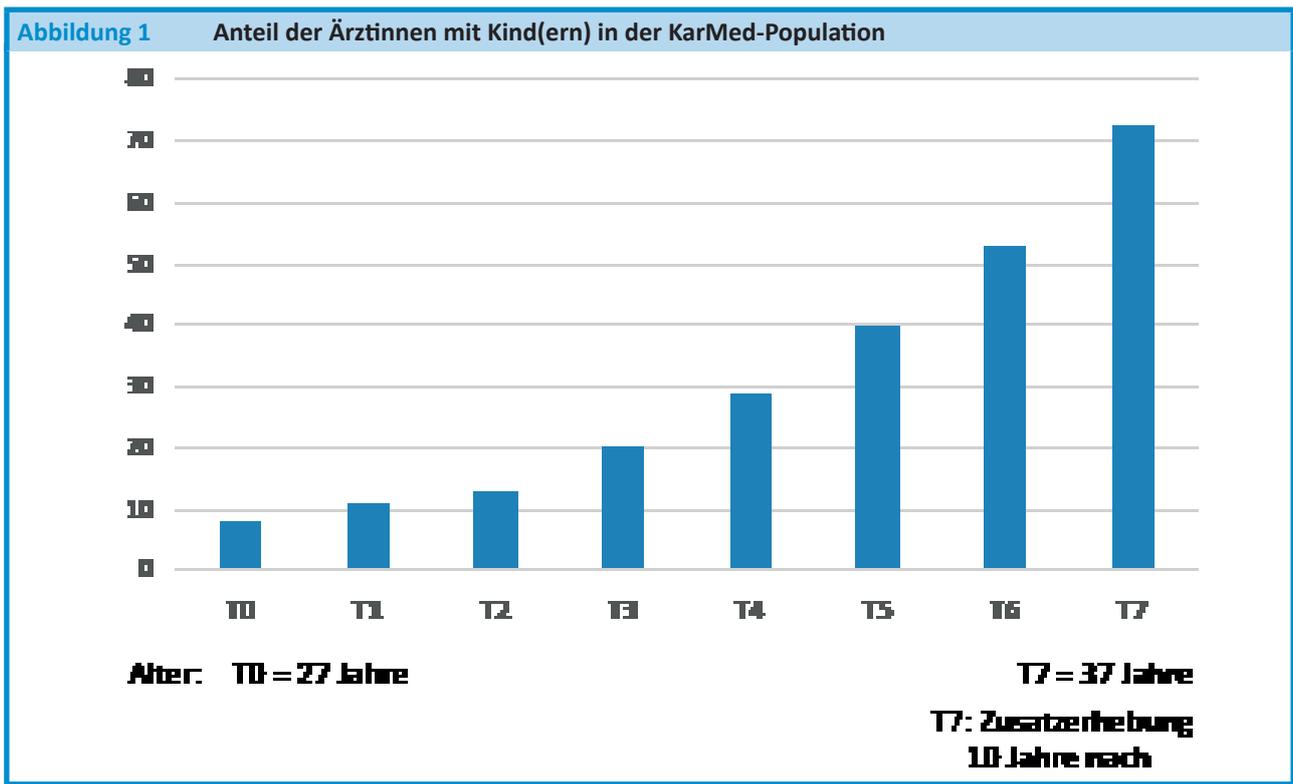


Abbildung 3 Genderspezifische Unterschiede der Sektor- und Positionspräferenz vor Weiterbildungsbeginn PJ-Studierende: Präferierte berufliche Endposition nach der Weiterbildung

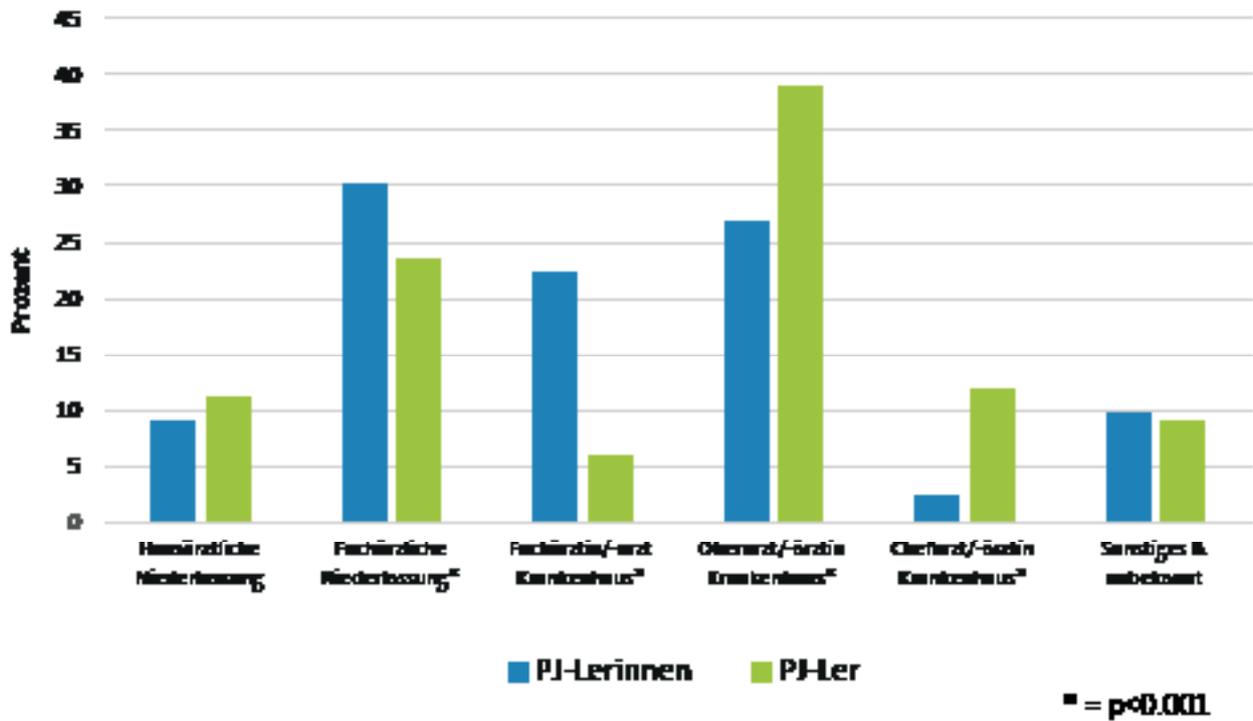


Abbildung 4 Genderspezifische Unterschiede der Arbeitszeitpräferenz vor Weiterbildungsbeginn PJ-Studierende: Präferierte Arbeitszeit nach der fachärztlichen Anerkennung

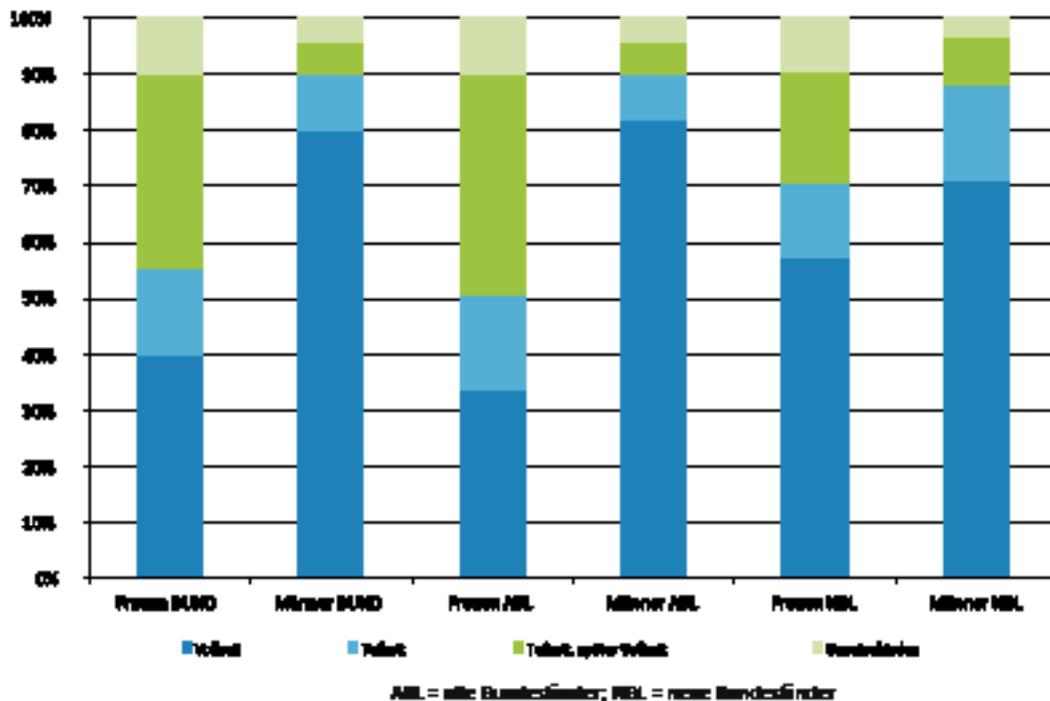


Abbildung 5 Entwicklung der Fachrichtungspräferenzen nach Befragungszeitpunkt bei Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung

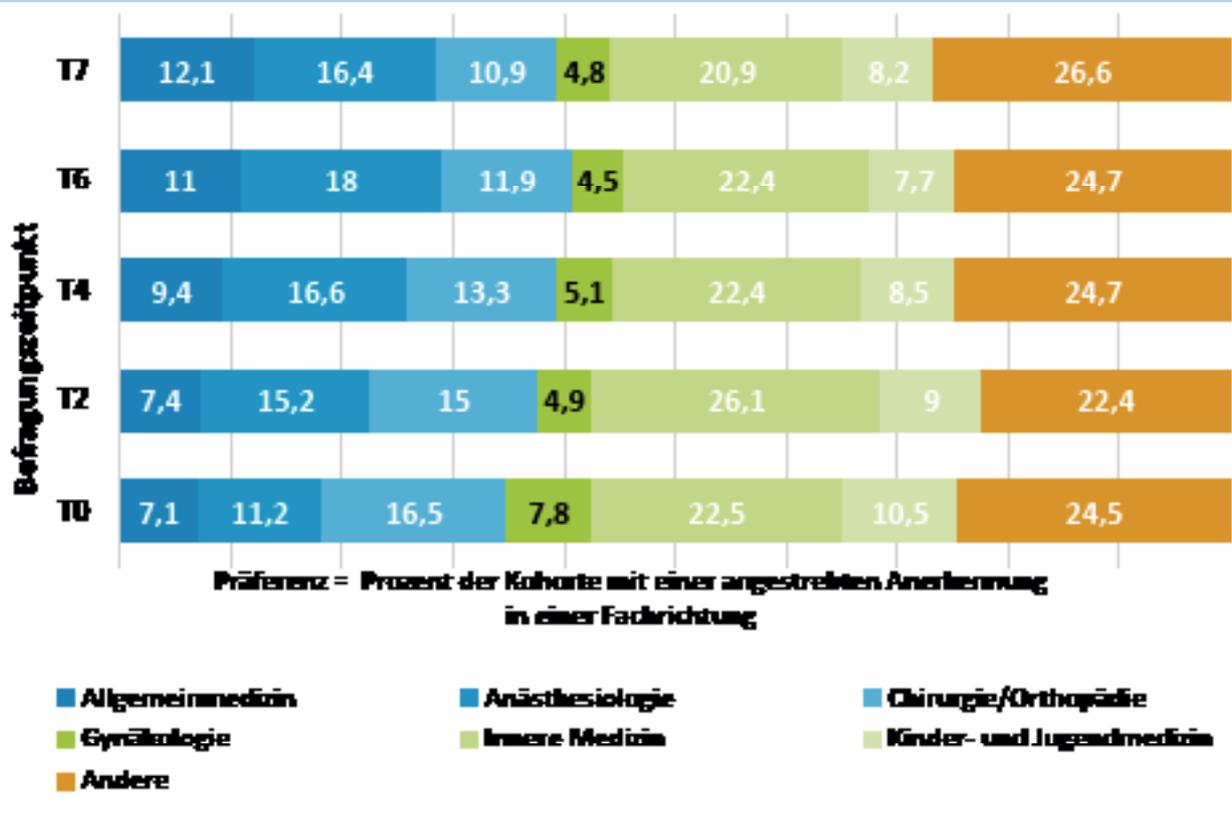


Abbildung 6 Zeitliche Entwicklung der Attraktivität der hausärztlichen Fachrichtungen nach Geschlecht

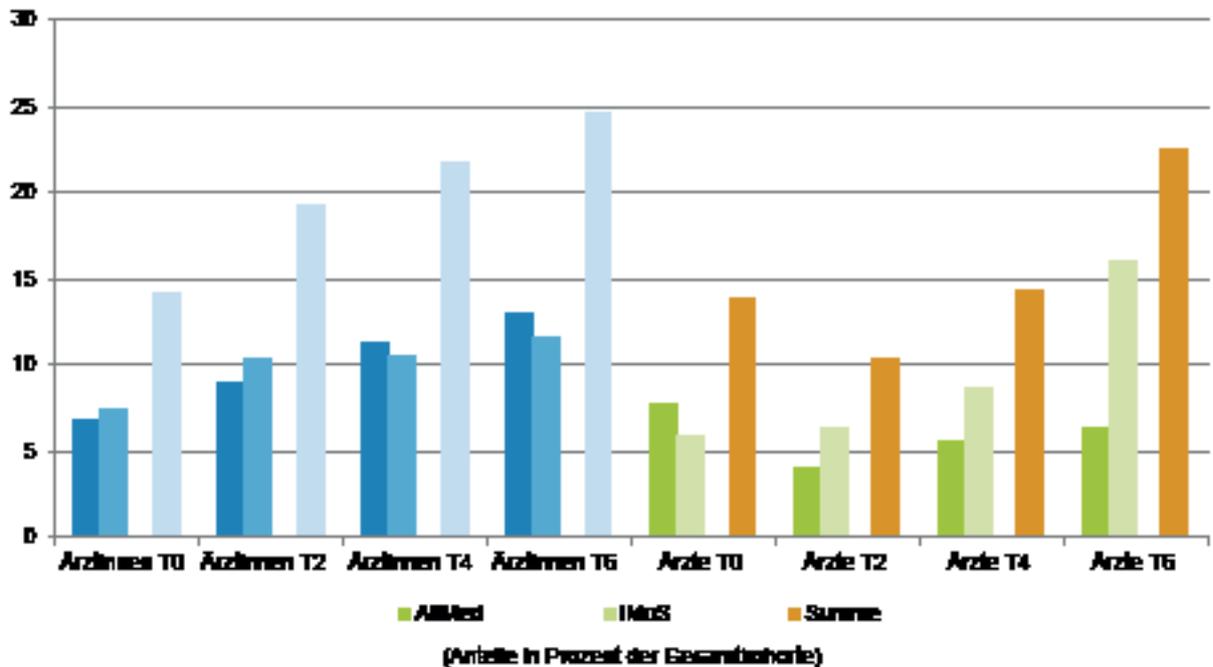


Abbildung 7 Geschlechtsspezifische Unterschiede der Attraktivität der Inneren Medizin nach Teildisziplin, Geschlecht und Befragungszeitpunkt

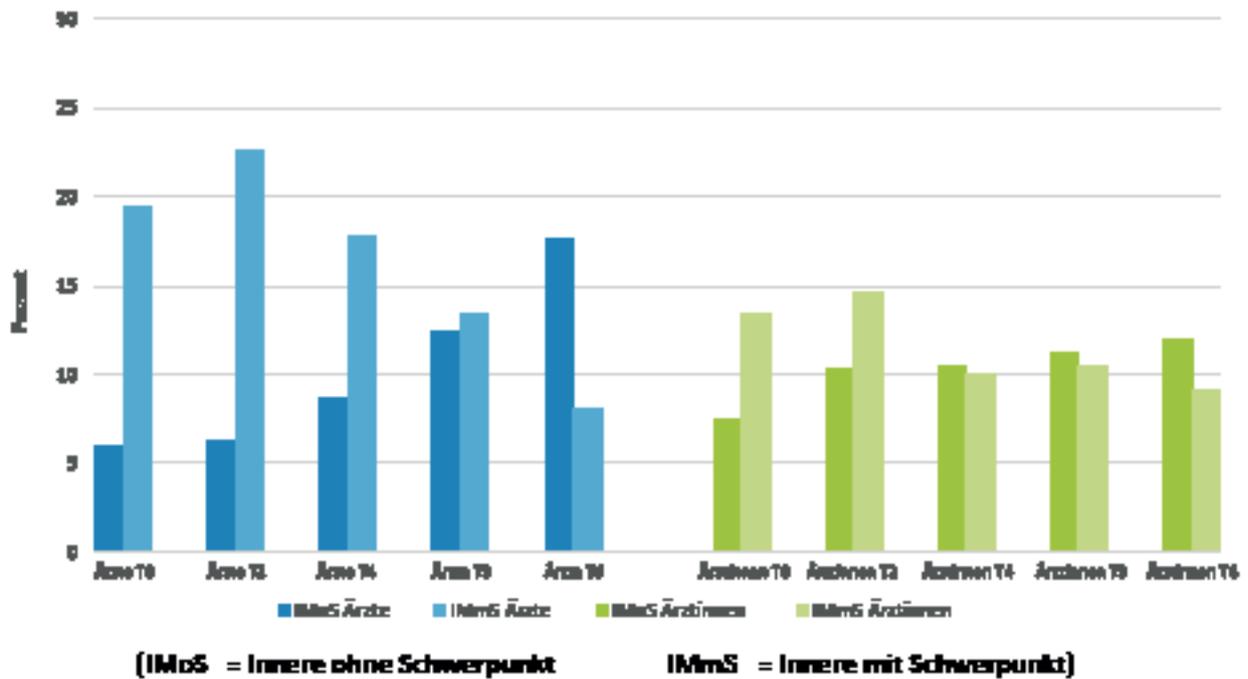


Abbildung 8 Geschlechtsspezifische Unterschiede der Attraktivität der chirurgischen Fachrichtungen nach Teildisziplin, Geschlecht und Befragungszeitpunkt

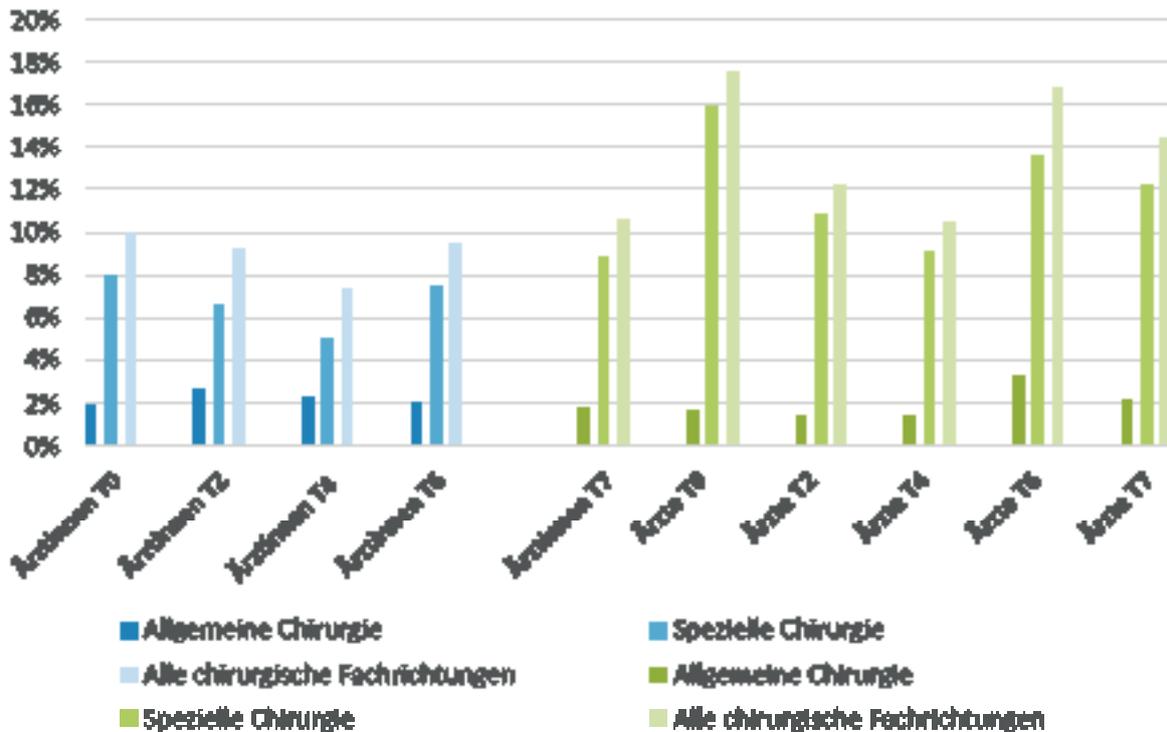


Abbildung 9 Prozentualer Anteil der Statusvorstellungen von hausärztlich interessierten ÄiW nach Weiterbildungsdauer und Geschlecht

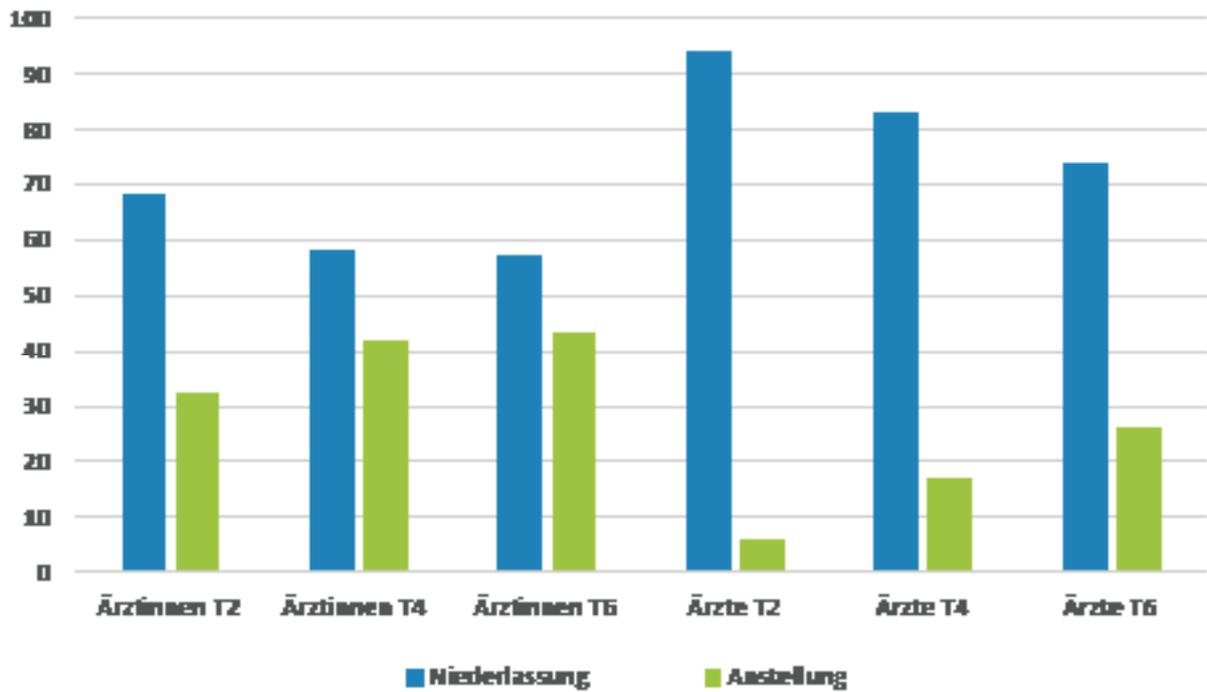


Abbildung 10 Statusinteressen der Ärztinnen in Weiterbildung im Vergleich von haus- und gebietsärztlichem Interessenten zu T6 (in Prozent der Bezugsgruppe)

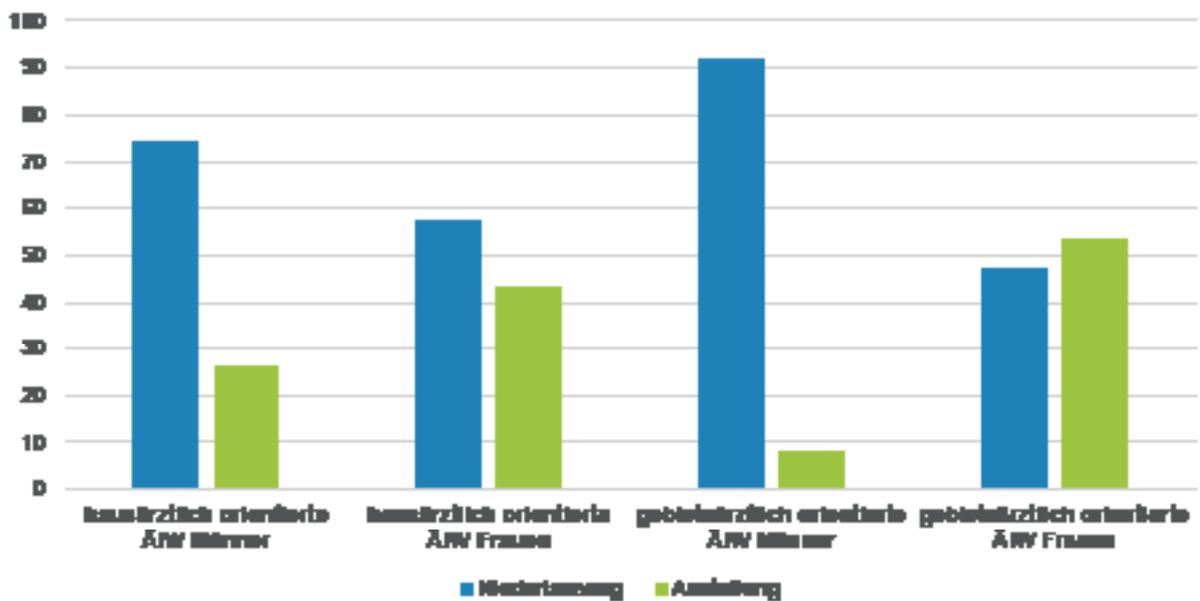


Abbildung 11 Entwicklung der Arbeitszeitvorstellungen der Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung (in Prozent der Bezugsgruppe)

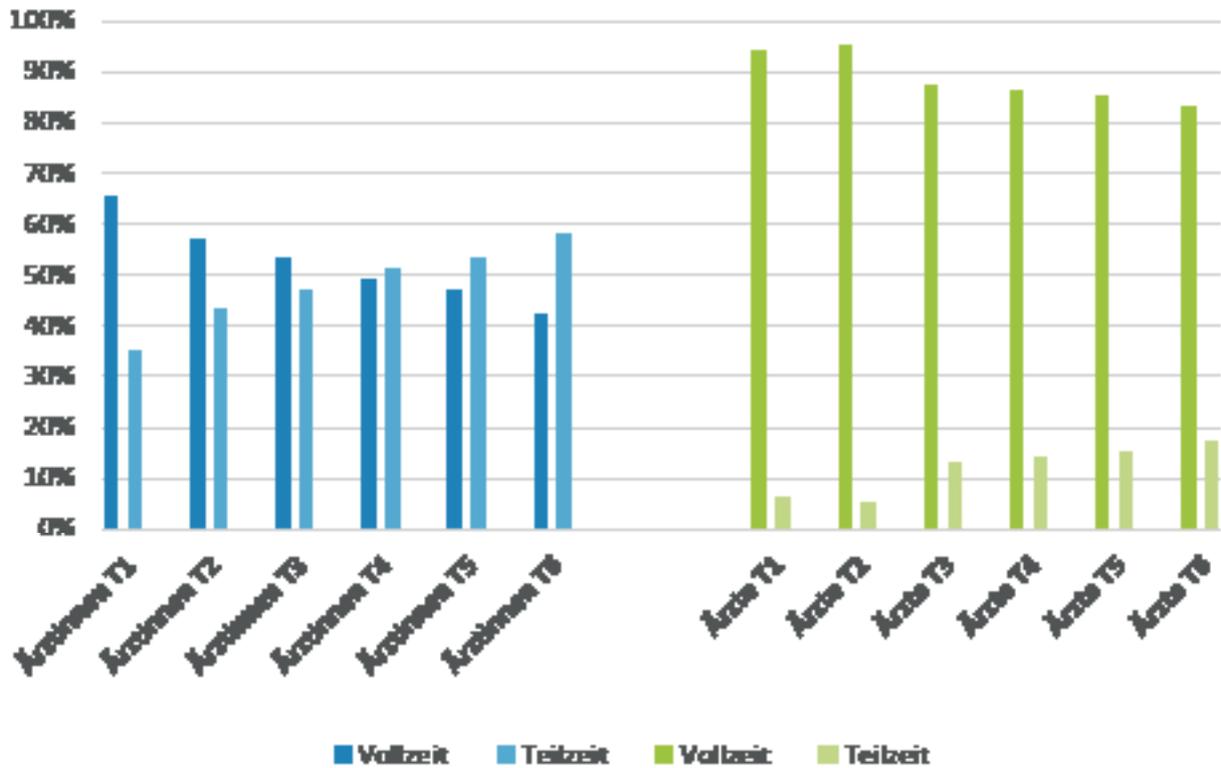


Abbildung 12 Arbeitszeitvorstellungen der Ärztinnen in Weiterbildung mit dem Ziel einer hausärztliche Tätigkeit nach 4 bzw. 6 Jahren Weiterbildung (in Prozent der Bezugsgruppe)

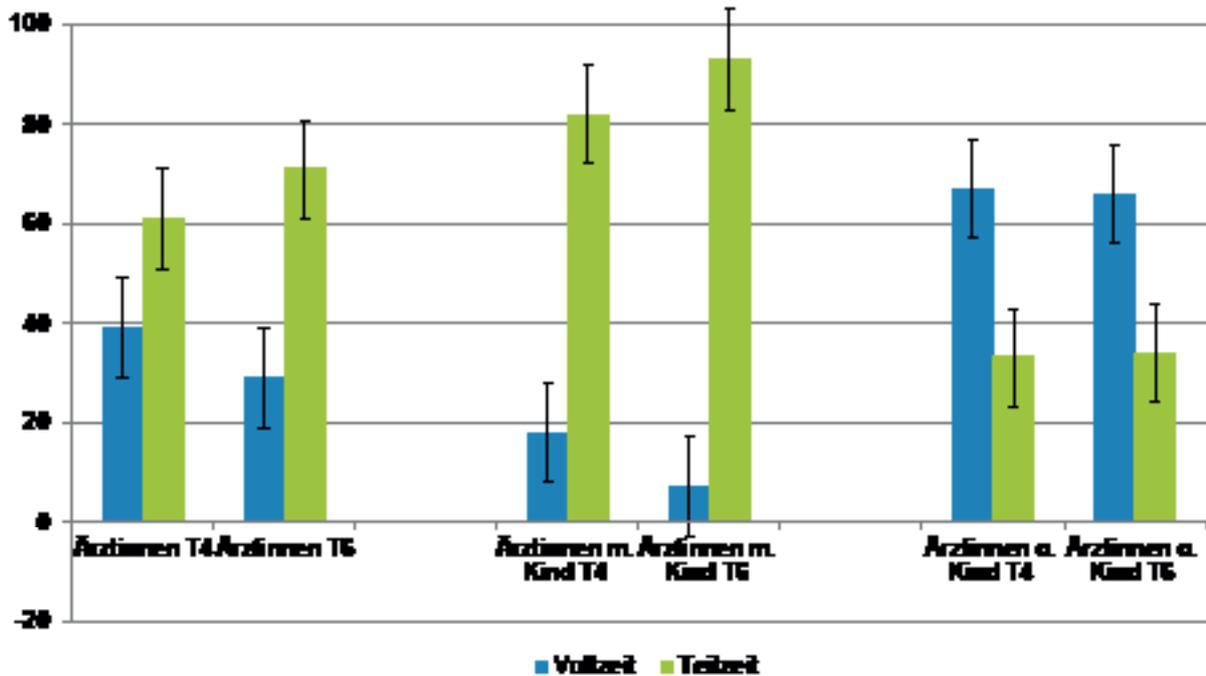


Abbildung 13 Ortspräferenz der hausärztlich Interessierten Ärztinnen in Weiterbildung nach Ortsgrößenklassen (in Prozent der Bezugsgruppe)

