



Technische Universität München

Fakultät für Medizin

**Entwicklung der ambulanten hausärztlichen Versorgung
in Bayern seit 1970
- Ergebnisse einer Analyse der Registerdatenbank der
Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns**

Merle Kirsten Schäfer

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung einer Doktorin der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitz: apl. Prof. Dr. Bernhard Haslinger

Prüfer*innen der Dissertation: 1. Prof. Dr. Antonius Schneider
2. Prof. Dr. Pascal Berberat

Die Dissertation wurde am 14.01.2022 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 17.05.2022 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	3
TABELLENVERZEICHNIS	4
GENDER-ERKLÄRUNG	4
1. EINLEITUNG.....	5
1.1. FUNKTION UND BEDEUTUNG DER HAUSARZTMEDIZIN	5
1.2. QUALITÄT DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG	9
1.3. HERAUSFORDERUNG ÄRZTEMANGEL.....	13
1.4. ZIELE DER ARBEIT UND HYPOTHESEN	18
2. METHODIK	20
3. ERGEBNISSE.....	23
3.1. NIEDERLASSUNG DER HAUSÄRZTE SEIT 1970 IN BAYERN	23
(ALTER, GESCHLECHT, ENTWICKLUNG DER NIEDERLASSUNGSZAHLEN)	23
3.2. ZUSAMMENHANG VON GEBURTSORT, STUDIENORT UND NIEDERLASSUNGSORT	27
3.3. DAUER ZWISCHEN STAATSEXAMEN UND NIEDERLASSUNG.....	31
3.4. ENTWICKLUNG VON EINZELPRAXEN UND ANDEREN KOOPERATIONSFORMEN	37
3.5. ERWERB VON ZUSATZBEZEICHNUNGEN IM VERLAUF DER JAHRZEHNTE	40
4. DISKUSSION	46
4.1. LIMITATIONEN DER STUDIE	46
4.2. DARSTELLUNG DER PROBLEMATIK DES HAUSÄRZTEMANGELS.....	47
4.2.1. <i>Bedeutung der Primärversorgung</i>	47
4.2.2. <i>Auswirkung des Hausärztemangels auf das Gesundheitssystem</i>	48
4.3. BEDEUTUNG SOZIALER FAKTOREN FÜR DIE HAUSÄRZTLICHE NIEDERLASSUNG.....	50
4.3.1. <i>Herausforderungen für den ländlichen Raum</i>	50
4.3.2. <i>Herausforderungen im Hinblick auf die selbstständige Tätigkeit</i>	52
4.3.3. <i>Zeitliche Herausforderungen der Weiterbildung</i>	54
4.4. GESUNDHEITS-POLITISCHE EINFLÜSSE AUF DIE HAUSÄRZTLICHE WEITERBILDUNG UND NIEDERLASSUNG.....	57
4.4.1. <i>Bedeutung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin</i>	57
4.4.2. <i>Die Entwicklung der Weiterbildungsdauer</i>	60
4.4.3. <i>Bewertung der Weiterbildungsdauer</i>	61
4.4.4. <i>Bewertung der Weiterbildungsprozesse</i>	62
4.4.5. <i>Auswirkungen der Reformen der Bedarfsplanung</i>	64
4.5. DIE BEDEUTUNG DER ZUSATZBEZEICHNUNGEN	66
4.5.1. <i>Der Bedeutungsverlust der Zusatzbezeichnungen</i>	66
4.5.2. <i>Aktuell beliebte Zusatzbezeichnungen</i>	67
4.6. VERÄNDERUNG VON PRAXISFORMEN SEIT 1970.....	69
4.6.1. <i>Definitionen der Praxisformen</i>	69
4.6.2. <i>Die zeitliche Entwicklung der Praxisformen</i>	70
4.6.3. <i>Auswirkungen der Entwicklung der Praxisformen</i>	71

4.7. SCHLUSSFOLGERUNG	73
5. ZUSAMMENFASSUNG	75
LITERATURVERZEICHNIS	78
DANKSAGUNG	86
LEBENS LAUF	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
VERÖFFENTLICHUNGEN	86
ANHANG	87
<i>Anhang 1 - Ärzte, die hausärztlich tätig sind</i>	<i>87</i>
<i>Anhang 2 - Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung in Abhängigkeit des Geschlechts.....</i>	<i>90</i>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:

Anzahl der Ärzte mit neuer Zulassung unterteilt nach Hausärzten und sonstigen Fachgruppen

Abbildung 2:

Anzahl der Hausärzte mit Ersttätigkeit in Bayern unterteilt nach Ort des Staatsexamens

Abbildung 3:

Prozentualer Anteil von Ärztinnen und Ärzten mit einer Entfernung von Geburts-, Studien- und Niederlassungsort < 50 km in Abhängigkeit vom Studienort

Abbildung 4:

Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung

Abbildung 5:

Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung in Abhängigkeit der Studienstandorte

Abbildung 6:

Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Zulassung der Hausärzte in Abhängigkeit des Zulassungsjahres

Abbildung 7:

Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Zulassung der hausärztlichen Internisten in Abhängigkeit des Zulassungsjahres

Abbildung 8a:

Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung der Frauenärzte, Augenärzte, Pädiater und Orthopäden in Abhängigkeit des Zulassungsjahres

Abbildung 8b:

Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung der Hals-Nasen-Ohrenärzte, Dermatologen, Nervenärzte, Urologen und Radiologen in Abhängigkeit des Zulassungsjahres

Abbildung 9:

Anzahl der Ärzte in Einzelpraxis und Gemeinschaftspraxis bezogen auf das Zulassungsjahr

Abbildung 10:

Anteil der Hausärzte mit Zusatzbezeichnung bezogen auf das Staatsexamensjahr

Abbildung 11:

Prozentualer Anteil der Fachärzte mit mindestens einer Zusatzbezeichnung bezogen auf das Jahr der Ersttätigkeit

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:

Anteil der Ärzte mit hausärztlicher Tätigkeit

Tabelle 2:

Abhängigkeit von Praxistyp und Besiedlungsdichte

Tabelle 3:

Zusammenhang zwischen der Anzahl der Studierenden am jeweiligen Studienort und der späteren Tätigkeit in der ambulanten Versorgung

Tabelle 4:

Merkmale der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte mit Staatsexamen zwischen 1996 und 2013

Tabelle 5a:

Häufigkeit der verschiedenen Praxisformen in Abhängigkeit der Staatsexamensjahre der Hausärzte Zulassungsjahre (1970 - 2003)

Tabelle 5b: Häufigkeit der verschiedenen Praxisformen in Abhängigkeit der Staatsexamensjahre der Hausärzte Zulassungsjahre (2004 - 2017)

Tabelle 6:

Geschlechterspezifische Verteilung der häufigsten Zusatzbezeichnungen der Hausärzte

Tabelle 7a:

Häufigkeiten der Zusatzbezeichnungen der Hausärzte im zeitlichen Verlauf (1970- 1990)

Tabelle 7b:

Häufigkeiten der Zusatzbezeichnungen der Hausärzte im zeitlichen Verlauf (1991- 2017)

Gender-Erklärung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Dissertation zum Teil die Sprachform des generischen Maskulinums angewandt. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

1. Einleitung

1.1. Funktion und Bedeutung der Hausarztmedizin

Eine gut strukturierte und organisierte Primärversorgung ist die Grundlage für ein hohes Gesundheitsniveau einer Gesellschaft, denn sie trägt zu einer Reduktion der Letalität und Verbesserung von „health outcomes“ bei gleichzeitig hoher sozialer Gerechtigkeit bei (Kringos et al. 2013). Entsprechend dem Review von Starfield et al. sind hierfür vor allem vier Faktoren wesentlich: niederschwelliger Zugang zur Versorgung, Langzeitbetreuung, umfassende (ganzheitliche) Versorgung und Koordination der Versorgung (Starfield et al. 2005a). Ein niederschwelliger Zugang zur Versorgung bedeutet, dass unabhängig von der Gesellschaftsschicht oder dem Wohnort ein einfacher Kontakt zur Primärversorgung möglich sein soll, sobald dazu die Notwendigkeit besteht. Dabei sollten weder zeitliche noch finanzielle Hindernisse den Zugang zu einem Hausarzt und damit die Beratungs- und Therapiemöglichkeiten erschweren. Eine zeitliche Verzögerung stellen dabei beispielsweise lange Wartezeiten oder weite Anfahrtswege zur allgemeinmedizinischen Praxis dar. Zudem wird durch die gesetzliche Krankenversicherungspflicht sichergestellt, dass sich jeder unabhängig vom jeweiligen Einkommen den Kontakt zur Primärversorgung leisten kann.

Bezogen auf die Langzeitbetreuung sind hierbei Behandlungen über Jahre und Generationen hinweg üblich, was sowohl dem Hausarzt als auch dem Patienten ein engeres Vertrauensverhältnis ermöglicht. Diese langfristige Bindung dient als Grundlage einer erfolgreichen Behandlung, was auch von Grey et al., der den Zusammenhang zwischen langer Arztbindung und niedriger Mortalität analysiert, gezeigt werden konnte (Gray et al., 2018). Aufgrund dieser Langzeitbetreuung der Patienten und ihrer Familien, die teilweise über Generationen hinweg besteht, kann ein enges Vertrauensverhältnis entstehen, wodurch sich die Patienten gut aufgehoben und umfassend versorgt fühlen. Dadurch, dass der behandelnde Arzt seine Patienten

über viele Jahre hinweg kennt, kann er ihre Krankheitsverläufe und Therapieerfolge beobachten und bewerten und sie bezüglich ihrer Risikofaktoren und Compliance einschätzen. Diese Vertrauensgrundlage fördert die Kommunikation zwischen Patient und behandelnden Arzt und ist bezüglich des „shared decision making“ von fundamentaler Bedeutung. Unter „shared decision making“ versteht man eine Arzt-Patienten-Beziehung, bei der der Patient aktiv in die Therapieplanung miteinbezogen wird (Elwyn et al., 2012). Im Gegensatz zur paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehung hat der Patient durch eine umfangreiche Aufklärung die Chance, sich aktiv an der Behandlung seiner Erkrankung zu beteiligen, indem er seine individuelle Situation reflektieren und sich zusammen mit dem Arzt auf die für ihn geeignete Therapie festlegen kann.

Ein weiterer Aspekt des Grundauftrags an den Hausarzt bezieht sich auf die umfassende und ganzheitliche Versorgung der Patienten. Entscheidend ist dabei, den Patienten mit seinem physischen, psychischen und sozialen Hintergrund als Einheit zu begreifen. In diesem Sinne konzentriert sich der Arzt nicht nur auf eine bestimmte Krankheit oder ein bestimmtes Organ, sondern kann die Hintergründe und Zusammenhänge der Krankheiten seines Patienten umfangreich erfassen und bewahrt den Überblick über ein breites Krankheitsspektrum.

Zudem stellt die Primärversorgung eine Koordinationsstelle für alle weiteren Fachrichtungen dar (Starfield et al., 2005b). Hierzu gehört die Verantwortung, die Patienten zum richtigen Zeitpunkt an die richtigen Fachspezialisten weiterzuleiten, sobald ihre Krankheit eine tiefere und spezifischere Behandlung notwendig macht. Es werden Generalisten benötigt, um vor allem bei komplexen Herausforderungen und Versorgungsnotwendigkeiten den Überblick zu behalten (Gerlach, 2016). Zudem ist es wichtig, nach dem Kontakt zu den Spezialisten deren Therapiepläne zu überschauen. Als Koordinationsstelle soll der Hausarzt somit auch Doppelbehandlungen oder sogar kontraindizierte (medikamentöse) Therapiemaßnahmen unterschiedlicher Facharztgruppen erkennen und verhindern. Dabei sollen Fehler vermieden werden, die entstehen können, wenn sich Fachspezialisten unabhängig von weiteren Komorbiditäten der Patienten auf einen festgelegten Behandlungsplan fokussieren.

Der Grundauftrag des Allgemeinmediziners als Koordinationsstelle ist dabei jedoch

nicht nur bezüglich des gesundheitlichen Aspektes notwendig, sondern kann auch durch das Verhindern von Doppelbehandlungen von wirtschaftlichem Interesse sein. In Deutschland hat man sowohl freie Arztwahl als auch direkten Zugang zu Spezialisten. Allerdings wurde gezeigt, dass Patienten, die den direkten Kontakt zu einem Spezialisten suchen, höhere Kosten verursachen als Patienten, die von einem Hausarzt überwiesen werden (Schneider et al., 2016). Unnötige Krankenhauseinweisungen und ständiger Arztwechsel führen dabei zu einer Belastung des Gesundheitssystems. Dabei werden oftmals wiederholt dieselben Tests und Untersuchungen durchgeführt, was durch die Überweisung vom Hausarzt, der den Überblick über klinische Tests und Diagnosen der Fachspezialisten behalten soll, vermieden werden könnte. Des Weiteren kann eine Doppelverschreibung von Medikamenten oder eine Überlappung von Behandlungsplänen der unterschiedlichen Ärzte verhindert werden. Dementsprechend konnte in einer Studie von Starfield et al. gezeigt werden, dass der Medikamentenverbrauch der Patienten, die von ihrem Hausarzt weitergeleitet werden, niedriger ist, als der Medikamentenverbrauch der Patienten, die nicht über ihren Hausarzt überwiesen werden, sondern direkt den Kontakt zu den Fachspezialisten suchen. Dies zeigt, dass auch der verantwortungsvolle Umgang medizinischer Ressourcen zu den Funktionen der Primärmedizin zählen. Starfield konnte aufzeigen, dass ein starker Fokus auf die Primärversorgung in einem Land mit niedrigeren Behandlungskosten, einer höheren Zufriedenheit der Gesellschaft und einem allgemein besseren Gesundheitszustand einher gehen (Starfield, 1994).

Außerdem kann ein Hausarzt durch eine gute Aufklärung und Beratung seiner Patienten bereits präventiv tätig sein und dem Ausbruch oder der Verschlechterung von Krankheiten entgegenwirken. Dieser Aspekt seiner Tätigkeit gehört zur Gesundheitsbildungsfunktion, also die Gesundheitsberatung und -erziehung seiner Patienten, was den Bereichen Prophylaxe und Rehabilitation zugutekommt (Scherer, 2002). Dadurch können Patienten ihre individuellen Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen besser erkennen und zudem lernen, durch selbstbestimmtes Risikomanagement und Lifestyleänderungen dem Auftreten oder der Verschlechterung einer Krankheit entgegenzuwirken. Durch die Schlüsselrolle als Gesundheitsberater kann der Hausarzt somit an ein stärkeres Verantwortungsgefühl seiner Patienten bezüglich ihrer Gesundheit appellieren, was laut der World Organization of Family Doctors (WONCA) im Rahmen des „Patient Empowerment“

Bestandteil der Definition der Allgemeinmedizin ist (Allen, 2002). Das führt dazu, dass die Patienten bewusster ihre gesundheitliche Eigenverantwortung wahrnehmen, aktiv an der Prävention und Behandlung der Krankheiten beteiligt sein wollen, und Coping-Strategien stärken können. Dadurch, dass der Hausarzt seine Patienten gründlich und umfangreich bezüglich Hygiene und Primärprävention aufklärt, können bereits im Vorfeld viele Erkrankungen verhindert werden. Dazu gehört im weiteren Sinne auch eine ausführliche und individuelle Impfaufklärung, da eine Impfung präventiv vor Krankheiten schützen und darüber hinaus eine flächenhafte Ausbreitung von Erkrankungen und Epidemien verhindern kann. Das zeigt, dass auch epidemiologische Aspekte zu den Funktionen der Primärversorgung zählen (Beske, 2004). Eine gute medizinische Aufklärung und Schulung der Patienten resultiert in einer besseren Grundversorgung, die generationsübergreifend zum Ausdruck kommt. So konnte gezeigt werden, dass eine gute hausärztliche Betreuung im Zusammenhang mit einer niedrigeren Kindersterblichkeit steht, was unter anderem an der besseren medizinischen Grundversorgung der Mütter liegt (Smith & Lynch, 2004). Sobald Mütter bezüglich des Stellenwerts der Hygiene in einer Schwangerschaft ausreichend aufgeklärt werden, können sie allein durch diese hausärztliche Beratung präventiv viele Risikofaktoren für eine diaplazentar übertragbare Krankheit vermindern.

Eine gute und enge Betreuung durch den Hausarzt bewirkt, dass die Patienten zufrieden sind und sich gut aufgehoben fühlen. Diese langfristige Bindung ist oft nur in der Primärversorgung möglich, da Spezialisten bei ihrem meist kurzen und einmaligen Patientenkontakt keine Chance haben, den vollen sozialen und anamnestischen Hintergrund zu erfassen. Oft werden Aspekte, die nicht das Fachgebiet betreffen oberflächlicher abgefragt, da sich der Spezialist auf seine Fachdisziplin konzentriert (Abholz, 2004). Den Patienten als einheitlichen Organismus wahrzunehmen bleibt dabei nicht selten dem Hausarzt überlassen, da er den Überblick über alle Komorbiditäten und psychosozialen Faktoren, die für den Patienten wichtig sind, behält. Letztendlich könnte man sagen, dass ein Hausarzt nicht wie vergleichsweise viele seiner sehr spezialisierten Fachkollegen von einem einmaligen Kontakt zum Patienten „lebt“, sondern vielmehr von der langzeitlichen Betreuung. Diese ist nur möglich, wenn sich der Patient wohl und umsorgt fühlt, was für Patienten und Hausarzt oberste Priorität hat.

1.2. Qualität der hausärztlichen Versorgung

Letztlich kommend aus der Industriefertigung der 80er Jahre, wurden zunehmend Qualitätskonzepte auch in der medizinischen Versorgung etabliert (Geene, 2006). Durch systematische Qualitätsförderungsansätze sollte eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgung erreicht werden. Eine hohe Qualität soll in der Primärversorgung vor allem durch eine hochwertige Facharztweiterbildung und durch eine flächendeckende hausärztliche Versorgung gewährleistet werden. Grundsätzlich bezieht sich die Qualität der medizinischen Versorgung vor allem auf Ergebnisse und Prozesse, die beeinflussbar sind. Das bedeutet, dass bestimmte Krankheiten trotz hoher medizinischer Qualität der Behandlung nicht geheilt werden können. Im Grunde benötigt man klare, allgemein anerkannte Vorstellung von „guter Qualität“ der Gesundheitsversorgung. Um diese Vorstellungen als Leitlinien festzuhalten, gibt es interdisziplinäre Gremien, die unter Beteiligung von Patientenvertretern nach anerkannten methodischen Standards diese Leitlinien ausarbeiten (Kopp, 2011). Außerdem werden von Fachgesellschaften Leitlinien erarbeitet, um eine hohe Behandlungsqualität der Patienten sicher zu stellen. Im Hinblick auf die zahlreichen Fortschritte in der medizinischen Forschung helfen Leitlinien, Unsicherheiten und Fehler zu vermeiden und effiziente Behandlungsstrategien zu verfolgen (Kopp et al., 2002). Dabei kann es sein, dass Patienten und Ärzte unterschiedliche Vorstellungen von „guter Qualität“ der medizinischen Versorgung haben. Eine umfangreiche und intensive Ausbildung ist für Ärzte besonders wichtig, da ein möglichst breites medizinisches Wissen im späteren Berufsleben hilfreich beim Erkennen schwieriger und seltener Krankheitsfälle und der Entscheidungsfindung der Therapie sein kann. Für Patienten stehen die Sozialkompetenzen der Ärzte im Vordergrund. Dabei ist ihnen besonders wichtig, dass sie sich von ihrem Arzt verstanden und gut aufgehoben fühlen (Geraedts, 2006; Schaller & Baller, 2008). Im internationalen Vergleich werden Gesundheitssysteme vorrangig bezüglich der Zufriedenheit der Patienten bewertet. Dabei liegt der Fokus auf der allgemeinen Zufriedenheit bezüglich des Gesundheitssystems, der Koordination in der Versorgung, der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und dem Zugang zur Versorgung (Sawicki, 2005).

Laut der Landesärztekammer in Bayern, dauert die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin 60 Monate. Dabei sollen 24 Monate in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, 12 Monate im Gebiet Innere Medizin in der stationären Akutversorgung und 6 Monate in mindestens einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden. Des Weiteren können zum Kompetenzerwerb bis zu 18 Monate Weiterbildung in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung erfolgen. Außerdem sollen 80 Stunden Kurs-Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung abgeleistet werden.

Nach dieser Weiterbildungsordnung sollen also möglichst kompetente, qualitativ hochwertige Allgemeinärzte ausgebildet werden. Nun stellt sich jedoch zweifellos die Frage, wie man die Qualität der Ärzte in ihrer Weiterbildung messen kann. Abholz et al. thematisierte diese Problematik, indem er beschreibt, dass man die Weiterbildungsqualität nicht allein an den Erfolgen der medizinischen Handlungen messen kann. Demnach können Krankheiten auch trotz qualitativ hochwertiger Behandlung manchmal nicht geheilt werden. Der Prozess der Heilung ist viel zu komplex, um ihn alleine auf die Qualität eines Arztes zurückzuführen. Deshalb sollten sich Qualitätsfaktoren ganz überwiegend auf die Struktur und den Prozess der Betreuung, nicht nur auf die Outcomes beziehen. Wenn es letztendlich nur um die Anzahl der klinischen Interventionen geht, könnte das zu Fehlsteuerungen führen. Man verliert immer mehr den Bezug zum Patienten und seiner individuellen Situation, da man darauf fixiert ist, die feste Anzahl an Behandlungen, die von der Ärztekammer vorgeschrieben ist, abzuhaken und Alternativen eventuell weniger in Erwägung zieht (Abholz & Egidi, 2009). Durch diesen Prozess steht das Wohl des Patienten nicht mehr allein im Mittelpunkt der Behandlung, da der Arzt zu wenig Freiraum hat, um sich individuell mit dem Patienten auseinanderzusetzen, denn er ist darauf konzentriert, standardisiert eine Reihe festgelegter klinischer Tests durchzuführen. Problematisch ist dabei, dass man sich oftmals darauf fixiert, möglichst viele dieser klinischen Tests durchzuführen und nicht kritisch hinterfragt, welche medizinische Handlung unmittelbar positive Auswirkungen auf die individuelle Situation des Patienten hat (Strech, 2013).

Aktuell kontrolliert die Landesärztekammer die Qualität der Weiterbildung, indem die Weiterbildungsärzte eine bestimmte Anzahl an klinischen Tätigkeiten durchführen und nachweisen müssen. So wird bereits am Anfang dieser Weiterbildungsordnung beschrieben, dass das Ziel der Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin die

Erlangung der Facharztkompetenz nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte ist. Das bedeutet allerdings, dass bei einem Antrag auf Weiterbildungsbefugnis nicht auf die fachlichen oder pädagogischen Kenntnisse Rücksicht genommen wird, sondern dass die Ärzte und Ärztinnen lediglich die gewünschte Anzahl an Scheinen und ihre Fort- und Weiterbildungen nachweisen müssen.

Dementsprechend tragen „diese unsinnigen Befähigungsnachweise/Kennzahlen eher zur Verunsicherung des akademischen Nachwuchses bei“ (Kölling, 2016). Andererseits scheint der Grundgedanke, dass man dadurch, dass man eine bestimmte klinische Tätigkeit wiederholt durchführt, diese Handlungen lernen und verinnerlichen kann, durchaus sinnvoll. Allerdings steht man dabei vor dem Problem, dass nicht jeder Arzt die Untersuchungen gleich schnell verinnerlicht oder nach der gleichen Anzahl an Durchführungen diese Untersuchung gleich gut anwenden kann. Dennoch wird die Anzahl der Durchführungen der ärztlichen Handlungen schriftlich festgehalten und als Qualitätsbeweis des Arztes in Weiterbildung betrachtet. Bisher scheint dies die einfachste Möglichkeit zu sein, die Fortschritte und Leistungen der Weiterbildungsärzte zu kontrollieren. Anhand dieser „Checkliste“ wird davon ausgegangen, dass der ausgebildete Arzt alle fachlichen Kompetenzen erworben hat. In einer systematischen Übersichtsarbeit kritisierten Berger et al. diese Methode des Leistungsnachweises und erklären, dass auch inhaltliche Kriterien, sowie regelmäßige Evaluationen etabliert werden sollten, um die Qualität der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu erhöhen (Berger et al., 2008).

Doch nicht nur die Kontrolle über die Weiterbildungsqualität, auch ihre inhaltlichen Aspekte werden kritisiert. Nach einer Befragung der Ärzte in Weiterbildung von Broermann et al. fühlen sich viele nicht ausreichend auf ihr späteres Berufsleben vorbereitet. Der Erwerb von fachlichen Kompetenzen ist sehr bedeutsam für die spätere hausärztliche Tätigkeit. Gleichmaßen sind jedoch auch Kompetenzen im Bereich Management, Finanzen und Personalführung für eine optimale Niederlassungsplanung erforderlich. Dazu wird auch das Fehlen von betriebswirtschaftlichen Kenntnissen, die bei einer späteren Niederlassung als Hausarzt nötig sind, beklagt. Als Lösungsansatz wird hier ein Mentoringprogramm beschrieben, bei dem die Teilnehmer auf Aspekte, die sie in der Weiterbildung nicht ausreichend lernen, mit einem Mentor genauer eingehen können (Broermann et al., 2014). Die wichtigen Aspekte der Praxisführung werden im Medizinstudium nicht

ausreichend vermittelt. Das führt zu Unsicherheiten der Absolventen und verringert die Bereitschaft, sich in der eigenen Praxis niederzulassen.

Ein weiteres Problem scheinen die Unterschiede in der Ausgestaltung der Weiterbildung zwischen den Ländern zu sein, da diese zu dem Aufgabenbereich der Landesärztekammern gehört. Kritiker fordern dementsprechend eine bundesweite einheitliche Weiterbildungsregelung, wie sie bereits in der USA (Frey et al., 2003), in Großbritannien (Sever et al., 1971), in den Niederlanden (Kramer et al., 2003) und in Dänemark (Christensen et al., 2001) umgesetzt wurde. Wechselt ein Arzt innerhalb seiner Weiterbildungszeit das Bundesland, so kann der Ortswechsel seine Facharztweiterbildung behindern. Unterschiedliche Regelungen der einzelnen Länder führen dazu, dass manche Ausbildungsabschnitte in einem anderen Bundesland nicht anerkannt werden, was die Weiterbildung verkompliziert und verlängert und oft zu Unsicherheiten und Hindernissen führt. In einer Übersichtsarbeit vergleichen Kochen et al. das Modell der Niederlande mit unserer Weiterbildungsordnung und betont hierbei die finanziellen Unterschiede, da eine Stiftung für Allgemeinmedizinische Weiterbildung (SBOH) in den Niederlanden ein wöchentliches Einkommen der Ärzte garantiert, während in Deutschland viele Weiterbildungsassistenten für rund ein Drittel der Zeit deutlich unterbezahlt sind (Kochen, 2007). Diese finanzielle Situation kann dementsprechend zu Frustration und Demotivation führen. Oft scheint die Facharztweiterbildung im Ausland dabei eine attraktive Alternative zur vergleichsweise geringeren Bezahlung in Deutschland zu sein. Demnach ist zum Beispiel die Weiterbildung in der Schweiz möglich, da dank der bilateralen Verträge mit der Europäischen Union die Schweiz das deutsche Staatsexamen nach formaler Bestätigung durch die Schweizer Medizinalberufekommission (MEBEKO) anerkennt. Für junge Ärzte scheint die Schweiz aufgrund eines angenehmeren Arbeitsklimas bei vergleichsweise besserer Bezahlung besonders attraktiv zu sein. Außerdem werden die klare Struktur und Organisation der Facharztweiterbildung in der Schweiz von vielen deutschen Medizinstudenten positiv bewertet. In Deutschland muss man sich oft selbstständig auf die nächste Weiterbildungsstelle bewerben, wodurch es zu Verlängerungen der Ausbildung kommen kann. Viele Schweizer Kliniken schließen sich zu Ausbildungsverbänden zusammen, sodass Assistenten ihre Ausbildung ohne Verzögerungen absolvieren können (Moulin, & van den Bussche, 2010). Hinsichtlich der Vergütung der Auszubildenden scheinen manche EU-Mitgliedsstaaten wie zum Beispiel Frankreich und die Niederlande dem deutschen System überlegen zu sein,

da die regelmäßige und anständige Bezahlung in der Weiterbildung in diesen Ländern gut organisiert ist und es keine Probleme in der Umsetzung der gesetzlich festgeschriebenen finanziellen Förderung gibt (Miani et al., 2015). Zudem ist es nicht leicht, eine Weiterbildungsstelle in den erforderlichen Abteilungen zu bekommen. Dabei kommt es vor, dass man sein eigentliches Ziel als niedergelassener Hausarzt verschweigen muss, da oft vorrangig die facheigenen Assistenten gefördert werden. In den meisten Weiterbildungseinrichtungen geht es im Grunde nicht um die Qualifizierung, sondern um die Arbeitsleistung des Weiterbildungsassistenten (Kochen, 2007). Diese schlechte Weiterbildung trägt maßgeblich zu dem steigenden Nachwuchsmangel bei, denn junge Ärzte, die die Qualität ihrer Weiterbildung hinterfragen, werden zusätzlich durch die hohe Arbeitsbelastung im Krankenhaus demotiviert. Dem Wunsch vieler Medizinabsolventen nach einer strukturierten Weiterbildung ohne Verzögerungen und Komplikationen und nach adäquater Vergütung wird immer mehr durch die Gründung von Weiterbildungsverbänden entgegengekommen (Huenges et al., 2010; Kochen, 2007).

In Bayern gibt es bereits flächendeckende Weiterbildungsverbände, die eine reibungslose Weiterbildung durch Stellenvermittlung garantieren (<https://www.kosta-bayern.de/weiterbildungsverbuende/weiterbildungsverbuende-bayernweit>).

Diese Entwicklung könnte die Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin attraktiver machen, da die Verbände den Ärzten in Weiterbildung eine sichere Bezahlung garantieren und durch strukturierte Rotationen eine Verzögerung der Weiterbildung verhindern.

1.3. Herausforderung Ärztemangel

Bereits im vorangegangenen Kapitel wurden die Probleme bezüglich des hausärztlichen Nachwuchses deutlich. Es zeigt sich jedoch ganz allgemein ein zunehmender Ärztemangel in der direkten Patientenversorgung in Deutschland, wobei dies im hausärztlichen Versorgungsbereich besonders stark ist. Circa ein Drittel der heute tätigen Hausärzte werden in naher Zukunft in den Ruhestand gehen und stehen vor dem Problem, dass es nicht genügend junge Ärzte gibt, die ihre Praxis übernehmen werden. Nur circa jeder 10. Medizinstudent entscheidet sich für eine

Facharztweiterbildung der Allgemeinmedizin (Kaduszkiewicz et al., 2018). Problematisch wird die mangelhafte medizinische Grundversorgung angesichts des demografischen Wandels, da angesichts der alternden Gesellschaft immer mehr alte, multimorbide Patienten betreut werden müssen. Es sind vor allem Generalisten und bestimmte Spezialisten, wie beispielsweise Urologen und Augenärzte, die von alten Menschen aufgesucht werden. Demgegenüber steigt die Inanspruchnahme von Kinderärzten und Frauenärzten nicht so stark an (Schulz et al., 2016). Laut einer repräsentativen Bundesbefragung der KBV haben bereits 2015 fast die Hälfte aller Befragten Probleme, einen Arzt in der Nähe ihres Wohnortes zu finden. Im Vergleich zu einer Befragung im Jahr 2013 beschreiben bereits 10% mehr Patienten diese Problematik (Langner, 2015).

Ein großes Problem in dem deutschen Gesundheitssystem ist die doppelte Fehlverteilung der Ärzte. Um die Grundversorgung der Gesellschaft ausreichend gewährleisten zu können, sollte das Verhältnis zwischen Generalisten und Spezialisten zugunsten der Generalisten liegen (Starfield et al., 2005a). Allerdings geht die Zahl der niedergelassenen Fachärzte für Allgemeinmedizin immer weiter zurück, während die Zahl der Spezialisten gleichzeitig ansteigt. Nach Zahlen der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) werden bis 2020 etwa 45% der Hausärzte in Rente gehen. Dabei werden die meisten Patientenprobleme abschließend von einem Hausarzt geklärt (Gerlach, 2016). Die zweite Fehlverteilung bezieht sich darauf, dass man die meisten Ärzte in wohlhabenden und ausreichend versorgten Ballungszentren finden kann, während dünn besiedelte, ländliche Kreise immer weniger Ärzte aufweisen. Aktuell kann also die zunehmende Problematik des Hausärztemangels vor allem im ländlichen Bereich beobachtet werden. Dementsprechend stehen wir in Deutschland vor immer größeren versorgungsmedizinischen Herausforderungen (Kaduszkiewicz et al., 2018). Zu dem Hausärztemangel tragen die nachfolgenden geschilderten Faktoren bei:

Weiterbildung: Wie bereits in Kapitel 1.2. erwähnt werden in Bezug auf die Weiterbildung für Allgemeinmedizin einige Kritikpunkte deutlich. Aufgrund eines mangelnden einheitlichen Curriculums, komplizierter Bürokratie und frustrierender Arbeitsbelastung scheint die Weiterbildung unattraktiv für junge Ärzte und Ärztinnen zu wirken. Lösungsansätze werden durch die Gründung der Weiterbildungsverbände

deutlich, womit man den Ängsten der Medizinabsolventen vor organisatorischen Hindernissen und schlechter Bezahlung entgegenwirkt.

Komplexität des Faches: Die Ängste und Unsicherheiten der jungen Ärzte beschränken sich allerdings nicht nur auf die Weiterbildung, denn vielen ist bewusst, dass auch der Arbeitsalltag eines Hausarztes viele Herausforderungen beinhaltet. Diese entstehen durch die Komplexität und Breite des Arbeitsspektrums in der Hausarztpraxis, wie in Kapitel 1.1. ausgeführt. Die höheren Anforderungen sind zum Teil der steigenden Lebenserwartung unserer Gesellschaft geschuldet. Da die Patienten immer älter werden, muss sich ihr Arzt mit komplizierteren Krankheiten und einer steigenden Multimorbidität auseinandersetzen. Eine Befragung von Studierenden hat gezeigt, dass sich einige junge Medizinabsolventen diesen Anforderungen nicht mehr gewachsen fühlen und der Meinung sind, bezüglich der demographischen und medizinischen Veränderungen machtlos und unqualifiziert zu sein (Barthen et al., 2018). Angesichts der Entwicklung hin zu einer älteren, multimorbiden Gesellschaft ist eine flächendeckende Grundversorgung jedoch unabdingbar. Die Betreuung chronisch kranker Patienten mit oft mehreren Krankheiten wird immer mehr ein fester Bestandteil des Arbeitsalltags zukünftiger Allgemeinmediziner sein.

Unternehmertum: Hinzu kommt, dass ein Hausarzt sowohl Arzt als auch Unternehmer gleichzeitig ist. Selbstständigkeit und Organisation spielen hierbei eine wichtige Rolle. Allerdings wird das wirtschaftliche Wissen, das zur Gründung einer allgemeinmedizinischen Praxis von Bedeutung ist, nicht im Medizinstudium vermittelt. Eine Umfrage von Siciliani et al. unter Medizinstudenten in höheren Semestern hat gezeigt, dass sich einige sowohl im praktischen Bereich, als auch in Bezug auf ihre ökonomischen Kenntnisse nicht sicher genug fühlen, um sich für eine Niederlassung im hausärztlichen Bereich zu entscheiden (Siciliani et al., 2017). Auch nach der Facharztweiterbildung stehen viele junge Ärzte und Ärztinnen dem Niederlassungswunsch hilflos gegenüber (Popert, 2016). Nach dem Medizinstudium sind die Kenntnisse, die man für eine Praxisgründung benötigt, beschränkt, denn von Praxisorganisation, Kassen- und Privatabrechnung, Bürokratie oder Personalführung hat man in der Universität nichts gelernt. Deshalb wird allgemein gefordert, dass „angesichts dieser Zahlen bei absehbar steigender Multimorbidität die Bürokratie

abgebaut werden muss, wenn man den Versorgungsstandard halten will“ (Popert, 2016). In einer bundesweiten Befragung untersuchen Gibis et al., welche Faktoren gegen eine Niederlassung in einer hausärztlichen Praxis sprechen. Zu den Gründen, die gegen eine Niederlassung sprechen, zählen medizinfremde Tätigkeiten und Bürokratie, ein unangemessenes Honorar und hohe Arbeitsbelastung (Gibis et al., 2012). Man muss allerdings bedenken, dass viele Studierende ein falsches Bild von dem tatsächlichen Einkommen der Hausärzte haben, da man durch negative Aussagen mancher Ärzte ein unangemessen niedriges Gehalt fürchtet. Gleichzeitig wird die Sorge vor hoher Arbeitsbelastung geäußert. Allerdings ist das Risiko der Insolvenz als niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin extrem gering. In wenigen Ausnahmen ist der Grund für die schlechte finanzielle Situation der Ärzte nicht der Patientenmangel, sondern eher irrationale Verordnungen und schlechtes Management.

Bürokratie: Bürokratische Hindernisse, die schon während der Weiterbildung beginnen und auch bei der hausärztlichen Niederlassung vorhanden sind, begünstigen also die aktuelle Entwicklung zum Hausärztemangel. Zwangsläufig wird auch in Zukunft keine Hausarztpraxis ohne Bürokratie geführt werden können, denn ein gewisses Maß an Bürokratie ist unabdingbar. Dennoch sollten unnötige Bürden, die die Verwaltung der Praxis dabei mit sich bringt, den Arbeitsalltag des Arztes dabei nicht erschweren. Außerdem sollten die Ärzte früh und umfangreich im Bereich der Praxisführung geschult werden, sodass auch das betriebswirtschaftliche Management kein Hindernis für eine Niederlassung darstellt.

Späte Akademisierung der Allgemeinmedizin: Die Universitäten haben einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Wahl der Facharzttrichtung der Studenten und auf die Attraktivität der Allgemeinmedizin. Seit 2009 gibt es an der Technischen Universität München einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin. In den darauffolgenden Jahren wurden auch in Erlangen (2013), an der Ludwig-Maximilians-universität in München (Storr, 2016) und in Würzburg die Lehrstühle für Allgemeinmedizin gegründet. Diese Institutionalisierung konnte das Ansehen des Faches unter den Studierenden steigern und wurde auch im Rahmen einer Umfrage unter den Medizinstudenten insgesamt als positiv bewertet (Schneider et al., 2013). Dennoch scheinen die verschiedenen Universitätsstandorte unterschiedlich prägend für eine hausärztliche Tätigkeit zu sein.

Fehlverteilung von Ärzten: Die Problematik des Hausärztemangels tritt weniger in städtischen Ballungszentren, sondern vor allem in ländlichen Gebieten auf (Wahlster et al., 2018). Man kann annehmen, dass sich die Studierenden nach ihrem Abschluss lieber in der vertrauten Nähe ihrer Studentenstadt niederlassen, da man sich während des Studiums an die Vorteile des städtischen Lebens in Ballungszentren gewöhnt hat. Nach Abschluss des Medizinstudiums beginnt mit der ersten Arbeitsstelle für die jungen Ärzte ein neuer Lebensabschnitt. Im Rahmen dieser Veränderungen kann die bekannte Umgebung des Studienortes für die ehemaligen Studenten einen sicheren Halt darstellen. Mit Hilfe des bestehenden sozialen Netzwerkes lässt sich dieser neue Lebensabschnitt leichter meistern und die Medizinabsolventen müssen sich nicht in allen Lebensbereichen an neue Bedingungen und Herausforderungen gewöhnen. Es ist nicht selten, dass Ärzte in die Praxis ihrer Weiterbildung einsteigen können und den Hausarztsitz übernehmen, sobald der Inhaber der Praxis in den Ruhestand geht. Auch hinsichtlich des privaten Lebensabschnittes ist die Zeit der Weiterbildung oft zusätzlich die Zeit der Familiengründung. Um diese Kontakte zu festigen, wird der Standort und somit der ehemalige Studienort beibehalten.

Andererseits gibt es auch manche Studenten, die das Leben im ländlichen Raum sehr schätzen und ihre spätere ärztliche Tätigkeit oft in der Landarztpraxis sehen. Bislang ist unklar, welche Rolle der Studien- und Geburtsort bei der Wahl des Niederlassungsortes in einer hausärztlichen Praxis spielen. Um den aktuellen Hausärztemangel besser nachvollziehen zu können, ist es wichtig, die für eine Niederlassung im ländlichen Raum ausschlaggebenden Faktoren zu kennen.

1.4. Ziele der Arbeit und Hypothesen

Es scheint also zahlreiche Einflussgrößen zu geben, die zu dem steigenden Hausärztemangel beitragen. Ziel dieser Arbeit ist es, anhand von Niederlassungskennzahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns Determinanten für die hausärztliche Niederlassung zu identifizieren. Dabei sollen folgende Hypothesen geklärt werden:

1.) Der Studienort hat einen höheren Einfluss auf die hausärztliche Tätigkeit als der Geburtsort.

Wie bereits in Abschnitt 1.3. beschrieben, scheinen viele Studenten die vertraute Umgebung des Universitätsstandortes nach Abschluss des Studiums zu schätzen. Die Weiterbildung wird oft in der Nähe des Studienortes angetreten, da man sich an die Vorteile der Ballungszentren gewöhnt hat und das bestehende Netzwerk nicht verlieren möchte. Da innerhalb der Weiterbildungszeit oft wichtige berufliche und private Kontakte geknüpft werden, die für die Wahl der hausärztlichen Tätigkeit – in eigener Praxis oder im Anstellungsverhältnis – ausschlaggebend sind, könnte es sein, dass sich die Studenten also oft in der Nähe des Studienortes niederlassen bzw. sich anstellen lassen.

2.) Ärztinnen sind häufiger im Anstellungsverhältnis tätig als Ärzte.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass Frauen sich gehäuft anstellen lassen, da sich die hausärztliche Tätigkeit in Kombination mit der Familienplanung besser im Anstellungsverhältnis realisieren lässt. Hierfür gibt es jedoch bislang keine statistischen Auswertungen.

3.) Die Universitätsstandorte in Bayern haben einen unterschiedlich starken Einfluss auf die Bereitschaft der Medizinstudierenden, sich im hausärztlichen Bereich niederzulassen.

Es soll analysiert werden, welche Universität die meisten Allgemeinmediziner hervorbringt. Die Organisation und Präsentation des Faches während des Studiums hat eventuell einen Einfluss auf die Medizinstudenten im Hinblick auf die Wahl der Facharztweiterbildung. Eine Institutionalisierung wird dabei allgemein als positiv bewertet und kann die Allgemeinmedizin für die Studierenden attraktiver machen.

4.) Der zeitliche Abstand zwischen Staatsexamen und Niederlassung wird immer länger.

Grundlegend soll geklärt werden, ob sich die Medizinstudierenden nach ihrem Staatsexamen zunehmend mehr Zeit bis zur Niederlassung lassen, beispielsweise aufgrund von wachsenden Anforderungen im Hinblick auf die mit verlängerter Weiterbildungszeit einhergehenden Qualitätsanforderungen und organisatorischen Hindernisse.

5.) Es kann eine Entwicklung von der Einzelpraxis hin zur Gemeinschaftspraxis festgestellt werden.

Es soll analysiert werden, wie sich die Praxistypen im Laufe der letzten Jahrzehnte entwickelt haben. Es soll vorrangig die Entwicklung von Einzelpraxen im Vergleich zu Gemeinschaftspraxen untersucht werden, um die Frage zu klären, ob der Trend zur Gemeinschaftspraxis vor allem im ländlichen Bereich immer weiter zunimmt.

6.) Die Anzahl der erworbenen Zusatzbezeichnungen der Allgemeinmediziner nimmt zu.

Es stellt sich die Frage, ob die heutigen Hausärzte vermutlich aufgrund von wettbewerblichen Anforderungen immer mehr Zusatzbezeichnungen erwerben und ob es dabei Unterschiede bezüglich des Geschlechtes gibt.

2. Methodik

Um die oben genannten Hypothesen zu untersuchen, mussten die Studierendenzahlen und Niederlassungskennzahlen in jeweils unterschiedliche Zusammenhänge gebracht werden. Hierfür standen zwei Datensätze zur Verfügung:

1.) Arztregisterdaten der niedergelassenen Ärzte in Bayern: diese wurden von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Verfügung gestellt und reichten bis in den Zulassungszeitraum 1970 zurück. Sie umfassten die Registerdaten von Hausärzten / praktischen Ärzten / Fachärzten für Allgemeinmedizin und von den in der ambulanten Versorgung tätigen Spezialisten. Diese umfassen die häufigsten Spezialisierungen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung: Frauenärzte, Augenärzte, Orthopäden, Hautärzte und Kinderärzte. Zudem werden die hausärztlichen Internisten und die Radiologen aus der Gruppe der spezialisierten fachärztlichen Versorgung in den Analysen berücksichtigt, da sie unter den häufigsten Facharzttrichtungen vertreten sind (KVB, 2020a). Die KVB besitzt im Rahmen ihrer Verwaltungstätigkeit Informationen zu Geburtsort, Ort des Hochschulabschlusses, Niederlassungsort, Alter bei Studienabschluss und Alter zu Beginn der ärztlichen Tätigkeit in der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung.

2.) Absolventen für Humanmedizin in Bayern: Als Datengrundlage für die Studierendenzahlen dienten die Absolventenzahlen des Staatsexamens für Medizinstudierende, die vom bayerischen Landesamt für Statistik standortbezogen ausgegeben werden. Eine strukturierte Aufbereitung der Absolventenzahlen liegt seit dem Jahr 1996 vor. Auf Anfrage der Promovendin wurde der Datensatz vom Landesamt für Statistik zur Verfügung gestellt und konnte als Grundlage für spätere Analysen verwendet werden.

Für die Überprüfung der Hypothesen 1, 2 und 3 wurden zur Berechnung nur die hausärztlichen Arztregisterdaten verwendet. Als Berechnungsgrundlage wurde die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte in der haus- und fachärztlichen Versorgung im Zeitraum vom 1.7.2008 bis 30.1.2018 verwendet. Eine Einschränkung des Basisdatensatzes auf den Zeitraum ab 1.7.2008 kam dadurch zustande, dass durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz im Jahr 2008 die neue Arztnummersystematik (lebenslange Arztnummer, LANR) eingeführt wurde. Die Daten vor diesem Zeitpunkt sind mit den verwendeten Daten nicht kompatibel. Für frühere

Zeiträume sind Daten zu Anstellungsverhältnissen nicht vorhanden, es waren lediglich die Zeitpunkte der Zulassungserteilung für die Tätigkeit in der eigenen Niederlassung verfügbar.

Um Anhaltspunkte zu den Niederlassungsquoten zu bekommen, wurden mehrere Analysen durchgeführt. Da die Weiterbildung zum „Facharzt für Allgemeinmedizin“ mindestens fünf Jahre dauert, ist eine früheste mögliche Niederlassung für Ärzte aus dem Staatsexamensjahrgang 2013 möglich. Aus diesem Grund wurde für die Hauptanalyse der Datensatz der Ärzte verwendet, die im Zeitraum von 1996 bis 2013 das Staatsexamen absolviert haben. Da jedoch die durchschnittliche Dauer von Staatsexamen bis Niederlassung circa 8 bis 10 Jahre beträgt, wurde in einer Subgruppenanalyse berechnet, wie hoch der Anteil derjenigen Studierenden von 1996-2010 ist, die hausärztlich tätig werden. Eine weitere Subgruppenanalyse wurde bezüglich der Niederlassungsquoten für die Absolventen von 2004-2009 durchgeführt, um die Ergebnisse mit den von Rauscher et al. berechneten Niederlassungsquoten vergleichen zu können (Rauscher, 2016). Für die hausärztlich tätigen Ärzte mit Staatsexamen zwischen 1996 und 2013 wurde der prozentuale Anteil der in Bayern geborenen, der Anteil an Ärztinnen, der Anteil von in Einzelpraxis tätigen, das Alter bei Studienabschluss und Beginn der Tätigkeit in der ambulanten Versorgung berechnet. Zudem wurde für diese Ärzte der prozentuale Anteil mit Niederlassung im Umkreis von < 50 km vom Studienort und Geburtsort berechnet.

Für die Überprüfung der Hypothesen 4, 5 und 6 wurden die Arztregisterdaten aller niedergelassenen Ärzte in Bayern verwendet. Dieser Datensatz enthielt die Informationen zu Staatsexamen und Niederlassung, sowie alle Zusatzbezeichnungen, die ein Arzt im Laufe seiner Tätigkeit erwirbt. Betrachtet wurden alle Ärzte, die im hausärztlichen Bereich tätig sind oder waren und sich ab dem Jahr 1970 niedergelassen haben. Die Angaben zu den Ärzten der vorhergehenden Jahre waren aufgrund mangelnder Informationen nicht mehr repräsentativ und wurden daher nicht in die Analyse einbezogen. Die Mittelwerte des zeitlichen Abstands zwischen Staatsexamen und Niederlassung wurde graphisch in Abhängigkeit vom Jahr der Niederlassung dargestellt. Um einen Vergleich zwischen den hausärztlichen und spezialistischen Disziplinen zu ermöglichen, wurden die Daten aller Ärzte, die sich seit 1970 niedergelassen haben, in die Analyse einbezogen.

Um eine Aussage über Zeittrends der Niederlassung im hausärztlichen Bereich machen zu können, wurde auch der Praxistyp analysiert. In erster Linie war dazu die Abgrenzung zwischen Gemeinschaftspraxis und Einzelpraxis interessant. Es wurde die Anzahl der Einzel- und Gemeinschaftspraxis in Abhängigkeit vom Jahr der Niederlassung analysiert. Darüber hinaus wurde untersucht, ob es Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten bezüglich dieser beiden Praxisformen gibt, und ob Ärztinnen häufiger in Gemeinschaftspraxen tätig sind als Ärzte. Die Gründung von Gemeinschaftspraxen wurde insbesondere für den hausärztlichen Bereich politisch gewünscht, um die Effizienz in der Primärversorgung zu steigern. Darüber hinaus sollte auch die Attraktivität des hausärztlichen Berufs durch die Möglichkeit von Arbeitsteilung gestärkt werden. Daher wurde die Analyse für diese Fragestellung auf den hausärztlichen Bereich beschränkt.

Für die Analyse der erworbenen Zusatzbezeichnungen wurden zuerst die häufigsten und damit relevantesten Zusatzbezeichnungen identifiziert. Die Anzahl und Titel der häufigsten Zusatzbezeichnungen wurden in Abhängigkeit vom Jahr der Niederlassung graphisch dargestellt. Darüber hinaus sollte eine Aussage über deren Verteilung im Hinblick auf Stadt-Land-Unterschiede gemacht werden. Grundlage hierfür war die Gliederung der Niederlassungsorte nach der Einteilung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung in dünn besiedelte ländliche Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen, städtische Kreise und kreisfreie Großstädte (Kuhlmann, 2015). Damit war es möglich, die Zusatzbezeichnungen, die ein Arzt erwirbt in Abhängigkeit zu dem Kreistyp seines Zulassungsortes zu betrachten. Auch geschlechterspezifische Vorlieben und die Zeitspanne zwischen Staatsexamen und dem Erwerb einer Zusatzbezeichnung wurde untersucht. Auch hier wurden, um einen Vergleich zwischen den hausärztlichen und spezialistischen Disziplinen zu ermöglichen, die Daten aller Ärzte, die sich seit 1970 niedergelassen haben, in die Analyse einbezogen.

Es wurden im Wesentlichen deskriptive Analysen durchgeführt, die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm R (Version 3.4.2). Die Kennwerte wurden pseudonymisiert ausgewertet und in Beziehung zu den Studierendenzahlen an den einzelnen Universitätsstandorten gesetzt.

3. Ergebnisse

3.1. Niederlassung der Hausärzte seit 1970 in Bayern (Alter, Geschlecht, Entwicklung der Niederlassungszahlen)

In dem Jahr 2008 waren von den Ärzten, die 1970 das Medizinstudium in Bayern absolviert haben, noch 10.830 Ärzte in einer hausärztlichen Praxis in Bayern tätig (Tab. 1). Dabei kann man zwischen Allgemeinmedizinern, die mit 79,8% den größten Anteil der ambulanten Versorgung decken und den hausärztlichen Internisten (20,1%) unterscheiden. Abgesehen von den Ärzten, die den Facharzt für Allgemeinmedizin absolviert haben, können auch niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin, sowie Kinderärzte hausärztlich tätig sein. Vor einer Änderung im Jahr 1992 konnten zudem auch Ärzte ohne Weiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin oder der Inneren Medizin die hausärztliche Versorgung leisten, heute sind sie jedoch nicht mehr zur Zulassung berechtigt. Vor dieser Änderung konnten sich Ärzte nach Abschluss des Medizinstudiums und einer dreijährigen Ausbildung im Bereich der Allgemeinmedizin ohne jedoch den Facharztstitel zu erlangen als sogenannte „praktische Ärzte“ hausärztlich niederlassen (Bayerische Landesärztekammer, 2004). Die Differenzierung aller Ärzte, die von der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns als Hausärzte registriert sind, werden im Anhang tabellarisch aufgelistet.

Tabelle 1 - Anteil der Ärzte mit hausärztlicher Tätigkeit

Allgemeinmediziner	8638 (79,8%)
Hausärztliche Internisten	2179 (20,1%)
Andere	13 (0,1%)
Gesamt	10.830 (100%)

Im Weiteren werden die Neuzulassungen von den Studierenden seit 1996, die sich seit 2008 niedergelassen haben, analysiert. In Abbildung 1 ist die Anzahl der Neuzulassungen der Hausärzte und der anderen Fachgruppen in den letzten zehn Jahren dargestellt. Die Anzahl der Neuzulassungen der Hausärzte ist in Bayern nahezu konstant geblieben. Von allen Ärzten, unabhängig davon, ob sie in- oder außerhalb Bayerns studiert haben, lassen sich im Schnitt jährlich circa 210 in einer

allgemeinmedizinischen Praxis nieder (Abb. 1). Im Vergleich dazu ist anhand des Diagramms deutlich zu sehen, dass die Anzahl der Niederlassungen der anderen Fachgruppen ab 2011 konstant gestiegen ist. Bereits im Jahr 2009 war die Anzahl der Niederlassungen der spezialisierten Fachärzte mit 473 mehr als doppelt so hoch wie die Anzahl der Niederlassungen der Generalisten (263). Ein besonders starker Anstieg von Fachärzten mit Neuzulassung ist in den Jahren 2014 und 2017 zu sehen. Da für das Jahr 2018 zum Zeitpunkt der Analyse noch nicht alle Zulassungen erfasst waren und weitgehend fehlen, da die Auswertung am Anfang des Jahres 2018 durchgeführt wurde, sind die niedrigen Werte nicht repräsentativ.

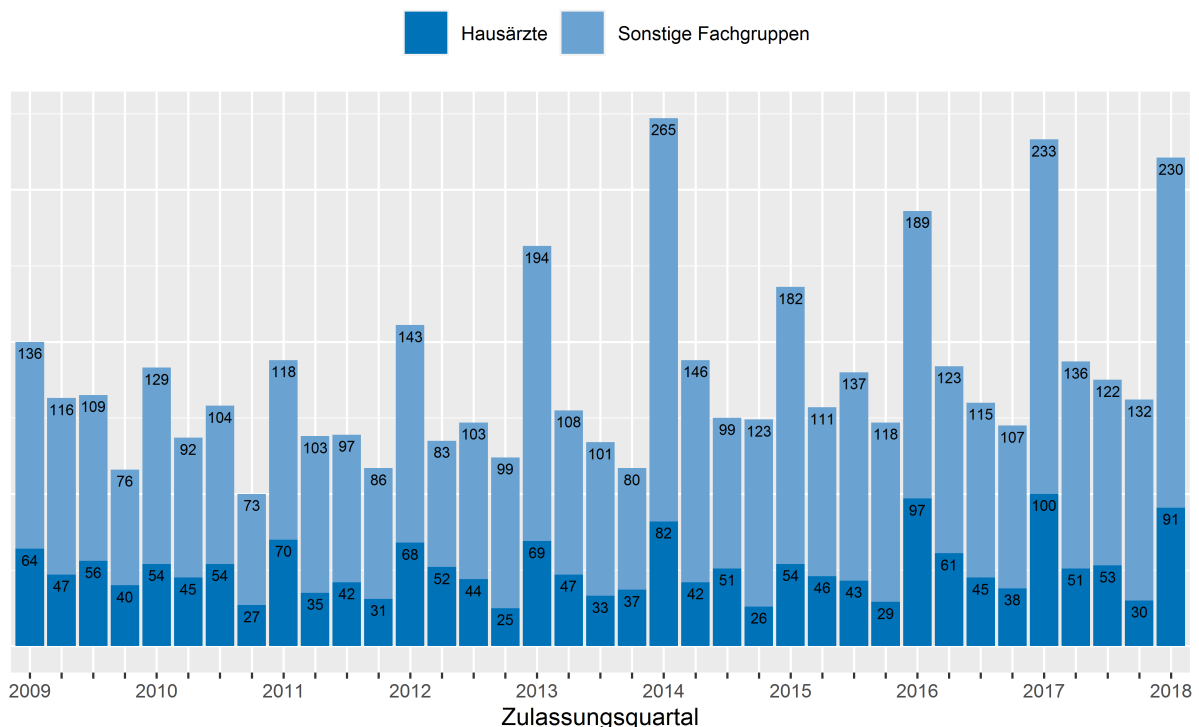


Abbildung 1 - Anzahl der Ärzte mit neuer Zulassung unterteilt nach Hausärzten und sonstigen Fachgruppen

Die Analysen ergeben, dass sich in dem Zeitraum von 2008 bis 2017 jährlich im Schnitt 211,5 Hausärzte in Bayern niederlassen haben. Diese Anzahl ergibt sich aus der Niederlassung der bayerischen Medizinabsolventen und der Ärzte, die in einem anderen Bundesland studiert haben. Die Grundversorgung in Bayern wird nicht nur von Ärzten sichergestellt, die in München, Würzburg, Regensburg oder Erlangen studiert haben, sondern auch von Allgemeinmedizinern, die in anderen Bundesländern das Medizinstudium absolviert haben und nun in Bayern tätig sind (Abb. 2). Dieser

Anteil der zugezogenen Medizinabsolventen ist in den letzten zehn Jahren leicht angestiegen. Die meisten Allgemeinmediziner haben in München studiert, gefolgt von Erlangen, Würzburg und Regensburg. In München kann man an zwei unterschiedlichen Universitäten Medizin studieren: an der Technischen Universität München und an der Ludwig-Maximilians-Universität. Es war jedoch nicht möglich, innerhalb des Datensatzes zwischen den beiden Universitäten zu unterscheiden, weshalb man alle Absolventen zum Universitätsstandort München zusammengefasst hat. Das Verhältnis der Anzahl an Hausärzten, die an den einzelnen Universitätsstandorten ihr Studium abgeschlossen haben, bleibt in den letzten zehn Jahren nahezu konstant.

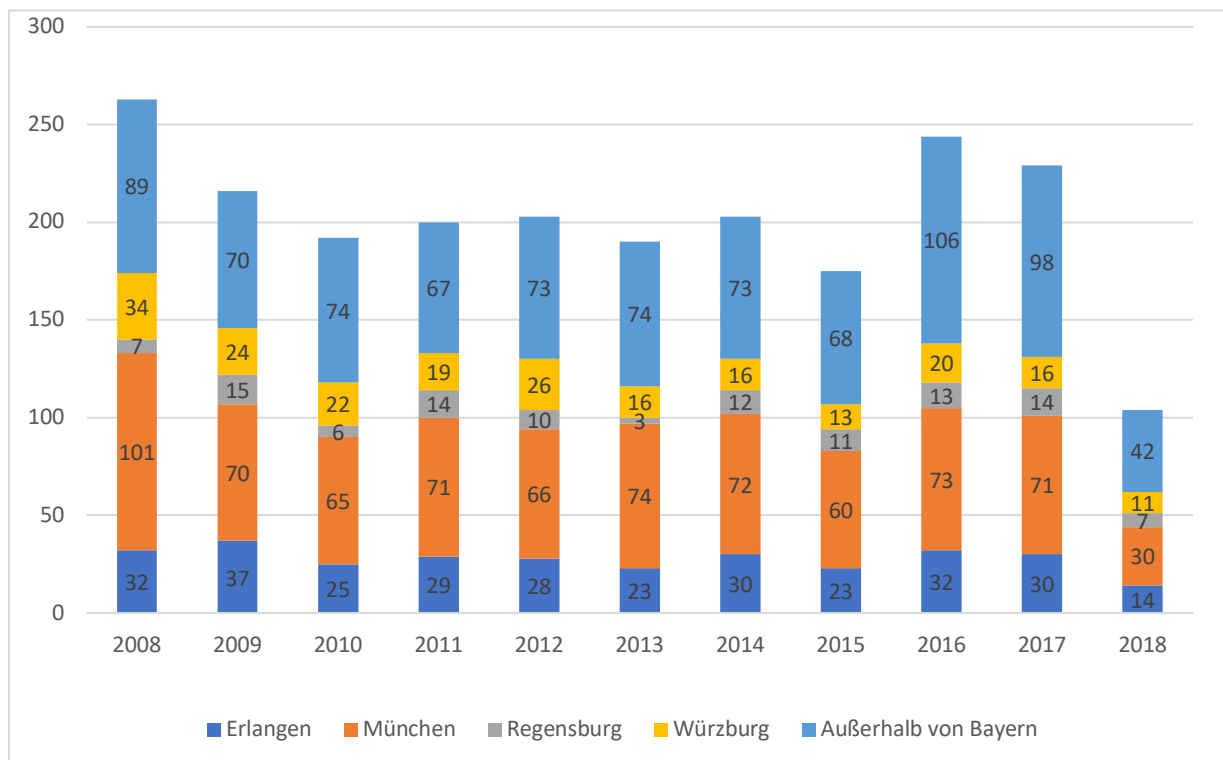


Abbildung 2 - Anzahl der Hausärzte mit Ersttätigkeit in Bayern unterteilt nach Ort des Staatsexamens

In einer weiteren Analyse wird der häufigste Praxistyp der Hausärzte in Bayern thematisiert und in Tabelle 2 dargestellt. Es wird zwischen Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis und überörtlicher Gemeinschaftspraxis unterschieden und mit der Einwohnerdichte des Praxisstandortes in Abhängigkeit gesetzt. Bezogen auf alle neu gegründeten Praxen in den letzten 30 Jahren lassen sich mehr als die Hälfte der bayerischen Allgemeinmediziner in einer Einzelpraxis nieder, wobei der

Zusammenschluss zur Gemeinschaftspraxis mit 41,5% ebenfalls häufig vertreten ist (Tab. 2). Innerhalb des Praxistyps der Gemeinschaftspraxen kann man zwischen Praxen mit einem gemeinsamen Vertragsarztsitz, also einer örtlichen Gemeinschaftspraxis und Praxen mit unterschiedlichen Vertragsarztsitzen, also einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis, unterscheiden. In städtischen Kreisen ist nur jede 100. Praxis eine überörtliche Gemeinschaftspraxis. Auffallend ist, dass überörtliche Gemeinschaftspraxen vor allem in dünn besiedelten, ländlichen Kreisen gegründet werden. Eine kreisfreie Großstadt wird hierbei von dem Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung als kreisfreie Stadt mit mindestens 100.000 Einwohnern definiert. Die Analyse bezüglich der Verteilung der unterschiedlichen Praxistypen ergab außerdem, dass Einzelpraxen vor allem in kreisfreien Großstädten vertreten sind, wohingegen die Gemeinschaftspraxen bevorzugt in ländlichen Kreisen mit Verdichtungscentren gegründet werden. Eine leichte Abweichung der Gesamtzahl der Ärzte mit hausärztlicher Tätigkeit aus Tabelle 1 (10.830) und der Gesamtzahl der in dieser Tabelle betrachteten Ärzte ist auf unterschiedliche Datenbanken innerhalb der KVB zurückzuführen.

Tabelle 2 – Abhängigkeit von Praxistyp und Besiedlungsdichte

		Dünn besiedelte ländliche Kreise	Kreisfreie Großstädte	Ländliche Kreise mit Verdichtungscentren	Städtische Kreise	Gesamt
Einzelpraxis	Anzahl	1558	1566	1611	1404	6139
	n (%)	55,6	61,1	55,2	56,9	57,1
Gemeinschaftspraxen	Anzahl	1183	966	1275	1038	4462
	n (%)	42,2	37,7	43,6	42,0	41,5
Überörtliche Gemeinschaftspraxis	Anzahl	61	30	35	27	153
	n (%)	2,2	1,2	1,2	1,1	1,4
Gesamt	Anzahl	2802	2561	2921	2469	10754
	n (%)	100	100	100	100	100

3.2. Zusammenhang von Geburtsort, Studienort und Niederlassungsort

Um den Zusammenhang zwischen Studienort und hausärztlicher Tätigkeit darzustellen, werden die insgesamt 25.628 Medizinabsolventen in dem Zeitraum zwischen 1996 und 2013 betrachtet (Tab. 3). Dieser Zeitraum wurde gewählt, da die Weiterbildung zur Erlangung des Titels „Facharzt für Allgemeinmedizin“ mindestens fünf Jahre dauert – somit wurde die früheste mögliche Niederlassung im Jahr 2018 ab Staatsexamen 2013 berücksichtigt. Um Rückschlüsse auf die beruflichen Tätigkeiten dieses Studierendenkollektivs schließen zu können, wurde als Berechnungsgrundlage die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte in der haus- und fachärztlichen Versorgung im Zeitraum vom 01.7.2008– 30.01.2018 verwendet. Wie im Methodikteil erläutert, liegt erst seit 1.7.2008 ein vollständiger Datensatz vor, der auch den Studienort enthält. Von diesen Studenten waren 6098 (23,8%) bis zum Stichtag am 30.01.2018 im ambulanten Bereich tätig, wobei die Absolventen aus Regensburg mit 31,3% den größten Anteil der ambulant tätigen Ärzte ausmachen. Von allen Ärzten haben sich 2015 (7,9%) in einer Hausarztpraxis niedergelassen. Ausgehend von diesen Hausärzten haben die wenigsten (29,8%) in Regensburg studiert. Führend unter den Hausärzten sind die Medizinstudenten aus Erlangen, die mit 38,2% am stärksten in der hausärztlichen Grundversorgung vertreten sind. Auch hinsichtlich der Verteilung der Niederlassungen in einer hausärztlichen Praxis sind die Ärzte aus Erlangen mit 44,1% die stärkste Gruppe. Ähnliche Verteilungsmuster kann man in der Subgruppenanalyse der Staatsexamensjahrgänge 1996 bis 2010 beobachten. Auch hier haben die meisten Hausärzte in Erlangen studiert, gefolgt von Würzburg, München und Regensburg. Obwohl der Anteil der Absolventen, die hausärztlich tätig sind und in Regensburg studiert haben am geringsten ist, ist auffällig, dass sich von diesen Hausärzten viele selbstständig mit eigenem KV-Sitz niedergelassen haben.

Tabelle 3 – Zusammenhang zwischen der Anzahl der Studierenden am jeweiligen Studienort und der späteren Tätigkeit in der ambulanten Versorgung

Studienort	Absolventen N	Tätigkeit in der ambulanten Versorgung n (%)	Davon hausärztlich tätig n(%)	Niederlassung mit eigenem KV-Sitz n(%)	Davon in hausärztlicher Praxis n (%)
Staatsexamen 1996 - 2013					
Erlangen	4994	1244 (24,9%)	475 (38,2)	827 (16,7)	365 (44,1)
München	13.916	3353 (24,1%)	1057 (31,5)	2217 (15,9)	776 (35,0)
Regensburg	1921	601 (31,3)	181 (29,8)	415 (21,6)	142 (34,2)
Würzburg	4797	900 (18,8)	302 (30,1)	597 (12,4)	231 (38,7)
Staatsexamen 1996 - 2010					
Erlangen	4206	1231 (29,2)	470 (38,2)	817 (19,4)	361 (44,1)
München	11.578	3318 (28,7)	1045 (31,5)	2195 (19,0)	772 (35,2)
Regensburg	1427	584 (40,9)	172 (29,5)	405 (28,4)	138 (34,1)
Würzburg	4019	891 (22,2)	299 (33,6)	591 (14,7)	229 (38,7)

Bezüglich des Geburtsortes der in eigener Praxis zugelassenen Hausärzte wird in Tabelle 4 deutlich, dass mit 85,0% vor allem Regensburger Medizinstudenten in Bayern geboren sind. Außerdem wird deutlich, dass von den 723 Hausärzten, die sich in Bayern niedergelassen, aber außerhalb Bayerns studiert haben, 40,0% in Bayern geboren sind. In München beträgt der Anteil der in Bayern geborenen Studenten 75,8%, in Erlangen 79,9%, in Würzburg dagegen nur 70,9%.

Tabelle 4 – Merkmale der erstmals hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte ab 2009, nach Studienort

Studienort	Gesamt N	In Bayern geboren (%)	weiblich (%)	Einzelpraxis (%)
In eigener Praxis zugelassene Hausärztinnen und Hausärzte				
Außerhalb Bayerns	723	40,0	46,5	51,9
Erlangen	248	79,9	41,5	41,1
München	631	75,8	46,6	48,2
Regensburg	107	85,0	35,5	23,4
Würzburg	171	67,8	40,4	34,5
Gesamt	1880			
Angestellte Hausärztinnen und Hausärzte				
Außerhalb Bayerns	517	26,1	74,1	0
Erlangen	146	74,1	66,4	0
München	410	69,8	75,6	0
Regensburg	37	96,7	83,8	0
Würzburg	123	70,3	67,5	0
Gesamt	1233			

Insgesamt ist der Großteil der Hausärzte männlich. Lediglich im Angestelltenverhältnis sind mehr Frauen als Männer hausärztlich tätig, während sich Männer vorwiegend in einer eigenen Praxis niederlassen. Bezogen auf den Frauenanteil an den unterschiedlichen Universitätsstandorten in Bayern haben die meisten Hausärztinnen (46,6%) in München studiert. Auffällig ist außerdem, dass die meisten Einzelpraxen von den Münchener Medizinstudenten gegründet werden.

In Regensburg ist der Anteil an in Bayern geborenen Hausärzten- und Hausärztinnen besonders hoch. Hervorzuheben sind hier die Hausärzte im Angestelltenverhältnis, die in Regensburg studiert haben, da von diesen der Frauenanteil mit 83,8% besonders groß ist.

Demnach sind fast acht von zehn angestellten Ärzten, die in Bayern das Medizinstudium absolviert haben, weiblich. Im Vergleich dazu wird circa jede 3. Hausarztpraxis von einer Ärztin geführt.

In Abbildung 3 wird der Zusammenhang von Geburts-, Studien- und Niederlassungsort graphisch dargestellt. Es wird der prozentuale Anteil der Ärzte angegeben, deren Studienort weniger als 50 km vom Geburtsort entfernt ist. Mit dem gleichen Prinzip wird die Distanz zwischen Studien- und Niederlassungsort und zwischen Geburts- und Niederlassungsort aufgezeigt.

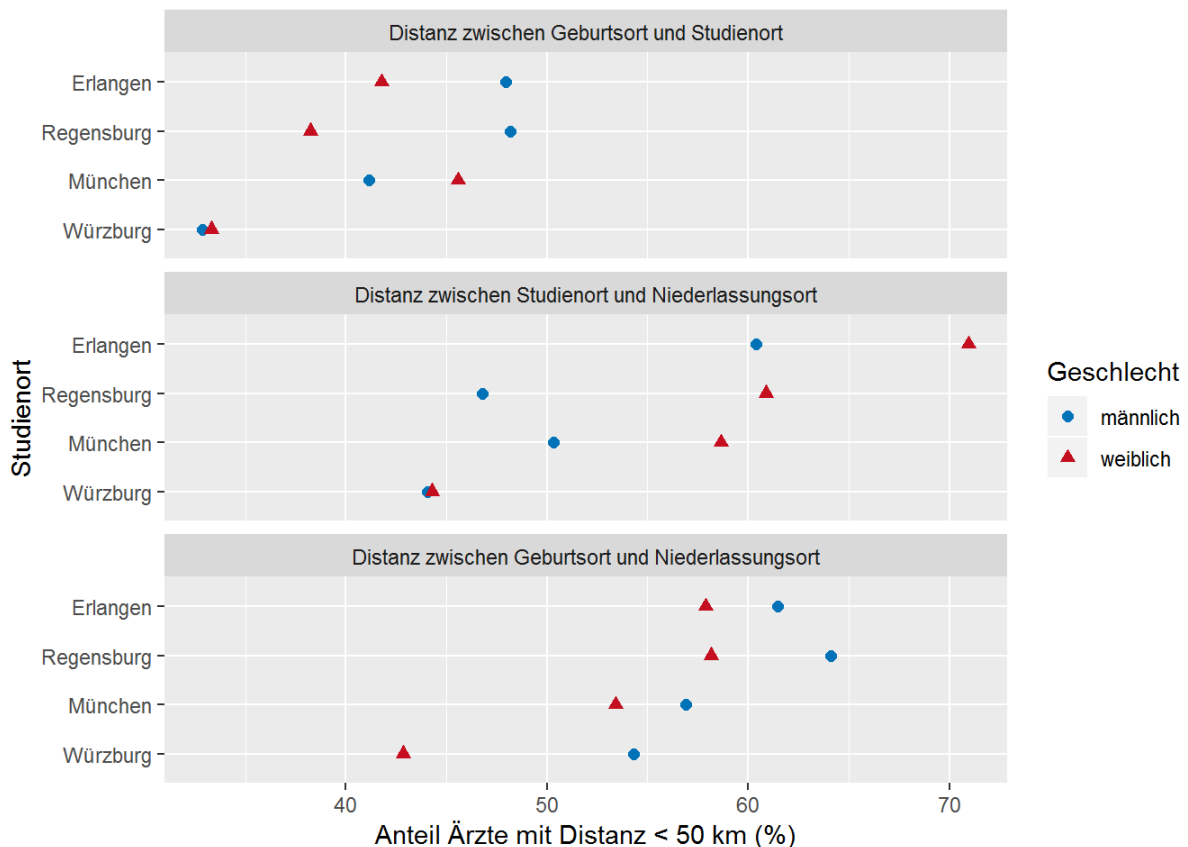


Abbildung 3 – Prozentualer Anteil von Ärztinnen und Ärzten mit einer Entfernung von Geburts-, Studien- und Niederlassungsort < 50 km in Abhängigkeit vom Studienort

Hierbei ist auffällig, dass vor allem männliche Studenten in Erlangen und Regensburg nahe an ihrem Geburtsort studiert haben. Besonders hervorzuheben ist jedoch der Unterschied der Geschlechter in der Frage, ob die Niederlassung in der Nähe des Studien- oder des Geburtsortes erfolgt. Hierbei sind in allen Universitäten Bayerns signifikante Unterschiede sichtbar. Es wird deutlich, dass sich Ärztinnen bevorzugt in der Nähe des Studienortes niederlassen, wohingegen Ärzte ihren Niederlassungsort wesentlich häufiger in der Nähe des Geburtsortes wählen.

3.3. Dauer zwischen Staatsexamen und Niederlassung

In einer weiteren Analyse wurde die Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Niederlassung untersucht. Als Datensatz dienten hierbei die Niederlassungsdaten aller niedergelassenen Ärzte in Bayern seit 1970, die ab 2008 noch ambulant tätig waren und sich in einer eigenen Praxis niedergelassen haben. In Abbildung 4 wird deutlich, dass diese Zeitspanne seit Ende der 80er Jahren bis heute kontinuierlich größer geworden ist.

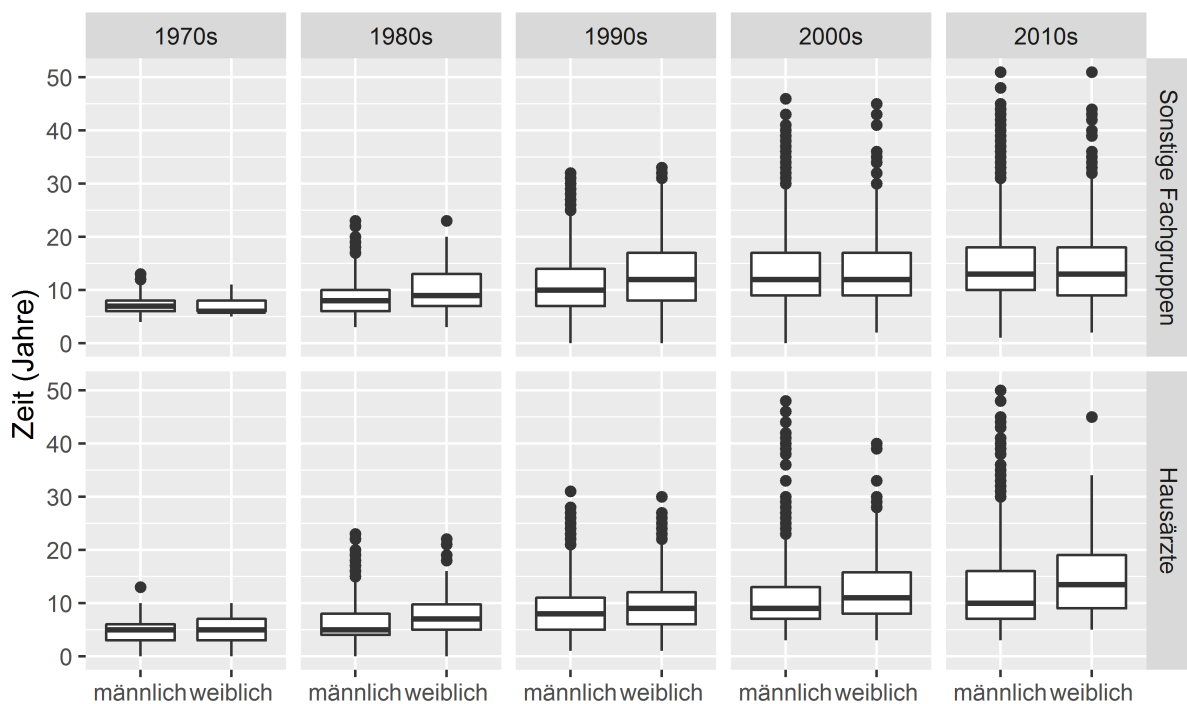


Abbildung 4 – Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung

Hausärzte, die im Jahr 1970 ihr Staatsexamen absolviert haben, hatten sich bereits nach durchschnittlich 5 Jahren niedergelassen. Im Gegensatz dazu haben die Hausärzte, die sich heute niederlassen oft bereits vor 10 bis 15 Jahren das Medizinstudium beendet. Zudem ist auffällig, dass sich Frauen über alle Jahre hinweg durchschnittlich zwei Jahre später niederlassen als ihre männlichen Kollegen. Die Jahre bis zur Niederlassung der Medizinstudierenden des Jahrgangs 2010 sind hier noch niedrig, da die Ärzte, die sich bisher noch nicht niedergelassen haben noch nicht

berücksichtigt werden konnten, da sich diese zwangsläufig erst in späterer Zeit niederlassen werden.

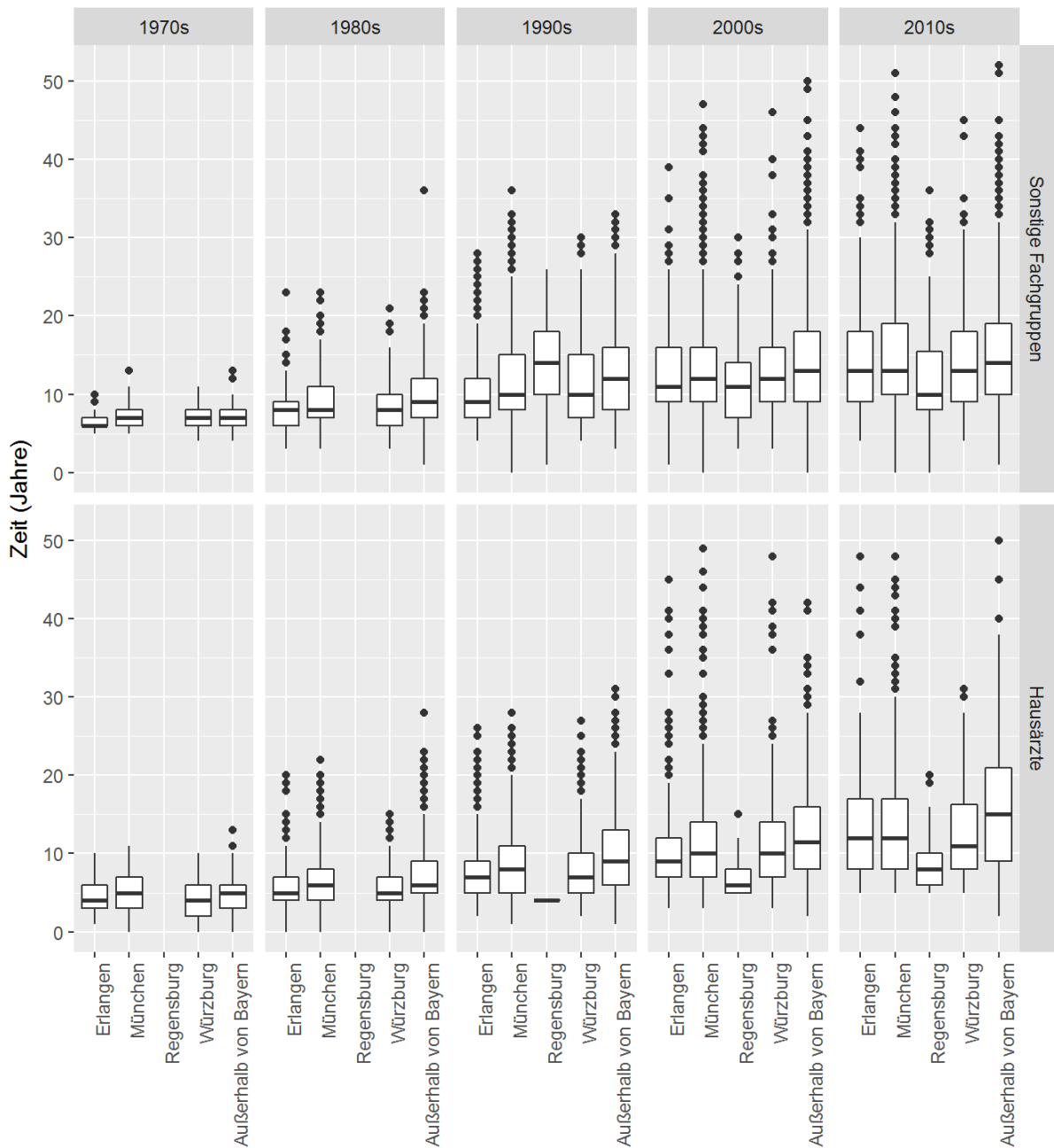


Abbildung 5 – Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung in Abhängigkeit der Studienstandorte

Hinzu kommt, dass im Verlauf der Jahre eine größere Streuung der Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Niederlassung beobachtet werden kann. In Abbildung 5

ist die Dauer zwischen Staatsexamen und Niederlassung in Abhängigkeit vom Studienort graphisch wiedergegeben. Im Hinblick auf die Universitätsstandorte in Bayern wird deutlich, dass die Anzahl der Jahre bis zur Niederlassung zunimmt. Die Fakultät für Medizin wurde in Regensburg im Jahr 1985 gegründet. In den folgenden 25 Jahren nach der Gründung kann eine leichte Tendenz der Regensburger Medizinabsolventen hin zu einer früheren Niederlassung beobachtet werden. Der Zeitraum, in dem sich Medizinabsolventen nach dem Studium niederlassen, wird - abgesehen von den Absolventen der Universität in Regensburg – im Vergleich zu den anderen Fakultäten immer größer. Die Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung in Abhängigkeit des Geschlechts sind im Anhang tabellarisch dargestellt.

In Abbildungen 6 und 7 ist die Zunahme der Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Niederlassung für die hausärztliche Versorgung dargestellt. Abbildung 6 thematisiert die Fachärzte für Allgemeinmedizin und Praktischen Ärzte. Abbildung 7 die Fachärzte für Innere Medizin, die sich hausärztlich niederlassen. Anhand der Graphiken lässt sich erkennen, dass die Anzahl der Jahre, die zwischen Staatsexamen und Niederlassung vergehen, fast kontinuierlich steigt. Auffällig ist vor allem, dass die Zeitspanne bis zur Niederlassung im Jahr der sogenannten Seehofer-Reform, also 1994, schneller ansteigt als in den vorherigen oder nachfolgenden Jahren. Die Ärzte, die sich 1994 niedergelassen haben, wurden im Vergleich zu den Hausärzten der Jahre zuvor bis zu vier Jahre später in ihrer eigenen Praxis tätig. In den darauffolgenden Jahren relativiert sich dieser plötzliche Anstieg und die Jahresanzahl steigt wieder nahezu regelmäßig an. Durchschnittlich lassen sich Medizinabsolventen nach Abschluss des Studiums jährlich um circa 0,2 Jahre später nieder.

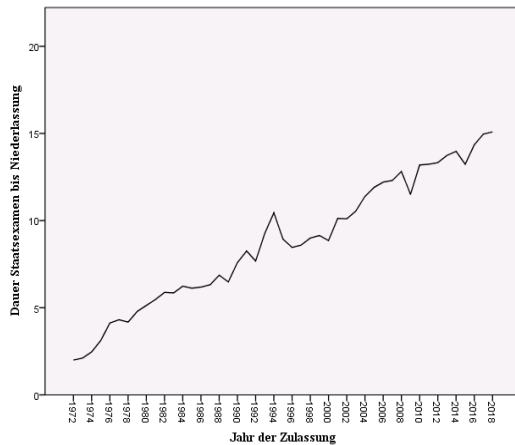


Abbildung 6 – Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Zulassung der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte in Abhängigkeit des Zulassungsjahres



Abbildung 7 – Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Zulassung der hausärztlichen Internisten in Abhängigkeit des Zulassungsjahres

Diese Entwicklung kann zum Vergleich auch bei den anderen Facharztgruppen beobachtet werden. In Abbildung 8a werden die Ärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung betrachtet, sowie die Radiologen, die zu der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zählen. Zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung zählen: Frauenärzte, Augenärzte, Orthopäden, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Urologen und Kinderärzte (Krombholz, 2020). Auch hier kann eine ähnliche Zunahme der Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Niederlassung beobachtet werden.

Diese Zeitspanne steigt bei den Gynäkologen und Pädiatern in den letzten Jahren nahezu gleichmäßig an. Im Vergleich dazu scheinen die Jahre bis zur Niederlassung bei den Augenärzten vor allem in den letzten zehn Jahren stark zugenommen zu haben. Heute wird in diesem Fachbereich eine Zeitspanne von bis zu 15 Jahren bis zur Niederlassung erreicht. Betrachtet man die Berufslaufbahnen der Orthopäden und Dermatologen, kommt es vor allem ab den 90er Jahren zu einer späteren Niederlassung. Seitdem lassen sich die Medizinabsolventen fast zehn Jahre später nieder als die Ärzte der 80er Jahre. Obwohl sich die Radiologen bereits vor 40 Jahren sehr spät niedergelassen haben ist auch hier eine Zunahme der Zeitspanne nach dem Staatsexamen bis zur Niederlassung erkennbar.

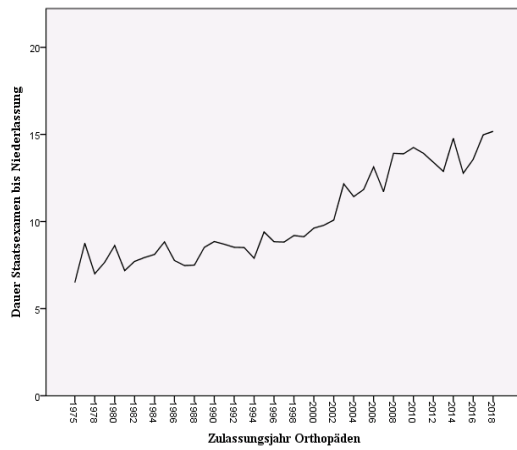
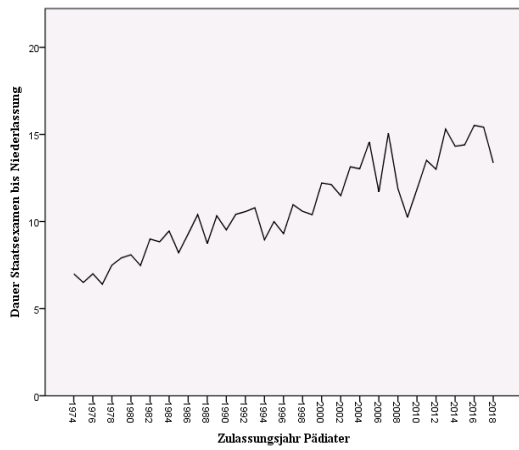
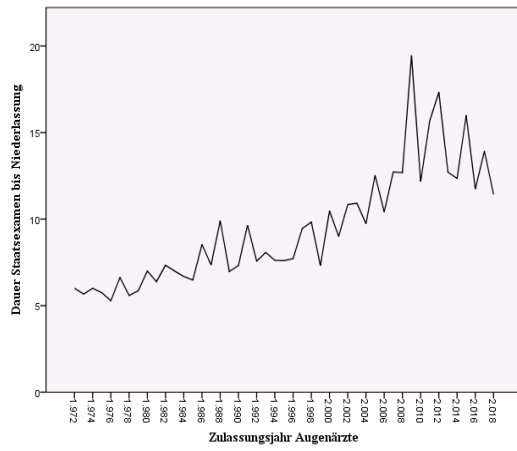
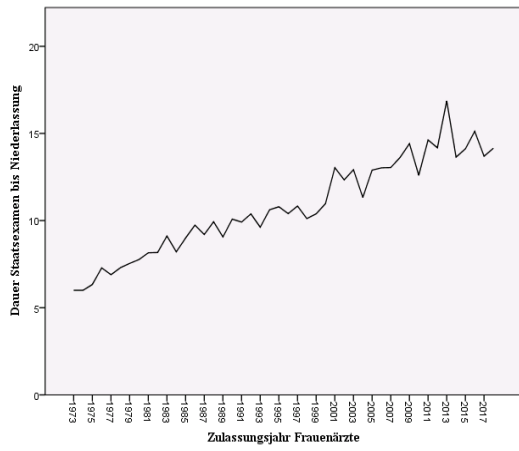


Abbildung 8a – Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung der Frauenärzte, Augenärzte, Pädiater und Orthopäden in Abhängigkeit des Zulassungsjahres

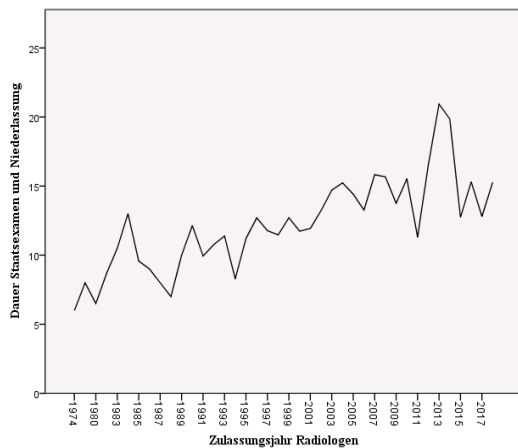
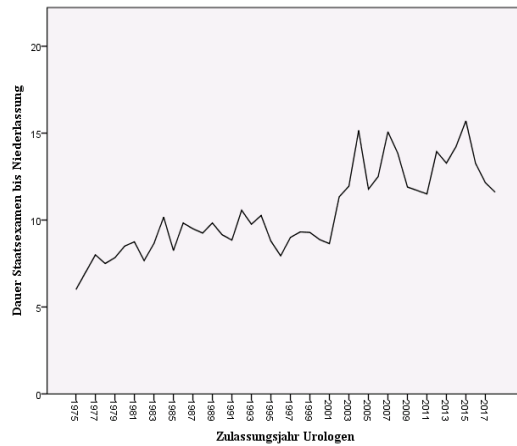
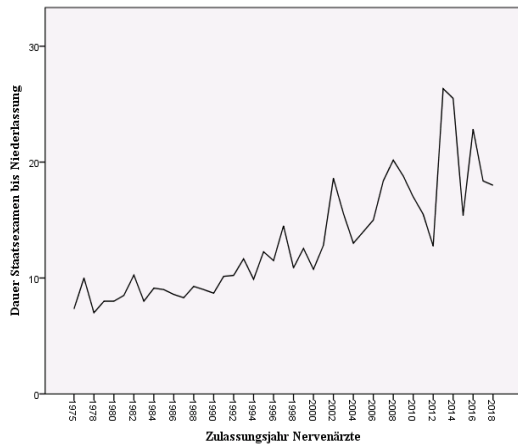
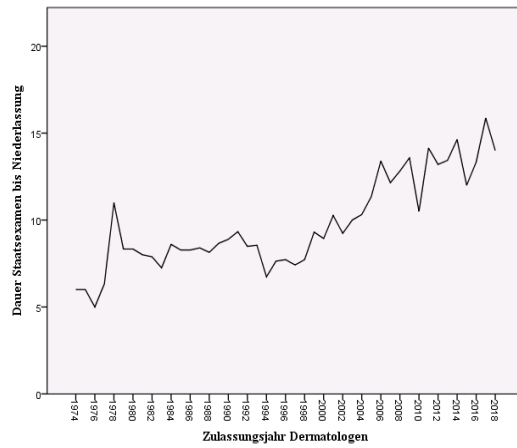
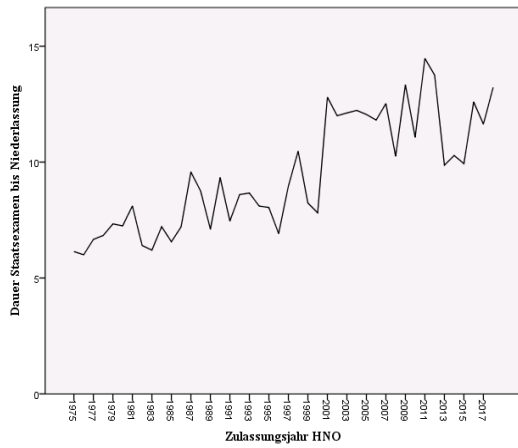


Abbildung 8b – Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung der Hals-Nasen-Ohrenärzte, Dermatologen, Nervenärzte, Urologen und Radiologen in Abhängigkeit des Zulassungsjahres

3.4. Entwicklung von Einzelpraxen und anderen Kooperationsformen

Bezüglich der Entwicklung der einzelnen Praxistypen in der hausärztlichen Versorgung wird deutlich, dass sich in den vergangenen 30 Jahren die Arbeit der Allgemeinmediziner in vielen Aspekten verändert hat. Dazu gehören nicht nur die bereits beschriebenen Unterschiede in der Weiterbildung, sondern auch, ob man sich als Allgemeinmediziner in einer Einzelpraxis, einer Gemeinschaftspraxis oder in einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis niederlässt.

Tabelle 5 zeigt die unterschiedlichen Praxistypen der Hausärzte, abhängig von dem Jahr, in dem sie sich niedergelassen haben. Die Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ab dem Jahr 2008 in einem umfangreichen Datensatz festgehalten. Deshalb muss beachtet werden, dass die Verteilung der Praxistypen die Konstellation darstellt, wie sie ab Erhebung der Daten im Jahr 2008 war. Für die früheren Jahre von 1970 bis 2008 kann nur festgestellt werden, in welchem Jahr sich ein Hausarzt niedergelassen hat, ob er sich jedoch in einer Einzelpraxis niederließ und diese später zu einer Gemeinschaftspraxis umwandelte oder umgekehrt kann nicht mehr nachvollzogen werden. Ab dem Jahr 2008 können jedoch genaue Aussagen darüber getroffen werden, in welcher Praxisform sich der registrierte Vertragsarzt niedergelassen hat. Aus der Tabelle wird folgender Zusammenhang erkennbar: je länger das Niederlassungsjahr zurück liegt, desto eher hat der jeweilige Hausarzt im Jahr 2008 noch in einer Einzelpraxis gearbeitet. Auffällig ist, dass sich vor allem die Ärzte, die sich ab den 90er Jahren niedergelassen haben, entweder direkt oder in den folgenden Jahren zu einer Gemeinschaftspraxis zusammengeschlossen haben. Für den Zeitraum, in dem genau festgehalten werden konnte, mit welchem Praxistyp sich ein Hausarzt niederlässt ist ebenfalls eine starke Zunahme der Gemeinschaftspraxen/Berufsausübungsgemeinschaften (BGAs) erkennbar. Problematisch ist die Wertung der medizinischen Versorgungszentren. Vereinzelt sind einige Neugründungen in den letzten Jahren erkennbar, allerdings zeichnen sich die medizinischen Versorgungszentren dadurch aus, dass nicht jeder beteiligte Arzt einen Vertragssitz besitzt (der das Niederlassungsjahr widerspiegelt). Angestellte Ärzte und Ärztinnen können dabei nicht erfasst werden und so entsteht eine Art „Grauzone“ der medizinischen Versorgungszentren. Vermutlich

gibt es wesentlich mehr Versorgungszentren, als sie in dieser Datenauswertung erfasst werden konnten.

Zusammenfassen wird also eine Tendenz hin zum gemeinschaftlichen Arbeiten in zusammengeschlossenen Praxen deutlich.

Tabelle 5a – Häufigkeit der verschiedenen Praxisformen in Abhängigkeit der Staatsexamensjahre der Hausärzte Zulassungsjahre (1970 - 2003)

Zulassungs- jahr	Einzel- praxis	Gemeinschafts- praxis	MVZ	Teil- BAG	Überörtliche BAG (mit MVZ)	Überörtliche Gemeinschafts- praxis	Überörtliche Teil-BAG
1970	1	1	-	-	-	-	-
1971	4	2	-	-	-	-	-
1972	11	3	-	-	-	-	-
1973	14	7	-	-	-	-	-
1974	18	12	-	-	-	-	-
1975	40	19	-	-	-	-	-
1976	47	24	-	-	-	-	-
1977	73	25	-	-	-	1	-
1978	109	51	-	-	-	2	-
1979	97	46	-	-	-	2	-
1980	138	55	1	-	-	-	-
1981	137	61	-	-	-	-	-
1982	161	59	2	1	-	-	-
1983	214	95	-	-	-	3	-
1984	264	98	1	3	-	4	-
1985	204	83	1	1	-	-	-
1986	197	74	2	-	-	1	-
1987	155	93	-	-	-	1	-
1988	168	94	-	-	-	2	1
1989	156	95	1	-	-	1	1
1990	177	99	1	-	-	1	-
1991	177	116	1	-	-	2	-
1992	211	131	3	-	-	1	-
1993	472	391	5	1	-	-	-
1994	123	114	2	-	-	-	-
1995	121	87	2	-	1	2	-
1996	129	69	-	-	-	1	-
1997	146	73	1	-	-	3	-
1998	129	76	-	-	-	1	-
1999	149	118	4	-	-	3	-
2000	97	71	-	-	-	3	-
2001	134	113	1	2	1	-	-
2002	124	149	-	-	1	1	-
2003	126	107	3	-	-	1	-

Tabelle 5b – Häufigkeit der verschiedenen Praxisformen in Abhängigkeit der Staatsexamensjahre der Hausärzte Zulassungsjahre (2004 - 2017)

2004	131	124	3	1	-	3	-
2005	141	175	1	-	1	6	-
2006	153	173	2	-	1	1	-
2007	133	169	1	-	1	4	-
2008	131	124	-	-	2	11	-
2009	84	125	1	-	-	15	-
2010	74	113	-	-	-	11	-
2011	85	105	1	1	5	8	-
2012	98	97	-	-	4	11	-
2013	107	81	1	-	-	6	-
2014	111	88	1	-	-	9	-
2015	89	82	-	-	-	12	-
2016	104	139	-	-	-	5	-
2017	124	109	2	-	-	8	1

MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum, BAG = Berufsausübungsgemeinschaft, "-" = keine Angabe

In der folgenden Abbildung wird diese Tendenz nochmal deutlich. Dargestellt ist die Anzahl der Ärzte, die in einer Einzelpraxis oder einer Gemeinschaftspraxis bzw. einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind, bezogen auf deren Jahr der Zulassung. Auffällig ist, dass zwischen den Jahren 2000 und 2010 die Anzahl der Ärzte, die sich in einer gemeinschaftlichen Einrichtung niedergelassen haben, höher ist als die Anzahl der niedergelassenen Ärzte in einer Einzelpraxis. Zudem kann ein starker Anstieg der Niederlassungen, sowohl in Einzel-, als auch in Gemeinschaftspraxen um das Jahr 1993 beobachtet werden, was vermutlich auf die Seehofer Reform im Jahr 1993 zurückzuführen ist.

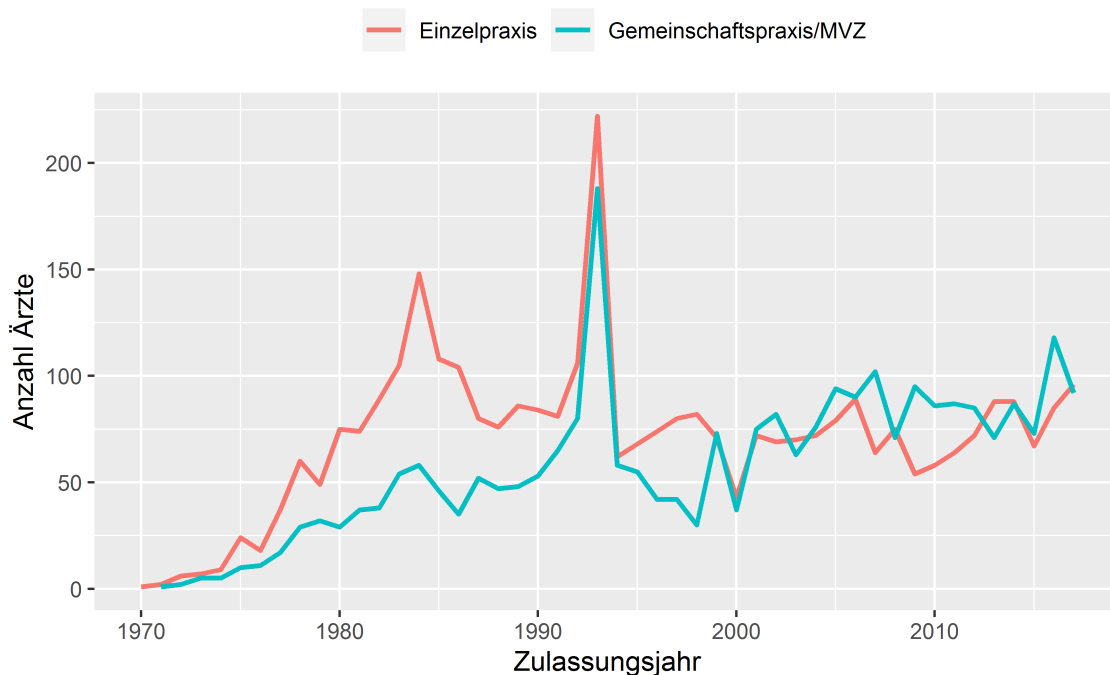


Abbildung 9 - Anzahl der Ärzte in Einzelpraxis und Gemeinschaftspraxis bezogen auf das Zulassungsjahr

3.5. Erwerb von Zusatzbezeichnungen im Verlauf der Jahrzehnte

In den letzten 30 Jahren konnten bestimmte Zusatzbezeichnungen identifiziert werden, die unter den Allgemeinmedizinern besonders häufig vorkamen. Dazu gehört Akupunktur, Chirotherapie, Homöopathie, Naturheilverfahren, Notfallmedizin, Psychotherapie und Sportmedizin. Betrachtet werden alle Ärzte, die sich ab 1970 niedergelassen haben und im Jahr 2008 noch tätig waren. Eine Übersicht über die unterschiedlich starke geschlechterspezifische Vertretung der Zusatzbezeichnungen gibt Tabelle 6. Auffällig ist, dass mit Ausnahme der Homöopathie alle Zusatzbezeichnungen von mehr Hausärzten als Hausärztinnen erlangt werden. Dabei wird dieser Unterschied der überwiegend männlich vertretenen Zusatzbezeichnungen besonders im Bereich Chirotherapie, Notfallmedizin und Sportmedizin deutlich. Der weibliche Anteil der Hausärzte, die seit 1970 die Zusatzbezeichnung Homöopathie erworben haben, ist jedoch nur um 1,6% größer als der männliche, wodurch es bei dieser Zusatzbezeichnung keinen deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern gibt.

Tabelle 6 – Geschlechterspezifische Verteilung der häufigsten Zusatzbezeichnungen der Hausärzte

		männlich n(%)	weiblich n(%)	Gesamt n(%)
Akupunktur	Anzahl n(%)	322 (53,8)	276 (46,2)	598
Chirotherapie	Anzahl n(%)	434 (84,9)	77 (15,1)	511
Homöopathie	Anzahl n(%)	150 (49,2)	155 (50,8)	305
Naturheilverfahren	Anzahl n(%)	618 (62,6)	370 (37,4)	988
Notfallmedizin	Anzahl n(%)	380 (83,7)	74 (16,3)	454
Psychotherapie	Anzahl n(%)	122 (50,2)	121 (49,8)	243
Sportmedizin	Anzahl n(%)	502 (88,1)	68 (11,9)	570
Gesamt	Anzahl n(%)	2528 (68,9)	1141 (31,1)	3669

In Tabelle 7 wurde die Häufigkeit der einzelnen Zusatzbezeichnungen im Verlauf der Jahre im Detail analysiert. Ausgehend von dem Jahr ihrer Niederlassung wird angezeigt, welche der häufigsten Zusatzbezeichnungen die jeweiligen Hausärzte und Hausärztinnen im Laufe ihrer ärztlichen Tätigkeit absolviert haben. Somit können zeitliche „Trends“ der Zusatzbezeichnungen abhängig vom Niederlassungsjahr und vom Geschlecht aufgezeigt werden. Von den Hausärzten, die sich in den 70er Jahren niedergelassen haben, haben nur wenige Ärzte eine Zusatzbezeichnung absolviert. Ab den 80er Jahren hatten immer mehr Ärzte eine Zusatzbezeichnung, wobei auffällig ist, dass zunächst überwiegend Männer eine Zusatzbezeichnung absolviert haben. Zunächst sind die Bezeichnungen Naturheilverfahren und Sportmedizin häufig vertreten. Die Ärzte, die sich in dem letzten Jahrzehnt niedergelassen haben, absolvieren vor allem die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin.

Tabelle 7a – Häufigkeiten der Zusatzbezeichnungen der Hausärzte im zeitlichen Verlauf (1970- 1990)

Jahr der Zulassung	Anzahl insgesamt	Akupunktur	Chirotherapie	Homöopathie	Naturheilverfahren	Notfallverfahren	Psychotherapie	Sportmedizin
1970	m: 2	-	1 (50%)	-	-	-	-	1 (50%)
	w: 0	-	-	-	-	-	-	-
1971	m: 5	-	-	-	-	-	-	-
	w: 1	-	-	-	-	-	-	-
1972	m:12	1 (8,3%)	-	-	1 (8,3%)	-	1 (8,3%)	1 (8,3%)
	w: 2	-	-	-	-	-	-	-
1973	m: 19	1 (5,3%)	-	-	-	-	-	1 (5,3%)
	w: 2	-	-	1 (50%)	1 (50%)	-	-	-
1974	m: 24	-	-	-	-	-	-	-
	w: 8	-	-	-	-	-	-	-
1975	m: 55	-	2 (3,6%)	-	2 (3,6%)	1 (1,8%)	-	3 (5,5%)
	w: 6	-	-	-	-	-	-	-
1976	m: 68	-	1 (1,5%)	2 (2,9%)	1 (1,5%)	-	-	2 (2,9%)
	w: 7	-	-	-	-	-	1 (14,3%)	-
1977	m: 100	2 (2%)	6 (6%)	1 (1%)	5 (5%)	-	-	6 (6%)
	w: 8	-	-	-	-	-	-	1 (12,5%)
1978	m: 133	1 (0,8%)	5 (3,8%)	2 (1,5%)	4 (3%)	-	5 (3,8%)	10 (7,5%)
	w: 33	1 (3%)	-	2 (6%)	2 (6%)	-	-	3 (9%)
1979	m: 134	2 (1,5%)	4 (3%)	1 (0,7%)	5 (3,7%)	2 (1,5%)	-	3 (2,2%)
	w: 23	-	-	2 (8,7%)	-	-	3 (13%)	-
1980	m: 184	8 (4,3%)	8 (4,3%)	6 (3,3%)	5 (2,7%)	1 (0,5%)	3 (1,6%)	11 (6%)
	w: 21	1 (4,8%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)	-	2 (9,5%)	-
1981	m: 174	3 (1,7%)	6 (3,4%)	3 (1,7%)	5 (3%)	1 (0,6%)	3 (1,7%)	14 (8,1%)
	w: 41	2 (5%)	-	-	3 (7,3%)	-	1 (2,4%)	-
1982	m: 200	3 (1,5%)	3 (1,5%)	7 (3,5%)	12 (6%)	1 (0,5%)	3 (1,5%)	15 (7,5%)
	w: 30	1 (3,3%)	1 (3,3%)	-	2 (6,7%)	-	-	-
1983	m: 262	5 (1,9%)	4 (1,5%)	8 (3,1%)	10 (3,8%)	1 (0,4%)	5 (1,9%)	13 (5%)
	w: 56	3 (5,4%)	1 (2%)	5 (9%)	4 (7,1%)	-	3 (5,4%)	-
1984	m: 317	9 (2,8%)	17 (5,4%)	8 (2,5%)	23 (7,3%)	-	7 (2,2%)	17 (5,4%)
	w: 75	2 (2,7%)	-	2 (2,7%)	5 (6,7%)	-	2 (2,7%)	-
1985	m: 259	10 (4%)	11 (4,2%)	5 (1,9%)	18 (6,9%)	-	9 (3,5%)	26 (10%)
	w: 48	1 (2,1%)	-	4 (8,3%)	7 (14,6%)	-	4 (8,3%)	1 (2,1%)
1986	m: 238	6 (2,5%)	10 (4,2%)	6 (2,5%)	15 (6,3%)	1 (0,4%)	7 (2,9%)	11 (4,6%)
	w: 67	2 (3%)	1 (1,5%)	3 (4,5%)	8 (12%)	-	2 (3%)	-
1987	m: 218	5 (2,3%)	14 (6,4%)	5 (2,3%)	18 (8,3%)	3 (1,4%)	3 (1,4%)	16 (7,3%)
	w: 49	7 (14,3%)	-	1 (2%)	3 (6,1%)	-	-	-
1988	m: 216	9 (4,2%)	12 (5,6%)	4 (1,9%)	17 (7,9%)	3 (1,4%)	3 (1,4%)	11 (5,1%)
	w: 68	3 (4,4%)	1 (1,5%)	3 (4,4%)	2 (3%)	-	2 (3%)	1 (1,5%)
1989	m: 179	14 (7,8%)	15 (8,4%)	9 (5%)	23 (13%)	5 (2,8%)	6 (3,4%)	24 (13,4%)
	w: 89	3 (3,4%)	2 (2,2%)	7 (7,9%)	5 (5,6%)	-	4 (4,5%)	1 (1,1%)
1990	m: 229	11 (4,8%)	17 (7,4%)	5 (2,2%)	29 (12,7%)	1 (0,4%)	-	20 (8,7%)
	w: 80	5 (6,3%)	-	7 (8,8%)	6 (7,5%)	-	6 (7,5%)	-

Tabelle 7b – Häufigkeiten der Zusatzbezeichnungen der Hausärzte im zeitlichen Verlauf (1991- 2017)

	Anzahl insgesamt	Aku-punktur	Chiro-therapie	Homöo-pathie	Naturheil-verfahren	Notfall-verfahren	Psycho-therapie	Sportmedizin
1991	m: 194	11 (5,7%)	13 (6,7%)	4 (2,1%)	19 (9,8%)	2 (1%)	1 (0,5%)	19 (9,8%)
	w: 125	16 (12,8%)	4 (3,2%)	8 (6,4%)	12 (9,6%)	-	8 (6,4%)	1 (0,8%)
1992	m: 241	12 (5%)	21 (8,7%)	10 (4,1%)	34 (14,1%)	4 (1,7%)	7 (2,9%)	28 (11,6%)
	w: 136	6 (4,4%)	3 (2,2%)	8 (5,9%)	18 (13,2%)	2 (1,5%)	8 (5,9%)	5 (3,7%)
1993	m: 521	28 (5,4%)	49 (9,4%)	13 (2,5%)	64 (12,3%)	10 (2%)	15 (2,9%)	48 (9,2%)
	w: 426	34 (8%)	9 (2,1%)	21 (5%)	52 (12,2%)	1 (0,2%)	17 (4%)	7 (1,6%)
1994	m: 163	7 (4,3%)	11 (6,7%)	4 (2,5%)	18 (11%)	7 (4,3%)	4 (2,5%)	9 (5,5%)
	w: 95	4 (4,2%)	1 (1,1%)	3 (3,2%)	8 (8,4%)	-	3 (3,2%)	2 (2,1%)
1995	m: 143	13 (9,1%)	15 (10,5%)	3 (2,1%)	15 (10,5%)	6 (4,2%)	3 (2,1%)	11 (7,7%)
	w: 91	6 (6,6%)	2 (2,2%)	4 (4,4%)	9 (10%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)
1996	m: 150	6 (4%)	5 (3,3%)	2 (1,3%)	11 (7,3%)	5 (3,3%)	3 (2%)	11 (7,3%)
	w: 70	7 (10%)	1 (1,4%)	5 (7,1%)	6 (8,6%)	-	-	1 (1,4%)
1997	m: 156	9 (5,8%)	15 (9,6%)	5 (3,2%)	17 (10,9%)	3 (1,9%)	3 (1,9%)	11 (7%)
	w: 91	12 (13,2%)	4 (4,4%)	3 (3,3%)	16 (17,6%)	1 (1,1%)	3 (3,3%)	1 (1,1%)
1998	m: 156	13 (8,3%)	11 (7,1%)	2 (1,3%)	23 (14,8%)	7 (4,5%)	3 (1,9%)	11 (7,1%)
	w: 74	6 (8,1%)	-	3 (4,1%)	15 (20,3%)	-	1 (1,4%)	-
1999	m: 172	9 (5,2%)	11 (6,4%)	4 (2,3%)	18 (10,5%)	4 (2,3%)	5 (2,9%)	14 (8,1%)
	w: 134	9 (6,7%)	5 (3,7%)	9 (6,7%)	25 (18,7%)	1 (0,7%)	6 (4,5%)	4 (3%)
2000	m: 123	8 (6,5%)	8 (6,5%)	1 (0,8%)	11 (9%)	-	1 (0,8%)	4 (3,3%)
	w: 67	6 (9%)	2 (3%)	3 (4,5%)	7 (10,4%)	2 (3%)	-	3 (4,5%)
2001	m: 172	15 (8,7%)	17 (10%)	3 (1,7%)	18 (10,5%)	9 (5,2%)	1 (0,6%)	15 (8,7%)
	w: 109	11 (10,1%)	1 (0,9%)	6 (5,5%)	15 (13,8%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	3 (2,8%)
2002	m: 183	13 (7,1%)	16 (8,7%)	-	25 (13,7%)	4 (2,2%)	1 (0,5%)	9 (4,9%)
	w: 119	7 (5,9%)	-	3 (2,5%)	10 (8,4%)	1 (0,8%)	3 (2,5%)	1 (0,8%)
2003	m: 154	11 (7,1%)	14 (9,1%)	2 (1,3%)	15 (9,7%)	10 (6,5%)	1 (0,6%)	10 (6,5%)
	w: 105	10 (9,5%)	1 (1%)	3 (2,9%)	10 (9,5%)	-	1 (1%)	2 (1,9%)
2004	m: 170	7 (4,1%)	12 (7,1%)	2 (1,2%)	19 (11,2%)	9 (5,3%)	1 (0,6%)	13 (7,6%)
	w: 117	15 (12,8%)	5 (4,3%)	3 (2,6%)	17 (14,5%)	-	2 (1,7%)	2 (1,7%)
2005	m: 202	12 (5,9%)	15 (7,4%)	4 (2%)	15 (7,4%)	12 (5,9%)	2 (1%)	9 (4,5%)
	w: 148	14 (9,5%)	7 (4,7%)	2 (1,4%)	7 (4,7%)	2 (1,4%)	3 (2%)	6 (4,1%)
2006	m: 188	10 (5,3%)	17 (9,4%)	1 (0,5%)	11 (5,9%)	21 (11,2%)	1 (0,5%)	13 (7%)
	w: 171	10 (5,8%)	5 (2,9%)	5 (2,9%)	10 (5,8%)	2 (1,2%)	3 (1,8%)	4 (2,3%)
2007	m: 194	10 (5,2%)	4 (2,1%)	1 (0,5%)	12 (6,2%)	20 (10,3%)	1 (0,5%)	5 (2,6%)
	w: 150	17 (11,3%)	5 (3,3%)	7 (4,7%)	16 (10,7%)	2 (1,3%)	2 (1,3%)	3 (2%)
2008	m: 172	10 (5,8%)	6 (3,5%)	3 (1,7%)	15 (8,7%)	18 (10,5%)	-	6 (3,5%)
	w: 119	9 (7,6%)	2 (1,7%)	2 (1,7%)	7 (5,9%)	5 (4,2%)	1 (0,8%)	2 (1,7%)
2009	m: 150	3 (2%)	9 (6%)	2 (1,3%)	9 (6%)	15 (10%)	1 (0,6%)	11 (7,3%)
	w: 92	3 (3,3%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)	5 (5,4%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	2 (2,2%)
2010	m: 125	4 (3,2%)	7 (5,6%)	2 (1,6%)	9 (7,2%)	16 (12,8%)	-	9 (7,2%)
	w: 91	6 (6,6%)	1 (1,1%)	3 (3,3%)	6 (6,6%)	3 (3,3%)	3 (3,3%)	1 (1,1%)
2011	m: 113	5 (4,4%)	3 (2,7%)	3 (2,7%)	5 (4,4%)	22 (19,5%)	2 (1,8%)	6 (5,3%)
	w: 108	8 (7,4%)	3 (2,8%)	1 (0,9%)	13 (12%)	6 (5,6%)	2 (1,9%)	1 (0,9%)
2012	m: 127	3 (2,4%)	3 (2,4%)	2 (1,6%)	7 (5,5%)	16 (12,6%)	-	7 (5,5%)
	w: 97	7 (7,2%)	4 (4,1%)	2 (2,1%)	8 (8,2%)	2 (2,1%)	-	3 (3,1%)
2013	m: 116	1 (0,9%)	3 (2,6%)	-	10 (8,6%)	19 (16,4%)	-	4 (3,4%)
	w: 93	3 (3,2%)	2 (2,2%)	3 (3,2%)	5 (5,4%)	5 (5,4%)	-	1 (1,1%)
2014	m: 109	3 (2,8%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)	5 (4,6%)	25 (22,9%)	-	1 (0,9%)
	w: 117	9 (7,7%)	-	5 (4,3%)	8 (6,8%)	6 (5,1%)	2 (1,7%)	-
2015	m: 109	2 (1,8%)	3 (2,8%)	-	3 (2,8%)	28 (25,7%)	-	2 (1,8%)
	w: 91	2 (2,2%)	-	-	3 (3,3%)	3 (3,3%)	3 (3,3%)	-
2016	m: 114	4 (3,5%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)	5 (4,4%)	19 (16,7%)	-	2 (1,8%)
	w: 152	2 (1,3%)	-	2 (1,3%)	6 (3,9%)	12 (7,9%)	-	4 (2,6%)
2017	m: 133	1 (0,8%)	-	-	8 (6,1%)	24 (18%)	-	1 (0,8%)
	w: 130	3 (2,3%)	2 (1,5%)	1 (0,8%)	3 (2,3%)	9 (6,9%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)

Die Häufigkeiten der Zusatzbezeichnungen im zeitlichen Verlauf werden in Abbildung 10 graphisch dargestellt. Ab dem Jahr 1980 wird der prozentuale Anteil der Hausärzte mit der jeweiligen Zusatzbezeichnung dargestellt. Auch hier ist die kontinuierliche Abnahme der Ärzte mit Zusatzbezeichnung erkennbar. Dieser Verlauf wird bezüglich der Naturheilverfahren, Akupunktur, Sportmedizin, Psychotherapie und Homöopathie deutlich.

Betrachtet man die „Beliebtheit“ der Homöopathie in der zeitlichen Entwicklung, kann man erkennen, dass die meisten Hausärzte aus dem Niederlassungsjahren 1980 bis 1990 diese Zusatzbezeichnung erworben haben. Zudem kam es in den gleichen Jahren zu den meisten Registrierungen der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren.

Lediglich die Anzahl an Ärzten mit der Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin nimmt in den letzten Jahren stetig zu.

Anhand dieser Graphen wird also deutlich, dass der Anteil an Hausärzten mit Zusatzbezeichnungen immer geringer wird.

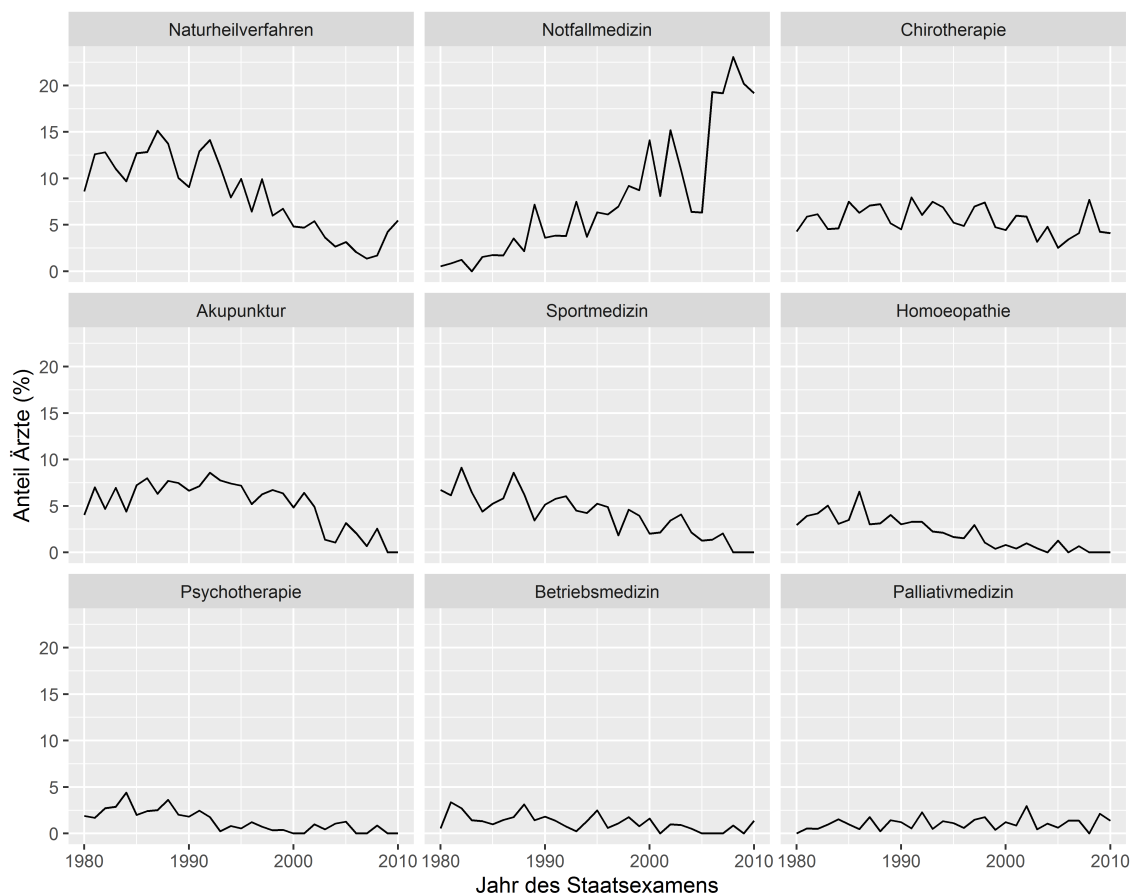


Abbildung 10 – Anteil der Hausärzte mit Zusatzbezeichnung bezogen auf das Staatsexamensjahr

Um die Anzahl der Zusatzbezeichnungen der unterschiedlichen Fachärzte miteinander zu vergleichen, wird der prozentuale Anteil der Fachärzte mit mindestens einer Zusatzbezeichnung in Abbildung 11 dargestellt. Verglichen mit den anderen Fachgruppen erwerben Hautärzte, HNO-Ärzte und Orthopäden häufiger eine Zusatzbezeichnung als die Allgemeinmediziner. Besonders unter den hausärztlichen Internisten und den Orthopäden scheint der Anteil der Ärzte mit Zusatzbezeichnung anzusteigen, wobei unter den Hautärzten eine gegenläufige Entwicklung zu sehen ist. In aller Regel scheinen die Zusatzbezeichnungen mit ein paar wenigen Ausnahmen also an Bedeutung zu verlieren.

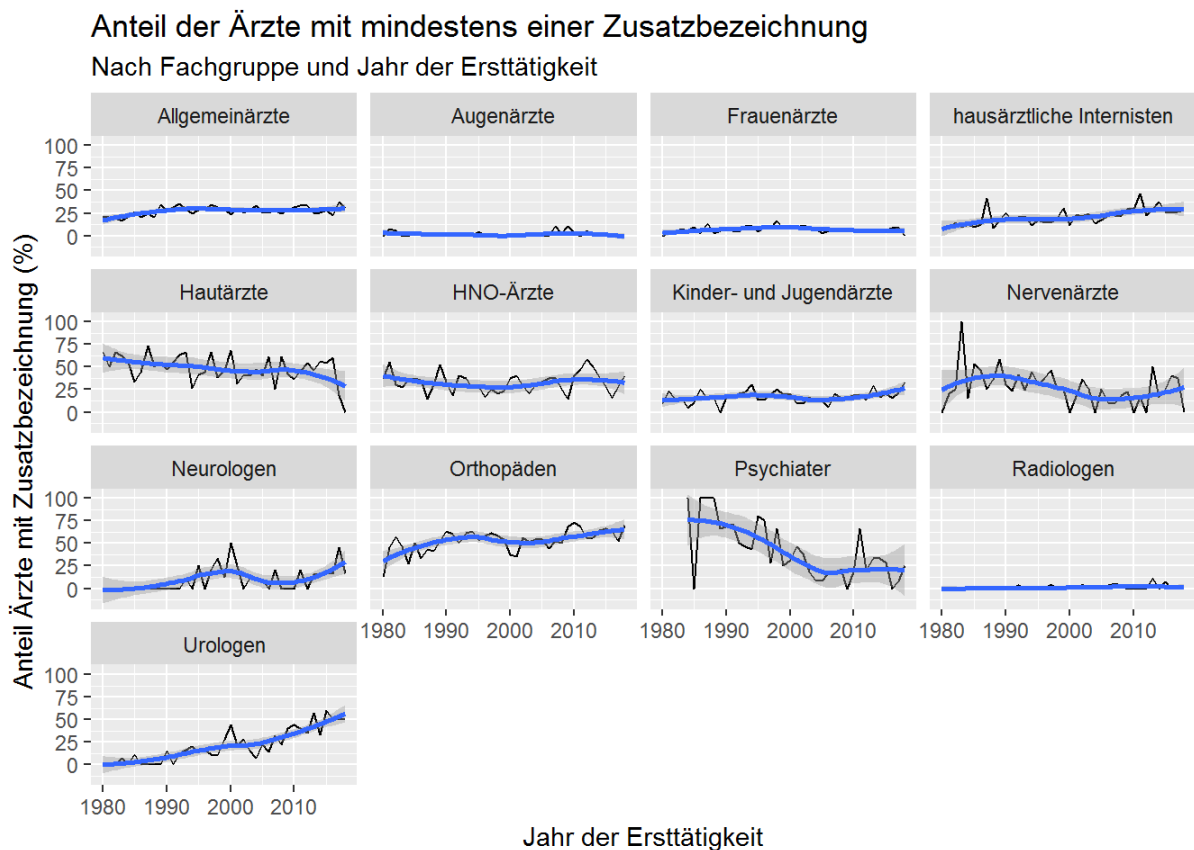


Abbildung 11 – Prozentualer Anteil der Fachärzte mit mindestens einer Zusatzbezeichnung bezogen auf das Jahr der Ersttätigkeit

4. Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wurde der Datensatz der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns analysiert, der die Niederlassungskennzahlen von über 80.000 niedergelassenen Ärzten erfasst. Es zeigte sich, dass Hausärztinnen sich gehäuft in der Nähe des Studienortes niederlassen und Hausärzte sich in der Nähe des Geburtsortes niederlassen. Darüber hinaus konnte eine zunehmende Zeitdauer zwischen Staatsexamen und Niederlassung festgestellt. Dies könnte mit dem zunehmenden Erwerb von Zusatzbezeichnungen und mit zunehmenden Qualifikationsanforderungen bezüglich der Facharztweiterbildung zusammenhängen. Bevor diese Ergebnisse diskutiert werden, sollen die Limitationen der Analyse angesprochen werden.

4.1. Limitationen der Studie

Der Datensatz zu den mit eigenem KV-Sitz niedergelassenen Ärzten reicht bis in das Jahr 1970 zurück. Allerdings sind erst ab dem 01.07.2008 auch Informationen zu Ärzten in Anstellungsverhältnissen verfügbar. Das bedeutet, dass ab diesem Zeitpunkt das Jahr der Ersttätigkeit von Ärzten in der ambulanten Versorgung dokumentiert ist. Da also angestellte Ärzte vor Juli 2008 nicht erfassbar waren, könnte dies zu einer Unterschätzung der hausärztlichen Versorgung in diesem Zeitraum führen.

Bezogen auf die Ärzte, die nach 2013 das Medizinstudium absolviert haben, können noch keine zuverlässigen Aussagen zu deren Niederlassungsvorlieben getroffen werden, da die Weiterbildung im Fachbereich Allgemeinmedizin mindestens fünf Jahre beträgt. Trotzdem können Tendenzen bezüglich des Zeitraums zwischen Staatsexamen und Niederlassung, Niederlassungsorte und Praxisformen, sowie der Erwerb von Zusatzbezeichnungen vorausgesagt werden, indem die Entwicklungen bis 2013 berücksichtigt werden.

Direkte Befragungen der Ärzte bezüglich ihrer Niederlassungssituation wurden im Rahmen der Analysen nicht durchgeführt, was eine weitere Limitation der Arbeit darstellt, da die potenziellen Beweggründe der Ärzte in Bezug auf die

Gestaltung ihrer Weiterbildung und ärztlichen Tätigkeit ausschließlich anhand eines anonymisierten Datensatzes interpretiert werden. Rückschlüsse auf Unterschiede bezüglich der Niederlassungsformen und Zusatzweiterbildungen der verschiedenen Ärztegenerationen beruhen auf den Niederlassungsdaten und behalten dadurch auch bei Berücksichtigung des politischen und medizinischen Hintergrunds der letzten 50 Jahre einen hypothetischen Charakter.

Da der Datensatz von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Verfügung gestellt wurde, beschränken sich die Analysen ausschließlich auf Ärzte, die in Bayern in der ambulanten Versorgung tätig sind, beziehungsweise waren. Sobald sich die ehemaligen bayerischen Medizinstudenten nach ihrem Abschluss in einem anderen Bundesland niederlassen, sind keine Daten bezüglich ihrer weiteren ärztlichen Tätigkeit vorhanden.

4.2. Darstellung der Problematik des Hausärztemangels

4.2.1. Bedeutung der Primärversorgung

Diese Diskussion muss vor dem Hintergrund geführt werden, dass die hausärztliche Versorgung in Bayern die Funktion der Grundversorgung erfüllt und damit die erste Anlaufstelle der bayerischen Bevölkerung zum Gesundheitswesen darstellt. Laut Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen können folgende ärztliche Fachgruppen als Hausärzte tätig sein: Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin und praktische Ärzte. Seit der Weiterbildungsordnung 1992 sind die praktischen Ärzte jedoch nicht mehr zur Neuzulassung berechtigt (Bundesärztekammer, 1992). Problematisch an der hausärztlichen Versorgung in Bayern ist einerseits, dass es immer weniger Nachwuchs im Gebiet der Allgemeinmedizin gibt, und andererseits, dass 35,2% der Hausärzte über 60 Jahre alt sind (Krombholz, 2020). Da also circa ein Drittel der Hausärzte innerhalb des nächsten Jahrzehnts in Rente geht, und somit aus der hausärztlichen Versorgung aussteigt, wird in den kommenden Jahren die Problematik des Hausärztemangels immer deutlicher, wenn die wegfallenden Ärzte nicht adäquat ersetzt werden können (van den Bussche, 2019).

Die Weltorganisation der Allgemeinärzte (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) hat die Funktionen und Aufgabenbereiche der hausärztlichen Tätigkeit definiert (Evans, 2002). Demnach soll die Arbeit des Hausarztes im Sinne seiner Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung gesellschaftlich ausgerichtet sein, gleichzeitig ist sie durch eine stark personenbezogene Betreuung charakterisiert. Der Hausarzt soll seinen Patienten ganzheitlich und umfassend erfassen, mit all seinen physischen, psychischen und sozialen Problemen und dabei spezifische Problemlösungsfähigkeiten besitzen. Zu einer weiteren Kernaufgabe gehört die Primärversorgung, was in diesem Zusammenhang bedeutet, dass der Hausarzt für seine Patienten durch seine offene Zugänglichkeit den Erstkontakt zur medizinischen Versorgung darstellen soll. Schätzungen zufolge kann der Hausarzt den überwiegenden Teil dieser nicht-selektierten Probleme lösen, die restlichen Patienten, deren Probleme nicht in der Hausarztpraxis gelöst werden können, sollen an die jeweiligen Fachärzte überwiesen werden (Weigeldt & Tesic, 2015). Die Primärversorgung soll also als Koordinationsstelle für spezialisierte Fachbereiche der Medizin dienen. Um dieser Funktion gerecht zu werden, müssten wesentlich mehr Medizinabsolventen eine allgemeinmedizinische Weiterbildung präferieren als es aktuell der Fall ist. Die meisten Gesundheitsfälle in der Bevölkerung können und sollen von den „Generalisten“ und nicht von den „Spezialisten“ behandelt werden (Linden, 2001).

4.2.2. Auswirkung des Hausärztemangels auf das Gesundheitssystem

In einem von der Bundesärztekammer geförderten Projekt zur Analyse niederlassungsrelevanter Anreize wurden 14.939 Ärzte unter 40 Jahren postalisch angeschrieben. Die Rücklaufquote betrug 36%, somit wurden die Fragebögen von 5053 jungen Ärzten ausgewertet (Stengler et al., 2012). Ein Fragebogen beinhaltete 13 Fragen zum soziodemografischen Hintergrund der Studienteilnehmer, zur angestrebten fachärztlichen Gebietsbezeichnung und zur Niederlassungsabsicht. Zudem bezieht sich der Fragebogen auf Faktoren, die für eine Niederlassung relevant sind. Diese niederlassungsrelevanten Faktoren wurden in einer früheren Analyse im Jahr 2010 identifiziert: berufliche

Kooperationsmöglichkeiten, finanzielle Bedingungen, Rahmenbedingungen für die Familie, Lebensqualität im Umfeld, Arbeitsbedingungen und berufliche Verpflichtungen (Roick et al., 2012). Die Niederlassungsabsicht ist in den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Augenheilkunde und Dermatologie am größten. Prädiktoren, die für eine Niederlassungsentscheidung ausschlaggebend sind, können geschlechterspezifisch unterteilt werden. Für Frauen sind berufliche Kooperationsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen für die Familie und berufliche Verpflichtungen ausschlaggebend, für Männer sind die finanziellen Bedingungen und die Lebensqualität im Umfeld wichtiger. Es konnte zudem gezeigt werden, dass von den 5053 befragten Ärzten lediglich 813 (16,1%) das Weiterbildungsziel der Allgemeinmedizin verfolgen möchten (Stengler et al., 2012). Auch in unserer Analyse ist dementsprechend eine Tendenz hin zu mehr Spezialisten als Generalisten erkennbar. Im Jahr 2008 ließen sich 615 spezialisierte Fachärzte nieder. Wie in Abschnitt 3.1. beschrieben, gab es nach unseren Berechnungen in diesem Jahr circa 2,3-mal so viele Niederlassungen der Spezialisten als Generalisten. Bereits 2017 stieg die Anzahl weiter auf über 800 Niederlassungen an. Die Anzahl der Niederlassungen der Hausärzte ist in den folgenden Jahren nahezu konstant geblieben, die Anzahl der Niederlassungen der Spezialisten ist dagegen im Zeitraum von 2008 bis 2018 insgesamt angestiegen. Letztlich konnte in unserer Analyse gezeigt werden, dass für die Bevölkerung bei bleibender, beziehungsweise abnehmender Anzahl an Hausärzten ein größeres Angebot an fachspezifischen Ärzten vorhanden ist. In Deutschland gibt es die freie Arztwahl, das bedeutet, dass es möglich ist, dass Patienten nicht über den Hausarzt, sondern direkt den Kontakt zu einem spezialisierten Facharzt suchen (Abholz, 2015). Die Entwicklung, dass es also immer mehr Spezialisten als Generalisten gibt, und die Patienten immer weniger von ihrem Hausarzt überwiesen werden, könnte die „Gatekeeper-Funktion“ der Hausärzte stark gefährden. Unnötige Doppelbehandlungen gefährden nicht nur das Gesundheitssystem, sondern wirken sich auch auf die Gesundheit der Patienten aus, da doppelt verordnete Medikamente oder Behandlungspläne unterschiedlicher Fachärzte, die sich überschneiden oder sogar kontraindiziert sind, oft nicht erkannt werden. Diese Problematik konnte auch in Starfields Studie zur Bedeutung der medizinischen Grundversorgung gezeigt werden. Kernaussage dieser Arbeit war, dass ein starker Fokus auf die Primärversorgung

in einem Land mit niedrigeren Behandlungskosten, einer höheren Zufriedenheit der Gesellschaft und einem allgemein besseren Gesundheitszustand einhergehen (Starfield, 1994). Die im Verhältnis zu den Hausärzten starke Zunahme der spezialisierten Fachärzte könnte also negative Auswirkungen auf ein auf Generalisten fokussiertes Gesundheitssystem haben.

4.3. Bedeutung sozialer Faktoren für die hausärztliche Niederlassung

4.3.1. Herausforderungen für den ländlichen Raum

Um die Niederlassung in einer eigenen Hausarztpraxis für die Medizinabsolventen attraktiver gestalten zu können, sollen die wichtigsten Faktoren, die für die Niederlassung bedeutend sind, aufgezeigt werden.

Zu den sozialen Faktoren, die den Standort der späteren ärztlichen Tätigkeit beeinflussen, gehören unter anderem der Geburts- und der Studienort. Wie in Abbildung 1 gezeigt lassen sich jährlich circa 250 Hausärzte in Bayern nieder. Von diesen Hausärzten, die in Bayern das Medizinstudium abgeschlossen, und sich auch in Bayern niedergelassen haben, haben besonders viele Ärzte in München studiert. Das könnte zum einen daran liegen, dass die Hauptstadt für Studierende, die aus anderen Bundesländern für das Medizinstudium nach Bayern ziehen besonders attraktiv ist, aber auch daran, dass in München an zwei Universitäten Medizin studiert werden kann, und somit mehr Studienplätze vergeben werden können als in Erlangen, Regensburg oder Würzburg. Zu den bayerischen Medizinabsolventen lassen sich jährlich noch circa 100 Ärzte, die in anderen Bundesländern studiert haben, in einer Hausarztpraxis in Bayern nieder. Die Anzahl dieser Ärzte scheint in den letzten zwei Jahren zwar leicht zuzunehmen, ist im Vergleich zu der Zunahme der Niederlassungen der Fachspezialisten jedoch gering und kann dem Hausärztemangel in Bayern nicht ausreichend entgegenwirken. Die Analysen der Niederlassungssituation haben ergeben, dass nur 7,9 % aller Absolventen von 1996 bis 2013 im hausärztlichen Bereich in Bayern tätig sind und davon nur 5,9 % auf einem eigenen KV-Sitz arbeiten. Es hat sich gezeigt, dass sich Ärztinnen eher in der Region des

Studienortes niederlassen, während Ärzte tendenziell eher in die Region des Geburtsortes zurückkehren. Möglicherweise binden sich Frauen während des Studiums stärker durch ihr soziales Umfeld an ihren Universitätsstandort als ihre männlichen Kollegen, da Themen wie Familiengründung bereits bei Abschluss des Studiums, sowie während der ersten Zeit der Weiterbildung, relevant sind. Oft wird der klinische Teil der Weiterbildung im Fachbereich Allgemeinmedizin nah am Studienort begonnen. Küpper et al. zeigen in einer Befragung ausgewählter niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, dass eine Niederlassung in der Nähe des Krankenhauses, in dem sie ihre Weiterbildung begonnen haben, für viele Assistenzärzte angesichts der Familienplanung besonders vorteilhaft erscheint (Küpper et al., 2018). Um ein möglichst breites Hausärztekollektiv zu generieren, wurden in dieser Umfrage Ärzte ausgewählt, die sich hinsichtlich ihres Alters, der familiären Situation, des Praxistyps und des Arbeitsverhältnisses unterscheiden. Eine zusätzliche Verbesserung der Aussagekraft konnte dadurch erzielt werden, dass beschriebene Aussagen von mindestens zwei befragten Ärzten geäußert werden mussten. Als Gründe für eine Niederlassung in der Nähe des Studienortes werden neben der Familienplanung auch die sozialen Kosten, die mit einem Umzug in eine weiter entfernt liegende Region verbunden sind, genannt. Zu diesen sozialen Kosten gehören freundschaftliche Beziehungen, Arbeitsplätze der Partner und Freizeitaktivitäten, die möglicherweise nicht mehr aufrechterhalten werden können. Es könnte hilfreich sein, Studierende für das Praktische Jahr im ländlichen Raum zu motivieren, sodass die Chancen erhöht werden, dass sich berufliche und familiäre Entwicklungen parallel ergeben. Um diesen Anreiz der Ausbildung in ländlicher Region zu unterstützen, gibt es bereits Initiativen, die weiter ausgebaut und unterstützt werden sollten. Beispielsweise sollen mit dem Ausbildungskonzept „Beste Landpartie Allgemeinmedizin (BeLA)“ Studierende für die hausärztliche Medizin im ländlichen Raum in Bayern begeistert werden (Herzog, 2019). Medizinstudierende, die sich an die teilnehmenden Regionen Dillingen an der Donau, Eichstätt/Kösching und Mühldorf binden, werden dabei finanziell und didaktisch bereits in frühen Studienjahren gefördert. Auch international konnte in zahlreichen Studien belegt werden, dass sich ein früher Kontakt der Medizinstudierende mit der Arbeit in ländlichen Region im Rahmen von Praktika und Hospitationen positiv auf die hausärztliche Versorgungsproblematik auswirken kann (Farmer et al., 2015; Liu

et al., 2018). Da unsere Analysen gezeigt haben, dass der Geburtsort ebenfalls einen hohen Einfluss auf die Wahl des Niederlassungsortes hat, ist es wichtig, Medizinstudenten, die in städtischen Regionen aufgewachsen sind, eine neue Perspektive durch die bereits beschriebenen Möglichkeiten wie zum Beispiel Praktika oder Förderungsprogramme, die vor allem eine Weiterbildung im ländlichen Raum erleichtern, zu geben (Myhre et al., 2015). Es könnte zudem hilfreich sein, Studierende aus dem ländlichen Raum zu identifizieren und besonders für eine hausärztliche Tätigkeit zu motivieren und zu unterstützen. So sollten vielfältige Möglichkeiten für junge Ärzte und Ärztinnen angeboten werden, bereits früh mit der medizinischen Arbeit in ländlichen Regionen in Kontakt zu kommen (Bien et al., 2019). In der bereits erwähnten Umfrage von Gibis et al., an der 12.518 Medizinstudenten teilnahmen, konnte gezeigt werden, dass die Studierenden nicht nur das hohe Maß an Verantwortung fürchten, sondern auch die hohe Arbeitsbelastung durch eine zunehmende Bürokratie (Gibis et al., 2012). Die bürokratischen Hürden einer hausärztlichen Niederlassung wirken abschreckend, da sie in ihrer Komplexität mit den zahlreichen Ausnahmeregeln für den einzelnen Arzt häufig nicht nachvollziehbar sind.

Auffällig hoch ist in unserer Analyse die Bindung an den Geburtsort im Regensburger Raum. Medizinabsolventen der Universität Regensburg werden später besonders oft im ambulanten Bereich tätig, der hausärztliche Anteil ist jedoch eher gering. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass in der ländlichen Region weniger alternative Arbeitsangebote, wie z.B. Industrie, Verwaltung oder Versicherung bestehen.

4.3.2. Herausforderungen im Hinblick auf die selbstständige Tätigkeit

Auffällig und besorgniserregend im Hinblick auf den Hausärztemangel erscheint die geringe Quote an Niederlassungen mit eigenem KV-Sitz. Die Analysen haben ergeben, dass immer mehr Frauen im Angestelltenverhältnis ihre ärztliche Tätigkeit ausüben und sich nicht in eigener Praxis niederlassen. Ein wichtiger Anreiz, der für ein Angestelltenverhältnis der jungen Ärztinnen spricht, ist vor allem die leichtere Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben. In der Umfrage einer Forschungsgruppe der Universität Bremen konnten mithilfe der Unterstützung der Landesärztekammern insgesamt 1.686 Ärztinnen und Ärzte

zu ihrer Berufszufriedenheit befragt werden. Die Möglichkeit, eigene Anmerkungen in Kommentarspalten hinzuzufügen, nutzten einige Ärztinnen aus und bezeichnen die Vereinbarkeit der Mutterrolle und einer leitenden ärztlichen Position als „Zerreisprobe“ (Teney et al., 2017). Besonders im Vergleich zu anderen Berufsgruppen erscheint es für Medizinerinnen mühsam, ihrer ärztlichen Tätigkeit nachzukommen und gleichzeitig eine Familie zu gründen. Der Konflikt zwischen Familien- und Berufsleben, der sich daraus ergibt, führt zunächst zu einem höheren Stresslevel junger Ärztinnen und schließlich zu einer höheren Bereitschaft, ihre berufliche Karriere zu vernachlässigen (Fuß et al., 2008). Die Erwartung an den Beruf hat sich in den letzten Jahren gewandelt. Demnach würden viele zukünftige Ärztinnen und Ärzte die Selbstständigkeit als Hausarzt/Hausärztin zugunsten einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf aufzugeben, was in Gibis Umfrage deutlich wird. Gibis et al. stellten einen Fragebogen zusammen, der 34 Fragen zu den Themen Facharztweiterbildung, Ort der späteren Tätigkeit, erwartete Arbeitsbelastung, regionale Präferenzen sowie zu potenziellen Hinderungsgründen für die Aufnahme einer späteren klinischen Tätigkeit beinhaltet. Insgesamt haben 12.518 Medizinstudenten den Fragebogen ausgefüllt. Auffällig oft wurde das Familienleben als besonders wichtig gewertet und die Befragten würden sich im Zweifel für eine Anstellung entscheiden, um ihren Kinderwunsch zu verwirklichen (Gibis et al., 2012). Im Vergleich zur landärztlichen Selbstständigkeit wird das Angestelltenverhältnis bevorzugt, da man als angestellter Arzt weniger Verantwortung tragen muss als in einer Führungsposition.

Neben der Herausforderung bezüglich einer Selbstständigkeit im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie müssen auch Aspekte des Managements in den Blick genommen werden. Um eine Aussage über die Schwierigkeiten der Selbstständigkeit machen zu können, wurden im Rahmen einer Literaturrecherche von Lukaszczik et al. 145 Publikationen in die Auswertung einbezogen. Die Autoren kommen zum Schluss, dass hier noch erheblicher Handlungsbedarf zu bestehen scheint, um eine hausärztliche Niederlassung attraktiver zu gestalten (Lukaszczik et al., 2018). Seminare zu Praxisgründung, Management und Personalführung sollten dringend während der Weiterbildungszeit gegeben werden, um in diesen Bereichen Hemmungen abzubauen.

Zwar ist selten mit erheblichen Einkommensverlusten zu rechnen – beispielsweise konnten in Bayern Regresse infolge der Wirkstoffprüfung weitestgehend ausgesetzt werden – dennoch könnte das Gefühl der Unkontrollierbarkeit Ängste vor der Verantwortungsübernahme schüren. Diese Vermutung konnte in einer Studie von Natanzon et al., in der 16 Interviews mit Hausärzten zu ihrer Berufswahl geführt wurden, bestätigt werden. Die hausärztliche Tätigkeit an sich scheint für viele Medizinstudierende durchaus attraktiv zu sein, allerdings wird der hohe Arbeitsaufwand durch die Bürokratisierung gefürchtet. Vor allem die Angst, dass durch die zunehmende Bürokratisierung zu wenig Zeit für Patientenkontakte bleibt, bewirkt einen großen Attraktivitätsverlust der Allgemeinmedizin unter den Studierenden (Natanzon et al., 2010). Durch das Medizinstudium fühlen sich viele angehende Ärztinnen und Ärzte nicht ausreichend auf eine hausärztliche Niederlassung vorbereitet. Themen wie beispielsweise Praxismanagement werden nicht ausreichend vermittelt, sodass die Studierenden nach ihrem Abschluss einer möglichen Selbstständigkeit unsicher und hilflos gegenüberstehen (Popert, 2016). Obwohl diese Problematik durchaus von der politischen Spitze im deutschen Bundestag wahrgenommen wird, und Forderungen nach Abbau von Bürokratie immer lauter werden, ist bisher noch viel Handlungsspielraum gegeben (Knieps & Reiners, 2015). Ein erfolgreicher Abbau von bürokratischen Hindernissen zur Niederlassung in versorgungsschwachen Gebieten wäre wünschenswert.

4.3.3. Zeitliche Herausforderungen der Weiterbildung

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass sich die Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Niederlassung in den letzten 50 Jahren deutlich vergrößert hat. In den 70er Jahren haben sich die Ärzte bereits nach fünf Jahren Weiterbildung ambulant niedergelassen. Diese Zeitspanne ist heute doppelt- bis dreifach so groß.

Für diese Zunahme der Weiterbildungszeit könnten unterschiedliche Gründe verantwortlich sein.

In einer Umfrage wurde deutlich, dass sich viele junge Ärzte erst für das Fachgebiet Allgemeinmedizin entschieden haben, nachdem sie eine Weiterbildung in einem anderen Fachbereich begonnen haben. Demnach haben

sich 41% der Befragten erst im ersten Jahr der Weiterbildung – wahrscheinlich „frühe Entscheider“ – oder erst im dritten Weiterbildungsjahr – vermutlich nach erster nachhaltiger Erfahrung in der internistischen oder chirurgischen Zeit – für die Allgemeinmedizin entschieden (Huenges et al., 2010). Ein früher und realitätsnaher Einblick in den Arbeitsalltag eines Hausarztes kann den Medizinstudenten bei ihrer Entscheidungsfindung bezüglich der Facharztweiterbildung dabei von Vorteil sein. Doch auch nach der Facharztausbildung ist ein Wechsel des Fachgebiets nicht selten. Fachverbände für Allgemeinmedizin, Weiterbildungs-gremien und der Vorstand der Bundesärztekammer entwickelten die Idee des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin, um anderen Fachärzten den Wechsel in die hausärztliche Versorgung zu erleichtern. In der im Jahr 2018 veröffentlichten Musterweiterbildungsordnung dauert die Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin 60 Monate. Davon müssen 24 Monate in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, 12 Monate im Gebiet Innere Medizin in der stationären Akutversorgung und 6 Monate in mindestens einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden. Dabei können zum Kompetenzerwerb bis zu 18 Monate der Weiterbildung in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden. Außerdem ist eine 80-stündige Kursweiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung notwendig (Bundesärztekammer, 1992). Hat man jedoch schon eine andere Facharztweiterbildung abgeschlossen, und möchte nun in das Gebiet der Allgemeinmedizin einsteigen, können von der vorherigen Facharztweiterbildung 36 Monate Weiterbildungszeit angerechnet werden. Lediglich die 24-monatige Weiterbildung in der allgemeinen ambulanten hausärztlichen Versorgung, sowie eine 80-stündige Kursweiterbildung sind dann verpflichtend (Nedbal, 2016). Ob diese Ausbildungszeit ausreicht, um die Qualität der Facharztweiterbildung der Allgemeinmedizin nicht zu gefährden, oder ob sie immer noch zu lang ist, um den Quereinstieg zu einer tatsächlich attraktiven Alternative für andere Fachärzte zu machen, bleibt umstritten (Scherer, 2011). Über die Motive, die für einen solchen Quereinstieg in die hausärztliche Versorgung sprechen, ist man sich dagegen allgemein einig. Im Rahmen des Weiterbildungsprogramms Verbundweiterbildung-Plus Baden-Württemberg wurden aus 597 Teilnehmern alle Quereinsteiger für das Fach Allgemeinmedizin identifiziert. Die Anzahl der

Quereinsteiger betrug 36, von denen 15 Ärzte bereit waren, an einem Telefoninterview teilzunehmen (Schwill et al., 2016). Laut dieser Interviews fehlt es vielen Fachärzten in ihrem medizinischen Alltag, den „ganzen Menschen“ in seinem sozialen Kontext zu begleiten und interdisziplinär zu behandeln. Außerdem erscheinen die guten Niederlassungsmöglichkeiten und die Flucht vor dem stressigen Klinikalltag besonders attraktiv. Auffällig ist, dass kein Quereinsteiger in der Umfrage den Wechsel ohne die finanzielle Förderung der Kassenärztlichen Vereinigung vollzogen hätte (Schwill et al., 2016). Um mit Hilfe des Quereinstiegs der anderen Fachärzte in die Allgemeinmedizin dem Hausärztemangel langfristig entgegenzuwirken, sollten gemäß den oben genannten Motiven weitere Anreize gesetzt werden, damit sich mehr (angehende) Fachspezialisten für den Wechsel zum Hausarzt entscheiden. Finanzielle Unterstützungen, vor allem in Bezug auf die Niederlassung, können die Entscheidung für einen Quereinstieg dabei stark erleichtern. Auch Seminar- und Mentoring Programme werden positiv von Ärzten in Weiterbildung angenommen (Broermann et al., 2018).

Zielführend hierfür ist in dem Zusammenhang der Ausbau von Kompetenzzentren für die allgemeinärztliche Facharztweiterbildung (Sommer et al., 2016) auch Mentoring durch universitäre Abteilungen für Allgemeinmedizin, Hausärzterverbände oder Kassenärztliche Vereinigungen können hilfreich sein. Gründer des bayerischen Kompetenzzentrum für die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Bayern waren die Lehrstühle für Allgemeinmedizin in München, Erlangen und Würzburg, die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK), die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und die Koordinationsstelle Allgemeinmedizin (KoStA) mit dem Ziel, die Qualität der Weiterbildung zu verbessern. Konkret werden durch die Kompetenzzentren kostenfrei begleitende Seminare und viermal im Jahr ganztägige Veranstaltungen angeboten. Außerdem sollen bereits erfahrene Hausärzte den Ärzten in Weiterbildung im Rahmen eines Mentoring-Programms zur Seite stehen. Zur Qualitätssicherung des Mentorings werden die Hausärzte in Train-the-Trainer-Seminaren geschult, um die Ärzte in Weiterbildung besser ausbilden zu können (Gensichen, 2017). Frauen lassen sich durchschnittlich circa zwei Jahre später nieder, was vermutlich daran liegt, dass die Weiterbildungszeit der Ärztinnen durch Schwangerschaften verlängert wird. Es konnte gezeigt werden, dass sich durch

das hohe Maß an Flexibilität und gute Vereinbarkeit mit der Familienplanung im Vergleich zu den spezialisierten Fachgebieten mehr Frauen für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung und gegen ein chirurgisches Fachgebiet entscheiden (Teney et al., 2017). Dadurch, dass es im Laufe der letzten Jahrzehnte immer mehr Medizinstudentinnen gab, und das Fachgebiet Allgemeinmedizin von vielen Ärztinnen gewählt wurde, kann vermutet werden, dass der hohe Frauenanteil zumindest teilweise zu einer längeren Zeitspanne bis zur Niederlassung geführt hat. Die Entwicklung, dass die Allgemeinmedizin von immer mehr Ärztinnen gewählt wird scheint aktuell weiter fortzuschreiten. In einer früheren Umfrage aus dem Jahr 2011 entschieden sich noch weitaus weniger Ärztinnen für eine hausärztliche Karriere (Jünger et al., 2011). Wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die zukünftigen Ärztegenerationen immer wichtiger. Um eine hausärztliche Niederlassung also auch weiterhin für Medizinerinnen attraktiv zu machen, klärt die KVB ausführlich über Möglichkeiten und Hilfen bezüglich der eigenen Praxis und Kinderwunsch auf. Weitere umfangreiche Unterstützungen für die eigene Niederlassung sollten weiterhin ausgebaut werden, um die Verdichtung im städtischen Raum zu verhindern und eine flächendeckende allgemeinmedizinische Versorgung sicherstellen zu können.

4.4. Gesundheits-politische Einflüsse auf die hausärztliche Weiterbildung und Niederlassung

4.4.1. Bedeutung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin

Eine stärkere Institutionalisierung der Allgemeinmedizin in Form von Lehrstühlen könnte sich zudem positiv auf die Bereitschaft der Medizinstudenten, eine Weiterbildung in diesem Fachbereich zu beginnen, auswirken (Schneider et al., 2013). Da die Institutionsgründungen in Bayern jedoch noch relativ neu sind, ist über den Zusammenhang der Institutionalisierung der Allgemeinmedizin und einer höheren Anzahl an Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten in diesem Fachbereich bislang wenig bekannt. Eine Umfrage an der 940 Medizinstudierende teilnahmen zeigte jedoch, dass die Institutionalisierung der Allgemeinmedizin das Fach für die Studierenden attraktiver machen könnte.

Damit könnte die Allgemeinmedizin als mögliche spätere Berufswahl von größerem Interesse sein (Schneider et al., 2013).

Der zeitliche Abstand zwischen studentischer Ausbildung und Niederlassung ist mit circa 10 Jahren sehr groß. Die Auswirkung der Institutsgründungen in Bayern wird sich also erst in den kommenden Jahren zeigen. Es ist davon auszugehen, dass sich noch weitere Studierende aus dem Zeitraum 1996 - 2013 in den nächsten Jahren hausärztlich betätigen werden, sodass die Niederlassungsquoten unterschätzt worden sein könnten. Dennoch zeigt sich zweifellos, dass die aktuelle Anzahl an Ärzten in Weiterbildung bei weitem nicht ausreicht, um den drohenden bzw. teilweise schon manifesten Hausärztemangel aufzuhalten.

Als Lösungsansatz scheint die Vergabe von mehr Studienplätzen für das Medizinstudium sinnvoll zu sein, da somit auch innerhalb Bayerns mehr Weiterbildungskandidaten für die Allgemeinmedizin zur Verfügung stehen würden. Der für das Medizinstudium neue Universitätsstandort Augsburg könnte sich dementsprechend positiv auf den Ärztemangel auswirken, da mehr potentielle Hausärzte ausgebildet werden können. Die Allgemeinmedizin soll durch eine Professur von Anfang an eine wichtige Rolle in der Gestaltung des Medizinstudiums in Augsburg haben. Zudem möchte man „die Niedergelassenen in der Region in die Ausbildung der Studierenden integrieren“ (Richter-Kuhlmann, 2018).

Allerdings ist umstritten, ob eine höhere Anzahl an Medizinstudenten dem Hausärztemangel tatsächlich entgegenwirken kann, da es grundsätzlich genug Ärzte geben würde, um die hausärztliche Versorgung zu decken. Problematisch ist die doppelte Fehlverteilung von Ärzten, da es vergleichsweise zu viele Ärzte in der Stadt und zu wenige auf dem Land und zudem zu viele Spezialisten verglichen mit den Generalisten gibt (Starfield et al., 2005a). Prof. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, bezweifelt, dass es einen allgemeinen Ärztemangel gibt, sondern macht die Fehlverteilung der Ärzte für den Hausärztemangel verantwortlich (Gerlach, 2019). Ein Lösungsansatz, um dieser Fehlverteilung entgegen zu wirken, wäre die Attraktivitätssteigerung der Fachrichtung Allgemeinmedizin. In einer Umfrage von 940 Studierenden aus drei bayerischen Universitäten konnte gezeigt werden, dass eine Institutionalisierung

der Allgemeinmedizin eine positive Auswirkung auf die Einstellung zu dieser Fachrichtung und zur Motivation für eine spätere hausärztliche Tätigkeit hat (Schneider et al., 2013).

Das erste Institut für Allgemeinmedizin an einer bayerischen Universität wurde 2009 unter Leitung von Prof. Dr. Antonius Schneider gegründet und hatte schon von Beginn an das Ziel, eine qualitativ hochwertige Ausbildung und Weiterbildung im Bereich Allgemeinmedizin sicherzustellen, und so dazu beizutragen, den drohenden Hausärztemangel abzuwenden (<https://www.mri.tum.de/allgemeinmedizin>). Diesem Beispiel sind fast alle bayerischen Universitätsstandorte gefolgt, so wurden auch in Erlangen, an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und in Würzburg die Lehrstühle für Allgemeinmedizin gegründet. Rauscher et al. behaupten jedoch, dass ein Lehrbereich ohne Institutionalisierung unter Umständen die Attraktivität des Faches sogar noch weiter steigern könnte, da sich durch eine „gut strukturierte und eng verzahnte Aus- und Weiterbildung“ bis zu 25% der Regensburger Medizinabsolventen in einer Hausarztpraxis niederlassen (Rauscher, 2016).

In derer Analyse bleibt jedoch fraglich, wie die Daten analysiert und die Absolventen- und Niederlassungszahlen zueinander in Beziehung gesetzt wurden, weshalb diese Analyse durchaus umstritten ist. Die von Rauscher beschriebene auffällig hohe Anzahl an Hausärzten, die in Regensburg studiert haben sollen, kam dadurch zustande, dass einfach alle ambulant tätigen Ärzte mit den Klinikärzten verglichen wurden, anstatt die Allgemeinmediziner mit den anderen Fachärzten ins Verhältnis zu setzen, wodurch der tatsächliche Anteil der Allgemeinmediziner der Universität Regensburg nicht ersichtlich ist. In den Analysen der vorliegenden Arbeit zeigte sich, dass sich der prozentuale Anteil an Hausärzten unter den jeweiligen Absolventen zwischen den medizinischen Fakultäten in Bayern nur geringfügig unterscheidet, in Regensburg jedoch am geringsten ist. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass Studierende der Universität Regensburg zwar besonders oft im ambulanten Bereich tätig werden, verglichen mit den anderen Universitätsstandorten in Bayern jedoch zu diesen Ärzten weniger Hausärzte zählen. Auch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat sowohl offiziell als auch nach mündlicher Absprache die Auswertung, dass bis zu 25% der Absolventen in Regensburg im hausärztlichen Bereich tätig werden als fehlerhaft gewertet.

Ab dem 1. Januar 2020 ist das bayerische Land- und Amtsarztgericht in Kraft getreten, das durch Melanie Huml, bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, initiiert wurde. Durch dieses Gesetz können erstmals ab dem Wintersemester 2020/21 Studienplätze im Rahmen einer Landarztquote vergeben werden (<https://www.landarztquote.bayern.de/>).

4.4.2. Die Entwicklung der Weiterbildungsdauer

In der tabellarischen Darstellung der Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Niederlassung (Abbildung 6 und 7) der Ergebnisse wird deutlich, dass diese nicht nur zugenommen hat, sondern auch leichte Schwankungen erkennbar sind. Grundlage für Veränderungen und Entwicklungen im Rahmen der Facharztweiterbildung sind oft politische Entscheidungen. Schon in der DDR gab es das Fach Allgemeinmedizin als Pflicht-Weiterbildungsfach in der Musterweiterbildungsordnung, allerdings erwies sich die gleichzeitige Existenz von praktischen Ärzten und Fachärzten für Allgemeinmedizin schon früh als problematisch. Auch im Jahr 1968, als die Allgemeinmedizin wie alle anderen Fächer als freiwilliger Weiterbildungsgang in die Weiterbildungsordnung aufgenommen wurde, konnten weiterhin sowohl allgemeinmedizinische Ärzte, als auch praktische Ärzte ohne Beschränkung hausärztlich tätig sein. Diese Doppelsexistenz führte zu einer immer stärker werdenden Unzufriedenheit seitens der Allgemeinmediziner, da ihnen der Facharztstitel keine wesentlichen Vorteile in ihrer hausärztlichen Tätigkeit brachte, wodurch Ende der 70er Jahre gefordert wurde, dass nur noch Ärztinnen und Ärzte, die eine Weiterbildung für Allgemeinmedizin vorweisen konnten, ohne Einschränkungen die hausärztliche Tätigkeit ausüben dürfen. Zunächst wurden diese Forderungen vom 82. Deutschen Ärztetag im Jahr 1979 in Nürnberg nicht akzeptiert. Erst in einer Richtlinie der Europäischen Union im Jahr 1986 wurde die Weiterbildungszeit im Fachgebiet Allgemeinmedizin auf zwei Jahre festgelegt und als Voraussetzung für eine hausärztliche Tätigkeit bestimmt (Hoppe, 1997). Seit der Weiterbildungsordnung im Jahr 1992 wurde die Bezeichnung „praktischer Arzt/ praktische Ärztin“ nicht mehr vergeben. Die Auswirkungen dieser Regelung kann in unseren Analysen in einem Ausschlag der Zunahme der Weiterbildungszeitspanne ab 1992 beobachtet werden. Bereits im Jahr 1990

wurde die Regelung der Weiterbildungszeit auf dem 93. Deutschen Ärztetag in Würzburg auf drei Jahre erweitert. Auch diese erschien nicht ausreichend, um die immer umfangreicheren Inhalte der Weiterbildung vermitteln zu können, weshalb die Zeitspanne im Jahr 1997 auf dem 100. Deutschen Ärztetag auf fünf Jahre verlängert wurde (Donner-Banzhoff, 2008).

4.4.3. Bewertung der Weiterbildungsdauer

Diese von der Politik im Rahmen der Weiterbildungsordnung festgelegte schrittweise Verlängerung der Weiterbildungszeit erklärt die stetige Zunahme der Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Niederlassung. Inzwischen gibt es Forderungen, die Weiterbildungszeit wieder zu verkürzen, da sie, wie in unseren Analysen gezeigt, nicht fünf, sondern in der Realität acht bis elf Jahre dauert. Eine Verkürzung und Flexibilisierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung erscheint dringend notwendig. Dieser Wunsch nach einer verkürzten und flexibleren Weiterbildung wurde in den Ergebnissen der KarMed-Studien des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf deutlich (van den Bussche, 2019). Hierzu wurden 2107 Studierende im praktischen Jahr rekrutiert, wovon sich 1009 Studierende bereit erklärten, während ihrer sechsjährigen Weiterbildung an sieben Messzeitpunkten erneut an einer Befragung teilzunehmen. Die Rücklaufquoten betragen in den darauffolgenden Jahren 85 % oder mehr, lediglich die letzte Befragung erreichte nur eine Rücklaufquote von 77%. Die Ergebnisse wurden mit den Statistiken und Positionspapieren der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), des Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung und der Bundesärztekammer (BÄK) verglichen. Die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform von Struktur und Inhalt der allgemeinmedizinischen Weiterbildung wurde anhand der Befragung deutlich (van den Bussche, 2019). Beispielsweise sei eine Weiterbildung, die real acht bis elf Jahre dauert mit den Bedürfnissen der jüngeren (weiblicheren) Generation inkompatibel (van den Bussche et al., 2019). Im internationalen Vergleich dauert die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Deutschland am längsten. Die Weiterbildungsdauer im Fachgebiet Allgemeinmedizin ist in Frankreich, England und den Niederlanden auf drei Jahre festgelegt (Miani et al., 2015). Man könnte davon ausgehen, dass sich die deutschen Ärztinnen und Ärzte aufgrund dieser

längeren Zeitspanne besonders gut auf die hausärztliche Tätigkeit vorbereitet fühlen. Es wird jedoch kritisiert, dass die Inhalte der Weiterbildung nicht widerspiegeln, was für die spätere eigene Niederlassung elementar ist. In einer Befragung von 15 Ärztinnen und Ärzten wurde deutlich, dass die Weiterbildung inhaltlich reformiert werden sollte (Nittritz et al., 2016). Kernelement der hausärztlichen Tätigkeit sei die Konsultation, in der der Austausch zwischen Arzt und Patient stattfinden soll. Allerdings werden wichtige Konsultationskompetenzen in der Weiterbildung nicht vermittelt, wodurch sich die Weiterbildungsärzte sowohl inhaltlich als auch didaktisch nicht qualifiziert fühlen. Dadurch, dass die Weiterbildung fast ausschließlich ein „training on the job“ ist, sind die Lernerfolge der Weiterbildungsassistenten oft sehr unterschiedlich und von Ausbildungseinrichtung und -ärzten abhängig (Miani et al., 2015). Die Weiterbildungsinhalte sind zwar innerhalb des Weiterbildungskatalogs festgeschrieben, die praktische Umsetzung kann dabei jedoch sehr unterschiedlich sein. In anderen Ländern (England, Frankreich und Niederlande) ist die Weiterbildung an die medizinische Fakultät gebunden. Regelmäßige Weiterbildungsseminare könnten die bereits beschriebenen Ängste und Unsicherheiten der Weiterbildungsassistenten verringern und ein Mindeststandard für den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten in der Allgemeinmedizin gewährleisten (Miani et al., 2015). In einer weiteren Umfrage, an der 99 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin teilnahmen, konnte gezeigt werden, dass die Angst vor einer mangelnden Qualifikation für den Hausarztberuf zu einer verminderten Bereitschaft für eine spätere Niederlassung führt (Karsch-Völk et al., 2016). Nicht einmal jeder zweite Weiterbildungsassistent ist der Meinung, die fachliche Qualifikation für eine Niederlassung zu erfüllen. Um die Weiterbildung einheitlicher und verbindlicher zu gestalten, wird die Etablierung von Weiterbildungsverbänden als sinnvoll angesehen. Auch international wird eine strukturierte Weiterbildung empfohlen (Rosenblatt et al., 2010).

4.4.4. Bewertung der Weiterbildungsprozesse

In einer Online-Umfrage waren 59% der Befragten mit ihrer Weiterbildung zufrieden. Es zeigt sich, dass Maßnahmen zur Qualitätssteigerung wie

regelmäßige Feedbackgespräche und eine effiziente Einarbeitung erwünscht sind (Karsch-Völk et al., 2016). Ideal wäre also eine allgemeinmedizinische Weiterbildungsordnung, die eine enge Betreuung und effizientes Arbeiten beinhaltet. Da Assistenzärzte für die Kliniken sehr lukrativ sind, da sie meistens über die tariflich geregelten Höchstarbeitsstunden hinausarbeiten und laut einer Umfrage des Marburger Bundes zwei Drittel der Überstunden eines Assistenzarztes nicht bezahlt werden, ist es im wirtschaftlichen Interesse der Klinikleitung, möglichst lange Assistenzärzte zu beschäftigen. Oft ist es schwierig, den Facharzkatalog angesichts der hohen Arbeitsbelastung zu füllen, wodurch Assistenzärzte unnötig lange in der Klinik tätig sind (Leschke, 2012). Im internationalen Vergleich erscheint die Weiterbildungszeit in Deutschland länger und unstrukturierter, da es viele Ärzte in Weiterbildung gibt, bei denen die Zeitspanne bis zum Erlangen ihres Facharztstitels doppelt, oder sogar dreifach so groß ist wie vorgesehen. In Spanien wird dies beispielsweise durch eine festgelegte und garantierte Weiterbildungszeit verhindert (Schmidt, 2008). Es sollen die wesentlichen, für die spätere alltägliche Tätigkeit als Hausarzt wichtigen Inhalte vermittelt werden. Oft steht für die Kliniken ihr eigener Profit, und nicht die Weiterbildung der Assistenzärzte im Vordergrund, was zu einem Qualitätsabfall und unnötiger Verlängerung der Weiterbildung führen kann (Spengler & Jámbor, 2006). Doch auch im ambulanten Bereich kommt es vor, dass die Ärzte in Weiterbildung vor allem kostengünstige Arbeitskräfte darstellen und dabei die Gewichtung auf die Lehre verloren geht, wie eine Umfrage von 152 Weiterbildungsassistenten ergab (Herrmann et al., 2016). Dass dabei die Weiterbildung in den Hintergrund rückt, sollte dringend verhindert werden. Deutliche Verbesserungen in der Lehre könnten durch den Ausbau flächendeckender Kompetenzzentren geschaffen werden, in denen begleitende Seminare die Ärztinnen und Ärzte in ihrer Weiterbildung fördern könnten (Sommer et al., 2016). Durch diese einheitlichen Seminare könnten unterschiedliche Kompetenzen, die für die hausärztliche Tätigkeit von Bedeutung sind, für alle Weiterbildungsärzte auf einem gleich hohen Niveau erwartet werden.

4.4.5. Auswirkungen der Reformen der Bedarfsplanung

In unseren Analysen war auffällig, dass die Weiterbildungsdauer bis zur Niederlassung in den Jahren 1992 und 1993 zunächst kurzfristig abnimmt und anschließend ein Ausschlag hin zu einer längeren Weiterbildungszeitspanne erkennbar ist. Ende des Jahres 1992 wurde das Gesundheitsstrukturgesetz des ehemaligen Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer erlassen und trat im darauffolgenden Jahr in Kraft. Dies führte kurzfristig zu einer hohen Niederlassungsquote, da man als Arzt noch einen Sitz besetzen wollte, bevor es zu den angekündigten Einschränkungen kam. Die Problematik, dass in städtischen Ballungszentren eine (haus)ärztliche Überversorgung neben einer Unterversorgung in den ländlichen, dünn besiedelten Gebieten existiert, sollte durch eine Bedarfsplanung korrigiert werden. Um sich nach dieser Reform niederlassen zu können, soll geprüft werden, ob der Niederlassungsort in einem über- oder unterversorgten Gebiet liegt (Reiners, 2013). Die Niederlassungsmöglichkeiten für Hausärzte wurde demnach stark eingeschränkt und politischen Steuerungsmaßnahmen unterworfen. Um also nicht von dem neuen Gesetz eingeschränkt zu werden, kann man vermuten, dass sich Ärzte in Weiterbildung, die grundsätzlich für eine Niederlassung bereit waren, kurz vor Inkrafttreten der „Seehofer-Reform“ in ihrem Wunschgebiet niedergelassen haben. Damit wird die Dauer zwischen Staatsexamen und Niederlassung kurzfristig für dieses Jahr verkürzt, da sich besonders viele Ärzte kurz vor der Reform niedergelassen haben. Nach Inkrafttreten des Gesetzes erschien die Niederlassung wiederum weniger attraktiv, da alle Sitze bereits blockiert waren, was den starken Anstieg der Zeit, die Medizinabsolventen nach ihrem Staatsexamen mit der Weiterbildung verbringen, erklärt. Dass die „Seehofer-Reform“ als Erklärung für die Veränderung der Dauer zwischen Staatsexamen und Niederlassung in den Jahren 1992 bis 1994 angesehen werden kann wird bestätigt, wenn man sich die Niederlassungszahlen in diesen Jahren vor Augen führt. Die Ankündigung von Zulassungssperren hat 1993 zu einer erheblich höheren Anzahl von Zulassungen geführt, die noch unabhängig von der Bedarfssituation genehmigt werden mussten. Bei Bestand von 94.900 Ärzten ließen sich im Jahr 1993 insgesamt 9.600 Ärzte zusätzlich nieder. Allein in diesem kurzen Zeitraum wurde die „normale“ Zuwachsrate der Arztzahlen bis

einschließlich 1995/1996 vorweggenommen. Die Absicht der Reform, die Niederlassungen in überversorgten Gebieten zu stoppen und bedarfsgerecht zu verteilen wurde also bereits vor Inkrafttreten verfehlt und es wurden gegenteilige Entwicklungen bewirkt (Kopetsch, 2005). Dem Hausärztemangel sollte weniger durch Einschränkungen und strenge Richtlinien, sondern vielmehr mit Unterstützung und Anreizen begegnet werden. Entsprechende finanzielle Unterstützungen und ein Abbau an Bürokratie stellen wichtige Maßnahmen der Gesundheitsministerin Melanie Huml gegen den Hausärztemangel dar. Die Niederlassung von Ärzten im ländlichen Bereich wurde im Jahr 2018 mit 11,2 Millionen Euro im Rahmen eines Programms gefördert. Seit Beginn dieses Förderprogramms konnten bereits zahlreiche Hausärzte unterstützt werden (Steher, 2017). Auch weitere Förderungsprogramme wurden in den letzten Jahren entwickelt, diese sollten weiter ausgebaut werden.

Außerdem wurden alle von Kassenärzten verordneten Leistungen ab Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1992 budgetiert, was neben anderen Sparmaßnahmen die hausärztliche Niederlassung weniger attraktiv für die zukünftigen Medizinergenerationen machte (Laschet, 2012). Bei einer KVB-Befragung von 12 000 Medizinstudierenden gaben im Jahr 2010 fast 50 Prozent „drohende Regressanforderungen“ als Faktor an, der gegen eine Niederlassung spricht (Korzilius, 2011). Die Einführung der Regresse bei Überschreitung eines Budgets wurde im Jahr 2000 im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform eingeführt (Bundestag, 2000). Vertragsärzte sind gemäß §12 SGB V zur Wirtschaftlichkeit verpflichtet, das heißt, dass die von den Ärzten verordneten Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Ausreichend bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sie einen gewissen Mindeststandard garantieren und so eine ausreichende Chance auf Heilung gewährleisten müssen. Zweckmäßige Leistungen sind in Bezug auf die gewünschte Heilung wirksame Leistungen. Ein günstiges Verhältnis von Kosten und Nutzen wird durch die wirtschaftlichen Leistungen gefordert (KVB, 2020b) Die Leistungen der Hausärzte werden dementsprechend geprüft und im Falle, dass eine unwirtschaftliche Tätigkeit belegt wird, können dem jeweiligen Arzt Strafzahlungen drohen. In einer Umfrage, an der 34 Hausärzte teilnahmen, gab eine sehr deutliche Mehrheit (84,8%) der Befragten an, sich durch mögliche Regressanforderungen in der ärztlichen Therapiefreiheit eingeschränkt zu fühlen

(Sinowatz, 2015). Diese Angst vor möglichen Regressen, die Umfragen zufolge von Medizinstudierenden als Faktor genannt wird, der gegen eine Niederlassung sprechen würde, scheint angesichts der Anzahl der tatsächlichen Regressverfahren jedoch unbegründet. Eine Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) belegte, dass im Schnitt weniger als ein Prozent der Ärzte von Regressen betroffen ist (Korzilius, 2011). Die Kosten für Patienten, die eine besonders teure Behandlung benötigen, wie beispielsweise Mukoviszidosepatienten oder ein Insulin-pflichtiger Diabetiker, werden automatisch aus der Richtgröße für die jeweilige Praxis herausgerechnet. Ein Arzt, der seine Patienten angemessen versorgt muss also nicht automatisch Angst vor einem Regress haben.

4.5. Die Bedeutung der Zusatzbezeichnungen

4.5.1. Der Bedeutungsverlust der Zusatzbezeichnungen

Zusatzbezeichnungen sind in der Weiterbildungsordnung festgeschriebene, spezielle Qualifikationen unterschiedlicher medizinischer Gebiete. Sie sind nicht verpflichtend und können individuell gewählt werden. Die Bedeutung der Zusatzbezeichnungen hat allerdings in den letzten Jahren abgenommen. Die Tendenz, dass vor allem alternative Zusatzbezeichnungen weniger in Anspruch genommen werden, wurde bereits 2014 in einer bundesweiten Erhebung beobachtet (Linde et al., 2014). Auch in unseren Analysen spiegelt sich der Bedeutungsverlust der alternativen Zusatzbezeichnungen wider. In den Jahren zwischen 1990 und 2000 hatten besonders viele Ärzte die Zusatzbezeichnungen Naturheilverfahren, Akupunktur und Homöopathie (Abb. 10). Eine Begründung für diese Zunahme und spätere Abnahme könnte sein, dass sich die Arzt-Patienten-Beziehung seit den 70er Jahren stark verändert hat. Diese ursprünglich auf Vertrauen basierende Beziehung zwischen Arzt und Patient hat sich immer mehr zu einer Kunden-Dienstleister-Beziehung entwickelt (Geisler, 2003). Dadurch, dass die Patienten aufgeklärter und informierter sind, steigt die Erwartungshaltung seitens der Patienten an das Angebotsspektrum ihres behandelnden Arztes stark an. Gewünscht werden nun individuell angepasste

Therapieformen. Diesen Anforderungen soll der Arzt mit einem breiten Spektrum von klassischer Schulmedizin bis zu alternativen Naturheilverfahren begegnen. Als Konsequenz darauf ergab sich ein Wettbewerbsdruck zwischen Ärzten, die versuchen, mit möglichst vielen Zusatzbezeichnung hervorstechen zu können. Der Druck der Ärzte, möglichst viele Qualifikationsmerkmale zu erwerben, um sich im Wettbewerb behaupten zu können, tritt vornehmlich in medizinischen Ballungszentren auf (Bliesener et al., 2016). In den darauffolgenden Jahren sank jedoch die Nachfrage nach alternativen Zusatzbezeichnungen und ebenso verminderte sich die Anzahl an Ärzten, die diese anboten. Man kann vermuten, dass sich durch den sich immer stärker werdenden Ärztemangel der Wettbewerbsdruck auf die Mediziner vor allem in dünn besiedelten Gebieten entspannt hat.

4.5.2. Aktuell beliebte Zusatzbezeichnungen

Obwohl es einen Bedeutungsverlust der Zusatzbezeichnungen gibt, steigt der Anteil der Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin kontinuierlich an. Anscheinend gehört diese Zusatzbezeichnung zu einer „Standardweiterbildung“, da sie von vielen verschiedenen Fachärzten erworben wird.

Prinzipiell ist die Weiterbildungszeit zum Erwerb einer Zusatzbezeichnung je nach Gebiet sehr unterschiedlich, kann aber meistens neben der Praxistätigkeit arrangiert werden. Das erfordert allerdings ein hohes Maß an zeitlichen und organisatorischen Aufwand, um die Erwerbsbiographie nicht zu unterbrechen (Monecke, 2017). Einfacher und lukrativer erscheint es demnach vielen jungen Ärzten die Zusatzbezeichnung während ihrer klinischen Weiterbildungszeit zu erwerben. So werden zum Beispiel die Kosten für die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin („Notarztschein“) oft zumindest anteilmäßig von der Klinik übernommen. Zudem kann man an manchen Kliniken Sonderurlaub für den 80-stündigen Weiterbildungskurs beantragen. Eine mögliche Ursache für die Verlängerung der Zeitspanne bis zur Niederlassung könnte sein, dass immer mehr Assistenzärzte möglichst viele Zusatzbezeichnungen während ihrer klinischen Weiterbildungszeit erwerben möchten. Unsere Analysen haben gezeigt, dass der Anteil der Ärzte, die mindestens eine Zusatzbezeichnung vorweisen, bei den meisten Fachgruppen konstant bleibt. Angesichts der

Tatsache, dass viele alternative Zusatzbezeichnungen an Popularität verlieren und immer seltener erworben werden, erscheint der konstante Anteil der Ärzte mit mindestens einer Zusatzbezeichnung zunächst paradox. Dies kann jedoch damit erklärt werden, dass einzelne bestimmte Zusatzbezeichnungen von einer breiten Anzahl an Ärzten präferiert werden. Die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin scheint, wie bereits erwähnt, interdisziplinär immer beliebter zu werden. Aus diesem Grund bleibt der Anteil an Ärzten die mindesten eine - nämlich diese Zusatzbezeichnung – haben konstant. Hinzu kommt, dass die Manuelle Medizin unter den Orthopäden im Falle einer Niederlassung sehr erstrebenswert erscheint und fast jeder Facharzt für Orthopädie diese Zusatzbezeichnung vorweisen kann. Aus diesem Grund steigt die Anzahl der Ärzte mit Zusatzbezeichnung bei den Orthopäden an. Betrachtet man beispielsweise die Hautärzte, so erscheint diese Entwicklung genau gegenläufig. Die typische Zusatzbezeichnung der Dermatologen, die Dermatohistologie, ist ebenfalls immer weniger beliebt und auch der Bereich der Notfallmedizin scheint nicht zu den typischen ärztlichen Tätigkeiten des Hautarztes zu gehören, weshalb die Anzahl der Hautärzte mit mindestens einer Zusatzbezeichnung immer kleiner wird. Dadurch, dass vermutlich bestimmte, allgemein beliebte Zusatzbezeichnungen zukünftig das breite Spektrum an alternativen Zusatzbezeichnungen ersetzen werden, wird die Verzögerung auf die Niederlassung durch den Erwerb dieser Zusatzbezeichnungen während der klinischen Weiterbildungszeit auch weiterhin bestehen.

Abgesehen davon war auffällig, dass mehr Ärzte Zusatzbezeichnungen erwerben als ihre weiblichen Kollegen. Das liegt vermutlich daran, dass die berufliche Karriere der Ärztinnen durch Schwangerschaften unterbrochen wird und Frauen dadurch einen größeren Zeitdruck bezüglich der Niederlassung haben. Um die Niederlassung auch für Frauen so attraktiv wie möglich zu gestalten, sollten möglichst viele Hürden abgeschafft oder vereinfacht werden. Bezogen auf die Zusatzbezeichnungen könnten Onlinekurse und – Seminare auch während der Elternzeit positiv aufgenommen werden. So könnte man den Müttern oder Vätern in Elternzeit eine Möglichkeit bieten, sich ihrem Berufsziel der Selbständigkeit in eigener Praxis mit Qualifikationen und Zusatzweiterbildungen weiterhin widmen zu können.

4.6. Veränderung von Praxisformen seit 1970

4.6.1. Definitionen der Praxisformen

In den vorangegangenen Kapiteln wurde die Entwicklung der Facharztweiterbildung und der Erwerb von Zusatzweiterbildungen thematisiert, um Rückschlüsse auf den Ärztemangel aufzuzeigen. Darüber hinaus hat sich auch die Niederlassungssituation der Hausärzte in den letzten 50 Jahren stark verändert.

Prinzipiell ist die Gemeinschaftspraxis abzugrenzen von der Praxisgemeinschaft. Der Begriff der Gemeinschaftspraxis bedeutet, dass sich zwei oder mehrere Ärzte organisatorisch und wirtschaftlich zusammengeschlossen haben, um gemeinsam ihre ärztliche Tätigkeit auszuüben. In der Regel werden gemeinsame Praxisräume genutzt und die Gemeinschaftspraxis wird von der Kassenärztlichen Vereinigung als wirtschaftliche Einheit angesehen. Dagegen bildet eine Praxisgemeinschaft gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung keine wirtschaftliche Einheit. Meistens nutzen verschiedene Vertragsärzte lediglich die gleichen Praxisräume. Seit dem 1. Januar 2007 wurde die Bezeichnung der Gemeinschaftspraxis durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in „Berufsausübungsgemeinschaften (BAG)“ vereinheitlicht. Durch das Gesetz wurden Weichen für Neugründungen der Berufsausübungsgemeinschaften gestellt und neue Möglichkeiten geschaffen. Demnach ist es seit 2007 zum Beispiel auch möglich, neben örtlichen Berufsausübungsgemeinschaften an einem Vertragsarztsitz auch überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit Arbeitskollegen an unterschiedlichen Vertragsarztsitzen zu gründen. Außerdem können auch Teilberufsausübungsgemeinschaften gegründet werden, in denen Vertragsärzte ausgewählte Tätigkeiten gemeinsam anbieten (KVB, 2007).

Eine weitere ärztlich geleitete Einrichtung, die im Jahr 2004 etabliert wurde, ist das medizinische Versorgungszentrum (MVZ) (Wigge, 2004). Im Unterschied zu den anderen Kooperationsformen der Ärzte können sich medizinische Versorgungszentren verschiedener Organisationsformen bedienen. Seit 2011 wurden sie jedoch auf die Rechtsform einer Personengesellschaft (GbR), einer eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung

(GmbH) eingeschränkt. Wichtig bei der Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist, dass es von einem Arzt geleitet wird, der selbst in diesem Versorgungszentrum angestellt ist. Zunächst sollten vor allem Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen in einem medizinischen Versorgungszentrum arbeiten, mit dem Ziel, durch flexiblere Arbeitszeiten, kürzere Wege zu den unterschiedlichen Fachärzten und geringeren Wartezeiten die medizinische Versorgung der Patienten zu vereinfachen. Bis zum Jahr 2015 mussten in einem MVZ mindestens zwei Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen arbeiten, mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden auch fachgruppengleiche MVZ ermöglicht (Bundesgesetzblatt, 2015)

4.6.2. Die zeitliche Entwicklung der Praxisformen

In unseren Analysen konnte gezeigt werden, dass seit Inkrafttreten der Gesundheitsreform im Jahr 2007, in dem Weichen für Neugründungen der Gemeinschaftspraxen gestellt wurden, mehr als doppelt so viele Gemeinschaftspraxen (die ab diesem Zeitpunkt eigentlich zu den Berufsausübungsgemeinschaften zählen) gegründet wurden. Die Daten reichen zwar bis ins Jahr 1970 zurück, allerdings wurde der den Analysen zugrundeliegende Datensatz der Kassenärztlichen Vereinigung erst seit dem Jahr 2008 erstellt. Damit weist der Datensatz hier eine Beschränkung auf. Demnach gelten die Praxistypen der Konstellation, wie sie ab 2008 festgelegt war. Es ist also möglich, dass eine Einzelpraxis vor diesem Stichjahr in eine Gemeinschaftspraxis oder ein medizinisches Versorgungszentrum umgewandelt wurde. Der ursprüngliche Praxistyp vor 2008 ist dann nicht mehr erkennbar. Ab 2008 entsprechen die Praxisnamen dem Praxistyp, für den sie zugelassen wurden. Damit soll erklärt werden, dass bereits 1980 ein medizinisches Versorgungszentrum eingetragen ist, obwohl laut Kassenärztlicher Vereinigung diese Kooperationsform erst im Jahr 2004 eingeführt wurde (KVB, 2018). In medizinischen Versorgungszentren können Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen zusammenarbeiten, sodass die Patientenversorgung „aus einer Hand“ erfolgt. Durch das Einsparen von Überweisungen und Parallelbehandlungen sollen Ressourcen gespart werden (Hase, 2018). Mit Abstand die meisten medizinischen Versorgungszentren wurden in Bayern

gegründet. In einer Übersichtsarbeit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Jahr 2010 konnte gezeigt werden, dass innerhalb der sechs Jahre nach Einführung dieser neuen Versorgungsform in Bayern 313 medizinische Versorgungszentren gegründet wurden (Bundesvereinigung, 2008). Unsere Analysen umfassen die Neugründungen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit einem neuen Vertragssitz registriert wurden. In § 103 Absatz 4a SGB V ist die Möglichkeit ausdrücklich vorgesehen, dass ein Arzt mit Vertragssitz auf seine Zulassung verzichten und sich an einem medizinischen Versorgungszentrum anstellen lassen kann (Sozialgesetzbuch, 2020). Damit wurde eine Umgehung der durch die „Seehofer-Reform“ eingeführten Bedarfsplanung geschaffen, denn die medizinischen Versorgungszentren können auch in den überversorgten und daher eigentlich für eine Niederlassung gesperrten Gebieten gegründet werden (Behnsen, 2004).

4.6.3. Auswirkungen der Entwicklung der Praxisformen

In der Veröffentlichung der Auswertungen der KBV wurde gezeigt, dass Hausärzte und Internisten am häufigsten an medizinischen Versorgungszentren beteiligt sind. Die Gründe, weshalb die Praxisform der medizinischen Versorgungszentren besonders attraktiv für Hausärzte erscheint, liegen nahe, wenn man sich die Wünsche und Ziele der neuen Ärztegenerationen erneut vor Augen führt. Angenehme Arbeitsverhältnisse und gute Vereinbarkeit mit dem Familienleben sollen den beruflichen Alltag der angestellten Ärzte in den Versorgungszentren erleichtern. Studien haben gezeigt, dass administrative Verpflichtungen oft zu Unzufriedenheit der Hausärzte führen (Löffler et al., 2015). Die Entwicklung, dass immer mehr junge Ärzte eine Anstellung in den medizinischen Versorgungszentren anstreben (Dettmer & Kuhlmeier, 2009), kann den Hausärztemangel in den unterversorgten Gebieten verstärken. Es konnte gezeigt werden, dass die medizinischen Versorgungszentren oft in städtischen Gebieten oder sogar in „Kernstädten“ gegründet werden. Diese medizinischen „Ballungszentren“ sind im schlimmsten Fall vor allem für die alternde Bevölkerung der schlecht angebundenen ländlichen Gebiete nur umständlich zu erreichen und eine medizinische Versorgung vor Ort kann nicht zufriedenstellend gewährleistet werden. Hausärztliche Einzelpraxen sind in den vergangenen 50

Jahren immer unbeliebter geworden. Vor allem die jüngeren Generationen finden das Prinzip der gemeinsamen Arbeitsform angenehmer, da man nicht alleine die Verantwortung für eine Gemeinde tragen muss und sich der Arbeitsalltag in Absprache mit den Kollegen flexibler gestalten lässt. Angesichts des immer größer werdenden Frauenanteils in der Medizin ist diese Flexibilität hinsichtlich der Familienplanung von großem Vorteil (Schneider, 2015). Außerdem ist die Freistellung von Organisation und unternehmerischen Tätigkeiten in einem medizinischen Versorgungszentrum für junge Ärzte besonders attraktiv (Walbert, 2015). Um im Alltag Familie und Beruf in Einklang bringen zu können, sind für die jungen Hausärztinnen und tendenziell auch für immer mehr junge Hausärzte neue Arbeitsmodelle wie Teilzeitarbeit oder flexible Anstellungsmöglichkeiten hilfreich und beliebt (Barth et al., 2017). Angesichts der aktuellen Entwicklung kann man davon ausgehen, dass es zukünftig immer mehr Kooperationsformen wie Berufsausübungsgemeinschaften und medizinische Versorgungszentren geben wird. Eine zusätzliche Entlastung der Hausärzte könnte die Umverteilung ärztlicher Aufgaben auf medizinische Fachangestellte sein. Es konnte in einer Studie in Baden-Württemberg gezeigt werden, dass Ärzte durch den Einsatz von Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) zeitlich entlastet werden können. Aufgaben, die dabei delegiert werden könnten, sind beispielsweise Hausbesuche oder Impf-, Wund- und Medikamentenmanagement (Mergenthal et al., 2013). Gerade in ländlichen Regionen kann der Hausarzt stark entlastet werden, indem viele Hausbesuche an eine VERAH delegiert werden, was zusätzlich zu einer besseren Versorgung der Gemeinde führen könnte (Funke et al., 2018). Es konnte gezeigt werden, dass Programme wie VERAH dazu geführt haben, dass das medizinische Fachpersonal durch eine höhere Wertschätzung motiviert werden könnte, mehr Verantwortung durch die Delegation ärztlicher Aufgaben zu übernehmen (Hübsch et al., 2015).

Allerdings wird die Arbeit der VERAH nach aktueller Gesetzeslage dahingehend eingeschränkt, dass die sozialrechtliche Anbindung an eine Hausarztpraxis erforderlich ist. Nach SGB V § 28 ist die jeweilige Hausarztpraxis für ihre VERAH haftbar. Das bedeutet, dass es kaum möglich ist, Leistungen von unterschiedlichen Fachärzten an eine gemeinsame Fachkraft zu delegieren (Funke et al., 2018). Das schränkt die Arbeit der VERAH mit älteren, multimorbiden Patienten, die einer interdisziplinären Versorgung bedürfen stark

ein.

Obwohl gezeigt werden konnte, dass die Arbeitsteilung in einer Gemeinschaftspraxis die hausärztliche Tätigkeit durchaus vereinfachen kann, wird der Praxistyp einer Einzelpraxis nicht „aussterben“. Auch diese Form der Arbeitsgestaltung hat ihre Vorteile: man ist nicht verpflichtet, sich mit den Kollegen abzusprechen und Kompromisse zu schließen und das Einkommen muss nicht aufgeteilt werden. Als gut strukturierter Allgemeinmediziner kann es vorkommen, dass sich die Freizeitplanung vor allem in dichter besiedelten Versorgungsräumen leichter gestalten lässt als in Absprache mit einem unstrukturierten Kollegen in der Gemeinschaftspraxis (Ingendae et al., 2018). Obwohl die Zusammenarbeit mehrerer Ärzte und Facharztgruppen viele Vorteile mit sich bringt, sollte man auch die selbstständige Arbeitsform des Hausarztes in Form der Einzelpraxis in dünn besiedelten Gebieten unterstützen und hier Anreize setzen, damit eine flächendeckende Versorgung gewährleistet werden kann.

4.7. Schlussfolgerung

Grundsätzlich sollte die Entwicklung des Hausärztemangels als multifaktorielles Geschehen angesehen werden. Zu diesen Faktoren zählt unter anderem die vormals mangelnde Präsenz des Faches Allgemeinmedizin an den Universitäten. Durch die Institutionalisierung der Allgemeinmedizin kann das Fach an Attraktivität gewinnen und die Lehre verbessert werden. Außerdem können die Studierenden durch universitäre Projekte für die Medizin im ländlichen Raum begeistert werden. Doch auch in der Zeit nach dem Abschluss scheint die Zukunftsperspektive der Allgemeinmedizin durch die komplexe Weiterbildung zunächst nicht erstrebenswert. Um die Weiterbildung übersichtlicher und strukturierter zu gestalten, wurde die sogenannten Weiterbildungsverbände und Kompetenzzentren für allgemeinärztliche Weiterbildung gegründet. Es wurde darüber hinaus oft ein zu geringes Einkommen der Hausärzte als Ursache für den Hausärztemangel angegeben. Hier ist jedoch eine Angleichung an viele andere niedergelassene Spezialisten gegeben, mit zum Teil nur noch geringen Einkommensunterschieden. In der heutigen Zeit wird jedoch weniger das vermeintlich zu geringe Einkommen, sondern vielmehr die hohe Arbeitsbelastung

– vor allem der ländlichen Hausärzte – kritisiert. Um die Arbeitsbelastung zu verringern, werden aktuell immer mehr Bereitschaftsdienstbezirke zusammengelegt, sodass ein Hausarzt im Jahr bestenfalls lediglich vier bis sechs Dienste leisten muss.

Es scheint also viele Faktoren zu geben, die den Hausärztemangel begünstigt haben, allerdings sind auch umfangreiche Lösungsansätze in Sicht, deren Erfolg durch die aktuelle Zunahme der Weiterbildungsärzte und -ärztinnen gezeigt werden kann.

Falls diese Lösungsansätze jedoch nicht ausreichen, könnten intensivere Steuerungsmaßnahmen notwendig werden. Dazu gehört beispielsweise die Vergabe von Studienplätzen mit verpflichtender hausärztlicher Tätigkeit in einem ländlichen Gebiet nach Abschluss des Studiums. Denkbar wären auch Eingriffe in die Zulassung zur Weiterbildung in unterschiedlichen Fachdisziplinen, z.B. auf der Basis von Abschlussnoten. Dies wird unter anderem in Frankreich und den Niederlanden praktiziert, ist jedoch in Deutschland aufgrund der Freiheit der Berufswahl nicht umsetzbar.

5. Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Mangels an niedergelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin wurde eine Analyse der Niederlassungskennzahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns durchgeführt, um ein besseres Verständnis der Niederlassungssituation in Bayern zu erhalten. Es zeigte sich, dass weibliche Studierende sich tendenziell eher in der Nähe des Studienortes niederlassen, während männliche Studierende eher in der Nähe des Geburtsortes arbeiten. Darüber hinaus nahm die Weiterbildungszeit im Laufe der Jahrzehnte erheblich zu. Zudem nehmen Einzelpraxen im zeitlichen Verlauf deutlich ab und gemeinschaftliche Praxisformen zu.

Somit haben die vorliegenden Analysen gezeigt, dass es viele unterschiedliche Faktoren gibt, die zu der hausärztlichen Versorgungsproblematik beitragen. Um dem Hausärztemangel entgegenwirken zu können, ist es wichtig zu verstehen, wie sich die allgemeinmedizinische Weiterbildung und Niederlassungssituation in den vergangenen 50 Jahren verändert hat.

Besonders ausgeprägt ist der Hausärztemangel in dünn besiedelten, ländlichen Regionen. Es konnte gezeigt werden, dass zu den Faktoren, die die Wahl des Niederlassungsstandortes beeinflussen unter anderem soziale Faktoren wie der Geburts- und Studienort zählen. Unsere Analysen haben gezeigt, dass vor allem Männer zu ihrem Geburtsort zurückkehren, wohingegen sich Frauen öfter in der Nähe des Universitätsstandortes niederlassen. Eventuell sind die Ärztinnen durch ihr soziales Umfeld und die früher einsetzende Familienplanung stärker an den Studienort gebunden als ihre männlichen Kollegen. Außerdem konnte gezeigt werden, dass sich von den Medizinabsolventen aus Erlangen prozentual am meisten Hausärzte niederlassen, in Regensburg werden verglichen mit den anderen Universitätsstandorten Bayerns die wenigsten Absolventen im hausärztlich-niedergelassenen Bereich tätig.

Ein weiterer Aspekt, der analysiert wurde, betraf die Weiterbildungszeit. Es zeigte sich, dass sich die Weiterbildungszeit sowohl der Hausärzte als auch der anderen Facharztgruppen im Laufe der Jahre stetig verlängert hat. Angesichts des medizinischen Fortschritts der letzten Jahrzehnte wurde die Weiterbildungszeit schrittweise auf fünf Jahre verlängert, um eine qualitativ hochwertige Ausbildung sicherstellen zu können. Auch andere politische

Steuerungsmaßnahmen haben sich auf die Weiterbildungszeit ausgewirkt. Man kann beispielsweise vermuten, dass die Einführung der Bedarfsplanung im Jahr 1992 durch den damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer dazu geführt hat, dass sich besonders viele Hausärzte noch vor Inkrafttreten der Reform in eigentlich überversorgten Gebieten niederließen und sich anschließend die Zeitspanne zwischen Staatsexamen und Niederlassung weiter verlängert hat. Zusammen mit der Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung hin zu einer Dienstleister-Kunden-Beziehung hat sich auch das Anspruchsverhalten der Patienten hinsichtlich eines breiten Spektrums an individuellen Therapiemöglichkeiten verändert. In den 90er Jahren hatten auffällig viele Ärzte Zusatzbezeichnungen in alternativen, naturmedizinischen Bereichen. Allerdings konnte ein Bedeutungsverlust dieser Zusatzbezeichnungen im Verlauf der vergangenen Jahre festgestellt werden. Zukünftig wird es immer weniger Ärzte geben, die viele verschiedene Zusatzbezeichnung erlangen, sondern lediglich bestimmte, dafür interdisziplinär beliebte Zusatzbezeichnungen wie zum Beispiel die Notfallmedizin.

In Bezug auf die Niederlassungssituation gibt es ebenfalls wichtige Entwicklungen im hausärztlichen Bereich. Die ursprünglich klassische Praxisform der Einzelpraxis wird immer mehr von Zusammenschlüssen mehrerer Ärzte abgelöst. Das Spektrum dieser Kooperationsformen wird immer komplexer und beinhaltet die stetig beliebter werdenden Berufsausübungsgemeinschaften oder medizinische Versorgungszentren. Diese Kooperationen sind für junge Ärzte besonders attraktiv und bringen, wie bereits dargelegt, einige Vorteile mit sich. Allerdings muss angesichts der aktuellen Entwicklung bedacht werden, dass die Entstehung von medizinischen Ballungszentren die ländliche Versorgung in dünn besiedelten Gebieten gefährdet.

Zusammenfassend ist es also wichtig, sich die Vorteile, die der Zusammenschluss mehrerer Ärzte in städtischen Gebieten mit sich bringen, zu kennen, und entsprechende Anreize für eine Niederlassung in einem unterversorgten Gebiet zu geben. Außerdem sollte die Weiterbildung im Fachbereich Allgemeinmedizin überarbeitet und attraktiver und einfacher gestaltet werden, ohne die Qualität der Ausbildung zu gefährden. Es gibt viele verschiedene Gründe, die zu der heutigen Versorgungsproblematik führten, und somit auch unterschiedliche Verbesserungsansätze wie Förderungs- und

Lehrprogramme, die bereits früh während des Medizinstudiums eingesetzt werden sollten, um die hausärztliche Niederlassung auch für zukünftige Ärztegenerationen attraktiv zu gestalten.

Literaturverzeichnis

- Abholz, H. (2004). Generalist und Spezialist-Zwei unterschiedliche Welten von Arbeit und Arbeitsauftrag. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)* 80(10), 411-413.
- Abholz, H.(2015). Warum ist die Allgemeinmedizin notwendig und was benötigt sie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)* 91(4), 160-165.
- Abholz, H. & Egidi, G. (2009). Qualitätsindikatoren in der Hausärztlichen Versorgung - ein Provokationspapier. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)* 85(6), 260-263.
- Allen, D. J. (2002). A description of the Core Competencies of the General Practitioner / Family Physician. Prepared for Wonca Europe. *European Academy of Teachers in General Practice*.
<https://www.woncaeurope.org/file/3b13bee8-5891-455e-a4cb-a670d7bfdca2/Definition%20EURACTshort%20version%20revised%20011.pdf>
- Barth, N., Linde, K., & Schneider, A. (2017). Niederlassungsmotive –Die Bereitschaft zur Niederlassung in eigener Praxis von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. *Das Gesundheitswesen*. 79(08/09), 638-644.
- Barthen, L., Ravens-Taeuber, G., Paulitsch, M. A., Gerlach, F. M., & Sennekamp, M. (2018). How can General Practice be incorporated longitudinally in medical studies? Students' views on the development of a new rural health program. *GMS journal for medical education*, 35(3).
- Bayerische Landesärztekammer. (2004). Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 - in der Fassung der Beschlüsse des 64. Bayerischen Ärztetages vom 14. Oktober 2007 - in Kraft getreten am 01. Januar 2008.
- Behnsen, E. (2004). Medizinische Versorgungszentren–die Konzeption des Gesetzgebers (II). *Das Krankenhaus*. 9(2004), 698-702.
- Berger, B., Lenz, M., & Mühlhauser, I. (2008). Patient zufrieden, Arzt gut? Inwiefern ist Patientenzufriedenheit ein Indikator für die Qualität der hausärztlichen Versorgung?: Eine systematische Übersichtsarbeit. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 102(5), 299-306.
- Beske, F. (2004). Aktive Schutzimpfung-Stand und Handlungsbedarf. *Das Gesundheitswesen*. 67(05), 352-354.
- Bien, A., Ravens-Taeuber, G., Stefanescu, M.-C., Gerlach, F. M., & Gütthlin, C. (2019). What influence do courses at medical school and personal experience have on interest in practicing family medicine?–Results of a student survey in Hessa. *GMS journal for medical education* . 36(1).
- Bliesener, M., Beyersdorf, L., & Sibbel, R. (2016). Integrative Medizin als Ansatz zur strategischen Positionierung im Wettbewerb. *Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus* (93-105). Springer.
- Broermann, M., Gerlach, F., & Sennekamp, M. (2014). Sinnvoll und vom Nachwuchs erwünscht: Mentoring in der Weiterbildung Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)* 90(12), 502-507.

- Broermann, M., Wunder, A., Messemaker, A., Schnoor, H., Gerlach, F. M., & Sennekamp, M. (2018). Structuring and supporting specialist training in general practice: Evaluation of a Hesse-wide mentoring program for doctors. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 137, 69-76.
- Bundesärztekammer. (1992). *Musterweiterbildungsordnung*. Deutscher Ärztetag.
- Bundestag. (2000). *Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000*.
- Bundesvereinigung. (2008). *Medizinische Versorgungszentren aktuell*. 3. Quartal 2010.
- Christensen, H., Bundgaard, H., Frederiksen, K., & Bech, K. (2001). Dimensioning of the postgraduate educational training in Denmark. *Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales*. 41(3-4), 305-311.
- Dettmer, S., & Kuhlmeier, A. (2009). Karriere- und Lebensplanung angehender Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer Befragung von Studierenden der Humanmedizin im Praktischen Jahr (KuLM-Studie). *Universitätsmedizin Berlin (KuLM-Studie)*. Charité.
https://www.researchgate.net/profile/Susanne-Dettmer/publication/275030415_Karriere-_und_Lebensplanung_angehender_Arztinnen_und_Arzte/links/552fac850cf2acd38cbc3c3c/Karriere-und-Lebensplanung-angehender-Aerztinnen-und-Aerzte.pdf?origin=publication_detail
- Donner-Banzhoff. (2008). *Weiterbildung in der Allgemeinmedizin - Entwicklung und Perspektiven*. Degam. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/Weiterbildung_in_der_Allgemeinmedizin_-_Anlage_1.pdf
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Rollnick, S. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*. 27(10), 1361-1367.
- Evans. (2002). *Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/ Hausarztmedizin*. Wonca Europe.
https://www.woncaeurope.org/file/fc91ad61-0ec6-4c79-920e-96fe031c0345/EUROPAISCHE_DEFINITION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf
- Farmer, J., Kenny, A., McKinstry, C., & Huysmans, R. (2015). A scoping review of the association between rural medical education and rural practice location. *Human Resources for Health*. 13(1), 27.
- Frey, K., Edwards, F., Altman, K., Spahr, N., & Gorman, R. (2003). The 'Collaborative Care' curriculum: an educational model addressing key ACGME core competencies in primary care residency training. *Medical Education*. 37(9), 786-789.
- Funke, J., Koldert, B., Matthes, G., & Preisung, T. (2018). *Kosten und Nutzen hausärztlicher Versorgungsmodelle am Beispiel eines Behandlungszimmers in Rinteln-Krankenhagen*. (No18-01) FiFo Discussion Papers, Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut Köln.
- Fuß, I., Nübling, M., Hasselhorn, H.-M., Schwappach, D., & Rieger, M. (2008). Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*. 8(1), 353.

- Geene, R. 2006. Evidenz, Evaluation, Qualitätsorientierung und Good Practice– Beiträge zu einer partizipativen Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. *Qualitäten der Gesundheitsförderung*, 15.
- Geisler, L. (2003). Plädoyer für einen „Neuen Arzt“. Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel. *Dr. med. Mabuse*. 142, 34-37.
- Gensichen, P. (2017). *Hausarzt 360°: LMU-Führungskräfteprogrammweiterbildung Allgemeinmedizin*. LMU-Klinikum München. <https://www.lmu-klinikum.de/institut-allgemeinmedizin/lehre-weiterbildung/weiterbildung/strukturierte-weiterbildung-hausarzt-360/268d11c7f0cf7077>
- Geraedts, M. (2006). *Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht*. *Gesundheitsmonitor*, 154-170.
- Gerlach, F. (2016). *Die Zukunft gehört den Generalisten - Gute Allgemeinmedizin ist Medizin mit Augenmaß. Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin*. Festschrift 50 Jahre DEGAM. http://www.maderallgemeinmedizin.de/fileadmin/user_upload/_temp_/DEGAM-FS.pdf
- Gerlach, F. & Kiechle, M. (2019). *Gibt es einen Ärztemangel?* Degam. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Aktuelles/2018/Gerlach_vs_Kiechle_Gibt_es_einen_Aerztemangel_Forschung&Lehre_10-2018.pdf
- Gibis, B., Heinz, A., Jacob, R., & Müller, C. (2012). Berufserwartungen von Medizinstudierenden: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Deutsches Ärzteblatt*. 109(18), 327-332.
- Gray, D., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. (2018). *Continuity of care with doctors - a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality*. *BMJ*. 8(6), e021161.
- Hase, K. (2018). *Wodurch unterscheiden sich MVZ und Gemeinschaftspraxis?* Deutscher Hausarzt service. <https://www.deutscherhausarzt service.de/blog/wodurch-unterscheiden-sich-mvz-und-gemeinschaftspraxis>
- Herrmann, W., Thiel, P., & Weinert, K. (2016). Vertragsbedingungen von ambulant tätigen Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. *Das Gesundheitswesen*. 78(06), 402-406.
- Herzog, T., Barth N., Wijnen-Meijer, M., Roos, M., Berberat, P. & Schneider, A. (2019). „Beste Landpartie Allgemeinmedizin (BeLA) - ein didaktisches Konzept gegen den Hausärztemanfel auf dem Land. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)*. 2019-0356.
- Hoppe, J. (1997). Bundesärztekammer im Wandel (XII): Die Weiterbildungsordnung - Von der Schilderordnung zum integralen Bestandteil der Bildung im Arztberuf. *Deutsches Ärzteblatt* 1997; 94(39): A-2483 / B-2121 / C-1986.
- Huenges, B., Weismann, N., Osenberg, D., Klock, M., & Rusche, H. (2010). Weiterbildung aus Sicht der (Haus-) ärzte von morgen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)*. 10, 369-378.
- Hübsch, G., Gottschall, M., Mergenthal, K., Schübel, J., Bergmann, A., & Voigt, K. (2015). Sächsische Hausarztpraxen auf dem Weg zur Teampraxis? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)*, 91, 264-268.

- Ingendae, F., Steinhäuser, J., Blank, W., & Chenot, J. (2018). Weiterbildung Allgemeinmedizin? Eine Entscheidungshilfe 2.0. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)*. 2(933), 40-40.
- Jünger, B., Stosch, B., Wagner, R., Rothe, M., & van den Bussche, H. (2012). Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? *Deutsche medizinische Wochenschrift (DMW)*. 137(23), 1242-1247.
- Kaduszkiewicz, H., Teichert, U., & van den Bussche, H. (2018). Shortage of physicians in rural areas and in the public health service : A critical analysis of the evidence on the role of medical education and training. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 61(2), 187-194.
- Karsch-Völk, M., Jäkel, K., Schneider, A., Rupp, A., Hörlein, E., & Steinhäuser, J. (2016). Einschätzung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin in Bayern—eine Online-Befragung von Ärzten in Weiterbildung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 113, 56-65.
- Knieps, K., & Reiners, H. (2015). Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte—Intentionen—Kontroversen. *Das Gesundheitswesen*. 77(08/09), 528-528.
- Kochen, M. (2007). Strukturelle Ansätze zur Lösung der Weiterbildungsprobleme im Fach Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)* 83(10), 427-430.
- Kopetsch, T. (2005). Bedarfsplanung: Geregelt wird nur die Verteilung. *Deutsches Ärzteblatt online*, 6(2005), 1-6.
- Kopp, I. (2011). Von Leitlinien zur Qualitätssicherung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 54(2), 160-165.
- Kopp, I., Encke, A., & Lorenz, W. (2002). Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung in der Medizin Das Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 45(3), 223-233.
- Korzilius, H. (2011). Wirtschaftlichkeitsprüfung: „Kein Arzt wird für seine teuren Patienten bestraft“. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(18), 984-6.
- Kölling, D. m. W. (2016). Langfristige Planungssicherheit - Finanzbasis, Arbeitszeit, Praxisstrukturen. Festschrift 50 Jahre DEGAM. http://www.maderallgemeinmedizin.de/fileadmin/user_upload/_temp_/DEGAM-FS.pdf
- Kramer, A. W., Jansen, K. J., Düsman, H., Tan, L. H., van der Vleuten, C. P., & Grol, R. (2003). Acquisition of clinical skills in postgraduate training for general practice. *British Journal of General Practice*. 53(494), 677-682.
- Kringos, D. S., Boerma, W., van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs* 32(4), 686-694.
- Krombholz, Schmelz, Ritter-Rupp. (2020). *Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern*. Versorgungsatlas Hausärzte. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/UeberUns/Versorgung/KVB-Versorgungsatlas-Hausaerzte.pdf>
- Kuhlmann, P. (2015). *Laufende Raumberechnungen des BBSR, Geometrische Grundlage: Kreise (generalisiert)/ Kreisregionen des BBSR*. BBSR Mittelbereiche. <https://www.bbsr.bund.de/>

- Küpper, P., Mettenberger, T. (2018). Berufliche und private Standortfaktoren für die Niederlassung von Hausärzten in ländlichen Räumen. *Raumforschung und Raumordnung*. 76(3), 229-245.
- KVB. (2007). *Kooperationen*. https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2007/05/einzelpdf/260_261.pdf KVB. (2018). *Medizinische Versorgungszentren: Statistische Informationen*. <https://www.kvb.de>
- KVB. (2020a). *Niederlassungssuche: Aktuelle Bedarfssituation in Bayern*. <https://www.kvb.de/praxis/niederlassung/niederlassungssuche/>
- KVB. (2020b). *Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 1. Mai 2020*. https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgaben_Wirtschaftlichkeitspruefungen_2020-05-01.pdf.
- Laschet, H. (2012). Seehofer nimmt die Medizin in den Schraubstock. *Ärzte Zeitung*. <https://www.aerztezeitung.de/Panorama/Seehofer-nimmt-die-Medizin-in-den-Schraubstock-345791.html>
- Langner. (2015). *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*. https://www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung_2015_Berichtband_Bund.pdf.
- Leschke, M. (2012). Warum keiner mehr Assistenzarzt werden will. *Der Klinikarzt*. 41(01), 3-3.
- Linde, K., Alscher, A., Friedrichs, C., Joos, S., & Schneider, A. (2014). Die Verwendung von Naturheilverfahren, komplementären und alternativen Therapien in Deutschland-eine systematische Übersicht bundesweiter Erhebungen. *Complementary Medicine Research*. 21(2), 111-118.
- Linden M, G. H. & Ormel J. (2001). Ländervergleich Deutschland/Niederlande: Der Hausarzt als Gatekeeper. *Deutsches Ärzteblatt* 2004; 101: A-2600–2602
- Liu, J., Zhu, B., & Mao, Y. (2018). Association between rural clinical clerkship and medical students' intentions to choose rural medical work after graduation: A cross-sectional study in western China. *Plos*. 13(4), e0195266.
- Löffler, C., Höck, J., Hornung, A., Kundt, G., Drewelow, E., Völker, S., Altiner, A.(2015). Was macht Ärzte glücklich? Berufszufriedenheit von Hausärzten in Mecklenburg-Vorpommern – eine repräsentative Querschnittsstudie. *Das Gesundheitswesen*. 77(12), 927-931.
- Lukasczik, M., Ahnert, J., Ströbl, V., Vogel, H., Donath, C., Enger, I. & Maurer, J. (2018). Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Beschäftigten im Gesundheitswesen als Handlungsfeld der Versorgungsforschung. *Das Gesundheitswesen*. 43(06), 511-521.
- Mergenthal, K., Beyer, M., Güthlin, C., & Gerlach, F. M. (2013). Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107(6), 386-393.
- Miani, C., Hinrichs, S., Pitchforth, E., Bienkowska-Gibbs, T., Disbeschl, S., Roland, M., & Nolte, E. (2015). Best practice: Medizinische Aus-und Weiterbildung aus internationaler Perspektive. *RAND Europe, Cambridge*.

- Moulin, M., & van den Bussche. (2010). Mythos und Realität. *Deutsches Ärzteblatt*, 82-84.
- Myhre, D., Bajaj, S., & Jackson, W. (2015). Determinants of an urban origin student choosing rural practice: a scoping review. *Rural and Remote Health*. 15(3), 3483.
- Natanzon, I., Ose, D., Szecsenyi, J., & Joos, S. (2010). Berufsperspektive Allgemeinmedizin: Welche Faktoren beeinflussen die Nachwuchsgewinnung? *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 135(20), 1011-1015.
- Nedbal, D. (2016). Quer. *Bayerisches Ärzteblatt*, 156-158.
- Nittritz, C., Schaffer, S., Kühlein, T., & Roos, M. (2016). Konsultationskompetenz als Element in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Deutschland–eine qualitative Befragung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 117, 57-64.
- Popert, D. (2016). Hausarzt-Praxis 2020 - Wo geht die Reise hin? Von der allgemeinen Medizin zur Allgemeinmedizin. *Festschrift 50 Jahre DEGAM*, 129-130.
http://www.maderallgemeinmedizin.de/fileadmin/user_upload/_temp_/DEGAM-FS.pdf
- Rauscher C, E. B., Braun M, et al. (2016). Ausbildung für die regionale Versorgung – das Fach Allgemeinmedizin an der Universität Regensburg. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)*, 92: 352–356.
- Reiners, H. (2013). *Das Gesundheitsstrukturgesetz „ein Hauch von Sozialgeschichte“?* JKM Band Uni Magdeburg.<https://www.med.uni-magdeburg.de>
- Richter-Kuhlmann, E. (2018). Universität Augsburg: Eine Medizinfakultät entsteht. *Deutsches Ärzteblatt*, 115(118): A-860 / B-730 / C-730.
- Roick, C., Heider, D., Günther, O., Kürstein, B., Riedel-Heller, S., & König, H. (2012). Factors influencing the decision to establish a primary care practice: results from a postal survey of young physicians in Germany. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 74(1), 12-20. Roick, C., Heider, D., Günther, O., Kürstein, B., Riedel-Heller, S., & König, H. (2012). Factors influencing the decision to establish a primary care practice: results from a postal survey of young physicians in Germany. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte)*
- Rosenblatt, C. F., Lishner D.M. & Doescher, M.P. (2010) The Future of Family Medicine and Implications for Rural Primary Care Physician Supply. *Rural Health Reseach Center*, 3-16.
- Sawicki, P. (2005). Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Medizinische Klinik*. 100(11), 755-768.
- Schaller, B., & Baller, G. (2008). Der Zusammenhang zwischen guter Kommunikation und Qualität. *Das Krankenhaus*. 2, 140-142.
- Scherer. (2011). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zum sogenannten „Quereinstieg“*. DEGAM.de - Positionen und Stellungnahmen.
https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM-Positionspapier_WBO_Quereinstieg.pdf

- Scherer, M. (2002).. *Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002*. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM.de. <https://www.degam.de/fachdefinition>.
- Schmidt, M. (2008). Das Trauerspiel um die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin – persönliche Bestandsaufnahme aus der Sicht eines Weiterbildungsassistenten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)*, 84 (01),10-13.
- Schneider, A. (2015). Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin–eine bayerische Perspektive. *Das Gesundheitswesen*. 77(03), 213-218.
- Schneider, A., Karsch-Völk, M., Rupp, A., Fischer, M. R., Drexler, H., Schelling, J., & Berberat, P. (2013). Determinanten für eine hausärztliche Berufswahl unter Studierenden der Medizin: Eine Umfrage an drei bayerischen Medizinischen Fakultäten. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 30(4).
- Schneider, A., Donnachie, E., Tauscher, M., Gerlach, R., Maier, W., Mielck, A. & Mehring, M. (2016). Costs of coordinated versus uncoordinated care in Germany: results of a routine data analysis in Bavaria. *BMJ Open* 6(6), e011621.
- Schulz, M., Cziha, T., Bätzing-Feigenbaum, J., & von Stillfried, D. (2016). *Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten-Eine Projektion nach Fachgruppen für den Zeitraum 2020 bis 2035*. Versorgungsatlas. <https://www.versorgungsatlas.de>
- Schwill, S., Magez, J., Jäger, C., von Meißner, W. C., Szecsenyi, J., & Flum, E. (2016). Liebe auf den zweiten Blick-qualitative Erhebung von Motiven für den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 118, 73-79.
- Sever, E., Corbett, J., Dalgleish, P., Elliott-Binns, C., Richards, T., & Toby, J. (1971). Continuing education for general practice—analysis of a programme. *British medical journal*. 1(5741), 164.
- Siciliani, L., Chalkley, M., & Gravelle, H. (2017). Policies towards hospital and GP competition in five European countries. *Health Policy*. 121(2), 103-110.
- Sinowatz, F. (2015). *Ressourcenallokation in der hausärztlichen Versorgung*. (Dissertation) LMU München, medizinische Fakultät.
- Smith, G. D., & Lynch, J. (2004). Commentary: Social capital, social epidemiology and disease aetiology. *International Journal of Epidemiology*. 33(4), 691-700.
- Sommer, S., Baum, E., Magez, J., Chenot, J.-F., Weckmann, G., Steinhäuser, J., Heim, S., Schneider, D., Egidi, G., Schmiemann, G., Wilm, S. & Fuchs, S. (2016). *Aktueller Stand der Seminarprogramme für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin*. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)*. https://www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/Sommer-Seminarprogramme.pdf
- Sozialgesetzbuch (SGB V). (2020). § 103 SGB V Zulassungsbeschränkungen.
- Spengler, H., & Jámbo, C. (2006). Tarifstreit zwischen Marburger Bund und Ländern und Kommunen: Kompromiss bei den Ärztegehältern und Zugeständnisse bei den Arbeitsbedingungen wären angemessen. *DIW Berlin*. 73(24), 353-360.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential. *The Lancet*. 344(8930), 1129-1133

- Starfield, B., Shi, L., Grover, A., & Macinko, J. (2005a). The Effects Of Specialist Supply On Populations' Health: Assessing The Evidence: The evidence suggests that populations do not necessarily benefit from an overabundance of specialists in a geographic area. *Health Affairs*. 24(Suppl1), W5-97-W95-107.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005b). Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*. 83(3), 457-502.
- Stengler, K., Heider, D., Roick, C., Günther, O. H., Riedel-Heller, S., & König, H. (2012). Weiterbildungsziel und Niederlassungsentscheidung bei zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 55(1), 121-128.
- Stehr, C. (2017). Landarztmangel. Bayern zeigt sich großzügig. *Der freie Zahnarzt*, 61(6), 12-12.
- Storr, C., Bechtel, U., Berberat, P., Barth, N., Landendörfer, P. & Schneider, A. (2016). Modellprojekt: Ausbildungskonzept Allgemeinmedizin im ländlichen Raum Bayerns – die medizinische „AKA- Demie“ Dillingen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)*, 93, 39–43.
- Strech, D. (2013). Darf es auch weniger sein? Methodische und ethische Herausforderungen bei der Verringerung von Überversorgung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 107(2), 156-163.
- Teney, C., Bürkin, K., Becker, R., Möser, S., & Lenkewitz, S. (2017). *Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: erste Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zu beruflichen Erfahrungen, Zufriedenheit und Einstellungen*. Bremen: Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/53305>
- van den Bussche, H. (2019). Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 62(9), 1129-1137.
- van den Bussche, H., Boczor, S., Siegert, S., Nehls, S., Selch, S., Kocalevent, R.-D., & Scherer, M. (2019). Die Resultate von sechs Jahren Weiterbildung für die hausärztliche Versorgung in Deutschland– Ergebnisse der KarMed-Studie (Teil 2) *Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZfA)*. 01, 1(943), 9-9.
- Walbert, H. (2015). Hausärzte, gründet MVZs! *MMW - Fortschritte der Medizin. Springer Medizin*, 157, 44-44.
- Weigeldt, U., & Tesic, D. (2015). Sind Hausärzte „Grundversorger“ oder Primärärzte? *G&S Gesundheits-und Sozialpolitik*, 69(2), 59-63.
- Wahlster, P. et al. (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Sachverständigenrat zur Beobachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf
- Wigge, P. (2004). Medizinische Versorgungszentren nach dem GMG. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 9(04), 241-244.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Antonius Schneider für die außerordentlich gute Betreuung und die liebenswürdige und geduldige Unterstützung meiner Arbeit. Sein großes berufliches Engagement ist für mich stets inspirierend. Außerdem danke ich Ewan Donnachie für die Hilfe bei allen Fragen bezüglich der Statistik, die er immer mit besonders großer Geduld und Begeisterung beantwortet hat.

Ein besonderer Dank gilt auch Sebastian Fuchs für die vielen lieben und motivierenden Worte und guten Ratschläge.

Danken möchte ich auch meiner Familie, insbesondere meinen Eltern Dr. Kirsten Lenthe-Schäfer und Dr. Ortwin Schäfer, die mich auf meinem Weg durch das Medizinstudium unterstützt haben und für mich große Vorbilder sind.

Veröffentlichungen

Der Zusammenhang von Geburtsort, Studienort und hausärztlicher Tätigkeit - Eine Analyse der Versorgungssituation in Bayern von Merle Schäfer, Ewan Donnachie, Antonius Schneider, erschienen 2018 in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin.

Entwicklung der hausärztlichen Versorgung innerhalb der letzten Jahrzehnte – eine Analyse des Basisdatensatzes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns von Merle Schäfer, Ewan Donnachie, Roman Gerlach, Martin Tauscher, Antonius Schneider, erschienen 2020 in Das Gesundheitswesen.

Anhang

Anhang 1 - Ärzte, die hausärztlich tätig sind

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Allgemeinärzte	9524	70,9	70,9	70,9
Allgemeinärzte : Anästhesisten	3	0	0	70,9
Allgemeinärzte : Chirurgen	5	0	0	70,9
Allgemeinärzte : FA Physikal. u. Rehabilitative Medizin	4	0	0	71,0
Allgemeinärzte : fachärztliche Internisten ohne SP	3	0	0	71,0
Allgemeinärzte : Frauenärzte	2	0	0	71,0
Allgemeinärzte : hausärztliche Internisten	25	0,2	0,2	71,2
Allgemeinärzte : HNO-Ärzte	1	0	0	71,2
Allgemeinärzte : Psychiater	1	0	0	71,2
Allgemeinärzte : Psychotherap. tätige Ärzte	28	2	0,2	71,4
Chirurgen : Allgemeinärzte	2	0	0	71,4
fachärztl. Internisten SP Endokrinologie : hausärztliche Internisten	1	0	0	71,4
fachärztl. Internisten SP Hämatologie : hausärztliche Internisten	4	0	0	71,5
fachärztl. Internisten SP Kardiologie : hausärztliche Internisten	1	0	0	71,5
fachärztl. Internisten SP Kardiologie : hausärztliche Internisten : fachärztliche Internisten ohne SP	1	0	0	71,5
fachärztliche Internisten ohne SP : hausärztliche Internisten	1	0	0	71,5

Frauenärzte : Allgemeinärzte	1	0	0	71,5
hausärztliche Internisten	2594	19,3	19,3	90,8
hausärztliche Internisten : Allgemeinärzte	15	0,1	0,1	90,9
hausärztliche Internisten : Allgemeinärzte : fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	1	0	0	90,9
hausärztliche Internisten : Anästhesisten	1	0	0	90,9
hausärztliche Internisten : fachärztl. Internisten SP Angiologie	4	0	0	91,0
hausärztliche Internisten : fachärztl. Internisten SP Angiologie : fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	1	0	0	91,0
hausärztliche Internisten : fachärztl. Internisten SP Endokrinologie	4	0	0	91,0
hausärztliche Internisten : fachärztl. Internisten SP Gastro	4	0	0	91,0
hausärztliche Internisten : fachärztl. Internisten SP Hämatologie	2	0	0	91,0
hausärztliche Internisten : fachärztl. Internisten SP Kardiologie	7	0,1	0,1	91,1
hausärztliche Internisten : fachärztl. Internisten SP Nephrologie	5	0	0	91,1
hausärztliche Internisten : fachärztl. Internisten SP Pneumologie	1	0	0	91,1
hausärztliche Internisten : fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	5	0	0	91,2
hausärztliche Internisten : fachärztliche Internisten ohne SP	14	0,1	0,1	91,3

hausärztliche Internisten : fachärztliche Internisten ohne SP : fachärztl. Internisten SP Rheumatologie	1	0	0	91,3
hausärztliche Internisten : Nuklearmediziner	1	0	0	91,3
hausärztliche Internisten : Psychotherap. tätige Ärzte	5	0	0	91,3
Kinder- und Jugendärzte	1154	8,6	8,6	99,9
Kinder- und Jugendärzte : Allgemeinärzte	1	0	0	99,9
Kinder- und Jugendärzte : Kinder- und Jugendpsychiater	1	0	0	99,9
Kinder- und Jugendärzte : Laborärzte	1	0	0	99,9
Kinder- und Jugendärzte : Psychotherap. tätige Ärzte	3	0	0	100,0
Psychotherap. tätige Ärzte : Allgemeinärzte	1	0	0	100,0
Psychotherap. tätige Ärzte : hausärztliche Internisten	1	0	0	100,0
Psychotherap. tätige Ärzte : Kinder- und Jugendärzte	1	0	0	100,0
Psychotherap. tätige Ärzte : Psychiater : Allgemeinärzte	1	0	0	100,0
Gesamt	13436	100,0	100,0	

Anhang 2 - Anzahl der Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung in Abhängigkeit des Geschlechts

Zulassungsjahr	Männer			Frauen		
	Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung	N	Standardabweichung	Jahre zwischen Staatsexamen und Niederlassung	N	Standardabweichung
1971	3,00	5	,707	2,00	1	.
1972	3,00	12	1,044	3,67	3	2,082
1973	3,73	22	1,549	4,50	4	1,915
1974	4,53	32	1,778	4,56	9	1,810
1975	5,12	72	1,935	5,09	11	1,814
1976	5,58	99	1,841	6,67	9	2,398
1977	5,54	145	2,211	7,00	14	1,881
1978	5,16	187	2,364	6,00	40	2,755
1979	6,04	193	2,673	6,25	32	2,627
1980	5,93	264	2,571	7,21	29	3,052
1981	6,39	254	2,557	6,80	55	3,319
1982	6,76	305	2,763	7,45	47	3,315
1983	6,81	387	3,151	7,24	72	3,675
1984	6,74	462	3,044	8,25	96	3,947
1985	6,89	415	3,110	8,80	80	4,187
1986	7,31	411	3,696	9,62	133	4,444
1987	7,23	371	3,599	9,49	92	4,539
1988	7,89	378	3,780	9,07	111	4,707
1989	7,92	368	4,226	9,27	142	5,485
1990	8,62	440	4,213	9,85	155	4,605
1991	9,19	431	4,844	10,15	235	5,157
1992	9,35	564	4,685	9,82	278	5,469
1993	9,74	1039	4,718	10,20	670	5,100
1994	10,08	357	5,060	11,69	187	6,143
1995	10,03	384	5,212	9,77	182	5,004
1996	9,36	381	4,654	10,40	171	4,745
1997	10,06	462	4,976	10,34	208	4,928
1998	10,29	423	4,921	11,12	199	5,583
1999	13,30	872	6,492	14,93	1140	6,893
2000	11,42	480	5,779	11,06	434	5,756
2001	11,30	454	5,574	12,32	296	5,726
2002	11,27	485	5,206	12,38	289	5,431
2003	11,63	440	5,252	13,24	310	6,188
2004	12,24	452	5,363	13,22	308	5,614

2005	12,95	540	5,575	13,73	351	6,074
2006	12,92	513	5,640	13,90	373	5,684
2007	13,39	541	6,686	14,08	365	6,264
2008	14,45	537	7,463	14,22	341	6,054
2009	15,29	423	9,553	14,46	316	7,912
2010	14,18	355	7,866	14,59	294	6,514
2011	14,13	337	7,599	14,75	333	6,947
2012	14,97	380	7,880	14,60	314	6,621
2013	15,06	374	7,883	15,42	353	7,142
2014	15,14	350	7,888	14,18	527	6,621
2015	13,75	338	7,559	14,16	415	6,819
2016	14,26	351	7,263	14,39	453	6,614
2017	14,12	379	7,264	14,62	503	6,665
2018	13,66	157	6,480	14,23	205	6,169
Insgesamt	10,77	17624	6,326	12,77	11185	6,461