



Empfehlungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum

Stand: 10.05.2015

Präambel

Im Vergleich zu anderen Ländern zeichnet sich Deutschland durch eine dichte wohnortnahe ambulante wie stationäre ärztliche Versorgung aus. Um diese gute Versorgungslage aufrechterhalten zu können, werden mehr Ärztinnen und Ärzte benötigt. Wichtige Gründe hierfür liegen u. a. in der Zunahme der Behandlungsintensität in einer alternden Gesellschaft und in der Tatsache, dass früher nicht bekannte oder mögliche Eingriffe, Untersuchungen und Therapiemethoden in der Folge des medizinischen Fortschritts möglich geworden sind sowie in veränderten Lebens- und Arbeitseinstellungen der nachwachsenden Ärztegenerationen. Weitere Herausforderungen stellen die Zunahme regionaler Disparitäten in der ärztlichen Versorgung sowie die wachsende Unausgewogenheit des Verhältnisses zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung dar. Insbesondere die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen sowie strukturschwachen Raum bedarf gesamtgesellschaftlicher Anstrengungen.

Im Folgenden werden die Empfehlungen der Ärzteschaft zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung dargelegt.

Maßnahmenpaket I: Ärztlicher Nachwuchs

1. Ausbildung (Medizinstudium)

- a. Bedarfsgerechte Erhöhung der Zahl der Studienplätze unter Verbesserung der Qualität der Ausbildung
- b. Unterstützung der Medizinischen Fakultäten bei der Durchführung und Evaluation eines standardisierten, transparenten Zulassungsverfahrens zum Medizinstudium in Ergänzung zum Numerus Clausus unter Würdigung der Eignung für die zukünftige Ausübung des Arztberufes
- c. Stärkung der wissenschaftlichen Grundlagenausbildung und des Kompetenzerwerbs zur Einordnung von Forschungsergebnissen und damit zur schnelleren Übernahme aus der Forschung in die ärztliche Praxis
- d. Einführung eines strukturierten, studienfachbezogenen einmonatigen Praktikums in einer Einrichtung der ambulanten Versorgung vor Aufnahme des Medizinstudiums unter Anrechnung dieser Zeit auf die Länge des Pflegepraktikums
- e. Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Richtung kompetenzorientierter, integrierter Curricula, praxisnahe medizinische Ausbildung mit frühzeitigen Patientenkontakten und Stärkung der kommunikativen Kompetenzen
- f. Einrichtung allgemeinmedizinischer Lehrstühle an allen medizinischen Fakultäten sowie gezielte Förderung des Faches Allgemeinmedizin
- g. Konzentration auf die Vermittlung der Inhalte der medizinischen Grundversorgung in den patientennahen Fachgebieten
- h. Longitudinaler Unterricht und Praktika in evaluierten allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Lehrpraxen sowie Förderung der Übernahme von Patenschaften durch Hausärzte und Fachärzte

2. Weiterbildung

- a. Förderung des Interesses am Fach Allgemeinmedizin und an den patientennahen Fachgebieten unter strukturellen Förderangeboten im ländlichen Raum
- b. Angebot von Verbundweiterbildungen
- c. Erhöhung und Dynamisierung des Förderbetrags im Rahmen des Förderprogramms Allgemeinmedizin
- d. Stärkung der ambulanten Weiterbildung in allen patientennahen Fachgebieten unter Gewährleistung einer angemessenen Vergütung der Weiterzubildenden
- e. Verbesserung der Qualität der Weiterbildung u. a. durch kompetenzbasierte Weiterbildungscurricula, regelmäßige Evaluation, den Ausbau der Verbundweiterbildung, die Qualifizierung der Weiterbildungsbefugten (Train-the-Trainer-Seminare) sowie Mentorenprogramme
- f. Förderung des Quereinstiegs anderer Fachärztinnen und -ärzte in die Allgemeinmedizin

Maßnahmenpaket II: Berufsausübung

3. Attraktivität des Arztberufes

- a. Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen durch familienkompatible Arbeitszeiten, Förderung neuer Teilzeitmodelle und verbesserter Möglichkeiten, sich Arztstellen/Arztsitze zu teilen
- b. Verbesserung der allgemeinen Rahmenbedingungen (Kinderbetreuungskonzepte, schulische und außerschulische Angebote, Freizeitangebote, Unterstützung bei pflegebedürftigen Angehörigen etc.)
- c. Sinnvoller Einsatz der Ressource Arzt durch konsequente Entlastung von arztfremden und bürokratischen Tätigkeiten
- d. Förderung neuer Arbeitsformen sowie neuer Formen multiprofessioneller und interdisziplinärer Teams und einer interprofessionellen Infrastruktur (Gesundheitszentren mit Ärzten, Apotheken, weiteren Gesundheitsberufen, ambulante Pflege, Kooperation mit Kliniken)
- e. Akzeptanz der Delegationsentscheidung eines Arztes und Finanzierung der auf Grund der Delegation erbrachten Leistungen
- f. Weiterentwicklung innovativer, an die jeweilige Versorgungssituation einer Region angepasster sektorenübergreifender Versorgungskonzepte
- g. Weiterentwicklung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und des Notarztwesens (Rettungswesen) in eine verzahnte und sich ergänzende Struktur in der Fläche
- h. Weiterentwicklung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes durch Zentralisierung, z. B. durch Notfallpraxen an den Krankenhäusern, verzahnt mit den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser

4. Rahmenbedingungen

- a. Unterstützung bei der Niederlassung, weiterer Ausbau der Einstiegshilfen wie Eigenrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen etc.
- b. Investitionen der Kommunen in eine für die Bevölkerung sichtbare ärztliche Versorgung auf dem Lande („sichtbare Infrastruktur“)

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum

- c. Unterstützung der Ansiedlung von Hausärztinnen und -ärzten durch die Kommunen im Rahmen ihrer Möglichkeiten (Schul- und Kindergartenplätze für die Kinder, Immobiliensuche, Arbeitsplätze für die Partner)
- d. Sektorenübergreifende Versorgungsplanung durch Stärkung der Gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V

Regionale Versorgungsengpässe gemeinsam bewältigen

Trotz der vielfältigen Einzelmaßnahmen und ersten positiven Signale bedarf die Sicherstellung der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung besonderer weiterer Anstrengungen. Von daher besteht die Notwendigkeit, in den von Versorgungsengpässen bedrohten Regionen gemeinsame Aktionsbündnisse ins Leben zu rufen und auch neue, sektorenübergreifende Wege zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu beschreiten.