

Lösungsansätze zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung

Wofür plädieren Allgemeinmediziner*innen?

Approaches to Securing Primary Care

What do Family Physicians advocate?

Julian Wangler, Michael Jansky

Hintergrund

Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ist ein wichtiges Thema der Gesundheitspolitik. Vor dem Hintergrund einer drohenden Knappheit niedergelassener Allgemeinärzt*innen wird anhaltend darüber diskutiert, mit welchen Maßnahmen die Hausarztmedizin dauerhaft gewährleistet werden kann. Bislang fehlt es an Arbeiten, die umfassend explorieren, wie Hausärzt*innen aus ihrer spezifischen beruflichen Erfahrung zu verschiedenen Ansätzen zur langfristigen Sicherstellung der Primärversorgung stehen und für welche Maßnahmen sie sich aussprechen.

Methoden

Zwischen August 2021 und Januar 2022 wurden 64 halbstandardisierte Einzelinterviews mit Hausärzt*innen geführt. Inhalte waren: Status quo und Entwicklung der hausärztlichen Versorgung; Voraussetzungen zur Sicherstellung der Hausarztmedizin; favorisierte Maßnahmen zur Sicherstellung; Beurteilung ergriffener Maßnahmen zur Sicherstellung.

Ergebnisse

Zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung regen die Interviewten die Schaffung eines Primärarztsystems bzw. die Aufwertung der hausärztlichen Stellung im Gesundheitssystem an, aber auch eine stärkere Förderung der Hausarztmedizin in Aus- und Weiterbildung sowie eine Restrukturierung von Curricula und Zulassungskriterien zum Medizinstudium. Auch ein Aufbau multiprofessioneller ambulanter Versorgungszentren und die Stärkung der Delegation werden als wichtig angesehen.

Schlussfolgerungen

Hausärzt*innen präferieren aus ihren eigenen Einsichten und Erfahrungen nicht durchgehend die Vorschläge von Expert*innen. Hausärzt*innen und deren Erfahrung sollten bei der Planung, Implementierung und Evaluation von Maßnahmen zur Bekämpfung eines Mangels von Primärversorger*innen einbezogen werden. Auch wäre vorstellbar, dass hier aus der fachgesellschaftlichen Organisation heraus eine engere Abstimmung mit der Gesundheitspolitik von Ländern und Kommunen erfolgt.

Schlüsselwörter

Hausärztemangel; Landarzt; Landpraxis; Primärversorgung

Background

To secure primary care is an important issue in health policy. Considering an impending shortage of family physicians, there is ongoing discussion about which measures can be used to warrant primary care in the long-term. So far, there has been a lack of studies that comprehensively explore how family physicians, based on their specific professional experience, stand on various approaches to ensuring primary care and which measures they advocate.

Methods

Between August 2021 and January 2022, 64 semi-standardized individual interviews were conducted with family physicians. The interview guidelines focused on: status quo and development of primary care; prerequisites for ensuring primary care; favored measures for stabilization; assessment of measures taken so far.

Results

In order to ensure primary care, the interviewees suggest the creation of a primary doctor system as well as upgrading the position of family physicians within the health system. Also, they voted in favour to strengthen basic medical education and vocational training and to restructure curricula and admission criteria for medical studies. The establishment of multi-professional outpatient care centers and the strengthening of delegations are also seen as important.

Conclusions

Based on their own insights and experiences, family physicians do not always prefer the suggestions of experts. Overall, it seems advisable to involve family physicians and their experience in the planning, implementation and evaluation of measures to combat a shortage of primary care providers. It would also be conceivable that the professional society could be more closely coordinated with the health policy of the federal states and local authorities.

Keywords

family physician shortage; country doctor; rural practice; primary care

Hintergrund

Unter den derzeit tätigen Hausärzt*innen ist jede/r Dritte 60 Jahre oder älter. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung gab es 2020 bundesweit bereits ca. 4000 offene Stellen für Hausärzt*innen [1]. Berechnungen zufolge steht einem jährlichen Abgang von ca. 1700 hausärztlichen Versorger*innen ein Zustrom an fachärztlichen Anerkennungen im Fach Allgemeinmedizin von ca. 1300 pro Jahr gegenüber [2, 3]. Auch wenn die Facharztweiterbildung bisweilen wieder steigende Anerkennungszahlen verzeichnet, ist der Ersatzbedarf nicht gedeckt. So ist bis zum Jahr 2025 ein Mangel von etwa 20.000 Hausärzt*innen möglich [4].

Vor dem Hintergrund eines solchen Szenarios wird anhaltend darüber diskutiert, mit welchen Maßnahmen die hausärztliche Versorgung gesichert werden kann. Ein konzeptioneller Schwerpunkt zielt auf eine strukturelle Stärkung der Primärversorgung, etwa in Form multiprofessioneller ambulanter Zentren [5] oder durch Einführung eines Primärarztsystems, woraus eine größere Attraktivität des hausärztlichen Berufsbildes resultieren kann [6, 7]. Zudem können neue Delegationsmodelle Hausärzt*innen entlasten und die Versorgung effektiver [8].

Auch werden seit geraumer Zeit Strategien verfolgt, die eine Ansiedlung von Hausärzt*innen in ländlichen und strukturschwachen Gegenden fördern sollen. Hierzu zählen neben einer stärkeren Bedarfsplanung mit regionaler Verteilungswirkung [9] Maßnahmen der konkreten Personalrekrutierung wie Niederlassungsprämien [10]. Ein weiterer Fokus betrifft die Schaffung einer breiteren Rekrutierungsbasis für die hausärztliche Tätigkeit. So gibt es Vorschläge, den Zugang zur Spezialist*innenweiterbildung zu quotieren oder den Quereinstieg zu fördern [7].

Mit Blick auf Aus- und Weiterbildung gibt es jenseits der teils erfolgten Einführung von Landarztquoten Vorschläge einer curricularen Umgestaltung des Medizinstudiums sowie einer Veränderung von Zulassungskriterien, um eine allgemeinärztliche

Perspektive zu stärken [11]. Angeregt werden zudem Eingriffe in die Art und Dauer der fachärztlichen Weiterbildung [12].

Es erscheint sinnvoll, bei der Planung, Umsetzung und Justierung solcher Schritte die Sichtweisen und Erfahrungen von Hausärzt*innen zu berücksichtigen, um praxisbasiert agieren zu können. Bislang fehlt es an Arbeiten, die belastbar untersuchen, wie Hausärzt*innen aus ihrer spezifischen beruflichen Erfahrung zu verschiedenen Ansätzen zur langfristigen Sicherstellung der Primärversorgung stehen.

Erkenntnisinteresse

Ziel der Studie war es, Positionen und Haltungen von Hausärzt*innen zur skizzierten Thematik einzuholen. Im Mittelpunkt standen dabei v.a. folgende Fragestellungen:

- Wie wird die Zukunft der hausärztlichen Versorgung wahrgenommen?
- Inwiefern wird die hausärztliche Versorgung als gesichert angesehen?
- Welche Maßnahmen werden als vielversprechend und vordringlich erachtet, um die hausärztliche Versorgung sicherzustellen?
- Wie zufrieden sind Hausärzt*innen mit den Anstrengungen, die bislang unternommen worden sind?

Methoden

Um ein Meinungsbild hausärztlich tätiger Mediziner*innen zu gewinnen, wurde bei der Studie ein explorativer Ansatz verfolgt, der mithilfe qualitativer halbstandardisierter Interviews realisiert wurde.

Erhebungsinstrument

Der Leitfaden wurde v.a. unter Berücksichtigung einer Literaturrecherche (u.a. [5, 7, 10, 11]) entwickelt (s. Anhang). Er setzt sich aus vier inhaltlichen Schwerpunkten zusammen:

- Status quo und Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in längerfristiger Perspektive
- Voraussetzungen zur Sicherstellung der Hausarztmedizin
- Favorisierte Maßnahmen zur Stabilisierung und Sicherstellung
- Beurteilung ergriffener Maßnahmen zur Sicherstellung

Rekrutierung und Stichprobe

Zunächst wurde mithilfe der bundeslandspezifischen Internet-Arztfinder der Kassenärztlichen Vereinigung ein Pool von 515 Kontaktadressen erstellt, der eine große Bandbreite von hausärztlichen Praxen in sämtlichen Bundesländern enthielt (30 bis 35 Adressen pro Bundesland). Für die Flächenländer sollte gewährleistet sein, dass sämtliche Regierungsbezirke vertreten sind, Einzel- und Gemeinschaftspraxen ungefähr zur Hälfte vorkommen sowie verschiedene Praxisumgebungen vertreten sind.

Jedes Bundesland sollte unabhängig von der Einwohnerzahl gleichermaßen in der Studie repräsentiert sein, um so gerade ländliche Regionen besser abzubilden. Bei der Auswahl der für jedes Bundesland anvisierten Zahl von vier Hausärzt*innen galt folgendes Zugriffskriterium: mindestens eine Gemeinschaftspraxis, ausgeglichenes Geschlechterverhältnis, ausgeglichenes Verhältnis zwischen urbanen und ländlich-kleinstädtischen Praxen, Berücksichtigung älterer und jüngerer Ärzt*innen.

Insgesamt wurden 82 Hausarztpraxen in ganz Deutschland auf Grundlage der oben dargelegten Überlegungen kontaktiert. Wurde Interesse an der Teilnahme an der Studie signalisiert, wurden den Ärzt*innen Studieninformationen zugesandt. Der Zeitraum der Rekrutierung erstreckte sich zwischen Mai und August 2021. Letztlich konnten 64 Hausärzt*innen für Einzelinterviews gewonnen werden.

Alle 64 Interviews wurden im Wechsel von den Autoren im Zeitraum zwischen August 2021 und Januar 2022 mündlich-persönlich, telefonisch oder via Instant-Messaging-Dienst durchgeführt (30 bis 60 Minuten). Die Interviews wurden audio-technisch aufgezeichnet.

Datenanalyse

Nach 49 Interviews ergaben sich Hinweise auf eine theoretische Sättigung. Von theoretischer Sättigung wird gesprochen, wenn die Erhebung weiterer Daten und deren Analyse keine neue Aspekte an einer Kategorie und somit keine neuen Erkenntnisse mehr zutage fördert.

Die im Anschluss an die Datenerhebung erstellten Transkripte wurden vom Erstautor mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [13] ausgewertet (MAXQDA). Das generierte Kategoriensystem orientierte sich eng am Leitfaden und wurde mit Fortgang der Auswertung wiederholt geprüft und ggf. modifiziert.

Ergebnisse

Das gewonnene Sample setzt sich wie folgt zusammen:

- Niederlassungsform: 26 Gemeinschaftspraxis, 38 Einzelpraxis
- Praxisumgebung: 20 Landgemeinde/Kleinstadt, 24 Mittelstadt, 20 Großstadt
- Status: 48 Praxisinhaber, 16 angestellte Ärzte
- Alter: Ø 55 Jahre
- Geschlecht: 22 männlich, 22 weiblich

Status quo und Entwicklung der hausärztlichen Versorgung

Nahezu alle Befragten artikulieren, wie viel Freude und Erfüllung ihnen ihre Tätigkeit bringe, und heben die Bedeutung der Hausarztmedizin hervor. In Bezug auf das Berufsbild nehmen sie in Zeiten zunehmender disziplinärer Spezialisierung eine „große Chance für die sprechende Hausarztmedizin“ (I-44w) wahr. Gelingen es, das hausärztliche Metier durch wirksame Maßnahmen zu stärken, so treffe ein „kompetenter Allround-Mediziner“ (I-7w) in einem immer stärker ausdifferenzierten Gesundheitswesen auf „erheblichen Bedarf“ (I-13m).

Trotz einer grundlegenden Überzeugung, „dass es für den Hausarzt immer einen wichtigen Platz geben wird“ (I-38w), bekunden zahlreiche Interviewte „ernsthafte Sorgen“, es könnte „zu einer veritablen Knappheit niedergelassener Allgemeinmediziner“ kommen (I-42m). Die Gründe für den Schwund der hausärztlichen Versorgung werden als komplex beschrieben, sodass es „nicht einfach ist, hier eine schnelle, maßgeschneiderte Antwort zu geben“ (I-13m).

Eine wesentliche Schwierigkeit wird trotz aller bislang ergriffenen gesundheitspolitischen und anderen Maßnahmen in einer „nicht ausreichenden Attraktivität der Hausarztmedizin für angehende Mediziner“ gese-

hen (I-32m). Dies sei kein genuines Problem des Fachgebiets selbst, sondern habe maßgeblich mit Voraussetzungen in Aus- und Weiterbildung sowie der Stellung der hausärztlichen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen zu tun.

„Wir müssen festhalten, dass [...] Hausärzte viel zu oft Lückenbüßer sind, die bei allem in die Bresche springen müssen. Mit ihrer Zeit, ihrer Energie und ihrem Budget.“ (I-17m)

Ergo identifizieren die meisten Interviewten ein „Imageproblem“ (I-11m), das „nach außen wenig Reiz produziert, in dieses Feld einzusteigen“ (I-7w). Mehr als die Hälfte des Samples bescheinigt eine derzeit eher sinkende und/oder zu niedrige Attraktivität der Hausarztmedizin für den ärztlichen Nachwuchs. Hiervon unbenommen würden nahezu alle Befragten Medizinstudierenden empfehlen, Hausärzt*in zu werden.

„Der Beruf ist großartig und erfüllend. [...] Es geht darum, so etwas wie eine Magnetkraft für den Job zu erzeugen.“ (I-30m)

Auffällig ist, dass viele Interviewte auf eine unregelmäßige, teils chaotische und ineffektive Arbeitsteilung zwischen den Sektoren zu sprechen kommen, die als „erheblicher Hemmschuh für die Hausarztmedizin“ (I-22m) erlebt wird. Die Abwesenheit eines Primärarztsystems verkompliziere die Tätigkeit von Hausärzt*innen, „und das in nahezu jeder Hinsicht: wirtschaftlich, zeit- und ressourcenbezogen“ (I-59w). Häufig stimme Kooperation, Kommunikation und Abstimmung nicht, Hausärzt*innen würden „im Dunkeln gelassen“ (I-64m), das „Navigationsverhalten von Patienten im Gesundheitssystem“ sei „oftmals willkürlich“ (I-23w). Hinzu komme in den vorhandenen Strukturen eine mangelnde Einbeziehung von Hausärzt*innen, insbesondere im interprofessionellen Zusammenhang.

„Man sagt ja oft, wir Hausärzte seien Einzelkämpfer. Aber aus meiner Sicht werden wir viel zu oft vom Gesundheitswesen zu Solitären gemacht.“ (I-17m)

Ebenfalls problematisiert wird die Dimension der Aus- und Weiterbildung. Derzeit sei es so, dass selbst diejenigen angehenden Mediziner*innen, die mit einer hausärztlichen Perspektive liebäugelten, aufgrund

„mangelnder Vorbereitung durch eine Tätigkeit als Hausarzt abgeschreckt“ würden (I-42m). Als erhebliche Unsicherheitsfaktoren werden u.a. Fragen der Selbstständigkeit und des Praxismanagements genannt. Darüber hinaus wecke das bisherige Medizinstudium, aber auch Teile der Weiterbildung „nicht wirklich den Appetit auf [...] und Einsicht in die Welt des Hausarztes“ (I-36w). Damit einhergehend, habe man zu lange vorausgesetzt, „dass schon ein Teil der Studierenden automatisch Hausärzte werden“ (I-3w) anstatt bei der Zulassung zum Studium als im Verlauf des Studiums und Weiterbildung „nach den Richtigen Ausschau zu halten und zu fördern“ (I-64m).

Ein weiterer Schwerpunkt der Kritik ist, dass die Gesundheitspolitik Hausärzt*innen „zu lange als angestaubte, konservative Leute“ behandelt habe (I-7m) und nicht antizipiert worden sei, dass die nachrückende Generation andere Vorstellungen von Berufstätigkeit und Vereinbarkeit habe. Zwar habe es inzwischen ein Umdenken gegeben, um andere Arbeitszeitmodelle, einen geringeren Wunsch nach Selbstständigkeit oder interdisziplinäre Anbindung zu adressieren. Allerdings gebe es hier noch Nachholbedarf.

Sicherstellung der Hausarztmedizin und favorisierte Maßnahmen

Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der Ansätze und Konzepte, die aus Sicht der Interviewten mehr oder weniger effektive Beiträge leisten könnten, die hausärztliche Versorgung zu sichern. Erkennbar ist, dass v.a. Maßnahmen favorisiert werden, die die hausärztliche Position im Gesundheitswesen aufwerten und Aus- bzw. Weiterbildung an aktuelle Erfordernisse anpassen. Auffällig hoch ist der Zuspruch in Bezug auf die Einrichtung eines Primärarztsystems als Maßnahme, um – etwa in Kombination mit stärkerer Verbindlichkeit des hausärztlichen Leistungskatalogs – die Handlungsfähigkeit und damit Attraktivität der Hausarztmedizin zu steigern. Neben veränderten Zulassungskriterien oder einer stärkeren inhaltlichen Restrukturierung des Medizinstudiums plädieren die Interviewten für

Maßnahme	Eigene Nennung (bei offener Frage)	Beurteilung des Nutzens der Maßnahme (bezogen auf die Verteilung im Sample)	Beispielhaftes Zitat
Stärkung und Effektivierung der hausärztlichen Stellung im Gesundheitswesen (insbes. durch Einführung eines Primärarztsystems)	37	Sehr wirksam	„Hausärzte sollten mehr Entscheidungs- und Gatekeeper-Kompetenz erhalten. Das Gesundheitssystem muss hier vom Kopf auf die Füße gestellt werden.“ (I-2m)
Longitudinale Begleitung des (klinischen) Medizinstudiums mit Zusatzmodulen zum Schwerpunkt Hausarztmedizin	35	Sehr wirksam	„Ich habe es ja aus eigener Erfahrung als Lehrarzt miterlebt: so ein Begleitprogramm öffnet Horizonte; es führt sorgsam heran und motiviert.“ (I-21m)
Inhaltlich-curriculare Umstrukturierung des Medizinstudiums	34	Sehr wirksam	„Die Allgemeinmedizin muss viel wichtiger im Studienstoff werden. Die Perspektive müsste lauten: Die Bedingungen so ausrichten, dass zuallererst Hausärzte produziert werden.“ (I-44w)
Stärkere Änderung der Zulassungskriterien zum Medizinstudium (z.B. Persönlichkeit, Vorerfahrungen)	32	Eher wirksam	„Die Personen, die später Hausärzte werden, sind spezieller Natur. Nach diesen Personen müsste man bereits bei der Zulassung zum Studium suchen – auch über irgendwelche Landarztquoten hinaus.“ (I-52w)
Grundlegende Reform der allgemeinmedizinischen Weiterbildung	29	Eher wirksam	„Die Weiterbildung ist in meinen Augen noch nicht nah genug an der hausärztlichen Realität dran, und sie könnte zugleich kompakter gestaltet werden.“ (I-17m)
Deutliche Erhöhung des Anteils der Allgemeinmedizin in der Weiterbildung	25	Eher wirksam	„Es gibt kein gottgegebenes Recht, ärztlicher Spezialist zu werden. Die Berechnungen in Bezug auf den Bedarf an verschiedenen Disziplinen sollten tonangebend sein. Das heißt, man sollte der Allgemeinmedizin strikt ein größeres Stück vom Weiterbildungskuchen reservieren.“ (I-17m)
Verstärkter Aufbau von multiprofessionellen Zentren der ambulanten (Primär-)Versorgung	25	Eher wirksam	„Diese kombinierten Einrichtungen mögen zwar ein Abschied vom klassischen Praxismodell sein. Sie bieten aber die Chance für eine grundlegende Modernisierung und Interdisziplinarität der Hausarztmedizin, und sie trägt natürlich den veränderten Vorstellungen der jüngeren Generation Rechnung.“ (I-7m)
Delegation und verstärkter Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe	23	Begrenzt wirksam	„Hausärzte ergänzen und Hausärzte entlasten – das Feld der Delegation ist nicht ausgeschöpft; hier ließe sich viel mehr machen. Wir sind immer noch viel zu sehr auf rein ärztliches Personal fixiert. Das Problem ist, dass nicht-ärztliche Berufe, an die delegiert wird, aufgewertet werden müssten. Solche Aufgaben rufen nach einem Fachhochschulabschluss.“ (I-17m)
Verbindliche Definition des hausärztlichen Leistungskatalogs	22	Begrenzt wirksam	„Das Portfolio hausärztlicher Leistungen muss klarer definiert werden. Zum einen lässt sich so die Rolle der Hausärzt*innen stärken. Zum zweiten müsste man dieses Leistungsspektrum in der Weiterbildung gewährleisten. Für mich wäre so denkbar, die Berechtigung für eine allgemeinmedizinische Arbeit nicht mehr zwangsläufig an den Facharzt für Allgemeinmedizin zu koppeln.“ (I-37w)
(Stärkere) Bedarfsplanung mit gezielt regionaler Verteilungswirkung	20	Begrenzt bis geringfügig wirksam	„Das Verteilungssystem müsste tatsächlich sehr viel bedarfsadaptiver sein. Die individuelle berufliche Freiheit sollte vor der Sicherstellung einer abgedeckten Gesamtversorgung zurückstecken.“ (I-45m)
Effektive ärztliche Personalrekrutierung mithilfe von Anreizen und Prämien	18	Begrenzt bis geringfügig wirksam	„Das wäre eine gezielte Maßnahme für lokale Probleme, nichts was man generell durch die Bank machen kann.“ (I-5w)
Quotierung des Zugangs zur Spezialistenweiterbildung (s. auch: Deutliche Erhöhung des Anteils der Allgemeinmedizin in der Weiterbildung)	15	Begrenzt bis geringfügig wirksam	„Heute ist es so geregelt, dass Wahlfreiheit mit Blick auf den Facharztbereich herrscht. Was es braucht, ist eine Stelle bei einem Weiterbildungsbefugten. Natürlich sind Eingriffe niemals schön, aber darum werden wir vielleicht nicht herkommen, wenn wir die Hausarztmedizin retten wollen.“ (I-38w)

Durchgehende, bundesweite Einrichtung einer Landarztquote (für sämtliche Bundesländer klar geregelt, ggf. als On-top-Quote)	13	Begrenzt bis geringfügig wirksam	„Bestimmt kann das mittelfristig etwas beitragen. Ich frage mich aber schon, wie sinnvoll solche Zwangsjacken für die angehenden Mediziner sind.“ (I-31w)
Grundlegende Aufwertung der Vergütung von Hausärzt*innen	12	Begrenzt bis geringfügig wirksam	„Die Vergütung ist ein Teil des Problems. Wirtschaftliche Anreize fehlen vielfach, Budgets sind zu gering, und das ist ein Teil besagten Imageproblems.“ (I-11m)
Verstärkter und systematischer Einsatz von Digitalisierung und Telemedizin (u.a. Videosprechstunden, Verschreibung von Gesundheits-Apps zum Selbstmanagement von Patient*innen)	11	(Sehr) geringfügig wirksam	„Wenn wir mehr digital agieren, schlagen wir zwei Fliegen mit einer Klappe: Hausärzte entlasten und Patientenkontakte niedrigschwellig effektiver gestalten. Das ist Win-win.“ (I-58m)
Berechtigung zu hausärztlicher Tätigkeit stärker für Quereinsteiger mit anderen disziplinären Hintergründen öffnen	9	(Sehr) geringfügig wirksam	„Den Quereinstieg zu fördern, ist prinzipiell ein sinnvoller Ansatz. Trotzdem muss man hier vorsichtig sein, dass nicht Qualitätsstandards der allgemeinmedizinischen Weiterbildung geschliffen werden.“ (I-54m)
Deutlich mehr Studienplätze im Fach Humanmedizin	9	(Sehr) geringfügig wirksam	„Im Grunde haben wir ja die vielen Absolventen bereits. Sie gehen nur in andere Bereiche. Also nein, ein schlichtes Mehr an Studienplätzen – in der Hoffnung, dass da etwas für die Hausärzteschaft abfällt – sehe ich nicht als große Lösung an.“ (I-27m)

Tabelle 1 Zustimmung zu Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung

Interventionen im Verlauf des Studiums (longitudinale Begleitprogramme), die Studierenden hausärztliches Arbeiten plastisch erfahrbar machen, Unsicherheiten nehmen und diagnostische Fähigkeiten einüben. Weitere Schwerpunkte gelten der Stärkung der Weiterbildung und dem (verstärkten) Aufbau multiprofessioneller Versorgungszentren, die interdisziplinäre Vernetzungsstrategien nutzen können.

Beurteilung ergriffener Maßnahmen

Nach ihrem generellen Eindruck gefragt, wie sie die bislang ergriffenen Maßnahmen zur Sicherstellung der Hausarztmedizin beurteilen, fällt das generelle Fazit der meisten Befragten eher zurückhaltend bis skeptisch aus. Trotz erster Erfolge wie gestiegener fachärztlicher Anerkennungszahlen herrscht die verbreitete Einschätzung vor, dass stärkere Anstrengungen vonnöten sind.

Vielfach werden bislang ergriffene Aktionen als „zwar in die richtige Richtung [weisend], aber viel zu halbherzig“ bemängelt (I-23w). So wird u.a. kritisiert, dass viele Bundesländer keine On-top-Quoten für die teils eingerichtete Landarztquote beschlossen haben, sondern einen Anteil der be-

stehenden Studienplätze hierfür vorsehen. Auch dass längst nicht alle Länder die Landarztquote verfolgen und die Ausgestaltung uneinheitlich ist, nehmen die Interviewten als Anlass für Kritik.

Ferner sei die mit dem Masterplan 2020 initiierte Reform des Humanmedizinstudiums „keine grundsätzliche Wende gewesen, sondern höchstens eine Flickschusterei“ (I-7m). Während beim Medizinstudium „immerhin Reformbemühungen erkennbar“ seien, gebe es im Bereich der Weiterbildung noch „zu starke Beharrungskräfte“ (I-17m). Ein wertvoller Hebel, um „das Heranziehen von Hausärzten aus der Weiterbildung heraus zu fördern“, wird von einem Teil der Interviewten in den in nahezu allen Bundesländern eingerichteten Kompetenzzentren Allgemeinmedizin gesehen, die die Weiterbildung gezielt unterstützen.

„Ich glaube, was da gemacht wird, ist sehr klug, doch diese Einrichtungen müssten mehr Support bekommen.“ (I-45m)

Diskussion

Die Interviews belegen, dass Allgemeinmediziner*innen durchaus mit Sorge auf die langfristige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung blicken. Trotz gewisser Fort-

schritte, die sie in den zurückliegenden Jahren wahrnehmen, machen sie erheblichen Handlungsbedarf aus. Als Hauptprobleme werden v.a. strukturelle Problematiken im Zusammenhang des deutschen Gesundheitssystems, aber auch der Aus- und Weiterbildung gesehen. Hinzu kommen etwa Defizite von (regionaler) Bedarfsplanung und Anreizförderung.

Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen Hausärzt*innen und den Vorschlägen von Expert*innen der Versorgungsforschung oder dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [14] mit Blick auf bestimmte Konzepte zur Sicherung der allgemeinärztlichen Versorgung Schnittmengen existieren. So stellt van den Bussche [7], wie auch viele Befragte, Lösungsansätze wie die Einrichtung eines Primärarztsystems ins Zentrum seiner Anregungen – ein Punkt, der von der DEGAM bereits seit Jahren gefordert wird. Dabei führt diese in ihrem Positionspapier nicht nur eine Verbesserung der Gesamtversorgung, sondern auch eine wirksame „Verbesserung der Attraktivität hausärztlicher Tätigkeit“ als wichtiges Argument an [6]. Ein weiterer Komplex, der die befragten Ärzt*innen mit den Forderungen von

Expert*innen verbindet, betrifft die verbindliche Definition eines hausärztlichen Leistungskatalogs, die Einrichtung multiprofessioneller Versorgungszentren (Chance für Synergiepotenziale mit sektorenübergreifenden Lösungen) [3], eine Stärkung der Delegation (Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe), aber auch eine stärkere Regulierung des Zugangs zur Spezialist*innenweiterbildung [7, 11].

Zugleich lassen die Interviews erkennen, dass Hausarzt*innen Ansätze favorisieren, die nicht immer den Schwerpunkt gängiger Expertisen ausmachen. So messen sie longitudinalen Interventionen im Verlauf des Studiums besonderen Wert bei und halten sie, teils aus eigener Erfahrung, für besonders effektiv, wenn es darum geht, bei Studierenden frühzeitig Interesse an der Hausarztmedizin zu verankern und spezifische Kenntnisse der niedergelassenen Tätigkeit zu vermitteln. Der längsschnittliche Unterricht durch Allgemeinmedizin ist ein Kernpunkt im Masterplan 2020. Auch das Gutachten des Sachverständigenrats hat die Bedeutung von zusätzlich verankerten Angeboten im allgemeinmedizinischen Studium (freiwillige Landarzt-Tracks, verstärkte Berufsfelderkundung etc.) hervorgehoben [15]. Internationale Arbeiten haben gezeigt, dass etwa das Absolvieren allgemeinmedizinischer Blockpraktika einen signifikanten Einfluss auf die spätere Berufswahl bzw. die Niederlassungsbereitschaft hat [16].

Viele Hausarzt*innen machen darauf aufmerksam, dass mit Blick auf nachrückende Generationen auch Arbeits- und Beschäftigungsmodelle angepasst werden müssen, beispielsweise indem das Konzept der klassischen hausärztlichen Einzelpraxis in neue, integrativere Settings überführt wird. Dies deckt sich mit den Arbeiten von Huenges et al. [17] oder auch van den Bussche et al. [7, 12, 18], die Ärzt*innen in Weiterbildung befragt haben. Wie auch in den Interviewergebnissen zeigte sich in besagten Studien der Bedarf nach einer weiteren reichen Reform der Weiterbildung mit Blick auf Dauer, Inhalte und Didaktik. Kompetenzzentren, die auch der Sachverständigenrat als flächendeckende, universitär angebundene

Einrichtungen angeregt hat [14], können flankierend die Weiterbildung abstützen und mittels strukturierter Kursprogramme, Mentoring oder Aufbau von Weiterbildungsverbänden zu einer Stärkung des hausärztlichen Nachwuchses beitragen [11].

Auffällig ist, dass von der Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahren vorangetriebene Lösungsansätze wie die Landarztquote von den Interviewten nur als begrenzt hilfreich empfunden werden. Ein Grund scheint zu sein, dass Hausarzt*innen sich langfristig motivationsstiftende und das hausärztliche Image fördernde Maßnahmen wünschen und die je nach Bundesland unterschiedliche so-



Dr. Julian Wangler ...

... ist wissenschaftlicher Mitarbeiter (Postdoc) in der Abteilung Allgemeinmedizin des Zentrums für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz. Sein Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich der empirischen Versorgungsforschung unter besonderer Berücksichtigung der hausärztlichen Versorgung sowie der Auswirkungen von eHealth und mHealth auf die allgemeinmedizinische Tätigkeit und das Gesundheitssystem.

Foto: privat

wie quantitativ begrenzte Ausgestaltung der Landarztquote bemängeln.

Im Gegensatz zu vorgelegten Expertisen sind die Interviewten zurückhaltend, wenn es darum geht, Quereinsteiger*innen verstärkt für die Hausarztmedizin zuzulassen und die Hürden der Weiterbildung zu senken. Die Sorge vor einem Schleifen von Qualitätsstandards, die für die hausärztliche Tätigkeit unverzichtbar sind, deckt sich abermals mit formulierten DEGAM-Positionen [6, 7, 19].

Insgesamt erscheint es empfehlenswert, Hausarzt*innen und deren Erfahrung bei der Planung, Implementierung und Evaluation von Maßnahmen zur Bekämpfung des (drohenden) Mangels von Primärversorger*innen konsequent einzubeziehen. In ärztlichen und wissenschaftsnahen Gremien ist ihre Berufsgruppe zumeist in der Minderheit und sollte daher verstärkt durch die politischen Entscheidungsträger*innen berücksichtigt werden. Auch wäre vorstellbar, dass hier aus der fachgesellschaftlichen Organisation heraus eine engere Abstimmung mit der Gesundheitspolitik von Ländern und Kommunen erfolgt.

Stärken und Schwächen

Die Arbeit weist verschiedene Limitationen auf. Bei allen benannten Aspekten handelt es sich um Standpunkte und Meinungen der Interviewten. Aufgrund der begrenzten Fallzahl und des regionalen Rekrutierungsschwerpunktes kann die Studie keinen repräsentativen Anspruch erheben. Auch ist es möglich, dass thematisch interessierte Ärzt*innen sich in stärkerem Maße bereit erklärt haben, an den Interviews teilzunehmen.

Die Transkription, Codierung und Kategorisierung wurde – nicht wie bei qualitativer Forschung üblich – lediglich von einem Auswerter mit allerdings umfangreicher Forschungserfahrung durchgeführt.

Die Autoren erachten die vorliegende Arbeit als Ergänzung von Studien, die sich mit Karriereverläufen bzw. -brüchen angehender Mediziner*innen in Studium und Weiterbildung befassen. Hier sind ausschließlich bereits in der Versorgung tätige Ärzt*innen befragt worden, was eine spezielle Sicht mit Blick auf die untersuchte Thematik bedeutet.

Schlussfolgerungen

Die Interviews belegen, dass die Sicherstellung des hausärztlichen Nachwuchses eine ebenso bedeutende wie komplexe Herausforderung darstellt und verschiedenste Optionen beinhaltet. Aus Sicht von Hausarzt*innen sind in den vergangenen Jahren zwar Fortschritte erzielt worden, doch bedarf es weiterer Anstrengungen. Die befragten Hausarzt*innen regen hier v.a. die Schaffung eines Primärarztsystems

bzw. eine aufgewertete Rolle hausärztlicher Versorger*innen an. Auch wird eine stärkere Förderung von Interesse und Berührungspunkten in Bezug auf die Hausarztmedizin in Aus- und Weiterbildung für sinnvoll erachtet, darüber hinaus eine Restrukturierung von Curricula und Zulassungskriterien zum Medizinstudium sowie eine Reform und Stärkung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung. Nicht zuletzt wird eine stärkere Überführung der klassischen Hausarztmedizin in multiprofessionellen Zentren als wertvoller Beitrag angesehen.

Zusatzmaterial im Internet (www.online-zfa.de)

Interviewleitfaden

Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

Literatur

1. KBV. Bedarfsplanung, 2019. www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php (letzter Zugriff am 30.3.2022)
2. Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitssystem gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlentwicklung. 5. Aufl. Berlin: KBV, 2010
3. Robert Bosch Stiftung. Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerver-sorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf (letzter Zugriff am 23.4.2022)
4. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin: SVR, 2014
5. Kaplan M. Wer oder was motiviert zur Niederlassung in MVZ oder Praxis? In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC, Hrsg. Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2013: 213–217
6. DEGAM. Wir brauchen ein Primärarztsystem. Positionspapier. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Primaerarzt-versorgung_final_neu.pdf (letzter Zugriff am 30.3.2022)
7. Van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsbl 2019; 62: 1129–1137
8. Riisgaard H, Nexøe J, Le JV, Søndergaard J, Ledderer L. Relations between task delegation and job satisfaction in general practice: a systematic literature review. BMC Fam Pract 2016; 17: 168
9. Gemeinsamer Bundesausschuss. Über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. www.g-ba.de/downloads/62-492-1109/BPL-RL_2015-10-15_iK-2016-01-06.pdf (letzter Zugriff am 30.3.2022)
10. Delker P, Gensichen J. Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung – eine Erhebung zu bayerischen Fördermaßnahmen. Z Allg Med 2021; 97: 263–268
11. Kaduskiewicz H, Teichert U, van den Bussche H. Ursachen und Abhilfestrategien für den Mangel an Hausärzten und Amtsärzten in unterversorgten Gebieten – eine kritische Analyse. Bundesgesundheitsbl 2018; 61: 187–189
12. Van den Bussche H, Nehls S, Boczor S, et al. Was wissen wir über die reale Dauer der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland? Dtsch Med Wochenschr 2018; 143: 152–158
13. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. Weinheim: Beltz, 2010
14. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Langfassung2014.pdf (letzter Zugriff am 23.4.2022)
15. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Masterplan Medizinstudium 2020. www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/2017-03-31_masterplan-beschlusstext.pdf; jsessionid=59CD41D2433044888180C57B3A030893.live471?__blob=publicationFile&v=1 (letzter Zugriff am 23.4.2022)
16. Shah A, Gasner A, Bracken K, et al. Early generalist placements are associated with family medicine career choice: A systematic review and meta-analysis. Med Educ 2021; 55: 1242–1252
17. Huenges B, Weismann N, Osenberg D, et al. Weiterbildung aus Sicht der (Haus-)ärzte von morgen. Z Allg Med 2010; 10: 369–378
18. Van den Bussche H, Boczor S, Siegert S, et al. Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der KarMed-Studie. Z Allg-Med 2019; 95: 9–13
19. DEGAM. www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM-Positionspapier_WBO_Quereinstieg.pdf (letzter Zugriff am 30.3.2022)

Korrespondenzanschrift

Dr. phil. Julian Wangler
 Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie
 Universitätsmedizin Mainz
 Am Pulverturm 13
 55131 Mainz
julian.wangler@unimedizin-mainz.de

Leitfaden

Wenn Sie einmal versuchen, sich dies vorzustellen und zu beschreiben: Wie sehen Sie die Zukunft der hausärztlichen Versorgung in 10 bis 20 Jahren?

Welche größeren Veränderungen sehen Sie? Womit hängen solche Veränderungen zusammen?

Welche Herausforderungen werden sich an das Berufsbild ‚Hausarzt‘ stellen, und welche Chancen gibt es?

Inwiefern beobachten Sie zurzeit eine eher steigende oder eher sinkende Attraktivität der Hausarztmedizin für ärztlichen Nachwuchs, wenn Sie dies mit der Situation vor einigen Jahren vergleichen? Worauf führen Sie dies zurück?

Inwiefern würden Sie jungen Medizinstudierenden heute empfehlen, Hausarzt*in zu werden, inwiefern würden Sie davon abraten? Warum?

Wenn es um die längerfristige Gewährleistung der hausärztlichen Versorgung geht: Blicken Sie eher mit Zuversicht oder mit Sorge in die Zukunft? Welche Gründe gibt es hierfür?

Inwiefern sehen Sie Ihrer Einschätzung bzw. Erfahrung nach die Zukunft der hausärztlichen Versorgung für die kommenden Jahrzehnte gesichert? Warum (nicht)?

Wo bestehen Ihrer Ansicht nach die größten Probleme?

Welche Voraussetzungen und Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht besonders vielversprechend und sollten vordringlich ergriffen werden, um die hausärztliche Versorgung längerfristig zu gewährleisten?

Wie zufrieden sind Sie mit den Anstrengungen und Maßnahmen, die bislang unternommen worden sind, um die hausärztliche Versorgung sicherzustellen? Was ist Ihnen ggf. positiv oder negativ aufgefallen?

Wo müssten die Anstrengungen Ihrer Auffassung nach verstärkt oder verändert werden?

Im Folgenden möchte ich Ihnen gerne verschiedene Maßnahmen nennen, und Sie sagen mir bitte jeweils, für wie sinnvoll oder effektiv Sie diese Maßnahme zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung halten? Versuchen Sie Ihre Position möglichst zu begründen.

- **Einführung eines Primärarztsystems**, das Hausärzt*innen verbindlich zu ersten Ansprechpartnern für Patient*innen macht und einen direkten und parallelen Besuch von Spezialist*innen vermeidet. (Befürworter*innen des Primärarztsystems argumentieren nicht nur mit der Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung, sondern auch mit einer Aufwertung der Entscheidungskompetenz, der finanziellen Unterstützung sowie einem Imagegewinn für die hausärztliche Versorgung.)
- **Verbindlichkeit des hausärztlichen Leistungskatalogs**, um hausärztliche Aufgabenportfolios klar zu umreißen und eine Überlastung von Hausärzt*innen zu verhindern (z.B. durch Sicherstellung von ausreichender Qualifikation und Stundenumfang)
- **Verlagerung weg von klassischen Praxismodellen hin zu multiprofessionellen Zentren der ambulanten (Primär-)Versorgung**, um die hausärztliche Versorgung zu erweitern (z.B. Gesundheitszentren in Kliniknähe oder in städtischen Zentren, die multiprofessionelle Kooperation und andere Arbeitsmodelle erlauben)
- **Delegation und verstärkter Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe** sowie Ausweitung von deren Befugnissen
- Deutliche **Erhöhung des Anteils der Allgemeinmedizin in der Weiterbildung** (z.B. auf ein Drittel)
- **Berechtigung zu hausärztlicher Tätigkeit** stärker für Quereinsteiger mit anderen disziplinären Hintergründen öffnen
- **Quotierung des Zugangs zur Spezialistenweiterbildung**
- **(Stärkere) Bedarfsplanung mit gezielt regionaler Verteilungswirkung**
- **Effektive ärztliche Personalrekrutierung** (verstärkte Arbeit mit Anreizen und Belohnungen, z.B. durch Kommunen und Fördermittel bzw. Prämien, wenn etwa eine Ansiedlung im ländlichen Gebiet erfolgt)
- **Grundlegende Reform der allgemeinmedizinischen Weiterbildung** (u.a. Verkürzung und Flexibilisierung, stärkere Ausrichtung an den zentralen Kompetenzen für die hausärztliche Arbeit)
- **Deutlich mehr Studienplätze im Fach Humanmedizin**
- **Durchgehende, bundesweite Einrichtung einer Landarztquote** (für sämtliche Bundesländer klar geregelt, ggf. als On-top-Quote)
- **Stärkere Änderung der Zulassungskriterien zum Medizinstudium** (in größerer Breite Faktoren wie Persönlichkeit und curriculare Spezifika stärker und umfassender berücksichtigen)
- **Inhaltlich-curriculare Umstrukturierung des Medizinstudiums** (bessere und gezieltere Vorbereitung auf ambulante, niedergelassene Perspektive, insbesondere Hausarztmedizin)
- **Grundlegende Aufwertung der Vergütung von Hausärzt*innen** (z.B. dass diese angesichts gleicher Weiterbildungsdauer und höherer Arbeitszeit mindestens dem Niveau von Spezialist*innen entspricht)

Haben Sie noch weitere Ideen zur langfristigen Sicherung der Hausarztmedizin?