

Abschlußbericht

„Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte“

Förderung des Projektes durch den AOK Bundesverband

Projektlaufzeit: 1.10.2006 – 31.12.2007

Projektleitung:

Prof. Dr. Norbert Schmacke

Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung im VFwF e.V. und Hochschullehrer am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen

Projektdurchführung:

Soz.Päd. Heidi Niehus, Dipl. Kult.-Wiss. Bettina Berger, Dipl.-Päd. Maren Stamer, wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung/ VFwF e.V.

Kontakt: mstamer@uni-bremen.de, beberger@uni-bremen.de

Projektbericht:

Heidi Niehus, Bettina Berger, Maren Stamer, Norbert Schmacke

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Norbert Schmacke

Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung

Universität Bremen

Wilhelm-Herbst-Str. 7

28359 Bremen

schmacke@uni-bremen.de

Bremen, im März 2008

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung und Forschungsinteresse	4
2.	Methodik	5
2.1	Leitfadenentwicklung	6
2.2	Samplebildung	7
2.3	Auswahl und -gewinnung der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen	8
2.3.1	Studentinnen und Studenten	8
2.3.2	Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen	8
2.3.3	Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten	9
2.4	Auswertung der Interviews	9
3.	Studiendesign	11
3.1	Region und Geschlecht	11
3.2	Familienstand und Kinder	11
3.3	Altersspektrum	12
3.4	Praxistypen und weitere Fachrichtungen	12
4.	Ergebnisse	12
4.1	Studentinnen und Studenten der Humanmedizin	12
4.1.1	Allgemeinmedizin versus andere Spezialisierungen	13
4.1.1.1	Wege ins Medizinstudium	13
4.1.1.2	Berufs- und Lebensplanung	15
4.1.2	Lehr- und Lernerfahrungen	21
4.1.2.1	Studiumsaufbau und -verlauf	21
4.1.2.2	Der Stellenwert der Allgemeinmedizin im Studium	25
4.1.3	Vorstellungen zu ärztlichen Versorgungsstrukturen	34
4.1.3.1	Ursachen eines Nachwuchsmangels im hausärztlichen Versorgungsbereich	36
4.1.3.2	Veränderungsideen	38
4.2	Assistenzärzte und -ärztinnen in der Weiterbildung zur Allgemein- medizin und niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte	41
4.2.1	Allgemeinmedizin versus andere Spezialisierungen	42

4.2.1.1	Wege in die Allgemeinmedizin, Berufs- und Lebensplanung, Nähe und Distanz	42
4.2.1.1	Kernkompetenzen, Forschung und Identitätsbildung in der Allgemeinmedizin	48
4.2.2	Standardisierung versus Individualisierung	52
4.2.3	Qualität der Weiterbildung	56
4.2.4	Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit mit der eigenen, respektive mit anderen Berufsgruppen	63
4.2.4.1	Intradisziplinäre Zusammenarbeit	63
4.2.4.2	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	65
4.2.5	Einschätzung der zukünftigen Versorgungssituation	71
4.2.5.1	Image, Praxis und Wertschätzung der Allgemeinmedizin	72
4.2.5.2	Leben und Arbeiten auf dem Land	73
4.2.5.3	Veränderte Lebens-, Berufs- und Wertvorstellungen	75
4.2.5.4	Aus- und Weiterbildung	75
4.2.5.5	Veränderungsvorschläge	76
5.	Diskussion	80
5.1	Zusammenfassende Interviewinterpretationen	80
5.2	Weiterführende Schlussbetrachtungen	96
6.	Literaturverzeichnis	110
7.	Anhang: Leitfäden	115

1. Einleitung und Forschungsinteresse

Ärztmangel ist ein seit mehreren Jahren diskutiertes Thema in Deutschland: Eine gemeinsame Studie der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) spricht beispielsweise von 40.000 Medizinerinnen, die bis 2010 in den Ruhestand gehen (Kopetsch 2004). Eine flächendeckende ambulante Versorgung, so die von der Ärzteschaft oft geäußerte These, sei dann nicht mehr zu gewährleisten. Dem gegenüber steht die Position, den Begriff des „Ärztmangels“ grundsätzlich in Zweifel zu ziehen und das Problem des Rückgangs in der Vertragsarztdichte auf Allokationsungleichheiten zu reduzieren (Klose et al. 2007). Beiden Ansätzen zu Grunde gelegt ist eine rein historisch gewachsene Bedarfsplanung, die eine „ausreichende“ oder „angemessene“ Arztdichte nicht an Qualitätsdaten ausrichtet (Schmacke 2006: 18 ff.).

Besonders betroffen von einem Rückgang in der im internationalen Vergleich noch recht hohen Ärztedichte ist der hausärztliche Bereich¹. Von 1996 bis 2005 hat die Anzahl der Hausärzte und Hausärztinnen um 3,5% abgenommen, dennoch besteht immer noch ein bundesweiter Versorgungsgrad von 107,6% (Klose et al. 2007: 19). Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich die Situation bei Nichtwiederbesetzung von aufgegebenen Praxen verschärft. Ursächlich dafür ist die Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzte und Hausärztinnen², sowie das Fehlen eines entsprechenden Nachwuchses, der sich zum einen in nicht ausreichendem Maße für die Allgemeinmedizin entscheidet, zum anderen sich gegen eine Niederlassung in ländlichen Regionen wendet.

Mit verschiedenen Maßnahmen, z.B. finanziellen Fördermöglichkeiten, aber auch dem 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VändG), wird versucht, den hausärztlichen Fachbereich aufzuwerten und attraktiver zu gestalten, bzw. die bisherigen Niederlassungsmöglichkeiten zu erweitern. Wie dies von Studenten und Studentinnen aufgenommen wird, wie sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hierzu positionieren ist unter anderem Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

Hierzu wurden im Zeitraum von Februar bis Juli 2007 37 leitfadengestützte Interviews mit drei Zielgruppen, Medizinstudierenden, Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung Allgemeinmedizin und niedergelassenen Hausärzten und Hausärztinnen³, durchgeführt.

¹ Gemäß der Definition in den Bedarfsplanungsrichtlinien fallen hierunter Allgemeinmedizinerinnen und –medizinerinnen, praktische Ärztinnen und Ärzte, hausärztlich tätige Internisten und Internistinnen.

² Ende 2005 waren 16,4% der Hausärztinnen und Hausärzte zwischen 60 und 65 Jahre, 2,8% waren über 65 Jahre alt (Klose et al. 2007: 28).

³ Wohl wissend, dass zur Gruppe der Hausärztinnen und Hausärzte auch hausärztlich tätige Internisten und Internistinnen gehören, konnten wir diese aus Gründen des Umfangs des Projektes nicht berücksichtigen.

Forschungsleitende Fragestellungen

Um sich der Thematik einer möglichen Erklärung und gegebenenfalls Gegensteuerung der derzeitigen Entwicklung von zurückgehenden Niederlassungen in der Allgemeinmedizin zu nähern, wurden folgende Frageschwerpunkte gesetzt:

- Wie entwickeln sich differente Wertigkeiten unterschiedlicher Gebiete innerhalb der Medizin?
- Welche Vorstellungen und Wünsche existieren bezüglich der persönlichen Berufs- und Lebensperspektive (Einkommenserwartungen, Vorstellungen zum Spannungsverhältnis Autonomie und Unterstützung, Stellenwert der Familie)?
- Welche Motive und Hintergründe liegen der hausärztlichen Niederlassung in strukturschwachen Regionen zu Grunde?
- Welche Vorstellungen haben Ärztinnen/ Ärzte zu bestehenden und neuen Versorgungsstrukturen und -konzepten, explizit solchen, die eine berufsübergreifende Zusammenarbeit vorsehen oder fördern? Dazu gehört die Frage nach neuen Formen berufsgruppenspezifischer Arbeitsteilung, z.B. zwischen Ärztinnen/ Ärzten und Pflegenden.
- Welches sind die zentralen identitätsstiftenden Kompetenzen allgemeinärztlicher Tätigkeit und wie werden sie in einem über den gegenwärtigen Ist-Zustand hinausgehenden Forschungszusammenhang diskutiert und eingebettet?
- Wie werden Weiterbildungsqualität und Weiterbildungsstrukturen erlebt und eingeschätzt?

2. Methodik

Für die Bearbeitung der o. g. Fragestellungen wurde ein exploratives Vorgehen in Form von leitfadengestützter Interviewerhebung für sinnvoll erachtet, um der Vielschichtigkeit der Perspektiven der unterschiedlichen Studienbeteiligten gerecht werden zu können. Der Gegenstand des so genannten Ärztemangels in der Allgemeinmedizin sollte in seiner Komplexität in den unterschiedlichen Kontexten – Studium, Weiterbildung und Niederlassung – untersucht werden. Hintergrund ist, dass zwar verschiedene quantitative Studien zu verwandten Themen wie „Ärztemangel im primärärztlichen Bereich“, der „beruflichen (Un)zufriedenheit von Ärzten und Ärztinnen“ oder der „beruflichen Orientierung von Medizinstudenten und -studentinnen“ im deutschen und europäischen Raum existieren (Richter-Kuhlmann 2007, Koch et al. 2007, Mariolis et al. 2007), damit aber Fragen über mögliche Hintergründe dieser Entwicklung und deren Gewichtungen offen bleiben. Diese Untersuchung versucht, die bestehende Lücke zu füllen und Entscheidungs- und Handlungserklärungen zu eruieren, welche mit einem rein quantitativem Forschungsdesign nicht zu erheben wären.

Um mögliche Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern erfassen zu können, wurde das Projekt auf Befragungen in zwei Bundesländern, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern, angelegt. Dass die Wahl auf diese beiden Bundesländer und nicht auf andere, in denen die Versorgungssituation bereits noch prekärer war, fiel, wurde folgendermaßen begründet: In beiden ausgewählten Bundesländern sind in unterschiedlichem Maße mehrere Sitze der Allgemeinmedizin unbesetzt, bzw. liegt der Versorgungsgrad unterhalb einer Vollversorgung von 100% (KV SH 2007, Klose et al. 2003: 120). Die Auswahl der Bundesländer musste aber ebenso die in Bezug auf Fahrzeiten und Erreichbarkeit der Interviewpartner und -partnerinnen begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen berücksichtigen.

2.1 Leitfadententwicklung

Die Studienkonzeption bestand zunächst aus einer ersten Phase der Literaturrecherche,⁴ die sich dann fortlaufend durch das Projekt zog und an die sich in beiden Erhebungsregionen insgesamt acht Vorab-Gespräche mit Schlüsselpersonen im Feld, z.B. an Universitäten, in Einrichtungen der ärztlichen Selbstverwaltung und Berufsverbänden anschlossen. Diese dienten dem Erhalt weiterer Hintergrundkenntnisse wie auch lokalspezifischer Informationen, die für die Entwicklung der Interviewleitfäden notwendig erschienen. Des Weiteren konnten über die Vorab-Gespräche ergänzende Möglichkeiten des Feldzugangs gewonnen werden. Aus der Auswertung und inhaltlichen Zusammenfassung dieses Materials wurden für die drei Zielgruppen in Teilen unterschiedliche Interviewleitfäden mit jeweils sechs Themenkomplexen entwickelt, die folgende Schwerpunkte beinhalteten:

Für die Studierenden:

- Motive der Entscheidung zum Medizinstudium, Erleben des Studiums, Lehr- und Lernerfahrungen, unter besonderer Berücksichtigung des Fachgebietes Allgemeinmedizin,
- Berufliche Zukunftsvorstellungen und -wünsche, fachliche Spezialisierung,
- Wünsche für die spätere Lebens- und Arbeitssituation,
- Meinungen zum so genannten Ärztemangel, Ideen für Ursachen und Bewältigungsmöglichkeiten.

Für die Ärzte und Ärztinnen:

- Motive und Hintergründe für die hausärztliche Niederlassung,
- Erleben und Einschätzen von Weiterbildungsqualität und Weiterbildungsstrukturen,
- Haltung zu neuen Niederlassungsmöglichkeiten, Notdienstregelungen u.a.,
- Kooperation mit der eigenen sowie mit fremden bzw. anderen Berufsgruppen,

⁴ Eine umfassende Auswertung der gesichteten Literatur war bei den gegebenen Personalkapazitäten jedoch nicht möglich.

- beruflicher Alltag, einschl. Sicht auf Disease Management Programme (DMP) und Qualitätsmanagement (QM), berufliche Identität,
- ärztliches Wissensmanagement und Stellenwert allgemeinmedizinischer Forschung,
- Meinungen zum so genannten Ärztemangel, Ideen für Ursachen und Bewältigungsmöglichkeiten.

Jeder Themenkomplex wurde durch eine erzählgenerierende Frage eröffnet, insgesamt wurde die Interviewsituation bewusst relativ offen gestaltet, um den Sichtweisen und eigenen Orientierungen der befragten Subjekte Raum zu geben und ihnen Geltung zu verschaffen (Flick 2002: 17). Im Anschluss an den ersten Erzählfluss wurden gezielt Nachfragen gestellt, zum einen, um das breite Spektrum des Leitfadens weitgehend abzudecken, zum anderen, um eventuell auch zu außerhalb des Leitfadens liegenden Bereichen spezifischere und tiefer gründige Informationen zu erhalten. Die Interview-Dauer wurde mit ca. 45 – 60 Minuten angelegt. Es erfolgte sowohl im studentischen wie im ärztlichen Bereich ein Pretest mit anschließender Überarbeitung des jeweiligen Leitfadens.

Im Anschluss an die Interviews wurden mit Hilfe eines Kurzfragebogens Daten zum persönlichen und beruflichem Werdegang erhoben. Unmittelbar nach Verlassen der Interviewsituation wurde ein Gedächtnisprotokoll angefertigt, welches Kontext- und Rahmenbedingungen des Interviews, Eindrücke zur Person und zum Gesamtinterview, Äußerungen außerhalb der Bandaufnahme, Störungen und sonstige Anmerkungen beinhaltet. Alle Interviews wurden vollständig transkribiert und anonymisiert.

2.2 Samplebildung

Für die beiden zu interviewenden Gruppen, Studierende und Ärzte/ Ärztinnen, wurde ein Vorab-Sampling entwickelt, welches ein möglichst breites Spektrum des zu untersuchenden Gegenstandes in Form von verschiedenen Fallgruppen abbildete (Flick 2002: 98 f.). Einbezogen wurden:

- Studentinnen und Studenten im vorklinischen Abschnitt und Studierende im späteren klinischen Abschnitt an insgesamt vier Hochschulen⁵,
- Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen in unterschiedlichen Abschnitten der Weiterbildung,
- Einzel-, Gemeinschafts- und Zweigpraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Teilnehmer oder Teilnehmerinnen an Praxisnetzen, Ausbildungspraxen und Lehrpraxen, Praxen in städtischen, kleinstädtischen und ländlichen Regionen.

⁵ Lübeck, Kiel, Greifswald und Rostock.

In beiden Bundesländern wurden bei der Auswahl der Landkreise hausärztliche Versorgungsgrade berücksichtigt. Pro Bundesland waren jeweils acht Interviews mit Studierenden und acht Interviews mit Ärztinnen und Ärzten, geschlechtsparitätisch verteilt, geplant.

Im zweiten Teil fand die konkrete Auswahl der Interviewteilnehmer und -teilnehmerinnen statt, die Elemente des theoretical samplings enthielt, also vom Forschungsprozess selbst mit strukturiert wurden (in Anlehnung an Glaser und Strauss 1967: 53). Nach Durchführung der ersten Interviews und Beginn der Interpretation und Auswertung wurden Entscheidungen zur Auswahl und Zusammensetzung des weiteren Samples aus den vorhergehenden getroffen. So konnten Variablen wie Alter und ethnischer Hintergrund ebenfalls mit berücksichtigt werden. Dieser Prozess wurde durch das vorab festgelegte Fallgruppensample begrenzt. Auf eine im Laufe des Forschungsprozesses sinnvoll erscheinende Revision des Vorab-Samples, im Sinne einer Durchführung weiterer Interviews im Weiterbildungsbereich musste aus Gründen der fortgeschrittenen Zeitdauer und begrenzter Ressourcen verzichtet werden.

2.3 Auswahl und Gewinnung der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen

Ausgangspunkt für die Samplebildung war die festgelegte Samplestruktur, die ein breites Feld von möglichen Interviewpartnerinnen und -partnern gewährleistete. Im weiteren Verlauf wurde dann auf Grund der erworbenen Erkenntnisse im Auswertungsprozess entschieden, wer als nächstes zu befragen ist, um weitere Aspekte einbeziehen zu können.

2.3.1 Studentinnen und Studenten

Der Kontakt zu den Studenten und Studentinnen erfolgte auf mehreren Wegen: Über den Besuch in Lehrveranstaltungen für Allgemeinmedizin, wo das Projekt vorgestellt werden konnte, über ein Informationsblatt zum Projekt, welches an alle Studierenden des 1. und 3. Semesters verschickt wurde, über Fachschaften der Medizin, über Mailing-Listen sowie über Professoren und Lehrbeauftragte. An Hochschulen, an denen sich mehr Teilnehmer und Teilnehmerinnen meldeten als benötigt, entschied das Losverfahren. Die Interviewten erhielten eine Aufwandsentschädigung.

2.3.2 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Zur Rekrutierung niedergelassener Ärzte und Ärztinnen in den beiden Bundesländern wurden über die Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigungen im Internet sämtliche Praxen in den ausgewählten Landkreisen eruiert. In Schleswig-Holstein konnten dadurch bereits umfangreiche Informationen über die Praxen (Praxistyp, Alter, Niederlassungszeitpunkt, Schwerpunktangebot) gewonnen werden, in Mecklenburg-Vorpommern beschränkte sich die über das Internet erhältliche Information auf den Praxistyp.

Auf Grund der Vorannahme, dass gewichtige Unterschiede zwischen hausärztlich tätigen Internistinnen/ Internisten und Allgemeinmedizinerinnen/ Allgemeinmedizinern bestehen, wurde auf Grund der gegebenen Ressourcen darauf verzichtet, erstere Gruppe mit in das Sample einzubeziehen. Die Untersuchung wurde somit thematisch auf den Fachbereich Allgemeinmedizin ausgerichtet, da besonders in diesem Bereich ein Nachwuchsmangel zu verzeichnen ist und im Gegensatz zur Inneren Medizin hier nicht die Wahl zwischen ambulanter und stationärer Berufsperspektive besteht. Ebenfalls einbezogen wurden Ärzte und Ärztinnen, die sich, wie es früher möglich war, als praktische Ärzte niedergelassen hatten. Von diesen hatten einige die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt.

Im Folgenden begann die Erstauswahl nach dem Vorab-Sample. In einem Anschreiben wurde den ausgewählten Praxen das Projekt kurz vorgestellt und die praktizierenden Ärzte und Ärztinnen angefragt, ob sie sich für ein Interview zur Verfügung stellen würden. Einige Tage später wurde dann telefonisch nachgefragt, ob es zu einer Entscheidung gekommen wäre. Im Falle einer Absage wurde innerhalb des Gesamtsamples eine den Merkmalen nach möglichst entsprechende Praxis ausgewählt. Im Falle einer Zusage wurden Interviewtermin und -ort (in der Regel war dies der Praxissitz) vereinbart. Für die Aqise von Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen aus Medizinischen Versorgungszentren sind die ausgewählten Bundesländer verlassen worden. Die Interviewten erhielten ebenfalls eine Aufwandsentschädigung.

2.3.3 Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten

Als sehr schwierig stellte sich die Kontaktaufnahme zu den Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten dar. Da wir uns aus Gründen der Anonymitätswahrung nicht an die weiterbildungsbefugten Praxen wenden wollten und es kein zugängliches Verzeichnis der Ärzte und Ärztinnen in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin gab, waren wir auf die Unterstützung von Fortbildungsanbietern wie der Ärztekammer angewiesen. Sie legten Kurzinformationen über das Projekt auf ihren allgemeinmedizinischen Fortbildungen aus. Weitere Aqiseversuche wurden in Form der Veröffentlichung eines kurzen Artikels in einer Fachzeitschrift der ärztlichen Selbstverwaltung sowie in der direkten Ansprache von Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten beschränkt. Auch bei der Aqise im Weiterbildungsbereich sind die originären Erhebungsregionen z.T. verlassen worden. Und auch die Ärzte und Ärztinnen in der Weiterbildung erhielten eine Aufwandsentschädigung.

2.4 Auswertung der Interviews

Für die Auswertung der Interviews, von April bis September 2007, wurde das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring angewandt (Mayring 2002: 114 ff.). Hierbei wurden

zunächst die anonymisierten Interviews in gemischtgeschlechtlichen Interpretationsgruppen mit drei bis vier Teilnehmerinnen und Teilnehmern insgesamt analysiert. Mittels Strukturierung ausgewählter Textbestandteile wurde anschließend detailgenauer ‚line by line‘ interpretiert, um die wichtigsten Motive und Entscheidungsprozesse der Interviewpartner und -partnerinnen erfassen zu können. Dabei orientierte sich die Auswahl der näher zu untersuchenden Textstellen an der Gewichtung, die seitens der Interviewten vorgenommen wurde, als auch im Hinblick auf das bestehende Forschungsinteresse.

Am Material konnte so ein Kategoriensystem entwickelt werden, das unter Zunahme des Abstraktionsniveaus durch die folgenden Interviews überarbeitet, revidiert und ergänzt wurde.

„Nach einem Teil des Materialdurchgangs (etwa 10 bis 50%), wenn so gut wie keine neuen Kategorien mehr gebildet werden können, wird das gesammelte Kategoriensystem überarbeitet. Es muss geprüft werden, ob die Logik klar ist (keine Überlappungen) und der Abstraktionsgrad zu Gegenstand und Fragestellung passt. Falls dadurch Veränderungen des Kategoriensystems vorgenommen werden mussten, wird das Material nochmals von Anfang an bearbeitet.“ (Mayring 2002: 117)

Im folgenden Auswertungsschritt wurde von der konkreten Fallebene des einzelnen Interviews der Blick auf die Gesamtheit der Interviews (einer Zielgruppe) gerichtet, wobei im Zuge der Auswertung verschiedene Haltungen entwickelt werden konnten. Hierbei ist zu betonen, dass in jedem Fall zunächst eine intensive Einzelfallanalyse durchzuführen ist, bei der jeder Text zunächst separat und erst dann im Vergleich mit den anderen Fällen interpretiert wird. (Kluge/ Kelle 1999: 76)

Die Zusammenfassung der Auswertungen in Form von Haltungen zu einer spezifischen Thematik – wie z.B. dem Beziehungsaspekt in der beruflichen Praxis als Allgemeinmediziner/ Allgemeinmedizinerin – dient einer anschaulichen und dabei zugleich komprimierten Präsentation der Interpretationsergebnisse. Zu bedenken ist, dass die Übergänge zwischen den Haltungen fließend sind, dass Haltungen unterschiedlich stark ausgeprägt sein können und auch, dass Menschen verschiedene, z.T. auch sich widersprechende Haltungen in sich tragen können. Insoweit ist das Ziel keine starre Zuordnung der einzelnen Befragten zu den jeweiligen Haltungen, sondern vielmehr eine Darlegung der unterschiedlichen Haltungen und Herangehensweisen im Sinne von Einblicken in vielfältige Facetten hausärztlichen Versorgungsalltags. Zur Veranschaulichung werden die einzelnen Haltungen jeweils mit Zitaten belegt.

3. Studiendesign

Insgesamt wurden 37 Interviews im Zeitraum von Februar bis Juli 2007 durchgeführt, davon 20 mit Studierenden und 17 mit Ärztinnen und Ärzten, wovon sich vier in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin befanden.

Es zeigte sich bereits nach Auswertung der ersten Studentinnen- und Studenteninterviews, dass die unteren Semester von den Fragestellungen teilweise weniger betroffen, bzw. vor dem Physikum mit ganz anderen Themen beschäftigt waren und zum Thema Allgemeinmedizin noch kaum etwas beitragen konnten. Auch dies bringt zwar einen Erkenntnisgewinn zur Forschungsfrage, z.B. in Bezug auf den Verlauf von Medizinsozialisation, dennoch wurde das zu interpretierende Datenmaterial um drei Interviews aus der Vorklinik reduziert. Auch zwei Interviews aus dem klinischen Bereich konnten aus methodischen Gründen für die Auswertung nicht verwertet werden.⁶ Aus diesem Grunde wird im Weiteren nur auf die in die Auswertung einbezogenen 32 Interviews mit 15 Studierenden und 17 Ärzten und Ärztinnen eingegangen.

3.1 Region und Geschlecht

Von den Studierenden befanden sich vier im vorklinischen (1. – 4. Semester) und elf im klinischen Abschnitt (6. – 10. Semester) ihrer Ausbildung. Die insgesamt zehn Frauen und fünf Männer verteilten sich unterschiedlich auf die einzelnen Hochschulen.

In der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin wurden drei Frauen und ein Mann interviewt.

Die Interviewpartner und -partnerinnen in der Zielgruppe der Niedergelassenen setzten sich aus sieben Frauen und sechs Männern zusammen, sieben praktizierten in Mecklenburg-Vorpommern und sechs in Schleswig-Holstein. Hierbei ist anzumerken, dass in den meisten Fällen der Praxisort auch der Herkunftsregion in Bezug auf alte oder neue Bundesländer entsprach, die Ärzte und Ärztinnen ließen sich also mehrheitlich in dem politischen Teil Deutschlands nieder, in dem sie aufgewachsen waren. Ein Wechsel fand lediglich von West- nach Ostdeutschland statt. Da es in der Forschungsthematik vor allem um die Arbeitsbedingungen und den mangelnden Nachwuchs in strukturschwächeren Regionen ging, wurden die meisten Interviews in ländlichen – kleinstädtischen Gegenden durchgeführt. Lediglich für zwei Interviews wurden eher größere Städte für den Praxisort ausgewählt.

3.2 Familienstand und Kinder

Bis auf einen Interviewpartner, der keine Angaben zum Familienstand gemacht hatte, waren alle befragten Ärztinnen und Ärzte, sowohl die niedergelassenen, als auch diejenigen die

⁶ Gründe dafür waren z.B. eine schlechte Aufnahmequalität und eine nicht zu interpretierende Interviewinteraktion.

sich noch in der Weiterbildung Allgemeinmedizin befanden, zum Zeitpunkt der Interviews verheiratet und hatten mindestens ein Kind, in elf Fällen mehrere Kinder.

3.3 Altersspektrum

Das Altersspektrum der Studierenden bewegt sich zur Zeit der Interviews zwischen 20 und 30 Jahren, die interviewten Ärzte und Ärztinnen, einschließlich der Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen, waren zwischen 30 und 68 Jahre alt, davon waren fünf über 60 und sechs unter 40.

3.4 Praxistypen und weitere Fachrichtungen

Durch das im Voraus überlegte Sample wurde versucht, eine möglichst große Bandbreite unterschiedlicher Praxistypen abzubilden. In jedem Bundesland waren Praxisnetzmitgliedschaften vertreten. Ebenso wurden in beiden Bundesländern Inhaber und Inhaberinnen von Praxen mit und ohne Weiterbildungsbefugnis, Lehrpraxen, Einzel- und Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und in Mecklenburg-Vorpommern auch Zweigpraxen befragt. Zwei der Interviewten hatten neben der Allgemeinmedizin eine weitere Facharztausbildung absolviert.

4. Ergebnisse

Die Ergebnisse werden zunächst gesondert für die beiden Zielgruppen, Studierende und Ärzte/ Ärztinnen, inklusive der Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen, dargestellt. Im Diskussionsabschnitt werden dann mögliche Themenüberschneidungen und Gegenüberstellungen erfolgen.

4.1 Studentinnen und Studenten der Humanmedizin

Die Ergebnisse für die an vier Hochschulen befragten Studentinnen und Studenten der Humanmedizin lassen sich in drei Schwerpunktthemen unterteilen:

1. *Allgemeinmedizin versus andere Spezialisierungen*

Im Laufe der Interviews wurde deutlich, dass die angestrebte Spezialisierung neben dem Fachinteresse auch von anderen Faktoren stark beeinflusst wird. Hierunter fallen Aspekte wie Motivation zum Medizinstudium, Auswahl des Studienortes, persönliche Berufs- und Lebensplanung sowie Auswahl eines Versorgungsmodells (z.B. ambulant oder stationär).

2. *Lehr- und Lernerfahrungen*

Dieser Themenkomplex umfasst die Erfahrungen mit und Bewertungen der Struktur des Medizin-Curriculums, dem Theorie-Praxisanteil im Studium und vor allem die Verortung des Fachbereichs Allgemeinmedizin an der Universität, sowie die eigenen Vorstellungen zur Allgemeinmedizin. Auf Grund eines zeitlich längeren Überblicks und vor allem auf Grund des in der Regel erst im 9. Semester erfolgten Kontaktes zur Allgemeinmedizin im Studium, konnten zu diesen Kategorien die Befragten der oberen Semester breitere und tiefere Auskünfte geben als die Befragten der unteren Semester.

3. *Vorstellungen zu Versorgungsstrukturen und Versorgungsbedarf*

Zur Einschätzung derzeitiger Versorgungsstrukturen zeigen sich zwar auch Unterschiede zwischen den jungen und den älteren Semestern, prägnanter scheinen jedoch vielmehr die Unterschiede zwischen den Studierenden in den alten und den neuen Bundesländern zu sein. Dies ließe sich damit erklären, dass die Situation in Mecklenburg-Vorpommern prekärer ist und sie an den Hochschulen offensiver thematisiert wird.

Aus Kapazitätsgründen im Bericht unberücksichtigt bleiben Details zu Plänen und Erfahrungen während der Famulaturen oder des PJs, einschließlich vorhandener Auslandserfahrungen, Aspekte zur Vorstellung späterer Forschungstätigkeit sowie Erfahrungen mit und Gedanken zu den jeweiligen studentischen Doktorarbeiten.

4.1.1 Allgemeinmedizin versus andere Spezialisierungen

Auf welche Faktoren gründet sich die Entscheidung für oder gegen die Allgemeinmedizin und wann wird diese Entscheidung getroffen? Welchen Einfluss haben dabei die unterschiedlichen Wege, die ins Medizinstudium führen und welchen die sehr persönlichen Berufs- und Lebenssträume? Dieses Kapitel zeigt u. a. auf, dass Entscheidungen für eine Fachrichtung teilweise lange vor dem Studium gebahnt werden, sowie dass anvisierte Lebenspläne der Fachbereichswahl übergeordnet werden und diese dementsprechend angepasst wird.

4.1.2 Wege ins Medizinstudium

Der Frage, warum sich junge Menschen für ein Medizinstudium entscheiden, gingen bereits verschiedene quantitative Untersuchungen nach (Richter-Kuhlmann 2007, Sönnichsen et al. 2005). Während quantitative Untersuchungen zu dem Ergebnis kamen, dass humanistische Ideale hauptauschlaggebend für die Wahl des Medizinstudiums sind, lässt sich das durch die Interviews in dieser Eindeutigkeit nicht bestätigen.

Die in den Interviews genannten Motive lassen sich in die folgenden Kategorien einteilen:

- familiäres Umfeld,
- persönliche Betroffenheit,
- Arbeitsplatzsicherheit / Ökonomie,
- humanistische Ideale.

Zunächst spielt bei einem Teil der Befragten das Elternhaus eine mit entscheidende Rolle für die Wahl des Studiengangs. Für die Gruppe der Studierenden mit Ärzten oder Ärztinnen in der Familie, häufig im Elternhaus, ist die Medizin vertrautes Terrain, die eigene Entscheidung steht häufig zu einem relativ frühen Zeitpunkt fest und wird nur wenig hinterfragt. Zudem besteht hier mitunter die Option, die elterliche Praxis später zu übernehmen, womit auch bereits zu einem frühen Zeitpunkt die Fachrichtung gebahnt scheint.

„Ja, also eigentlich war mir das schon immer so klar, also ich hab eigentlich nie so richtig darüber nachgedacht, was anderes zu machen. Wahrscheinlich auch, weil meine Eltern beide Ärzte sind, dann wird man ja schon so vorsozialisiert sozusagen in diese Richtung, aber es ist auch einfach ähm, dass mich das grundsätzlich interessiert ähm, weil ich auch gern mit Menschen zusammen arbeite und äh Leute sagen auch, ich mache das nur, damit ich weiß, wenn ich selber krank bin.“ (E7.3/1, 7 – 13)

Für eine weitere Gruppe ging es u. a. darum, den Eltern die Fähigkeit zum Medizinstudium zu beweisen und somit vermutlich um elterliche Anerkennung. Im Gegensatz zur ersten Gruppe gelangte diese meist erst über Umwege und andere Berufserfahrungen aus der Medizin verwandten oder fremden Bereichen zum Medizinstudium. Der Berufswunsch wurde hier längere Zeit theoretisch und praktisch überprüft.

Als weitere wiederholt genannte Motive für das Medizinstudium tauchen die „persönliche Betroffenheit“, in Form von eigenen Krankheitserfahrungen oder Krankheitsfällen in der Familie, auf. Aber auch sehr rationale Argumente, wie das der Arbeitsplatzsicherheit, das der als gut angenommenen Verdienstmöglichkeiten und der erwartete gesellschaftliche Prestigegegewinn scheinen ein hohes Gewicht zu haben.

„...ich denke immer noch, dass viele Menschen sehr viel Respekt vor Ärzten haben irgendwie. Och, die haben lange studiert, die haben soviel Wissen, denen vertraut man sein Leben an, man tauscht sehr viel Informationen aus irgendwie und äh.“ (E3.9/1, 22 – 25)

Darüber hinaus wird die Vielseitigkeit der später möglichen Berufsausübung benannt. Im Vergleich zu anderen Berufen erscheint die Medizin als ein Tor, das viele mögliche Wege öffnet. Auch der Wunsch nach späterer Forschungstätigkeit wird als Motiv für das Medizinstudium genannt. Das Interesse am menschlichen Körper, an seinen Funktionen und naturwissenschaftlichen Zusammenhängen, ebenso wie der Wunsch danach, gebraucht zu wer-

den, helfen zu können oder im sozialen Bereich tätig sein zu wollen, rundet das Motivspektrum ab.

„Und ähm das hat auf jeden Fall da auch 'n bisschen mit reingespielt, dass man dann, vielleicht hat man ja doch irgendwo die Hoffnung, dass man den Leuten helfen kann. Alleine das ist ja schon. Und ansonsten das ist so 'n breit gefächertes Fach. Man kann letzten Endes so viel damit machen. Man, man könnte ja genauso gut eben auch in die Forschung gehen, man könnte direkt mit den Patienten arbeiten, man könnte auch ähm in Zeitschriften, Verlagswesen könnte man auch damit arbeiten. Also die, die Möglichkeiten sind einfach unwahrscheinlich weit.“ (H5.4/4, 98 – 104)

Schließlich gibt es auch noch jene, die eher zufällig im Fachbereich Medizin gelandet sind und sich nach dem Abitur gleichermaßen für andere Fachbereiche interessiert und beworben hatten.

Auch bei der Wahl des Studienortes scheinen die Eltern oder auch bestehende Partnerbeziehungen eine gewichtige Rolle zu spielen, überwiegend in der Form, dass eine nicht zu große Entfernung zum Elternhaus gewünscht wurde, (was sich nicht immer verwirklichen ließ) oder in Form einer bewussten Abgrenzung von zu Hause. Mitunter wurde auch beides verfolgt – wegziehen, aber nicht zu weit. Der Beziehungsaspekt bei der Wahl der Hochschule spielt sowohl für Frauen als auch für Männer eine entscheidende Rolle.

„...und das letzte Jahr habe ich dann X-Stadt angegeben, weil es mir auf einmal wichtiger war so, bei meiner Familie zu bleiben und halt auch wegen meiner Beziehung, die war mir halt dann sehr wichtig.“ (E9.9/3, 67 – 69)

Der Studienort wird in erster Linie nach der Heimatnähe, dann aber auch nach persönlichen Vorlieben der Region oder dem Ruf der Universität (Ranking, inhaltliche Aspekte) gewählt. Letzteres scheint aber erheblich weniger Gewicht zu besitzen als ersteres Kriterium.

4.1.1.2 Berufs- und Lebensplanung

Die Fragen nach der persönlichen Berufs- und Lebensplanung der Studierenden ergeben in der Übersicht folgende Ergebnisse:

- In allen Interviews taucht der Wunsch nach Familie und Kindern auf. Im Gegensatz zu den Männern, die hierzu keine weitergehenden Aussagen machen, können sich viele der befragten Frauen vorstellen, die eigene Berufstätigkeit zu Gunsten der Familie einzuschränken. An eine Berufsaufgabe auf Grund der Familienpläne denkt keine der Interviewpartnerinnen.

- Familie und Beruf sollen miteinander vereinbar sein, sie sollen aber häufig auch klar getrennte Bereiche darstellen. Ein abgegrenzter Privatbereich, der Zeit für Hobbys und Freizeit lässt, scheint sehr wichtig zu sein.
- In den meisten Fällen wird zumindest zunächst eine stationäre Berufstätigkeit angestrebt. Mögliche Niederlassungswünsche werden, sofern nicht eine elterliche Praxis übernommen werden kann, eher auf die spätere Zukunft verschoben.
- Die Orientierung an ökonomischen Überlegungen zur Berufstätigkeit nimmt einen breiten Raum ein.
- All diese Faktoren haben einen entscheidenden Einfluss auf die Fachbereichswahl. Als weitere Entscheidungsfaktoren kommen die jeweiligen Lernerfahrungen in den Fachbereichen hinzu (hierzu siehe Kapitel 4.1.2).

Mit einer Ausnahme hatte keiner/ keine der interviewten Studenten und Studentinnen zum Zeitpunkt des Interviews Kinder. Dennoch ist die eigene Familienplanung für alle Studierenden bereits ein Thema, welches sie beschäftigt. Dabei wird der Wunsch sehr deutlich, dass der Beruf genug Raum und Zeit für den privaten Bereich lassen möge. Die befragten Frauen machen sich darüber hinaus Gedanken, mit welchen Modellen, bzw. welcher Unterstützung eine Vereinbarung von Beruf und Familie zu gewährleisten wäre.

„Also mein Modell ist sowieso, ich will später nie als voller Arzt arbeiten, ich will immer nur Teilzeit arbeiten. Weil ich auch Familie möchte und nicht nur ein⁷ Kind und das ist mir auch wichtig. Also ich kann nicht nur Arzt sein, das geht nicht. Und selbst wenn man Teilzeit arbeitet, dann ist man ja trotzdem noch seine fünf, sechs Stunden in der Klinik und das reicht dann auch. Und wenn 'ne Niederlassung vielleicht möglich ist, dann eher wahrscheinlich in 'ner Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft oder sehr abgespeckt.“ (11.10/14, 445 – 451)

Unter den männlichen Interviewten wird darüber hinaus thematisiert, neben dem Beruf auch Zeit für persönliche Interessen haben zu wollen.

„Und wie gesagt, ich würde gerne später auch noch Zeit für mich haben und für mein Hobby, sage ich mal so oder für meine Hobbys äh die es dann ja sicherlich neben der Familie auch noch geben soll. Ein Hobby wäre sicherlich Familie und das andere Hobby wär' dann äh das Radfahren, sagen wir mal so.“ (13.6/12, 375 – 379)

Welche entscheidende Rolle für die Studierenden die Möglichkeit zur eigenen Abgrenzung spielt, wird im folgenden Kapitel bei den jeweils benannten Vorstellungen zur Allgemeinmedizin noch einmal deutlicher (vgl. Kap. 4.1.2.2).

⁷ Eine Unterstreichung innerhalb von Interviewziten weist darauf hin, dass die Interviewten die unterstrichenen Worte besonders betont haben.

Die Antworten auf die Frage, ob eher eine stationäre oder eher eine ambulante spätere Berufstätigkeit angestrebt wird,⁸ zeigen, dass auch hier alle anderen Fachrichtungen gegenüber der Allgemeinmedizin einen deutlichen Vorteil haben: man muss sich nicht schon vor der Weiterbildung festlegen und kann mit ihnen sowohl im stationären Bereich arbeiten, als auch irgendwann in die ambulante Versorgung wechseln.

„Wo ich mich eher noch auskenne, ist halt die Innere. Und man weiß, da kann man 'n Facharzt machen und man kann sich auch als internistische Hausärztin niederlassen. Und das geht.“ (E3.9/12, 380 – 382)

Zudem sind andere große Fachbereiche im Vergleich zur Allgemeinmedizin aus dem Studium eher vertraut. Dies betrifft z. B. die Innere Medizin, die auch eine spätere hausärztliche Niederlassung nicht ausschließt. Da die Universitäten die Nähe zur Klinik bieten, gilt dies auch für den stationären Versorgungssektor generell. So ist es wenig verwunderlich, dass sich viele der befragten Studenten und Studentinnen zunächst eine stationäre Berufskarriere vorstellen können. Darüber hinaus werden folgende Vorteile eines Arbeitens in der Klinik genannt:

- Die Klinik biete Sicherheit. Man sei nicht allein, könne Kollegen, Kolleginnen oder Vorgesetzte befragen und sich austauschen.
- Das klinische Tätigkeitsfeld biete eher die Möglichkeit von Teilzeitbeschäftigungen und wird von einigen für eher familienkompatibel gehalten. Die neueren Möglichkeiten auch im ambulanten Bereich angestellt oder in Form einer Teilzeitniederlassung zu arbeiten, sind unter den Studierenden (noch) nicht sehr bekannt oder nicht vorstellbar.
- Der stationäre Bereich sei schließlich abwechslungsreicher als der ambulante Sektor und verfüge über mehr Diagnosemöglichkeiten.
- Und mit einer klinischen Tätigkeit könne das mit einer Praxiseröffnung verbundene finanzielle Risiko vermieden werden.

Gerade der Aspekt, welche Rahmenbedingungen sich Studierende für eine zukünftige berufliche Tätigkeit wünschen, was ihnen ein Gefühl der Sicherheit vermittelt, regt an zum Überdenken von Studiums- und Ausbildungsgestaltung. Inwieweit sind umfassendere praktische Ausbildungsphasen zur Vorbereitung auf spätere Berufstätigkeit – im Wechsel zur Theorie bzw. im Anschluss an theoretische Ausbildungsanteile – erforderlich? Und inwieweit findet eine ausreichende Praxisreflexion statt, um Ängste vor einem späteren eigenständigen und eigenverantwortlichen Handeln – z.B. in der eigenen Praxis – zu reduzieren?

⁸ Wie stellen Sie sich aus heutiger Perspektive Ihre spätere Berufstätigkeit als Arzt bzw. Ärztin vor?

„...und ich hab auch so 'n Bild von 'nem Allgemeinmediziner, dass der sehr erfahren eigentlich ist und viel klinisch, ja viel klinische Erfahrung eigentlich gesammelt hat ähm und ich glaube, ich wär' dann auch erst so weit, wenn ich vielleicht so Ende Dreißig wär' oder so. Ja, so Allgemeinmedizin auszuüben. Ich glaub erst mal möchte ich halt erst mal in der Klinik 'n bisschen, paar aufregende Sachen noch erleben...“ (E9.9/13, 410 – 415)

Auch der Aspekt, stationäres Arbeiten biete Aufregung und Abwechslung, taucht in verschiedenen Interviews auf. Niederlassung wäre etwas ‚für 's Alter‘⁹, nur im stationären Bereich komme man in Kontakt mit seltenen Erkrankungen, so genannten „Kolibris“, spektakulären Verläufen und verschiedensten Patienten und Patientinnen.¹⁰ Dagegen wirke eine Niederlassung im hausärztlichen Bereich geradezu langweilig.

„Wahrscheinlich hat man als Hausarzt halt auch viele Routineuntersuchungen und die gleichen Patienten, die man schon kennt, kommen immer wieder zu einem.“ (E8.3/10, 321 – 323)

Dennoch können sich auch einige der Studenten und Studentinnen, die keine elterliche Praxis in Aussicht haben, eine Tätigkeit im ambulanten Versorgungsbereich vorstellen. Als Vorteil wird hier die größere Patienten- und Patientinnennähe, mehr Zeit für diese, weniger Konkurrenzdruck und Hierarchie und vor allem die Möglichkeit selbst bestimmten Arbeitens genannt. Als eine Möglichkeit des kontinuierlichen fachlichen Austausches und der kollegialen Rücksprache wird hier das Modell der Gemeinschaftspraxis genannt. Für eher schon ältere Studenten und Studentinnen mit beruflichen Erfahrungen in anderen Bereichen scheint letzteres eine untergeordnete Rolle zu spielen. Wichtig ist ihnen das Arbeiten ohne Vorgesetzte und die Ablehnung des Krankenhauses auf Grund einer als schlecht empfundenen Arbeitsatmosphäre.

Ob sich das Familienleben eher mit dem stationären Arbeiten oder mit der eigenen Niederlassung vereinbaren lässt, wird unterschiedlich betrachtet. Ein Teil der Befragten vertritt die Auffassung, dass Familienverträglichkeit eher im stationären, der andere Teil, dass diese eher im ambulanten Setting gegeben sei. Diese unterschiedlichen Einschätzungen resultieren häufig aus persönlichen Erfahrungen im Elternhaus.

„Und ich weiß auch nicht, ob ich damit klar komme, z.B. mit cholerischen Oberärzten oder cholerischen Chefärzten. Also dass man wirklich dann ähm den Rest seines Lebens dann unter irgendwelchen höher gestellten Ärzten rumkrebst, die einem ständig irgendwas zu sagen haben also. Das möcht ich glaub ich auch nicht so unbedingt. Also von daher niedergelassen, sicherlich macht 'ne Menge Arbeit, kostet auch 'ne Menge

⁹ Vgl. Interview E2.1/6

¹⁰ Vgl. Interview E2.1/5f.

Geld, 'ne Menge Kraft, 'ne Menge Geduld. Das weiß ich und das sehe ich auch ein. Aber letzten Endes macht man 's ja für sich, für sich und für seine Familie. Und ich denke das mit 'ner niedergelassenen Praxis ähm, dass man damit doch schon auch noch Zeit für die Familie hat. Also dass (...)" (H5.4/20/21, 651 – 660)

Neben dem bevorzugten Arbeitsmodell in der stationären bzw. ambulanten Versorgung wurden die Studentinnen und Studenten schließlich befragt, in welcher Region und in welchem Umfeld sie perspektivisch gerne leben und arbeiten würden.¹¹ Die Antworten zeigen sehr deutlich, wie entscheidend spätere Lebensvorstellungen von den bisherigen Erfahrungen geprägt sind. Dies meint, dass sich das Bild des zukünftigen Lebensumfeldes an dem orientiert, was vertraut ist. Wer zumindest teilweise auf dem Land sozialisiert wurde, kann sich eher eine spätere Tätigkeit auf dem Land vorstellen, als diejenigen, die ihr bisheriges Leben in Städten verbracht haben. Wer in der Kleinstadt aufgewachsen ist, präferiert auch dieses Modell für die eigene Zukunft. Trotz der häufig auftauchenden Famulaturen oder PJ-Pläne im Ausland zeigen sich die Interviewten erstaunlich ‚heimatverbunden‘. Allerdings wird diesem emotionalen Antrieb nicht unhinterfragt gefolgt. Einkommensverhältnisse, Arbeitsmöglichkeiten auch für den Partner, die Partnerin und Arbeitsbedingungen spielen eine gewichtige Rolle. Dies erklärt Überlegungen einer Berufsperspektive im Ausland oder auch einen geplanten Wechsel von den östlichen in die westlichen Bundesländer.

„...das kann ich vielleicht noch sagen, ich würd halt äh gerne, wenn ich es irgendwie könnte, wenn, wenn ich wüsste, dass es hier genau, hier in Deutschland genauso wäre wie in Eng_, in England oder wie in USA von den, von den Möglichkeiten her, von den Rahmenbedingungen, ich würd 10.000 Mal lieber in Deutschland bleiben, kann ich Ihnen ganz ehrlich sagen, weil ich wie gesagt Familie alles und Freunde ne, das ist ja alles da und das ist ja auch nichts ähm.“ (E5.9/27, 858 – 864)

Dies bedeutet ferner, dass auch diejenigen, die eine Sozialisation auf dem Land erfahren haben, nicht in jedem Fall dorthin zurückgehen würden, bestenfalls bleibt es für sie unter bestimmten Bedingungen vorstellbar. Im Gegensatz dazu fällt es all denjenigen, die das Landleben nicht aus eigenen Erfahrungen kennen, schwer, sich *überhaupt* eine berufliche Laufbahn in ländlichen Regionen vorzustellen. Als Voraussetzung hierfür wird in vielen Fällen die schnelle Erreichbarkeit einer größeren Stadt und, darüber hinaus, eine gesicherte Kinderbetreuung genannt. Generell überwiegen die Negativassoziationen bezüglich einer Berufstätigkeit auf dem Land. Sie wird verbunden mit der Angst vor Vereinsamung und Isolation, einem geringen Kultur- und Freizeitangebot, einer hohen Arbeitsbelastung, langen Wegen zu Hausbesuchen, sowie fehlenden Zusatzeinkünften durch Privatpatienten und -patientinnen. Ausführlicher wird auf diese Aspekte in Kapitel 4.1.3.1 eingegangen.

¹¹ Wo möchten Sie später gerne arbeiten und leben? (Inwiefern könnten Sie sich vorstellen, auf dem Land zu leben und zu arbeiten?)

„Das ist zum einen der hohe Zeitaufwand, den man ja doch betreiben muss. Gerade jetzt aufm Land sind ja meistens ältere Patienten oder ältere Leute, die halt eben nicht von da weg wollen, die eben aber auch betreut werden müssen und teils eine Betreuung schon sehr zeitaufwendig ist. Ähm zum Teil sind sie nicht mehr selber mobil. Das heißt, man müsste hinfahren. Ähm dann generell ähm eigentlich das Leben aufm Land auch. Also es ist ähm glaub ich relativ schwierig, wenn man als neuer Mensch, als Stadtmensch auf ein Dorf zieht und da dann plötzlich versucht Kontakte zu knüpfen. Also das, das gehört ja auch dazu, ich mein man ist ja nicht nur Arzt, man ist ja nebenbei auch Mensch und man möchte ja auch ein soziales Umfeld haben, weil äh ich finde, wenn das soziale Umfeld stimmt, dann kann man auch gut in seinem Job sein. Wenn man sozial äh privat Probleme hat, dann nimmt man die automatisch mit ins Berufliche, das ist einfach so, das kann man nicht abschalten.“ (H5.4/23/24, 747 – 758)

Ausführlicher wird auf diese Aspekte in Kapitel 4.1.3.1 eingegangen. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass die „Landflucht“ kein medizinisches Phänomen sei, sondern ein gesamtgesellschaftliches. Warum sollte sich nun also ausgerechnet die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte zurück aufs Land orientieren?

All die genannten Befürchtungen, die mit einem Leben auf dem Land assoziiert sind, lassen sich nicht von der Hand weisen und unterstreichen nur, dass das Problem zu komplex ist, als dass es sich allein mit finanziellen Anreizen lösen ließe.

Dass die in der folgenden Zusammenfassung aufgelisteten Aspekte in den Interviews vielfältig thematisiert worden sind, zeigt, dass die Themen die Interviewten offenkundig stark bewegen, und es insoweit wichtige Gründe für einen Nachwuchsmangel in strukturschwachen Regionen sein können, die zukünftig zu bedenken sind:

Die zukünftigen Ärzte und Ärztinnen bevorzugen ein Arbeitsmodell, das sich klar vom Privatleben abgrenzen lässt:

- sie legen ein großes Gewicht auf die eigene Familienplanung und -realisierung und versuchen, ihre beruflichen Pläne daran anpassen;
- sie können sich eher eine stationäre als eine ambulante Berufsperspektive vorstellen, auch weil diese vertrauter erscheint und mit mehr Positivattributen besetzt ist
- und es bestehen massive Vorbehalte und Ängste gegenüber einem Leben auf dem Land, die durchaus ernst zu nehmen sind.

Ergänzend wird nun im folgenden Kapitel dargestellt, welche Rolle bei diesem Nachwuchsmangel die Universitäten spielen, und wie es um das Bild der Allgemeinmedizin bei den Studierenden bestellt ist.

4.1.2 Lehr- und Lernerfahrungen

Die Antworten auf die Fragen nach den Lehr- und Lernerfahrungen im Medizinstudium wurden unter folgenden Kategorien betrachtet und ausgewertet:

- dem Studiumsaufbau und -verlauf und der Vermittlung verbaler und nonverbaler Inhalte,
- dem Platz der Allgemeinmedizin im Studium im Vergleich zu anderen Fachrichtungen sowie den bestehenden Vorstellungen und eventuellen Erfahrungen der Studenten und Studentinnen mit diesem Fachbereich.

4.1.2.1 Studiumsaufbau und -verlauf

Übereinstimmend wird in den Interviews beschrieben, dass der vorklinische Abschnitt des Studiums, d.h. in der Regel mindestens die ersten zwei Jahre bis zum Physikum, stark theorie-dominiert sei und einen hohen Lernaufwand erfordere. Je nach Persönlichkeitstyp, Vorwissen und familiärem Hintergrund wird diese Zeit eher als Herausforderung und eigene Bestätigung oder eher als Belastung empfunden.

„Und irgendwo geht das auf die Psyche, aufs Körperliche, man ist dann irgendwann total übermüdet, wenn man denkt, ich muss noch dafür lernen, ich muss noch dafür lernen.“ (E3.9/7, 224 – 227)

Im Gegensatz zur Vorklinik wird das Studium nach dem Physikum leichter und von Semester zu Semester entspannter erlebt, was für einen Ausbildungsverlauf zunächst einmal als ungewöhnlich bezeichnet werden kann. Es werden allerdings auch im klinischen Abschnitt Zeiten von dicht gedrängten Prüfungsphasen und sich teilweise anschließenden langen Freiphasen berichtet.

„Ähm momentan empfinde ich das eigentlich alles ziemlich entspannt. Also nach den ersten drei Jahren, die sehr anstrengend waren, wo viel von uns irgendwie gefordert worden ist mhm, und es auch sehr zeitaufwendig war, finde ich, hat man sich jetzt damit sehr zurechtgefunden so mit den Anforderungen, und ich komme ziemlich gut jetzt mit dem Lernen klar so. Man hat sich ja irgendwie nach viereinhalb Jahren jetzt wirklich dran gewöhnt so, so was eigentlich von einem erwartet wird so und ähm jetzt so das kommende Semester glaube ich wird auch noch ähm, wird eigentlich sehr schön, weil ich relativ wenig Kurse hab und so Vorbereitung auf das PJ und Erarbeiten der Doktorarbeit, dafür ist dann halt auch noch ein bisschen Zeit.“ (E9.9/3, 88 – 97)

Möglich ist, dass, wie das Zitat es ausdrückt, ein Adaptionsprozess an die gegebenen Anforderungen stattfindet und somit das Lernen in höheren Semestern leichter erscheint. Viele beschreiben auch, dass der nachfolgende Stolz über die eigene Leistung, die vorher emp-

fundene ‚Qual‘ ausgleiche. Möglich ist aber auch, dass die hohen Hürden zu Beginn des Studiums eine starke Selektion zur Zielsetzung haben.

Ein weiterer Grund, der das Studium im späteren Verlauf positiver erscheinen lässt, scheint der zunehmende Praxisanteil, zu sein. Plötzlich wird deutlich, wofür die ganzen Mühen vorher standen, der Kontakt zum Patienten, zur Patientin wird sozusagen als Belohnung für all die Theorie im Vorfeld empfunden. Rein zeitlich betrachtet besteht das Medizinstudium nach der neuen 2003 in Kraft getretenen Approbationsordnung aus folgenden praktischen Anteilen: einem dreimonatigen Pflegepraktikum in der Vorklinik, welches weniger das ärztliche Tätigkeitsfeld als vielmehr den pflegerischen Bereich in den Mittelpunkt stellt,¹² drei Famulaturen von insgesamt vier Monaten, wovon eine im ambulanten Bereich stattfinden muss, und dem Praktischen Jahr (PJ), welches in drei verschiedenen Bereichen abgeleistet werden soll. Daneben finden praktische Übungen und so genannte Blockpraktika von insgesamt 476 Stunden statt. Bei der Theorie-/ Praxisverteilung im Medizinstudium scheint der Fokus also eher auf der Theorievermittlung zu liegen, was auch von den Studierenden so wahrgenommen wird.¹³ Geschätzt und positiv erlebt werden aber auf Studenten- und Studentinnenseite – so die Aussagen in den Interviews – vor allem die praktischen Anteile des Studiums.

„Also ich find gut, dass wir schön viele Praktika hier in X-Stadt hatten. Also wir hatten 'n Blockpraktikum, was über ein halbes Jahr ging. Wir hatten auch im ersten klinischen Jahr schon einen Untersuchungskurs, wo man schon viel in die Klinik reingeschnuppert hat, also dass man nicht nur durch die Famulaturen und durchs PJ dann, sondern dass man auch während des Studiums viel Praxisbezug hatte.“ (H1.9/2, 56 – 61)

Entsprechend findet sich in den meisten Interviews die Anregung, die praktischen Anteile im Studium zum einen schon zu einem früheren Zeitpunkt zu ermöglichen und zu fördern, zum anderen diese – sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich – auszuweiten.

„(...) also halt auch schon erstes, zweites Semester ähm, dass vielleicht weniger Schwerpunkt so auf Chemie, Physik, Biologie liegt, sondern mehr schon so äh auf praktischen Tätigkeiten, so Untersuchungsmethoden ähm. (...) Dass man einfach so 'n bisschen mehr Einblick bekommt ähm, so 'n bisschen eingebunden wird schon mal in so die klinische Tätigkeit oder, ja. Dass man vielleicht auch so 'n Arzt hat, so 'n Ansprechpartner mhm vielleicht auch alle zwei oder drei Wochen vielleicht mal mit dem mitgehen kann, der einem einfach mal 'n paar Stunden so das Leben in der Klinik zeigt, damit man überhaupt weiß, ob das einem gefällt oder nicht. Weil ich finde, das anfängliche Pflegepraktikum, was man so vor 'm Studium ähm absolvieren muss, das reicht irgendwie nicht so richtig aus, weil da ist man ja doch auch immer doch auf der

¹² Vgl. Interview H5.4/6f., 384 – 412 und I1.10/39 – 44

¹³ Vgl. Interview I1.10/5, 154 – 155

Seite der pflegenden Kräfte und nie und man kann nie so richtig die ärztliche Tätigkeit sich anschauen. Viel zu wenig finde ich eigentlich.“ (E9.9/5/6, 140 – 143 u. 158 – 168)

Der Aspekt der Praxisrelevanz erscheint aus zweierlei Gründen für das Thema der Nachwuchsgewinnung für die Allgemeinmedizin wichtig: Zum einen zeigt sich in den Interviews, dass sich aus den in einem Fach gemachten praktischen Erfahrungen ein gesteigertes Interesse für diesen konkreten Fachbereich ergibt, welches auch in Überlegungen bezüglich einer späteren Spezialisierung mündet.¹⁴ Zum anderen werden offenbar gerade hausärztliche Fertigkeiten, wie der Umgang mit Patienten und Patientinnen, die Beziehungsgestaltung sowie psychosoziale Kompetenzen, wie Gesprächsführung und Empathie, nicht oder nicht ausreichend praktisch vermittelt, so dass sich die Studierenden in diesem Bereich entweder hilflos fühlen, ihn als „zu undefiniert“ und „zu schwammig“ ablehnen¹⁵ oder für sich selbst stark vereinfachen und damit handhabbar machen. Insofern bleiben sowohl die Inhalte theoretischer als auch praktischer Lernanteile sowie die theoretische Reflexion beruflichen Handelns zu überdenken.

„Und ich hab immer das Gefühl, ich weiß die Basics gar nicht. Man lernt zum Beispiel auch nicht, was mich sehr stört, und wie geh ich nachher mit 'm Patienten um, wie erzähl ich dem so, du wirst jetzt sterben, wie erzähl ich dem, du hast 'ne schlimme Krankheit. Das wird überhaupt gar nicht beigebracht. Und das finde ich ganz, ganz schlimm. Gar nicht, gibt's nicht. Und das ist immer nur dieses, es gibt die und die Krankheit, das wird abgehandelt, Diagnose, Differenzialdiagnose, Therapie. Dann kommt das nächste und zack, zack, zack.“ (I1.10/4, 126 – 132)

Die praktische Erfahrung bleibt Ausschlag gebend dafür, inwieweit das theoretisch vermittelte Wissen verinnerlicht werden kann.¹⁶

„Ähm ist im Lehrstoff enthalten, für mich aber nicht ausreichend also. Klar die theoretischen Grundlagen der Kommunikation hat man in Psychologie auch in der Vorklinik äh, was mir jetzt nichts gebracht hat. Würde ich jetzt nicht sagen, dass ich dadurch das gelernt hätte. Ich glaub, das hängt einfach viel damit zusammen, wo man seine Praktika macht und wie weit man da eingebunden wird.“ (I2.8/8, 253 – 257)

Inhaltlich betrachtet scheint das Studium nach wie vor stark naturwissenschaftlich ausgerichtet zu sein, während psychosozialen Komponenten weniger Umfang in Theorie und Praxis eingeräumt werden. Dies fördere Studenten und Studentinnen mit einem umfangreichen

¹⁴ Zwar haben auch die theoretischen Vorlesungen einen Einfluss auf das Interesse an einem Fachbereich, dennoch scheinen die praktischen Erfahrungen, egal in welchem Zusammenhang sie erworben wurden, ein stärkeres Gewicht zu haben.

¹⁵ Vgl. Interview E7.3/7, 225 – 231

¹⁶ Vgl. Interview H5.4/12, 384 – 412

Faktenwissen, welche aber nicht unbedingt in der Lage seien, mit Patienten und Patientinnen zu kommunizieren.¹⁷ Als weitere Konsequenz lassen sich Studienabbrüche oder frustrierte und sich allein gelassene Jungmediziner/ -medizinerinnen denken. Die Abwertung psychosozialer Komponenten scheint sich teilweise auch im Lehrstil wiederzuspiegeln. So werde Emotionen wenig Raum im Medizinstudium gegeben¹⁸ und der Umgang der Lehrenden mit den Lernenden (teilweise auch mit Patienten/ Patientinnen) wird als unmenschlich und ignorant beschrieben,¹⁹ was Folgen für die zukünftige Ärzteschaft hätte:

„Ich glaub, da kommen ganz viele frustrierte, sozial isolierte Menschen bei raus, die den ganzen Tag arbeiten und da im Krankenhaus funktionieren, persönlich unglücklich sind oder nicht zufrieden sind und aber immer noch glauben, dass ähm sie persönliche Zufriedenheit ähm mit ihrer Arbeit erreichen können oder ausschließlich durch ihre Arbeit.“ (E2.9/5, 136 – 140)

Nun zeichnen diese Stimmen ein recht düsteres Bild vom Medizinstudium. Natürlich gibt es auch diejenigen, die insgesamt recht zufrieden, sowohl mit dem Studiumsverlauf als auch mit den Studieninhalten, sind. Insbesondere Studierende aus einem Ärzteelternhaus beschreiben kaum Probleme mit dem Studium. Ebenso gibt es diejenigen, die trotz kritischer Anmerkungen auch Spaß im Studium erwähnen oder das Studium im Verlauf unterschiedlich bewerten. Von einigen älteren Studenten/ Studentinnen wird darüber hinaus in positiver Weise über die neue Approbationsordnung berichtet²⁰, die in sich einige der beschriebenen Kritiken aufgenommen hat und zu verändern sucht.

„Also ich hab auch in den Evaluationsbögen eigentlich, wenn ich mich erinnern kann, eigentlich immer nur mit gut oder manchmal sogar sehr gut äh evaluiert und habe wirklich kaum irgendwo Kritiken, die ich jetzt anbringen könnte, seitens der Betreuung, seitens der Lerninhalte, weil die sind ja sowieso irgendwo überall gleich aber, also man fühlte sich hier wirklich sehr gut aufgehoben und sehr gut betreut, muss man ganz ehrlich sagen.“ (I3.6/6, 190 – 195)

Dennoch geben im Hinblick auf den potentiellen allgemeinmedizinischen Nachwuchs die genannten Kritikpunkte am Medizinstudium zu denken: Sind es gerade die potentiellen Allgemeinmediziner/ Allgemeinmedizinerinnen, die das Studium überproportional frühzeitig abbrechen, weil sie sich mit bestimmten Lehrmethoden und -inhalten nicht arrangieren wollen oder können? Werden mitgebrachte Basiskompetenzen für die hausärztliche Versorgung durch die Studienausrichtung verschüttet, zumindest aber nicht gefördert? Oder werden die

¹⁷ Vgl. Interview I2.8/8, 241 - 243

¹⁸ Vgl. Interview E3.9/4, 123 - 128

¹⁹ Vgl. Interview E2.9/16/17, 524 – 532 und Interview E4.9/4, 123 - 131

²⁰ Eine gesonderte Kritik betrifft hier, dass das zweite Staatsexamen nun erst nach erfolgreichem Abschluss des PJ erfolgt und damit den gesamten Wissensstoff des klinischen Abschnittes abfragt, was früher auf mehrere Prüfungen verteilt und vor allem vor dem praktischen Teil der Ausbildung stattfand (vgl. E4.9/5, 147 ff. und 7, 211 – 226).

für den hausärztlichen Bereich besonders geeigneten Kandidaten und Kandidatinnen gar nicht erst zum Medizinstudium zugelassen?

Ein Ergebnis der in Kapitel 4.1.1 erwähnten quantitativen Untersuchung von Medizinstudierenden bezüglich der Verknüpfung von Berufsziel und Art der Hochschulzulassung ergab, dass von den Studenten/ Studentinnen, die über die Abiturnote eine Hochschulzulassung erhalten hatten, die wenigsten eine hausärztliche Tätigkeit anstrebten, während die Gruppe der direkt von der Hochschule Zugelassenen den größten Anteil derer aufwies, die eine hausärztliche Tätigkeit ins Auge fassten (Sönnichsen et al. 2005: 224).

Eine andere Studie kam 2002 zu dem scheinbar paradoxen Ergebnis, dass Empathie und Patientenorientierung bei Medizinstudenten und -studentinnen im Verlauf ihres Studiums beständig abnehmen (Haidet et al. 2002). All diese Ergebnisse lassen zumindest den Schluss zu, dass die Hochschulen den Zugang zur Allgemeinmedizin zumindest nicht fördern.

Nun erfuhr die Allgemeinmedizin an den Hochschulen mit der neuen Approbationsordnung (AO) sowie auch im Rahmen einiger Fördervereinbarungen mit der KV eine gewisse Aufwertung. *Theoretisch* wurde die Allgemeinmedizin mit der neuen AO in ihrer akademischen Bedeutung auf eine Stufe mit den anderen großen Fachbereichen der Medizin gestellt. Seit 2003 ist es möglich, ein Tertial des PJs in der Allgemeinmedizin abzuleisten.²¹ Dieses wird, in Mecklenburg-Vorpommern wie auch in Schleswig Holstein, ebenso wie Famulaturen in der Allgemeinmedizin, finanziell gefördert. Darüber hinaus wurden allgemeinmedizinische Blockpraktika an den Hochschulen etabliert und benotete Leistungsnachweise obligatorisch (Böhme et al. 2007: 247). Wie stellt sich also die Allgemeinmedizin bei den Studierenden dar – insbesondere im Vergleich mit anderen Fachrichtungen?

„Das lässt sich jetzt so schwer beantworten. Also das ist 'n gleichwertiges Fach neben den andern, würde ich sagen. Aber es ist doch eher so, dass es na ja von vielen Studenten nicht so als wichtiges Fach jetzt angenommen wird, sondern es ist nicht so, nicht so 'n Schwerpunktfach wie jetzt Chirurgie oder Innere, sondern es ist, na ja man sieht es ja auch in den Blockpraktika. Man hat eine Woche Allgemeinmedizin und man hat vier Wochen in Innere oder Chirurgie und zwei Wochen Gynäkologie und Allgemeinmedizin ist 'n bisschen kürzer.“ (H1.9/11, 361 – 367)

4.1.2.2 Der Stellenwert der Allgemeinmedizin im Studium

Auf die Eingangsfrage „Bitte beschreiben Sie doch einmal, welche Erfahrungen Sie bereits mit der Allgemeinmedizin gesammelt haben?“ zeigen sich, wie erwähnt, deutliche Unter-

²¹ Dies gilt zumindest theoretisch. Da sich viele Universitäten erst sehr spät mit den Änderungen in der AO auseinandergesetzt haben, erhalten heute längst nicht alle Interessierten einen PJ-Platz in der Allgemeinmedizin (Hibbeler 2007: 12).

schiede zwischen den oberen (8. Semester und darüber) und den unteren Semestern. Die Ergebnisse zu diesem Punkt sollen daher auch getrennt dargestellt werden.

Studierende der unteren Semester²² kamen im Rahmen ihres Studiums bislang kaum in Berührung mit dem Fach Allgemeinmedizin. Bisherige Kontakte mit dem Fachbereich basieren daher auf persönlichen Erfahrungen als Patient oder Patientin²³ oder auf „Werbeveranstaltungen“ für den Fachbereich an der Universität, entweder im Rahmen von Ringvorlesungen oder einem „Tag der Allgemeinmedizin“ von der KV.

Die „Werbeveranstaltungen“ werden als das hingegenommen, was sie darstellen: Reklame. In diesem Zusammenhang wird, neben der Bedeutsamkeit von praktischen Erfahrungsmöglichkeiten auch auf die Wichtigkeit einer theoretisch gut und interessant vermittelten Lehre hingewiesen.

„Ja mhm, also ich denke mal man, man kann es bewerben so viel man will, wichtig ist, dass die Ausbildung nachher in der Klinik wirklich was bringt. Also ich denke mal, wenn man in dem Bereich gut ausgebildet wird, dann hat man eher die Neigung, da hinzugehen. (...) Und ansonsten, ja gut Reklame, interessiert mich nicht wirklich. Es ist schön, dass man's immer wieder vorgekauft kriegt, aber ähm, wie gesagt, es kommt drauf an, wie das Fach sich dann letzten Endes präsentiert, das Fach selber und halt die, die Lehre, wie die übergebracht wird. Das ist denk ich mal das Wichtigste.“ (H5.4/ 33, 1052 – 1055)

Über die erwähnten Kontakte hinaus taucht der Fachbereich bis zum 8. Semester gar nicht auf, während andere Fachrichtungen durchaus thematisiert werden. Dies hat zur Folge, dass viele Studenten und Studentinnen bereits in andere Fachrichtungen und Spezialisierungen gebahnt werden, lange bevor sie überhaupt mit der Allgemeinmedizin in Berührung kommen.

„(...) also eine Kommilitonin tendiert stark zur Pädiatrie, dann ähm ein anderer Kommilitone möchte in die Unfallchirurgie ähm, also so als Allgemeinmediziner oder niedergelassener Arzt, so was ist bis jetzt noch gar nicht aufgetaucht.“ (E2.1/15, 468 – 471)

Hierbei scheint im Studiumsverlauf zuerst eine Interessensaufteilung in Chirurgen und Nicht-Chirurgen zu erfolgen, bzw. tendieren die Studierenden entweder zu einem eher invasiven Tätigkeitsfeld oder einem eher konservativen Tätigkeitsfeld.²⁴ Die weiteren Interessensspezialisierungen scheinen, wie bereits erwähnt, vor allem vom jeweiligen praktischen Kontakt mitbestimmt zu sein. Sehr deutlich scheint in den Köpfen der Studierenden auch schon

²² Die Befragten kamen aus dem 1. – 6. Semester

²³ Persönliche Erfahrungen werden nur vereinzelt wiedergegeben. In diesen Erfahrungen wird ein eher abwertendes Image der Allgemeinmedizin kolportiert.

²⁴ Vgl. Interview E8.3/18, 581 – 584

bereits im frühen Studiumsverlauf der Grundsatz zu sein, dass medizinische Karriere mit höherer Spezialisierung einhergeht.²⁵

Im weiteren Interviewverlauf wurden die Studierenden dazu befragt, welche Aufgabenbereiche ihrer Vorstellung nach in die Allgemeinmedizin fallen würden sowie welche Kernkompetenzen ihrer Meinung nach hierfür erforderlich wären.²⁶ Die ersten Antworten auf diese Fragen sind so aufschlussreich wie ernüchternd: In vielen Fällen können auf Anhieb kaum Tätigkeitsbereiche des Allgemeinmediziners/ der Allgemeinmedizinerin genannt werden. Durch weiteres Nachfragen treten zwar dennoch Assoziationen zum hausärztlichen Versorgungsspektrum zu Tage, es wird jedoch sehr deutlich, dass die Studierenden an allen untersuchten Hochschulen mit diesem Teil der Medizin bislang eher weniger oder gar nicht konfrontiert worden sind.

*„Tja das ist, also muss ich ganz ehrlich sagen äh bin ich, ich will jetzt keine falschen Aussagen machen, ich äh weiß, dass er Schutzimpfungen gibt ähm, dass er sich um äh so Krankheiten, die jeder, jeder schon mal gehabt hat Husten, Schnupfen und so weiter ne, grade bei älteren Patia_, Patienten, die ja damit wahrscheinlich auch zum Arzt gehen würden, äh dass der so was behandelt. Dass er ähm dann irgendwelche ja. Also eigentlich, bin ich da ehrlich gesagt überfragt, weil ich da auch keine wirkliche äh Tätigkeit noch nicht äh verfolgt habe, wie so 'n Allgemeinmediziner wirklich arbeitet.“
(I3.6/24, 779 – 786)*

„Allgemein äh, ja irgendwie von allem ein bisschen (lachen beide). Ja wie gesagt, sind meine Vorstellungen da nicht besonders weit gefasst. Ähm (kurze Pause) schon irgendwie was Grundlegendes (kurze Pause), aber es ist, das fällt mir auch erst jetzt auf, das ist tatsächlich so, man befasst sich mit der Allgemeinmedizin irgendwie am wenigsten von den Gedanken her, für später. Ähm. Ja.“ (E8.3/19, 598 – 603)

Als ein Kernbereich der Allgemeinmedizin wird in nahezu allen Interviews als erstes die Aufgabe der Delegation, „der Hausarzt als Sortierer“, als „Entlastung für andere Ärzte“, ‚die eigentlichen Mediziner/ Medizinerinnen‘, genannt. Darüber hinaus betreffen die Vorstellungen dann aber auch weitere Kernbereiche. Das assoziative Bild des Allgemeinmediziners/ der Allgemeinmedizinerin stellt sich für die Studierenden der unteren Semester folgendermaßen dar: Allgemeinmedizin ...

- schickt weiter,
- ist Routine,
- beschäftigt sich mit banalen Erkrankungen,

²⁵ Vgl. Interview H5.4/32, 1035 – 1038

²⁶ Was macht für Sie den Kern der Allgemeinmedizin aus? (Was macht Ihrer Ansicht nach die Tätigkeit eines Hausarztes bzw. einer Hausärztin aus?) Was denken Sie, welche Kernkompetenzen sollte ein Hausarzt/ eine Hausärztin mitbringen?

- koordiniert, ist Wegweiser und Verbindung zwischen verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems,
- beschäftigt sich mit Prävention,
- benötigt ein breites Fachwissen,
- ist Beziehungsarbeit
- braucht Offenheit und Empathie,
- braucht psychologische Kenntnisse,
- muss zuhören können und
- ist Seelsorge.

Es zeigen sich also bei weiteren Nachfragen in unterschiedlichem Ausmaß durchaus realistische Vorstellungen hausärztlicher Tätigkeit und notwendiger Kompetenz. Umso bedauerlicher erscheint es, dass diese im Studium nicht frühzeitig aufgegriffen, genutzt, ergänzt, unterstützt und gefördert werden. Stattdessen werden sozusagen erst die Spezialisierungen verfolgt, um dann kurz vor Abschluss des Studiums, wenn die bisherige Medizinsozialisation das spezialisierte Denken verinnerlicht hat, die Allgemeinmedizin einzuführen (Böhme et al. 2007)

„(...) vielleicht liegt es auch daran, dass man einfach ähm schon gleich kategorisiert. So ich lern' jetzt was über die Niere, das macht später mal der Nephrologe. So und wenn dich was mit dem Herz interessiert, dann wirst du mal Kardiologe. Und die Allgemeinmedizin ist dann vielleicht auch einfach zu schlecht vertreten. So, wann sagt man schon mal, ja das macht der Allgemeinmediziner.“ (E8.3/20, 625 – 630)

Umso erstaunlicher ist es, dass in den höheren Semestern dann teilweise trotzdem noch ein positiver Kontakt zur Allgemeinmedizin herzustellen ist.²⁷ Dies gelingt offenbar in erster Linie über die praktischen Erfahrungen im Rahmen von Famulaturen und/ oder der Blockpraktika dieses Fachbereiches. Während Famulaturen in der Allgemeinmedizin dem persönlichen Interesse frei gestellt bleiben, sind die Blockpraktika für alle Studenten/ Studentinnen verpflichtend. An den untersuchten Hochschulen beinhalteten letztere eine Hospitation und angeleitete Mitarbeit zwischen ein und zwei Wochen Dauer in einer hausärztlichen Lehrpraxis, um typische Fragestellungen und Arbeitsabläufe kennen zu lernen. Im gleichen Semester wurde die Allgemeinmedizin auch theoretisch in Vorlesungen und Kleingruppenseminaren eingeführt. Die Erfahrungen mit den theoretischen Veranstaltungen scheinen einerseits negativ andererseits aber auch positiv besetzt zu sein.

„Die Allgemeinmedizin Vorlesung hier in X-Stadt hat dazu beigetragen, dass ich gesagt hab, das ist kein richtiges Fach, das ist alles nur Humbug. Ich bin eines besseres be-

²⁷ Zu berücksichtigen ist dabei aber auch, dass sich möglicherweise überproportional mehr Studenten und Studentinnen für ein Interview zur Verfügung stellten, die bereits einen positiven Bezug zur Allgemeinmedizin für sich herstellen konnten.

*lehrt worden in meinem Blockpraktikum. Weil die Vorlesung hier in X-Stadt ist grauen-
voll. (...) Aber für mich war das echt nach dieser Vorlesungsreihe so oh nee, Allge-
meinmediziner sind gescheiterte Ärzte. Bin ganz froh, dass ich da im Blockpraktikum
noch 'ne Menge dazugelernt habe.“(F1.10/16, 506 – 509 und 18, 565 – 568)*

*„Ja, das Seminar, tja da haben wir eigentlich immer Fälle besprochen, also Krank-
heits_, also Patientenfälle und die dann immer durchgesprochen, wie man die halt so
behandeln würde, was man so anamnestisch fragt und was man denn untersucht und.
So das war doch, das war doch halt eher sehr theoretisch. Es hat viele, viele andere
Fächer auch angeschnitten. Also das war jedenfalls nicht viel Neues. Das war vielleicht
Neues insofern, dass man Sachen vielleicht ein_ vielleicht einfacher einfach mal be-
trachtet so in der Allgemeinmedizin, dass man nicht immer von dem Schlimmsten aus-
geht, so wie man das meistens lernt sonst in der Uni, sondern dass man einfach mal
sagt, so jetzt kommt da jemand rein und der hat Kopfschmerzen, was kann der denn
mal haben so. Und nicht gleich das Schlimmste, nicht gleich ein Gehirntumor, ach
Mensch, der hat Kopfschmerzen, dann hat der ja auch 'ne Erkältung. (lachen beide)
So.“ (E9.9/23f., 747 – 759)*

Bei einer eher negativen Wahrnehmung allgemeinmedizinischer Theorie kann es sich so-
wohl um eine Reaktion auf die bereits erfolgte Prägung in den klinischen Fächern handeln,
die dazu führt, dass die Wahrnehmung pathologischer klinischer Verläufe bereits derart prä-
gend war, dass das Allgemeinmedizinische eher banal und belanglos erscheint, als auch um
die Wahrnehmung der personell eher mangelhaft ausgestatteten Lehrstühle. Im Sinne einer
eher positiven Wahrnehmung wird ferner ein veränderter Blick auf das Verhältnis von Spe-
zialisierung und Generalisierung in der Medizin durch Beschäftigung mit Allgemeinmedizin
benannt.

Insgesamt bleibt zu bedenken, dass es unterschiedlicher Perspektiven (z.B. aus Sicht von
Professorinnen/ Professoren und Lehrbeauftragten, aus Sicht von Studierenden, ggf. auch
aus der Perspektive teilnehmender Beobachtungen) bedarf, um Fragen der Gestaltung von
Lehr- Lernsituationen bearbeiten und einschätzen zu können. Hier wären umfassende wei-
terführende Forschungen zur allgemeinmedizinischen Lehre notwendig, um z.B. die Auswir-
kungen der Lehre auf die Herausbildung eines allgemeinmedizinischen Identifikationsange-
botes zu untersuchen.

Geht man von den Aussagen in den Interviews aus, bestehen an den unterschiedlichen
Hochschulen Schwierigkeiten bzw. verbesserungswürdige Konzepte, der Allgemeinmedizin
ein theoretisches Grundgerüst zu geben, oder vorhandene Theorien zu würdigen und zu
vermitteln, ein Aspekt, der sich auch in den Interviews mit den niedergelassenen Hausärzten

und Hausärztinnen wieder fand. Von den Studierenden wird also sowohl berichtet, dass sich die Theorievermittlung auf das Erzählen von Anekdoten beschränke, Allgemeinmedizin sich als „Lagerfach“ präsentiere,²⁸ wiederhole, was bereits in anderen Veranstaltungen thematisiert wurde²⁹, als auch zur Kenntnis genommen, dass gerade in der Allgemeinmedizin wesentliche Grundlagen für ärztliches Handeln vermittelt werden.³⁰ In diesem Zusammenhang wird die Bedeutung des eigenständigen allgemeinmedizinischen Lehrstuhles immer wieder wahrnehmbar:

„Ja immer wenn es keinen Chef vom Institut gibt, ist das Institut für mich auch irgendwie nicht da. Das Institut für Allgemeinmedizin erlebe ich als Student immer so, na ja da sitzt halt die Sekretärin und verteilt Scheine. Aber da ist ja sonst auch nie jemand. Und dadurch dass eben auch kein, keine Patientenversorgung hier stattfindet oder keine Forschung, keine direkt sichtbare Forschung für uns, also es sind keine Labore oder so da, ist es für mich einfach gar nicht existent. Allgemeinmedizin ist halt irgendwie so da, aber, steht im Stundenplan. Ich glaub wenn es 'nen Professor für Allgemeinmedizin hier geben würde, der auch häufiger hier wäre, wär das 'n bisschen was anderes.“ (F1.10/19, 600 – 609)

Die Erfahrungen in den hausärztlichen Praxen werden als interessant wahrgenommen. Mithin entwickelt sich darüber überhaupt erst ein Interesse für den Fachbereich.

„Ähm das hat mir sehr gut gefallen. Also ich hätte früher nie gedacht, dass mich dieses Thema äh dieses Fach interessieren kann und ähm das Blockpraktikum hat da schon, hat das wirklich, deswegen in, in Erwä_ seit dem kann ich 's in Erwägung ziehen ähm (...). Vorher war das gar nicht interessant für mich.“ (E9.9/21/22, 688 – 695)

Als positiv erfahren wird die Arbeits- und Ausbildungsatmosphäre in der Allgemeinmedizin, die Wahrnehmung der Wichtigkeit des Patienten-/ Patientinnengesprächs, das „Eintauchen“ in andere Lebenswelten, also die Beziehungsebene, die generationsübergreifende Versorgungskontinuität und die Patientenvielfalt. Auch Rahmenbedingungen, wie die finanzielle Förderung oder angenehme Arbeitszeiten werden als positiv vermerkt. Insgesamt scheint das Blockpraktikum zu einem größeren Verständnis, teilweise auch zu einer höheren Wertschätzung des Fachgebietes zu führen.

„Also ich finde, man hat 'ne hohe Verantwortlichkeit als Allgemeinmediziner, auf jeden Fall. Man muss viel wissen, ja wie gesagt allgemein. Man muss viel ähm, viel mehr wissen finde ich, als, als wenn man irgend 'ne Fachrichtung wählt wie Anästhesie zum Beispiel. Ich finde der Allgemeinmediziner ist denn da doch, weil der muss ja alles mit abdecken. Da geht's ja eigentlich los, der muss richtig erkennen, er muss ähm zum

²⁸ Vgl. Interview I1.10/22 - 24

²⁹ Vgl. Interview I2.8/24, 755 – 765 und Interview E9.9/23, 750 - 752

³⁰ Vgl. Interview F1.10/16, 506 – 513 und Interview H2.9/19, 603 - 625

richtigen Arzt überweisen also. Finde ich mittlerweile doch schon, also Hut ab vor Allgemeinmedizin muss ich sagen.“ (H3.9/12, 369 – 375)

Gesprächsführung bzw. der initiative Patientenkontakt einerseits sowie eine Auseinandersetzung mit „fehlender Compliance“ bei älteren Menschen andererseits, stellen Beispiele dar, in denen bis dahin gelernte medizinische Interventionen und Zielsetzungen wertlos erscheinen.

„Das war auch manchmal die Situation da, dass ich mit den Patienten 'n Viertelstunde allein im Raum saß und dann war es schon manchmal schwierig, diese Zeit zu überbrücken. Das fand ich sehr schwierig für mich. Und das ist auch schwierig, sich auf die einzelnen Patienten manchmal einzustellen.“ (I1.10/20/21, 674 – 678)

Die Schwierigkeit zu akzeptieren, dass die ärztliche Herangehensweise, ärztliche Behandlung nicht immer befolgt oder auch offensiv in Frage gestellt wird, womit Ärzte/ Ärztinnen und Studierende im stationären Setting vermutlich seltener konfrontiert sind, kann in der Folge auch heißen, vom Berufsfeld Abstand zu nehmen.

„Also was ich weniger interessant finde, dass eben wirklich viele alte Leute kommen oder ältere Leute, die wenig compliant sind, damit hätte ich 'n Problem. Also ich weiß, dass ich damit nicht umgehen kann, dass ich dann schnell auch umschlage und sag ja dann nicht. Dann ist es mir ziemlich egal, ist dein Leben, sieh zu, was du daraus machst. Und ich glaub allein deswegen bin ich schon nicht geeignet für Allgemeinmedizin.“ (F1.10/16/17, 526 – 531)

Kritikpunkte an der erlebten allgemeinmedizinischen Praxis betreffen die Organisation und die generell zu kurze Dauer der Blockpraktika sowie das Fehlen betriebswirtschaftlicher und gesundheitsökonomischer Inhalte.

Trotz mehrheitlich positiver Beurteilungen des praktischen Kontaktes mit der Allgemeinmedizin zeigt sich dennoch, dass auch ein positiv erlebtes allgemeinmedizinisches Blockpraktikum an bereits bestehenden Spezialisierungswünschen nicht mehr viel verändern kann. Weiterhin lässt sich feststellen, dass die bisherigen Lernerfahrungen und der ausschließliche Umgang mit hochselektionierten Erkrankungen und Patienten/ Patientinnen dazu führen können, die Allgemeinmedizin als langweilig zu interpretieren.

„Es war halt nicht spannend, es war halt gemäßigt, es war halt nett und gut und man kuckt, jetzt nichts Spektakuläres.“ (I1.10/21, 687 – 689)

Als weitere Folge scheinen die in der Allgemeinmedizin erworbenen Lerninhalte nicht (mehr) unbedingt als solche wahrgenommen oder reflektiert werden zu können. Eine in der Praxis erlernte größere Sicherheit im „Umgang mit Patienten und Patientinnen“ lässt sich als Lerneffekt nicht mehr gleichsetzen mit dem Faktenwissen, welches neun Semester lang einge-

paukt und wiedergegeben werden musste. Das geübte Denken in kleinen Spezialrichtungen hindert zunächst daran den Blick zu weiten und größere Zusammenhänge zu erkennen.

„Also es denken viele so wie ich und sagen so ahm, dass einem dieser Kurs ahm im Grunde genommen die Grundbausteine noch mal vor Augen gehalten hat, das, was wir jetzt mittlerweile irgendwo verdrängt hatten.“ (E3.9/19/20, 620 – 623)

Warum wird also das Fachgebiet Allgemeinmedizin erst zu einem so späten Zeitpunkt im Studium eingeführt? Ein wiederholt auftauchendes Argument auch der Befragten ist, dass die Allgemeinmedizin schließlich alle anderen Fächer umfasse, diese also zuerst gelehrt werden müssten. Die Vorstellung und Vermittlung von Allgemeinmedizin als einem „Sammelurium“ anderer Fachbereiche verhindert jedoch die Wahrnehmung des Gebietes als eigenständig mit hierfür erforderlichen zu erwerbenden eigenständigen Kompetenzen und impliziert damit eine Entwertung.

Über die bereits erwähnten Aspekte hinaus ließen sich folgende Ideen und Erfahrungen zusammenfassen:

- Allgemeinmedizin sei eine ganzheitliche Medizin, die Beziehungen aufbaue, begleitend tätig sei und das soziale Umfeld mit einbeziehe.
- Sie werde tätig bei häufig vorkommenden, leichten Erkrankungen und beinhalte auch die Versorgung gesunder Menschen (Prävention und Gesundheitsberatung).
- Die Kunst der Allgemeinmedizin bestehe in der Balance zwischen Nähe und Distanz.
- Allgemeinmedizin beinhalte eine hohe Arbeitsbelastung, da man immer für seine Patienten/ Patientinnen da sein müsse.
- Es sei unvermeidlich, in diesem Fach auch Fehler zu machen, weil es so umfassend sei.
- Das eigene Einkommen ließe sich darüber steuern, wie viele Patienten und Patientinnen man „durchschleuse“.³¹
- Allgemeinmedizin sei in der Gesellschaft und berufsintern weniger anerkannt als andere Fachbereiche.

In dieser Zusammenfassung finden sich mehrere Punkte, die das Fachgebiet für angehende Mediziner/ Medizinerinnen fragwürdig bis unattraktiv erscheinen lassen: Der Wunsch nach Anerkennung – ob von den Eltern oder in Form eines gesellschaftlichen Prestigegewinns –, der bei mehreren Interviewten mit als Motiv für das Studium genannt worden ist, kann mit Allgemeinmedizin eventuell weniger erfolgreich befriedigt werden als mit anderen Fachgebieten. Da sich Allgemeinmedizin mit den „leichten“ Erkrankungen beschäftigt, lassen sich auch über spektakuläre Heilungserfolge keine Erfolgserlebnisse vermitteln. Darüber hinaus

³¹ Vgl. Interview H1.9/9/10, 303 – 312

scheint das Fachgebiet so komplex zu sein – ein breites Fachwissen wird durchgängig als Voraussetzung für die Allgemeinmedizin genannt – dass Fehler unvermeidlich seien.³²

Insbesondere der Aspekt der besonderen Nähe des Allgemeinmediziners/ der Allgemeinmedizinerin zu Patienten und Patientinnen im Vergleich zu anderen Facharztgruppen taucht nahezu durchgängig in allen Interviews auf. Zu fragen bleibt, inwieweit eine Vorbereitung oder Ausbildung auf die schwierige Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz an den Hochschulen stattfindet.

Für einige Studierende werden Aspekte der Nähe in der Arzt-/ Patientenkommunikation zwar eher positiv assoziiert;

„Oder einfach nur Patienten da hatten, die einem was vorbeigebracht haben, weil sie sich bedanken wollten also, ich hab den Kuchen für sie gebacken (...). Und die standen mit Tränen in den Augen dort. Und es lässt einen Emotionen hochkommen, wo man denn denkt so, ach es ist doch schön, dass man wirklich das Gefühl bekommt gebraucht zu werden und dass es in Ordnung ist, was man getan hat.“ (E3/9/18, 569 – 571 und 577 – 581)

für andere hingegen hat genau dieser Punkt etwas Beängstigendes und wird mit einer hohen Arbeitsbelastung verbunden.

„Ja, man muss es schon wollen und die Familie muss es schon mit tragen, weil der Allgemeinmediziner wird halt rund um die Uhr aus 'm Bett geklingelt und hat halt nicht so viel Freizeit (lacht). Und das ist halt auch so 'n Faktor, das weiß ich nicht. Also ich denke so in der Stadt da geht das, aber wirklich so auf 'm Land ist das schon, schon 'ne Herausforderung, man muss das wirklich wollen. Es ist wahrscheinlich eher 'ne Berufung, als wenn man 'ne andere Fachrichtung macht für mich.“ (11.10/12/13, 401 – 407)

Eine Thematisierung dieses Nähe/ Distanz-Aspektes, womöglich die Vermittlung unterschiedlicher Modelle der Umgangsweise hiermit unter Einbeziehung des Reflektierens eigener Reaktionsmechanismen scheint im Fach Allgemeinmedizin weniger oder nicht statt zu finden, zumindest findet sich in den Interviews hierzu kein Hinweis. Teilweise wird Allgemeinmedizin für die Studierenden auch genau deshalb suspekt und abgelehnt.

„(...) aber das ist einfach eben durch die, vielleicht auch durch das, durch diese Art und Weise wie man mit dem Arzt auch den Kontakt aufbaut, dass man, ich hab so, ich hätte überhaupt keinen Bock darauf zum Beispiel, dass ich ständig irgendwo angesprochen werde, dass ich 'n Fisch geschenkt kriege, dass ich Kaffee trinken muss, wenn ich da hinkomme, das würde mich abstoßen. Das ist, ich möchte mich gern mit

³² Noch dazu ist der Allgemeinmediziner/ die Allgemeinmedizinerin auf sich gestellt, arbeitet allein und hat niemanden, den er oder sie fragen kann (vgl. Kap. 4.1.1).

dem unterhalten und ähm und auch nett sein und vielleicht auch mal 'n Kaffee trinken, wenn man sich schon lange kennt, aber nicht, ich möchte nicht so vereinnahmt werden. Also da so 'ne gewisse Distanz ohne äh emotional äh innerlich drauf zu reagieren oder ohne äh ja zwischenmenschlich unfähig zu werden. Ich finde das ist wichtig. Ich hab das Gefühl bei den Allgemeinmedizinern geht das oft auch verloren, das wär mir viel zu viel, also das wär, das wär mir, ich kann nicht, ich würde das nicht, ich würde das nicht wollen, dass es so dicht an mich rankommt. Dass es, dass man nett mit denen und dass man auch natürlich sich auch ernsthaft mit denen auseinandersetzt klar, aber wenn ich nach Hause gehe, will ich das vergessen und nicht angerufen werden oder treffen, weil der neben mir wohnt oder.“ (H2.9/24, 774 – 789)

4.1.3 Vorstellungen zu ärztlichen Versorgungsstrukturen

Die Antworten der Studierenden auf die Frage nach ihrer Wahrnehmung der hausärztlicher Versorgungssituation („Wie ist Ihre persönliche Wahrnehmung zur hausärztlichen Versorgung in Deutschland durch Fachärzte und -ärztinnen für Allgemeinmedizin?“) beruhen auf vier verschiedenen Erfahrungs- oder Informationsquellen: der persönlichen Erfahrung als Patient/ Patientin, hierzu gelesener oder gehörter Informationen aus den Medien, den Berichten aus dem familiären Umfeld und, wie es vor allem bei den Studierenden in Mecklenburg-Vorpommern deutlich wird, auch den Aussagen der Hochschulen.

An dem Punkt der Einschätzung der hausärztlichen Versorgungsstrukturen zeigt sich erstmals ein deutlicher Unterschied zwischen den Studenten und Studentinnen in den beiden befragten Regionen. Während in Schleswig-Holstein die Wahrnehmungen hierzu differieren, wird in Mecklenburg-Vorpommern durchgängig von einem drohenden Ärztemangel im allgemeinmedizinischen Bereich gesprochen.

In Schleswig-Holstein tendieren die Aussagen häufig dazu, von dem Problem zwar gehört zu haben, sich aber hiervon nicht betroffen zu fühlen. „Ärztemangel“ wäre etwas, was „den Osten“ oder „das Land“ betrifft, nicht aber die Region, in der sich das eigene Leben abspielt oder eine Berufsperspektive geplant ist. Darüber hinaus wird in einigen Interviews mit dem vermuteten Ärztemangel auch etwas Positives für die eigene Berufslaufbahn verbunden.

„Ich hab davon noch nicht viel mitgekriegt. Es ist wohl vor allem auf dem Land zu spüren denke ich. Aber für mich hatte es jetzt noch keinen Einfluss, abgesehen davon, dass ich mich natürlich freue, dass es bald weniger Ärzte gibt, weil ich denke dass durch die, das mangelnde Angebot die Nachfrage steigt und demnach auch die Arbeitsangebote besser werden und die Arbeitsbedingungen sich verbessern. Insofern verbinde ich mit dem Ärztemangel eher Positives“ (E8.3/21, 675 – 681)

Einige Studierende der westlichen Untersuchungsregion gehen davon aus, dass die hausärztliche Versorgung weiterhin gut bis ausreichend ist und von einem Ärztemangel nicht die Rede sein kann.

„Ganz großartig. Ich kann mir meinen Hausarzt, wenn ich in einer etwas größeren Stadt lebe, sogar noch aussuchen. Es gibt überhaupt genug Ärzte. Also auch wenn es heißt ja, Ärztemangel in Mecklenburg. Selbst da sind noch so viele, dass ich mir den Arzt aussuchen kann.“ (F1.10/21, 673 – 676)

Hier wird deutlich, dass „ausreichende“ oder „gute“ Versorgungssituationen etwas sehr Subjektives sind und keinen allgemeingültigen Konsens darstellen. So werden z.B. in einem Fall einstündige Fahrzeiten zum Arzt/ zur Ärztin für durchaus zumutbar gehalten und davon ausgegangen, dass sowieso alle Patienten und Patientinnen die Möglichkeit haben, im eigenen Auto zu fahren oder gefahren zu werden³³, im anderen Fall wird eine ähnliche Situation für nicht ausreichend erklärt.³⁴

Die Haltung, es gäbe in Deutschland keine Versorgungsknappheit findet sich insbesondere vor dem Hintergrund erlebter Auslandspraxis und hinsichtlich von Vergleichen mit dem deutschen Versorgungsstatus und wird hierdurch erklärbarer. So wird beschrieben, dass deutsche Patienten/ Patientinnen in Folge eines Überangebotes zu hohe Ansprüche an ihre Versorgung stellen würden. Dahinter lässt sich jedoch auch der Wunsch vermuten, durch ein stärker begrenztes Versorgungsangebot als Person und Arzt aufgewertet und von Patienten/ Patientinnen mit entsprechender Achtung und Dankbarkeit behandelt zu werden.

„Ich fand es ganz interessant das zu vergleichen, diese beiden Systeme so, zumindest inwieweit es mir möglich war, dass es halt auch anders geht, dass man auch mal acht Wochen mit seinem Stein (Harnleiterstein, Anmerk. d. Verf.) da rumlaufen kann, obwohl das natürlich höllisch wehtut (lacht). Also das ist eine ganz, ganz andere Herangehensweise, auch von den Patienten an, an den Arzt. Genau das ist eigentlich, ich glaub das, so kann man das eigentlich ganz, ganz gut sagen. Die Erwartung des Patienten zum Beispiel in (X- Land) an den Arzt, die äh, es ist 'ne ganz andere als hier. Da wird er, ich mei_, ich meine, er wird da halt noch mehr als Arzt so verstanden und hier mehr, es kommt ja mehr und mehr als Dienstleister, was wahrscheinlich von einigen Ärzten auch getriggert wird, weil die sagen ok, ich biete ihnen diese und diese Leistung, dann können sie mich bezahlen, dann bin ich halt ihr Dienstleister.“ (E5.9/23, 735 – 747)

³³ Vgl. Interview F1.10/22/23, 718 - 735

³⁴ Vgl. Interview E3.9/21, 661 – 669 und I2.8/28, 907 - 912

Während in Schleswig-Holstein ein mögliches Versorgungsproblem entweder gar nicht oder weit weg wahrgenommen wird, wird in Mecklenburg-Vorpommern ein perspektivischer Ärztemangel im hausärztlichen Bereich nicht hinterfragt. Dies lässt sich zum einen mit der verstärkten Thematisierung der hausärztlichen Versorgungssituation an den Hochschulen³⁵ erklären, zum anderen ist es um den Versorgungsgrad im östlichen Bundesland ganz objektiv schlechter bestellt als im westlichen. Teilweise beruht die Situationswahrnehmung in Mecklenburg-Vorpommern auch bereits auf eigenen bzw. Erfahrungen des unmittelbaren Umfeldes.

„(...) zum Beispiel bei einer Verwandten im Dorf, das ist noch 'n relativ großes Dorf, die haben zwei Allgemeinmediziner ähm, da kommen aber auch sämtliche Kleckerdörfer drum rum, die kommen alle da hin. Und da fährt kein, kein Bus groß, die bilden Fahrgemeinschaften und. Hatte sie denn letztens auch gesagt, ja ich wollte eigentlich noch zu meinem Arzt, aber heute waren die ganzen aus, was weiß ich, aus P-Dorf die 30 Leute waren da. Da kommen die dann wirklich im Bus angefahren.“ (X5.4/42/43, 1374 – 1380)

Wie im untersuchten Nachbarbundesland wird die angenommene Situation in Mecklenburg-Vorpommern unterschiedlich interpretiert: Als vorteilhaft für die eigene Berufsperspektive, als nachteilig für die Patienten-/ Patientinnenversorgung oder als belastend für die derzeitig tätigen Landärzte und Landärztinnen. Darüber hinaus taucht auch eine differenziertere Herangehensweise an das Thema unter dem Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit auf.³⁶

4.1.3.1 Ursachen eines Nachwuchsmangels im hausärztlichen Versorgungsbereich

Die angenommenen Ursachen eines Nachwuchsmangels in ländlichen Gebieten lassen sich überwiegend in drei Kategorien aufteilen:

1. Finanzielle Aspekte,
2. Berufliche Praxis,
3. Lebensbedingungen.

Unter die erste Kategorie fallen Argumente wie: schlechtere Einkommensbedingungen durch fehlende Privatpatienten und -patientinnen, eine bessere Vergütung in den alten Bundesländern, keine leistungsgerechte Bezahlung, die generelle Einkommensunsicherheit und die Angst vor dem hohen finanziellen Risiko einer Praxisübernahme.

„Ansonsten äh weiß ich aber auch, dass es bei den Allgemeinmedizinern von ihrer Lage aus äh sagen wir mal sehr schlecht oder was heißt sehr schlecht, aber schlecht

³⁵ In Greifswald existiert mit dem Institut für Community Medicine z.B. eine starke Vertretung in diesem Bereich.

³⁶ Vgl. Interview I1.10/26, 867 - 869

aussieht, weil sie sich beklagen, dass die Patienten natürlich immer mehr werden oder nicht immer mehr werden, aber dass die Patienten ja nicht abreißen, aber sie weniger Geld bekommen für die Leistungen, die sie tätigen. Das weiß ich aber nur durch eben Freunde von meinen Eltern.“ (I3.6/26, 828 – 833)

Interessanterweise bestehen hier auf der einen Seite große Befürchtungen und klare Meinungsbilder, es wird jedoch auf der anderen Seite auch deutlich, wie stark diese auf einem Informationsmangel bzw. auf Nichtwissen beruhen. So gibt es Begriffe, wie „Budgetierung“³⁷, unter die allerlei Negatives gefasst wird, vieles scheint „von hier oder dort aufgeschnappt“, in mehreren Interviews taucht auf, dass ein Allgemeinmediziner/ eine Allgemeinmedizinerin die letzten drei Wochen des Quartals umsonst arbeiten müsse, die Aussagen werden aber nie an Hand von Beispielen konkretisiert, geschweige denn erklärt.

„Mhm na also ich glaub schon, dass es auch relativ von der Entlohnung halt durch die ähm also relativ ähm uninteressant ist für viele. Durch dieses ganze, durch das ganze System, das ist der Nach_. Ich muss ehrlich sagen, ich kenn mich da nicht so gut aus.“ (E9.9/30, 978 – 981)

Hingegen wird erwähnt, dass wirtschaftliche Themen eher „am Rande“, im Zuge von Sozialmedizin oder Allgemeinmedizin nebenbei „abgehakt“ würden.³⁸ Bekannt ist, dass unzureichende Informationen Ängste nähren können und zur Verunsicherung beitragen. Möchte man angehende Ärzte und Ärztinnen dazu motivieren sich niederzulassen, erscheint es dringend notwendig, sie mit betriebswirtschaftlichen Themen vertraut zu machen.

„Und die mangelnde Vergütung. Aber kann ich nicht einschätzen, also hab ich auch keine Zahlenvorstellung, einfach viel gehört.“ (I2.8/29, 932 – 933)

Ähnliches gilt für Versorgungsplanung und -umsetzung. An Hand der Antworten auf die Frage, was sie mit den Begriffen „Niederlassungsfreiheit“ und „Bedarfsplanung“ anfangen könnten, zeigen sich ebenfalls inhaltliche Unsicherheiten. Zwar bestehen diffuse Ideen hierzu, eine Thematisierung im Studium findet aber offensichtlich nicht statt. Dabei wäre es neben einer Grundlagenvermittlung durchaus denkbar, unter Studierenden Diskussionen zu Versorgungsthemen, wie, wonach sich ein Versorgungsbedarf bemesse und wie sich eine gerechtere Verteilung von Versorgungsangeboten realisieren ließe, anzuregen.

In der Kategorie „berufliche Praxis“ werden folgende Ursachen für einen Nachwuchsmangel genannt: eine hohe Arbeitsbelastung, fehlende Entlastung durch nahe Kollegen/ Kolleginnen, keine klare Abgrenzungsmöglichkeit des eigenen Freizeitbereiches, viel Bürokratie, eher homogene, vermutet unangenehme Patienten-/ Patientinnengruppen, lange Wege zu Hausbesuchen, sowie die Angst vor zuviel Patienten-/ Patientinnennähe.

³⁷ Vgl. Interview E3.9/25 und E9.9/30/31

³⁸ Vgl. Interview E5.9/20

„(...) also ich sage mal bei 85% aller Kommilitonen wollen sofort aus dem Osten wieder weg oder wollen in den Westen gehen oder was auch immer (...) weil hier gibt's nur Asis, also jetzt nur Alkoholiker, hier gibt's viele Alkoholiker klar. Hier gibt's nur Idioten, Leute die nicht zum Arzt gehen, Leute die dumm sind. Das ist aber für mich ein ganz typisches Problem in X-Stadt. Das ist ein X-Stadtproblem.“ (H2.9/34, 1110 – 1117)

Da Wohnen und Arbeiten in aller Regel in einer Region gedacht werden, bedingt die zweite Kategorie teilweise die dritte. Wo homogene Patienten-, Patientinnengruppen vermutet werden, besteht natürlich auch die Angst vor Isolation und Einsamkeit. Darüber hinaus werden ein fehlendes Kulturangebot und eine schlechte Infrastruktur als Argumente gegen eine Niederlassung auf dem Lande angeführt.

„Und ich glaub, wo viele einfach vor Angst haben ist die, halt diese Nähe. Und jetzt hier in Mecklenburg-Vorpommern sich da jeden Tag die Sorgen und Nöte anzuhören, weil halt sonst keiner da ist. Und da ganz allein zu sein und wenn man da ja nach Pommern geht, da ist halt auch tote Hose.“(X1.10/23, 770 – 774)

In einem Fall wird auf selbst erfahrene rassistische Tendenzen in den neuen Bundesländern verwiesen, was von einer Niederlassung dort Abstand nehmen lässt.³⁹

Ein Aspekt, der in keine oder jede der hier aufgeführten Kategorien passt, ist der des über die Generationen erfolgten Wertewandels innerhalb des Berufsfeldes. Auch dieser Punkt findet sich in den Interviews mit den Niedergelassenen wieder. „Arztsein“ stelle heute weniger eine Berufung als vielmehr einen interessanten Beruf dar, der ein angenehmes Leben ermöglichen sollte. Durch die derzeitige Arbeitsmarktsituation für Mediziner und Medizinerinnen scheint diese Haltung auch eher noch verstärkt zu werden.

„Mittlerweile ist es ja so, wirklich das sagt die Oberärztin bei der ich da promoviere auch immer, ‚wir wollten immer nur, wir haben alles für dieses Studium getan, aber die heutigen Medizinstudenten und ich glaub auch Ärzte, die sehen sich nicht nur als Arzt, die wollen auch noch was anderes. Die wollen sich auch nebenbei noch verwirklichen, die wollen auch ihre Freizeit haben und die wollen ihre Reisen und die wollen ins Theater und die wollen Action haben und diese Möglichkeiten‘. Und darauf glaube ich legen viele Wert.“ (I1.10/27, 889 – 895)

4.1.3.2 Veränderungsideen

Im weiteren Interviewverlauf wurden die Studierenden gefragt, welche Maßnahmen ihrer Meinung nach greifen würden, um das Problem des Nachwuchsmangels in ländlichen Regi-

³⁹ Vgl. Interview E3.9/24

onen aufzuhalten – allgemein, sowie für sie persönlich.⁴⁰ Aus den genannten Ursachen wird deutlich, dass sich diese in potentiell veränderbare, und eher unveränderbare Ursachen aufteilen lassen. Aus einer entlegenen Gegend lässt sich keine Stadt machen, für die Arzt/Ärztinfamilie allein wird keine Schule gebaut werden und die globale Landflucht der Jungen und Mobilen wird sich auch nicht umkehren lassen. Wer eine Aversion gegen das Leben auf dem Land hat, wird durch noch so viele Anreize dort nicht freiwillig hinziehen wollen.

„Also ich, so den ländlichen Bereich kann man nicht wirklich für jemand attraktiv machen, der da nicht wohnen mag, weil der da nicht arbeiten mag.“ (E9.9/33/34, 1080 – 1084)

Dennoch bleibt einiges an Veränderungen möglich, wie die Antworten der Studenten und Studentinnen aufzeigen. Die in den Interviews auftauchenden Veränderungsvorschläge lassen sich auf die gleichen drei Kategorien wie die genannten Ursachen beziehen, zusätzlich wurde noch die Kategorie „Studium“ aufgenommen.

Finanzielle Anreize sind für die Studierenden vorstellbar als Prämien, Umsatzgarantien, als ein Einkommen, welches zumindest vergleichbar oder höher mit einer Niederlassung an einem attraktiveren Ort ist, durch die Angleichen der Ost-West-Vergütung, die Finanzierung einer Haushaltshilfe und durch Zuschüsse zum eigenen Auto.

„Dass er wirklich einfach 'n ähm, 'n gesichertes Einkommen hat und einfach eins, was, was in, insofern einfach vergleichbar mit dem ist, was, was mhm, was halt anderswo sozusagen auch machen könnte.“ (E5.9/25, 805 – 807)

Für eine Attraktivitätssteigerung der beruflichen Praxis auf dem Land wird vorgeschlagen Bereitschaftsdienste zu beschränken und die Möglichkeit der Trennung zwischen privatem und beruflichem Leben zu erleichtern, indem z.B. Wohnen und Arbeiten nicht an einem Ort stattfindet oder indem nicht die eigene Freizeit und Mobilität durch Bindung an die Patienten-/ Patientinnenregion behindert wird.

„(...) und ich darf eben nicht so festgelegt sein, dass ich nicht weiter als, weiß ich nicht, 40 km von meiner Praxis entfernt sein darf. Damit ich noch mindestens oder damit ich höchstens 'ne Stunde brauche, um zum weit entferntesten Patienten zu kommen, das käme für mich nicht in Frage. Also ich muss dann auch Feierabend machen können ab irgendwann und sagen so jetzt, jetzt ist meine Zeit gekommen, jetzt darf ich auch mal.“ (F1.10/24, 756 – 762)

Ebenso soll die Bereitstellung von Vertretungsärzten und -ärztinnen für Krankheits- und Urlaubssituationen die Sicherheit der ungestörten Erholung ermöglichen. Eine weitere Idee ist

⁴⁰ Was sollte Ihrer Meinung nach getan werden, damit zukünftig eine flächendeckende hausärztliche Versorgung gewährleistet ist? Wie müssten Rahmenbedingungen für Sie aussehen, damit Sie sich vorstellen könnten, aufs Land zu ziehen und eine allgemeinmedizinische Praxis zu übernehmen?

die eines Budgets, welches demographische Faktoren wie Alter und Morbidität berücksichtigt und somit an unterschiedliche Arbeitssituationen angepasst ist. Dabei geht es nicht um eigene Einkommenszuwächse, sondern um die gewünschte Sicherheit, einen Versorgungsmehrbedarf bei Patienten/ Patientinnen auch befriedigen zu können. Schließlich werden die Einarbeitung durch den Praxisvorgänger/ die Vorgängerin in Form einer temporären gemeinsamen Praxiszeit und die gemeinsame Niederlassung in Ärztezentren genannt.

„Tja, also ich weiß ja nicht, wie es jetzt gehandhabt wird, aber ich denke mal, wenn man vielleicht mit dem alteingesessenen Arzt anfangen könnte das zu machen. Also wenn man quasi von dem alteingesessenen Arzt den Leuten vorgestellt wird, dass man z.B. auf diese Art und Weise schon mal so 'n bisschen Kontakt bekommt, dass man äh vielleicht auch schon so 'n bisschen das Gefühl für diese Gemeinschaft da bekommt und (...).“ (H5.4/45, 1448 – 1453)

Da das Landleben selbst am wenigsten Veränderungsmöglichkeit bietet, sind die Wünsche für die Kategorie „Lebensbedingungen“ naturgemäß begrenzt. Sie umfassen: eine gesicherte Kinderbetreuung, die Erreichbarkeit der nächsten Stadt auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln, eine Unterstützung bei Praxis- und Wohnraumsuche und -gestaltung, sowie Arbeitsmöglichkeiten für den Partner, die Partnerin. Da die Familie wie in Kapitel 4.1.1.1 ausgeführt, für die Lebensperspektive der Studierenden eine große Rolle spielt, muss eine Niederlassung auf dem Land familienkompatibel sein.

„Ähm mein Partner müsste einen Job in der Nähe haben. Meine Kinder müssen gut zur Schule kommen können.“ (I1.10/29, 971 – 972)

Die im Rahmen des Studiums erhofften Veränderungen, tauchten an anderer Stelle teilweise bereits auf und sollen daher hier nur kurz wiederholt werden.⁴¹ Sie beinhalten: Ausbau der Förderung von Praxisfamulaturen und PJ-Plätzen in der Allgemeinmedizin, die Verbesserung der Hochschullehre, die Etablierung und Besetzung von allgemeinmedizinischen Lehrstühlen, ein frühzeitiger Kontakt im Studium mit dem Fachbereich, die Aufwertung der Allgemeinmedizin und Gleichstellung mit anderen großen Fächern.

„Ich glaube, es wär' denn ein ganz anderes Thema, wenn es einen Lehrstuhl gäbe.“ (E3.9/27, 853 – 854)

Über diese Kategorien hinaus war interessant, dass sich einige Studierende vorstellen konnten, das Problem des ländlichen Nachwuchsmangels mit einer Zunahme an Steuerung anzugehen. Unter der Bedingung der Berücksichtigung von familiären Umständen und einer ausreichenden finanziellen Versorgung solle es möglich sein, angehende Ärzte zumindest zeitweise für eine Berufstätigkeit auf dem Land zu verpflichten – so die Idee.

⁴¹ Vgl. Kapitel 4.1.2.1

„Ja, warum nicht. Und ich denke mal, wenn die Leute erst mal da zu gezwungen werden und dann aber sehen, dass es funktioniert, dann würden sicherlich auch ein paar länger als zwei Jahre bleiben. Also da geh ich ganz stark von aus. Weil an sich, also ich kann mir vorstellen, dass es ein schönes Arbeiten ist. Es ist halt nur schwierig, von sich aus da hinzugehen. Und darum so 'n kleiner Tritt kann manchmal Wunder bewirken. Doch, also das doch, das denk ich schon, dass man die Leute manchmal auch ruhig zu ihrem Glück zwingen muss. Das ja.“ (H5.4/44, 1435 – 1441)

Zusammenfassend scheint das Thema „Versorgungssituation“, abhängig vom Bundesland, recht unterschiedlich wahrgenommen zu werden. An der Vielzahl möglicher Ursachen, die genannt werden zeigt sich u. a., dass nicht wenige auf Mutmaßungen und Hörensagen beruhen und die ambulante Versorgungspraxis einerseits und das Leben auf dem Land andererseits für die meisten offensichtlich recht fremd ist. Dennoch bestehen bei den Studierenden sehr klare Vorstellungen darüber, wie mit verschiedenen Ansätzen einem perspektivischen Versorgungsmangel entgegengewirkt werden kann.

4.2 Assistenzärzte und -ärztinnen in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin und niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte

Da beiden ärztlichen Gruppen sehr ähnliche Interviewleitfäden zu Grunde gelegt waren und somit Informationen zu den gleichen Themen erhoben wurden, als auch aus Anonymitätsgesichtspunkten gegenüber der kleinen Gruppe der Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen, sollen hier die Ergebnisse für beide gemeinsam dargestellt werden. Dennoch bestehen Unterschiede zwischen beiden Gruppen, die kurz benannt werden sollten:

Die Gruppe der Assistenzärzte und -ärztinnen unterscheidet sich nicht nur in der Altersstruktur von den bereits praktizierenden Hausärztinnen und -ärzten. Sie steht in gewisser Form zwischen diesen und den Studierenden. Zwar haben sie ihre Ausbildung bereits abgeschlossen, Erinnerungen an das Studium sind aber in der Regel noch recht frisch, dieses taucht für sie daher auch als Thema teilweise noch in den Interviews auf. Auf der anderen Seite sind sie weiterhin Lernende auf dem Weg in die „eigene“ hausärztliche Praxis. (Die Möglichkeit in Form einer Anstellung zu arbeiten wurde von keiner/ keinem der interviewten Assistenzärztinnen/ Assistenzärzte als eigene Berufsperspektive in Erwägung gezogen.) Die eigene Berufs- und Lebensplanung dieser Gruppe steht noch am Anfang, ist noch nicht so festgelegt und kann von den Rahmenbedingungen noch beeinflusst und verändert werden.

„Also der Vorteil ist ja, dass ich 'n recht guten Einblick in die Finanzen habe. Und wenn ich merke, dass durch irgendwelche Reformen abrechnungstechnisch wir davon nicht mehr leben können, dann will ich auch sicherlich nicht 'n Kredit von 400.000 Euro aufnehmen, ganz klar.“ (X/17, 536 – 539)

Einen Fokus nimmt in den Interviews mit den Assistenzärzten und -ärztinnen das Erleben von Struktur und Qualität der Weiterbildung ein.

Die niedergelassenen Hausärztinnen dagegen sind geprägt von ihrer mehr oder weniger langen Berufserfahrung und einer beruflichen Praxis unter sich verändernden Rahmenbedingungen. Besonders deutlich ist dies für Ärztinnen und Ärzte, die vor 1990 in der DDR praktiziert haben. Sich verändernde Rahmenbedingungen und Vergleiche mit der eigenen beruflichen Vergangenheit sind daher für die Niedergelassenen ein breiteres Thema als für die Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten. Dagegen liegen Studium und Weiterbildung für sie z. T. schon länger zurück und sind weniger von Bedeutung. Besonders für die älteren Praxisinhaberinnen und -inhaber taucht das Thema der Nachfolge auf, welches sich für die jüngeren Kollegen und Kolleginnen so noch nicht stellt.

Dennoch zeigen sich für beide Gruppen gemeinsame Themen, die im Folgenden dargestellt werden sollen.

4.2.1 Allgemeinmedizin versus andere Spezialisierungen

Den Wegen in die Allgemeinmedizin liegen verschiedene Motive in Bezug auf eine fachliche bzw. private Interessensgewichtung, sowie berufliche Selbstkonzepte zu Grunde. Hierunter fallen auch die Wahl der Praxisregion und vorhandene Vorstellungen zur erforderlichen Nähe bzw. Distanz zu Patientinnen und Patienten. Dies wird im ersten Teil dieses Kapitels beschrieben.

Im zweiten Teil dieses Kapitels wird auf die in den Interviews wiederholt auftauchende Notwendigkeit einer „externen Identität“ eingegangen. Dies meint, dass sich die „allgemeinmedizinische Identität“ wenig oder gar nicht über ein fachbezogenes Selbstvertrauen speist und daher andere Wege sucht und braucht. Deutlich wird dies in Ermangelung einer theoretischen Beschreibung hausärztlicher Kompetenzen und Funktionen, entlang kaum vorhandener eigener Forschungsideen und -konzepte sowie der jahrzehntelangen Dominanz von Spezialisierungen in Verbindung mit einer Abwertung der Allgemeinmedizin.

4.2.1.1 Wege in die Allgemeinmedizin, Berufs- und Lebensplanung, Nähe und Distanz

Die jeweiligen Antworten auf die Frage, wie es zur hausärztlichen Niederlassung bzw. die Entscheidung für den Fachbereich Allgemeinmedizin gekommen ist, lassen sich in vier Motivgruppen einteilen:

1. Das Interesse für den Fachbereich, wobei vor allem mit der Vielseitigkeit argumentiert wird, die z. T. bis hin zu Omnipotenzwünschen (alles machen können) gehen können. Weitere wiederholt auftauchende Begründungen für die Entscheidung zur Allgemeinmedizin war der Wunsch nach längerfristiger Begleitung und gelebter Nähe zu Patienten

und Patientinnen, aber auch Schwierigkeiten der Entscheidung bei einem Interesse für alle oder viele Fachbereiche.

*„Ja, es ist glaub ich 'ne persönliche Präferenz, wie nahe man den Menschen sein will so. (...) Ja, Leute, die mehr Distanz haben wollen, die werden das nicht, so 'ne.“
(G.8/1, 17 – 19)*

2. Ein entsprechendes Elternhaus, welches die Fachrichtung bereits vor Studiumsbeginn vertraut erscheinen lässt und in eine Übernahme der elterlichen Praxis mündet.
3. Die Unmöglichkeit, die eigentlich favorisierte Fachrichtung zu realisieren, beinhaltete unterschiedliche Ursachen, die letztlich in eine allgemeinmedizinische Berufspraxis mündeten:
 - a) Dem Erleben, dass Familie und Beruf in anderen Fachbereichen schwieriger oder gar nicht zu vereinbaren waren oder generell der Entscheidung, der Familie/ dem Partner Priorität vor der beruflichen Interessensverwirklichung einzuräumen und
 - b) der Erfahrung, dass sich die angestrebte Berufsperspektive aus anderen Gründen, wie der damaligen Arbeitsmarktsituation, nicht verwirklichen ließ.
4. Der primäre Wunsch nach einer beruflichen Tätigkeit auf dem Land, was sich in der Regel ausschließlich im hausärztlichen Bereich verwirklichen lassen konnte.

„Erstens hat's mich interessiert und zweitens war das eigentlich mein Wunsch äh auf dem Land zu arbeiten und möglichst 'n breites Wirkungsspektrum zu haben, also nicht Haut oder, oder HNO so spezialisiert, wollt ich nicht. Ich wollte alles können. Das ist jetzt hochgeschraubt, aber ähm möglichst viel machen können.“ (J. 1/2, 43 – 46)

In der Regel stehen zwei oder mehr dieser Motivkategorien nebeneinander. Interessanterweise ist das primäre Interesse für den Fachbereich Allgemeinmedizin nur ein Motiv, häufig auch ein gewichtiges, neben anderen. So ist die Allgemeinmedizin oft als Fachgebiet auch nicht von ausschließlichem Interesse gewesen, sondern es hat immer noch zumindest einen möglichen Alternativfachbereich (z. B. Pädiatrie, Chirurgie) gegeben, teilweise mit ähnlichen Bestandteilen, wie Vielseitigkeit, gefüllt, teilweise aber auch eine ganz andere Richtung aufweisend. Die ‚überzeugten‘ Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen lassen sich so nicht ausmachen. Am deutlichsten wurde dies bei Ärzten und Ärztinnen, die angeben, eher zufällig in dieses Fachgebiet ‚hineingerutscht‘ zu sein oder sich hierfür pragmatisch entschieden haben, weil andere Faktoren prioritär waren.

Die Entscheidung für eine Niederlassung im ländlichen Bereich wird mit sehr unterschiedlichen Begründungen gefüllt. Als ein stabiler Faktor bestätigt sich die Vertrautheit durch die eigene Sozialisation für die Wahl des Niederlassungsortes. Darüber hinaus sind folgende Faktoren ausschlaggebend gewesen:

- persönliche Vorlieben (Bedürfnis nach Natur, Ruhe),
- charakterliche Selbstzuschreibungen (Einzelgänger), die mit größerer Berufsautonomie auf dem Land verbunden werden,
- altruistische Vorstellungen (der Wunsch in Regionen zu praktizieren, wo Ärzte/ Ärztinnen besonders gebraucht werden),
- ökonomische Überlegungen (Niederlassungsmöglichkeit, Konkurrenzlosigkeit, gesichertes Einkommen, Möglichkeit eines höheren Lebensstandards),
- ausschließlich für Frauen auch der Ort der Berufstätigkeit des Ehemannes.

Zwei Pole bilden hier die eher altruistische, die sich lediglich in Mecklenburg-Vorpommern findet und die eher von ökonomischen Überlegungen geprägte Herangehensweise, in beiden Bundesländern vorkommend, an die Berufstätigkeit.

„Das hatt' ich mir so vorgenommen, dass ich irgendwo hingehen wollte, wo auch Ärzte gebraucht werden.“ (J.3/4, 119 – 121)

„Rein wirtschaftliche Überlegung, nicht weil das Land so lukrativ ist, sondern heute in der Stadt zu leben wäre ja risikoreich“ (G.3/4, 131 – 132)

Für einen tendenziellen Wertewandel unter Medizinern und Medizinerinnen als Spiegel einer gesamtgesellschaftlichen Veränderung spräche, dass sich erstere Haltung eher bei älteren Ärzten und Ärztinnen fand, letztere eher in der jüngeren Generation praktizierender Hausärzte und -ärztinnen auftauchte. Diese Tendenz bedarf allerdings einer Überprüfung durch quantitative Studien, um detailliertere Aussagen machen zu können.

Unterschiede in der Gewichtung von Beruf und Familie zeigen sich nicht unerwartet geschlechtsspezifisch. Einige Frauen ordnen Fachbereichswahl und/ oder Niederlassungsort dem Wohlergehen ihrer Familie unter – unter den männlichen Interviewpartnern taucht dieses Argument nicht auf.

„Ursprünglich war das, war das nicht klar, sondern das ist eher so durch die Familienplanung dann gekommen, dass es dann eben doch die Allgemeinmedizin wurde. Ursprünglich wollte ich Chirurgin werden.“ (J.7/2, 50 – 52)

„An sich würden wir gerne hier bleiben, aber das hängt sehr an der Stelle meines Mannes, weil der an der Uni arbeitet und wahrscheinlich noch nicht seine letzte Stelle erreicht hat. Aber das ist so 'ne familieninterne Absprache, dass wir das davon abhängig machen.“ (J.7/3, 81 – 84)

Ein Aspekt, der unterschiedliche berufliche Selbstkonzepte sehr deutlich macht, und sich darüber hinaus als ein zentraler Punkt für den ärztlichen Nachwuchs herausstellt, ist das Thema ‚Nähe und Distanz in der hausärztlichen Praxis‘. Aufbau und Erhalt einer persönlichen, kontinuierlichen und therapeutischen Beziehung zu Patientinnen und Patienten wird in

Fachzeitschriften und -diskussionen als wichtiger Bestandteil hausärztlicher Praxis und Kompetenz dargestellt (Wilm/ in der Schmitt 2007). Wie diese im Einzelnen gestaltet wird, wie viel Nähe sinnvoll ist, wie sich professionelle Distanz ausdrücken kann, welche Abgrenzungsmechanismen gewählt oder besser vermieden werden, also eine konzeptionelle Ausgestaltung des Beziehungsaspektes bleibt anscheinend dagegen gänzlich den individuellen Vorlieben oder auch Ängsten des einzelnen Hausarztes, der einzelnen Hausärztin überlassen. Dabei sind die gewählten Beziehungskonzepte nicht unbedingt immer bewusst, noch weniger scheinen sie einer kritisch-reflektierten Überprüfung unterzogen zu werden.

Das Thema ‚Nähe und Distanz‘ präsentiert sich in den Interviews auf mehreren Ebenen:

- a) auf der Fachbereichsebene: in der Allgemeinmedizin wird erwartet, sich näher und umfassender auf Patienten und Patientinnen einzulassen als in anderen Fachrichtungen,
- b) auf der Regionsebene: auf dem Land gestaltet sich Abgrenzung, auch auf Grund räumlicher Nähe, eventueller Verbindung von Arbeit und Wohnen und in Ermangelung anderer Kollegen und Kolleginnen in der Nähe, schwieriger als in der Stadt,
- c) auf der Geschlechterebene: Abgrenzung wird mehr von den interviewten Frauen als von Männern thematisiert. Frauen, die sich nach wie vor in der Hauptzuständigkeit für Familien- und Reproduktionsarbeit wieder finden, müssen sich, sofern sie Beruf *und* Familie gerecht werden wollen, anders abgrenzen als Männer.

„Sie können nicht, wenn sie als Frau berufstätig sind und der Mann ja wahrscheinlich auch, Dienste schieben und rund um die Uhr verantwortlich äh sein, das können sie gar nicht, wenn sie dann auch noch Kinder haben wollen. Sie werden da, ich glaub da ist man als Frau auch ein bisschen härter, wenn man Kinder hat, da grenzt man sich auch mehr ab und da sucht man sich halt nicht so was eigentlich dann aus.“ (G.6/31, 953 – 958)

Unterschiedliche Ausgestaltungen der Arzt/ Ärztin – Patient/ Patientin – Beziehungen zeigen sich in folgendem Spektrum:

- a. größte Nähe mit symbiotischem Charakter, die teilweise grenzenlos erscheint,
- b. tendenzielle Überforderung mit dem Wunsch nach mehr Abgrenzung gepaart mit Hilflosigkeit, wie sich diese bewerkstelligen lässt,
- c. innere Abwehr und Abgrenzung von als überhöht interpretierten Patienten- und Patientinnenansprüchen,⁴²

⁴² In diesem Zusammenhang wäre eine interessante Frage, ob sich Patienten und Patientinnen gegenüber Ärztinnen fordernder zeigen als gegenüber deren männlichen Kollegen

- d. Distanz zur Arbeit durch Schwerpunktverlagerung auf andere Betätigungsfelder (Lehre, Hobbies),
- e. der Versuch Nähe und Distanz zu Patienten und Patientinnen für sich selbst in ein gesundes Gleichgewicht zu bringen, bzw. sich zu professionalisieren.

Dabei lassen sich die unterschiedlichen Haltungen teilweise sehr klar einzelnen Interviewpartnern und -partnerinnen zuordnen, mitunter finden sie sich (teilweise widersprüchlich) aber auch in einer Person.

Die erste Haltung, vorwiegend bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im höheren Alter, impliziert, mit Nähe kein Problem zu haben, zeigt eher eine aufopferungsvolle Herangehensweise und ein hohes Empathievermögen. Die jeweiligen Akteure und Akteurinnen erleben aber aus der großen Nähe zu ihren Patienten und Patientinnen auch eine starke berufliche Identität und Zufriedenheit. Diese Haltung bringt, auf Grund der Notwendigkeit „unersetzlich zu sein“, neben der Gefahr der Selbstvernachlässigung auch eine Abwehr gegenüber Kooperations- und Delegationsmöglichkeiten mit sich. Ergänzend sei hier hinzuzufügen, dass insbesondere ältere Ärzte und Ärztinnen, die lange Zeit in der DDR praktiziert hatten, die heutige Zuständigkeit für ihre Patienten und Patientinnen mit der früher erlebten vergleichen. Da es in der DDR aber nach den Berichten keine Notdienstregelung gab und daher eine 24-Stunden-Zuständigkeit erwartet wurde, empfinden sie ihre aktuelle Situation als nicht sehr belastend und praktikabel.

„Da, war man auch, da waren viel, viel mehr Besuche und viel mehr Not- oder Nacht-einsätze. Das hat sich jetzt, es ist wirklich nicht mehr belastend jetzt.“ (J.2/15, 470 – 471)

„Ach ich bin ja immer noch so, ich mach sehr viel Hausbesuche, jetzt sind wir sogar zu zweit und denk immer, das ist so wirklich eine unserer Aufgaben, auch die Hausbesuche durchzuführen und. Also was delegierbar, delegierbar ist, kann man sicher machen, aber ich äh hätte nie 'n gutes Gefühl, wenn ich da nicht hinkucke (J.3/17, 541 – 544)

Ärztinnen und Ärzten mit der zweiten Haltung, eher zu finden bei der Folgegeneration der ersten Gruppe, können und wollen, trotz hohem beruflichen Engagement, dem Bild von hausärztlicher „rund-um-die-Uhr-Präsenz“ in der ländlichen Niederlassung nicht mehr entsprechen, fühlen sich häufig überfordert und grenzen sich, in Ermangelung anderer Strategien, mechanisch ab, z.B. durch Maßnahmen wie die Klingel auszustellen, eine Geheimnummer zu installieren oder in anderen Orten einkaufen zu gehen, um Patienten-/ Patientinnenbegegnungen zu vermeiden.

„Ich kann mich gut abgrenzen. Meine Klingel ist überhaupt nicht an und mein Telefon ist 'ne Geheimnummer.“ (G.6/33, 1034 – 1035)

Personen, die die dritte Haltung verkörpern scheinen sich innerlich eher weniger einzulassen. Private Erzählungen müsse man eben „über sich ergehen lassen“ (J.8/31, 984 – 987), wenn Patientinnen und Patienten auch zu diesen „privaten Problemen“ Hilfestellung erwarten, wird dies als Zumutung empfunden.

„Ist manchmal erstaunlich, was die Leute alles so anbringen oder was sie uns auch zumuten hier in so 'ner Erstkonsultation. (G.8/16, 499 - 501)

In der vierten Haltung zeigt sich ein eher begrenztes Einlassen in Form einer Konzentration auf andere Themen. Die Beziehung zum Patienten, zur Patientin ist nicht Hauptanliegen hausärztlicher Praxis sondern läuft nebenher. Andere, für die Person wichtigere Themen können beruflicher Natur sein (z.B. andere Fachbereiche, Praxismanagement, Ökonomie, Lehre) oder auch im privaten Bereich liegen (z.B. Spiritualität, Familie).

„Was ich gerne noch sagen wollte, ist, dass mir die Kunst ganz wichtig ist. Ich mache viel Musik mit Freunden, und ich halte das für eine wichtige Ressource. Das sind für mich noch ganz wesentliche Dinge, um irgendwo kompetent den Vollumfang des menschlichen Daseins zu erleben und auch die Möglichkeiten zu sehen, was, was alles geht und woraus man Kraft schöpfen kann. Das ist alles nicht geldwert, das ist eben das Dolle.“ (J.6/23/24, 753 – 758)

Der Versuch, die Beziehungsebene selbstreflexiv zu überprüfen und zu einem möglichst weit gehenden Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz zu kommen, stellt die fünfte Haltung dar, die sich eher selten in den Interviews findet. Davon ausgehend, dass das hausärztliche Aufgabengebiet eine gewisse Nähe zum Patienten, zur Patientin erfordert und beinhaltet, wird versucht, einen Umgang mit den eigenen beruflichen Ansprüchen diesbezüglich, den Bedürfnissen nach ungestörter Erholungszeit und/ oder den Erwartungen der Patienten und Patientinnen zu entwickeln. Nähe stellt sich hier schon dadurch her, dass innerhalb der Beziehungsgestaltung und -reflektion die eigene Person in das Konzept integriert wird, anstatt das Problem zu vermeiden, zu verlagern oder die eigene Bedrängnis auf die Patienten und Patientinnen zu verschieben.

„Wenn man die Nähe zulassen möchte oder wenn man das schätzt ähm, dann muss man das auch hinnehmen, dass man hin und wieder ähm in seiner, in seinem Privatleben gestört wird. Also ich würde sagen, das lässt sich nicht auflösen. Aber man kann es begrenzen. Man kann einzelnen Menschen, die, es sind immer nur einzelne, es ist vielleicht. Es sind vielleicht von 800 Patienten, sind es vielleicht zehn, die es wagen würden, dauernd wegen Kinkerlitzchen beim Doktor anzurufen und zu jeder Tages- und Nachtzeit. Mit denen muss man sprechen. Muss sagen, hier ich bin in der Praxis ausreichend da und muss es auch, muss mit diesen Menschen gezielt sprechen und ähm sind dann oft Angststörungen. Oder dann tatsächlich sagen ähm, wenden Sie sich

an 'n Notdienst, ich bin heute nicht mehr zuständig, ich hab genug gearbeitet. Das ist natürlich schwer zu verkraften für die Menschen, aber man muss das schon auch abgrenzen können.“ (G.8/5/6, 159 – 171)

Da das Thema „Nähe/ Distanz“ auch die Studierenden bewegt und ein zentraler Aspekt zu sein scheint, der für oder gegen die Allgemeinmedizin, für oder gegen eine Niederlassung auf dem Land spricht, liegt es nahe, diesen Punkt in der Diskussion ausführlicher zu beleuchten.

4.2.1.2 Kernkompetenzen, Forschung und Identitätsbildung in der Allgemeinmedizin

Durchgängig zeigt sich in den Interviews, dass eine theoretische Beschreibung des Aufgabenfeldes und der notwendigen Kernkompetenzen in der Allgemeinmedizin nicht nur für die Studierenden, sondern auch für die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte schwierig darzustellen ist. Antworten auf die Fragen *„Wenn Sie an Ihren beruflichen Alltag denken, welche Kernkompetenzen sind für Sie bei der Ausübung hausärztlicher Tätigkeit besonders wichtig?“* und *„Was macht für Sie den Kern der Allgemeinmedizin aus?“* scheinen den Interviewten nicht leicht gefallen zu sein. Dabei bleibt unklar, ob lediglich die Worte fehlen, um die Komplexität der allgemeinmedizinischen Kompetenzen auszudrücken, oder ob ein Mangel an Kenntnis, bzw. Bewusstsein hierfür ursächlich ist.

Ein breites Fachwissen, welches kontinuierlich gepflegt und erweitert werden muss, wird übereinstimmend als sehr wichtig erachtet. Auch Kommunikationskompetenzen und Delegationsvermögen werden in den meisten Interviews als solches benannt, scheinen teilweise aber schwierig auszuführen zu sein.

„Also die Kommunikation ist, glaube ich, das Entscheidende, dass man erst mal das Anliegen des Patienten überhaupt versteht, dass man überhaupt weiß, warum der in die Praxis kommt und was er eigentlich möchte, was seine Fragestellung ist. Ja, dann sollte man natürlich medizinisches Fachwissen, ja klar braucht man medizinisches Fachwissen, aber als Hausarzt muss man ja nicht alles wissen, sondern man muss wissen, also klar, die Basis muss man selber machen und dann muss man wissen, wohin man wann weiter überweist. Und eben gefährliche Verläufe zu erkennen und abzuwenden.“ (J.7/18/19, 582 – 589)

„Wer sich nicht in den Patienten rein versetzen kann, wer nicht das Gespräch so mit führt, dass er den Patienten auf 'ne andere Nähe kriegt ja. Und äh mit seinen Worten. Also wer den Abstand hält und den Oberarzt oder Chefarzt rauskehrt, und ich hab das jetzt so entschieden, sie haben das so zu machen und wenn sie nicht wollen, ja dann

*fliegen sie raus ja. Also da muss ich auf jeden Patienten eben anders mit eingehen ne.“
(J.5/28, 909 – 914)*

Darüber hinaus aber finden sich eher additiv benannte soft skills, wie „Geduld“, „Empathie“, „Entscheidungskompetenz“ sowie persönliche Eigenschaften wie „Menschenliebe“, eine „gute Gesundheit“, „Kontaktfreudigkeit“, „Spaß am Beruf“ und „Engagement“. In einzelnen Fällen werden noch einige konkrete Beispiele für die hausärztliche Funktion, wie die Begleitung Sterbender oder die Notwendigkeit, auch soziale Problembereiche, wie z.B. Gewalt und Suizidalität verkraften können zu müssen, benannt, ebenso wie wirtschaftliche Kompetenzen und Personalführungsqualitäten als wichtig erachtet werden.

„Mhm, ja ich mein man muss natürlich auch ein äh Maß an Kontakt_ äh _freudigkeit mitbringen äh und ähm, man muss bereit sein, auch unerfreuliche Dinge äh wegzustecken ne. Es gibt also ähm schlimme äh Fälle zu Hause äh mit gewalttätigen ähm Lebenspartnern und äh, ja ich hab in den 30 Jahren nun wirklich alles erlebt ne. Von all den Selbstmorden und Morden und ähm schlechten Hygieneverhältnissen und, und äh Kindesmisshandlung und alles. Das muss man verkraften können, dass äh, da muss man sich auch im Vorherein im Klaren sein, dass man mit so was konfrontiert wird ne.“ (G.2/17/18,558 – 563)

Bei den jenseits des ‚originär‘ ärztlichen Fachwissens liegenden hausärztlichen Kompetenzen scheint es sich um eine Art internalisiertes Wissen zu handeln. Internalisiertes Wissen fungiert dabei mehr als „selbstverständliches Mitbringsel“ für die Hausarztpraxis und nicht als etwas, was erlernbar, reflektierbar oder veränderbar ist.

„Also entweder bin ich, bin ich so 'n bisschen von der Veranlagung her auch so, dass ich Allgemeinmediziner werden kann und mich in die Leute einfühlen kann oder so 'n Kurs bringst mir auch nicht bei.“ (G.9/13, 392 – 395)

Mangelt es den Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen also an der Kenntnis theoretischer Grundgerüste, die ja durchaus vorhanden sind, und an einem beruflichen Selbstbewusstsein? Festzuhalten bleibt jedenfalls, dass die Beschreibung von Kernkompetenzen für die Allgemeinmedizin schwierig ist, ein Problem, welches andere Fachrichtungen in diesem Ausmaß, je höher spezialisiert sie sich darstellen desto weniger, so nicht zu haben scheinen.

Insgesamt scheint sich die hausärztliche Praxis verändert zu haben. So wird in den Interviews eine über die Jahre erfolgte Reduktion des hausärztlichen Aufgabengebietes beklagt. Einmal erlernte und früher ausgeübte Kompetenzen dürfen heute nicht mehr angewandt bzw. abgerechnet werden (z.B. Mütterberatung, Röntgen) oder werden auf Grund einer gestiegenen Patienten- und Patientinnenmobilität nicht mehr bei der Allgemeinmedizin nach-

gefragt (z.B. kleinere chirurgische Interventionen). Es stellt sich also die Frage, wodurch Allgemeinmedizin ihren Wert bemisst, dies insbesondere im Vergleich zu anderen Spezialisierungen. Ein gewisses Negativ-Image der Allgemeinmedizin ist vielen der Interviewten vertraut. Dies drückt sich teilweise auch in eigenen Beschreibungen wie „Feld-Wald-und-Wiesen-Doktor“ aus.

„(...) also 'ne Niederlassung Allgemeinarzt, das ist doch das Letzte. Das ist doch das, was, was jeder Student lernt. Wenn du nichts mehr kannst, musst du Allgemeinarzt werden.“ (J.5/13, 406 – 408)

„Und ich hab als Student auch immer gedacht, also diese Praktik_, diese Praktischen Ärzte ähm (lacht), ob die überhaupt Medizin machen. Wir haben drüber gelacht, wie die Fehldiagnosen machen.“ (G.7/24, 737 – 739)

Die zwar nicht offen diskutierte, aber doch noch weit verbreitete Abwertung der Allgemeinmedizin gegenüber anderen Fachgebieten kann jedoch auch positiv gedeutet werden: Der Allgemeinmediziner als der „gebildete Laie“ (J9/11, 337) dürfe immer bei seinen Kollegen nachfragen, wenn er unsicher sei. Dies könne sich ein Kardiologe nicht erlauben; ein Hinweis darauf, dass der Umgang mit Nicht-Wissen, Unsicherheiten und Fehlern nach wie vor keine durchgehend selbstverständliche Kultur in der Medizin zu haben scheint.⁴³

Ungeachtet dieses genannten Vorteils der Geringschätzung der Allgemeinmedizin, überwiegen doch die Nachteile. Medizin zeichnet sich durch eine jahrzehntelange Dominanz der immer höheren Spezialisierung aus, aus der sich intradisziplinäre, aber auch gesellschaftliche Anerkennung speist.

Dies zeigt sich auch in dem gering ausgeprägten Interesse an allgemeinmedizinischer Forschung. In den meisten Interviews taucht die Aussage auf, dass 1. Forschung für die Allgemeinmedizin keinen hohen Stellenwert habe und das 2. hierfür in der Praxis auch gar keine Zeit wäre. Praxis und Forschung stehen sich so als scheinbar unvereinbare Gegensätze gegenüber. Insgesamt lassen sich die Ideen zum Themenkomplex ‚Forschung‘ folgenden Aussagen zuordnen:

- Allgemeinmedizinische Forschung gibt es nicht – Allgemeinmedizin nutzt und bedient sich der Forschungsergebnisse anderer Fachbereiche.
- Auch für die Allgemeinmedizin stehen pharmakologische Forschungsthemen (z.B. neue Darreichungsformen, Möglichkeiten der Reduktion von Mehrfachmedikationen) im Vordergrund.
- Allgemeinmedizin könnte eigene Forschungsthemen beinhalten, diese lassen sich aber kaum konkretisieren. Als schwierig stellt sich hier gerade die Komplexität der Allgemeinmedizin dar.

⁴³ Vgl. Interview J9/11, 337 – 344

- Konkrete Forschungsthemen wären auch für die Allgemeinmedizin vorstellbar, lassen sich aber auf Grund der Arbeitsbelastung nicht neben dem Praxisalltag realisieren. Folgende Forschungsideen werden genannt:
 - ❖ Inwieweit lassen sich Ergebnisse der universitären Forschung auf den häuslichen Bereich übertragen?
 - ❖ Wie gestaltet sich der ambulante Versorgungsalltag von Tumorpatienten?
 - ❖ Welches sind die wechselseitigen Erwartungen zwischen Hausarzt und Patient?
 - ❖ Welche Unterschiede existieren in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und anderen Gesundheitsfachberufen und Patient?⁴⁴
 - ❖ Unter welchen Rahmenbedingungen findet Allgemeinmedizin statt und wie wird die Ausbildungsqualität gewährleistet?

Wo also auf der einen Seite ein jahrzehntelang gewachsenes Negativ-Image besteht, auf der anderen Seite eine eigene berufliche Identität mangels verinnerlichtem theoretischem Fundament und wissenschaftlicher Untermauerung schwer möglich ist, ist es nicht verwunderlich, wenn sich die eigene Identität aus anderen Quellen speisen muss, um ein, auch berufliches, Selbstbewusstsein zu erhalten.

Dabei bleibt offen, ob der hausärztliche Bereich in der Vergangenheit vielleicht gerade *wegen* seiner ‚Theorielosigkeit‘, und einem klaren Praxisschwerpunkt gewählt wurde oder *trotzdem*. Zu überlegen wäre an dieser Stelle, inwieweit Allgemeinmedizin in der Vergangenheit vielleicht auch eine ‚Schlupflochfunktion‘ hatte, weil sie so unbestimmt war und so wenige theoretische Grundlagen für erfahrungsbasierte Entscheidungen lieferte. Dieses Schlupfloch wird in Zeiten zunehmender Standardisierung, leitlinienbasierter Therapieentscheidungen und Qualitätsmessungen, die auch in der Allgemeinmedizin Einzug halten, eng.

Hausärztliche Identitätsbildung zeigt sich in den Interviews auf unterschiedlichste Art und zeichnet sich häufig durch eine deutliche Vermischung von beruflichen und privaten Rollen aus. Das Leben als Hausarzt oder als Hausärztin wird in den Interviews folgendermaßen gefüllt:

- Mit einer „aufopferungsvollen Herangehensweise“, mit welcher sich die Akteure/ Akteurinnen über ihre Wichtigkeit für Patienten und Patientinnen definieren, sich bemühen, unersetzlich zu bleiben, die Bestätigung von Patienten- und Patientinnenseite dringend brauchen und für die andere Berufsgruppen, die sich in dieses enge Verhältnis einmischen könnten, eine Konkurrenz darstellen. Für privates Leben ist hier wenig Platz.
- Mit einer „spirituellen Herangehensweise“, die über den Aufbau eines eigenen Lebens- und Weltbildes definiert wird, welches sich besonders in der ländlichen Abgeschlossenheit

⁴⁴ Die Interviewten benutzten beim Vorstellen ihrer Forschungsideen lediglich die männliche Form, daher ist dieses hier auch so wiedergegeben

verwirklichen lässt. Die jeweiligen Personen lassen ihre Patienten und Patientinnen missionarisch an dieser, ihrer Welt teilhaben. Berufliches und privates Leben werden nach ähnlichen Prioritäten und Vorlieben ausgerichtet.

- Mit einer „ökonomischen Herangehensweise“, in der der Allgemeinmedizin als solcher eigentlich kein großer Wert beigemessen wird. Die jeweiligen Akteure/ Akteurinnen können aber aus dieser Fachrichtung, als auch aus einem perspektivischen Mangel an Nachwuchs eigene wirtschaftliche Vorteile gestalten. Beruf dient in erster Linie dem Gelderwerb und damit dem Erhalt und Ausbau eines guten Lebensstandards.
- Mit einer „lehrerhaften Herangehensweise“, in der die Personen überzeugt sind von den eigenen Ideen bezüglich des Veränderungspotentials in der Allgemeinmedizin, diese durchaus engagiert in verschiedene Gremien und Gruppen tragen und stets ein aufmerksames Publikum brauchen. Für die Medizin und die Versorgung der einzelnen Patienten und Patientinnen bleibt eher weniger Zeit.
- Mit einer „zynischen Herangehensweise“, mit der das Dilemma der Allgemeinmedizin durchblickt und versucht wird, sich in intellektuellen Abstand und Zynismus zu retten, um dennoch in diesem Beruf tätig bleiben zu können. Möglicherweise können Vertreter und Vertreterinnen dieser Richtung die wahrgenommenen Defizite bei Gelegenheit überwinden helfen.

Diese Liste ließe sich noch weiter ergänzen. Wichtig scheint hier nicht, welche Ausprägungen letztlich gewählt werden und ob sich diese besser oder schlechter für die hausärztliche Versorgung eignen. Als wichtiger sollte vielmehr festgehalten werden, dass Allgemeinmedizin nach wie vor um Anerkennung kämpfen muss, und dass das wahrgenommene Defizit eines allgemeinmedizinischen theoretischen Grundgerüsts im Gegensatz zu anderen Fachrichtungen geradezu dazu einlädt, beliebig viel darunter zu subsumieren und auszuleben, wodurch eine Professionalisierung erschwert wird.

4.2.2 Standardisierung versus Individualisierung

Wie bereits im letzten Kapitel schon angerissen, wird die hausärztliche Praxis als verändert erlebt. Beinhaltete sie in der Vergangenheit für die praktizierenden Ärzte und Ärztinnen inhaltlich und organisatorisch große Freiheitsspielräume, so werden diese (z.B. durch Leitlinienempfehlungen, Disease Management Programme (DMPs), Zertifizierungen) als zunehmend reduziert wahrgenommen. Die Tendenz zu Standardisierungen wird in den Interviews überwiegend negativ bewertet und als zusätzliche Bürokratie beklagt. Beispielhaft steht hierfür die Wahrnehmung und Beurteilung der Disease Management Programme. Fast alle befragten Ärzte und Ärztinnen sahen in DMPs nicht nur wenig bis gar keinen Nutzen für Patienten und Patientinnen, sondern deuteten sie auch als einen Affront gegen das eigene Wissen und ihren therapeutischen Handlungsspielraum. Obwohl von fast allen Interviewten

DMPs angeboten werden, taucht ebenso häufig als Hauptargument dagegen auf, die eigene Behandlung wäre früher ohne DMPs genau so gut gewesen. Die empfundene Kränkung wird verstärkt durch die mit DMPs verbundenen zusätzlichen Dokumentationsanforderungen, die eigentlich als nicht-medizinische Aufgabe gedeutet werden, sowie der Wahrnehmung intra-disziplinärer Konkurrenz.

„Ach, wir hatten Versorgungsprogramme, die liefen wunderbar und das ging alles wunderbar. DMPs sind doch nur äh dazu da, dass die Kassen sich Geld beschaffen können über den Risikostrukturausgleich, das ist auch alles. Und dafür müssen, für die paar Euro, die wir dafür kriegen, müssen wir uns dann hinsetzen und, und, und Zettel ausfüllen wie die Hilfsschüler zum Teil. Also es ist Katastrophe. Bloß wenn, wenn alle sagen „Nein“, dann ginge es. Dann würde eben keiner aus dem Risikostrukturausgleich, dann würden sie das wahrscheinlich irgendwie anders versuchen zu machen. Wenn aber eine Region anfängt damit, dann kriegen die natürlich viel Geld und die anderen sitzen da und kucken in die Röhre. Und insofern haben sie sich das wieder ganz klug da oben ausgedacht und gewusst, dass wir uns wieder mal nicht einig sind und dadurch haben sie uns am Kanthaken.“ (G.1/12, 377 – 388)

Weitere Kritikpunkte, welche zum Thema DMP geäußert werden beinhalten:

- die für DMPs verwandten Gelder wären an anderer Stelle sinnvoller zu nutzen,
- Patienten und Patientinnen würden durch Pannen von Seiten der Krankenkassen verunsichert und verängstigt,
- der Erfolg von DMPs wäre bislang wissenschaftlich nicht evaluiert.

„Dann wird immer groß angeboten ähm Fußarzt und sonstiges, das gibt es hier gar nicht. Dann sollen sie das Geld nehmen und das hier hin stecken und nicht in ihre Papiere stecken.“ (G.6/23, 723 – 725)

Selbst für Weiterbildungsassistenten/ -assistentinnen besteht, ohne eigene Erfahrungen mit DMPs gemacht zu haben, bereits eine Abneigung gegen diese, da z.T. Meinungen der Ausbildungspraxis übernommen werden.

„Aber das hab ich so mitgekriegt bei Herrn X, er ist ja überhaupt nicht so der Freund von (DMPs – Anmerk. d. Verf.), weil man meint, man das Gefühl hat, man wird so dirigiert, man kann nicht selber entscheiden. Und viele, viele Sachen, die meisten Dinge hätte er auch, oder das sagt er zumindest und das glaub ich ihm auch, hätte er so wieso auch gemacht von sich aus. Da braucht er nicht jetzt jemanden, der oben sagt ‚das und das‘. Und Patienten werden verunsichert.“ (X/29, 941 – 946)

Im weiteren Sinne ist auch die empfundene Kränkung durch die Einführung der DMPs ein Hinweis auf ein gering ausgeprägtes berufliches Selbstbewusstsein. Positive Aspekte der DMPs, von einigen Frauen in der Allgemeinmedizin so wahrgenommen, umfassen eine Steigerung der Patienten- und Patientinnenkompetenz oder DMPs als Struktur gebendes Hilfsmittel ärztlichen Handelns.

„Ja, das finde ich und das ist an DMP naja, das einzige Gute noch, dass sie die Schulung kriegen. Und das ist, das finde ich gut. Dass die Patienten über ihre Krankheit informiert werden. Ob das nun Diabetes ist oder KHK oder Asthma, dass sie äh, je mehr sie wissen, desto besser können sie auch mitmachen.“ (J.1/23, 729 – 732)

Auch ärztliche Leitlinien, im Zusammenhang mit DMPs in einigen Interviews diskutiert, werden von jüngeren Ärzten und Ärztinnen als Orientierungshilfe betrachtet. Insgesamt findet sich jedoch die, nicht nur mit DMPs verbundene Klage über zuviel Bürokratie und damit fehlender Zeit für die eigenen Patienten/ Patientinnen in der allgemeinmedizinischen Arztpraxis in den Interviews fast durchgängig.

Während einerseits die Empfindung dominiert, Freiheitsspielräume würden zunehmend reduziert, scheinen an anderen Stellen neue Freiräume zu entstehen, wie z. B. die Umgestaltung der Notdienstregelungen zur Arbeitsentlastung⁴⁵ oder die neuen Niederlassungsmöglichkeiten durch das VändG (2007) zeigen. Beides wird überwiegend positiv aufgenommen. Gerade für ältere Ärzte und Ärztinnen, aber auch für Frauen mit kleineren Kindern stellt die Nacht- und Wochenendarbeit offenbar eine starke Arbeitsbelastung dar.

„Ja für mich ist es geradezu fantastisch, ich hab mich nämlich ausgeklinkt, was ich nie konnte. Äh in meinem Alter ist es wirklich ein großes Problem, also diese Riesentouren äh zu fahren bei Nacht und Nebel, trotz GPS. Das äh muss ich mir nicht mehr antun. Das ist jetzt ein Riesens äh Umkreis und kommt hinzu, dass ich sowieso nicht mehr geschlafen habe, denn wenn ich nachts einmal draußen war, dann war für mich die Nacht gelaufen.“ (G.2/9, 290 – 295)

Auch eine größere Varianz der Niederlassungsmöglichkeiten wird für nachfolgende Ärzte und besonders Ärztinnen, die in der Regel mit Teilzeitwünschen assoziiert werden, als durchaus vorteilhaft gesehen, allerdings kann sich von den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen kaum jemand vorstellen, eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt anzustellen, da

⁴⁵ In den untersuchten Regionen Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern wurden Anfang 2007 die Notdienstregelungen sowie die Vergütung des Notdienstes verändert. Durch die Schaffung von Anlaufpraxen (SH) und einer Vergrößerung der Notdienstbezirke (SH und MV) konnte die Dienstbelastung für die einzelnen Ärzte und Ärztinnen deutlich reduziert werden. In SH können zudem auch Ärzte und Ärztinnen aus dem stationären Bereich oder aus anderen Bundesländern Dienste übernehmen, so dass die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen dort bislang frei entscheiden können, ob und in welchem Umfang sie am Notdienst teilnehmen. In MV können sich ältere Ärztinnen und Ärzte vom Notdienst befreien lassen.

das Praxisunternehmen in der Regel auf die eigene finanzielle Bedarfsdeckung, aber nicht darüber hinaus, ausgerichtet zu sein scheint. In der jüngeren Generation besteht hierzu eine größere Offenheit und für die Weiterbildungsassistentinnen wäre dies durchaus eine überlegenswerte Perspektive.

Die Vorstellung eines eigenen Angestelltenstatus ist jedoch gegenüber der freiberuflichen Niederlassung noch die Ausnahme. Abgesehen von dem positiven Aspekt auf der Arbeitnehmer-/ Arbeitnehmerinnenseite sich nicht verschulden zu müssen und der Möglichkeit auf der Arbeitgeber-, Arbeitgeberinnenseite, durch ein Anstellungsverhältnis sozusagen eine Praxiserweiterung und -kooperation zunächst zu erproben, wird, was nicht erstaunt, die Freiberuflichkeit von den befragten niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen nach wie vor sehr hoch geschätzt. Der Angestelltenstatus wird dagegen mit starker Abhängigkeit assoziiert. Negativ-Aspekte einer Anstellung von Frauen in der Allgemeinmedizin werden sowohl aus der Arbeitgeber- als auch aus der Arbeitnehmerperspektive heraus erwähnt. Von Arbeitgeberseite wird, wie auch in anderen Unternehmen, befürchtet, dass eine Anstellung von Frauen auf Grund von Schwangerschaft und Kindern ökonomische Nachteile mit sich bringen würde, die Arbeitnehmerinnenseite sieht dagegen die Gefahr, dass mit der Möglichkeit der Anstellung eine berufliche Benachteiligung von Frauen einhergehen wird.

*„Die Frauen werden da (als Angestellte in großen Praxen, Anmerk. d. Verf.) enden als die Sklaven, die die Arbeit machen. Und weil wir alle so doof sind und auf diesen Zug aufspringen. Und weil die Frauen die Verantwortung für 'ne eigene Praxis dann oft nicht wollen. Ich bin gar nicht anders, ich muss mich da immer selbst beherrschen, dass ich nicht in diese Falle tappe. Da sehe ich ein ganz großes Problem.“
(G05h/33/1025-1030)*

Kritische Stimmen hinterfragen auch die Sinnhaftigkeit von Teilzeitniederlassungen und insbesondere möglicher Zweigniederlassungen vor dem Hintergrund einer angestrebten engen Arzt-Patienten/ Ärztin-Patientinnen-Bindung oder fürchten „die Ökonomen“ unter den Kollegen/ Kolleginnen, die diese Regelungen ausnutzen könnten.

„Halt ich überhaupt nichts von, weil das, weil das nichts äh, weil das denen, die aufhören wollen, überhaupt nichts bringt. Äh im Gegenteil, die äh, die fachliche äh, die fachliche Seite kommt aus meiner Sicht dadurch ins Hintertreffen. Wie soll das überhaupt gehen? Wenn ich nicht ganz für meine Patienten da sein kann, so wie ich das war 24 Stunden rund um die Uhr und das die Hälfte meines Lebens. (...) Aber ich befürchte halt und da sind ja schon wieder Fährten gelegt äh, dass man, dass man das auch wieder nur aus, aus finanziellen Gründen macht, dass also wieder nur das Geld im Vordergrund steht.“ (J.2/15/16, 484 – 488 und 508 – 510)

Insgesamt werden zwar mehrheitlich positive Stimmen zum VändG (2007) abgegeben, dennoch weisen die kritischen Anmerkungen auch darauf hin, dass das Thema des zunehmenden Frauenanteils in der Allgemeinmedizin mit dieser Gesetzesänderung nicht als erschöpfend abgehandelt betrachtet werden kann. Zudem scheint eine gedankliche Umstellung darauf, dass auch Anstellungen im allgemeinmedizinischen Bereich eine gleichberechtigte Alternative zur Niederlassung darstellen könnten, noch einige Zeit zu brauchen.

Interessant vor dem Hintergrund einer starken Ablehnung von Standardisierung und Dirigismus ist, dass für einige Ärzte und Ärztinnen eine Zunahme an Steuerung, z. B. durch die Kassenärztliche Vereinigung, durchaus vorstellbar ist, um Versorgungslücken zu schließen, indem z.B. angehende Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen für eine gewisse Zeit für eine Tätigkeit auf dem Land zu verpflichten wären.

*„ (...) dass man sagt, so wenn ihr Medizin studieren wollt, dann müsst ihr euch verpflichten äh zwei, drei Jahre auf dem Land äh tätig zu sein äh, dass man so was zum Beispiel einführt, dass die das überhaupt erst mal aus dem FF dann kennen lernen.“
(J.2/33, 1079 – 1084)*

Dieser scheinbare Widerspruch lässt sich aber zum einen damit erklären, dass die Interviewten selbst von einer solchen Regelung wohl nicht mehr betroffen wären, zum anderen damit, dass für einen Teil ähnliche Regelungen aus der DDR-Berufstätigkeit vertraut sind.

4.2.3 Qualität der Weiterbildung

Die fünfjährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ist als bundesweite Regelweiterbildung noch keine zwei Jahre alt. Die Ausgestaltung dieser fünf Jahre obliegt den Landesärztekammern, so dass angehende Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in den einzelnen Bundesländern durchaus unterschiedliche Inhalte vermittelt bekommen können und unterschiedliche Fachgebiete absolvieren müssen, was nicht immer transparent oder nachvollziehbar erscheint.

„Ähm sie (die Tochter, Anmerk. d. Verf.) hatte Schwierigkeiten zum Beispiel, 'ne stationäre äh Chirurgiestelle zu bekommen. Deswegen habe ich mich gewehrt bei der KV ähm, weil es da neue Richtlinien gibt äh. In Schleswig-Holstein, das sind diese schrecklichen Länderkompetenzen ähm, gibt es noch den alten Facharzt für Allgemeinmedizin. Die müssen auch sechs Monate oder sogar ein Jahr Chirurgie machen ähm, während es seit vorigem Jahr schon diesen EU Kombifacharzt gibt. Der ist zum Beispiel in Hamburg zugelassen, die brauchen keine Chirurgie äh Weiterbildung mehr zu machen, und es ist ein ganz großes Kompetenzwarr im Moment.“ (G.2/4, 125 – 132)

Die Weiterbildung zum Hausarzt wird von berufsfachinterner Seite als weitgehend unstrukturiert beschrieben. Selbst Pflichtabschnitte seien in ihrer Ausrichtung oft beliebig und müssten von jedem Weiterbildungsassistenten, jeder Weiterbildungsassistentin regelrecht erkämpft werden. Priorität habe nicht die Qualifizierung, sondern die Arbeitsleistung des Assistenzarztes, der Assistenzärztin. (Kochen 2007: 428) Eben diese Kritikpunkte fanden sich auch in den Interviews wieder.

In beiden untersuchten Regionen beinhaltet der Theorieanteil der Weiterbildung 80 Stunden (früher 240 Stunden) mit einem Fokus auf Psychosomatik.⁴⁶ Laut Empfehlung der Bundesärztekammer gliedern sich die fünf Jahre der praktischen Ausbildung in einem stationären Abschnitt im Bereich Innere Medizin von mindestens 24 Monaten und einem ambulanten Abschnitt in der hausärztlichen Versorgung von ebenfalls 24 Monaten. Das verbleibende Jahr kann entweder in den zwei oben genannten Bereichen oder, auch in drei-Monats-Abschnitten, in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden (Bundesärztekammer 2007). Genaueres zu den praktischen Anteilen der Weiterbildung findet sich auf den Web-Seiten der jeweiligen Landesärztekammern.

Viele der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen haben noch Weiterbildungen anderer Struktur und Inhalte erlebt. Während diese in der DDR bereits ebenfalls von fünfjähriger Dauer und inhaltlich stark durchstrukturiert war, schien sie in der BRD von einer gewissen Beliebigkeit, dafür aber auch von größerer Wahlfreiheit geprägt zu sein.

„Wir haben eigentlich, konnten eigentlich machen was wir wollten äh und uns dann als damals praktische Ärzte ja niederlassen. Den Facharzt für Allgemeinmedizin haben wir dann irgendwo mehr oder weniger nachgemacht. Und äh es war gar kein Hindernis.“

(G.1/4, 114 – 117)

Erinnerungen an die eigene allgemeinmedizinische Weiterbildung sind in den meisten Fällen eher positiv besetzt, dies umso mehr, je länger diese zurück liegt, unabhängig von der Weiterbildungskonzeption, unabhängig davon, ob sie in der damaligen BRD oder DDR stattfand. Je kürzer die Weiterbildung zurück liegt, desto mehr Kritikpunkte werden benannt, am meisten von jenen, die sich aktuell noch im Weiterbildungsprozess bewegen. Dies ließe zwei Erklärungen zu: 1. Es handelt sich um einen Recall-Bias, d.h. das Erlebte wird im Nachhinein geschönt und verklärt oder 2. die Weiterbildungsbedingungen wurden früher tatsächlich als angenehmer im Vergleich zu den heutigen wahr genommen, dies auch in beiden erlebten Modellen.

Im Gegensatz zur Weiterbildung in der Vergangenheit werden für das derzeitige Weiterbildungsmodell in den Interviews kaum positive, dafür umso mehr negative Aspekte genannt. Diese lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

⁴⁶ Dies ist eine Empfehlung der Bundesärztekammer und wird von allen Landesärztekammern entsprechend umgesetzt.

- Es gestaltet sich nach wie vor als schwierig, passende Weiterbildungsstellen zu finden. Dies betrifft auf Grund einer reduzierten Flexibilität insbesondere diejenigen, die bereits Kinder haben und deren alltägliche Versorgung übernehmen.⁴⁷
- Stationäre Weiterbildungsstellen sind häufig nicht auf die Vermittlung allgemeinmedizinischer Fertigkeiten zugeschnitten.
- Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten für Allgemeinmedizin werden in den klinischen Bereichen nicht gern gesehen, da sie nicht für die eigene Fachrichtung ausgebildet werden können.
- Weiterbildungsinhalte sind wenig transparent.
- Für wichtig erachtete Inhalte wie z.B. betriebswirtschaftliche Kenntnisse oder das Lernen von Entscheidungsfindungskompetenzen fehlen gänzlich.
- Die derzeitigen finanziellen Weiterbildungsförderungen sind ungenügend, sie stellen im ambulanten Bereich häufig das einzige Einkommen der Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen dar.
- Die Weiterbildung ist wenig von tatsächlicher, strukturierter Ausbildung gekennzeichnet, es fehlt an fachlicher Begleitung.
- Die theoretischen Anteile der Weiterbildung sind uninteressant oder für die Praxis nicht hilfreich.
- Die Weiterbildungszeit sei zu lang, Allgemeinmedizin brauche nicht die gleiche Weiterbildungszeit wie andere Fachrichtungen, dies wäre auch in den europäischen Nachbarländern nicht der Fall.

„Also es ist immer noch so, wenn sie zum Beispiel chirurgische Weiterbildungszeit brauchen und sie gehen zu einem chirurgischen Chef und sagen, ich will Allgemeinarzt werden, denn sagt der, was soll ich mit dem, der ist ein halbes Jahr da oder wenn er Glück hat vielleicht ein Jahr da, und bevor diese Klinik von diesem Assistenten profitiert, ist seine Weiterbildungszeit vorbei. Und deshalb sind das immer noch ungern gesehene Leute in den ganzen Kliniken, das ist so.“ (G.3/7, 207 – 213)

Bei dem überwiegend negativen Bild, welches die Befragten von der derzeitigen allgemeinmedizinischen Weiterbildung zeichnen, wäre es interessant zu untersuchen, wie viele angehende Allgemeinmedizinerinnen sich noch im Laufe ihrer Weiterbildung um entscheiden und eine andere Fachrichtung wählen, ins Ausland gehen, sich aus der medizinischen Versorgung zurückziehen oder eventuell auch gänzlich den Beruf verlassen.

„Das waren mal äh so und so viele die angefangen haben. Und von denen die angefangen ha_, haben, haben in der Ausbildungszeit schon über die Hälfte X-Land verlas-

⁴⁷ In den geführten Interviews waren dies ausschließlich Frauen.

sen, die nur einen Teil hier angefangen haben und dann woanders sich was weitergesucht haben so.“ (J.5/5, 154 – 157)

In den fünf Jahren der Weiterbildung wird das Fachgebiet Allgemeinmedizin offensichtlich nicht viel konkreter und es scheint tatsächlich ein gravierender Mangel an Strukturierung zu bestehen. Letzteres wird sowohl bezogen auf die Rahmenbedingungen *als auch* bezogen auf die inhaltliche Gestaltung, in der theoretischen Weiterbildung *und* in der praktischen, sowohl im stationären *als auch* im ambulanten Setting, berichtet.

„Und das Schlechte oder was, was äh einen sehr frustriert, dass man nicht langfristig planen kann, dass man sich also jedes halbe Jahr oder Jahr wieder neu irgendwo bewerben muss äh, man nie genau weiß, bleibt man jetzt genau in der Region äh, geht das, geht das jetzt an dieser Klinik weiter oder muss ich jetzt weit fahren ähm, schaff ich 'ne Stelle zu kriegen, die direkt äh nahtlos anschließt oder hab ich 'ne gewisse Zeit, wo ich entweder einen auf arbeitslos machen muss oder wo ich einen Job mach, der mir für meine Facharztausbildung dann nichts mehr nützt. Ähm Nachteil ist sicherlich auch, dass zumindest diese 18 Monate in der Allgemeinmedizin, zumindest in X-Land außer dieser Förderung von zusammengekommen 2040 Euro nicht bezahlt werden.“ (J.9/3/4, 91 – 98)

„In der Praxis, der ist ja froh, wenn er einen Assistenten hat, der ihn ein bisschen entlastet, der bildet ja nicht in dem Sinne aus.“ (J.7/5, 159 – 161)

„Also Qualität der Weiterbildung, dazu muss ich sagen, es fand Null, wirklich Null strukturierte Weiterbildung statt. (...) Es fand, ich, wenn ich gezielt was gefragt habe und gedrängelt habe, dass mal ein Oberarzt kam, denn hab ich 'ne Antwort auf gezielte Fragen gekriegt, aber Null Einführung, nichts.“ (H.5/6, 182 – 183 u. 190 – 192)

Bezüglich der kritisierten Rahmenbedingungen taucht wiederholt als Veränderungswunsch auf, dass Rotationsmodelle für die Allgemeinmedizin anzubieten wären, wie sie teilweise in einzelnen Regionen bereits in der Praxis erprobt werden. Dies beinhaltet in erster Linie, dass Weiterbildungsplätze für alle notwendigen und gewünschten Stationen der Allgemeinmedizin in einer Region gewährleistet und angeboten werden können. Insgesamt bestehen Ideen darüber, in wessen Händen die Organisation hierfür liegen sollte. In einem Landkreis Mecklenburg-Vorpommerns besteht seit Anfang des Jahres bezüglich der Weiterbildungsangebote für die Allgemeinmedizin eine regionale Koordinierung zwischen ambulantem und stationärem Bereich, der auch die Gemeinde einbezieht, die Hilfestellung bei der Wohnraumbeschaffung, Kinderbetreuungsplätzen, usw. verspricht. Eine andere Idee ist die Koppelung der Weiterbildung an die Universitäten, wie sie auch in den Niederlanden in Form strukturierter Programme, finanziert durch das Gesundheitsministerium praktiziert wird (Plat et al. 2007).

In diesem Zusammenhang wird auch der Wunsch nach Mentorensystemen oder festen Ansprechpartnern/ Ansprechpartnerinnen in der Weiterbildung bei den Landesärztekammern, die auch für die Evaluation der Weiterbildung zuständig wären, als wichtiger Schritt einer Qualitätsverbesserung genannt.

Weniger Ideen bestehen bezüglich einer inhaltlichen Verbesserung der Weiterbildung. So sehr die mangelnde Struktur beklagt wird, scheinen doch die Freiheitsspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten auch wichtig zu sein. Insbesondere die Wahlzeiten und -gebiete, die innerhalb der allgemeinmedizinischen Weiterbildung bestehen, ermöglichen einerseits die Berücksichtigung individueller Interessen, andererseits die gezielte Aneignung von Kenntnissen entsprechend dem später gewünschten Niederlassungsort und werden somit einem unterschiedlichen Tätigkeitsspektrum in ländlichen oder städtischen Regionen eher gerecht.

Dennoch scheint es notwendig zu sein, Weiterbildungskonzepte für die einzelnen Pflichtausbildungsstationen zu entwickeln und die Verantwortung für Organisation und Erwerb der von den Landesärztekammern definierten Anforderungen nicht nur allein bei den Weiterzubildenden zu belassen, sondern auch den ausbildenden Stellen zu übertragen. Dies hieße, z. B. für Kliniken und Praxen, die in die allgemeinmedizinische Weiterbildung involviert sind, ebenfalls Nachweise zu erbringen, inwieweit definierte Ausbildungsziele ermöglicht wurden. Standardisierte Evaluationen der Ausbildungsqualität könnten ebenfalls die Bildungsverantwortung von Kliniken und Praxen fördern. Allerdings scheint auch für die Ausbildungsseite eine institutionelle Unterstützung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung notwendig zu sein.

Grundvoraussetzung für potentielle Ausbilder und Ausbilderinnen wäre zunächst einmal die Kenntnis notwendig zu erwerbender allgemeinmedizinischer Inhalte und Fertigkeiten, die offenbar vor allem im stationären Bereich nicht unbedingt als vorhanden vorausgesetzt werden können. Da Allgemeinmedizin im stationären Bereich keinen Platz hat, kommen die dort tätigen Ärzte und Ärztinnen mit diesem Fachgebiet, abgesehen von den Schnittpunkten der Einweisungen und Entlassungen, praktisch kaum in Berührung und können entsprechend schlecht die Weiterbildung auf das ambulante allgemeinmedizinische Setting abzielen. Eine Möglichkeit dem entgegenzuarbeiten, wäre, einen allgemeinmedizinischen Anteil in andere Facharztweiterbildungen zu integrieren. Dies könnte nebenbei auch eine Kooperationsverbesserung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zur Folge haben.⁴⁸

„Das glaube ich, könnte man einfach viel besser kooperieren, wenn man beide Sektoren kennt. Und die Allgemeinmediziner haben ja, also nicht nur den stationären Teil gemacht, die kennen den Krankenhausbetrieb und umgekehrt würde ich mir das auch

⁴⁸ Ein solches Modell existiert in anderer Form in Österreich. Dort absolvieren alle Ärzte nach dem Studium zunächst eine dreijährige so genannte Turnuszeit, die der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner/ zur Allgemeinmedizinerin entspricht. Andere Fachweiterbildungen finden erst im Anschluss statt.

wünschen, dass die Leute, die im Krankenhausbetrieb bleiben, den Praxisbetrieb kennen lernen.“ (G.7/10, 294 – 299)

Eine weitere Voraussetzung wäre, zusätzliche finanzielle Mittel⁴⁹ in die Weiterbildung zu investieren, diese aber an Qualitätsansprüche und -kriterien zu knüpfen, damit eine Ausbildung stattfinden kann, die diese Bezeichnung auch verdient.

„Das Zweite, das betrifft jetzt nicht allein die Allgemeinmedizin, aber da krieg ich's halt mehr mit, weil ich durch mehr Kliniken durchgehe, ist, dass die Facharztweiterbildung, was ich bis jetzt an einer einzigen Stelle während meiner Weiterbildungszeit mitgekriegt hab, wirklich 'ne Weiterbildung war. Alles andere war ein reines, ‚da ist die Station, arbeite mal‘. Dass es da mal wirklich einen gab, der einem versucht hat was zu erklären, der einem versucht hat, anhand seines äh Leistungsstandes weiter voranzubringen gibt's nicht, zumindest nicht in X-Land.“ (J.9/32, 1003 – 1010)

Eine inhaltlich ungenügende Weiterbildung wird nicht nur von Assistenten- und Assistentinnenseite aus beklagt. Aus Sicht der Ausbilder und Ausbilderinnen wird vor allem ein Mangel an Zeit für die tatsächliche Ausbildung beschrieben.

Die derzeit laufenden Fördergelder für die Weiterbildung der Allgemeinmedizin⁵⁰ scheinen vor allem im ambulanten Bereich dringend notwendig zu sein, da sich seit Abschaffung des ‚Arztes im Praktikum‘ (AIP's) insbesondere kleine Einzelpraxen eine Assistentinnen-/ Assistentenstelle gar nicht leisten könnten. In vielen Fällen würde daher das Bruttomonatsgehalt eines Assistenzarztes, einer Assistenzärztin im ambulanten Abschnitt der allgemeinmedizinischen Weiterbildung die 2040 Euro Fördergeld nicht überschreiten, während das Einkommen in den stationären Abschnitten höher wäre. Dies stellt vor allem für Ärzte und Ärztinnen nach der Familiengründung eine weitere Hürde dar.

„Nur die Krankenhäuser, die sind eher in der Lage einem auch ein Gehalt zu zahlen, während die meisten Niedergelassenen natürlich sagen ‚sie nehmen dann die 2040 als Bruttogehalt und fertig‘.“ (G.9/8, 237 – 240)

„Wenn die (Praxen – Anmerk. d. Verf.) Fördergelder der KV und der Krankenkassen bekommen, nur dann ist das machbar. Wenn es die nicht gäbe, muss man sagen, ist es wirtschaftlich nicht darstellbar.“ (G.3/7, 222 – 224)

⁴⁹ Dies könnten zusätzliche Stellen im stationären Bereich sein, die speziell für die Allgemeinmedizin reserviert wären oder auch zusätzliche Honorare für Ausbilder und Ausbilderinnen.

⁵⁰ Das Initiativprogramm zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin wurde 1998 Gesetz. Seit 1999 stellen die Krankenkassen Geld zur Verfügung. Sie fördern seit 2003 bundesweit jedes Jahr maximal je 3000 Stellen für allgemeinmedizinische Weiterbildungsassistenten im stationären und 3000 Stellen im ambulanten Bereich mit 1020 Euro pro Monat. Für die Stellen bei niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen stellen einige KVen und/ oder Kammern noch einmal dieselbe Summe zur Verfügung.

Inwiefern Weiterbildungsassistentinnen oder -assistenten durch ihre Mitarbeit für die Praxen eine tatsächliche Entlastung darstellen, wird in den Interviews nicht erwähnt.⁵¹ Als gewinnbringend wird jedoch an mehreren Stellen berichtet, durch Assistenzärzte und -ärztinnen das aktuelle medizinische „Universitäts-know-how“ in die Praxis zu bekommen.

„Das ist gut, weil äh die jungen Leute kommen mit neuen Erkenntnissen aus der Klinik und äh das finde ich ist ein Geben und Nehmen, da hat man auch was davon.“ (J.1/11, 354 – 356)

Bislang müssen Ärzte und Ärztinnen, die eine Weiterbildungsbefugnis beantragen keine speziellen pädagogischen oder fachlichen Kenntnisse besitzen, sondern lediglich die eigenen Fort- und Weiterbildungen sowie ihre ‚Scheinzahl‘, also die Anzahl ihrer Patienten und Patientinnen nachweisen, es sei ausschließlich ein „Zusammensuchen von Unterlagen“ (J.3/10,315).⁵² Motive, in der Ausbildung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses tätig zu werden, lassen sich einteilen in:

- Verpflichtungsgefühl,
- geschäftsorientierte Perspektive - Weiterbildung als verlängerte Probezeit bei Expansionsvorhaben,
- Sicherung der Praxisnachfolge - insbesondere innerhalb der eigenen Familie.

„Also ich hab's mehr gemacht aus der Notwendigkeit heraus und hoffe einfach immer, dass es auch gut läuft (lacht) ne, dass äh, ja dass ich's jetzt äh, ja ich hab's eigentlich gemacht, weil es, weil ich denke, es muss jemand machen ne.“ (J.3/9, 280 – 283)

Um die Qualität der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu erhöhen, sollten eventuell auch inhaltliche Kriterien für die Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis entworfen, ebenso wie regelmäßige Evaluationen etabliert werden.

Vor dem Hintergrund einer unzureichenden theoretischen Untermauerung der Allgemeinmedizin, wie sie in Kapitel 4.2.1.2 beschrieben wurde, scheint es sinnvoll, die theoretischen Anteile zu erhöhen und sie der praktischen Ausbildung anzupassen, bzw. sich mehr auf diese zu beziehen.⁵³

„Ich weiß nicht, so 'ne Otitis externa, da 'ne Salbentamponade rein machen, das kann ich im Prinzip auch. Aber weil ich das nie gelernt hab, hab ich das noch nie gemacht. Und äh da wünsch ich mir auch mehr Fortbildungen so für den einfachen Allgemeinmediziner, praktische Fortbildung, was tue ich da. Mal ein Wochenende nur HNO Er-

⁵¹ Aus einer Untersuchung zum PJ-Tertial in der Allgemeinmedizin ist jedoch bekannt, dass sich Zeitmehraufwand und eingesparte Zeit durch die personelle Unterstützung der Studenten/ Studentinnen außer in den ersten Wochen, die Waage halten. Somit lässt sich ein höherer Entlastungsbenefit während der länger andauernden Weiterbildungszeit erwarten. (Kötter/ Träder 2007: 10)

⁵² vgl. auch §§ 5 und 6 der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer 2007 (Bundesärztekammer 2007).

⁵³ Interview G.9/13/14, 406 – 424

*krankungen, und dann wird es auch mal handwerklich gemacht, nicht nur theoretisch.“
(G.5/27/28, 856 – 862)*

4.2.4 Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit mit der eigenen, respektive mit anderen Berufsgruppen

Das Erleben von Kooperationen wurde in den Interviews zum einen bezogen auf die intradisziplinäre zum anderen bezogen auf die Zusammenarbeit mit Akteuren und Akteurinnen anderer Gesundheitsfachberufen erfragt.⁵⁴ Gesondert wurden in diesem Zusammenhang die Erfahrungen und Bewertungen von Praxisnetzen und die Sichtweisen zu möglichen Delegationen ärztlicher Tätigkeiten an andere Gesundheitsfachberufe thematisiert.

4.2.4.1 Intradisziplinäre Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit der eigenen Berufsgruppe im ambulanten Bereich wird überwiegend positiv dargestellt. In Ausnahmen wird von einem hierarchiebetonten Umgang anderer Fachrichtungen gegenüber der Allgemeinmedizin berichtet.⁵⁵ Im Gegensatz zur positiv erlebten Zusammenarbeit innerhalb der ambulanten Versorgung werden Kooperationen mit dem stationären Sektor, wo sie erwähnt werden, eher als stark verbesserungswürdig wahrgenommen.

„Ja, meine Erfahrung ist diesbezüglich leider sehr, sehr negativ bis jetzt. Weil äh ein interkollegialer Austausch passiert nicht, das ist meine Erfahrung. Äh die Niedergelassenen glauben, die Kliniker, sie bevormunden sie die ganze Zeit und äh sehen den Patienten nie als Ganzes, sondern sehen ihn immer bloß punktuell und haben demnach keine Ahnung, wie es draußen läuft. Die Klinikärzte sehen die Niedergelassenen als welche, die überhaupt, die, die seit 20 Jahren nicht mehr auf 'ner Fortbildung waren, auf dem Stand von 1960 hängen geblieben sind und im Prinzip eh keine Ahnung haben und dass man das halt erst mal, wenn der Patient ins Haus kommt, a) noch mal alle Untersuchungen neu machen muss, b) auch sämtliche Einstellungen ändern muss, weil der kann's nicht.“ (J.9/15/16, 469 – 478)

Als kooperationsförderlich wird in mehreren Interviews das Arbeiten im ländlichen Bereich ausgewiesen. Dies hätte folgende entscheidende Vorteile: 1. Auf Grund der auf dem Land geringeren Arzt-/ Ärztinnendichte sei die sonst bestehende wirtschaftliche Konkurrenzsituation nicht vorhanden, 2. wäre man aus dem gleichen Grund und somit einem Mangel an Ausweichmöglichkeiten in gewisser Weise gezwungen, einen Modus der Zusammenarbeit

⁵⁴Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit anderen fachärztlichen Bereichen ein? Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit Akteuren und Akteurinnen der verschiedenen Gesundheitsfachberufe, z.B. Pflege oder Physiotherapie, ein?

⁵⁵ Vgl. Interview J.7/28, 896 – 905

zu finden und letztlich könne man sich gut in regionalen Qualitätszirkeln persönlich kennen lernen.

„Das ist nun wieder der Vorteil des etwas unterversorgten Gebietes, dass es hier nicht so die Intention gibt, irgendwelchen Kollegen Patienten abzugraben. Wir wissen, dass hier ein, eher ein Mangel herrscht und wenn Patienten woanders hingehen, na gut dann gehen sie eben woanders hin.“ (G.3/17, 525 – 528)

Insgesamt überwiegt der Wunsch nach Austausch und Zusammenarbeit, diese wird aber vor allem selbst gewählt favorisiert, wie dies in Gemeinschaftspraxen der Fall ist.⁵⁶ Eine Institutionalisierung von Kooperation wie z.B. in Form von Praxisnetzen findet keinen generellen Anklang. Dabei wird das Vorhandensein informeller Netzwerke als Hauptargument gegen die Notwendigkeit formeller Zusammenschlüsse benutzt.

„Also wir brauchen hier in der Stadt z.B. diese Praxisnetze nicht ja. Das sagen die immer, bist Du Mitglied im Praxisnetz, ich sag immer nein, weil eigentlich hab ich sowieso schon mein Netz, ohne dass ich das so nenne.“ (G.8/12/ 350 – 353)

Als weiteres Argument gegen Praxisnetze wird der hohe Aufwand im Verhältnis zu einem geringen Nutzen angeführt oder aber auch offen die Ablehnung formalisierter Kooperationsformen thematisiert, weil man als Landarzt eben „Einzelkämpfer“ sei.⁵⁷ Befürchtungen werden außerdem dahingehend geäußert, dass durch eine intensivere Vernetzung die ärztliche Schweigepflicht und das Vertrauensverhältnis zwischen Hausärztin/ Hausarzt und Patient/ Patientin untergraben werden könnte.⁵⁸ In den durchgeführten Interviews waren alle Kritiker und Kritikerinnen von Praxisnetzen nie an ihnen beteiligt.

Inhaber und Inhaberinnen von Mitgliedspraxen eines Praxisnetzes dagegen bewerten diese Form der Kooperation als durchaus sinnvoll und gewinnbringend. Das Ausmaß der positiven Bewertung variiert dabei je nach Praxisnetz und könnte auch vom persönlichen Engagement im Netz mitbestimmt zu sein. So beschreiben einige Interviewpartner und -partnerinnen lediglich das mit der Netzmitgliedschaft einhergehende wohnortnahe Fortbildungsangebot als reizvoll, andere verbinden mit der Mitgliedschaft auch eine Verbesserung des Versorgungsangebotes für die Bevölkerung, indem versucht wird, auch nichtärztliche Versorgungsanbieter und -anbieterinnen als Kooperationspartner und -partnerinnen an das Netz zu binden. Entsprechend variieren die Kooperationsformen und reichen von regelmäßig veranstalteten Qualitätszirkeln bis zu Plänen Einkaufsgenossenschaften zu bilden oder einen gemeinsamen Mitarbeiterinnenpool auszubilden, aus dem Springerinnen in Krankheitsfällen eingesetzt werden können.

⁵⁶ Dabei handelte es sich durchgängig um Gemeinschaftspraxen innerhalb des engeren familiären Netzwerkes.

⁵⁷ Vgl. Interview J.2/23, 732 – 737

⁵⁸ Vgl. Interview J.3/15-16, 476 – 506

„(...) wir bemühen uns grade mit diesem Mitarbeiterpool äh auch Leute über das Netz auszubilden, die dann bei Bedarf in den Praxen einspringen können, wenn da mal jemand ausfällt, krank wird usw. Wir brauchen uns sozusagen auch.“ (J.4/4, 100 – 103)

Eine Intensivierung der intradisziplinären Zusammenarbeit in Medizinischen Versorgungszentren als weitere, noch relativ neue Kooperationsform wurde in den Interviews, abgesehen von einer vereinfachten internen Organisation, nicht berichtet.

Obwohl in fast allen Interviews die gute ambulante ärztliche Zusammenarbeit wiederholt betont wird, scheint diese oft aber auch einen gewissen Abstand zu brauchen. So finden sich an verschiedenen Stellen Aussagen zur Angst vor wirtschaftlicher Konkurrenz, vor einem „sich nicht in die Karten gucken lassen wollen“ und Schwierigkeiten fachlicher Absprachen.

„(...) sie können drei Ärzte nehmen ja, wenn sie zum Fach 'ne Frage stellen, haben sie mindestens vier oder fünf verschiedene Antworten und so ist es auch, dass die die müssen sich ja wohl einig werden ja. Und wenn einer denkt, der andere kriegt mehr Geld als er verdient und ich arbeite für den mit und dann geht 's (unverständlich – Anmerk. d. Verf.). Also das sind auch Dinge, die die schwierig sein können. Wir haben hier so 'n schönes Ärztehaus, die haben überlegt, ob die 'n Versorgungszentrum machen, damit das Krankenhaus hier keins gründet ne ja. Aber die können sich nicht einig werden.“ (J.5/24, 761 – 768)

4.2.4.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Im Vergleich zur intradisziplinären Kooperation wird die Zusammenarbeit mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen anderer Gesundheitsfachberufe⁵⁹ weniger häufig mit dem anfänglichen Pauschalurteil ‚sehr gut‘ bezeichnet. Hingegen wird deutlicher auf Einschränkungen verwiesen.

Kritik an der Kooperation mit der Berufsgruppe der Pflege und die Zusammenarbeit einschränkende Faktoren lassen sich wie folgt systematisieren:

- Die Versorgungsqualität durch Pflegeberufe sei teilweise unzureichend,
- Pflegedienste und auch stationäre Pflegeeinrichtungen seien zu häufig mit ungenügend ausgebildetem oder auch insgesamt zu wenig Personal besetzt,
- die Pflege konstruiere Patienten-, Patientinnenbedürftigkeiten, die so nicht vorhanden wären und würden aus eigenen wirtschaftlichen Interessen heraus tätig werden,
- finanzielle Restriktionen auf pflegerischer Seite könnten eine schnelle, informelle Zusammenarbeit erschweren.

⁵⁹ Überwiegend handelte es sich in den Interviews dabei um Angehörige von Pflegeberufen, vereinzelt auch um Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Arzthelferinnen.

„Bei den Pflegediensten kommt es ja auch so 'n bisschen drauf an. Sind ja sehr viele, oder viele Pflegedienste haben Personal auch beschäftigt, was heute so üblich ist, auch eine wird qualifiziert zur Altenpflegerin und so. Und da sehen wir manchmal so 'n bisschen Dinge wo ich sag, Menschskind, das geht so nicht, also das, das muss besser werden, qualitativ.“ (J.3/16, 512 – 517)

Mit Sicherheit entbehren die genannten Kritikpunkte nicht ihrer Grundlage. Mit Sicherheit erleben die Befragten, dass Qualitätsmängel in der Pflege als eine Folge von hoher Arbeitsverdichtung und Versorgungsangeboten mit ungenügend ausgebildetem Personal existieren. Für die vorliegende Untersuchung interessanter ist aber, dass den genannten Kritikpunkten in aller Regel ein mehr oder weniger stark hierarchisiertes Medizin-Pflege-Verständnis zu Grunde liegt, welches eine gelungene Kooperation erschwert oder auch verunmöglicht. So wird z. B. als selbstverständlich angenommen, dass es allein die Ärztin/ der Arzt sei, die oder der Versorgungsqualität oder Patienten-, Patientinnenbedürftigkeit definiere. Ebenso wird häufig von der anderen Berufsgruppe erwartet, über den Zustand des Patienten, der Patientin in der ärztlichen Praxis zu berichten, während dies umgekehrt gar nicht erst in Erwägung gezogen wird.

Ein traditionelles Verständnis von Seiten der Medizin als weisungsbefugt gegenüber der Pflege, bzw. von Pflege als ärztlicher Assistenz findet sich in fast allen Interviews, unabhängig davon, ob die Zusammenarbeit eher kritisch oder eher positiv beschrieben wird. Obwohl diese Haltung mit einem modernen Pflegeverständnis nicht vereinbar ist und als überholt gelten kann, findet sie sich in moderaterer und teilweise respektvollerer Form auch in den jüngeren Altersgruppen. Als „gut“ wird eine Zusammenarbeit mit Pflegediensten bezeichnet, wenn diese zur eigenen Entlastung beitragen, ohne dabei den ärztlicherseits gesteckten Handlungsrahmen zu verlassen.

„Die Sozialstationen die arbeiten gut, äh, denen kann man auch einiges auf-, auftragen, ,ach, nehmen Sie mal bitte Blut ab und bringen uns das morgen her'. Das machen die denn auch, gar, gar keine Frage.“ (J.1/18, 584 – 586)

Ein weiterer Indikator gelungener Kooperation scheint vorallem zu sein, wenn Pflegepersonal auf Grund eines intensiveren Patienten-/ Patientinnenkontaktes hilft, eigene Handlungsunsicherheiten zu kompensieren.

„Eigentlich nur positiv. Also, wenn denn 'n Patient irgendwie was hat, die Schwester ruft dann an oder die Pflegekraft ruft dann an und sagt, der hat das schon wieder, können wir nicht das und das machen', ,klar. Hat er das und das Problem?' ,nein', ,gut dann lass so'. Dann brauchen wir nicht immer hin ne, die übernehmen halt viel denn, nehmen einem viel ab. Können ja den auch besser, besser einschätzen.“ (J.8/18, 560 – 564)

Verstärkt wird die traditionell lang bestehende Hierarchie zwischen ärztlichem und pflegerischem Bereich dadurch, dass das Verordnungsmonopol⁶⁰ bei der Medizin liegt, die Pflege in ihrem Versorgungsauftrag also stets von ihr abhängig bleibt.

Auf eine in der Tendenz eher gleichberechtigte praktische Zusammenarbeit ließe sich in einem Fall von regelmäßig gemeinsam durchgeführten Fallbesprechungen schließen, in einem weiteren Interview besteht dies als Vorsatz für die eigene spätere Niederlassung.

„Ich kann mir schon vorstellen, dass wenn ich, wenn ich dann später niedergelassen bin, ich äh mich mit, mit Pflegeberufen zusammensetze oder mit Pflegediensten, sicherlich dann primär erst mal mit den Pflegedienstleitern, da bin ich schon realistisch genug, und dann mit denen das aber auch äh glasklar absprech', ok das sind, das ist das und das, wie ich's ganz gerne hätte, welche Ideen habt ihr, habt ihr auch Ideen, was, was in Bereichen bei mir oder auch in Bereichen, wofür ich verantwortlich bin, besser machen könnte.“ (J.9/14, 415 – 421)

Ein persönliches Kennen sowie personelle Kontinuität zwischen Medizin und Pflege wird in aller Regel als wertvoll und vorteilhaft beschrieben, da es die Zusammenarbeit und damit die Patienten- und Patientinnenversorgung fördert.⁶¹

Vor dem Hintergrund von Pflege als verlängertem Arm der Hausarztpraxis, der auch in Modellversuchen wie dem Wiederaufleben der DDR-Gemeindeschwester in erweiterter Form (AGnES⁶²) nicht verlassen wird, blieb auch die folgende Frage nach den Vorstellungen möglicher Delegation ärztlicher Tätigkeiten an die Pflege.⁶³ Bei den Antworten auf diese Frage ließen sich folgende drei Haltungen herauskristallisieren:

- Eine Delegation ärztlicher Tätigkeiten wird eher abgelehnt oder ist nicht vorstellbar, weil
 - ❖ Pflege auch als Konkurrenz wahrgenommen wird, die vom hausärztlichen „Versorgungskuchen“ etwas weg nehmen könnte,
 - ❖ Pflege hierfür nicht adäquat ausgebildet oder selbst überlastet sei,
 - ❖ Ängste vor rechtlichen Sanktionen bestehen,
 - ❖ Pflege zusätzliche Verantwortung nicht übernehmen wolle.
- Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten wird zwar prinzipiell für möglich gehalten, könne aber nur eine Notlösung für eine zu geringe ärztliche Versorgungsdichte in ländlichen Be-

⁶⁰ Dies betrifft zwar vordergründig nur SGB V – Leistungen, aber zum einen kann kaum ein Pflegedienst ausschließlich durch SGB XI – Leistungen wirtschaftlich überleben, zum anderen ist eine umfassende Versorgung nach SGB XI teilweise von SGB V – Verordnungen abhängig.

⁶¹ Vgl. Interview G.7/15, 448 – 461

⁶² AgNES: Arztlastende gemeindenahe E-healthgestützte Systemische Intervention, Projekt des Instituts für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greiswald

⁶³ „Ein Ansatz zur Sicherung hausärztlicher Versorgung -gerade in ländlichen Regionen- ist die Ausweitung häuslicher Krankenpflege. Krankenschwestern und -pfleger, so die Idee, könnten verschiedene Versorgungsaufgaben übernehmen und damit Ärzte und Ärztinnen entlasten. Was halten Sie von diesem Versorgungsansatz?“

reichen darstellen und bringe nur geringfügig Entlastung. Entsprechend werden Grenzen und Einschränkungen der Übertragung von Aufgabenbereichen betont.

- Eine Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist gut vorstellbar, da Pflege kompetent ausgebildet sei und die Patienten- und Patientinnenbedürfnisse auf Grund der größeren Nähe besser einschätzen könne.

Auffallend ist bei vielen Interviewpartnern und -partnerinnen eine relativ große Unkenntnis darüber, was Pflege rechtlich kann und darf und was nicht. Entsprechend nehmen juristische Bedenken und Ängste einen großen Raum ein. Auch die praktischen Erfahrungen diesbezüglich stellten sich sehr unterschiedlich dar. Generell wird davon ausgegangen, dass jegliche Endverantwortung auf der ärztlichen Seite läge, was die oben beschriebene hierarchische Herangehensweise zumindest teilweise erklärt. Unberücksichtigt und unerwähnt bleiben sowohl die Übernahmeverantwortung als auch die Durchführungsverantwortung der jeweiligen Pflegekraft.

„Ist machbar. Ist machbar. Ja. Ist aber schwierig machbar. Das ist wieder halt so ein richtiges Problem. Dass man, dass letztendlich der Arzt für das, was er denn delegiert, immer die Verantwortung trägt. Und das setzt natürlich immer eine arge Überwachung desjenigen voraus, der es denn machen soll.“ (G.3/18, 560 – 563)

Weniger offen wird der Aspekt der Konkurrenz mit den Pflegenden thematisiert. Der Beziehungsaspekt, die Nähe zu und auch das Vertrauen von Patienten und Patientinnen betrifft Allgemeinmedizin und häusliche Krankenpflege gleichermaßen. Für diejenigen Hausärzte und Hausärztinnen, deren berufliche Identität fast ausschließlich aus einer sehr engen Patientinnen- und Patientenbindung resultiert, kann Pflegepersonal, welches allein schon durch ein anderes Versorgungsspektrum meist häufiger und näher am Patienten tätig ist, eine Rivalität darstellen. Entsprechend werden Delegationsmöglichkeiten nicht ernsthaft in Betracht gezogen.

„Und, und das kann ich nur aus der Erfahrung wissen. Und äh wenn man die äh, die äh die äh Leute auch hin und wieder in ihrem häuslichen Milieu und auch das ist etwas, was ich mir durch AgNES (Gemeindeschwester; Anmerk. d. Verf.) nicht ganz und gar wegnehmen lassen kann ja, (...)“ (J.5/18, 578 – 581)

Verlustängste können nicht nur bezüglich der Patienten- / Patientinnenzuwendung bestehen, sondern ebenso bezüglich des eigenen Einkommens oder der beruflichen Macht. In einem Interview wird die Befürchtung geäußert, dass sich Pflegedienste in Gesundheitskonzernen zusammenschließen und schließlich den Ärztinnen und Ärzten vorschreiben würden, was diese zu verordnen hätten.⁶⁴

⁶⁴ Vgl. Interview G.8/23, 703 – 728

Gestützt wird die Schwierigkeit zur Delegation von der Betrachtungsweise der Pflege als Hilfspersonal, welches nicht für weitergehende Tätigkeiten ausgebildet ist. Dabei besteht der innere Widerspruch, unter der erlebten Arbeitsbelastung zwar eigentlich die Notwendigkeit zur Delegation zu sehen, diesen Gedanken aber dennoch nicht wirklich zulassen zu können, geschweige denn praktisch umzusetzen.

„Also ich denk immer so, die medizinische Versorgung darf nicht dadurch schlechter werden, gut, wenn es 'n sehr guter Pflegedienst ist oder, oder jemand, der das genauso gut oder, oder fachlich genauso gut macht, dann lässt sich darüber bestimmt reden ne und zur Entlastung ist ja, ist man ja auch froh, wenn was ist. Aber ich, ich denk, es gibt einfach Dinge die, um die wir Ärzte uns auch kümmern müssen.“ (J.3/17, 548 – 553)

In mehreren Interviews wird die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an die Pflege nicht von vornherein abgelehnt, sondern für prinzipiell möglich gehalten, aber für begrenzt in ihrer Realisierbarkeit dargestellt. Einschränkungen betreffen zum einen klare Tätigkeitsfelder, wie z.B. die Diagnostik, aber auch die unterschiedliche Arbeitsstruktur.

„Und ich denke, es ist nicht, es ist nicht wirklich viel, was man ihnen abgeben sollte, weil die Pflegedienste arbeiten auch im Schichtdienst und die haben ganz viele ähm Helferinnen, die vier Stunden arbeiten und die sehen, die haben keine Kontinuität für den Patienten, die machen das mal, so 'n Verbandswechsel oder so und die nächsten drei Male ist wieder jemand anders da, also die Kontinuität einer medizinischen Behandlung, ich wüsste nicht, das müsste dann auch jemand sein, der, der die Verantwortung übernimmt.“ (G.8/24, 760 – 767)

Auch hier scheinen Angehörige des Pflegeberufes eher gering geschätzt zu werden, entsprechend wird Delegation auf Routinearbeiten begrenzt und die eigene Entlastung hierdurch als minimal eingeschätzt. Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten stellt also lediglich eine Notlösung dar.

„Wenn ich jetzt 'ne AgNES da hätte, dann könnt ich sagen, übernimm mal diese fünf Hausbesuche heute und kuck, ob bei denen irgendetwas ist, warum ich da hinkucken muss, wenn es Routinebesuche sind. Aber äh das kann einen ganz kleinen Teil Entlastung mitbringen. Wenn ich jetzt überlege, dass ich sowieso in der Gegend war ne, wenn ich mir jeden einzelnen ankucke, dann brauche ich eventuell nur unwesentlich mehr Zeit, als wenn ich 'ne Schwester hinschicke, die kommt wieder und macht mit mir 'n Rapport, der ja auch wieder Zeit bindet. (...) Also es bringt schon ein bisschen was, aber es kann nie das, was weg bricht an, an Hausärzten ersetzen.“ (G.8/24, 760 – 767)

Wo das Vertrauen in die pflegerische Ausbildung besteht, wird dennoch darauf hingewiesen, dass eine Zusatzqualifikation für die ambulante Versorgung hilfreich wäre.⁶⁵ Verwiesen wird auch auf die guten Erfahrungen mit einer erweiterten Pflegepraxis in anderen Staaten, die allerdings über weiterführende pflegerische Ausbildungssysteme verfügen.

Faktoren, die Ärzte und Ärztinnen tendenziell aufgeschlossen gegenüber einer Delegationsausweitung auftreten lassen, scheinen ein distanzierteres Verhältnis zum eigenen Beruf, der starke Wunsch nach mehr Entlastung oder auch ein reflektierteres Infragestellen der eigenen Rolle in der Gesundheitsversorgung zu sein. Auffällig ist dabei, dass eher die jüngeren Ärzte und Ärztinnen eine Ausweitung von Delegationsmöglichkeiten befürworteten.

„Da fallen mir, ganz spontan fallen mir da auf jeden Fall die Hausbesuche zu ein, weil viele Hausbesuche sind, grade wenn es so Routinehausbesuche sind. Dann ist es irgendwo für die Patienten der Highlight der Woche und es geht auch so 'n bisschen mit um Seele streicheln, was natürlich auch ärztliche Aufgabe irgendwo ist, aber. Also da kann man sicherlich auch vertreten werden. Was nicht heißt, dass die Pflegedienste nicht auch mehr leisten können.“ (G.9/28/, 877 – 879)

Über Routinebesuche hinaus erscheint es auch vorstellbar, konkrete krankheitsgebundene Aufgabenbereiche bzw. bestimmte Patientinnengruppen an die Pflege zu übertragen, wie z. B. die Versorgung chronischer Wunden, die Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus, solange ärztlich definierte Vorgaben nicht verlassen werden, ebenso auch die Palliativversorgung. Eine tatsächliche Erweiterung pflegerischer Praxis, die nicht heute bereits teilweise umgesetzt ist, kam hingegen lediglich in einem Interview zur Sprache.

„Ich sehe auch nicht ein, warum ich bei einem einfachen grippalen Infekt oder einem Durchfall, warum muss ich als Arzt 'ne AU ausschreiben, das kann jede Krankenschwester.“ (G.5/29, 897 – 899)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf einem hierarchischen Verhältnis zwischen den Berufsgruppen beruhend als mehr oder weniger gut funktionierend erlebt wird, die Bereitschaft zu einer erweiterten Delegation ärztlicher Tätigkeit an die Pflegeberufe aber eher als gering zu bezeichnen ist. Vorstellungen, Möglichkeiten und Grenzen einer neuen Aufgabenverteilung zwischen Medizin und Pflege sind dabei nicht thematisiert worden, was sich aber auch auf die Frageformulierung zurückführen ließe.⁶⁶ Dieser Aspekt wird im Diskussionsteil noch einmal aufgegriffen.

⁶⁵ Vgl. Interview G.2/13, 423 – 430 - Die früher mögliche Weiterbildung zur Fachkrankenschwester/ -pfleger für ambulante Pflege/ Gemeindegrenzenpflege in einzelnen Bundesländern ist heute überwiegend umgestellt auf die Weiterbildung zur leitenden Pflegefachkraft nach § 80 SGB XI und beinhaltet eine kürzere Lehrgangsdauer und einen inhaltlichen Schwerpunkt auf Betriebswirtschaft und Management

⁶⁶ Interessant wäre es bezüglich der ärztlich/ pflegerischen Zusammenarbeit die Sichtweisen der Pflegeberufe zu erheben.

4.2.5 Einschätzung der zukünftigen Versorgungssituation

Befragt zur eigenen Einschätzung der Perspektive hausärztlicher Versorgung in der jeweiligen Region,⁶⁷ wird von allen Interviewpartnern und -partnerinnen von einem deutlichen Versorgungsrückgang in ländlichen Regionen ausgegangen. Viele berichten an dieser Stelle über konkrete Beispiele von Praxisaufgaben oder -schließungen in der näheren Umgebung oder über eigene Schwierigkeiten bei der Suche nach Praxisnachfolgern oder -nachfolgerinnen. Diese Beispiele deuten darauf hin, dass es sich bei der übereinstimmenden Beurteilung der perspektivischen Versorgungssituation nicht um ein so genanntes erwünschtes Antwortverhalten handelt, wie es bei Kenntnis der Untersuchungsthematik durchaus möglich gewesen wäre, sondern diese auf einem eigenen Erfahrungshintergrund basiert.

Der erwartete Versorgungsrückgang wird von den Interviewten überwiegend negativ bewertet, dabei wird auf Nachteile für die eigene Berufspraxis, bzw. die eigene Alterssicherung, aber auch auf Nachteile für Patienten und Patientinnen hingewiesen.

„(...) möglicherweise werden die Patienten eben längere Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen und eventuell auch vor allen Dingen längere Wartezeiten nich. Es könnte sein, dass doch äh 'n paar Praxen nicht wieder benutzt werden können. Die Gefahr sehe ich schon, weil äh. Also ich weiß aus C-Stadt ein Kollegenehepaar, die haben ganz lange gesucht, bis sie überhaupt 'n Nachfolger für C-Stadt gefunden haben. Ein anderer Kollege hat gar keinen gefunden, der hat seine, gibt seine Praxis mehr oder weniger an einen bereits niedergelassenen Kollegen ab. Und das in C-Stadt, das ist ja immerhin doch ein Ort mit ungefähr 30.000 Einwohnern.“ (G.1/17/18, 555 – 563)

Es finden sich jedoch auch Stimmen, die eine geringe Ärztedichte positiv für die eigene Berufsperspektive deuten können. Auch die recht gute Einkommenssituation verbunden mit weniger Konkurrenz im eigenen Umkreis wird als positiver Nebeneffekt eines Rückgangs der hausärztlichen Niederlassungen in ländlichen Gebieten benannt.

„Ich könnte es mir theoretisch vorstellen, mehr im Kreis bis 50 km Umkreis von B-Stadt oder K-Stadt das ginge schon, aber ähm schon Vorpommern wär' grenzwertig für mich. Wie so viele das denken. Ist mir bewusst, aber zurzeit ist die Situation zumindest in Mecklenburg-Vorpommern jetzt rein egoistisch betrachtet so, dass das auch dafür noch genügend Plätze gibt.“ (X.9/7, 196 – 303)

Die Gründe, die die Interviewpartner und -partnerinnen für den erlebten und erwarteten Rückgang angeben, führen erwartungsgemäß über die durch andere Untersuchungen bereits bekannten Faktoren, wie ein hoher Altersdurchschnitt der derzeit praktizierenden Hausärzte und Hausärztinnen verbunden mit einem Mangel an Nachwuchs, hinaus. Obwohl sie

⁶⁷ Wie schätzen Sie die Entwicklung hausärztlicher Versorgung in MV/ SH (in der hiesigen Region/ im Landkreis) insgesamt ein?

überwiegend zu denjenigen Ärzten und Ärztinnen gehören, die sich *für* eine Berufspraxis in ländlichen Gebieten mehr oder weniger entschieden haben und wiederholt in den Interviews für sie positive Faktoren des Landlebens betonen, entwickeln sie sehr wohl plausible Ideen davon, welche Gründe für den ausbleibenden Nachwuchs eine Rolle spielen könnte, sich *gegen* die Allgemeinmedizin oder eine ländliche Niederlassung zu entscheiden. Diese deckten sich zu einem erheblichen Teil mit den Aussagen der Studenten und Studentinnen zu diesem Aspekt. Die genannten Ursachen für einen Nachwuchsmangel lassen sich folgenden Kategorien zuweisen:

1. Image, Praxis und Wertschätzung der Allgemeinmedizin,
2. Leben und Arbeiten auf dem Land,
3. Veränderte Lebens-, Berufs- und Wertvorstellungen,
4. Aus- und Weiterbildung.

Teilweise tauchen in einigen Kategorien die an anderen Stellen des Berichtes bereits dargestellten Aspekte wieder auf. Dies entspricht den Interviewsituationen, in denen die Befragten bei der relativ am Ende thematisierten Versorgungssituation auf früher benannte Themen zurückkommen. Wo bereits an anderer Stelle auf die erwähnten Punkte eingegangen worden ist, wird auf das entsprechende Kapitel verwiesen.

4.2.5.1 Image, Praxis und Wertschätzung der Allgemeinmedizin

Gründe, die unter der Kategorie „Image, Praxis und Wertschätzung“ als ursächlich für eine perspektivische Versorgungsreduktion genannt werden, betreffen zum einen das historisch gewachsene Negativ-Image der Allgemeinmedizin gegenüber anderen Fachrichtungen, wie es bereits in Kapitel 4.2.1.2 ausführlicher dargestellt worden ist. Von verschiedenen Interviewpartnern und -partnerinnen wird allerdings auch erwähnt, dass die teilweise sehr negativ intonierte fachbereichsinterne Berichterstattung in Medien, bei Ärztekammern und Berufsverbänden zur hausärztlichen Situation, in der insbesondere auf ungenügende Einkommensmöglichkeiten bei hoher Arbeitsbelastung hingewiesen wird, der Nachwuchsgewinnung nicht gerade förderlich wäre und zur Verunsicherung angehender Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen beitrage.

„Aber, aber es ist auch wirklich so. Und so gravierend, die wir uns ja relativ früh dafür entschieden haben, wir werden ja auch von, von vielen Seiten bei den Fortbildungen wirklich gewarnt. Also dann werden da so Hochrechnungen gemacht von wegen man hat da noch also ein Einkommen von irgendwo 2000 Euro und soll davon dann noch seine Kredite abzahlen so ungefähr und. Also es wird ja auch viel ja, jetzt muss ich überhaupt erst mal lernen, wie viel da wirklich dran ist. Also viel Negativpropaganda gemacht. Das gilt dann aber sowohl für die Kollegen, die man jetzt kennen lernt als

auch für ähm gewisse Kollegen, die dann da im Fernsehen auftreten. Die sagen immer, 'ja ich gehöre ja zu denen, denen es gut geht, ich hab ja drei Autos, aber die andern'. Und ähm jetzt frage ich mich, wo sind all die Allgemeinmediziner, denen das so furchtbar schlecht geht, weil die treff' ich so selten (lachen beide). Entweder ist es nun furchtbar, dann muss ich mich darauf einstellen oder die jammern alle auf hohem Niveau.“ (G.9/44, 1379 – 1396)

Zum anderen wird bezüglich der Praxis allgemeinmedizinischen Handelns wiederholt auf die empfundene Zunahme bürokratischer und als nicht-ärztlich wahrgenommener Tätigkeitsfelder hingewiesen, welche die Attraktivität des Fachbereichs stark mindere. Angesichts einer ausführlichen Betrachtung dieses Aspektes in Kapitel 4.2.2 wird an dieser Stelle auf weitere Ausführungen verzichtet.

Der Aspekt „Wertschätzung“ betrifft das als zu gering empfundene Einkommensspektrum im hausärztlichen Versorgungsbereich, welches von einigen der Befragten angegeben wird. Dabei scheint weniger die eigene Unterversorgung beklagt zu werden, als vielmehr die als ungerecht wahrgenommene Verteilung von Geldern im Vergleich zu anderen Facharztgruppen oder im Verhältnis zum erlebten eigenen Arbeitseinsatz.

„Zu viel Arbeit und zu wenig Geld. Ganz einfach, das wird mit aller Sicherheit so sein. Das sind wirklich Praxen, die, die relativ klein sind und das heutzutage sich keiner das mehr an die Hacke binden will, dass er wirklich sagt, ich bin da dauerhaft vorhanden und ich kann es mir nicht leisten in Urlaub zu fahren, ich darf nicht krank werden.“ (G.3/28, 911 – 915)

Berichtet wird an einer Stelle auch von einer Regelung in Schleswig-Holstein, dass Praxisübernahmen junger Kollegen oder Kolleginnen durch deren Bindung an einen Vergleichsgruppenschnitt, der sich an der durchschnittlichen Scheinzahl des Bundeslandes orientiere, ökonomisch wenig attraktiv wären, da diese nur noch begrenzt den Praxisumsatz steigern könnten.⁶⁸

4.2.5.2 Leben und Arbeiten auf dem Land

Gründe, die aus Sicht der Ärzte und Ärztinnen gegen eine Niederlassung im ländlichen Bereich sprechen, betreffen einerseits die zunehmende Arbeitsbelastung in der Landpraxis im Vergleich zur städtischen Praxis, andererseits werden vor allem soziale Nachteile benannt, die das Leben auf dem Land mit sich bringen könne.

Die geschilderte hohe Arbeitsbelastung auf dem Land resultiert aus einer geringeren Ärztedichte bei einem in der Altersstruktur homogeneren Patienten-, Patientinnenstamm. Dies

⁶⁸ Vgl. X.3/31/32, 1001 – 1030

beinhaltet, dass ein einzelner Hausarzt, eine einzelne Hausärztin auf dem Land mehr ältere Menschen mit geriatrischen Problemlagen wie Multimorbidität, eingeschränkter Mobilität und Pflegebedürftigkeit zu versorgen hat als der Kollege oder die Kollegin in der Stadt. Hinzu kommen längere Wegezeiten bei Hausbesuchen und Notdiensten und als weitere Komponente eine geringere Anonymität und damit weniger Rückzugsmöglichkeiten in das Privatleben. Ein Landarzt, eine Landärztin ist immer „greifbar“.⁶⁹

„Ja der, mein hoher Rentneranteil macht mir Sorgen. Der steigt von Jahr zu Jahr. Das ist eine Krux in unserer Gegend, die Jungen ziehen weg. Und äh die Alten müssen bleiben, ist ja klar, sie haben hier Haus und Hof und Garten und sind auch so, dass sie sich nicht mehr trennen wollen. Also das ist äh, dieser sehr, sehr hohe Rentneranteil der mit den, mit dem Rattenschwanz, der dranhängt. Schmerztherapie äh ne, teure Schmerztherapie. Dann diese ganzen Alterskrankheiten Osteoporose, Demenz ne. Das äh, ich hab, glaube 70 Patienten in Alten- und Pflegeheimen ja, das wird mehr. Die werden wirklich immer älter. Wir sehen das, wenn wir mal Karteikarten äh Karteikarten, den großen Karteischränk so 'n bisschen durchsortieren nach dem Motto, wer war schon lange nicht da. Dann kannst du jedes Mal ungefähr bestimmt 50 Karten wegsortieren von jungen Leuten, die weggezogen sind ja.“ (J.4/18, 562 – 572)

Für einige der befragten Frauen ist darüber hinaus auch der persönliche Beziehungsaspekt und die Familienkompatibilität des Niederlassungsortes von Bedeutung. Sie heben ebenfalls auf die demographische Zusammensetzung der Landbevölkerung ab, in der relativ junge Familien eventuell Schwierigkeiten haben könnten, einen Bekanntenkreis der eigenen Altersgruppe aufzubauen oder den Kindern Freundschaften in der näheren Umgebung zu ermöglichen.

„Aber auch so man findet auf dem Dorf wahrscheinlich schlechter gute Bekannte, mit denen man auch privat Umgang haben kann. Und das ist in der Stadt dann vielleicht noch mal einfacher. Und wenn im Dorf noch die Rentner und die ja schlecht Ausgebildeten übrig geblieben sind, weil alle andern weggegangen sind, weil sie keine Stelle bekommen haben, dann kann man da selber ja schon vereinsamen.“ (J.7/24, 778 – 783)

Auch eine reduzierte Infrastruktur (Schulen, Kindertagesstätten, öffentlicher Nahverkehr) spräche für einige der Interviewpartnerinnen gegen eine Niederlassung auf dem Land. Da es im Sample in der Regel die Frauen waren, die sich um die Versorgung der Kinder kümmerten, verwundert es nicht, dass dieser Faktor für die Männer keine Rolle zu spielen scheint.

⁶⁹ Vgl. Interview J.1/28, 889 – 892 und Kapitel 4.2.1.1

4.2.5.3 Veränderte Lebens-, Berufs- und Wertvorstellungen

Mehrere Interviewpartner und -partnerinnen sehen sich verändernde Lebens- und Wertevorstellungen als mit ursächlich dafür an, dass sich die Versorgungssituation in strukturschwachen Gebieten verschärfen würde. Gemeint ist damit eine Höhergewichtung ökonomischer Kriterien gegenüber altruistischen Motiven, eine zunehmende Individualisierung, ein Rückgang des beruflichen Engagements, ein größeres Bedürfnis nach Bequemlichkeit und eine stärkere Trennung von Beruf und Privatleben.

„Also im Wesentlichen, dass die ähm, dass die Gehälter der Allgemeinärzte in den letzten 15 Jahren ähm kontinuierlich gesunken sind, und dass die äh Lebensvorstellungen der jungen Kollegen sich äh oder nicht mehr kompatibel ist mit äh mit diesen vielen Überstunden und äh Diensten, die also Allgemeinärzte gemacht haben. Äh die möchten natürlich am liebsten wie die Fachärzte um, um 16 Uhr äh abschließen und dann ihre Freizeit haben.“ (G.2/21, 676 – 681)

Teilweise wird ein verändertes Wertesystem nicht nur bei der eigenen Berufsgruppe wahrgenommen, sondern als gesamtgesellschaftlicher Prozess gedeutet.

„Ja ich mein jetzt Einstellung zu Berufen und äh so. Dass es, das es einfach, hat sich ja was verändert. Dass da einfach bei vielen die Bereitschaft nicht da ist, eben ich sag mal so ‚für andere da zu sein‘ oder so.“ (J.3/31, 985 – 987)

Die empfundene Entwicklung wird eher mit Bedauern zur Kenntnis genommen, mit der Selbstkritik verbunden, dass entsprechende Werte in der Vergangenheit der nachfolgenden Generation ungenügend vermittelt worden sind und dem hilflos wirkenden Wunsch verknüpft, dass die jüngere Generation sich dennoch nicht nur nach ökonomischen Kriterien ausrichten und etwas von dem eigenen Engagement fortführen möge.

4.2.5.4 Aus- und Weiterbildung

Für ein abnehmendes Interesse der Medizinstudierenden an der Allgemeinmedizin werden die Hochschulen mitverantwortlich gemacht. Die geringe Anzahl an Lehrstühlen für die Allgemeinmedizin würde die gering geschätzte Rolle des Fachbereichs im Versorgungssystem widerspiegeln. Ebenso sei es schwierig, Studenten und Studentinnen für den Fachbereich zu interessieren, wenn Allgemeinmedizin als Fach erst in den höheren Semestern auftauche bzw. generell im Studium eher unterrepräsentiert sei.⁷⁰ Aus der Erinnerung an das eigene Studium wird berichtet, dass „banale“ Krankheitsbilder auch in der DDR kaum unterrichtet worden sind.

⁷⁰ Vgl. Interview G.8/25, 793 – 796

„Wir haben das nicht gelernt. Orthopädie, alle möglichen äh Veränderungen, die angeboren sind und so weiter, die na ja brauchen wir eigentlich nie. Aber das, das einfache Krankheitsbild, was heißt einfach, aber das, das oft vorkommende, das haben wir nicht gelernt.“ (J.1/31, 990 – 993)

Auch ein unzureichender Kontakt zwischen Studierenden und hausärztlicher Praxis wird ursächlich für das geringe Interesse an Allgemeinmedizin gesehen.

Bezüglich der Weiterbildung wurden in Kapitel 4.2.3 bereits auf verschiedene Kritikpunkte eingegangen, die daher hier nicht wiederholt werden sollen.

4.2.5.5 Veränderungsvorschläge

Vorschläge, wie sich die Situation entschärfen, bzw. die derzeitige Entwicklung eines Rückgangs hausärztlicher Niederlassungen in ländlichen Gebieten aufhalten ließe, werden überwiegend direkt von den als Ursachen angenommenen Faktoren abgeleitet. Sie betreffen den Berufsalltag, die Wertschätzung und die Aus- und Weiterbildung.

So wird z.B. ein Abbau von Bürokratie und einengenden Regelungen, die die Berufspraxis, insbesondere für junge Kollegen und Kolleginnen, die sich neu niederlassen, erschweren, gewünscht.

„Dass die (jungen Kollegen und Kolleginnen – Anmerk. d. Verf.) vielleicht drei Jahre lang äh prüfungsverschont bleiben Regress oder zumindest nicht prüfungsverschont, sie müssen ja auch lernen, was sie dürfen und was sie nicht dürfen, aber regressverschont bleiben. Dass sie solche Garantien kriegen, erst mal für die ersten fünf Jahre keinen Regress, weil sie irgendwas irgendwo aufgeschrieben haben, was sie nicht dürfen ja, zum Beispiel wäre was Wichtiges.“ (J.4/28, 911 – 916)

Weitere Ideen, den hausärztlichen Beruf attraktiver zu machen, beinhalten eine generelle Trennung von Niederlassung und Notdiensten. Letztere sollten von entsprechend angestellten Ärztinnen und Ärzten übernommen werden. Eine andere Idee ist die Möglichkeit der Besetzung von Notfallambulanzen mit Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen, da diese Berufsgruppe für eine Sichtung und entsprechende Zuweisung der Patienten und Patientinnen am ehesten geeignet wäre. Damit würde die Allgemeinmedizin auch einen festen Platz im Kliniksetting einnehmen.

„Also ich würde mir auch wünschen, dass in Notfallambulanzen der Kliniken, dass da Allgemeinmediziner, die super gut ausgebildet sind, sitzen und quasi die Triage machen und sagen, da kommt jemand rein mit 'm Unfall mit Schmerzen oder sonst was und von allgemeinmedizinischer Sicht entscheidet, was steht denn im Vordergrund bei diesem Patienten. Das ist oft der reinste Zufall, ob die in die Diabetes- oder in die Herzklinik kommen, dass ist 'n ganz schlechter Zustand.“ (G.8/25/26, 796 – 802)

Finanzielle und andere ökonomische Anreize, wie z.B. zinslose Kredite, eine andere Verteilung der KV-Gelder und die Lockerung der Budgetierung, werden ebenso wie die Förderung größerer Organisationsformen, um finanzielle Risiken zu senken, als sinnvoll und hilfreich, sicher aber als allein nicht ausreichend erachtet, um die bestehende Entwicklung zu bremsen.⁷¹ Dennoch taucht der Punkt der zu geringen Einkommensmöglichkeiten als Allgemeinmediziner/ Allgemeinmedizinerin im Vergleich zu anderen Facharztgruppen, die Wahrnehmung „umsonst zu arbeiten“ und die dringend erforderliche finanzielle Aufwertung der Allgemeinmedizin in fast allen Interviews auf. Insbesondere kleinere Praxen wären davon stark betroffen. Dabei ist nicht immer klar, ob dieser Aspekt seine Betonung dadurch erfährt, dass „mehr Geld“ eine relativ leicht vorstellbare Veränderungsoption wäre, die durch bisherige Maßnahmen, Niederlassungen in abgelegenen Gegenden zu fördern, auch vertraut ist oder ob der Punkt tatsächlich eine so starke Bedeutung für die Gesamtheit der heute praktizierenden Ärzte und Ärztinnen hat. Gegen letztere Annahme spräche, dass in einigen Interviews, vor allem von älteren Ärzten und Ärztinnen explizit auf die guten Einkommensverhältnisse als Allgemeinmediziner/ Allgemeinmedizinerin in ländlichen Regionen hingewiesen worden ist.

„Also bis jetzt sehe ich eigentlich die Kollegen, die zumindest gut über die Runden kommen. Sicherlich, es ist, ist da 'ne Diskrepanz zwischen, was man als Facharzt kriegt und was man als Allgemeinmediziner kriegt, vor allem weil wir ja jetzt auch, sonst könnte man ja sagen ‚Mensch es ist ja 'ne ganz andere Ausbildung und hm hm hm‘. Aber von der Ausbildung her sind wir ja also bald mit die geschlauchtsten, weil wir dauernd wechseln müssen. Also ob das nun diese diesen, diesen Unterschied da begründet. Gut die Fachärzte müssen sich noch mehr Geräte anschaffen, die sie dann abzahlen müssen, so was. Also medizinpolitisch Geld zu verteilen ist sicherlich sehr schwer. Deswegen mag ich auch nicht einfach so sagen, die Allgemeinmediziner müssen mehr kriegen, dazu muss ich erst mal genau wissen, was ich dann später wirklich genau kriege und das kann ich mir so noch nicht ausrechnen.“ (X.9/44/45, 1397 – 1408)

Hingewiesen wird darauf, dass emotionale Motive, wie z.B. die Liebe zur Natur oder die Vertrautheit mit der ländlichen Umgebung auf Grund der eigenen Sozialisation stabilere Motive für eine Landpraxis wären, als finanzielle Mehreinnahmen.⁷²

Als notwendig wird auch der Einbezug der Kommunen betrachtet, der Niederlassungen im ländlichen Bereich durch unterstützende Maßnahmen der Wohnraumbeschaffung, eventuelle Betreuungsangebote für Kinder etc. fördern könne.⁷³ Die in beiden Bundesländern vorge-

⁷¹ Vgl. Interview J.8/37/38, 1208 – 1212, Interview J.4/26, 844, Interview J.7/25, 788 – 805

⁷² Vgl. Interview J.8/37/38, 1208 – 1212

⁷³ Vgl. Interview J.2/18, 570 – 577

schlagene Möglichkeit zur Verpflichtung zur Niederlassung auf dem Land, um Versorgungslücken zu schließen, wurde bereits in Kapitel 4.2.2 erwähnt.⁷⁴

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auf der einen Seite ein Zuwachs an Autonomie und Freiräumen, auf der anderen Seite eine Zunahme von Steuerung und Lenkung für erforderlich gehalten wird. Mehr Autonomie scheint dabei allerdings eher auf die eigene Berufsexistenz gemünzt, mehr Steuerung eher auf zukünftige Kollegen und Kolleginnen anzuwenden zu sein.

Bezüglich der allgemeinmedizinischen Aus- und Weiterbildung wird ein stärkeres Engagement von hausärztlichen Verbänden und Organisationen im Studium vorgeschlagen, aber auch eine Veränderung der Aufnahmekriterien, die sich nicht allein an naturwissenschaftlichem Wissen und Notendurchschnitten orientieren sollte.

*„Ähm ich find 's auch insoweit sehr schade, weil grade viele Leute, die sicherlich nicht die grandiosen Herzchirurgen, Neurochirurgen geworden wären oder vielleicht auch nicht die großartigsten Forscher, aber äh grade für den primärärztlichen Bereich hervorragend geeignet wären, durch diese Studienkonzepte abgeschreckt werden, abgeschreckt oder rausgekantet werden aufgrund mangelnder Fähigkeiten, sagen wir es mal so. Dass da halt Physiothe_, äh Physiologie oder Biochemie da nicht bestehen.“
(J.9/2, 46 – 52)*

Eine engere Verzahnung zwischen Universität und Hausarztpraxis, z.B. durch Praktika oder Famulaturen, die nicht nur als Angebot, sondern als Pflichtveranstaltung eingeführt werden sollten, sowie die Erarbeitung standardisierter Curricula, wird als notwendig angesehen. Berichtet wird, dass seit Einführung der Blockpraktika und der Möglichkeit des PJ-Tertials in der Allgemeinmedizin das Interesse der Studenten und Studentinnen am Fachbereich enorm gewachsen sei. Den Studierenden sollten die Vorteile einer Landarztpraxis, wie bessere Verdienstmöglichkeiten und familiärere Kontakte näher gebracht werden.⁷⁵ ‚Idealistische Haltungen und Werte‘ sollten im Studium von der bestehenden Ärzteschaft unterstützt und gefördert werden.

„Was müssen wir noch machen? Wir haben jetzt das dritte Jahr Blockpraktikanten nach der neuen Approbationsordnung. Und wenn die hier 'n halben Tag sind, denn sagen die, wir müssen erst mal Tee trinken. Ich hab nicht gedacht, dass das so interessant ist. Nach der Woche überlegen sie sich, Mensch ich wollt das werden, ich würd' Allgemeinarzt werden ja. Ein ganz Teil. Und ich kann mir ja selber einteilen, wann ich Urlaub machen möchte und wann ich anfang mit der Sprechstunde, wann ich aufhöre. Und wenn ich mal 'ne Woche wegfahren will, dann mach ich das ne ja, muss ich mir 'n

⁷⁴ Vgl. Interview J.2/33, 1079 – 1084, J.6/12, 391 – 395, J.3/33, 1063 – 1065

⁷⁵ Vgl. Interview G.1/18, 575 – 591 und Interview J.5/8, 244 – 245

Vertreter suchen. Also das sind ja Dinge, von denen sie keine Ahnung gehabt haben und dass diese Abwechslung mit da ist und dass man auch medizinisch trotzdem was Sinnvolles mit macht. Das ist das eine, das Blockpraktikum hilft schon sehr, sehr viel.“
(J.5/7/8, 229 – 240)

Ein anderer Vorschlag zielt eher auf den langfristigen Kontakt zwischen Studium und Allgemeinarztpraxis: Um die Begleitung von Patienten/ Patientinnen praktisch vermitteln zu können, sei es erforderlich möglichst früh im Studium den Kontakt zur Allgemeinmedizin herzustellen und auf einen längeren Zeitraum anzulegen.⁷⁶

Für die Weiterbildung werden, wie schon in Kapitel 4.2.3 ausgeführt, generelle Rotationsverfahren, der Ausbau bestehender Förderungsprogramme, die Einführung von Mentorensystemen, sowie eine bessere inhaltliche Strukturierung empfohlen.

Schließlich tauchten in verschiedenen Interviews beider Bundesländer noch praktische Beispiele von Niederlassungshürden auf, die es zu beseitigen gelte. Hierzu gehören insbesondere durch KV und Ärztekammer verursachte zeitliche Lücken von Wochen bis Monaten zwischen Abschluss der Facharztausbildung und der Möglichkeit einer eigenen Niederlassung oder Anstellung.⁷⁷ Ergänzend besteht der Wunsch nach mehr Flexibilität und Unterstützung von Seiten der KV.

„Diese völlig inflexive KV, ich hab ja versucht, denen klar zu machen nicht, dass sie die Gesetze, die machen ja jetzt so, das ist das neue Gesetz, und sie haben die und die Möglichkeiten. Ich finde den Gedanken falsch. Ich finde man müsste sagen, hier ist jemand, der möchte, was können wir dem, was können wir den machen lassen und bleiben trotzdem noch im gesellschaftlichen Rahmen. Der Zugang ist da andersrum. Und so arbeiten die aber nicht.“ (G.5/31, 1032 – 1038)

Zusammenfassend lassen sich in den Aussagen verschiedene Adressaten ausmachen, zuständig dafür, den Nachwuchsmangel auf unterschiedlichen Ebenen aufzuhalten: Politische Entscheidungsträger, die Kommunen, die ärztliche Selbstverwaltung, die Ärztekammern, die Universitäten und schließlich auch die heute niedergelassenen Allgemeinmediziner und -medizinerinnen.

⁷⁶ Vgl. Interview J.7/27/28, 877 – 885

⁷⁷ Vgl. Interview G.9/45/46

5. Diskussion

Das den Bericht abschließende Diskussionskapitel umfasst zwei Teile: Dem ersten Teil (Kap. 5.1) liegt ein vertiefter Blick auf die im Rahmen der Studie durchgeführten Interviews zugrunde, dargestellt in Form einer zusammenfassenden Interviewinterpretation. Mit dem zweiten Teil des Diskussionskapitels (Kap. 5.2) werden – über die eigenen Forschungsergebnisse hinaus - bereits vorhandene, den fachlichen Diskursen entnommene Lösungsvorschläge aufgegriffen und in Verbindung mit sich aus der Ergebnispräsentation ergebenden Ansatzpunkten neu überdacht und erörtert.

5.1 Zusammenfassende Interviewinterpretationen

Im Rahmen der zusammenfassenden Interviewinterpretationen werden folgenden Themenkomplexe dargelegt: Beklagen von Zuständigkeitsverlusten, Beanspruchung psychosozialer Kompetenzen, Negativimage der Allgemeinmedizin und Ansätze der Identitätsbildung, Lehr- und Lernerfahrungen in Studium, Erfahrungen in der Weiterbildung, Bedeutsamkeiten privater Lebensgestaltung, Nähe und Distanz in der Allgemeinmedizin, intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie methodische Schlussbetrachtungen.

Beklagen von Zuständigkeitsverlusten

Für die Klärung der Perspektiven der allgemeinmedizinischen Versorgung in strukturschwachen Regionen erscheint die Frage nach dem allgemeinmedizinischen Selbstbewusstsein zentral. Inwieweit ist die Allgemeinmedizin geeignet als eine zukunftsfähige Aufgabenstellung mit der sich Mediziner und Medizinerinnen identifizieren können? Diese Frage dürfte einen wesentlichen Einfluss für oder gegen die Entscheidung einer allgemeinmedizinischen Laufbahn haben. Im Leitfaden wurde diese Überlegung in die Fragen gekleidet: „Wenn Sie an Ihren beruflichen Alltag denken, welche Kernkompetenzen sind für Sie bei der Ausübung hausärztlicher Tätigkeit besonders wichtig?“ und „Was macht für Sie den Kern der Allgemeinmedizin aus?“. Durchgängig zeigt sich in den Interviews, dass eine theoretische Beschreibung des Aufgabenfeldes und der notwendigen Kernkompetenzen in der Allgemeinmedizin nicht nur für die Studierenden, sondern auch für die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte schwierig ist. Dabei bleibt unklar, ob lediglich die Worte fehlen, um die Komplexität der allgemeinmedizinischen Kompetenzen auszudrücken, oder ob eine nur bedingte Reflexion der theoretischen Fundierung der Allgemeinmedizin hierfür ursächlich ist. In den Antworten scheint zunächst gehäuft das Thema „Wegnahme von Zuständigkeiten“ auf. Als besonders wichtige Kernkompetenz wird von allen das breite Fachwissen, welches kontinuierlich gepflegt und erweitert werden muss, und die Fähigkeit, die Anliegen und gesundheitlichen Probleme von Patienten und Patientinnen schnell kompetent einordnen zu können, sowie bedrohliche von nicht bedrohlichen Situationen unterscheiden zu können benannt. Dabei

wird angesprochen, dass (einzelne) fachliche Handlungsfelder zunehmend aus dem Kompetenzbereich der Allgemeinmedizin ausgelagert werden bzw. heute nicht mehr angewandt bzw. abgerechnet werden dürfen (z.B. Mütterberatung, Röntgen) oder auf Grund einer gestiegenen Patienten- und Patientinnenmobilität nicht mehr bei der Allgemeinmedizin nachgefragt werden (z.B. kleinere chirurgische Interventionen⁷⁸). Diese Reduktion des hausärztlichen Aufgabengebietes wird beklagt und scheint durchaus als ein Unsicherheitsfaktor der allgemeinmedizinischen Identität wahrgenommen zu werden. Die klassische Identifizierung über ein umfassendes Allgemeinwissen wird brüchig. Dagegen rückt – insbesondere bei den Studierenden – die Überweisungskompetenz immer mehr in den Fordergrund. Die heute in der Theoriedebatte z.B. um das Chronic-Care-Modell stark betonten Herausforderungen einer zukünftigen Versorgung chronisch Kranker (Priorisierung von Gesundheitsproblemen, Steigerung der Patientenkompetenz, Teamarbeit etc.) werden bislang demgegenüber nicht durchgängig wahrgenommen.

Beanspruchung psychosozialer Kompetenzen

Kommunikationskompetenzen, die Fähigkeiten, sich ein umfassendes Bild, inklusive der psychischen und sozialen Dimensionen von den Patienten machen und langfristige Beziehungen aufbauen zu können sowie zahlreiche weitere eher additiv benannte soziale Kompetenzen werden in den meisten Interviews benannt. Es scheint sich hier um eine Art internalisiertes Wissen zu handeln, als „selbstverständliches Mitbringsel“ für die Hausarztpraxis und nicht als etwas, was erlernbar oder veränderbar ist. Nur vereinzelt werden hausärztliche Kompetenzbereiche explizit beschrieben, wobei auch hier eher die mangelhafte Professionalität bzw. die nicht auf den ambulanten Bereich ausgerichteten Weiterbildungsmaßnahmen beklagt werden. So wird zum Beispiel die Notwendigkeit, soziale Problembereiche, wie z.B. Gewalt und Suizidalität aushalten zu können, benannt. Die allgemeinmedizinische Funktion wird auch in der Begleitung von Patienten durch alle Lebensphasen, insbesondere auch durch die des Sterbens gesehen. Mit der eigenen Haltung müsse man dafür sorgen, dass die Patienten ihr psychisches Gleichgewicht und ihre körperliche Integrität wieder herstellen bzw. aufrechterhalten. Zum Erwerb derartiger für das allgemeinmedizinische Verständnis grundlegender sozialer Kompetenzen wird offensichtlich kein ausdrücklicher Reflexions- und Professionalisierungsrahmen für nötig erachtet.

Negativimage der Allgemeinmedizin und Varianten der Identitätsbildung

Es drängt sich der Eindruck auf, dass in vielen der Interviews selber ein gewisses Negativ-Image der Allgemeinmedizin spürbar wird. Dies drückt sich teilweise auch in eigenen Beschreibungen wie „Feld-Wald-und-Wiesen-Doktor“ aus. Bei den Studierenden wird Allge-

⁷⁸ Dies wird offenbar bundesweit etwas unterschiedlich gesehen und gehandhabt.

meinmedizin als das Anhängsel nach den großen klinischen Fächern wahrgenommen, in dem sich viele Themenfelder wiederholen. Es zeigen sich aber auch Ansätze einer, wenn auch eher ironischen, so dennoch positiven Deutung der weit verbreitete Abwertung der Allgemeinmedizin gegenüber anderen Fachgebieten. Der Allgemeinmediziner als der „gebildete Laie“ dürfe immer bei seinen Kollegen nachfragen, wenn er unsicher sei. Dies könne sich ein Kardiologe nicht erlauben.⁷⁹ Aus den Interviews wird insgesamt aber deutlich, dass Allgemeinmedizin nach wie vor um Anerkennung kämpfen muss und dass das wahrgenommene Defizit eines allgemeinmedizinischen theoretischen Grundgerüsts im Gegensatz zu anderen Fachrichtungen geradezu dazu einlädt, unterschiedlichste Facetten des beruflichen Selbstbildes zu entwickeln und auszuleben. Aus welchen Quellen ziehen also Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen derzeit ihre Identität? Folgende Ansätze konnten identifiziert werden:

1. Die „aufopferungsvolle Herangehensweise“, mit welcher sich die Akteure und Akteurinnen über ihre Wichtigkeit für Patienten und Patientinnen definieren, und sich bemühen, unersetzlich zu bleiben. Andere Berufsgruppen, die sich in dieses enge Verhältnis einmischen könnten, werden als Konkurrenz wahrgenommen. Für privates Leben ist hier wenig Platz. Für die von uns interviewten Studierenden, denen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wesentlich ist, erscheint das aufopferungsvolle Herangehen demnach eher unattraktiv.

2. Die „ökonomische Herangehensweise“: Der Allgemeinmedizin als solcher wird eigentlich kein großer Wert beigemessen. Die jeweiligen Akteure und Akteurinnen können aber aus der Fachrichtung und dem perspektivischen Mangel an Nachwuchs eigene wirtschaftliche Vorteile ziehen. Beruf dient in erster Linie dem Gelderwerb und damit dem Erhalt und Ausbau eines guten Lebensstandards. Die ökonomische Begründung kann sich als pragmatische Perspektive Geltung verschaffen, wird aber vermutlich eher die betriebswirtschaftlichen Aspekte in den Vordergrund stellen, als an der Weiterentwicklung eines spezifischen allgemeinmedizinischen Selbstverständnisses arbeiten.

3. Die „lehrerhafte Herangehensweise“: Hierbei findet sich ein hohes Engagement für die Lehre und das Werben für die Bedeutung der Allgemeinmedizin – in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen. Die Personen sind überzeugt von der Bedeutung, dem Veränderungspotential und der Zukunftsfähigkeit der Allgemeinmedizin und ihren eigenen Ideen dazu. Auf Grund der mangelnden Ausbildungsvorgaben und der geringen personellen Präsenz allgemeinmedizinischer Lehre und Fortbildung gibt es diesen autodidaktischen Raum für die Entfaltung eigener Lehr- und Theoriegebäude.

⁷⁹ Interview J.9/11, 337 – 344

4. Die „spirituelle Herangehensweise“: Die Allgemeinmedizin schafft den Freiraum, sich über den Aufbau eines eigenen Lebens- und Weltbildes zu definieren und insbesondere in der ländlichen Abgeschlossenheit auch verwirklichen zu können. Die jeweiligen Personen lassen ihre Patienten und Patientinnen „missionarisch“ an ihrer Welt teilhaben. Berufliches und privates Leben werden nach ähnlichen Prioritäten und Vorlieben ausgerichtet. Die spirituelle Herangehensweise schafft eine in sich geschlossene Binnenlösung, die als Vorbild für junge Mediziner wenig Anknüpfungspunkte bietet. Das Einbringen in wissenschaftliche Auseinandersetzungen kann die gefunden Binnenlösung für andere produktiv machen.

5. Die „zynische Herangehensweise“: Das zynische Konzept scheint als Bewältigungsstrategie einer starken Dissonanz zwischen gegenwärtigem Erleben und theoretischer Vorstellung einer möglichen Allgemeinmedizin zu fungieren. Durch intellektuellen Abstand versuchen sich Vertreter und Vertreterinnen dieser Richtung zu retten, um dennoch in diesem Beruf tätig bleiben zu können. Sollten die entsprechenden Rahmenbedingungen vorhanden sein, so liegt in diesem Herangehen möglicher Weise ein wichtiges Potential für die Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin.

Ein – der Professionssoziologie folgend – wichtiges Feld für die theoretische Auseinandersetzung und Reflexion allgemeinmedizinischem Selbstverständnisses bleibt ausweislich der Interviews bislang wenig erschlossen – die Forschung. Das Interesse an allgemeinmedizinischer Forschung ist eher gering ausgeprägt. In den meisten Interviews taucht die Aussage auf, dass Forschung entweder für die Allgemeinmedizin keinen hohen Stellenwert habe oder hierfür in der Praxis auch gar keine Zeit wäre, bzw. das Themenfeld zu komplex sei, um wissenschaftlich abbildbar und erfassbar zu sein (z.B. Salutogeneseforschung). Praxis und Forschung stehen sich so als scheinbar unvereinbare Gegensätze gegenüber. Erst bei jüngeren Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen wird Forschungskompetenz durchaus als zunehmend relevante allgemeinmedizinische Kernkompetenz gesehen.

Lehr- und Lernerfahrungen im Studium

Die Allgemeinmedizin an den Hochschulen erfuhr mit der neuen Approbationsordnung (AO), sowie auch im Rahmen einiger Fördervereinbarungen mit der KV eine gewisse Aufwertung. Theoretisch wurde die Allgemeinmedizin mit der neuen AO in ihrer akademischen Bedeutung auf eine Stufe mit den anderen großen Fachbereichen der Medizin gestellt. Seit 2006 ist es möglich, ein Tertial des Praktischen (PJ) in der Allgemeinmedizin abzuleisten. Dieses wird – ebenso wie Famulaturen in der Allgemeinmedizin – sowohl in Mecklenburg Vorpommern als auch in Schleswig Holstein finanziell unterstützt. Darüber hinaus wurden

allgemeinmedizinische Blockpraktika an den Hochschulen etabliert und benotete Leistungsnachweise obligatorisch (Böhme 2007). Diese Praktika haben vermutlich bereits den positiven Effekt, den Stellenwert der Allgemeinmedizin deutlicher werden zu lassen. Sie scheinen – soweit die Interviews das widerspiegeln – aber noch keinen durchgängigen Einfluss auf Meinungen und Haltungen von Medizinstudierenden zu haben.

Feststellen lässt sich, dass die Studierenden den vorklinischen Abschnitt als stark theorie-lastig empfinden. Dabei scheinen die ersten zwei Jahre für die Studierenden eine stark prägende, gar sozialisierende Funktion zu haben. Der „klinische Blick“ (Foucault 1988) wird in den großen Fächern Chirurgie und Innere geprägt, aufbauend auf den naturwissenschaftlichen Lehrinhalten der ersten Jahre. Die Studierenden, denen naturwissenschaftliche Fragestellungen liegen, kommen mit diesem System gut zurecht, andere Studierende benötigen die Praxisphasen, um ihrem Studium einen Sinn zu verleihen. Nach der Literatur gelingt es durch die Einführung von Blockpraktika und OSCE-Prüfungen (objective structured clinical examinations), einem Zirkeltraining, das Fähigkeiten und Fertigkeiten überprüft, den Studierenden Zugang und Kompetenzen im Bereich Allgemeinmedizin zu vermitteln (Tervo 1997: 270). Positive Berichte der Studierenden in Bezug auf Lernerfahrungen für die AM beziehen sich dann in der Tat insbesondere auf die Erfahrungen in den praktischen Bereichen (im Rahmen von Famulaturen, den (Block)Praktika und durch die OSCE-Prüfung). Durch die Praxisphasen erhalten sie häufig wieder Zugang zu ihrer ursprünglichen Motivation zum Medizinstudium. In Bezug auf die Blockpraktika werden aber auch Unzufriedenheiten geäußert, die auf mangelnde Standardisierung und fehlende Reflexion der Lernerfahrungen schließen lassen. Die theoretische Vermittlung der AM wird unterschiedlich wahrgenommen. Zum einen werden Alltäglichkeit und Vielfalt von Allgemeinmedizin geschätzt, zum anderen erscheint Allgemeinmedizin als Wiederholung oder wird als Reduzierung auf Einzeldarstellungen beschrieben. Die Positionierung der als Basiskompetenzen wahrgenommenen allgemeinmedizinischen Ausbildung wird hinterfragt. Teilweise wünschen sich Studierende eine frühzeitigere Vermittlung allgemeinmedizinischer Inhalte. Es drängt sich der Eindruck auf, dass die Synchronisation der Vermittlung theoretischer Lerninhalte und praktischer Erfahrungen in den Blockpraktika nicht durchgehend gelingt und deshalb die Potenziale der frühzeitigen Integration von Praxisanteilen noch nicht genügend zum Tragen kommen. Die Erweiterung der erkenntnistheoretischen Grundlagen der Medizinerbildung durch theoretische Konzepte, die die Wahrnehmung des Subjektes und den Einfluss der Arzt-Patientenbeziehung erlauben und reflektieren, erscheinen für eine theoretische reflektierte allgemeinmedizinische Praxis und Forschung unabdingbar.

Erfahrungen in der Weiterbildung

Aus der Perspektive der derzeitigen Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen muss die Facharztausbildung klarer strukturiert, verbindlicher gestaltet und in ein Rotationssystem zur Sicherstellung der klinischen Abschnitte eingebunden werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen leisten dies gemäß ihrer Wahrnehmung weder auf der Bundes- noch auf der Landesebene im ausreichenden Maße. Die Interviewpartner und -partnerinnen fühlen sich überfordert damit, die von der Weiterbildungsordnung verlangten Leistungen weitgehend selber strukturieren zu müssen. Der Stellenwert des auf 80 Stunden reduzierten Weiterbildungscurriculums für den Facharzt Allgemeinmedizin (Kursbuch Allgemeinmedizin) wird von den Interviewten unterschiedlich bewertet. So wird in dieser Absenkung auch eine Möglichkeit gesehen, den Theorieteil relativ einfach organisieren zu können. Stimmen, die dezidiert eine Aufwertung der theoretischen Weiterbildung fordern, waren nicht zu finden.

Teilweise fühlen sich Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen als billige Arbeitskräfte missbraucht, an deren systematischer Ausbildung keiner wirkliches Interesse habe. Sie verlangen strukturierte, bundesweit verbindliche praktische Weiterbildungsinhalte, die direkte fachliche Anleitung durch Mentoren und Mentorinnen, wie sie aus Ländern wie der Schweiz oder den Niederlanden bekannt ist, und die Anknüpfung von Qualitätsansprüchen an die Vergabe von Weiterbildungsbefugnissen. Andere Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen genießen die abwechslungsreiche, flexible Weiterbildungsstruktur, ohne aber inhaltliche Aspekte weitergehend zu reflektieren. Als stärkster Eindruck aus den Interviews bleibt das Beklagen des Mangels einer verbindlichen Organisation der Weiterbildungsabschnitte.

Bedeutsamkeiten privater Lebensgestaltung

Das Thema „Bedeutsamkeiten privater Lebensgestaltung“ umfasst zwei Aspekte: Zum einen geht es um Ausführungen zum Studien- und Wohnort, zum anderen wird in den Interviews beider Gruppen – der Studierenden wie auch der Ärzte und Ärztinnen – die Frage einer (potentiellen) Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Elternschaft erörtert.

Die Auswahl einer Universitätsstadt hat bei den Studierenden – je nach Studienbeginn – innerhalb der letzten fünf Jahre stattgefunden. Den Interviews ist zu entnehmen, dass die Frage der Entfernung vom Herkunftsort – explizit von den Eltern – wie auch die Bedeutsamkeit von Paarbeziehungen von den befragten Studierenden als wesentliches Entscheidungskriterium bei der Auswahl des Studienortes charakterisiert wird. So ist einerseits die Rede von bewusster regionaler Abgrenzung zur Herkunftsfamilie, andererseits aber wird ebenso der Wunsch nach einem in Herkunftsnähe liegenden Studienort formuliert. Darüber hinaus zeigen sich weitere Aspekte – z.B. ein universitäres Ranking – beim Auswahlverhalten als bedeutsam.

Zu verknüpfen ist die Frage des Studienortes mit den in den Interviews genannten Vorstellungen zu potentiellen Wohnorten. Bei der Auswahl bedacht wird von den Interviewten die Frage eines gut bezahlten Arbeitsplatzes für sich selbst wie für den Partner/ die Partnerin, die Bedeutsamkeit von Nähe zum Freundes- und Freundinnenkreis wie auch zur Herkunftsfamilie, die regionale Infrastruktur sowie der Grad der Vertrautheit mit der jeweiligen Region. Der Aspekt der Vertrautheit meint, dass sich Vorstellungen über ein zukünftiges Lebensumfeld verbinden mit einer Orientierung am Vertrauten: Wer auf dem Land, in der Kleinstadt oder in der Großstadt aufgewachsen ist, kann sich eben dieses Feld auch als künftigen Lebensmittelpunkt vorstellen. Wie die einzelnen Facetten letztlich gewichtet und welche Entscheidungen zum zukünftigen Wohnort getroffen werden, lässt sich zum heutigen Zeitpunkt nicht beantworten. Dennoch bleibt festzuhalten, dass es vermutlich eine Anzahl von Studierenden geben wird, die sich sowohl im Hinblick auf die Auswahl des Studienortes als auch des zukünftigen Wohnortes an ihrem jeweiligen Herkunftsort orientieren werden. Dieses Entscheidungsverhalten aufgreifend, könnte mit einer klareren allgemeinmedizinischen Profilierung der medizinischen Fakultäten mit Ausstrahlung auf ärztlich ‚unterversorgte‘ Regionen unter Umständen Einfluss genommen werden auf die Problematik eines zukünftigen Ärztemangels. Dies betrifft sowohl den Auf- und Ausbau von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin wie – darüber hinaus gehend – Überlegungen zur Integration des ambulanten Versorgungsnetzes in Forschungskonzepte. Da jedoch anhand qualitativer Untersuchungen keine Mengenaussagen getroffen werden können, bleibt die Notwendigkeit quantitativer Untersuchungen von Präferenzen bei der Studien- und Wohnortwahl zu bedenken.⁸⁰ Letztlich geht die Thematik ‚Studien- und Wohnortwahl‘ mit verschiedenen offenen Fragen einher: Welchen Wandlungsprozessen sind Wünsche nach zukünftigen Wohnorten beispielsweise unterlegen? Und inwieweit trifft der Wunsch nach einer Nähe zur Herkunftsregion auch auf sog. strukturschwache Regionen zu?

Neben dem Aspekt der Ortswahl ist in den Interviews beider Gruppen das Thema einer (potentiellen) Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Elternschaft von Bedeutung. So taucht beispielsweise in allen Interviews mit Studierenden der Wunsch nach Familie und Kindern auf. Wenngleich das Thema für Frauen wie Männer ein hohes Gewicht zu haben scheint, fällt zugleich auf, dass lediglich in der Gruppe der Studentinnen Fragen der Einschränkung von Berufstätigkeit zugunsten der Familie erörtert werden. An eine Aufgabe von Berufstätigkeit auf Grund der Familienpläne denkt hingegen keine der Interviewpartnerinnen. Zu einem analogen Ergebnis kommen auch die Autoren und Autorinnen einer in Sachsen durchge-

⁸⁰ Eine derartige quantitative Untersuchung zu „Motive(n), Berufsziele(n) und Hoffnungen von Studienanfängern im Fach Medizin“ ist in Marburg durchgeführt worden (Sönnichsen et al. 2005), wobei es ausgesprochen wünschenswert wäre, derartige Querschnitterhebungen methodisch auszuweiten, um auch dringend notwendige Trendanalysen zu ermöglichen.

fürten „Studie zur Erfassung, Analyse und Auswertung von Daten über nicht ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte“, die konstatieren, dass das zentrale Motiv von Frauen für eine zeitlich befristete Tätigkeitsunterbrechung Geburt und Betreuung eines Kindes darstellen (FOGS 2006: 36ff.).

Neben der Überlegung, Männer und Frauen zu einer möglichst gleichberechtigten Aufteilung von Erwerbs- und Familienarbeit zu ermutigen – und nicht an der ‚Lösung‘ einer männlichen Vollzeit- und einer weiblichen Teilzeittätigkeit haften zu bleiben – verweisen die Ergebnisse der Interviewauswertung auf die Notwendigkeit, adäquate Angebote zur Kinderbetreuung wie gleichermaßen familienkompatible Arbeitsbedingungen zu schaffen. Im Rahmen der Interviews erörtern die Studenten und Studentinnen die Frage, unter welchen beruflichen Rahmenbedingungen eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erwarten sei. Dabei wird auf der einen Seite die These vertreten, dass der stationäre Bereich eine höhere Kompatibilität als der ambulante verspreche, zumal im klinischen Bereich die Option einer Teilzeittätigkeit bestehe. Auf der anderen Seite ist die Rede von einer höheren Familienverträglichkeit im ambulanten Versorgungsbereich, nicht zuletzt da eine Niederlassung verbunden wird mit selbst bestimmten Arbeitszeiten. Neue Möglichkeiten einer Tätigkeit im ambulanten Bereich, z.B. als Angestellte oder in Form einer Teilzeitniederlassung scheinen den Interviewten nicht bekannt oder auch nicht vorstellbar zu sein. Die Überlegungen zeigen die Verbundenheit privater und beruflicher Lebensgestaltung wie auch die Notwendigkeit, in beiden Versorgungssegmenten Rahmenbedingungen für eine Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit zu schaffen und zu einer größeren Transparenz bereits vorhandener Möglichkeiten beizutragen. Darüber hinaus bleibt zu bedenken, dass sich diejenigen, die eine Familienkompatibilität eher im klinischen Bereich sehen, unter Umständen gegen eine Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin entscheiden, da dieses Fach auf stationärer Ebene nicht im Krankenhaus vertreten ist. Im Gegensatz zu anderen fachärztlichen Weiterbildungen, die sowohl eine stationäre als auch eine ambulante Perspektive eröffnen, erfolgt mit der Allgemeinmedizin eine Festlegung auf den ambulanten Bereich. Auch der an anderer Stelle von den Studierenden geäußerte Wunsch, im Anschluss an das Examen zunächst im Rahmen eines Sicherheit gebenden Kollegiums im Krankenhaus Berufserfahrung zu sammeln, könnte einem direkten Weg in die Allgemeinmedizin entgegenstehen.

Die vorab skizzierten Überlegungen aufgreifend in Verbindung mit der Notwendigkeit, den Anteil an allgemeinmedizinisch qualifizierten Ärzten und Ärztinnen perspektivisch zu erhöhen, könnte eine Möglichkeit darin bestehen, Allgemeinmedizin auch klinisch, z.B. in Form einer allgemeinmedizinischen Praxis oder Poliklinik, eines allgemeinmedizinisches Versor-

gungszentrums und/ oder einer allgemeinmedizinischen (Notfall)Ambulanz, an Krankenhäusern zu verankern.⁸¹

Weitgehend alle der von uns befragten Ärzte und Ärztinnen haben mindestens ein Kind. Im Rahmen ihrer Erörterung des Themas ‚Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Elternschaft‘ fallen nicht unerwartet geschlechtsspezifisch differente Gewichtungen bezogen auf die beiden vorab genannten Lebensbereiche auf. So werden Einschränkungen im Feld der Berufstätigkeit – z.B. Teilzeit- statt Vollzeittätigkeit sowie Anpassung der Auswahl des Fachgebietes und des Niederlassungsortes entlang familiärer Anforderungen – im Rahmen der vorliegenden Interviews lediglich von Frauen angesprochen. D.h. nicht, dass Männer ihre beruflichen Entscheidungen prinzipiell jenseits von Familie treffen, allein in den von uns durchgeführten Interviews hat keiner der Interviewpartner einen Zusammenhang zwischen Fachgebietwahl, Niederlassung und familiären Anforderungen dargelegt.

Der Wahl des Fachgebietes Allgemeinmedizin – so ist den Interviews zu entnehmen – liegt auch die Auffassung zugrunde, dass sich die allgemeinmedizinische Weiterbildung im Verhältnis zu den anderen fachärztlichen Weiterbildungen am ehesten als familienkompatibel zeige. So lasse sich die Weiterbildung aus einzelnen befristeten stationären Zeiten, verweben mit Phasen der Familienarbeit, zusammensetzen. Da sich gerade stationäre Nacht- und Wochenenddienste als wenig familienkompatibel erweisen; dürfte ein Argument für die Allgemeinmedizin auch in der ambulanten Weiterbildungszeit liegen. Auf den ersten Blick scheint diese Argumentation für die Position derjenigen Studierenden zu sprechen, die eine Familienkompatibilität eher im ambulanten Bereich ansiedeln. Jedoch bleibt methodisch zu bedenken, dass keine stationär tätigen Ärztinnen befragt worden sind, die unter Umständen eine andere Perspektive dargelegt hätten. Wiewohl eine Familienkompatibilität im Zusammenhang mit der Weiterbildung für Allgemeinmedizin konstatiert wird, beinhalten die Interviews gleichermaßen Kritikpunkte (z.B. wegen des großen Aufwandes der Organisation der Weiterbildungsstellen), wie sie auch den aktuellen fachlichen Diskursen zu entnehmen sind (Donner-Banzhoff/ Abholz 2000, Kochen 2007, Schmidt 2008).

Erörtert worden sind in den Interviews überdies – wiederum vorrangig von den Ärztinnen – notwendige Kompetenzen zur Begrenzung von Arbeitszeit, gerade in Verbindung mit einer eigenen Niederlassung. Dieser Aspekt wird im Rahmen des folgenden Abschnittes ‚Nähe und Distanz in der Allgemeinmedizin‘ vertiefend aufgegriffen.

⁸¹ Wenngleich diese Idee im Kontext von Fragen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie aufgegriffen wird, ist sie überdies im Zusammenhang mit anderen Themenfeldern, z.B. Forschung in der Allgemeinmedizin, Lehrstühle für Allgemeinmedizin, zu diskutieren.

Nähe und Distanz in der Allgemeinmedizin

Die Auseinandersetzung mit Fragen zu ‚Nähe und Distanz‘, einem Thema, das in den Interviews wiederholt angesprochen worden ist, knüpft zunächst an Definitionen zum Arbeitsfeld der Allgemeinmedizin an. Das folgende, den Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin entnommene Zitat bildet einen Teil der dort vorgestellten Fachdefinition ab: „Die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).“ Und weiter heißt es: „Die Arbeitsgrundlagen der Allgemeinmedizin sind eine auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung und die erlebte Anamnese, die auf einer breiten Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung beruhen.“ (www.degam.de/fachdefinition.html)⁸² Anknüpfend an den in der Definition dargelegten allgemeinmedizinischen Interaktionsfokus bleibt zu überdenken, welche Bedeutung diesem Arbeitsschwerpunkt seitens der Studierenden wie auch der Ärzte und Ärztinnen beigemessen wird. Anders ausgedrückt: Inwieweit wird der Gesichtspunkt der Interaktion – im Spannungsfeld von Nähe und Distanz zwischen Patienten/ Patientinnen und Ärzten/ Ärztinnen – von Studierenden erörtert, nicht zuletzt vor dem Hintergrund von Überlegungen zur Auswahl einer fachärztlichen Weiterbildung? Ferner ist ebenso zu fragen, welche Auffassungen im ambulanten Bereich tätige Ärzte und Ärztinnen zur Interaktion oder Begegnung im hausärztlichen Versorgungskontext vertreten.

Getragen von der Auffassung, dass ein allgemeinmedizinischer Interaktionsfokus mit einer speziellen Nähe zu Patienten und Patientinnen – nicht zuletzt aufgrund von Häufigkeit, Kontinuität und Intensität der Begegnungen – einher gehe, lassen sich den Interviews mit Studierenden wenigstens zwei voneinander abweichende Perspektiven entnehmen. Eine sich aus Interaktionsprozessen entwickelnde Nähe wird zum einen gedeutet als Spiegel einer Sinnhaftigkeit des eigenen beruflichen Seins, womit sich eine Verknüpfung aus Interaktion und Aspekten beruflicher Identität abzeichnet. Mit der zweiten Perspektive wird zum anderen die Befürchtung einer durch den allgemeinmedizinischen Interaktionsfokus bedingten, unter Umständen grenzenlosen Nähe verbunden. Diese führe nicht nur zu einer hohen Arbeitsbelastung sondern stehe überdies einer Verwirklichung von familiären Anliegen wie auch von Freizeitinteressen entgegen.

Erneut aus dem Blickwinkel einer notwendigen Erhöhung der Anzahl allgemeinmedizinisch qualifizierter Ärzte und Ärztinnen betrachtet, ist der Frage nachzugehen, wie sich ein allge-

⁸² Vgl. dazu auch Abholz/Kochen 2006: 502f. und Himmel et al. 2006: 524f.

meinmedizinischer Interaktionsfokus verbinden lassen könnte mit Ansätzen professioneller Distanz, so dass das Arbeitsfeld auch bei jenen Studierenden Interesse weckt, die bisher dessen ‚Uferlosigkeit‘ befürchten.

Als nahe liegend erscheint zunächst eine Begrenzung ärztlicher Zuständigkeit durch verschiedene Formen der Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Ärztinnen gleicher wie auch unterschiedlicher ärztlicher Fachrichtungen, z.B. durch Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren, durch Ärztenetze aber auch durch definierte Notdienstregelungen (vgl. z.B. Nordlicht 09/2006: 18ff. und Nordlicht 10/2006: 36f.). Ferner sind weiterführend Konzepte oder Modelle interdisziplinärer Zusammenarbeit – innerhalb des jeweiligen Praxisteam aber auch mit Akteuren und Akteurinnen unterschiedlicher Dienstleistungsangebote im Gesundheitssystem (z.B. Pflege oder Physiotherapie) – zu diskutieren, wobei die Spannweite von ärztlicher Delegation bis hin zu partizipativer Arbeitsteilung reichen dürfte. Beispielhaft sei hingewiesen auf das Projekt ‚AGnES‘ – Arztentlastende gemeindenaher e-Health-gestützte systemische Intervention – (www.medizin.uni-greifswald.de), auf den Ansatz ‚Advanced Nursing Practice‘ (Sachs 2007, Weskamm 2007, DBfK 2007) wie auch auf das ‚Chronic Care-Modell‘ (Gerlach et al. 2006a/b, Gensichen 2006). Neben Fragen berufsinhärenter wie auch berufsübergreifender Zusammenarbeit und Arbeitsteilung bleibt überdies eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit Fragen der Gestaltung von Interaktionsprozessen im Rahmen von Studium, Fort- und Weiterbildung zu bedenken.

Wiewohl die vorab kurz skizzierten Aspekte eine Unterstützung bei der Gestaltung und ggf. Veränderung allgemeinmedizinischer Praxis darstellen können, bleibt im Kern die Frage zu erörtern, inwieweit Arbeitsteilung und Zusammenarbeit vereinbar sein können mit dem Ansatz eines allgemeinmedizinischen Interaktionsschwerpunktes.

Nähe, so Heinz-Harald Abholz „kann Angst machen, weil man zum Beispiel die Verpflichtungen nicht tragen will, weil man die Widersprüchlichkeit beim anderen zur eigenen klaren Positionsbeschreibung ihm gegenüber nicht ‚brauchen kann‘, weil man diese Interaktion, auch gefühlsmäßig, nicht wünscht“ (Abholz 2006: 45). Gleichwohl stelle gerade Nähe eine wesentliche Grundlage der Allgemeinmedizin dar. „Nähe gehört zu unserem Fach, weil es unsere Spezialitäten erst erlaubt und unsere Stärke ausmacht. Dies müssen wir uns immer vor Augen halten, wenn wir wieder einmal beim Abbau von Nähe sind: Management-, Qualitätssicherungs- und Versorgungs-Programme der Team-Versorgung, sie alle beinhalten auch die Abgabe von Verantwortung an andere Verantwortliche in immer größer werdender Zahl. Damit bauen wir Nähe ab. Jede schnell ausgestellte Überweisung, jeder Rückzug aus der Erreichbarkeit durch den Patienten – all dies sind Fluchten vor der Nähe.“ (Abholz 2006: 45)

Auch Stefan Wilms und Jürgen in der Schmitt (2007) betonen – explizit im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen – die Bedeutung von Beziehung als einem nur bedingt mit anderen Akteuren und Akteurinnen teilbaren Kern hausärztlicher Aufgabe.

Ohne die Überlegung – Nähe als eine zentrale Grundlage von Allgemeinmedizin – grundsätzlich in Frage zu stellen, regen die vorab skizzierten Auffassungen dazu an, Fragestellungen für mögliche weitere Studien zu formulieren.

- Welche Patienten/ Patientinnen und welche Ärzte/ Ärztinnen wünschen sich welche Art der Nähe? Welche unterschiedlichen Motive liegen dem Wunsch nach Nähe jeweils zugrunde? Und welcher Grad an Nähe ist jeweils erforderlich für gelingende Versorgungsverläufe? Damit einher geht auch die Frage nach Grenzen der Zuständigkeit eines Allgemeinmediziners/ einer Allgemeinmedizinerin.
- Welche Qualifikationen sind für eine professionelle Interaktionsgestaltung erforderlich? Und inwieweit wird z.B. eine Teilhabe an Supervision, Balint-Gruppen und Qualitätszirkeln als unterstützend im Hinblick auf die Gestaltung von Interaktion als einem wesentlichen Bestandteil im diagnostischen und therapeutischen Prozess empfunden?
- Inwieweit ist Nähe ‚teilbar‘; d.h. inwieweit können verschiedene Akteure und Akteurinnen – z.B. aus den Bereichen Medizin, Pflege und Physiotherapie – durch Interaktion parallel zueinander Nähe zu Patienten und Patientinnen aufbauen? Und was bedeutet eine mögliche ‚Teilbarkeit‘ für die Gestaltung von Zusammenarbeit wie auch für die jeweils unterschiedlichen Rollen der beteiligten Akteure und Akteurinnen? Welche Chancen für eine qualitativ hochwertige Versorgung und welche Probleme könnten sich daraus ergeben?

Letztlich bleibt die Frage zu erörtern, wie Begegnungen zwischen Patienten/ Patientinnen und Ärzten/ Ärztinnen – dies dürfte ebenso auch für andere Berufsgruppen gelten – in einer Balance aus Empathie und Distanz gestaltet werden können. Während die befragten Studierenden das Thema mit Blick auf berufliche Zukunftspläne erörtern, zeigen die befragten Ärzte und Ärztinnen in den Interviews ihre Vorstellungen zur alltäglichen Gestaltung von ‚Nähe und Distanz‘. Dabei reicht die Spannweite von Interaktionsvarianten mit symbiotischem Charakter über Varianten der gewünschten aber nicht oder nur bedingt gelungenen Abgrenzung bis hin zur Interaktionsabwehr. Die Spannweite umfasst überdies das Bestreben, Interaktionen im Sinne eines professionellen Gleichgewichtes aus Nähe und Distanz zu gestalten. Zu vermuten ist, dass den verschiedenen Varianten jeweils unterschiedliche Entstehungskontexte zugrunde liegen. Als mögliche Faktoren seien u.a. benannt:

- Bisherige berufliche Erfahrungen und Sozialisationsprozesse (z.B. in Ost- und Westdeutschland),

- strukturelle Rahmenbedingungen bzw. vorhandene Ressourcen (z.B. in der Stadt und auf dem Land),
- geschlechtsspezifisch differente Lebenslagen (z.B. eine Parallelität von Familien- und Berufsarbeit bei Frauen),
- das Spannungsfeld von vermuteten bis hin zu geäußerten Erwartungen von Patienten und Patientinnen
- wie auch Vorstellungen darüber, was Allgemeinmedizin bedeute bzw. was im Rahmen von Allgemeinmedizin zu leisten sei.

Die lediglich kurz skizzierten Faktoren zeigen an, dass das Thema ‚Nähe und Distanz‘ nicht zuletzt verwoben ist mit Fragen beruflicher Vorstellungen und Haltungen. Diese Fragen auch zukünftig kontinuierlich aufzugreifen (im Rahmen von Studium, Fort- und Weiterbildung), mögliche Vorgehensweisen zu beschreiben, Formen der Arbeitsteilung zu entwickeln und Grenzen der Allgemeinmedizin zu definieren, könnte ein bislang nicht genügend beachteter Beitrag dazu sein, den hausärztlichen Versorgungsbereich für angehende wie für bereits niedergelassene Ärzte und Ärztinnen wieder attraktiver zu machen – gerade weil im Mittelpunkt der Allgemeinmedizin professionell gestaltete und reflektierte Begegnungen mit Patienten und Patientinnen stehen sollten. Empfehlenswert erscheint überdies eine strukturelle Förderung bereits bekannter und erprobter Instrumente – wie z.B. Balint-Gruppen, Qualitätszirkel und Supervisionstreffen – im Sinne nutzbarer Angebote zur Reflexion von Möglichkeiten und Grenzen hausärztlicher Interaktionsgestaltung und damit auch zur professionellen Entlastung von Akteuren und Akteurinnen, die in überwiegend beziehungsorientierten Arbeitsfeldern tätig sind.

Intradisziplinäre und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Angesprochen wird das bereits im vorher gehenden Abschnitt kurz erörterte Feld der berufsinhärenten und der berufsübergreifenden Zusammenarbeit. Unter dem Begriff intradisziplinär wird die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Ärztinnen gleicher wie auch unterschiedlicher Fachrichtungen subsumiert; unter interdisziplinär Formen berufsübergreifender Kooperation, Koordination und Kommunikation. Bezogen auf die vorliegende Untersuchung ist der interdisziplinäre Fokus auf die Bereiche Medizin und Pflege gelegt worden.

Gerade vor dem Hintergrund eines vielerorts konstatierten demographischen Wandels, von Fortschritten in der Medizin wie auch einer Zunahme chronischer Erkrankungen stellt sich zum einen die Frage nach zukünftiger „Ausrichtung“ von Versorgung (Schmacke 2007), zum anderen rückt die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen berufsinhärenten wie berufsübergreifenden Zusammenarbeit in das Blickfeld aktueller fachlicher Diskurse (Bollinger et al. 2005, Kuhlmeier 2007, Sachverständigenrat 2007). Bedeutsam für die vorliegende Untersu-

chung ist das Thema der Zusammenarbeit überdies, da Allgemeinmedizin eine „Koordinations- und Integrationsfunktion (beinhaltet), insbesondere die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation, sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld“ (Abholz/ Kochen 2006: 505).

Entsprechend der Leitfäden ist das Thema der Zusammenarbeit ausschließlich von der Gruppe der Ärzte und Ärztinnen erörtert worden. Die Äußerungen zur Zusammenarbeit innerhalb der eigenen Berufsgruppe umfassen verschiedene Aspekte: So ist zum Beispiel die Rede von angenehmen und unangenehmen Kooperationserinnerungen, von Fragen der Konkurrenz – die umso geringer sei, je weniger Ärzte und Ärztinnen in einer Region niedergelassen sind – und auch von formalen sowie informellen Zusammenschlüssen, beispielsweise mittels Gemeinschaftspraxen, Versorgungszentren und vertraglich geregelten Praxisnetzen sowie innerhalb regionaler Qualitätszirkel. Deutlich wird, dass mit vertraglichen Zusammenschlüssen z.B. die Befürchtung beruflicher Fremdbestimmung verbunden wird, zugleich ist aber auch die Rede von Wünschen nach einer Erweiterung von Zusammenarbeit zwecks Austausch und Arbeitsteilung. Insgesamt bleibt ein detaillierterer Forschungsbedarf zu konstatieren mit dem Ziel, Modelle oder Ansätze von berufsinhärenter Zusammenarbeit – unter Berücksichtigung von Elementen wie Eigenständigkeit und Verbindlichkeit – zu entwickeln. Nicht zuletzt sind dabei auch Fragen der Interaktion zwischen Ärzten/ Ärztinnen und Patienten/ Patientinnen, wie sie im vorher gehenden Abschnitt erörtert worden sind, aber auch Ansätze wie das Chronic Care-Modell (Gerlach 2006a/b, Gensichen 2006) zu bedenken.

Bezogen auf eine Zusammenarbeit zwischen Akteuren und Akteurinnen aus Medizin und Pflege scheinen in den Interviews zunächst verschiedene Kritikpunkte auf. So ist beispielsweise die Rede von ungenügender Qualifikation Pflegender, einer sich daraus ergebenden unzureichenden Versorgungsqualität sowie einer überhöhten Einschätzung von Pflegebedarf aus ökonomischen Interessen. Besonders geschätzt hingegen werden das ärztliche Handeln zeitnah unterstützende Informationen wie auch ärztliche Entlastung durch Übernahme einzelner Tätigkeiten seitens der Pflegenden. Der in den Interviews skizzierte Charakter ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit scheint geprägt zu sein von einseitigen Informationswegen – Pflegende informieren Ärzte und Ärztinnen – und einem Delegationsverfahren – entsprechend qualifizierte Pflegende übernehmen an sie delegierte Aufgaben – bei weitgehend unhinterfragtem Erhalt eines ärztlichen Verordnungsmonopols für pflegerische Leistungen im Rahmen des SGB V. Dies entspricht einer in der Tendenz traditionellen Haltung zur Zusam-

menarbeit, die weniger gleichberechtigte denn hierarchisch strukturierte Komponenten beinhaltet. Dem steht ein im Kontext von Professionalisierungsprozessen – u.a. abzulesen an der Implementierung von Studiengängen für Pflegewissenschaft und Pflegemanagement an Hochschulen und Universitäten – entwickeltes eigenständiges pflegerisches Berufsprofil gegenüber. Von einem solchen eigenständigen Profil ausgehend, dürfte Delegation lediglich einen Teil ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit ausmachen. Wie eine jenseits von Delegation liegende Kooperation unter Gesichtspunkten einer größtmöglichen Versorgungsqualität inhaltlich gestaltet sein könnte, wird in den Interviews nicht thematisiert. Demgegenüber wird auf einer theoretischen Ebene – neben Fragen der Gleichberechtigung, einer gemeinsamen Zielsetzung, Kommunikationsfähigkeit, Kommunikation und persönlicher Interaktion – die Planung gemeinsamer Aktivitäten als wesentliche Voraussetzungen für ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit benannt (Garms-Homolova et al. 1998: 1ff.).⁸³

Methodisch bleibt an dieser Stelle anzumerken, dass in den Interviews zwar nach allgemeinen Einschätzungen zur Zusammenarbeit mit Akteuren und Akteurinnen der verschiedenen Gesundheitsfachberufe gefragt worden ist, sich die Nachfragen aber ausschließlich auf den Aspekt der Delegation ärztlicher Aufgaben an das Pflegepersonal bezogen haben. Denkbar ist, dass bei einer offeneren Fragestellung ein vielfältigeres Spektrum an Vorstellungen zur Kooperationsgestaltung entwickelt worden wäre, wenn etwa auch Kooperationsformen jenseits des Delegationsprinzips angesprochen worden wären. Dieses zu untersuchen könnte Thema einer weiteren Studie sein, ebenso wie es als wesentlich betrachtet wird, nicht nur ärztliche sondern ebenso pflegerische Einstellungen zu Möglichkeiten und Grenzen von Zusammenarbeit zu erheben.

Das Thema 'Interdisziplinarität' abschließend, sei nochmals ein Blick auf Fragen der Delegation geworfen. Erörtert worden ist in den Interviews, inwieweit eine Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegende einem befürchteten Ärztemangel entgegenwirken könne. Diejenigen, die eine solche Delegation befürworten, greifen den Aspekt bereits vorhandener bzw. notwendiger pflegerischer Qualifikation auf in Verbindung mit definierten Aufgabenbereichen – z.B. Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Diejenigen, die eine solche Delegationsmöglichkeit eher ablehnen, argumentieren demgegenüber mit unzureichender pflegerischer Qualifikation sowie bereits jetzt beobachtbarer Arbeitsüberlastung Pflegender. Auch wird die Frage der Verantwortung thematisiert; nicht zuletzt vor dem Hintergrund bestehender Rechtsunsicherheiten sehen sowohl Ärzte/ Ärztinnen (aber auch Pflegende⁸⁴) von einem ausgeweiteten Delegationsverfahren ab. Hinzu kommen – unter Gesichtspunkten von Konkurrenz – ökonomische Bedenken wie auch Überlegungen, welche Konsequenzen eine in-

⁸³ Die Thematik wird auch im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrates aufgegriffen (2007: 27).

⁸⁴ So mehrere Beiträge während des 9. Süddeutschen Pfllegetags am 25.09.2007.

tensivierte Begegnung zwischen Patienten/ Patientinnen und Pflegenden für hausärztliche Interaktionsprozesse haben könnte. Gerade in Verbindung mit jeweils unterschiedlichen Vorstellungen zur eigenen hausärztlichen Rolle werden differente Wünsche an eine delegationsorientierte Zusammenarbeit – im Spannungsfeld von geschätzter Arbeitsentlastung bis hin zu befürchteter Konkurrenz – verstehbar. Eine Reflexion dieser unterschiedlichen Auffassungen könnte wiederum Inhalt von Seminaren wie auch von Veranstaltungen der Fort- und Weiterbildung sein. Als hilfreich für die prospektive Gestaltung von Zusammenarbeit dürften sich überdies ein Überwinden noch bestehender Rechtsunsicherheiten als auch die Entwicklung berufsübergreifender Leitlinien zeigen (Kuhlmeiy 2007, Sachverständigenrat 2007). Allein mit Hilfe struktureller Maßnahmen aber scheinen die unter Gesichtspunkten von Versorgungsqualität notwendigen Veränderungsprozesse nicht erreichbar zu sein. Adelheid Kuhlmeiy schreibt dazu: „Dies (die Umsetzung neuer Versorgungsansätze, Anmerk. d. Verf.) ist nicht einfach, unter anderem deshalb, weil die Vertreter der Pflege, der Ärzte oder anderer Heilberufe, die Vertreter der Verbände, Kassen, der Wissenschaft oder der Gesundheitspolitik eng an ihr kulturell verfügbares Reservoir gebunden sind, sodass die Sicht auf das Zukünftige oft unmöglich scheint. Dabei könnten von einer Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen alle Heilberufe profitieren.“ (Kuhlmeiy 2007: 28)

Methodische Grenzen

Nicht selten zeigt sich bereits im Verlauf von (qualitativen) Forschungsprojekten, wo die Grenzen der eigenen Untersuchung liegen und welche ergänzenden oder alternativen Forschungswege vermutlich interessant und erkenntnisreich gewesen wären. Diese kurz zu skizzieren ist Ziel der methodischen Schlussbetrachtungen.

Zunächst ist nach denkbaren Modifikationen hinsichtlich der Zusammensetzung des Samples zu fragen. Denkbar wäre die Durchführung weiterer Interviews mit Ärzten und Ärztinnen in unterschiedlichen Abschnitten der Fachweiterbildung Allgemeinmedizin gewesen, zumal diese – biographisch bedingt – im Spannungsfeld von vergangenem Studium und zukünftiger Niederlassung vielfältige Vorstellungen zu notwendigen theoretischen wie praktischen Lehrinhalten erörtern können. Ebenso wie den Interviews mit Studierenden lassen sich auch den Interviews mit Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen unterschiedlichste Ideen zu prospektiven Gestaltungsmöglichkeiten von Allgemeinmedizin entnehmen.

Denkbar wäre auch die Durchführung von Interviews mit Studierenden gewesen, die ihr Studium vor dem Abschluss des Examens abgebrochen haben. Wiewohl es unter Umständen schwierig sein wird, entsprechende Interviewpartner und -partnerinnen zu finden, könnten in Gesprächen mit ihnen weiterführende Erkenntnisse liegen zu Fragen der Studiengestaltung,

des Curriculums wie auch zu Fragen von im Studium vermittelten medizinischen Paradigmen. Auch Interviews mit Ärzten und Ärztinnen im Praktischen Jahr (PJ) – explizit jenen, die sich für ein Tertial in der Allgemeinmedizin entscheiden – sind denkbar; jedoch besteht eine solche Option erst seit kurzer Zeit, so dass diese Gruppe in der Erhebungsphase des vorliegenden Projektes nicht berücksichtigt werden konnte.

Neben Überlegungen zu einer Modifikation des Samples ist ferner eine kritische Betrachtung des Leitfadens zu bedenken. Bezogen auf die Interviews mit Studierenden hat sich gezeigt, dass ein wesentlicher Schwerpunkt in der Auseinandersetzung mit praxisorientierten Lehrinhalten liegt. Eine Auseinandersetzung mit Fragen zu gewünschten theoretischen Lehrinhalten scheint durch den Leitfaden hingegen weniger angeregt worden zu sein. Darüber hinaus bedarf es weiterer Perspektiven, beispielsweise durch Interviews mit Lehrenden, durch teilnehmende Beobachtungen in Lehrveranstaltungen wie auch durch Analysen von Curricula und Lehrplänen, um vertiefende Aussagen zur inhaltlichen Gestaltung des Medizinstudiums machen zu können. Bezogen auf den Leitfaden für Ärzte und Ärztinnen ist bereits im Verlauf des Schlusskapitels – im Abschnitt zu intradisziplinärer und interdisziplinärer Zusammenarbeit – erörtert worden, dass eine größere Offenheit im Kontext der Fragen zu ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit unter Umständen einen erweiterten Erkenntnisgewinn mit sich gebracht hätte.

Auch Anknüpfungspunkte für mögliche weiterführende qualitative wie quantitative Studien sind im Verlauf des Schlusskapitels an verschiedenen Stellen aufgezeigt worden. So sind zum Beispiel ‚Nähe und Distanz in der Allgemeinmedizin‘, ‚Modelle und Konzepte interdisziplinärer Zusammenarbeit‘ wie auch ‚Basiskompetenzen in der Allgemeinmedizin‘ mögliche Themen für zukünftige Forschungsprojekte.

5.2 Weiterführende Schlussbetrachtungen

Die Debatte um die Zukunft hausärztlicher Versorgung in der GKV gewinnt ein anderes Profil, wenn sie eingebettet wird in die Frage, in wie großem Umfang sie durch landestypische und/ oder regionale Besonderheiten geprägt ist und wie sehr sie Ausdruck einer internationalen Krise von Primary Care ist. Diese Rahmung erscheint unverzichtbar, wenn festgestellt werden muss, dass zentrale Fragen der Identität und Akzeptanz von primärmedizinischem Handeln weltweit als weithin ungelöst gelten. Moore und Showstack überschreiben ihre einschlägige Analyse mit dem Titel „Primary Care Medicine in Crisis: Toward Reconstruction and Renewal“ und prophezeien, dass die Herausbildung eines zeitgemäßen Bildes von Allgemeinmedizin (Primary Care) alles andere als einfach werden wird: „Hard-nosed realism

must replace romantic idealism while we seek to hold on to the core elements of primary care“ (Moore/Showstack 2003: 247).

Das Spezifische der Allgemeinmedizin

Die Erkenntnis, vertieft über die konstitutiven Elemente von Allgemeinmedizin nachdenken zu müssen, ist natürlich nicht neu. Die Allgemeinmedizin – nach der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) – definiert sich als die „(...) Akut- und Langzeitbehandlung von kranken Menschen mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen und die ärztliche Betreuung Gesunder unabhängig von Alter und Geschlecht unter besonderer Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit, der Familie und der sozialen Umwelt“ (Klimm 1994: 635). Bevor die Implikationen für eine erfolgreiche Umsetzung dieser Definition in der GKV weiter beleuchtet werden, ein kurzer Blick auf die aktuelle Versorgungsdebatte.

Allgemeinmedizin und GKV

Geleistet wird die ambulante Versorgung von Allgemeinmedizinern und Allgemeinmedizinerinnen – tätig als Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten und Pädiater, in enger Kooperation mit den anderen medizinischen Fachberufen (wie zum Beispiel Pflegedienste, Physio- und Ergotherapeuten, Podologen, Wund- und Stomabetreuer, Berufsbetreuer, arbeits- und betriebsmedizinische Dienste, psychosoziale Dienste, palliativmedizinische Dienste, Hospizhelfer). Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorliegenden Zahlen zu der Anzahl der Allgemeinmediziner/ Allgemeinmedizinerinnen und praktischen Ärzten und Ärztinnen liegen zwischen 41 938 von 118 277 vertragsärztlich Tätigen und 59 000 von 119 600 Vertragsärzten für den 31.12.2006.⁸⁵ Laut Angaben des Wissenschaftlichen Institutes der AOK liegen die Zahlen bei 57 459 Hausärzten und -ärztinnen, die an der Vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Klose et al. 2007).

Die Allgemeinmedizin ist von zahlreichen Wandlungsprozessen gekennzeichnet. Der zunehmende demographische Wandel hin zu einer alternden und chronisch kranken Bevölkerung verlangt mehr denn je ein Grundverständnis des Menschen in seinen bio-psycho-sozialen Bezügen. Jeder fünfte Patient ist ein chronischer Patient. Die Versorgung chronisch kranker und alternder Patienten wird zum alles prägenden Schwerpunkt des ambulanten Tätigkeitsfeldes werden. Dies ist verbunden mit einer Zunahme an Multimorbidität. 80% aller Beratungen in der Hausarztpraxis betreffen chronische Erkrankungen. (Wilson 2005)

⁸⁵(<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=a37fb2ef373e33aa81237f319b526882&DocId=003754930&Page=1>, Daten vom Stichtag 31.12.2006, eingesehen am 2.2.2008).

Der Topos Nachwuchsmangel

Das starke Ansteigen der alternden Bevölkerung ist gleichzeitig von einem Rückgang junger Menschen in der Bundesrepublik begleitet; daraus resultiert langfristig ein nicht leichthin zu behebender Mangel an medizinischem, pflegendem und anderem Fachpersonal (Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2007: 131). Auf Unwägbarkeiten von Kalkulationen über das Verhältnis von Dienstleistungsangeboten und Dienstleistungsbedarf kann hier nicht eingegangen werden, allein der Faktor Migration ist sowohl im Sinne der Verstärkung wie der Behebung des Mangels an Fachpersonal allen Erfahrungen nach schwer einzuschätzen. Von vielen Seiten wird schon jetzt ein Nachwuchsmangel an Allgemeinmedizinern und -medizinerinnen beklagt. Insbesondere in struktur-schwachen Regionen und den neuen Bundesländern (Zenker 2003) wird mangelnder Nachwuchs für die hausärztliche Tätigkeit als Problem gesehen. So sind zum Beispiel nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein aktuell 23 Arztsitze verteilt auf vier Landkreise nicht besetzt. Hochrechnungen der KV haben ergeben, dass bis 2015 schätzungsweise 63 Prozent der Hausärzte und –ärztinnen in Schleswig-Holstein in den Ruhestand gehen und ihre Praxis in jüngere Hände geben wollen⁸⁶. Es wird schwieriger werden, im bisherigen Modus der Bedarfsplanung diese Praxen wiederzubesetzen. Ansätze zu einer grundlegenden Reform der ambulanten Versorgung – im Sinne der Neufassung von Rollen der Akteure und/oder anderer Kooperationsformen – spielen bislang in der gesundheitspolitischen Debatte entweder keine Rolle oder werden parallel zur „Regelversorgung“ gedacht.

Die Ost-West-Thematik

Die oben beschriebene Schere zwischen dem Rückgang an qualifiziertem medizinischen und pflegerischen Personal auf der einen und einer zunehmend alternden und chronisch kranken Bevölkerung auf der anderen Seite verstärkt sich noch in den neuen Bundesländern. Dies ist zum einen Folge der massiven Ost-West-Migration jeglichen Fachpersonals, zum anderen vermutlich auch Folge unterschiedlicher Morbidität.

Es gibt Anhaltspunkte, dass insbesondere chronische Erkrankungen in den neuen Bundesländern gehäuft auftreten. Beispiele hierfür seien: Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Bluthochdruck und eine erhöhte Herzinfarktrate. (Sachverständigen Gutachten Band 3, Zenker 2003). Die Sterberate ist in den neuen Bundesländern um 11,4 Prozent höher als in den alten Bundesländern. Zu der erhöhten Mortalität kommt eine geringere Arztdichte hinzu. Diese lag 2001 in den neuen Bundesländern bei 340 Patienten je Arzt und in den alten Bundesländern bei 282 Patienten je Arzt. In den neuen Bundesländern müssen dement-

⁸⁶ www.kvsh.de, eingesehen am 29.03.2008

sprechend mehr Patienten/ Patientinnen mit weniger Personal behandelt werden. Ein Arzt/ eine Ärztin behandelt 742 GKV-Versicherte pro Quartal in den neuen und 643 Patienten/ Patientinnen pro Quartal in den alten Bundesländern. Auch haben die Arztpraxen in den neuen Bundesländern 25,5 Prozent weniger Praxispersonal zur Verfügung. Das beutet – in der Logik der Bedarfsrechnung –, dass ein Arzt/eine Ärztin in den neuen Bundesländern 15% mehr Patienten betreut, aber insgesamt laut Berechnungen der GKV 13% weniger Honorar erhält. Hinzu kommt, dass in den neuen Bundesländern die fehlenden Einnahmen nicht in gleicher Weise durch Privatpatienten und -patientinnen ausgeglichen werden können. (Brenner 2001)

Dabei war historisch betrachtet die Voraussetzung für eine flächendeckende Versorgung in den neuen Bundesländern eher positiv: In der DDR war die Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten in Form von Polikliniken fest verankert, die gleichberechtigt neben den niedergelassenen Ärzten/ Ärztinnen an der Krankenversorgung teilnahmen (Bollinger 2002). Ein Hauptanliegen des Gesundheitssystems der DDR war schon seit den 50er Jahren die allgemeine und umfassende medizinische Grundbetreuung der Bevölkerung und somit auch eine Förderung des Allgemeinarztes als Garanten für eine kontinuierliche ambulante Versorgung. Bereits 1967 – ein Jahr vor der Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin den alten Bundesländern – wurde der Facharzt Allgemeinmedizin geschaffen und den anderen Fachärzten gleichgestellt. Allerdings wurde auch in der DDR Allgemeinmedizin erst 1989 als offizielles universitäres Lehrfach eingerichtet (Bühler 1998). Einige Bausteine begegneten uns während unserer Recherchen wieder, die noch auf ein eher flächendeckendes Modell von Versorgung der Bevölkerung verweisen: Das „Wiederbelebungsmodell“ der Gemeindegewester im Projekt AgNES (Arztentlastende, gemeindenaher, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) des Institutes für Community Medicine der Universität Greifswald oder auch die nach wie vor aktiven Zweigstellen der allgemeinmedizinischen Praxen, in denen z.B. wöchentlich für zwei Stunden Sprechstunden angeboten werden, und ohne die viele ältere Menschen keinen Zugang zur allgemeinmedizinischen Versorgung hätten. Die in der DDR existierenden über 200 Polikliniken waren eng gekoppelt an die Universitäten und gestatteten durch das Angestelltenverhältnis und die betrieblichen Kindertagesstätten Medizinerinnen eine Verbindung von ärztlicher Berufstätigkeit und familiären Verpflichtungen (Bollinger 2002). Eine – adaptierte – Fortführung dieser Strukturen war nach der Vereinigung aber dezidiert nicht gewollt.

Alle – in sich oft nicht widerspruchsfreien – Kalkulationen über tatsächlichen oder befürchteten Hausarztmangel lassen in der Regel ein übergeordnetes Problem außer Betracht: die Attraktivität des Berufes Hausarzt (General Practitioner/ Family Physician) hat in allen Län-

dem unabhängig von ihrem Organisations- und Finanzierungsmodus nachgelassen. Überall findet sich ein nahezu uniformes Beklagen von Überalterung und fehlendem Nachwuchs (Moore/Showstack 2003, Wright et al 2004, Whitcomb 2004). Auf der einen Seite klingt in der gesundheitspolitischen Debatte das Hohelied der Allgemeinmedizin immer heller, auf der anderen Seite scheint das Fundament zu erodieren. Es wird später beleuchtet, warum diese kritische Einschätzung nun auch wieder nicht überbewertet werden sollte.

Aktuelle Reformen

Bundesweit wird den Entwicklungen im hausärztlich-vertragsärztlichen Bereich mit zahlreichen gesundheitspolitischen Maßnahmen begegnet. Lösungen werden in Veränderungen im marktwirtschaftlichen Sinne gesucht, so in der Einführung der integrierten Versorgung (§140a-h SGBV), und der Öffnung des Marktes für Ärztenetzwerke (Amelung/Janus 2006). Von politischer Seite ist die Allgemeinmedizin zunehmend von Maßnahmen der Qualitätssicherung, der Entwicklung von Leitlinien, durch die Disease Management Programme und Anforderungen der evidenzbasierten Medizin konfrontiert und muss sich darin behaupten (Gerlach 2006). Den Kassenärztlichen Vereinigungen fällt vorrangig der Sicherstellungsauftrag zu. Teilweise schon seit 2002 bestehen Sicherstellungsstatute, die niedergelassenen Ärzten/ Ärztinnen Umsatzgarantien, befristete Arbeitsverhältnisse, Weiterbildungsförderungen und Sicherstellungen im Bereich des ärztlichen Notdienstes garantieren. Die KVen zahlen für die Neueröffnung von Arztpraxen Prämien und regen die Kommunen an, die Niederlassung von Ärzten/ Ärztinnen durch geringe Grundstückspreise zu unterstützen. Im Bereich Mecklenburg-Vorpommern wird insbesondere der Notdienst gefördert. Die Neuregelung des Notdienstes ist sicher einer der viel versprechenden Ansätze auf dem Weg zu einer realistischen Gestaltung hausärztlicher Tätigkeit gerade in strukturschwachen Regionen. Gemäß einem jüngst verabschiedeten Statut übernimmt die KV Mecklenburg Vorpommern Umsatzgarantien in Sicherstellungspraxen und unterstützt finanziell zahlreiche Ausbildungsabschnitte für zukünftige Allgemeinmediziner und -medizinerinnen⁸⁷. Die Krankenkassen beteiligen sich ihrerseits in hohem Maße an der Förderung der Allgemeinmedizin, so zum Beispiel im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und vor allem durch die (de facto bedingungslose) Mitfinanzierung der Weiterbildung zum Facharzt/Allgemeinmedizin.

Wissenschaftliches Fundament der Allgemeinmedizin

Nicht nur für Deutschland, hier aber vielleicht besonders krass, gilt: Die Allgemeinmedizin ist von ihrer akademischen Positionierung her auf den inhaltlichen Paradigmenwechsel hin zu den komplexen Aufgaben der Versorgung einer multimorbiden, alternden Bevölkerung nicht

⁸⁷ (http://www.kvmv.info/aerzte/15/20/Statut_01_01_2008.pdf), eingesehen am 24.1.2008

ausreichend vorbereitet (zur parallelen Debatte in den USA s. Sox 2003). Als akademische Disziplin ist die Allgemeinmedizin in Deutschland ausgesprochen jung. Erst 1978 wurde die Allgemeinmedizin durch die Änderung der Approbationsordnung zum Pflicht- und Prüfungsfach für schriftliche Examina und seit 1988 auch für mündliche Staatsexamensprüfungen in der Bundesrepublik (Wissenschaftsrat 1999). Noch immer stehen nicht an allen medizinischen Ausbildungsstätten Professuren bzw. Lehrstühle mit ausreichender Ausstattung zur Verfügung. Die allgemeinmedizinische Lehre wird überwiegend über Lehrbeauftragte sichergestellt. Zwar wird seit Jahren die Etablierung von allgemeinmedizinischen Lehrstühlen an allen Universitäten gefordert, aber auch 30 Jahre nach den ersten Forderungen ist dieser Anspruch noch keineswegs flächendeckend umgesetzt.

Um dem Problem des Nachwuchsmangels in der Allgemeinmedizin (anders formuliert: der spezifischen Rekrutierung) insbesondere in den strukturschwachen Regionen nachzugehen, erscheint nun aber die Frage nach den Identifikations- und Karrieremöglichkeiten im Rahmen der Allgemeinmedizin besonders wichtig. Deshalb war wichtig zu erfahren, durch welche Kernkompetenzen die Allgemeinmedizin in der Wahrnehmung unserer Interviewpartnerinnen gekennzeichnet ist, welche Rolle Forschung ihrer Meinung nach darin spielt und wie sich die Allgemeinmedizin an den Universitäten darstellt. Es ist davon auszugehen, dass sowohl die Herkunft wie die Ausbildung der nächsten Generationen der Medizinstudierenden Einfluss auf eine nachhaltige Förderung der hausärztlichen Versorgung nehmen. Internationale Erfahrungen, auch verbunden mit Evaluationsstudien, haben die Bedeutung der beiden Pole „Nature and Nurture“ gerade im Hinblick auf die Versorgung strukturschwacher Regionen belegt (Brooks et al 2002): je mehr Studierende von ihrer Lebensgeschichte her mit dünn besiedelten Regionen vertraut sind, und je intensiver sich die medizinischen Fakultäten von Beginn an um entsprechend motivierte Studierende kümmern, umso höher ist die Verbleiberate von Ärztinnen und Ärzten in den sog. Problemgebieten der untersuchten Länder gewesen.

Also stellt sich stets die Frage, wie intensiv sich die Universität um derartige Versorgungsfragen kümmert. Wie schon gesagt, ist die Allgemeinmedizin an den Universitäten in Deutschland ein relativ junges, sich dynamisch entwickelndes Fach. Die Gründung der DEGAM, die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, ging 1966 einher mit der Erteilung des ersten Lehrauftrages. In den alten Bundesländern gibt es erst seit 1968 den Facharzt für Allgemeinmedizin. Die DEGAM als wissenschaftliche Fachgesellschaft in der Allgemeinmedizin hat bislang noch keine Breitenwirkung. Nur etwa 3% der deutschen Hausärzte und -ärztinnen sind Mitglied in der DEGAM, die wegen rechtlicher und politischer Rahmenbedingungen

kaum Einfluss auf die Weiter- und Fortbildung in der Allgemeinmedizin hat (Hummers-Pradier 2006).

Noch immer fehlt es an wesentlichen Grundbausteinen für eine etablierte allgemeinmedizinische Forschung, auch wenn erste Forschungsprojekte und BMBF-Förderprogramme nicht verkannt werden sollen: 1999 gab es ein Förderprogramm des BMBF zum Auf- und Ausbau allgemeinmedizinischer Lehrstühle, und im Rahmen der Förderung der Kompetenznetze durch das BMWF ist erstmalig ein Allgemeinmediziner als Gutachter in die Ausschreibungen mit einbezogen worden.

Wenn inzwischen Zentren der Allgemeinmedizin, etwa um Prof. Abholz in Düsseldorf, Prof. Gerlach in Frankfurt-Main, Prof. Donner-Banzhof in Marburg, Prof. van den Bussche in Hamburg, Prof. Kochen in Göttingen oder Prof. Szecsenyi in Heidelberg rege, international beachtete Lehr- und Forschungsaktivitäten entfalten, so darf das nicht über die grundsätzlichen Defizite in der bundesweiten Entwicklung und Institutionalisierung der Allgemeinmedizin hinwegtäuschen.

Das noch schwache Echo aus dem Feld der hausärztlichen Praxis auf diesen Forschungsstand gilt gerade auch für die Neudefinition der Rolle der Allgemeinmedizin im Rahmen ihrer eigenen Wissenschaftsbasierung. Vieles bleibt einstweilen im Rahmen von Insiderdebatten. So hat eine Gruppe um Prof. Ferdinand Gerlach unlängst in der Zeitschrift des Netzwerkes für Evidenzbasierte Medizin einen zweiteiligen Artikel veröffentlicht, in dem das traditionelle dem neuen Hausarztmodell gegenüber gestellt wird. Das traditionelle Modell wird hier gekennzeichnet von der 24-h Rund-um-die-Uhr-Versorgung, der Betreuung der Familien über mehrere Generationen, der Autorität des Arztes, dem die Patienten in Dankbarkeit gegenüber stehen sowie der isolierten Tätigkeit in der Einzelpraxis basierend auf individuellen Erfahrungen und Intuition.

Das neue Modell des primärmedizinischen Spezialisten wird von den Autoren dagegen in Zusammenhang gebracht mit dem autonomen und kritischen Patienten, modernen Lebensformen (Patchworkfamilien, Singlehaushalte), arbeitsteiliger Versorgung, geregelter Notdienst und kooperativer Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis oder im Rahmen integrierter Versorgung unter Bezugnahme auf evidenzbasierte Konzepte.

Parallel, zum Teil getrennt, wird in der Scientific Community der Allgemeinmedizin eine Debatte zur Identifikation der besonderen Rolle des Allgemeinmediziners in der Beziehungsarbeit mit den Patientinnen und Patienten geführt. So arbeitete Wilm die Beziehungskompe-

tenz als die zentrale, sich von anderen Facharztdisziplinen abhebende Kernkompetenz von Allgemeinmedizin heraus (Wilm 2007). Die Steigerung der Selbstkompetenz des Patienten/ der Patientin spielt danach gerade im Umgang mit chronischen Kranken eine herausragende Rolle. Der Begriff Empowerment erscheint hier erstmalig im Zusammenhang mit ärztlichen Kompetenzen. Ihm sind an dieser Stelle auch Methoden wie Patientenschulungen etc. zugeordnet. Der Patient/ die Patientin wird dabei aber nicht nur als autonom und kritisch, sondern auch als bedürftig wahrgenommen. Beziehungsfähigkeit kann und muss danach trainiert und erhalten werden – ist hier eine wichtige Botschaft. Dass die Stärkung der Patientenkompetenz bislang nur ungenügend als zentrale Aufgabe in der Betreuung chronischer Patienten gesehen wird, wird aus der Analyse der Erfahrungen mit Patientenschulungsprogrammen im Sinne von Empowermentstrategien von Anderson deutlich (Anderson 2005). Dabei müsste ein derart umfassendes Verständnis der Versorgung chronischer Patienten/ Patientinnen schon längst zum Standard gehören.

Am weitesten in dieser Diskussion ist offensichtlich der erste Leiter des Reformstudienganges in Berlin, Walter Burger gegangen. Er führt in einem Buchbeitrag zur Bedeutung der Allgemeinmedizin für die Integrierte Medizin aus, dass die naturwissenschaftliche Vormachtstellung mit ihren monokausalen Begründungszusammenhängen es bislang schwer möglich macht, neuere erkenntnistheoretische Zugänge (z.B. Systemtheorie) für die Bewältigung komplexer chronischer Erkrankungen zu nutzen. Seiner Meinung nach kann man den komplexen Herausforderungen chronischer Erkrankungen nur gerecht werden, wenn man semiotische und erkenntnistheoretische, also genuin kultur- und sozialwissenschaftliche Kompetenzen gleichberechtigt neben den biomedizinischen Aspekten vermittelt. Für Burger besteht gerade die Brücke zwischen den Natur- und den Geisteswissenschaften, wie sie zum Beispiel in der Theorie der Humanmedizin von Wesiak und Uexküll (Wesiak/Uexküll 1998) beschrieben worden ist, als besondere Herausforderung und Identifikationsrahmen für eine Allgemeinmedizin, die ihre Gültigkeit als Basismedizin für eine umfassende integrative Medizin haben kann (Burger 1997).

Und so hört sich in Deutschland das bereits seit bald zehn Jahren diskutierte Chronic Care Modell von von Korff (Von Korff 1997) nach wie vor fast visionär an. Es fordert die Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten und Patientinnen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Koordination der professionellen Betreuung, den angemessenen Einsatz von Diagnostik und Therapie, und die Schaffung geeigneter Informationsstrukturen. Erst unlängst entstehen allgemein-medizinische Positionspapiere hierzu (Gensichen et al. 2006, Gerlach et al. 2006a/b).

Es liegen ausreichend Modelle und Herausforderungen für eine anspruchsvolle und selbstbewusste Allgemeinmedizin vor. Wachsen und entwickeln muss sich ein derartiges umfassendes allgemeinmedizinisches Verständnis natürlich primär in den Ausbildungseinrichtungen, den Universitäten, die ihrerseits systematisch den Kontakt zur Praxis der Allgemeinmedizin entwickeln müssen.

Ein Ergebnis der in Kapitel 5.1.1 erwähnten quantitativen Untersuchung von Medizinstudierenden bezüglich der Verknüpfung von Berufsziel und Art der Hochschulzulassung ergab, dass von den Studenten/ Studentinnen, die über die Abiturnote eine Hochschulzulassung erhalten hatten, die wenigsten eine hausärztliche Tätigkeit anstrebten, während die Gruppe der direkt von der Hochschule Zugelassenen den größten Anteil derer aufwies, die eine hausärztliche Tätigkeit ins Auge fassten (Sönnichsen et al. 2005: 224). Eine andere Studie kam 2002 zu dem auf den ersten Blick paradoxen Ergebnis, dass Empathie und Patientenorientierung bei Medizinstudenten und -studentinnen im Verlauf ihres Studiums beständig abnehmen (Haidet et al. 2002). All diese Ergebnisse lassen zumindest den Schluss zu, dass die Hochschulen den Zugang zur Allgemeinmedizin noch längst nicht so fördern wie sie es müssten. In dem zitierten Editorial von Sox (2003) heißt es zu diesem Punkt in beeindruckender Zuspitzung: „Someone will have to talk with the deans because it appears that many of them have forgotten primary care.“

Nun waren selbstredend diese und ähnliche Wahrnehmungen und die Reflektionen darüber Auslöser für die Entwicklung von Reformstudiengängen Medizin, zum Beispiel in Berlin und Heidelberg und die Entwicklung neuer Curriculumsentwürfe, sowie der Überarbeitung der Approbationsordnung mit dem Ergebnis der Integration von Blockpraktika und Praktischem Jahr in der Allgemeinmedizin. Es soll nicht in Frage gestellt werden, dass diese Veränderungen im Medizinstudium erste, bedeutsame Schritte hin zur Stärkung der Allgemeinmedizin darstellen. Dennoch zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass diese Innovationen bislang gemessen an einer prägenden Funktion für die Studierenden nur einen bescheidenen Anfang darstellen. Es erscheint besonders wichtig, sich noch intensiver um die frühen Phasen des Studiums zu kümmern. Bislang haben die Studierenden im klinischen Bereich die Sozialisation als naturwissenschaftliche Mediziner hinter sich. Die Vermittlung eines grundsätzlich erweiterten Menschenbildes um soziale und psychologische Dimensionen als integraler Bestandteile ärztlichen Handelns scheint dann nur stark erschwert zu gelingen und immer wieder zu einer Abwertung der so genannten „soft sciences“⁸⁸ zu führen.

⁸⁸ Es geht hier wohl bemerkt um den Bereich Wahrnehmung und Kommunikation, nicht um Managementkompetenzen, welche häufig auch unter „soft skills“ gefasst werden.

Burger (2001) geht davon aus, dass sich durch die Ausbildung eine enge Verflechtung zwischen Ausbildungsinhalten und den weltanschaulichen Konzepten der Medizinstudierenden entwickelt. Insbesondere kritisiert er die strenge Trennung zwischen so genannten objektiven harten Wissenschaften und den „soft sciences“ und somit die Reduzierung auf die naturwissenschaftlichen, objektiv messbaren Dimensionen. Demnach sind Anatomie, Physik und Biochemie die Grundlagen der medizinischen Ausbildung und die Basis für das naturwissenschaftlich determinierte Weltbild. Der von Burger maßgeblich entwickelte und langjährig geleitete Reformstudiengang hat die Teilung in vorklinische und klinische Ausbildung aufgegeben und die Ausbildung der allgemeinmedizinischen Grundlagen zum zentralen Baustein einer integrativen Medizin erklärt. Das Modellprojekt ist positiv begutachtet worden (Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin 2005). Derzeit wird versucht, die konzeptionellen Bestandteile nach und nach in den Regelstudiengang zu überführen.

Auch andere Bereiche, wie die Allgemeinmedizin Göttingen und Heidelberg haben grundlegende Modelle für das Training von Kommunikationsfähigkeiten entwickelt und es liegen mittlerweile verschiedene Publikationen vor, die aber auch deutlich machen, dass die Veränderung einzelner Bausteine wie zum Beispiel einer Lehrveranstaltung, nicht zu grundsätzlichen Veränderungen führen. (Bosse 2007, Jünger 2005, Burger/ Kiessling 2004)

Das Feld Weiterbildung

Das zweite große Thema in der Sozialisation von Hausärztinnen und Hausärzten ist die Weiterbildung. Die hier zitierten äußerst kritischen Stimmen der Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen über die fehlende inhaltliche, organisatorische und finanzielle Strukturierung der Weiterbildung finden momentan bei der DEGAM den systematischsten Rückhalt (Plat 2007, Kochen 2007). Für die strukturschwachen Regionen stellt sich die Situation dann besonders drastisch dar, wenn überproportional viele Ausbildungsassistenten und -assistentinnen die Facharztausbildung abbrechen und/ oder das Land verlassen. Es erscheint unabweislich, dass eine – wie von der DEGAM vorgeschlagene – Verbundlösung im Sinne einer landesbezogenen zentralen Organisation und Finanzierung der Weiterbildung große Vorteile mit sich bringt. Da dies im Rahmen der gegenwärtigen Strukturen nicht möglich ist, steht eine Grundsatzdiskussion im Lichte der bisherigen, mit erheblichen Finanzmitteln verbundenen Lösungsversuche an.

Die Kritik der Weiterbildungsassistenten und -assistentinnen ist jedenfalls absolut nachvollziehbar: die Facharztausbildung muss klarer strukturiert, verbindlicher gestaltet und in ein Rotationssystem zur Sicherstellung der klinischen Abschnitte eingebunden werden. Darüber hinaus ist fraglich, ob die momentane Teilung der Weiterbildungsabschnitte zwischen Klinik und Praxis den Bedarfen der Allgemeinmedizin wirklich gerecht werden.

Die Wahrnehmung der inhaltlichen Defizite deutet darauf hin, dass der Katalog allgemeinmedizinischer Basiskompetenzen nicht ausreichend vermittelt wird. Der auf 80 Stunden reduzierte theoretische Teil der Weiterbildung Allgemeinmedizin hinterlässt nicht den Eindruck einer für eine allgemeinmedizinische Identitätsbildung ausreichenden theoretischen Fundierung. Mit diesem Reformzugeständnis wurde vermutlich ein „Herzstück“ der Allgemeinmedizin geopfert.

Darüber hinaus erscheint die Forderung nach direkter, verbindlicher fachlicher Anleitung durch Mentoren, wie sie aus Ländern wie der Schweiz oder den Niederlanden bekannt ist, ausgesprochen Ziel führend. Die Formel könnte heißen: frühe Prägung allgemeinmedizinischen Bewusstseins und verlässliches Mentorensystem sind neben der gezielteren Auswahl von Medizinstudierenden der Schlüssel zum Erfolg – in dem Rahmen, den allgemeingesellschaftliche Entwicklungen zulassen.

Es zeigt sich zusammenfassend, dass es durchaus eine Reihe relevanter Reformschritte gibt, die häufig noch nicht konsequent genug beschritten werden. Es fehlt aber wohl doch noch die Entschlossenheit, über neue Wege jenseits der gewohnten Ordnung hausärztlicher Versorgung nachzudenken.

Vernachlässigte Debatten

Im Lichte der vorgelegten Studie erscheint es sinnvoll, nachfolgende Aspekte stärker als bisher zu gewichten. Das umfasst die Einschätzung, dass es rasche Lösungen für die aufgelisteten Probleme nicht geben wird sondern dass langer Atem verlangt ist.

- A. Nicht ohne Grund hat der Bereich *Ausbildung* in der Darstellung so großen Raum eingenommen. Forschung und Lehre haben das Thema Allgemeinmedizin (primary care) sträflich vernachlässigt. Dies ist angesichts des demographischen Wandels „eigentlich“ unverständlich, spricht aber für die Wertehierarchie im Bereich der medizinischen Fakultäten – und vermutlich weit darüber hinaus. Dies ist in doppelter Weise problematisch: zunächst schlicht, weil die „kritische Masse“ an Lehrstühlen und Forschungsmitteln im Vergleich zur spezialistischen Medizin viel zu klein ausfällt, zum anderen aber, weil es gerade zum Verständnis von Allgemeinmedizin gewaltiger Forschungsanstrengungen bedarf, den Anschluss an die Bedarfe der Bevölkerung empirisch gestützt wiederherzustellen. Moore und Showstack (2003) haben darauf hingewiesen, dass die alten Bilder von hausärztlicher Versorgung schon lange nicht mehr tragen, dass es aber noch kein tragfähiges Substitut für dieses

idealisierte Bild der Vergangenheit gibt. Safran (2003) hat mittels Daten aus den USA belegt, wie weit entfernt die dortige hausärztliche Versorgung von den Erwartungen der Patienten ist und dass zentrale Erwartungen aber auch mit einem überholten Bild primärärztlicher Betreuung zusammenhängen. Es wäre zu prüfen, wie sich dieses Spannungsverhältnis von Patientenerwartung und belastbarer hausärztlicher Versorgung in Deutschland konkret darstellt. Auch die Frage der Rekrutierung von Medizinstudierenden für die Allgemeinmedizin ist ein Forschungsthema, so gut begründet auch die dargelegten Ansätze sein mögen. Dass es sinnvoll ist, differenziert nach Motiven und Nachhaltigkeit von Einstellungen zu fragen, zeigt nicht zuletzt auch der Blick über den Focus Allgemeinmedizin hinaus: auch im Bereich Chirurgie wird über Nachwuchsmangel geklagt und dargelegt, wie wichtig es ist, besser zu verstehen, in wieweit die Hürden Ausdruck eines Generationenproblems sind und/ oder Ausdruck eines Genderproblems (Sanfey et al 2006). Sanfran et al konnten zeigen, dass in der Gruppe speziell an einer chirurgischen Karriere interessierten Studierenden Männer wie Frauen Zweifel an dem klassischen Leistungsmodell äußern, dass Frauen zusätzlich den Aspekt der Vereinbarkeit von Familie und Beruf stärker thematisieren. Ob im Ergebnis solcher Überlegungen eine gezieltere Rekrutierung von Medizinstudierenden in Deutschland rechtlich und politisch möglich wäre, sei dahin gestellt.

- B. In ähnlicher Weise sollte der Bereich der *Weiterbildung* noch stärker als bisher angesprochen werden. Man muss hier wohl von einer ‚systematischen Desorganisation‘ sprechen, vor allem soweit es um die klinische Phase geht. Die Gründe hierfür dürften vielfältig sein: es wird nicht unfair sein zu behaupten, dass die Kliniken primär kein Interesse an der Weiterbildung von Hausärzten und -ärztinnen haben – jedenfalls traditionell nicht hatten. Ob sich dies durch Änderungen von Vertragsformen (v.a. integrierte Versorgung) ändern wird, sei dahin gestellt. Wie von der DEGAM seit langem gefordert, sollte hier eine große gesellschaftliche Anstrengung unternommen werden. Da nicht unbeträchtliche Mittel in das Anreizen dieser Weiterbildung fließen, stehen auch ökonomische Instrumente zur Umsteuerung zur Verfügung.
- C. In Aus-, Fort- und Weiterbildung sollte das Thema „*Nähe und Distanz*“ in der Allgemeinmedizin deutlich stärker beachtet werden. Wie ausführlicher dargestellt, gilt es darüber nachzudenken, in wie fern gewährleistet werden kann, dass Nähe (wie langfristige Arzt-Patienten-Bindung) als konstitutives Element der Allgemeinmedizin gelebt und professionell gestaltet werden kann, um dem offenkundig gewachsenen

Bedürfnis der jüngeren Generation nach Abgrenzung dabei stärker Rechnung zu tragen. Hier sind Überschneidungen mit dem nächsten Punkt zu vermuten:

- D. Die Fragen der *Intra- und Interdisziplinarität* werden sowohl bezüglich innerärztlicher Kooperationen wie auch bezüglich der Kooperation zwischen Medizin, Pflege, Krankengymnastik, Sozialarbeit und anderen Fachberufen bislang nicht in ihrer Bedeutung aufgegriffen. Safran (2003) hat gezeigt, dass sowohl aus der Arzt- wie aus der Patientenperspektive das Spannungsfeld von ganzheitlicher Betreuung durch den Hausarzt und erforderlicher Einbindung in verlässliche Kooperationsstrukturen alles andere als geklärt ist. Unter dem Aspekt der Identitätsbildung und der Karriereoptionen könnten in diesem Feld wichtige Potenziale vorhanden sein, Hausärztinnen und Hausärzte künftig deutlich besser als heute zu entlasten, ohne immer wieder Ängste vor dem eigenen Bedeutungsverlust zu schüren.
- E. Work-Life-Balance ist als wichtiges Arbeitsfeld für Management und für Forschung zwar erkannt, genießt aber wohl noch häufig einen Beigeschmack von Modernismus. Dabei zeigen über die Länder und Kontinente hinweg quantitative und qualitative Studien, dass mit dem Altwerden der sog. Baby-Boomer-Generation das (möglicherweise im Arztberuf besonders lange präsente) hohe Arbeitsethos verbunden mit klassischen Rollenzuweisungen an Frauen und Männer massiv an Attraktivität verloren hat und weiter verlieren wird (Sanfey et al. 2006, Frank et al. 1999). Das heißt wohl bemerkt nicht, dass Anlass zu Kulturpessimismus gegeben ist, sondern dass Wertmaßstäbe sich über die Generationen hinweg verändern können. Es heißt auch nicht, wie Keeton et al. (2007) gezeigt haben, dass von einer generellen Unzufriedenheit im Arztberuf gesprochen werden müsste. Vielmehr geht es darum, die Voraussetzungen noch besser als heute zu verstehen, unter denen Männer und Frauen bereit sind, sich hohen gesellschaftlichen Anforderungen zu stellen. Zu bedenken bleibt, dass es – in Verbindung mit traditionellen Rollenbildern – nach wie vor geschlechtsspezifisch differente Präferenzen zu geben scheint im Hinblick auf die zukünftige Gestaltung von Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit: Um Beruf und Familie vereinbaren zu können, sind geregelte Arbeitszeiten bzw. die Möglichkeit der Teilzeitarbeit für Frauen von besonderer Bedeutung. Demgegenüber scheint für Männer die Vergütung wichtiger zu sein als die Begrenzung von Arbeitszeiten. (Hibbeler/ Korzillus 2008) Unter dem Blickwinkel einer Sicherstellung zukünftiger ärztlicher Versorgung lassen sich aus den vorab skizzierten Präferenzen Maßnahmen wie z.B. Schaffung verbesserter Kinderbetreuungsangebote, Etablierung flexiblerer Arbeitszeiten und Einrichtung von Mentorenprogrammen ableiten

(Hibbeler/ Korzillus 2008). Unter dem Gesichtspunkt von Geschlechtergerechtigkeit sind demgegenüber Konzepte für eine gleichermaßen von Männern und Frauen gleichberechtigt zu tragende Erwerbs- und Familienarbeit zu entwickeln.

- F. Zum Schluss soll angesprochen werden, dass in den Diskussionen um die Zukunft hausärztlicher Versorgung vielleicht auch Fehlannahmen enthalten sind, die korrigiert werden sollten. Damit soll angesprochen werden, dass die Frage der Perspektive hausärztlicher Versorgung nicht losgelöst von gesamtgesellschaftlichen Trends behandelt werden kann. So mag es trivial wirken, darauf hinzuweisen, dass es kein Ziel sein kann, in strukturschwachen Regionen Insellösungen für die Dichte und Qualität hausärztlicher Präsenz anzustreben, wenn in allen anderen vitalen gesellschaftlichen Bereichen gleiche Lebensqualität mit gut versorgten und wirtschaftlich prosperierenden Ballungsregionen nicht erreichbar ist. Es erscheint auch nicht sinnvoll, länger isoliert über Abwanderung von Ärzten aus Deutschland zu reden, wenn es richtig ist, dass Deutschland als Arbeits- und Lebensort für viele hoch qualifizierte Menschen in den letzten Jahrzehnten an Attraktivität verloren hat (Bade 2007). Und es erscheint müßig, an der Rekonstruktion eines alten, vielleicht auch in Reinkultur nie realisierten Hausarztbildes arbeiten zu wollen, wonach Ärztinnen und Ärzten abverlangt würde, Tag und Nacht ansprechbar zu sein und losgelöst von eigenen Unterstützungssystemen gewissermaßen als Ankerplatz für kranke Körper und Seelen zur Verfügung zu stehen. Die hausärztliche Versorgung der Zukunft wird anders aussehen als heute. Grundsätzlich, weil medizinischer Fortschritt und demographischer Wandel Veränderungen erzwingen, darüber hinaus aber auch, weil zu vermuten steht, dass es auf Dauer deutlich unterschiedliche Erwartungen von Patienten und Patientinnen an „ihre“ Hausärzte und -ärztinnen in den verschiedenen Regionen von Deutschland geben wird.

6. Literaturverzeichnis

- Abholz HH, Kochen MM. Definition der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM. (Hg.). Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 3. Aufl. Stuttgart. Thieme Verlag 2006: 502-506
- Abholz H-H. Die Angst vor Nähe. Z Allg Med 2006; 82: 45
- Amelung V, Janus K. Veränderte Marktstrukturen für Ärzte im ambulanten Sektor. GGW 2006;3(6.Jg):26-35.
- Anderson R, Funnell M. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. Patient Educ Couns. 2005;57(2):153-7.
- Arbeitsgruppe Reformstudiengang Medizin und Arbeitsgruppe Progress-Test Medizin (Hrsg). Der Reformstudiengang Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Abschlussbericht für die Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (BLK). Berlin 2005: Selbstverlag (http://www.reformstudiengang-medicin.de/Wir_ueber_uns/Veroeffentlichungen.html), am 4.2.2008
- Bade KJ. Versäumte Integrationschancen und nachholende Integrationspolitik. In: ders./ Hiesserich (Hg.), Nachholende Integrationspolitik und Gestaltungsperspektiven der Integrationspraxis. V & R unipress, Göttingen 2007, 21-95)
- Böhme K, Hänselmann S, Hüther W, Luckner AGv, Napp C, Roggenstein C, et al. Blockpraktikum Allgemeinmedizin - Integration von universitärer und außeruniversitärer Lehre. Hands-on Training in General Practice - Integration of University and Extramural Teaching 2007(6):247-251
- Bollinger H, Gerlach A, Pfadenhauer M. (Hg.). Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. Frankfurt am Main. Mabuse Verlag 2005.
- Bollinger S, Vilmar F. Die DDR war anders: Edition Ost, Berlin 2002.
- Bosse HM, Nikendei C, Hoffmann K, Kraus B, Huwendiek S, Hoffmann GF, et al. [Communication training using "standardized parents" for paediatricians--structured competence-based training within the scope of continuing medical education]. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2007;101(10):661-6.
- Brenner G. Die Gesundheitsmauer besteht weiter. Dt Ärzteblatt 2001;(10):590-591.
- Brooks RG. The Roles of nature and Nurture in the Recruitment and Retention of Primary care Physicians in Rural Areas: A Review of the Literature, Academic Medicine 2002, 77(8):790-798
- Bühler G. Medizinstudium und Studienreform in der SBZ und der DDR (1945-1990). Med. Diss. Leipzig 1998
- Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung: Gemeinsame Pressemitteilung vom 27.9.2005:
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.765.786.983&all=true>
am 14.11.2006
- Bundesärztekammer: Musterweiterbildungsordnung 2003, aktualisierte Fassung vom 28.09.2007:
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/28092007-1.pdf>

Burger W. Die Bedeutung der Allgemeinmedizin für eine integrierte Medizin In: Helmich P (Hrsg). Primärärztliche Patientenbetreuung- Lehre, Forschung, Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer, 1997:19-32.

Burger W. The relation between medical education and the medical profession's world view. Med Health Care Philos 2001;4(1):79-84.

Burger W, Kiessling C. Psychosoziale Aspekte im Reformstudiengang Medizin der Charité. Reformstudiengang Medizin der Charité 2004; Abschlußbericht für die Carl-Gustav-Carus-Stiftung

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin: Fachdefinition 2002:
<http://www.degam.de/fachdefinition.html> am 15.07.2007

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hg.). Advanced Nursing Practice: die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Bad Soden. DBfK- Verlag 2007

Donner-Banzhoff N, Abholz H-H. Vorschlag der DEGAM Weiterbildung Allgemeinmedizin: die Verbundlösung. Z Allg Med 2000; 76: 290-292

Flick U. Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg, 2002

FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich. Studie zur Erfassung, Analyse und Auswertung von Daten über nicht ärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen unter Gender Mainstreaming- Gesichtspunkten mit dem Ziel der Erarbeitung von (Wieder-) Einstiegsprogrammen für diese Ärztinnen und Ärzte. Abschlussbericht im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales. Oktober 2006

Foucault M. Entstehung der Klinik. Frankfurt am Main: Fischer, 1988.

Garms-Homolová V, Maurer M, Schaeffer D. Einführung. Konzepte und Voraussetzungen der Kooperation. In: Garms-Homolová V, Schaeffer D. (Hg.). Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden. Ullstein Medical 1998

Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, Rosemann T, Raspe H, de Cornejo GM, et al. Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2006;100(5):365-74.

Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2006;100(5):335-43.

Gerlach FM, Beyer M, Saal K, Peitz M, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2006;100(5):345-52.

Glaser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory, Chicago: Aldine, 1967

Haidet P, Dains JP, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, Rogers JC(2002) Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship Medical Education 36 (6) , 568–574 doi:10.1046/j.1365-2923.2002.01233.x

Hibbeler B. PJ Allgemeinmedizin – bürokratische Hürden. Deutsches Ärzteblatt studieren.de, WS 2006/2007, S. 12 1.

Hibbeler B, Korzilius H. Arztberuf: Die Medizin wird weiblich. Dtsch Arztebl 2008;105(12):609-.

Himmel W, Ewert W, Klein R. Der Patient im Kontext der Familie. Kochen M.M. (Hg.). Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 3. Aufl. Stuttgart. Thieme Verlag 2006: 524-5361.

Hummers-Pradier E. 40 Jahre DEGAM: allgemeinmedizinische Forschung in Deutschland - Entwicklung und aktueller Stand. Z Allg Med 2006;82:409-414.

In der Schmitt J. „Aber er hat ja gar nichts an!“: Z Allg Med 2008; 84: 14-15
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein: <http://www.kvsh.de/> am 20.2.2007

Jünger J. Fünf Jahre Kommunikationstraining für Mediziner (Medi-KIT). Von der Insellösung zum nachhaltigen Curriculum. In: AOK-Bundesverband. Erfolgsfaktor Kommunikation: Potentiale für eine verbesserte Arzt-Patient-Beziehung
Dokumentation einer Fachveranstaltung des AOK-Bundesverbandes. Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft 2007.

Keeton K, Fenner DE, Johnson T, Hayward RA. Predictors of Physician Career Satisfaction, Work-Life Balance, and Burnout. Obstetrics & Gynecology 2007; 109: 949-955

Klimm HD. Themenheft Allgemeinmedizin. Z Ärztl Fortb 1994; 88:635-7

Klose J, Rehbein I, Uhlemann T. Ärzteatlas. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn, 2007

Klose J, Uhlemann T, Gutschmidt S. Ärztemangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn, 2003

Koch K, Gehrman U, Sawicki P. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 38, September 2007

Kochen MM. Strukturelle Ansätze zur Lösung der Weiterbildungsprobleme im Fach Allgemeinmedizin. Z Allg Med 2007; 83: 427-430

Koetter T, Träder JM. Praktisches Jahr in einer Allgemeinpraxis – Chancen für eine patientenorientierte Ausbildung im Medizinstudium. Z Allg Med 2007; 83: 9 – 11

Kluge Kelle U, Kluge S. Vom Einzelfall zum Typus, Qualitative Sozialforschung 4, Leske und Budrich, Opladen 1999

Kopetsch T. Die ärztliche Profession in Deutschland Eine Darstellung der zahlenmässigen Entwicklung in der Vergangenheit, eine Bestandsaufnahme des Status quo sowie ein Ausblick in die Zukunft J Public Health 2004;12:304-320.

Kuhlmey A. Rollenwandel im Gesundheitswesen. Gesundheit und Gesellschaft 2007; 10 (10): 25-29

Kursbuch Allgemeinmedizin, 3. Auflage. Hr. Bundesärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands- Hausärzteverband – e.V., Köln 1998

Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, Gizlis V, Mariolis T, Marayiannis K, et al. General Practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. BMC Medical Education 2007;7(1):15

Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 2002

Moore G, Showstack J. Primary Care Medicine in Crisis: Toward Reconstruction and Renewal. Ann Intern Med 2003; 138: 244-247

Frank E, McMurray JE, Linzer M, Elon L. Career satisfaction of US women physicians: results from the Women Physicians' Health Study. Society of General Internal Medicine Career Satisfaction Study Group. Arch Intern Med 1999; 159: 1417-26

Nordlicht. Offizielles Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig Holstein. 2006; Jg. 9/ 09 und 10

Plat E, Scherer M, Bottema B, Chenot JF. Facharztweiterbildung in den Niederlanden – ein Modell für Deutschland? Beschreibung der Weiterbildung und kritischer Vergleich. Gesundheitswesen; 69, S. 415 – 419

Richter-Kuhlmann E. Berufsperspektiven: „Ja“ zum Arztberuf, „Nein“ zu deutschen Verhältnissen. Dtsch Arztebl 2007;104(26):1881-.

Sachs M. Advanced Nursing Practice – Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden. Pflege & Gesellschaft 2007; 12(1): 101-117

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten (Kurzfassung) 2007

Sanfey HA, Saalwacher-Schulman, AR, Nyhof-Young JM, Eidelson B, Mann BD. Influences on Medical Student Career Choice. Arch Surg 2006, 141: 1086-1094

Safran DG. Defining the Future of Primary Care: What Can We Learn from Patients? Ann Intern Med 2003; 138: 248-255

Schmacke N. Ärztemangel: Viele Fragen werden noch nicht diskutiert. GGW 2006; 3(6): 18 – 25

Schmacke N. Fortschritte der Medizin und demographischer Wandel – Plädoyer für einen Perspektivwechsel. IMPLICONplus 2007; 08

Schmidt M. Das Trauerspiel um die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin – persönliche Bestandsaufnahme aus der Sicht eines Weiterbildungsassistenten. Z Allg Med 2008; 84: 10-13

Sönnichsen A.C, Donner-Banzhoff N, Baum E. Motive, Berufsziele und Hoffnungen von Studienanfängern im Fach Medizin. Z Allg Med 2005; 81: 222-225

Sox HC. The Future of Primary Care. Annals of Internal Medicine 2003; 138: 230-231

- Tervo RC, Dimitrievich E, Trujillo AL, Whittle K, Redinius P, Wellman L. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in the clinical clerkship: an overview. *S D J Med* 1997;50(5):153-6.
- Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative Management of Chronic Illness. *Ann Intern Med* 1997;127(12):1097-1102.
- Wesiak W, Uexküll T von. Theorie der Humanmedizin. Urban u. Schwarzenberg, 3. vollst. überarb. Aufl., München:1998
- Weskamm A. Advanced Nursing Practice – Chance oder Risiko für die Pflege? *Die Schwester Der Pfleger* 2007;46 (9): 823-825
- Whitcomb ME, Cohen JJ. The Future of Primary Care Medicine. *N Engl J Med* 2004; 351: 710-712
- Wilm S, in der Schmitten J. Was ist der Kern der hausärztlichen Tätigkeit? *Primary Care* 2007; 7 (29-30): 481-4861.
- Wilson T, Buck D, Ham C. Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? *BMJ* 2005;330(7492):657-61.
- Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu den Perspektiven des Fachse Allgemeinmedizin an den Hochschulen, Köln 1999, <http://www.wissenschaftsrat.de/texte/3848-98.pdf> am 28.1.2008
- Wright B, Scott I, Woloschug W, Brenneis F. Career choice of new medical students in three Canadian universities: family medicine versus specialty medicine. *JAMC* 2004; 170: 1020-19241.
- Zenker M. Die Situation der ambulanten medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern und die möglichen Auswirkungen der Strukturveränderungen durch ein „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“. Kassenärztliche Vereinigung, Thüringen 2003.

7. Anhang: Leitfäden

Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte: Leitfaden für Interviews mit Studierenden der Medizin

Themenfeld: *Einleitung*

Stichworte: *Entscheidung zum Medizinstudium, Hintergründe, Studienerlebnisse, Wünsche*

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Für untere Semester:</i></p> <p>Nun haben wir allgemein über das Projekt geredet, bitte erzählen Sie doch als Einstieg mal, wie ist es konkret zu Ihrer Entscheidung gekommen, Medizin zu studieren?</p> <p><i>Für höhere Semester:</i></p> <p>Wenn Sie heute zurück blicken, was hat damals für Sie den Ausschlag gegeben, Medizin zu studieren?</p> <p><i>Für alle Semester:</i></p> <p>Bitte erzählen Sie doch noch, was Sie zwischen Ihrem Schulabschluss und dem Beginn Ihres Medizinstudiums gemacht haben.</p>	<p><i>Für alle Semester:</i></p> <p>Warum haben Sie sich für ... (Lübeck/ Kiel/ Rostock/ Greifswald) als Studienort entschieden? (ggf. nach Studienplatzwechsel fragen)</p> <p>Inwiefern haben Sie durch Ihren Familien- oder Freundeskreis Kontakt zu Ärzten und Ärztinnen?</p>
<p>Sie sind jetzt im Semester. Wie erleben Sie zurzeit Ihr Studium?</p> <p>Was gefällt Ihnen besonders gut?</p> <p>Was sollte Ihrer Meinung nach am Aufbau des Medizinstudiums in ... verändert werden?</p> <p><i>Für untere Semester:</i></p> <p>Welche weiteren Ideen haben Sie zur Gestaltung Ihres Studiums?</p>	<p>Und was gefällt Ihnen weniger gut? (Was würden Sie gerne anders haben?)</p> <p>Welche weiteren Wünsche haben Sie für die Gestaltung des Medizinstudiums in ...?</p>

Themenfeld: *Berufliche Zielvorstellungen*

Stichworte: *Zukunftsvorstellungen und –wünsche, fachärztliche Spezialisierung, Qualifizierung durch Studium, Qualifizierung nach Studium*

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Für untere Semester:</i> Welche Ideen haben Sie für die Gestaltung Ihrer Famulaturen? (ab 5. Semester)</p> <p><i>Für höhere Semester:</i> Welche Erinnerungen haben Sie an Ihre Famulaturen?</p> <p>Und welche Ideen haben Sie für die Gestaltung Ihres PJ?</p> <p>Inwieweit hat Sie die Frage einer Doktorarbeit bereits beschäftigt?</p> <p><i>Für alle Semester</i> Welche Ideen haben Sie heute, wenn Sie daran denken, sich auf eine bestimmte medizinische Fachrichtung zu spezialisieren?</p> <p><i>Nur für höhere Semester:</i> Haben Sie schon Vorstellungen zu Ihrer Weiterqualifizierung nach dem Studium? (Wenn ja, welche?)</p>	<p>(Stichwort: Auslandserfahrungen; Wünsche, einen Teil des PJ im Ausland zu machen)</p>

Themenfeld: *Persönliche und berufliche Zielvorstellungen*

Stichworte: *Wünsche für spätere Lebens- und Arbeitssituation, Karriere, Einkommen, Familie, Arbeits- und Wohnort, Unterstützungsmaßnahmen*

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Gerne möchte ich mit Ihnen auch über Ihre allgemeinen beruflichen Zukunftsvorstellungen sprechen.</i></p> <p>Wie stellen Sie sich aus heutiger Perspektive Ihre spätere Berufstätigkeit als Arzt bzw. Ärztin vor?</p> <p>Was spricht aus Ihrer Sicht für eine Tätigkeit im stationären Versorgungsbereich?</p> <p>Und was spricht aus Ihrer Sicht für eine Tätigkeit im ambulanten Versorgungsbereich? (Stichwort: Neue Niederlassungsformen; angestellte Ärzte und Ärztinnen)</p> <p>Was verstehen Sie (für sich persönlich) unter Karriere?</p>	<p>Welche Wünsche verbinden Sie mit Ihrer beruflichen Zukunft als Arzt bzw. Ärztin?</p> <p>Und was spricht für Sie eher gegen eine Tätigkeit im stationären Bereich?</p> <p>Und was spricht für Sie eher gegen eine Tätigkeit im ambulanten Bereich?</p> <p>Inwiefern können Sie sich vorstellen, auch im Bereich von Forschung beruflich tätig zu sein?</p>
<p>Welche Wünsche und Vorstellungen haben Sie heute, wenn Sie an eine spätere Verknüpfung von beruflichem Leben und privatem Leben denken?</p> <p>Wo möchten Sie später gerne arbeiten und leben? (Inwiefern könnten Sie sich vorstellen, auf dem Land zu leben und zu arbeiten?)</p> <p>Was ist für Sie besonders wichtig, wenn Sie an eine spätere Berufstätigkeit denken?</p> <p>Inwiefern sind Fragen der beruflichen und privaten Zukunftsgestaltung ein Thema in Ihrem Studium, z.B. während eines Seminars oder im Gespräch mit Ihren Kommilitonen und Kommilitoninnen?</p>	<p>(Stichworte: Familie, Einkommen, Privatleben)</p> <p>Was spricht Ihrer Ansicht nach für ein Leben auf dem Land? Und was spricht für Sie eher dagegen?</p> <p>Frauen nehmen wegen der Kinder oft ihre beruflichen Pläne nicht wieder auf. Wie denken Sie darüber?</p>

Themenfeld: *Erfahrungen mit Allgemeinmedizin*

Stichworte: *Studienerfahrungen im Hinblick auf das Fachgebiet Allgemeinmedizin, Eindruck vom hausärztlichen Beruf*

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Gerne möchte ich nun zum Fachgebiet Allgemeinmedizin kommen.</i></p> <p>Bitte beschreiben Sie doch einmal, welche Erfahrungen Sie bereits mit der Allgemeinmedizin gesammelt haben.</p> <p>Welche Bedeutung hat denn die Allgemeinmedizin für Sie im Ablauf Ihres Studiums?</p>	<p>Welche Erfahrungen haben Sie außerhalb Ihres Studiums mit dem Fachgebiet der Allgemeinmedizin gemacht?</p> <p>(Stichwort: Umfang und Zeitpunkt von Allgemeinmedizin im Studium)</p>
<p><i>Die Allgemeinmedizin gilt im Rahmen des Medizinstudiums als ein Fachgebiet neben vielen anderen Fachgebieten.</i></p> <p>Welche Bedeutung hat das Fachgebiet Allgemeinmedizin bei den Studierenden in Ihrem Semester?</p> <p>Welchen Eindruck haben Sie von der Bedeutung der Allgemeinmedizin an der Universität ...?</p>	<p>Was denken Sie zur Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an den Universitäten?</p>
<p>Was macht für Sie den Kern der Allgemeinmedizin aus? (Was macht Ihrer Ansicht nach die Tätigkeit eines Hausarztes bzw. einer –ärztin aus?)</p> <p>Was denken Sie, welche Kernkompetenzen sollte ein Hausarzt/ eine Hausärztin mitbringen?</p>	<p>Wenn Sie heute die Möglichkeit hätten, an einem allgemeinmedizinischen Forschungsprojekt teilzunehmen, welche Themen wären dann für Sie besonders interessant? (evtl. nur höhere Semester?)</p>

Themenfeld: Eigene berufliche und persönliche Vorstellungen im Zusammenhang mit dem Thema „Ärztmangel im Bereich niedergelassener Hausärzte und -ärztinnen“

Stichworte: Meinung zum sog. Ärztemangel, Ideen für Ursachen, Bewältigungsmöglichkeiten

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Gerne möchte ich mit Ihnen noch sprechen über Ihre Eindrücke zu ambulanter hausärztlicher Versorgung.</i> Wie ist Ihre persönliche Wahrnehmung zur hausärztlichen Versorgung in Deutschland durch Fachärzte und -ärztinnen für Allgemeinmedizin?</p> <p><i>In Schleswig Holstein gibt es zwei Landkreise, in denen jeweils ca. acht Arztsitze für Allgemeinmedizin nicht besetzt sind. // In Mecklenburg-Vorpommern gibt es mehrere Landkreise, in den Arztsitze unbesetzt sind.</i> Was denken Sie, woran das liegen könnte?</p> <p>Was sollte Ihrer Meinung nach getan werden, damit zukünftig eine flächendeckende hausärztliche Versorgung gewährleistet ist?</p>	<p>Was verbinden Sie mit den Begriffen „Niederlassungsfreiheit“ und „Bedarfsplanung“?</p> <p>Können Sie sich vorstellen, sich dort niederzulassen?</p>
<p>Wie müssten Rahmenbedingungen für Sie aussehen, damit Sie sich vorstellen könnten, aufs Land zu ziehen und eine allgemeinmedizinische Praxis zu übernehmen?</p>	

Themenfeld: *Interviewabschluss*
Stichworte: *Unbesprochenes*

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>Ich wäre jetzt mit meinen Fragen am Ende unseres Interviews angelangt. Gibt es Themen, die Sie gerne noch ansprechen möchten und über die wir bisher noch nicht gesprochen haben?</i></p> <p><i>Herzlichen Dank für das Gespräch.</i></p>	

Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung in der Perspektive des ärztlichen Nachwuchses und niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte: Leitfaden für Interviews mit angehenden und niedergelassenen *Hausärzten und -ärztinnen*

Themenfeld: *Einleitung zum Thema „Hausärztliche Versorgung“*

Stichworte: *Entscheidung für die Allgemeinmedizin/ für den hausärztlichen Versorgungsbereich*

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie ist es bei Ihnen zu der Entscheidung gekommen, die Weiterbildung zum Facharzt/ zur Fachärztin für Allgemeinmedizin zu machen? ▪ Was gefällt Ihnen an der Weiterbildung besonders gut? ▪ Was sollte Ihrer Meinung nach an der Weiterbildung verändert werden? ▪ Welche Wünsche und Vorstellungen haben Sie im Hinblick auf die Gestaltung Ihrer Berufstätigkeit nach Abschluss Ihrer Weiterbildung? ▪ Welche Unterstützung würden Sie sich wünschen, um Ihre beruflichen Vorstellungen umzusetzen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Und was gefällt Ihnen weniger gut? ▪ Welche Unterstützung erhalten Sie während Ihrer Weiterbildung? ▪ Würden Sie sich andere / weitere Unterstützung wünschen? ▪ Welche Bedeutung hat für Sie der Schritt in die unternehmerische Selbständigkeit? ▪ Inwiefern könnten Sie sich vorstellen, in einer Einzelpraxis/ in einer Gemeinschaftspraxis/ in einem MVZ tätig zu sein? ▪ Inwiefern könnten Sie sich auch eine Niederlassung in einer städtischen/ ländlichen Region vorstellen?

Themenfeld: Rahmenbedingungen (strukturelle Voraussetzungen)

Stichworte: Praxisgründung, Praxisorganisation, Niederlassungsmöglichkeiten, Arbeitszeiten, Notdienste

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p>Neue Niederlassungsmöglichkeiten</p> <p><i>Im Laufe dieses Jahres wird es voraussichtlich zu Veränderungen im Vertragsarztrecht, z.B. Teilzeitniederlassungen sowie angestellte Ärzte und Ärztinnen in Einzel- und Gemeinschaftspraxen, kommen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Was denken Sie zu diesen neuen Möglichkeiten?	<ul style="list-style-type: none">▪ Inwiefern können Sie sich vorstellen, in Teilzeit zu arbeiten?
<p>Praxisorganisation/ Organisation Medizinischer Versorgungszentren</p> <p><i>Die Organisation hausärztlicher Praxen wie auch Medizinischer Versorgungszentren wirft eine Fülle von Fragen auf. (z. B. Sprechzeiten, Angebot v. Schulungen, Personal, QM)</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Was denken Sie, ist bei der Organisation einer Praxis/ eines Medizinischen Versorgungszentrums besonders wichtig? (Stellenwert QM / Möglichkeiten / Grenzen)▪ Wie wird in Ihrer Region der ärztliche Notdienst organisiert?	<ul style="list-style-type: none">▪ Welche Vorteile / Nachteile gehen für Sie damit einher?

Themenfeld: *Intra- und Interdisziplinäre Zusammenarbeit*

Stichworte: *Praxisnetze, Integrierte Versorgung, Disease Management Programme, Gesundheitsfachberufe*

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p>Praxisnetz</p> <ul style="list-style-type: none">▪ (Ja) Welche Erfahrungen haben Sie bisher im Rahmen Ihrer Mitgliedschaft im Praxisnetz ... gemacht?▪ (Nein) Was halten Sie von der Vernetzung ärztlicher Praxen, also z.B. in Form von Praxisnetzen?▪ Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit anderen fachärztlichen Bereichen ein?	<ul style="list-style-type: none">▪ Worin bestehen für Sie Vorteile/ Nachteile in der Zugehörigkeit zum Praxisnetz?▪ Inwieweit haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, beim Praxisnetz ... mit zu machen?
<p>Zusammenarbeit mit Akteuren und Akteurinnen verschiedener Gesundheitsfachberufe</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit mit Akteuren und Akteurinnen der verschiedenen Gesundheitsfachberufe, z.B. Pflege oder Physiotherapie, ein? <p><i>Ein Ansatz zur Sicherung hausärztlicher Versorgung - gerade in ländlichen Regionen - ist die Ausweitung häuslicher Krankenpflege. Krankenschwestern und -pfleger, so die Idee, könnten verschiedene Versorgungsaufgaben übernehmen und damit Ärzte und Ärztinnen entlasten.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Was halten Sie von diesem Versorgungsansatz?	<ul style="list-style-type: none">▪ Inwieweit ist für Sie eine Delegation bestimmter ärztlicher Aufgaben an das Pflegepersonal vorstellbar?▪ Welche Voraussetzungen müssten hierfür gegeben sein, bzw. geschaffen werden?

Themenfeld: Vorstellungen über hausärztliche Versorgung, berufliche Identität, Attraktivität primärärztlicher Tätigkeit

Stichworte: Hausärztliche Kernkompetenzen, Persönlichkeit, Krankheits- und Gesundheitsverständnis

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<p><i>In Ihrem beruflichen Alltag sind Sie täglich mit unterschiedlichsten Situationen konfrontiert.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Wenn Sie heute auf Ihren beruflichen Alltag schauen, was gefällt Ihnen am hausärztlichen Versorgungsbereich besonders gut, bzw. weniger gut? <p><i>Derzeit wird u.a. von partizipativer oder auch von informierter Entscheidungsfindung – also einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bzw. Ärztin und Patientin – gesprochen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Wie schätzen Sie die Möglichkeiten und Grenzen dieses Ansatzes – bezogen auf Ihren hausärztlichen Versorgungsalltag – ein?	<ul style="list-style-type: none">▪ Wenn Sie auf Ihren beruflichen Alltag schauen, welche Bedeutung messen Sie Disease Management Programmen (DMP) bei?▪ Wie gehen Sie damit um, wenn Patienten und Patientinnen Ihre ärztlichen Empfehlungen nicht annehmen; z.B. von Ihnen verordnete Medikamente nicht einnehmen wollen?▪ Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Kompetenz Ihrer PatientInnen im Umgang mit chronischen Erkrankungen zu steigern?
<p>Wenn Sie an Ihren beruflichen Alltag denken, welche Kernkompetenzen sind für Sie bei der Ausübung hausärztlicher Tätigkeit besonders wichtig?</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Was macht für Sie den Kern der Allgemeinmedizin aus?▪ Welche persönlichen, fachlichen und sozialen Kompetenzen sind notwendig?

Themenfeld: *Aus- und Weiterbildung, ärztliches Wissensmanagement*

Stichworte: *Facharztausbildung, Fortbildung, Kontakte zu medizinischen Fakultäten, hausärztliches Forschungsinteresse*

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<ul style="list-style-type: none">▪ Wie gehen Sie heute üblicherweise so vor, um sich über neue wissenschaftliche Erkenntnisse auf dem Laufenden zu halten?<ul style="list-style-type: none">▪ Wie schätzen Sie den Zugang zu neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen aus dem Bereich der Allgemeinmedizin ein?▪ Welche Informationsquellen benutzen sie hauptsächlich und wie bewerten sie diese?▪ Welchen Stellenwert hat Forschung für Sie in der Allgemeinmedizin?▪ Was wären aus Ihrer Sicht Forschungsthemen mit besonderer Bedeutung für die hausärztliche Versorgung?	<ul style="list-style-type: none">▪ Wenn Sie an Fortbildungen denken – an welchen Themen sind Sie besonders interessiert?▪ Wenn Sie heute die Möglichkeit hätten, an einem allgemeinmedizinischen Forschungsprojekt teilzunehmen, welche Themen wären dann für Sie besonders interessant

Themenfeld: *Interviewabschluss*

Stichworte: *Unbesprochenes*

Fragestellungen	Mögliche Nachfragen
<ul style="list-style-type: none">▪ Wie schätzen Sie die Entwicklung hausärztlicher Versorgung in MV/ SH (in der hiesigen Region/ im Landkreis) insgesamt ein?	<ul style="list-style-type: none">▪ Wenn Sie an den Landkreis ... denken, in dem Sie niedergelassen sind, welche Problemfelder halten Sie hier für besonders bedeutsam?▪ Wie könnten diese Probleme Ihrer Meinung nach gelöst werden?
<p><i>In SH/ MV gibt es zwei/ mehrere Landkreise, in denen Arztsitze für Allgemeinmedizin nicht besetzt sind.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Was denken Sie, woran das liegen könnte?▪ Was könnte Ihrer Meinung nach getan werden, damit angehende Ärzte und Ärztinnen Interesse für das Fachgebiet der Allgemeinmedizin entwickeln?▪ Welche Rahmenbedingungen müssten Ihrer Meinung nach gegeben sein, damit sich angehende AllgemeinmedizinerInnen in unterversorgten Regionen niederlassen?	
<p><i>Ein Blick in die Statistik zeigt, dass immer mehr Frauen Medizin studieren und Ärztin werden.</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Welche Bedeutung hat diese Entwicklung Ihrer Meinung nach für die Zukunft hausärztlicher Versorgung?	
<ul style="list-style-type: none">▪ Nun sind wir am Ende des Interviews angelangt, und gerne möchte ich Ihnen zum Abschluss die Möglichkeit geben, weitere Gedanken oder Themen anzusprechen.	<p><i>Herzlichen Dank für das Gespräch.</i></p>