

19. Oktober 2010

Verbesserung der Kooperation im Bereich der ambulanten Behandlung

Prof. Dr. med. Fritz Beske MPH

Schwerpunkt der Beratungen des Schleswig-Holsteinischen Landtags ist § 116 b SGB V. In Schleswig-Holstein ist es bisher gelungen, diesen Paragraphen relativ konfliktfrei umzusetzen. Dies ist nicht in allen Bundesländern der Fall und muss auch in Schleswig-Holstein nicht so bleiben, denn grundsätzlich bietet die Umsetzung dieses Paragraphen erheblichen Konfliktstoff, letztlich verbunden mit einem hohen bürokratischen Aufwand einschließlich der Rechtssprechung.

Der Paragraph 116 b ist nur ein Ausschnitt aus der Problematik der ambulanten Behandlung. Die Probleme der Zukunft werden bestimmt durch einen demografisch bedingten ständig steigenden Bedarf an ambulanter Versorgung, durch die Kosten des medizinischen Fortschritts, durch ständig abnehmende Finanzmittel in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und durch einen zunehmenden Personalmangel in allen Berufen des Gesundheitswesens und in allen Versorgungsbereichen, wie es sich aus der kontinuierlich abnehmenden Besetzung der nachwachsenden Jahrgänge ergibt. Der Versuch, diese Problematik zu lösen, geht weit über die Möglichkeiten des § 116 b SGB V hinaus.

Erforderlich ist ein in die Zukunft weisendes Konzept, das nicht nur die Problematik der ambulanten und stationären Versorgung zum Thema hat, sondern auch die Versorgung im Pflegefall und die Rehabilitation einbezieht, also ein umfassendes integratives Konzept. Es kann bei der auf die Versorgung bei Gesundheit und Pflege zukommenden Probleme nicht erwartet werden, dass mit isolierten Ansätzen diese Probleme gelöst werden können. Es kann nicht nachdrücklich genug darauf hingewiesen werden, dass die Probleme Dimensionen annehmen, die als dramatisch bezeichnet werden können. Ein Blick auf den demografischen Wandel und auf die zu erwartenden Finanzierungsprobleme der GKV und der sozialen Pflegeversicherung belegt diese Einschätzung.

Schleswig-Holstein ist ein Land, das sich aus zwei Gründen für die Erarbeitung eines umfassenden Konzepts anbietet. Es handelt sich erstens um ein Land mit einer Größenordnung, die mit 2,8 Millionen Einwohnern überschaubar ist. Trotzdem sind die Verhältnisse differenziert genug, um beispielhafte Lösungen zu erarbeiten. Zum anderen hat Schleswig-Holstein eine Gesprächskultur, die als vorbildlich bezeichnet werden kann. Dies wird in erster Linie von den handhabenden Personen bestimmt und muss nicht so bleiben. Erforderlich ist ein Gremium, das die Fähigkeit hat, trotz Wahrung von Eigeninteressen systembezogen zu denken, sich von der Tagespolitik zu lösen, Fakten anzuerkennen und sich der besonderen Bedeutung bewusst ist, die ein derartiges Konzept für die Versorgungssituation in Schleswig-Holstein hat.

h. u. k.

19. Oktober 2010

Flächendeckende hausärztliche Versorgung sicherstellen

Prof. Dr. med. Fritz Beske MPH

Es gibt keine einfachen und von vornherein erfolgversprechenden Vorschläge für die Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung und dies insbesondere darum, weil die Ursachen für den zu erwartenden Hausärztemangel komplexer Natur sind und sowohl die Bundes- als auch die Landesebene, sowohl staatliche Vorgaben als auch die Selbstverwaltung in Bund und Land und schließlich auch die universitäre Ausbildung zum Arzt betreffen.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung ist ein bundesweites Problem. Infolgedessen werden in wohl allen Bundesländern, in Regionen und in Kommunen Überlegungen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung angestellt. So liegen von Bundesländern, Körperschaften, wissenschaftlichen Institutionen und von anderen Beteiligten zahlreiche Konzepte und Stellungnahmen zu dieser Problematik vor. Es gibt nichts, was nicht schon vielfach vorgeschlagen worden ist. Ich gehe davon aus, dass dem Landtag dieses Material vorliegt. Letztlich stehen alle Bundesländer, Regionen und Kommunen in Konkurrenz um die Anwerbung von Hausärzten zueinander.

Für Schleswig-Holstein bieten sich vordringlich folgende Handlungsoptionen an:

1. Kleinflächige und demografieorientierte Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein mit flexibler Anpassung an neue Bedarfssituationen.
2. Einbindung der Kommunen in die Gewinnung von Hausärzten. Eine gesicherte hausärztliche Versorgung ist ein Standortvorteil.

3. Allgemeinmedizin als Schwerpunkt der Ausbildung zum Arzt in den medizinischen Fakultäten Kiel und Lübeck mit einer dieser Aufgabe entsprechenden Ausstattung der Lehrstühle für Allgemeinmedizin.
4. Strukturierte Weiterbildung und damit Weiterbildungsverbund für Allgemeinärzte. Ein solches Konzept ist seit Jahren mit großem Erfolg in den Niederlanden etabliert. In Deutschland ist ein derartiges Konzept in Baden-Württemberg eingeführt. An weiteren Standorten wie Frankfurt und Münster ist ein Konzept im Aufbau. Das Konzept bedeutet, dass die Lehrstühle für Allgemeinmedizin und die Landesärztekammern einen strukturierten Weiterbildungsplan für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin unter Einbeziehung z. B. der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhausgesellschaft erarbeiten und umsetzen. Der Arzt in Weiterbildung wird damit von der meist sehr schwierigen Aufgabe befreit, selbst die für die Weiterbildung zum Allgemeinarzt erforderlichen Weiterbildungsstellen suchen zu müssen. Teil des Konzepts sind Seminare in der Landesärztekammer mit Themen, die für den Allgemeinarzt von besonderer Bedeutung sind. Das Weiterbildungskonzept für Baden-Württemberg und das Konzept von Prof. Gerlach, Ordinarius für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin sind zur Information beigefügt.
5. Schließlich ist auch die Problematik einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung eingebettet in ein integratives Konzept für eine zukunftsorientierte Versorgung für Gesundheit, Pflege und Rehabilitation. Hierzu wird auf meine Stellungnahme zu dem Thema „Verbesserung der Kooperation im Bereich der ambulanten Behandlung“ verwiesen.

Huck

Zukunftskonzept Allgemeinmedizin in Hessen

„Maßnahmen zur nachhaltigen Förderung der hausärztlichen Grundversorgung“

Prof. Dr. med. Erika Baum², Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff²,
Dr. med. Anne Dahlhaus³, Jessica De Meo³,
Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach¹, Dr. med. Katja Gilbert¹,
Dr. med. Christian Haffner³, Dr. med. Hans-Michael Schäfer¹,
Dr. med. Marcus Schmidt³, Christian Sommerbrodt³



1 Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main



2 Abteilung Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg



3 Hessische Allgemeinmedizin (HESA) in der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE)

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund / Problemdarstellung	3
1.1	Allgemeinmedizinisch-hausärztlich unterversorgte Gemeinden in Hessen	3
1.2	Hausärztlicher Nachwuchs: Ärzte im Förderprogramm Allgemeinmedizin	3
1.3	Wie viele junge Fachärzte für Allgemeinmedizin lassen sich nieder?	3
1.4	Ursachen des Nachwuchsmangels in der Allgemeinmedizin	3
1.4.1	Fehlende Struktur der Weiterbildung	3
1.4.2	Schlechte Bezahlung während der Praxisphase.....	4
1.4.3	Fehlende Bekanntheit der guten Zukunftsperspektive, abschreckende Faktoren.....	4
1.4.4	Wandel des Arztbildes im Fach Allgemeinmedizin	5
1.4.5	Verhältnis Spezialisten zu Generalisten.....	5
1.4.6	Verändertes Rollenverständnis von Mann und Frau.....	6
2	Internationale Erfahrungen: Welche Konzepte mit Vorbildfunktion gibt es in ausgewählten anderen Ländern?	7
3	Maßnahmen zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung in Hessen	8
3.1	Anreize schaffen, als Allgemeinarzt in ländlichen Gebieten zu arbeiten.....	8
3.2	Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstruktur und -kultur	8
3.2.1	Weiterbildungsverbände	8
3.2.2	Strukturierte Fortbildungs- und Weiterbildungstreffen	9
3.2.2.1	Seminarfortbildung	9
3.2.2.2	Weiterbildungstreffen	9
3.2.3	Unterstützung der Ärzte in Weiterbildung durch Mentoren	9
3.2.4	Qualitätsentwicklung in Weiterbildungsstätten.....	9
3.3	Einrichtung von Koordinierungsstellen für Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main und Marburg	9
3.4	Anreize für Studierende, Allgemeinmediziner zu werden.....	10
3.5	Neue Tätigkeits- und Arbeitszeitmodelle für Allgemeinmediziner.....	10
4	Strukturen zur nachhaltigen Förderung der hausärztlichen Versorgung in Hessen	11
4.1	Koordinierungsstellen.....	11
4.1.1	Aufgaben und Funktionen	11
4.1.1.1	Einrichtung eines Beirates	12
4.1.2	Regionale Struktur	13
4.2	Finanzbedarf	13

Zusammenfassung

Die Hausarztversorgung in Hessen ist – insbesondere auf dem Land – schon jetzt akut gefährdet. Da in den kommenden Jahren deutlich mehr Hausärzte altersbedingt aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheiden, als Kollegen die entsprechende Weiterbildung beenden, stehen wir unmittelbar vor einer gravierenden Unterversorgung. Für diese zunehmenden Versorgungslücken gibt es Gründe in der universitären Ausbildung, der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, der Niederlassung, der Arbeit als Hausarzt selbst, im Wandel sozialer Rollen sowie dem demographischen Wandel – insbesondere der alternden Bevölkerung und der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Als Lösungsvorschläge für den sich zuspitzenden Hausärztemangel in Hessen werden – auch auf der Basis internationaler Erkenntnisse und Erfahrungen – in diesem Positionspapier u. a. genannt: eine starke Rolle der Allgemeinmedizin im Medizinstudium, eine Verbesserung der Weiterbildungsstrukturen, eine Erleichterung der Niederlassung als Hausarzt und eine Steigerung der Motivation, als Hausarzt auf dem Land zu arbeiten. Zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung in Hessen durch spezifische Maßnahmen zur Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie durch gezielte Förderung der hausärztlichen Tätigkeit, insbesondere im ländlichen Raum, wird die Einrichtung von zwei regional arbeitenden Koordinierungsstellen für die Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main sowie in Marburg empfohlen.

Initiative zur Behebung des Hausarztmangels in Hessen

Die Institute für Allgemeinmedizin der Universitäten Frankfurt am Main und Marburg haben zusammen mit der „Arbeitsgemeinschaft Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen“ (AWAH) und der Interessensvertretung der angehenden Fachärzte für Allgemeinmedizin „Hessische Allgemeinmedizin“ (HESA) im Jahre 2009 eine Initiative gestartet, um den Herausforderungen des Hausarztmangels zu begegnen. Grundlage für diese Initiative war die Idee, Erfahrungen der Ärzte in Weiterbildung des Faches Allgemeinmedizin mit der wissenschaftlichen Kompetenz und Arbeit der Institute für Allgemeinmedizin zu vereinen. Das vorliegende Konzept ist das Ergebnis gemeinsamer Diskussionen und Analysen.

1 Hintergrund / Problemdarstellung

1.1 Allgemeinmedizinisch-hausärztlich unterversorgte Gemeinden in Hessen

Bereits seit Jahren ist absehbar, dass es in vielen Gebieten Deutschlands zu einem Mangel an Hausärzten kommen wird. Dies gilt auch für Hessen. Hierfür gibt es zwei Hauptgründe: Viele Hausärzte gehen in den Ruhestand, gleichzeitig gibt es immer weniger Ärzte, die sich in einer Hausarztpraxis niederlassen wollen. Die Versorgungsproblematik wird durch den demografischen Wandel – alternde Bevölkerung mit einem erhöhten Anteil chronisch Kranker – verschärft. Der Hausarztmangel zeigt sich vor allem auf dem Land und trägt dort zu einer schlechteren Infrastruktur bei, aus der sich wiederum ein Dominoeffekt mit der „Landflucht“ vor allem junger Menschen ergibt.

In Hessen ist die hausärztliche Versorgung schon heute in einigen Regionen knapp oder deutlich unterhalb der Normalversorgungsgrenze (z. B. Darmstadt-Dieburg, Landkreis Fulda). Die Situation wird sich bereits in den nächsten fünf bis sechs Jahren landesweit dramatisch verschlechtern.¹

Eine genauere Analyse zeichnet ein noch beunruhigenderes Bild: Für den Landkreis Hersfeld-Rotenburg konnte z. B. gezeigt werden, dass zwar die größeren Städte und ihr „Speckgürtel“ noch ausreichend versorgt sind, aber in den Randgebieten des Kreises bereits jetzt Versorgungsgrade von unter 75% bestehen.²

1.2 Hausärztlicher Nachwuchs: Ärzte im Förderprogramm Allgemeinmedizin

Das gesetzlich festgelegte „Förderprogramm Allgemeinmedizin“ verpflichtet die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Krankenkassen sowie die Kassenärztliche Vereinigung zur finanziellen Unterstützung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin. Während der klinischen Weiterbildungszeit werden monatlich 1.020 €, in der Praxisphase 2.040 € an die Weiterbildungsstätte gezahlt.

Im Jahr 2008 waren in Hessen 338 Ärzte im Förderprogramm Allgemeinmedizin registriert.

Davon waren 93 in Kliniken (Jahreskontingent der Förderung: 202 Ärzte) und 245 in Arztpraxen beschäftigt. Im Vorjahr (2007) lag die Zahl jeweils noch um 10 % höher.³

1.3 Wie viele junge Fachärzte für Allgemeinmedizin lassen sich nieder?

Im Jahr 2007 sind in Hessen 190, 2008 dann 193 Ärzte aus der hausärztlichen Versorgung ausgeschieden. Dagegen wurden 2007 nur 187, im Jahr 2008 sogar nur 90 Hausärzte neu zugelassen⁴. Somit zeigt sich schon heute eine negative Bilanz: Es gibt keine ausreichende Zahl von Nachfolgern für die ausscheidenden Hausärzte.

1.4 Ursachen des Nachwuchsmangels in der Allgemeinmedizin

1.4.1 Fehlende Struktur der Weiterbildung

In Hessen ist die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zwar formal geregelt, eine konkrete Organisationsstruktur fehlt aber weitgehend. Fachärzte für Innere Medizin können diese Lücke nicht wirksam schließen, da sie in der Regel ausschließlich in (mehr oder weniger spezialisierten)

Kliniken weitergebildet werden und ihnen somit die spezifische Qualifikation und Kompetenz für die Hausarztversorgung fehlt.

Die Organisation und Koordination der Weiterbildung ist derzeit im Fach Allgemeinmedizin so kompliziert, dass viele junge Ärzte abgeschreckt werden. Im Unterschied zu den Spezialfächern müssen mehrere Fach- und Stellenwechsel organisiert werden, was eine Fülle von praktischen Problemen nach sich zieht. Ein Angebot so genannter Weiterbildungsverbände, die die notwendige Fächerabfolge für die Ärzte in Weiterbildung sowohl in der Klinik als auch in der Praxis organisieren, ist bisher nur an wenigen Orten Hessens etabliert.

1.4.2 Schlechte Bezahlung während der Praxisphase

Künftige Allgemeinärzte müssen im Rahmen der fünfjährigen Weiterbildungszeit eine mindestens zweijährige Weiterbildungsphase in der Praxis eines weiterbildungsermächtigten Allgemeinarztes absolvieren. Im Vergleich zur Weiterbildungszeit in der Klinik ist das Gehalt der Betroffenen während der Praxiszeit jedoch trotz der dann zumeist längeren Berufserfahrung deutlich geringer. Hier greifen die Tarifverträge nicht. Während das Gehalt für Ärzte in Weiterbildung in den Kliniken zwischen 3.900 Euro im ersten und 4.200 Euro im dritten Weiterbildungsjahr liegt⁵, erhält der Weiterbilder in der Praxis einen Zuschuss von monatlich 2.040 Euro, von dem er den Arzt in Weiterbildung bezahlt. Somit liegt das Gesamtgehalt des angehenden Allgemeinarztes in der Praxiszeit⁶ im Vergleich zu einem Arzt in der Krankenhausweiterbildung um bis zu 2.000 Euro niedriger! Diese Gehaltseinbußen können zu existenziellen finanziellen Engpässen bei den Ärzten in Weiterbildung führen, schrecken junge Mediziner ab und demotivieren sie.

Die zur Weiterbildung befugten hausärztlichen Praxen haben aufgrund eines begrenzten Regelleistungsvolumens kein höheres Einkommen, wenn sie einen Arzt in Weiterbildung beschäftigen. Daher sind die Möglichkeiten sehr begrenzt, Ärzten in Weiterbildung ein höheres Gehalt zu zahlen.

In der vertragsärztlichen Versorgung sind die Allgemeinmediziner regelmäßig am unteren Ende der Einkommensskala aller Facharztgruppen zu finden, was sich auch mit Einführung des neuen Abrechnungssystems nicht geändert hat.⁷

1.4.3 Fehlende Bekanntheit der guten Zukunftsperspektive, abschreckende Faktoren

Die Zukunftsperspektive des Facharztes für Allgemeinmedizin ist derzeit gut. Das müsste bereits den Medizinstudierenden vermittelt werden. Gerade der Mangel an Hausärzten, neue Formen der Berufsausübung, Teilzeittätigkeit sowie zunehmend geregelte Notdienste machen den Beruf attraktiver.

Abschreckend sind lange Arbeitszeiten bei relativ niedrigem Einkommen. Zudem müssen für die Niederlassung oder das Einsteigen in eine Praxis große Darlehen aufgenommen werden. Auch die Gefahr von Regressforderungen durch die Krankenkassen lassen die Arbeit eines Praxisinhabers wirtschaftlich riskant erscheinen.⁸

Zusätzlich ist das Image des Facharztes für Allgemeinmedizin ein Manko. Die vielfach – auch unter Fachspezialisten und Krankenhausärzten – verbreitete Ansicht, der Allgemeinmediziner habe „von vielem etwas und von nichts richtig Ahnung“, erscheint nicht attraktiv. Hier ist die Vermittlung eines positiven Leitbildes notwendig, zu dem gerade auch das Medizinstudium beitragen kann.

1.4.4 Wandel des Arztbildes im Fach Allgemeinmedizin

War früher der Hausarzt für nahezu alle Gesundheitsprobleme zuständig, so haben sich die Aufgaben der Allgemeinmedizin in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Gerade in einem System zunehmender Spezialisierung sind Ärzte notwendig, die eine kompetente Koordinationsfunktion übernehmen. Der Generalist als Primärversorger betreut seine Patienten über viele Jahre. Dies führt zu einer umfassenden Sichtweise, die ein Fachspezialist nicht haben kann. Hausärzte haben eine hohe Kompetenz in der Versorgung chronisch Kranker, der Präventionsmedizin, der Hausbesuchstätigkeit, der psychosomatischen Grundversorgung, der Rehabilitation und der Notfallmedizin. Sie haben zusätzlich eine Steuer- und Filterfunktion im zunehmend komplexer werdenden Gesundheitssystem. Eine teurere und nicht immer notwendige Behandlung bei Fachspezialisten kann häufig vermieden werden. Damit fällt ihnen eine wichtige Aufgabe bei der Effizienzsteigerung zu.

1.4.5 Verhältnis Spezialisten zu Generalisten

Wie die folgende Tabelle zeigt, kam es in den letzten Jahren bundesweit zu einer Zunahme der Fachspezialisten gegenüber den Primärärzten (Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten, Pädiater).

Jahr	Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung	
	Allgemein-/ Praktische Ärzte, Internisten, Kinderärzte		Alle anderen Facharztgruppen	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
1991	44.521	60,1%	29.542	39,9%
1992	45.831	59,3%	31.445	40,7%
1993	62.375	59,7%	42.181	40,3%
1994	62.340	58,7%	43.900	41,3%
1995	62.477	58,1%	45.020	41,9%
1996	59.828	54,8%	49.290	45,2%
1997	60.244	54,6%	50.151	45,4%
1998	59.120	52,5%	53.563	47,5%
1999	59.188	52,4%	53.746	47,6%
2000	59.601	52,3%	54.418	47,7%
2001	59.555	51,6%	55.890	48,4%
2002	58.844	50,7%	57.221	49,3%
2003	58.718	50,3%	57.977	49,7%
2004	58.837	50,3%	58.153	49,7%
2005	58.698	49,9%	58.849	50,1%
2006	58.602	49,5%	59.675	50,5%
2007	58.304	49,1%	60.554	50,9%

Quelle: Kopetsch 2003, 44; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008, eigene Berechnungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

1.4.6 Verändertes Rollenverständnis von Mann und Frau

Durch ein verändertes Rollenverständnis von Mann und Frau in der Gesellschaft spielen Frauen auch in der ärztlichen Tätigkeit eine immer größere Rolle. So sind heute über 60 % der Studienanfänger im Fach Humanmedizin in Deutschland weiblich (steigende Tendenz⁹) – der Frauenanteil an den Vertragsärzten erreichte 2007 bereits 35,1 % (2000: 32,9 %). Besonders in der Allgemeinmedizin ist der Anteil an Frauen überproportional hoch und nimmt weiter zu. Eine veränderte Aufgabenteilung von Mann und Frau macht neue Konzepte für Beruf und Karriere notwendig, die berücksichtigt werden müssen, wenn das Problem des Hausarztmangels gelöst werden soll.

2 Internationale Erfahrungen: Welche Konzepte mit Vorbildfunktion gibt es in ausgewählten anderen Ländern?

Länder, deren Weiterbildung zum Allgemeinarzt als beispielhaft gilt, weisen einige Gemeinsamkeiten auf, aus denen sich Maßnahmen für eine Verbesserung der Situation hierzulande ableiten lassen. Großbritannien^{10 11}, die Niederlande¹², skandinavische Länder, Kanada, aber auch die Vereinigten Staaten¹³ bieten hier wichtige Anregungen.

In diesen Ländern ist die Weiterbildung grundsätzlich regional koordiniert. Damit ist sichergestellt, dass Ärzte eine feste Folge von didaktisch sinnvollen Tätigkeiten in Krankenhaus und Praxis durchlaufen (sog. Verbundweiterbildung). Die Weiterbildungsstätten werden regelmäßig daraufhin überprüft, ob sie den qualitativen, insbesondere didaktischen Anforderungen genügen. Die Weiterbilder müssen spezifische Ausbildungen („train the trainer“) durchlaufen und genießen unter ihren Kollegen ein besonderes Ansehen. Mit ihrer Erfahrung und Begeisterung stellen sie ein wichtiges motivierendes Element dar. Sie geben den Ärzten in Weiterbildung regelmäßig eine Rückmeldung in Bezug auf die erworbene Kompetenz, aber auch noch zu füllende Lücken. Außerdem werden regional Seminare und andere Weiterbildungsveranstaltungen angeboten, um Probleme aus der Praxis in kleinen Gruppen zu diskutieren und Lösungen zu entwickeln. Die o. g. Weiterbildung wird von öffentlichen Einrichtungen (z. B. Universitäten) koordiniert und zumindest teilweise finanziert. Selbst in den USA werden dafür jährlich 2 ½ Mrd. \$ ausgegeben.

In großen Flächenländern (Vereinigte Staaten, Australien, Kanada) gibt es spezielle Programme, um die Versorgung ländlicher Gebiete sicherzustellen. Medizinstudenten, die selbst aus ländlichen Gebieten oder Kleinstädten stammen, sind eher motiviert, dort auch wieder tätig zu werden. Dies wird unterstützt durch universitäre Lehrveranstaltungen für spätere Landärzte/innen sowie spezielle Fördermaßnahmen wie z. B. Praktika in Landpraxen, kleinen Krankenhäusern oder Landärzten als Mentoren.¹⁴

3 Maßnahmen zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung in Hessen

3.1 Anreize schaffen, als Allgemeinarzt in ländlichen Gebieten zu arbeiten

Wie in anderen Ländern (z. B. USA, Schottland, Australien, Kanada und Neuseeland) ist die medizinische Grundversorgung auch in Deutschland vor allen in den ländlichen Gebieten gefährdet. Hierfür gibt es mehrere Ursachen, die das Sondergutachten 2009 des „Sachverständigenrates zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen“¹⁵ klar benannt hat.

Drei Ansatzpunkte erscheinen hier sinnvoll:

1. Eine Finanzierung des Studiums für diejenigen, die sich verpflichten, auf dem Land zu arbeiten.¹⁶ Auch in Deutschland könnte ein Förderprogramm analog zum „Physician Shortage Area Program (PSAP)“ eingerichtet werden. Dort wurden speziell Studierende und Ärzte aufgenommen, die längere Zeit im ländlichen Raum gelebt haben und sich vorstellen können, dort als Arzt für Allgemeinmedizin zu arbeiten.
2. Bezahlung mindestens nach den bislang nur für Kliniken geltenden Tarifverträgen für Ärzte während der gesamten Weiterbildung Allgemeinmedizin – bei Verpflichtung, einen definierten Zeitraum (z. B. vier Jahre) auf dem Land zu arbeiten, auch höhere Gehälter.
3. Erleichterung der Niederlassung durch finanzielle Förderung und Entwicklung neuer Arbeits- und Niederlassungsmodelle. Es wären zum Beispiel öffentliche Gebietskörperschaften (wie Gemeinden) als Träger von Hausarztpraxen denkbar sowie günstige Darlehen oder eine neue Arbeitsteilung in den Praxen, das Einbeziehen anderer Berufsgruppen, die Errichtung von Arztzentren, größeren Primärversorgungspraxen und medizinischen Versorgungszentren.

Neben diesen Maßnahmen ist die flächendeckende Einrichtung von Notdienstzentralen wichtig, um Bereitschaftsdienste auf dem Lande tätiger Hausärzte zu minimieren und damit mehr Freizeit und Zeit für die Familie zu ermöglichen. In diesem Sinne organisiert und plant die Kassenärztliche Vereinigung Hessen bereits die Einrichtung und gegebenenfalls Fusion zentraler Bereitschafts- und Vermittlungszentralen, um die Präsenzzeiten von Hausärzten zu verringern.¹⁷

3.2 Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstruktur und -kultur

3.2.1 Weiterbildungsverbände

Die Organisation der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin kann deutlich erleichtert werden, indem flächendeckend Weiterbildungsverbände etabliert werden. Dazu hat die zuständige Fachgesellschaft „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ (DEGAM) einen konkreten Leitfaden erstellt. Die Weiterbildungsverbände koordinieren die Fächerabfolge und verbessern die individuelle Betreuung. Die Anzahl der notwendigen Arbeitsverträge in verschiedenen Kliniken und Praxen wird für den Einzelnen auf ein Minimum reduziert, um den damit verbundenen persönlichen und bürokratischen Aufwand zu verringern. Erste praktische Erfahrungen mit Weiterbildungsverbänden liegen in Hessen bereits vor, z. B. am Universitätsklinikum Marburg (seit 2002).

3.2.2 Strukturierte Fortbildungs- und Weiterbildungstreffen

3.2.2.1 Seminarfortbildung

Für die Qualität der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin sind regelmäßige Seminarfortbildungsveranstaltungen von größter Bedeutung. Sie erweitern nicht nur die Kompetenz in Bezug auf wichtige Praxisprobleme, sondern stärken auch die Motivation für die künftige hausärztliche Tätigkeit. Diese Seminare können von den universitären Instituten für Allgemeinmedizin inhaltlich, didaktisch und organisatorisch unterstützt sowie von einem erfahrenen Allgemeinmediziner moderiert werden. Sie sollten als Pflichtveranstaltung für die Ärzte in Weiterbildung festgelegt werden und somit als Arbeitszeit gelten.

3.2.2.2 Weiterbildungstreffen

Zur Förderung des Austausches untereinander werden von der HESA („Hessische Allgemeinmedizin“) monatlich regionale Weiterbildungstreffen organisiert. Da Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin häufig isoliert voneinander arbeiten, sind solche Treffen zum Austausch und zur Vernetzung wichtig. Auch Studierende im Praktischen Jahr in der Allgemeinmedizin sollten an den Treffen teilnehmen können, um die schwierige Übergangsphase vom Studium in die Weiterbildung zu erleichtern und die Motivation zu fördern.

3.2.3 Unterstützung der Ärzte in Weiterbildung durch Mentoren

Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin sollten von einem Mentor aus dem Kreis weiterbildungsberechtigter Allgemeinmediziner unterstützt werden. Dieser steht ihnen für fachliche Fragen zur Verfügung, aber auch bei Entscheidungen über die künftige Weiterbildung. Durch ihr Vorbild können auch Mentoren die Motivation zur hausärztlichen Tätigkeit wesentlich unterstützen.

3.2.4 Qualitätsentwicklung in Weiterbildungsstätten

Bisher vergibt die Landesärztekammer die Befugnis zur Weiterbildung fast ausschließlich auf Grund von formalen Kriterien. Eine inhaltliche und didaktische Vorbereitung von Weiterbildunglern ist dringend erforderlich. Als Modell können die bisherigen Seminare „Die Praxis als Lernort“ der Arbeitsgemeinschaft Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen (AWAH) dienen. Weiterbildungsstätten sollten entsprechend expliziter Qualitätskriterien akkreditiert werden, wozu bereits verschiedene Vorschläge gemacht worden sind („AWAH“¹⁸ sowie äquivalente Richtlinien zur Akkreditierung von akademischen Lehrpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin Frankfurt¹⁹).

3.3 Einrichtung von Koordinierungsstellen für Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main und Marburg

Das Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung²⁰ empfiehlt die Einrichtung von Koordinierungsstellen für die Weiterbildung Allgemeinmedizin auf Landesebene, um die Verbundweiterbildung zu fördern, was u. a. in Sachsen-Anhalt bereits geschah.²¹

Die Universitäts-Institute für Allgemeinmedizin in Frankfurt und Marburg sind aufgrund ihrer spezifischen Kompetenz geeignet, die Weiterbildung Allgemeinmedizin fachlich zu begleiten und können die Funktion von Koordinierungsstellen übernehmen (Aufgaben und Funktionen werden in Kapitel 4.1 beschrieben). Die dadurch erreichte wissenschaftliche Anbindung der Ärzte in Weiterbildung

stärkt die nahtlose Integration neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Weiterbildung. Darüber hinaus können hier schon Studierende gezielt für eine nahtlose Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin gewonnen werden.

Die Institute für Allgemeinmedizin haben ein genuines Interesse daran, den Nachwuchs in der Allgemeinmedizin zu fördern und können daher Studierende und junge Ärzte am besten motivieren und unterstützen. In Baden-Württemberg führt eine von der Universität Heidelberg koordinierte Weiterbildung des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin bereits zu einem deutlichen Anstieg der Bewerberzahl²². Die Landesärztekammer gibt mit der Weiterbildungsordnung den Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin vor und organisiert die Facharztprüfung.

3.4 Anreize für Studierende, Allgemeinmediziner zu werden

Indem das universitäre Lehrangebot der Allgemeinmedizin ausgebaut und das Praktische Jahr (PJ) in allgemeinmedizinischen Praxen gefördert wird, können die Studierenden schon früh an dieses Fach herangeführt werden. Ferner wäre eine Anerkennung des Praktischen Jahres auf die Weiterbildung Allgemeinmedizin, wie sie im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe bereits in Abänderung des Heilberufsgesetzes erfolgt, ein weiterer Anreiz. Daneben können die monatlichen Veranstaltungen der HESA, die auch für Studierende im Praktischen Jahr zugänglich sind, Interesse bei den Studierenden für das Fach und die Weiterbildung weiter fördern.

3.5 Neue Tätigkeits- und Arbeitszeitmodelle für Allgemeinmediziner

Der Gesetzgeber hat die Möglichkeiten, in der Praxis tätig zu werden, vor allem durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz entscheidend erweitert. Während früher die freiberuflich-selbständige Form – meist als Einzelpraxis – das einzige Modell war, sind jetzt vielfältige Gemeinschaftsformen, Angestelltentätigkeit und Teilzeitarbeit möglich.

Weitere Ansätze sind jedoch notwendig, um die Arbeit als Hausarzt attraktiver zu machen. Kommunen könnten z. B. als Träger von Hausarzt- bzw. Primärversorgungspraxen fungieren, um die Einstiegsschwelle zur Niederlassung zu senken. Dies kann auch ein Modell für unterversorgte Regionen werden. Die auch für die Primärversorgerebene sinnvolle Einrichtung ärztlich geleiteter Medizinischer Versorgungszentren und Gemeinschaftspraxen sollte von den Kassenärztlichen Vereinigungen ebenso gefördert werden, wie die Schaffung von Teilzeitmodellen, flexiblere Arbeitszeitgestaltung und Vertretungsmöglichkeiten. Daneben sollten Wiedereinstiegsurse in die hausärztliche Tätigkeit angeboten werden.

4 Strukturen zur nachhaltigen Förderung der hausärztlichen Versorgung in Hessen

4.1 Koordinierungsstellen

Zur Sicherung und Weiterentwicklung der allgemeinmedizinischen Versorgung in Hessen wird die Einrichtung von zwei regional arbeitenden Koordinierungsstellen in Frankfurt am Main sowie in Marburg vorgeschlagen.

4.1.1 Aufgaben und Funktionen

Die Koordinierungsstellen sollen vor allem die im Folgenden beschriebenen Aufgaben übernehmen, für die es bisher in Hessen keine umfassend verantwortliche Einrichtung gibt. Darüber hinaus sollen Aufgaben und Funktionen zusammengeführt werden, die bislang auf unterschiedliche Orte bzw. Institutionen verteilt bzw. unkoordiniert sind. Damit soll nicht nur eine bessere Abstimmung und gegenseitige Information der Beteiligten erzielt werden, sondern auch eine verlässliche Anlaufstellen für Ärzte, Institutionen (z. B. Gemeinden) und die Öffentlichkeit zur Verfügung stehen.

Angelehnt an internationale Vorbilder, das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg sowie das Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung, sollen folgende Aufgaben im Vordergrund stehen:

I. Maßnahmen zur Motivations-Förderung des ärztlichen Nachwuchses

1. **Öffentlichkeitsarbeit, Marketing** zur Gewinnung von Nachwuchsärzten (gezielte Anwerbung, auch außerhalb Hessens bzw. Deutschlands): Erarbeitung von hessenspezifischen Informationsmaterialien (Flyer, Anzeigenkampagnen etc.), Etablierung eines webbasierten Portals mit allen relevanten Informationen, Durchführung von Rekrutierungsveranstaltungen für Studierende, junge Ärztinnen und Ärzte, Gemeindevertreter/innen, Weiterbildungseinrichtungen, Hausarztpraxen in Hessen und darüber hinaus.
2. **Motivation von Studierenden** zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, u. a. durch spezielle Lehrveranstaltungen und Informationsangebote an den hessischen Universitäten (Blockpraktikum Allgemeinmedizin), insbesondere für Absolventen/innen des Praktischen Jahrs in akademischen Lehrpraxen.
3. **Etablierung und Umsetzung eines Stipendienprogramms** (z. B. zur finanziellen Unterstützung von Studierenden, die sich zu einer mindestens fünfjährigen Tätigkeit im ländlichen Raum verpflichten).

II. Weiterbildung zum Allgemeinarzt, zentrale Koordination und Förderung der Qualität

1. **Anlaufstelle für Nachwuchsmediziner/innen**, die an einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung interessiert sind oder sich bereits in Hessen in entsprechender Weiterbildung befinden.
2. **Anlaufstelle für Kliniken**, die an der Weiterbildung Allgemeinmedizin bzw. an der Beschäftigung von Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung interessiert oder beteiligt sind.
3. Einrichtung einer hessenweiten **Stellenbörse** zur Vermittlung von Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung.
4. **Initiierung, Unterstützung und Koordination von regionalen Weiterbildungsverbänden.**

5. **Verwaltung und Verteilung von Fördermitteln und Förderzuschüssen** (u. a. aus dem Initiativprogramm Allgemeinmedizin) nach festgelegten und transparenten Kriterien.
6. **Sicherstellung einer tarifgerechten Vergütung** in der gesamten Weiterbildung Allgemeinmedizin mit dem Ziel einheitlicher Vertragsgestaltung (Ziel: ein Vertrag aus einer Hand für die gesamte Weiterbildung).
7. **Auswahl, Qualifizierung** ("Train the Trainer"-Kurse) **und Betreuung von Weiterbildungsbefugten und Mentoren.**
8. **Organisation und Unterstützung** von weiterbildungsbegleitenden **Mentorengruppen.**
9. Sicherstellung der **Umsetzung von Weiterbildungsinhalten** durch regelmäßig stattfindende **begleitende Seminare.**
10. **Akkreditierung** geeigneter Weiterbilder und Weiterbildungseinrichtungen.
11. **Evaluation** von Weiterbildungsbefugten und Weiterbildungseinrichtungen zur **systematischen Qualitätsförderung** der Weiterbildung, inkl. Befragung von Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung, Organisation und Durchführung von Begehungen der Weiterbildungseinrichtungen.

III. Niederlassung in der Praxis

1. **Anlaufstelle für Hausarztpraxen**, die eine/n Ärztin/Arzt in Weiterbildung, eine/n angestellte/n Ärztin/Arzt, eine/n Partner/in oder eine/n Nachfolger/in suchen oder beschäftigen.
2. **Anlaufstelle für Gemeinden**, die Hausärzte/innen suchen.
3. Einrichtung einer **Praxisbörse** zur hessenweiten Vermittlung von Nachfolgern für vakante Hausarztsitze.
4. Entwicklung und Unterstützung von **speziellen Programmen (in Aus- und Weiterbildung) zur Vorbereitung auf eine Tätigkeit als Hausarzt/ärztin im ländlichen Raum** sowie in unterversorgten Gebieten.
5. **Unterstützung bei der Verbesserung von Niederlassungsbedingungen**, insbesondere im ländlichen Raum (Beratung von potenziellen Praxisabgebern, Gemeinden etc.); Förderung von innovativen Praxismodellen.

4.1.1.1 Einrichtung eines Beirates

Die Ausrichtung und Weiterentwicklung der Koordinierungsstellen an den beiden Standorten soll durch einen gemeinsamen **Beirat** begleitet werden. Mitglieder des Beirates sollten sein:

- 3 Vertreter der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung bzw. jungen Allgemeinärzte (bis 5 Jahre nach der Facharztprüfung), vorgeschlagen von HESA / JADE
- 1 Vertreter der zur Weiterbildung befugten Ärztinnen/Ärzte aus dem Kreis geförderter Weiterbilder
- 1 Vertreter der Landesärztekammer Hessen / des allgemeinmedizinischen Beirats der Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen
- 1 Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- 1 Vertreter der Landeskrankenhausgesellschaft
- 1 Vertreter des Hausärzteverbands Hessen
- 1 Vertreter der hessischen Krankenkassen

- 1 Vertreter der Landesregierung (Sozialministerium oder Wirtschaftsministerium)
- 1 Vertreter des hessischen Landkreistags
- 1 Vertreter des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt
- 1 Vertreter der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Universität Marburg
- 1 Vertreter des Lehrbereichs Allgemeinmedizin der Universität Gießen
- 2 fachlich ausgewiesene Vertreter, die von den vorgenannten Mitgliedern als Experten mit einschlägiger Expertise (z. B. für Erwachsenenbildung, Evaluation, juristische Aspekte o. ä.) gemeinsam benannt werden.

4.1.2 Regionale Struktur

Um die vorgenannten Aufgaben und Funktionen sowie eine wohnortnahe, flächendeckende Versorgung in ganz Hessen sicherzustellen, ist sowohl eine funktionale als auch eine regionale Differenzierung notwendig. Die Koordination soll daher von den Standorten Frankfurt und Marburg aus übernommen werden, die eng miteinander kooperieren. Auf diese Weise soll von vornherein der Gedanke einer hessenweiten Vernetzung verankert sowie die wichtige Einbindung der beiden einzigen akademisch voll etablierten Zentren in Hessen sichergestellt werden. Die beiden Standorte sollen neben einer regional abgegrenzten Zuständigkeit jeweils dezidierte Aufgaben übernehmen:

Koordinierungsstelle Frankfurt am Main

- **Regionale Zuständigkeit** für den Bereich Südhessen (Regierungsbezirk Darmstadt). Dies schließt insbesondere die regionale Organisation von Veranstaltungen zur allgemeinmedizinischen Weiterbildung aller Art (Mentorengruppen, Seminare etc.) ein.
- **Hessenweite Zuständigkeit** für Stellenbörse (auch als elektronische Plattform) für Weiterbildungsassistenten, Evaluation, Qualitätssicherung.

Koordinierungsstelle Marburg

- **Regionale Zuständigkeit** für den Bereich Mittel- und Nordhessen (Regierungsbezirke Gießen und Kassel) mit den gleichen regional ausgerichteten Aufgaben und Funktionen wie die Koordinierungsstelle Frankfurt am Main.
- **Hessenweite Zuständigkeit** für Praxisbörse (auch als elektronische Plattform) für abgabewillige Hausärzte/innen bzw. potenzielle Nachfolger, Initiierung, Organisation und Betreuung von Weiterbildungsverbänden.

4.2 Finanzbedarf

Die Umsetzung des hier skizzierten „Zukunftskonzepts Allgemeinmedizin Hessen“ erfordert eine erhebliche und nachhaltig gesicherte Anstrengung aller Beteiligten. Die hausärztliche Grundversorgung der Bevölkerung in Hessen lässt sich nicht durch einmalige oder kurzfristige „Aktionen“ sicherstellen. Wie in- und ausländische Erfahrungen zeigen, sind vielmehr nachhaltig gesicherte Strukturen sowie tragfähige Perspektiven erforderlich.

Aus Sorge um die Zukunft der Allgemeinmedizin in Hessen sind die Autoren/innen dieses Konzepts daher bereit, ihre Expertise und ihr Engagement einzubringen. Darüber hinaus sind jedoch substan-

zielle Personal- und Sachmittel zum Aufbau verlässlicher und tragfähiger Minimalstrukturen erforderlich.

In beiden Koordinierungsstellen ist ein/e erfahrene/r wissenschaftliche/r Leiter/in erforderlich, der/die über umfangreiche einschlägige Erfahrungen sowie ein hohes Maß an organisatorischer und kommunikativer Kompetenz verfügt (jeweils äquivalent 1,0 BAT Ib / Ä3). Zur Unterstützung der Leitung (sowie zur unmittelbaren Einbindung der betroffenen Ärzte/Ärztinnen in Weiterbildung / jungen Allgemeinmediziner/innen) ist jeweils ein/e Nachwuchswissenschaftler/in (jeweils äquivalent 0,5 BAT IIa / Ä2) erforderlich. Ein/e Sachbearbeiter/in (jeweils 0,5 BAT IVb) wird für die administrative Unterstützung - insbesondere den Aufbau und die Pflege diverser Datenbanken - benötigt.

Als Träger (sowie Zuwendungsempfänger) könnten – ohne Notwendigkeit zur Schaffung einer neuen Institution – die Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main und die Philipps-Universität Marburg fungieren. Eine solche Lösung (aktive Einbeziehung der akademischen Fachvertretungen an den Universitäten) wird auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfohlen²³ und ist im internationalen Kontext üblich. In zahlreichen europäischen Nachbarländern wird durch die universitäre Angliederung von Aufgaben zur „postgraduate education“ sowohl die notwendige Verzahnung zwischen Aus- und Weiterbildung als auch die optimale Nutzung der hier bereits vorhandenen Kompetenzen/Ressourcen sichergestellt.

Eine ähnliche Lösung wurde bereits in Baden-Württemberg umgesetzt, wo ein Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin an die dortigen Medizinischen Fakultäten angebinden wurde²⁴. Das dortige Kompetenzzentrum wird von der Landesregierung gefördert und von der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg koordiniert. Ein wichtiges Ziel ist die Einrichtung und Unterstützung regionaler Weiterbildungsverbände. Neben einer zentralen Rekrutierung ist auch ein begleitendes, übergeordnetes Weiterbildungsangebot für die Ärzte/innen in Weiterbildung und eine Vernetzung von Praxis, Klinik und Universität beabsichtigt. Die Ärzte/innen in Weiterbildung werden bei ihrer Karriereplanung durch Mentoren begleitet.

Das nordrhein-westfälische Kabinett hat ebenfalls ein Aktionsprogramm „Hausärztliche Versorgung“ zur Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung verabschiedet, das insbesondere die Stärkung und Einbindung der akademischen Vertretung der Allgemeinmedizin vorsieht²⁵.

Die Änderung des Artikels 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes ermöglicht eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin im Rahmen des Initiativprogramms.

Darüber hinaus wäre zu prüfen, ob evtl. auch eine Förderung im Rahmen des Programms „Übergang von der Hochschule in die Arbeitswelt und Lebenslanges Lernen (HALL) des Hessischen Ministeriums für Wissenschaft und Kunst (HMWK) sowie der Investitionsbank Hessen (IBH) in Frage kommt²⁶.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- ¹ Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2006), Prognose der hausärztlichen Versorgung in Hessen.
- ² Auel E, Ebel M, Bächle M (2009), „Land sucht Landarzt - wenn sich Fuchs und Hase Gute Nacht sagen...! - Die Zukunft der Hausarztversorgung in ländlichen Räumen - “ Hess. Ärzteblatt 70 (1): 13 - 17
- ³ Deutsche Krankenhausgesellschaft Berlin und Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2009), Tabellarische Aufstellung der Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin in Hessen.
- ⁴ Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin (2009), Jahresstatistik der Zu- und Abgänge von Vertragsärzten
- ⁵ Tarifvertrag Ärzte Hessen (2009)
- ⁶ Umfrage des Marburger Bundes (2007)
- ⁷ Quartalsabrechnung 1. Vierteljahr 2009, Info-Doc der KV Hessen, Heft 4 (09/ 2009): 4 ff.
- ⁸ Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, S. 580 www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/%DCbersicht.htm
- ⁹ www.cews.org/statistik (Acc. 04.07.09)
- ¹⁰ Dept. Of Health. Postgraduate Medical Education and Training (2001), The Medical Education Standards Board. A Paper for Consultation. Dept. of Health UK; 2001
- ¹¹ Dept. Of Health. The GP Registrar Scheme (2002), Vocational Training for General Medical Practice. Dept. of Health. The UK Guide. Dept. of Health, 2002.
- ¹² Plat E et al. (2007): Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in den Niederlanden; Gesundheitswesen 69: 1–5
- ¹³ Council on Graduate Medical Education. State and Managed Care Support for Graduate Medical Education (2004) Innovations and Implications for Federal Policy. Resource Paper. US Department of Health and Social Security. Health Resources and Services Administration. July 2004
- ¹⁴ Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Situation im Gesundheitswesen: „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, S. 563 <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/GA2009-LF.pdf> (Acc. 04.07.09)
- ¹⁵ Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Situation im Gesundheitswesen: „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, S. 556 <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/GA2009-LF.pdf> (Acc. 04.07.09)
- ¹⁶ Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland (2008): Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020. www.gmkonline.de/beschluesse/Protokoll81-GMTOP0501AnlageAOLG-Bericht.pdf
- ¹⁷ Kassenärztliche Vereinigung Hessen (2006), Power-Point-Präsentation: „Weiterentwicklung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Hessen“, Frankfurt am Main, 25.3.2006
- ¹⁸ DEGAM-Schriften Band 2 „Verbundweiterbildung zum Allgemeinarzt“, 2. Auflage 2009
- ¹⁹ Richtlinien zur Akkreditierung von akademischen Lehrpraxen für den allgemeinmedizinischen Unterricht am Institut für Allgemeinmedizin des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, gemäß Beschluss des Fachbereichsrates vom 15.9.2005.
- ²⁰ Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (2008), <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/HKkonzeptInnereAllgMed.pdf>, (Acc. 05.07.2009)
- ²¹ <http://www.aeksa.de/10ar/30weiterbildung/030koordinierungsstelle/index.html> (Acc. 05.07.2009)
- ²² <http://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/public/literatur.shtml> (Acc. 18.07.2009)

²³ Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Situation im Gesundheitswesen: „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, S. 578, Ziffer 719 <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/GA2009-LF.pdf> (Acc. 04.07.2009)

²⁴ <http://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/weiterbildung.shtml> (Acc. 18.07.2009)

²⁵ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und Ministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen (2009): „Aktionsprogramm der Landesregierung zur Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung in Nordrhein-Westfalen“.

²⁶ <http://www.foerderdatenbank.de/Foerder-DB/Navigation/Foerderrecherche/suche.html?get=5cdd9631c68920cd3366323882f65b07;views;document&doc=9987> (Acc. 18.07.2009)

Kontakt:

Verbundweiterbildung^{plus} ist ein Programm des
KompetenzZentrum Allgemeinmedizin
Baden-Württemberg

Tel +49 (0)6221 / 56-8295

Fax +49 (0)6221 / 56-1972

verbund.weiterbildung@med.uni-heidelberg.de
www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de

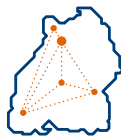
Bewerbungen:

Im Rahmen der Verbundweiterbildung^{plus} Allgemeinmedizin
Baden-Württemberg schreiben wir kontinuierlich Stellen für
Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin aus.

Nähere Informationen zu bestehenden Weiterbildungsverbün-
den in Ihrer Nähe und Einzelheiten zur Bewerbung entnehmen
Sie bitte unserer Webpräsenz:

www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de

KompetenzZentrum
Allgemeinmedizin Baden-Württemberg



www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de



Gefördert durch das Ministerium für
Wissenschaft, Forschung und
Kunst Baden-Württemberg



Gefördert durch das Ministerium für
Ernährung und Ländlichen Raum
Baden-Württemberg

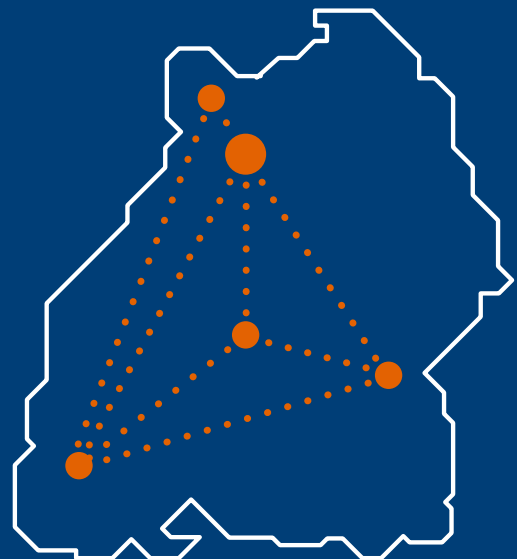
ID_3979



Universitätsklinikum Heidelberg

Verbundweiterbildung^{plus}

Allgemeinmedizin Baden-Württemberg



kontinuierlich • strukturiert • zukunftsichernd

Ein Programm des KompetenzZentrum
Allgemeinmedizin Baden-Württemberg

Ziele

Das Programm Verbundweiterbildung^{plus} bietet eine strukturierte, kontinuierliche und qualitativ hochwertige Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und trägt damit zur Hausarztversorgung der Zukunft bei.

Die Aufhebung der kollegialen Isolation und Förderung einer nachhaltigen Identitätsstiftung führt zu einer Steigerung der Attraktivität der Weiterbildung.

Konzept

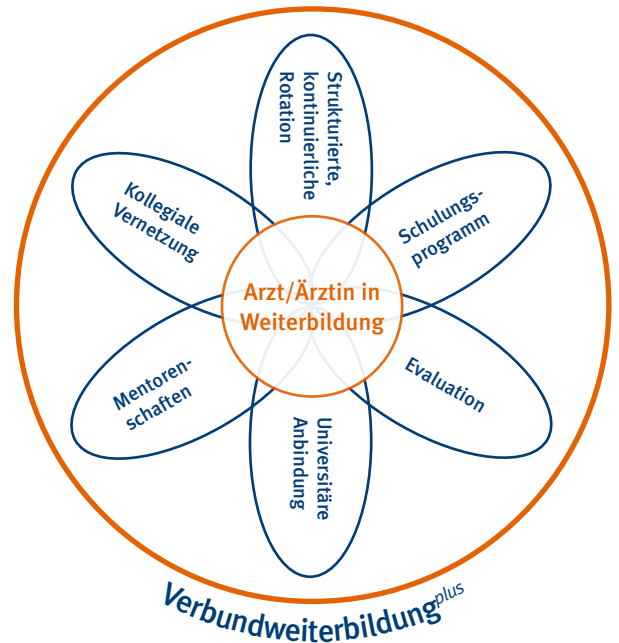
Das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg unterstützt basierend auf den Bedürfnissen der Ärzte* in Weiterbildung und aktuellen Forschungsergebnissen den Aufbau regionaler Weiterbildungsverbünde. Diese verbinden stationäre und ambulante Weiterbildungsstätten in ganz Baden-Württemberg. Die gezielte Förderung von Weiterbildungsverbänden in ländlichen Gebieten wirkt dabei dem drohendem Versorgungsmangel vor Ort entgegen.

Zum Programm der Verbundweiterbildung^{plus} gehören überregionale Weiterbildungsveranstaltungen, die Vernetzung in Weiterbildung befindlicher Ärzte, ein Mentoring-Angebot sowie die Anbindung an akademische Strukturen des Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg.

Die Verbindung von weiterbildenden Hausärzten mit ihren akademischen Abteilungen ermöglicht den konstruktiven Austausch von Erfahrungen und Forschungsergebnissen.

Die hierbei überregional und regional entstehenden Netzwerke aus Kliniken, Praxen, Weiterbildnern, Ärzten in Weiterbildung und dem Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg sollen dazu beitragen, eine flächendeckende hausärztliche Versorgung auf hohem Niveau nachhaltig zu sichern.

* aufgrund einer besseren Lesbarkeit wird im Text nur die männliche Form verwendet, schließt aber die weibliche Form ausdrücklich mit ein.



Unser Angebot an Sie...

...als Arzt in Weiterbildung

Nach individueller Beratung vermitteln wir Ihnen als Berufsanfänger oder Arzt in fortgeschrittener Weiterbildung eine strukturierte und nahtlose Rotation durch Ihre Weiterbildungsabschnitte. Begleitend bieten wir Ihnen ein Mentoring-Angebot und kostenfrei ein industrieunabhängiges Weiterbildungsprogramm mit medizinisch-fachlichen Inhalten sowie Themen zur Praxisführung an sechs Tagen pro Jahr an.

...als Weiterbildungsermächtigte

Das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Baden-Württemberg unterstützt Sie als Weiterbildende in Klinik und Praxis gerne bei der Etablierung und Organisation eines Weiterbildungsverbundes in Ihrer Region.

Besuchen Sie uns im Internet unter:
www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de