

Ärztmangel: Viele Fragen werden noch nicht diskutiert

von Norbert Schmacke*

ABSTRACT

Die aktuelle Debatte um den Ärztemangel im ambulanten Sektor nimmt in der Regel Dichte und Verteilungsmuster der Ärzteschaft sowie Formen der Kooperation als gegeben hin. Dabei bleiben wesentliche Fragen für eine zukunftsweisende Planung außer Betracht: 1. An welchen Indikatoren soll eine ausreichende Arztdichte festgemacht werden? 2. Wie kann der international favorisierte Ansatz von primärärztlicher Versorgung mit neuen Kooperationsstrukturen in Deutschland attraktiver gemacht werden? 3. Auf welchem Weg kann die Rolle der nichtärztlichen Berufe, insbesondere der Pflege, für die ambulante Versorgung gestärkt werden? Die Probleme der Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie des relativen Nachwuchsmangels an Hausärzten werden sich mit den bisherigen Routinen der Bedarfsplanung nicht lösen lassen.

Schlüsselworte: Ärztemangel, Arztdichte, primärärztliche Versorgung, Pflege, ambulante Versorgung, Hausärzte, Bedarfsplanung

The current debate about the shortage of physicians in Germany's outpatient system follows the traditional patterns of concentration and distribution as well as types of cooperation. Important questions for a sustainable system of outpatient care are thus left out: 1. Which indicators are taken into account to define an appropriate patient-physician ratio? 2. How can the internationally accepted approach of primary care be made more attractive in Germany through new cooperative structures? 3. By what means can the role of paramedics, especially for long-term care, be strengthened for outpatients? Neither the shortage of physicians in rural and socially disadvantaged areas nor the specific recruitment problems for family physicians will be tackled by the traditional ways of planning and distribution.

Keywords: shortage of physicians, concentration of physicians, primary care, long-term care, outpatient care, family doctors, planning and distribution

■ 1. Einleitung

Im öffentlichen Sprachgebrauch hat der Begriff „Ärztmangel“ in den letzten Jahren einen festen Platz bekommen. Ganz so, als sei selbstverständlich, an welchen Maßstäben eine „angemessene“ Arztdichte sich orientieren soll. Wenige Bürgerinnen und Bürger dürften durchschauen, dass die konkrete Debatte in Deutschland auf dem Boden von Daten aus einer rein historisch gewachsenen Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung geführt wird. Zudem ist auf den ersten Blick die Botschaft von den nicht besetzbaren Arztpraxen in „strukturschwachen“ Regionen sehr plausibel. Da die Bevölkerung etwa seit den 70er Jahren an eine im internationalen Maßstab hohe Arztdichte gewöhnt ist, fällt

jeder Bericht zu einem „eklatanten Ärztemangel“ auf besonders fruchtbaren Boden.

Eine vertiefte öffentliche Debatte, an Hand welcher Maßstäbe und mittels welcher Logik bislang darüber entschieden wird, wo Ärztinnen und Ärzte sich in dem Bezirk der für sie zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) niederlassen können, hat nie stattgefunden. Der nachfolgende Artikel weist insofern darauf hin, dass auch die Diskussion in besser informierten Kreisen auf dem seit Jahrzehnten gewohnten Niederlassungsmuster aufsetzt und nicht auf Erkenntnissen zur Qualität der Versorgung. Es wird die These vertreten, dass die meisten der derzeit diskutierten Lösungsvorschläge nicht geeignet sind, die tatsächlich vorhande-

* Prof. Dr. med. Norbert Schmacke

Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung,
Universität Bremen, Bibliothekstraße 1, 28359 Bremen

Telefon: 0421 2188-131 · Fax: 0421 2188-135
E-Mail: schmacke@uni-bremen.de

nen Unterschiede in der Erreichbarkeit niedergelassener Ärzte im Sinne von größerer Versorgungsgerechtigkeit nachhaltig zu verringern. Der Artikel ist zugleich ein Plädoyer gegen den deklarierten Fatalismus (exemplarisch *Kopetsch 2005*), der da lautet:

1. Von einer Bedarfsplanung kann zwar nicht gesprochen werden, sondern nur von einer (unzulänglich wirkenden) Verteilung,
2. der Bedarf an medizinischen Leistungen und damit der Bedarf an Ärzten lässt sich aber nicht objektiv feststellen.

Letztendlich wird mit einer derartigen Position der Status quo sanktioniert, da ein vertieftes Nachdenken als unergiebig abgetan wird.

Der Artikel erhebt ausdrücklich nicht den Anspruch, anhand von demografischen oder Morbiditätsdaten einen eigenen Beitrag zur Abschätzung des „realen“ Ärztebedarfs zu liefern (*Andersen und Mühlbacher 2004*). Es geht vielmehr darum, die Begrenztheit der bisherigen gesundheitspolitischen Debatte im Lichte publizierter Studien zu verdeutlichen und Schwerpunktfelder für künftige und heute noch unterbelichtete Diskurse zu benennen. Zunächst soll skizziert werden, welche diagnostische Klarheit nötig wäre, um präziser von Ärztemangel sprechen zu können. Anschließend wird aufgezeigt, welche „Therapie“ in anderen Ländern diskutiert wird, um das Ziel einer fairen und angemessenen Verteilung von Ärzten unterschiedlicher Spezialrichtungen zu erreichen. Hieraus werden Vorschläge für die deutsche Debatte abgeleitet.

■ 2. Ärztemangel: Wovon hängt die „Diagnose“ ab?

Das Bundesgesundheitsministerium legte 2004 den Abschlussbericht eines Auftragsgutachtens des Rambøll Management vor (*BMGS 2004*). In diesem ausgesprochen informativen Gutachten werden die Zahlen der Medizinstudenten im ersten Semester und langstreckige Trends für die Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten unter dem Aspekt der „Aussteiger“ und deren Motive präsentiert. Die Gutachter ziehen die Schlussfolgerung, dass die heute verwendete Bedarfsplanung lediglich einen historisch gewachsenen Status quo fortschreibt, ohne auch nur die Verbindung zu Qualitätsdaten anzustreben. Aber inwieweit ist es überhaupt möglich, Aussagen darüber zu treffen, welche Auswirkungen eine stark auf Hausärzte (Allgemeinmediziner, General Practitioners, Family Physicians) setzende Versorgungsstruktur auf die Mortalität hat und inwieweit die Dichte an ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten nach Erreichen eines bestimmten Sättigungsgrades ein verlässlicher Indikator für die erzielbare Versorgungsqualität ist?

Die Orientierung auf Primary Care (unter anderem charakterisiert durch eine starke Gatekeeper-Rolle von Hausärzten und den

Grad der Sicherstellung von Kontinuität in der Versorgung wie auch durch gezielte Anstrengungen in der Prävention) scheint jedenfalls einen positiven Einfluss auf die Senkung der Mortalität bei einer Reihe wichtiger Erkrankungen auszuüben (*Macinko et al. 2003*). Deutschland stand unter den 18 untersuchten Ländern 1975 auf Platz 15 der von Macinko analysierten OECD-Health-Data-Orientierungsskala, 1995 auf Platz 16. Die Studie ermöglicht als ökologische Studie zwar keine Aussagen darüber, ob tatsächlich der Grad an primärärztlicher Orientierung ursächlich für die tendenziell niedrigere Mortalität ist, aber die Ergebnisse sind für ein Land wie Deutschland mit extrem ausgebauter Facharztstruktur und deutlichen Schwächen in der Gewährleistung von Versorgungskontinuität besonders herausfordernd. Es ist erstaunlich, dass derart provozierende Forschungsergebnisse in Deutschland bis heute kaum Widerhall gefunden haben.

Schon 1996 zeigte eine amerikanische Untersuchung, dass bei einer Medicare-Population weder die allgemeinen Sterberaten noch die Einweisungsraten bei ambulant gut behandelbaren Erkrankungen von der Arztdichte der Regionen abhängen (*Kraskauer et al. 1996*). Auch wenn man der Auffassung zuneigt, dass Mortalitätsraten nicht der alleinige Parameter für gute Versorgung sein können, hätte man erwarten können, dass derartige Daten mehr Nachdenklichkeit für die Bedarfsplanung im ambulanten Sektor hervorrufen.

Die meisten Menschen gehen davon aus, dass die Dichte der medizinischen Versorgung (vor allem Ärzte und Krankenhäuser) ein unmittelbarer Gradmesser für die Gesundheitschancen der Bevölkerung darstellt. Unterhalb kritischer Mengen ist dies mit Sicherheit auch der Fall. In entwickelten Industriegesellschaften stellen sich die Zusammenhänge aber komplizierter dar. In der Forschung zu Ausmaß und Bedeutung von kleinräumigen Variationen in der Versorgung haben amerikanische Forscher gezeigt, dass die Arztdichte in Academic Medical Centers (Zentren, die sowohl einen ambulanten als auch einen stationären Versorgungsauftrag für die hier untersuchten Medicare-Patienten haben) während der letzten sechs Lebensmonate um den Faktor drei bis fünf schwankt, ohne dass gravierende Qualitätsunterschiede offenkundig gewesen wären (*Goodman et al. 2006*). Die Autoren interpretieren ihre Ergebnisse als Warnung gegenüber den auch in den USA vorhandenen Stimmen, das Land laufe in einen massiven Ärztemangel hinein. Sie weisen darauf hin, dass diese Variationen nicht sachlich begründbar sind beziehungsweise nicht datengestützt begründet worden sind. Sie plädieren für Strukturformen als Alternative zur Forderung nach Anhebung der Stellenschlüssel auf das vorhandene Maximum. Sie setzen für die ihres Erachtens in den USA nötige Strukturreform insbesondere auf größere Gruppenpraxen mit Übernahme von Versorgungsaufträgen.

Am provozierendsten ist vermutlich die Studie von Baicker und Chandra (2004), die in der vergleichenden Analyse von US-Staaten zu der Bilanz kommen: „Staaten mit höheren Aufwendungen für Medicare weisen eine niedrigere Versorgungsqualität auf. Diese negative Relation ist vielleicht bedingt durch eine intensive, kostenaufwändige Versorgung, die die Anwendung kostengünstiger Verfahren verdrängt hat. Ein Wirkmechanismus könnte in der Mischung der Fachberufe zu finden sein: Staaten mit einem höheren Anteil an Allgemeinärzten zeigen eine kosteneffizientere Versorgung, während Staaten mit höherem Spezialistenanteil höhere Kosten und schlechtere Qualität aufweisen“ (Übersetzung durch den Autor). Man kann über derartige Studien im einzelnen immer trefflich streiten. Aber sie zeigen, dass es prinzipiell möglich ist, selbst harte Indikatoren für den Zusammenhang von Versorgungsstruktur beziehungsweise Arztdichte und Ergebnisqualität der Versorgung zu generieren. Insbesondere der Forschungsansatz zur Interpretation von Variationen in der Versorgung auf Seiten der Leistungserbringer verspricht allemal eine vernünftiger Basis für die Versorgungsplanung als das ewige Fortschreiben des Status quo mit Beklagen eines weiteren Auseinanderdriftens von über- und unterversorgten Regionen.

■ 3. Ärztemangel: Welche „Therapien“ sollten eingesetzt werden?

3.1 Gezielte Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten für dünn besiedelte Regionen

Was motiviert Medizinstudentinnen und -studenten und Ärztinnen und Ärzte, längerfristig in dünn besiedelten Regionen zu leben und zu arbeiten? In einer Literaturübersicht wurde gezeigt, dass nach einer Reihe von Studien von einer Vielzahl denkbarer Maßnahmen nur einige das Etikett „Erfolg versprechend“ verdienen (Keck und Culbertson 2004). Dies sind vor allem

- die Rekrutierung von Studierenden aus strukturschwachen Gegenden, die nach Eigenangaben über eine starke Motivation zur hausärztlichen Versorgung verfügen,
- ein verlässliches Mentorensystem und fortwährende Praktika im ländlichen Raum für diese Studierenden und neu niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- und daran gekoppelte finanzielle Unterstützungen im Studium und in der Niederlassungszeit, soweit dies notwendig erscheint. (Gleichzeitig mussten sich die geförderten Studentinnen und Studenten verpflichten, nach dem Examen wenigstens drei Jahre in einer ländlichen Region hausärztlich zu praktizieren.)

Pionierarbeit hat die Universität in Philadelphia geleistet, die seit über 20 Jahren ein „Physician Shortage Area Program – PSAP“ mit großem Erfolg betreibt und evaluiert (Rabinowitz et al. 2005): Von den ersten Absolventinnen und Absolventen des Programms (Beginn 1978) praktizierten 2004 noch 68 Prozent hausärztlich in ländlichen Gegenden (Kontrolle: 46 Prozent) – angesichts der langen Praxiszeit von 11 bis 16 Jahren eine aussagekräftige Differenz. Diese Ansätze sind in den USA und auch in anderen Ländern in annähernd vergleichbarer Form wiederholt worden, so in Schottland (Richards et al. 2005), Australien (Charles et al. 2005), Canada (Incitti et al. 2003; Curran und Rourke 2004) und Neuseeland (Hill et al. 2002). Die Situation wird zugleich in jüngster Zeit aber offenkundig weltweit auch noch komplizierter: Es bedarf nämlich offenbar enormer Anstrengungen, dem in den meisten Ländern schwindenden Interesse der Medizinstudierenden an der hausärztlichen Versorgung in der Breite entgegenzutreten. Entgegen manch stiller Erwartung einiger politischer Akteure bringen Frauen in diesem Zusammenhang nicht von Haus aus ein stärkeres Interesse mit, Versorgungslücken in der primärärztlichen Betreuung, insbesondere in dünn besiedelten Regionen, zu füllen (Colwill und Caltice 2003; Doescher et al. 2000). Dies zeigt auch eine ame-

TABELLE 1

Kriterien für die Niederlassung von Allgemeinmedizinern in Städten mit weniger als 10.000 Einwohnern in den USA im Zeitraum von 1992 bis 1999

Kriterien	Wichtig für	
	Männer	Frauen
Flexible Arbeitszeiten	25%	66%
Arbeitsmöglichkeiten für Ehe- oder Lebenspartner	26%	58%
Möglichkeit der Teilzeitarbeit	14%	38%
Möglichkeiten der Kinderbetreuung	3%	33%

Quelle: Keck 2004

rikanische Studie unter Allgemeinmedizinern, die sich zwischen 1992 und 1999 in Städten mit weniger als 10.000 Einwohnern in Alaska, Idaho, Montana, Washington und Wyoming niedergelassen haben (Tabelle 1).

Damit tauchen zwei weitere Dimensionen auf, die in Deutschland bisher nicht ausreichend reflektiert werden. Zur Abmilderung von Versorgungsengpässen in dünn besiedelten und strukturschwachen Regionen erscheint es sinnvoll, Kontingente an Studienplätzen für entsprechend motivierte Studentinnen und Studenten zu reservieren. Die Notwendigkeit, über entsprechend früh einsetzende Förderprogramme nachzudenken, ergibt sich aus einem weiteren wichtigen Befund: Es gibt in allen entwickelten Industrienationen ein schwindendes Interesse des ärztlichen Nachwuchses an hausärztlicher Versorgung. Dies könnte sich in Deutschland besonders schmerzhaft und nachhaltiger als in anderen Ländern bemerkbar machen, wurde doch hier lange Zeit der Hausarzt als Barfußmediziner aus einer vergangenen Zeit belächelt.

3.2 Neue Rollenverteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften?

Wenn in den Koalitionsvertrag der heutigen Bundesregierung hineingeschrieben wurde, es solle geprüft werden, ob die Rolle der nichtärztlichen Fachberufe gestärkt werden könne, so bringt diese vorsichtige Formulierung bereits zum Ausdruck, dass Deutschland in der Frage der Rollenzuweisungen weitgehend von internationalen Entwicklungen abgekoppelt ist. Die Gründe für die starke Ärztedominanz im deutschen Versorgungssystem sind nicht leicht zu ermitteln. Man könnte geneigt sein, dies vor allem mit den Jahrzehnten der vollen Kassen in den Sozialversicherungen in Beziehung zu bringen. Andere „Wohlfahrtsstaaten“ wie Schweden oder Dänemark haben stets die Rolle der Pflege in der Versorgung deutlich stärker betont.

Die Ärzteschaft und ihre Kassenärztlichen Vereinigungen haben es jedenfalls verstanden, die Rolle anderer Fachberufe gerade auch im Kontext hausärztlicher Versorgung fast vollständig aus der Debatte herauszuhalten. Erst jüngst wird die internationale Studienlage zur Stärkung der Eigenständigkeit der Pflege in der Versorgung in Deutschland in Ansätzen zur Kenntnis genommen. Die nach wie vor reserviert reagierende Ärzteschaft sollte die internationalen Erfahrungen nicht gering schätzen (*Hommel 2006; Laschet 2006*).

Bislang bleiben Pflegekräfte in Deutschland nach der Rechtslage in das Delegationsverfahren eingebunden (Primat ärztlicher Zuständigkeit). Demgegenüber zeigt die Versorgungsforschung (hierunter zahlreiche randomisierte, kontrollierte Studien) längst,

dass die Pflege sich in ihrem massiven Entwicklungsprozess schrittweise zu einer eigenständigen Profession entwickelt und weiter entwickeln wird. Durch Übernahme größerer Verantwortung wird dabei sowohl ärztliches Handeln ersetzt wie qualitativ ergänzt. Mögen hierfür auch die unterschiedlichsten Ursachen Anlass gewesen sein, so zeichnet sich ohne Frage jetzt schon ab, dass entsprechend qualifizierte Pflegekräfte immer stärker wichtige Bereiche von Diagnostik und Therapie autonom wahrnehmen und damit die klassische Rollenzuweisung an die Ärzteschaft infrage stellen. Damit bleiben wiederum eine Reihe von Fragen offen:

- Kann Pflege zum Beispiel im Case Management tatsächlich Ärzte ersetzen?
- Oder ist der Einsatz von Pflegekräften eher geeignet, Schwächen der ärztlichen Versorgung vor allem im kommunikativen Bereich zu kompensieren?
- Wird der Prozess der Aufwertung der Rolle der Pflege in der Versorgung stärker durch fachliche oder durch ökonomische Motive getrieben?
- Kommen vielleicht durch die Akademisierung und Aufwertung der Pflege Verschiebungen innerhalb der Pflegeberufe zustande, die einen neuen Pflegenotstand im „klassischen“ Pflege-sektor befördern könnten?
- Entstehen vielleicht auch neue Berufsbilder zwischen heutiger Ärzteschaft und klassischen Pflegeberufen?
- Welche Curricula sind erforderlich, um Pflegeberufe stärker in medizinische Versorgungskonzepte einzubinden als bisher?

Dies sind einige der dringend klärungsbedürftigen Fragen, die in der deutschen Debatte um die Beseitigung nicht akzeptabler Ungleichgewichte in der ambulanten Versorgung Einzug finden müssen. Aber dazu müsste zunächst einmal die Bereitschaft bestehen, einen entsprechenden Diskussionsbedarf anzuerkennen und nicht erneut den Status quo der „Allzuständigkeit“ für die Ärzteschaft zu reklamieren.

Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass zum Beispiel in Großbritannien in der Erstversorgung von Patientinnen und Patienten im öffentlichen Gesundheitswesen, dem National Health Service, wichtige Tätigkeitsmerkmale, die in Deutschland nur der Ärzteschaft vorbehalten sind, autonom von Pflegekräften wahrgenommen werden. Hierfür wurden in Großbritannien spezifische Bildungsgänge entwickelt.

Da ausländische Erfahrungen selten 1:1 in das eigene System transferiert werden können, ist es naheliegend, mit gut begründeten Modell- und Forschungsvorhaben künftig auch zu untersuchen, wo und wie die Bedeutung der Pflege in Versorgungskonzepten gerade im haus„ärztlichen“ Bereich klarer definiert werden kann.

TABELLE 2

Merkmale von Pflegekräften mit spezieller Qualifikation (Advanced Nursing Practice) in Großbritannien

Settings	Primärversorgung (Allgemeinpraxen, Personal Medical Centers und National Health Service [NHS] Walk-in Centers) Sekundärversorgung (Unfall- und Notaufnahme, Stationen für geringfügige Verletzungen, Orthopädie, Urologie, allgemeine Chirurgie)
Tätigkeitsprofil	<ul style="list-style-type: none"> ■ Professionelle autonome Entscheidungen, Diagnosestellung ■ Begutachtung von Patienten, Assessment und Anamnese, körperliche Untersuchung ■ Screening von Risikofaktoren und frühen Symptomen ■ Erstellung von Pflegeplänen ■ Anfordern von Untersuchungen (Interpretation von Laborwerten und Röntgenbildern), Durchführung von Behandlung (individuell oder im Team), Überweisung zu anderen Anbietern, Verschreibung von Behandlungen und Medikamenten ■ Beratung und Gesundheitserziehung ■ Recht der Aufnahme, Entlassung und Überweisung von Patienten ■ Teamarbeit und Führung (wenn notwendig), Projektmanagement, Disease-Management chronischer Krankheiten ■ Forschung und Rollenentwicklung sowie ■ Gate-Keeping.
Ausbildung	Registered Nurse, mindestens „First degree“, meist Bachelor of Science oder Master of Science (eventuell Promotion), Spezialisierung, mindestens drei Jahre Berufserfahrung
Behandlungsautonomie	Recht auf Diagnostik, Behandlung und Therapie (Verschreibungen bis auf einige kontrollierte Medikamente, diagnostische Tests und Überweisungen)
Regulation/Registrierung	Zentral geregelt durch „Nursing and Midwifery Council“ (www.nmc-uk.org)
Arbeitsverhältnis	Angestelltenverhältnis in General Practitioner-Praxen oder NHS-Trusts

Quelle: Sachs 2006

Im Licht der internationalen Debatte wird deutlich, wie sehr die aktuellen Reformvorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums zur Frage „Ärztmangel“ den überkommenen Planungsprinzipien verhaftet sind und wie wenig innovative Elemente sie tatsächlich transportieren. Es steht zudem zu befürchten, dass sogar noch der Trend zur Überversorgung in bereits ausreichend mit Vertragsärzten versorgten Regionen gestärkt werden wird, da der Cut-Off für die Liberalisierung der bisherigen Bedarfsplanung weit in gut versorgte Regionen hineinreichen wird (*Bundesregierung 2006*). Damit soll nicht verkannt werden, dass die einzelnen Elemente des Entwurfs (so die Förderung des Angestelltenstatus und von Teilzeitstellen) bisherige Schwächen der klassischen Einzelpraxis überwinden helfen können. Ein Pro-

gramm zur Begrädnung der Schieflagen zwischen Über- und Unterversorgung ist aus dem Gesetzentwurf aber keinesfalls ableitbar.

■ 4. Aktuelle Diskussion: Tagesordnung erweitern

Angesichts des hohen Ausgangsniveaus der Arztdichte sowie der medizinischen Institutionen generell in Deutschland sollten zunächst die Versorgungsprobleme, die jetzt vor allem im Kontext der allgemeinen sozialen Problemlagen (Arbeitsmarkt, Bildung, Kultur, Dienstleistungen) in Teilen der neuen Bundesländer bestehen, nicht überdramatisiert werden. Isolierte Lösungen zur Frage

einer Unterdeckung des Bedarfs an niedergelassenen Ärzten werden es zudem sehr schwer haben; sie sind vermutlich weithin unrealistisch. Die tatsächlich vorhandenen Disparitäten in der Versorgung könnten vielmehr Anlass sein, auf dem Hintergrund der internationalen Debatte endlich klarer zu sehen, welche Defizite unser gesamtes Regulierungssystem von der Medizinerausbildung bis zum Schnittstellenmanagement in der Versorgung aufweist. Auch wenn es weder Patentrezepte geben kann, noch sofort wirksame Kurswechsel (Stichworte: Besitzstandswahrung und Trägheit aller Megasysteme), könnte es ja so sein, dass endlich Themen auf die Tagesordnung kommen, die in anderen Ländern weit weniger tabuisiert werden als bei uns:

Rekrutierung und Motivierung von Medizinstudentinnen und -studenten entsprechend klar definierter Versorgungsbedarfe. Dies würde – wenn ein möglichst großer Impact erzielt werden soll – im Kern allerdings voraussetzen, dass eine Kontingenzierung innerhalb des Numerus clausus für das Medizinstudium ermöglicht wird. Alternativ bliebe immerhin noch die Ausweitung bestehender Bemühungen einzelner medizinischer Fakultäten, bereits eingeschriebene Studierende mittels Mentorprogrammen und Förderung von Famulaturen und Praktika für die Perspektive einer hausärztlichen Praxis zu motivieren.

Stärkung der Allgemeinmedizin. Die Weiterbildung der nächsten Generation von Hausärzten auf dem erforderlichen Niveau samt deren Einbindung in eine massiv zu verstärkende universitäre Forschung der Allgemeinmedizin. Wenn dies von der politischen Klasse der Republik unterstützt würde, könnte durchaus auf das in den letzten zehn Jahren gewachsene Potenzial an allgemeinmedizinischer Forschung in Deutschland aufgebaut werden. Wie die medizinischen Fakultäten dazu motiviert werden können, den Prozess der stärkeren Verzahnung von Forschung und Praxis zur eigenen Sache zu machen, bleibt dabei eine besonders kritische Frage. Es steht zu befürchten, dass sie es ohne starken Druck von außen nicht tun werden.

Neue Rollenzuweisung an die Gesundheitsfachberufe. Das gilt vor allem für die selbstbewusster gewordene Pflege. Die neue Rollenzuweisung müsste damit beginnen, von der De-facto-Verantwortung von Pflegekräften aus die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen für autonomes Handeln zu schaffen. Außerdem müssten vermutlich in wissenschaftlich begleiteten Modellen die international besonders gut erprobten Ansätze von „Advanced Nursing“ auf deutsche Verhältnisse angepasst werden, einschließlich der Ergänzung oder Neuentwicklung von tragfähigen Curricula für Case- und Care-Management.

Schluss mit der Sektorenabschottung und Erprobung von Gesamtbudgets für Versorgungsräume. Es ist leicht vorher-

zusagen, dass ohne eine ökonomische Gesamtverantwortung die systematischere Kooperation der Sektoren vom guten Willen der jeweiligen Akteure abhängig bleibt und das Ausreizen der sektoralen Budgets langfristig alle guten Pläne konterkarieren wird.

Geschlechtersensibilität bei sämtlichen Planungsprozessen im Versorgungssystem berücksichtigen. Blieb bis gestern in einem immer schon stärker von Frauen als von Männern getragenen Versorgungssystem (vor allem im stationären Bereich) der Ruf nach Berücksichtigung unterschiedlicher Lebensentwürfe von Frauen und Männern noch ohne Echo, tönt heute von allen Seiten die Forderung nach Berücksichtigung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Frauen. Dies könnte so lange wirkungslos bleiben, solange (stillschweigend?) davon ausgegangen wird, dass die nun stärker umworbenen Frauen bereit sein werden, die Lücken im Versorgungssystem klagloser zu füllen als die Männer.

Systematische Nutzung moderner Informationssysteme für Datenaufbereitung und -weitergabe. Es ist symptomatisch für den Stand der Debatte, dass es heute noch Ärztekammern und Berufsverbänden gelingen kann, eine Mehrheit der Ärzte gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu mobilisieren.

Forcierte Entwicklung aussagekräftiger Qualitätsparameter. Hier hat die Debatte in Deutschland zwar den Anschluss an die internationale Entwicklung gefunden, wobei vielleicht die Disease-Management-Programme eine ganz unerwartete Unterstützung dieses Prozesses waren. Der Weg zur routinierten Verwendung von Qualitätsindikatoren sowohl für ein angemessenes Benchmarking wie zur Verstärkung interner Qualitätsbemühungen in Praxis und Klinik ist aber noch weit.

Ein verbindendes Element aller entwickelten Gesundheitssysteme scheint vor allem die Schwierigkeit zu sein, Ärztinnen und Ärzte von der Sinnhaftigkeit des primärärztlichen Konzepts in der Versorgung zu überzeugen – vielleicht ein Hinweis darauf, wie wichtig es ist, die Debatte um die hausärztliche Zentrierung von Versorgung mit den Forschungsdaten zu Erwartungen von Patienten an eine verlässliche Betreuung zusammenzubringen. Dies ist auch deshalb so wichtig, weil hier die Bedeutung multiprofessionell zusammengesetzter Teams vielleicht am offenkundigsten wird (Safran 2003). Auch für die primärärztliche Versorgung gilt insofern die Kernbotschaft: Qualität, nicht allein Quantität zählt (Green und Phillips 2005).

Ärztzahlen mögen eindrucksvoll sein, sie sind aber in Ländern mit entwickelten kurativen Systemen keine Garantie für gute Versorgung – so sehr das auch immer in unseren Köpfen

und Herzen als die entscheidende Größe verankert sein mag. Und: die Politik braucht Mut und einen langen Atem zur Planung mit Augenmaß gegen die Partikularinteressen der Leistungserbringer (Grover 2006), da die Selbstregulierung der Professionen ganz offenbar in keinem Land auf diesem Globus funktioniert. Noch ist weitgehend unklar, welche Bedeutung die „Verweiblichung“ des Medizinstudiums und der Versorgung haben wird – und welche Signale die Politik und die Selbstverwaltung setzen müssen, um die hier vorhandenen Potenziale zu nutzen.

■ 5. Fazit

Die begonnene Debatte um den Ärztemangel weist bislang vor allem ständisch-berufspolitische Züge auf. Öffentlichkeit und Politik lassen sich einstweilen noch davon ablenken, dass es keine eindeutigen Kriterien für die Feststellung eines Ärztemangels gibt. Es erscheint im Lichte internationaler Erfahrungen überfällig, die öffentliche Aufmerksamkeit stärker als bisher auf die Frage zu lenken, wie bei allen Gesundheitsfachberufen nachhaltig das Interesse an einer beruflichen Tätigkeit in so genannten strukturschwachen Regionen geweckt werden kann und inwieweit die professionelle Zuständigkeit der Ärzteschaft insbesondere in der ambulanten Versorgung durch eine neue, kompetenzgestützte Rollenverteilung zwischen den Gesundheits-

berufen neu gestaltet werden kann. Die Befragungen im zitierten Rambøll-Gutachten liefern erste interessante Erkenntnisse, welche Bedürfnisse Frauen im Sinne einer ausgewogeneren Work-Life-Balance reklamieren, um ihr Interesse an der Medizin nicht zu verlieren; die Qualität dieses Surveys bleibt freilich hinter internationalen Standards deutlich zurück, die ihre Frageinstrumente durch eine lange vorausgehende Forschung gesichert haben (McMurray et al. 2000).

Auch dies ist ein Schwachpunkt in der Reihe der bisherigen Anstrengungen, die Frage nach dem Ärztemangel richtig zu verstehen und zu beantworten. Denn bei allen Verwerfungen und Streitigkeiten im System ist nicht zu übersehen, dass eine Mehrheit der therapeutisch tätigen Fachberufe nach wie vor ein hohes Interesse daran hat, hohen Qualitätsstandards zu genügen und Wertschätzung durch ihre Patientinnen und Patienten zu erfahren. Wenn es gelingen würde, der Ärzteschaft zu verdeutlichen, dass sie am Ende davon profitiert, wenn sie selbstbewusst zu ihren erwiesenen Kompetenzen steht und nicht an überkommenen Rollenzuweisungen hängt, dann wäre es vielleicht in zehn oder 20 Jahren möglich, nicht mehr über einen möglichen Ärztemangel zu reden, sondern über die Frage, ob die medizinische und pflegerische Versorgung in den verschiedenen Regionen der Republik auf annähernd gleich gutem Niveau erfolgt. ◆

Literatur

- Andersen HH/Mühlbacher A (2004):** Bedarfsplanung und demographische Entwicklung. Zum Einfluss der Bevölkerungsstruktur auf die hausärztliche Versorgung. Blaue Reihe, Berliner Zentrum für Public Health.
- Baicker K/Chandra A (2004):** Medicare Spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. Health Affairs (Suppl. Web Exclusive), W 184–197.
- BMGS (2004):** Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit“ – Abschlussbericht, Ramboll Management, Hamburg (erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit).
- Bundesregierung (2006):** Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (Stand 10.04.2006).
- Charles DM/Ward AM/Lopez DG (2005):** Experiences of female general practice registrars: are rural attachments encouraging them to stay? Australian Journal of Rural Health, Jg. 13, 331–336.
- Colwill JM/Cultice JM (2003):** The Future Supply Of Family Physicians: Implications For Rural America. Health Affairs, Jg. 22, 190–198.
- Curran V/Rourke J (2004):** The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. Medical Teacher, Jg. 26, 265–272.
- Doescher MP/Ellsbury KE/Hart LG (2000):** The distribution of rural female generalist physicians in the United States. Journal of Rural Health, Jg. 16, 111–118.
- Goodman CD/Stukel TA/Chang C/Wennberg J (2006):** End-Of-Life Care At Academic Medical Centers: Implications For Future Workforce Requirements. Health Affairs, Jg. 25, 521–531.
- Green LSA, Phillips RL (2005):** The Family Physician Workforce: Quality, Not Quantity. American Family Physician, Jg. 71, 2248.
- Grover A (2006):** Critical care workforce: a policy perspective. Critical Care Medicine, Jg. 34 (3 Suppl.), 7–11.
- Hill D/Martin I/Farry P (2002):** What would attract general practice trainees into rural practice in New Zealand? New Zealand Medical Journal, Jg. 115, Heft 1161, U 161.
- Hommel T (2006):** Sollen Pflegekräfte eigenständig behandeln dürfen? Ärzte Zeitung, 30.01.2006.
- Incitti F/Rourke J/Rourke LL/Kennard M (2003):** Rural women family physicians. Are they unique? Canadian Family Physician, Jg. 49, 284–286.
- Keck AE/Culbertson RA (2004):** Influences on Physician Choice to Practice in Rural Areas. Literature Review (<http://www.dhh.louisiana.gov/offices/miscdocs/docs-88/Taskforce/DHH%20Rural%20Health%20Lit%20Review%20Final.doc>).
- Kopetsch T (2005):** Bedarfsplanung: Geregelt wird nur die Verteilung. Deutsches Ärzteblatt online, 06.05.2005 (www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0505).
- Krakauer H/Jacoby I/Millman M/Lukomnik JE (1996):** Physician impact on hospital admission and on mortality rates in the Medicare population. Health Services Research, Jg. 31, 191–211.
- Laschet H (2006):** Brüske Ablehnung – das falsche Signal. Ärzte Zeitung, 30.01.2006.
- Macinko J/Starfield B/Shi L (2003):** The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. Health Services Research, Jg. 38, 831–865.
- McMurray JE/Linzer M/Konrad T et al. (2000):** The Work Lives of Women Physicians. Results from the Physician Work Life Study. Journal of General Internal Medicine, Jg. 15, 372–380.
- Rabinowitz HK/Diamond JJ/Markham FW/Jabinowitz C (2005):** Long-term retention of graduates from a program to increase the supply of rural family physicians. Academic Medicine, Jg. 80, 728–732.
- Richards HM/Farmer J/Selvaraj S (2005):** Sustaining the rural primary healthcare workforce: survey of healthcare professionals in the Scottish Highlands. Rural and Remote Health, Jg. 5, 365 (<http://rrh.deakin.edu.au> > Contents > Volume 5 [2005]).
- Sachs M (2006):** Internationale Entwicklungstrends einer Advanced Nursing Practice und Perspektiven für die deutsche Pflegelandschaft. Eine Literaturübersicht mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden. Pflege & Gesellschaft (im Druck).
- Safran DG (2003):** Defining the Future of Primary Care: What Can We Learn from Patients? Annals of Internal Medicine, Jg. 138, 248–255.

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Jahrgang 1948, Studium der Medizin und Soziologie an der Universität Marburg und der Westminster Medical School in London; Facharzt für Innere Medizin, öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin. 1994 bis 1999 Präsident der Akademie für öffent-

liches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Von Juli 1999 bis September 2003 Leiter des Stabsbereichs Medizin beim AOK-Bundesverband. Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen sowie Leiter der dortigen Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung. Seit 2004 unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss.