

# Zur Notwendigkeit der akademischen Institutionalisierung des Faches Allgemeinmedizin

Eine Replik auf Rauscher C et al.: Ausbildung für die regionale Versorgung – das Fach Allgemeinmedizin an der Universität Regensburg

## *Academic Institutionalisation of Family Medicine – Absolutely Essential*

*Comment on Rauscher C et al.: Basic Medical Education and Vocational Training for Regional Health Care – Family Medicine at the University of Regensburg*

Antonius Schneider<sup>1</sup>, Jochen Gensichen<sup>2</sup>, Thomas Kühlein<sup>3</sup>

Im September 2016 erschien in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin ein Artikel, der den Zusammenhang zwischen der Aktivität von Lehrbeauftragten ohne Institutionalisierung eines Lehrstuhls und der Niederlassung von Hausärztinnen und Hausärzten im ländlichen Raum untersuchte [1]. Die Autoren kamen zum Schluss, dass sich in der Region Regensburg überproportional mehr Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte in eigener Praxis niederließen als in anderen Regionen Deutschlands: 25 % der Regensburger Absolventen hätten sich als Allgemeinärzte/-innen niedergelassen, wohingegen deutschlandweit nur 10 % der Absolventen die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin anstreben.

Diese Entwicklung wäre erfreulich. Allerdings erscheint die Analyse nicht ganz unproblematisch, da die Zahlen z.T. lediglich orientierend in rechnerische Beziehung zueinander gesetzt und dabei sehr weitreichende Schlussfolgerungen gezogen werden. Folgende Aspekte erfordern eine kritische Reflexion:

- Unklar bleibt, woher die Autoren wissen, an welchen Orten die Niedergelassenen das Staatsexamen abgelegt haben. Die Niederlassungszahlen liegen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) vor. Nach unserem Wissen wird der Ort des Staatsexamens inner-

halb der KVB jedoch nicht statistisch erfasst. Im Methodikteil hätte beschrieben werden sollen, wie die Kenntnisse zum Ort der 3. Staatsexamensprüfung generiert wurden.

- Es wird von den Autoren angenommen, dass die Weiterbildung nach fünf Jahren abgeschlossen ist und sich die Ärzte dann sofort niederlassen – ein Puffer von einem Jahr wird einkalkuliert, also insgesamt sechs Jahre vom Beginn der Weiterbildung bis zur Niederlassung. Fünf Jahre für die Weiterbildung lassen sich jedoch nur in seltenen Ausnahmefällen realisieren. Durch die komplizierten Rotationen, die einen häufigen Ortswechsel erfordern und aufgrund von Kompromissen im Stationsdienst dauert die Facharzt Ausbildung entsprechend aktueller Erhebungen durchschnittlich 8 bis 10 Jahre, z.T. noch länger [2, 3]. Darüber hinaus arbeiten die meisten Ärztinnen und Ärzte nach der Facharztprüfung noch einige Zeit im Anstellungsverhältnis [3]. Eine Analyse der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer zeigt, dass das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der hausärztlichen Niederlassung 42,3 Jahre bei Frauen und 42,2 Jahre bei Männern beträgt [4]. Wenn das Studium im Durchschnitt mit 27 Jahren abgeschlossen wird, liegt also eine Dauer von 15 Jahren zwischen

dem letzten Staatsexamen und der Niederlassung in eigener Praxis! Vermutlich ist das Durchschnittsalter zum Studienabschluss sogar noch etwas niedriger, evtl. 26 Jahre, aber vor 15 Jahren gab es auch noch Bundeswehr bzw. Zivildienst, was die Zwischenzeit weiter verlängerte. Für Ärztinnen führt die Familienplanung häufiger zu verlängerten Weiterbildungszeiten.

- Vor diesem Hintergrund erscheint es kritisch, als Grundgesamtheit alle Studierenden aus dem Zeitraum 2004–2009 (n = 822) zu verwenden und in Relation zu 209 niedergelassenen Ärzten aus dem Zeitraum 2009–2014 zu setzen. Denn wer 2004 sein Staatsexamen absolviert hat, würde sich im Durchschnitt nach 15 Jahren (4), also im Jahr 2019, niederlassen; mit Abschluss 2009 sogar erst 2024. Selbstverständlich handelt es sich um Mittelwerte, sodass sicherlich einige Kolleginnen und Kollegen dabei sind, die sich tatsächlich sechs Jahre nach dem Staatsexamen niedergelassen haben. Hierbei dürfte es sich jedoch um eine Minderheit handeln. Die Berechnungen sind also mit erheblichen Unsicherheiten verknüpft und basieren vermutlich auf verschiedenen Extrapolationen.

- Unklar bleiben auch die Aussagen zur Beliebtheit des Faches unter den Medi-

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München (TU)

<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)

<sup>3</sup> Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen (FAU)

DOI 10.3238/zfa.2017.0456-0458

zinstudierenden selbst. Es wird berichtet, dass die Präferenz von anfänglich 25 % auf 42 % gestiegen ist. Hier würde man sich eine Angabe wünschen, wie die Frage formuliert wurde. Mussten sich die Studierenden bei der Antwort exakt auf eine Option festlegen? Oder waren Alternativangaben möglich? Je nachdem, wie gefragt wird, kann man sehr unterschiedliche Zahlen erhalten. Im Rahmen einer Befragung von 940 Studierenden an den drei Universitäten Erlangen, LMU und TU München fanden wir mit einer sehr offenen Fragestellung (ob sich der/die Studierende vorstellen *könnte*, in einer Praxis zu arbeiten, angestellt oder selbstständig) bei 76,4 % der Befragten eine Bereitschaft für die hausärztliche Tätigkeit [5]. Die Ergebnisse der Regensburger Umfrage sind zudem recht unpräzise wiedergegeben: Wie wurden die Studierenden befragt? Wie hoch war die Nonresponderrate und welche Ursachen waren dafür maßgebend?

Zahlreiche Studien zeigen, dass die Abstammung aus einer ländlichen Region einen starken Prädiktor für die Niederlassung im ländlichen Raum darstellt [5–8]. Dies wird erfreulicherweise bei Rauscher et al. als Einschränkung reflektiert, könnte jedoch als maßgeblich erklärender Faktor unterschätzt worden sein – insbesondere im Hinblick auf die ländlichen Regionen Oberpfalz und Niederbayern.

Für die oben skizzierten, weitreichenden Schlussfolgerungen sollte generell ein anderes Studiendesign gewählt werden, zum Beispiel ein Survey mit direkter Befragung der Allgemein-

ärzte der Region Oberpfalz und Niederbayern. Zudem sollte dies dann mit einem Survey einer anderen Region verglichen werden, um Rückschlüsse darüber zu erhalten, inwiefern auch Wohnortnähe und Heimatregion für die Wahl der Niederlassung eine Rolle spielen.

Letztlich wird also mit vielen sehr optimistischen Zahlen hantiert, ohne dass deutlich wird, wie sich diese zusammensetzen. Das erscheint durchaus problematisch, da die implizite Schlussfolgerung gezogen wird, dass die Institutionalisierung eines Lehrstuhls gar nicht notwendig ist – weil eben ein Management der Lehre alleine durch Lehrbeauftragte vermeintlich zu höheren Niederlassungen führen würde als im Umfeld von regulären Instituten mit Vollausrüstung. Dies steht im Widerspruch zum nachvollziehbaren Zusammenhang von Institutionalisierung und Kompetenzentwicklung [9, 10]. Zudem konnte anhand einer Studierendenbefragung an der TU, LMU und Erlangen gezeigt werden, dass die Präsenz eines Lehrstuhls signifikant mit einer wertschätzenden Haltung für das Fach und einer erhöhten Niederlassungsbereitschaft assoziiert ist [5]. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass eine akademische Präsenz mehr Aufmerksamkeit bei den Studierenden erzeugt, eine Intensivierung und Zunahme von Dissertationsarbeiten eine wissenschaftliche Auseinandersetzung fördert, Vernetzungen mit anderen akademischen Disziplinen erlaubt und schließlich Vorbilder für akademische Karrieren gegeben werden [5]. Darüber hinaus ermöglicht eine Institutionalisierung auch den Ausbau der Lehre im

ländlichen Raum, da hierdurch Kooperationen mit ländlich gelegenen Krankenhäusern und Hausärzten entwickelt werden können, um Studierende für die Ausbildung in den entsprechenden Regionen zu motivieren und anschließend in die Weiterbildung zu überführen [11, 12].

Neben diesen auf die Lehre und Ausbildung bezogenen Effekten sei auch auf den wissenschaftlichen Gewinn für die Medizinischen Fakultäten durch die Möglichkeiten von interdisziplinären Kooperationen in Forschungsprojekten hingewiesen. Zahlreiche Beispiele in Deutschland belegen, dass die Institutionalisierung des Faches Allgemeinmedizin einen hohen Gewinn für eine moderne Fakultät darstellt [13], wie aktuelle Publikationen dies auch beispielhaft belegen [15–18]. Insofern wäre eine Institutionalisierung mit effizienter Ausstattung an allen medizinischen Fakultäten wünschenswert, um die hervorragende Arbeit auch von kleinen Arbeitsbereichen noch größere Früchte tragen zu lassen.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Antonius Schneider  
Institut für Allgemeinmedizin  
Klinikum rechts der Isar/  
Technische Universität München  
Orleansstraße 47  
81667 München  
Tel: 089 614658911  
antonius.schneider@tum.de

## Literatur

1. Rauscher C, Ernst B, Braun M, et al. Ausbildung für die regionale Versorgung – das Fach Allgemeinmedizin an der Universität Regensburg. *Z Allg Med* 2016; 92: 352–356
2. Broermann M, Messemaker A, Pauscher L, et al. Spät entschieden und jetzt Allgemeinmedizin: Über Umwege zur gemeinschaftlichen Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2017; 93: 324–328
3. Bußhoff S, Becka D, Rusche H, et al. Wo arbeiten die Allgemeinmediziner nach der Facharztanerkennung? Analyse der Datenbank der Ärztekammer Westfalen-Lippe. *Z Allg Med* 2015; 91: 440–5
4. Dürr I. Niederlassung – Mehr Frauen gründen Praxen. *Allgemeinarzt* 2017; 39: 29. [www.allgemeinarzt-online.de/a/mehr-frauen-gruenden-praxen-1813279](http://www.allgemeinarzt-online.de/a/mehr-frauen-gruenden-praxen-1813279) (letzter Zugriff am 13.10.17).
5. Schneider A, Karsch-Volk M, Rupp A, et al. Predictors of a positive attitude of medical students towards general practice – a survey of three Bavarian medical faculties. *GMS Z Med Ausbild* 2013; 30: Doc45
6. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Paynter NP. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *JAMA* 2001; 286: 1041–8
7. Jones M, Humphreys J, Prideaux D. Predicting medical students' intentions to take up rural practice after graduation. *Med Educ* 2009; 43: 1001–9
8. Walker JH, Dewitt DE, Pallant JE, Cunningham CE. Rural origin plus a rural clinical school placement is a significant predictor of medical students' intentions to practice rurally: a multi-university study. *Rural Remote Health* 2012; 12: 1908
9. Schmacke N. Das Ansehen der Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2010; 86: 113–5
10. Wissenschaftsrat. Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen. Berlin:

- Wissenschaftsrat; 1999. [www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3848-98.pdf](http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/3848-98.pdf) (letzter Zugriff am 13.10.17)
11. Storr C, Bechtel U, Berberat P, et al. Modellprojekt: Ausbildungskonzept Allgemeinmedizin im ländlichen Raum Bayerns – die medizinische „AKADemie“ Dillingen. *Z Allg Med* 2016; 93: 39–43
  12. Barth N, Storr C, Bechtel U. „Die sind hier Hausärzte mit Leib und Seele und das steckt an“ – Eine qualitative Vergleichsstudie des PJ-Modellprojekts „Ausbildungskonzept Allgemeinmedizin Dillingen“ (AKADemie). *Z Allg Med* 2016; 93: 68–72
  13. Schneider A, Grossmann N, Linde K. The development of general practice as an academic discipline in Germany – an analysis of research output between 2000 and 2010. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 58
  14. Gagyor I, Bleidorn J, Kochen MM, et al. Ibuprofen versus fosfomycin for uncomplicated urinary tract infection in women: randomised controlled trial. *BMJ* 2015; 351: h6544
  15. Barzel A, Ketels G, Stark A, et al. Home-based constraint-induced movement therapy for patients with upper limb dysfunction after stroke (HOMECIMT): a cluster-randomised, controlled trial. *Lancet Neurol* 2015; 14: 893–902
  16. Schmidt K, Worrack S, Von Korff M, et al. Effect of a primary care management intervention on mental health-related quality of life among survivors of sepsis: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016; 315: 2703–11
  17. Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, et al. Medical assistant-based care management for high-risk patients in small primary care practices: a cluster randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 2016; 164: 323–30
  18. Donnachie E, Schneider A, Mehring M, Enck P. Incidence of irritable bowel syndrome and chronic fatigue following GI infection: a population-level study using routinely collected claims data. *Gut* 2017; doi: 10.1136/gutjnl-2017-313713 [Epub ahead of print]



## DEGAM-Leitlinien frei im Netz

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

### Kontakt:

Dr. Philipp Leson  
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle  
Friedrichstraße 133  
10117 Berlin  
Tel.: 030 209669800  
Fax: 030 209669899  
E-Mail: [presse@degam.de](mailto:presse@degam.de)  
Homepage: [www.degam.de](http://www.degam.de)

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