

Bericht
der Arbeitsgemeinschaft der Obersten
Landesgesundheitsbehörden
zur
Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung
in Deutschland

Die Primärversorgung in Deutschland
im Jahr 2020

Stand: 11.03.2008

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Beschluss der GMK	3
Präambel	4
Thesen zur Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020	7
1 Allgemeine Rahmenbedingungen und daraus abgeleiteter Bedarf für die hausärztliche Versorgung	7
2 Gefährdung der Sicherstellung der Primärversorgung	11
3 Möglichkeiten zur Optimierung der Primärversorgung	12
3.1 Stärker an den Bedürfnissen der Primärversorgung ausgerichtete Ausbildung in der Medizin	14
3.2 Optimierte Weiterbildung für Hausärztinnen	17
3.3 Einführung des Wahlarzt-Status	20
3.4 Ärztliche Vergütung	22
3.5 Förderung der wahlärztlichen Versorgung in hausärztlich unterversorgten Gebieten	25
3.5.1 Weitere Flexibilisierung der Arbeitsstrukturen	25
3.5.2 Angebotssteuernde Ausgestaltung der (haus)ärztlichen Vergütung	27
3.5.3 Förderung der Wiederaufnahme der Berufsausübung als Hausärztin	28
3.5.4 Förderung der hausärztlichen Versorgung als Teil der regionalen Infrastruktur	29
3.5.5 Gezielte hausärztliche Nachwuchsförderung	29
3.6 Bessere hausärztliche Vertretungsmöglichkeiten	30
3.7 Veränderte Bedarfsplanung	32
3.8 Entlastung durch andere Berufsgruppen	34
3.8.1 Übertragung von wahlärztlichen Funktionen auf Fachärzte ohne hausärztliche Weiterbildung	34
3.8.2 Ausweitung der Delegationsmöglichkeiten für Gesundheitsfachberufe und medizinische Fachangestellte	36
3.8.3 Integration selbstständig tätiger Gesundheitsfachberufe in die Primärversorgung	37
3.8.3.1 Qualifikationsanforderungen an die (neuen) Gesundheitsfachberufe	39
3.8.3.2 Darstellung der notwendigen Formen der Kooperationen innerhalb der Primärversorgung	40

Beschluss der 80. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 5.6.2007, TOP 5.10

Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland

Die Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen:

„Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder halten die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung für ein wichtiges gesundheitspolitisches Thema.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz haben bereits wichtige Voraussetzungen für die Verbesserung der Rahmenbedingungen der hausärztlichen Berufsausübung geschaffen. Es bedarf aber weiterer konzentrierter Bemühungen aller Beteiligten, um eine dauerhafte Sicherung der hausärztlichen Versorgung zu erreichen.

Die GMK beauftragt die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden in Anknüpfung an ihre vorherigen Initiativen zur Verbesserung der Situation in der Allgemeinmedizin, ein Konzept für die nachhaltige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung zu erarbeiten. Besondere Prüfpunkte sind dabei die Konsequenzen der Wiedereinführung des Arztes für Innere Medizin durch den Beschluss des Deutschen Ärztetages, die Einbindung von Gesundheitsfachberufen in die ambulante Versorgung, das Selbstvertretungsrecht der Hausärztinnen und Hausärzte bei Vertrags- und Budgetfragen sowie eine praxisnähere ärztliche Ausbildung und die Optimierung der Weiterbildung.

Die AOLG wird gebeten, bis Anfang 2008 unter Einbindung des Bundes und anderer wesentlicher wissenschaftlicher und institutioneller Partner ein umfassendes Konzept zur zukünftigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung vorzulegen. Das Konzept wird der GMK zugeleitet. Die GMK wird zeitnah entscheiden, ob eine Befassung vor oder zur nächsten GMK geboten ist.“

Präambel

Die für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) haben sich zuletzt 1995 anlässlich ihrer Sonderkonferenz in Potsdam programmatisch mit der Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung befasst. Viele der damals als weitblickend zu bezeichnenden Forderungen zur „Stärkung und Weiterentwicklung des als hausärztlich bezeichneten Teils der ambulanten ärztlichen Versorgung“ sind inzwischen umgesetzt. Beispiele aus dem damaligen Beschluss dafür sind:

- der Ausbau der interdisziplinären und berufsgruppenübergreifenden Kooperationsformen (z. B. durch MVZ)
- die Abkehr von der hausärztlichen Einzelleistungsvergütung durch Einführung von patienten- und fallbezogenen Pauschalen (durch das GKV-WSG festgeschrieben)
- eigenständige Budgetanteile für die hausärztliche Versorgung innerhalb des Gesamtbudgets der Kassenärztlichen Vereinigung (bis 2008)
- eine Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung (entsprechend in der Approbationsnovelle umgesetzt)
- ein Ausbau der allgemeinmedizinischen Lehrstühle an den Universitäten (ist z.T. erfolgt) sowie
- eine Verlängerung der Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin auf 4 Jahre (ist inzwischen von damals 3 auf 5 Jahre verlängert).

In den vergangenen Jahren haben sich aber trotz dieser Verbesserungen der hausärztlichen Rahmenbedingungen die Anforderungen an die Primärversorgung durch innerärztliche Entwicklungen sowie durch demografische und andere gesellschaftliche Veränderungen wesentlich verändert, so dass sich die Gesundheits-Ministerkonferenz seitdem immer wieder nachdrücklich für eine Unterstützung und Verbesserung der hausärztlichen Medizin ausgesprochen hat. So hat es sich die GMK 2005 zum Ziel gesetzt, insbesondere die Qualifizierung für das Gebiet der Allgemeinmedizin durch eine optimierte Aus- und Weiterbildung sowie

durch eine Erleichterung der Berufsausübung in der ärztlichen Primärversorgung zu verbessern. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sowie das GKV-WSG haben bereits einige Eckpunkte des damaligen Beschlusses aufgegriffen. Die Umsetzung weiterer Forderungen steht noch aus.

Zwar kann derzeit nicht von einem generellen Mangel an niedergelassenen Ärzten gesprochen werden, als problematisch erweist sich jedoch vorrangig die ungleiche Verteilung zwischen den Regionen und zwischen den Arztgruppen, was zu lokalen Versorgungsengpässen führt. Insbesondere die Entwicklung bei den Hausärzten gibt Anlass zur Sorge. Bis zum Jahr 2020 droht hier wegen der zunehmenden Überalterung ein Rückgang bei der Zahl der Hausärzte infolge steigender Abgangszahlen und stagnierender Zugangszahlen bei zugleich zunehmendem Versorgungsbedarf einer alternden Bevölkerung. Die bereits heute in einzelnen Regionen zu verzeichnenden Wiederbesetzungsprobleme von Hausarztsitzen dürften sich somit in absehbarer Zeit ausdehnen und verschärfen.

In Sorge um die sich weiter abzeichnende Entwicklung in der hausärztlichen Medizin beauftragte die 80. GMK im Juni 2007 die AOLG, ein Konzept für die nachhaltige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung zu erarbeiten, das über die bisherigen – wichtigen – Schritte zur Stärkung und Flexibilisierung der ärztlichen Versorgung, wie zuletzt durch das GKV-WSG und das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, hinausgehen soll.

Zur Erarbeitung dieses Konzeptes hat die AOLG eine Arbeitsgruppe eingesetzt, bestehend aus den Ländern Bayern¹, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Bremen (Federführung) sowie unter Beteiligung des BMG. Nach Anhörung des einschlägigen wissenschaftlichen Sachverständigen² und unter Einbeziehung der wesentlichen beteiligten Institutionen des Gesundheitswesens^{2a} kann der folgende Bericht

¹ Bayern ist im Dezember 2007 aus der Arbeitsgruppe ausgeschieden und hat ab Februar wieder beobachtend teilgenommen.

² Als Sachverständige wurden gehört: Frau Dr. van den Berg (Universität Greifswald), Herr Dr. Büscher (Universität Bielefeld), Herr Prof. Dr. Kochen (Universität Göttingen), Herr Prof. Dr. Rothgang (Universität Bremen), Herr Prof. Dr. Schmacke (Universität Bremen) und Herr Prof. Dr. Szecsenyi (Universität Heidelberg).

^{2a} Medizinischer Fakultätentag, Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder, Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, AOK BV für die Spitzenverbände der Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Deutscher Hausärzteverband, Verband medizinischer Fachberufe e.V..

vorgelegt werden.

Ziel war es dabei, schon heute erkennbare Entwicklungen zu analysieren und auf der Grundlage der daraus abgeleiteten Herausforderungen die notwendigen Maßnahmen für die Sicherstellung der Primärversorgung zu entwickeln, damit auch in 10 bis 15 Jahren die notwendige Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine gesicherte Regelversorgung erfüllt werden kann. Ausgehend von den heutigen Rahmenbedingungen werden unter Berücksichtigung der vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus dem In- und Ausland sowie insbesondere der europaweiten Entwicklung bei der Ausgestaltung neuer Berufsbilder im Gesundheitswesen Thesen zur künftigen Ausgestaltung der Primärversorgung formuliert. Sollten andere, heute noch nicht absehbarer Einflüsse auf die Primärversorgung zum Tragen kommen, sind diese programmatischen Aussagen entsprechend anzupassen. Es spricht aber vieles dafür, dass die aufgezeigten Entwicklungen und die daraus abgeleitenden Folgerungen zu erwarten sind. Im Wesentlichen sind gesetzgeberische Maßnahmen gefordert.

Thesen zur Primärversorgung³ in Deutschland im Jahr 2020

1 *Allgemeine Rahmenbedingungen und daraus abgeleiteter Bedarf für die hausärztliche Versorgung*

These I:

Die demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen sowie die weitere Morbiditätsentwicklung werden im Jahr 2020 zu um mindestens 20 % erhöhten Anforderungen an die Primärversorgung führen (Vergleichsjahr 2000).

Die demographische Entwicklung bis zum Jahre 2020 weist eine deutliche Steigerung des Anteils der über 65-jährigen (plus 37 % im Vergleich zum Jahr 2000) bzw. der über 80-jährigen (Steigerung plus 97 %) Bürgerinnen und Bürger auf, der sich bis zum Jahre 2050 weiter erhöhen wird⁴. Eine längere Lebenserwartung wird diese Entwicklung verstärken. Höhere Geburtenraten oder ein verstärkter Migrationsüberschuss haben auf diese Entwicklung bis zum Jahre 2020 keinen nachhaltigen Einfluss.

Erfahrungsgemäß sind die über 65-jährigen bzw. die über 80-jährigen Personen die Patientengruppen mit den höchsten Kontaktzahlen in der hausärztlichen Versorgung. Hinzu kommt, dass der hausärztliche Betreuungsbedarf von chronisch Kranken auch von deren persönlichen Umfeld abhängt. Sich vermindernde Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb des Familienverbandes, ablesbar an der steigenden Anzahl von Singlehaushalten, werden die Erwartungen an die Primärversorgung erhöhen.

In heute schon dünn besiedelten und wirtschaftsschwachen Gebieten werden durch den anhaltenden Wegzug der erwerbstätigen Bevölkerung sowie – dadurch bedingt -

³ Im Weiteren wird unterschieden zwischen der Primärversorgung, der hausärztlichen Versorgung und der Funktion des Wahlarztes:

Der umfassende Begriff Primärversorgung bezeichnet gemäß einer Veröffentlichung der WHO eine der Öffentlichkeit direkt zugängliche Spanne oder ein Paket von gesundheitlichen Leistungen der ersten Kontaktebene.

Die hausärztliche Versorgung wird als Teil der Primärversorgung durch die nach SGB V dafür berechtigten Fachärztinnen angeboten.

Die Aufgaben des Wahlarztes sind die der hausärztlichen Versorgung sowie die einer verbindlich festgelegten ersten Anlaufstelle des Versicherten, zuständig in Sachen Überweisung zum Spezialisten und zugleich Koordinator sämtlicher anfallenden Versorgungsleistungen. Der Versicherte bestimmt für eine festgelegte Zeitspanne seinen Wahlarzt.

⁴ Statistisches Bundesamt (2006): „Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung“, Wiesbaden, Vergleichsjahr ist hier 2005; bei Vergleichsjahr 2000 (=100%) ergeben sich nach eigener Berechnung auf der Basis der mittleren Bevölkerung Deutschlands (nach www.gbe.bund.de) die genannten Daten.

einen steigenden Anteil der verbleibenden älteren Bevölkerung die Anforderungen an die Primärversorgung besonders steigen.

Bis 2020 (Vergleichsbasis 2000) werden nach vorliegenden Schätzungen die (absoluten) Prävalenzraten für chronische Erkrankungen (wie Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen, z. B. Schlaganfall) zwischen 16 % und 40 % (je nach Krankheit – die einzelnen Prozentsätze sind den angegebenen Quellen zu entnehmen) - steigen⁵. Bezogen auf 100.000 Einwohner wird sich für diese Krankheitsgruppe der Prozentsatz um 30-50 % erhöhen. Besonders dramatisch wird die Entwicklung bei der Demenz eintreten. Hierbei werden Steigerungsraten bei den Erkrankungen von über 50 % im genannten Zeitraum in Fortschreibung der bisherigen Entwicklung prognostiziert (bezogen auf 100.000 Einwohner Steigerung um 61%)⁶.

Ähnliche Steigerungsraten werden bei der Pflegebedürftigkeit erwartet, wobei die Beanspruchung der Pflegestufen 1 und 2 stärker zunehmen wird als die der Pflegestufe 3.

Dieser Entwicklung kann eine stärkere Betonung der präventiven und gesundheitsfördernden Leistungen entgegengehalten werden, die zu einer Zunahme der gesunden Lebensjahre im Vergleich zur jetzigen Situation führen wird. Vielfach wird davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand der einzelnen Altersjahrgänge entsprechend der steigenden Lebenserwartung verbessert, sich die Morbidität also ins höhere Lebensalter verschiebt. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung resultiert dann vor allem aus einer stärkeren Besetzung der höheren Altersklassen. Insbesondere bei den für die hausärztliche Versorgung besonders relevanten chronischen Erkrankungen ist von einer höheren Krankheitslast auszugehen.

⁵ Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Quelle für Krankenhausbehandlung: www.gbe-bund.de - Krankenhausdiagnosestatistik

Herzinfarkt:

Quelle: Wiesner G, Grimm J, Bittner E. Vorausberechnungen des Herzinfarktgeschehens in Deutschland. Zur Entwicklung von Inzidenz und Prävalenz bis zum Jahre 2050. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2002, 45:438-445

Schlaganfall:

Quelle: Prognose des Zentrums für Altersfragen (http://gerostat.prz.tu-berlin.de/maske.py?TABLE =PROG_AG_DE&RESTRICT=YES)

Diabetes:

Quelle: Thefeld W. (1999): Prävalenz des Diabetes mellitus in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands, Gesundheitswesen 61 (1999) Sonderheft 2 S85–S89, © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York, im Internet: <http://www.thieme.de/fz/gesu/pdf/s85-s89.pdf> sowie Bundesgesundheitsurvey 1998

⁶ Demenz: Quelle: Bickel H. (2006): Die Epidemiologie der Demenz, Deutsche Alzheimer Gesellschaft, im Internet: http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/FactSheet01_01.pdf

Lässt man nach einer Studie des DIW aus dem Jahr 2001⁷ die Inanspruchnahmequoten pro Jahr für den Vorausberechnungszeitraum konstant, kann der Einfluss der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Personen, die zumindest einmal im Jahr einen Arzt aufsuchen, abgeschätzt werden. Die Zahl aller ambulant behandelte Personen (also sowohl bei Haus- als auch bei Fachärztinnen) steigt demnach von 1999 bis 2020 um 13,9 %. Diese Erhöhung basiert ausschließlich auf einer höheren Anzahl von älteren Patientinnen. Betrachtet man die Zahl der älteren Patientinnen, so nimmt der Anteil der dauerhaften Erkrankungen mit dem Alter merklich zu. Dies bedeutet, dass mit der Alterung der Bevölkerung die Behandlungsintensität und damit die Arbeitsbelastung stärker zunehmen wird, als es die Entwicklung der oben genannten Zahl von Patienten ausweist. Die Hauptlast dieser Mehrarbeit wird gemäß der bekannten 10er – Regel (von 10 hausärztlich behandelten Patienten bedarf einer spezialärztlichen Behandlung) durch die Hausärzteschaft zu schultern sein.

Auch wenn eine genaue Prognose nicht zuletzt aufgrund der nicht absehbaren Fortschritte in der Medizin mit hohen Unsicherheiten behaftet ist, kann aufgrund der demographisch nachvollziehbaren Morbiditätsentwicklung und der daraus abgeleiteten zusätzlichen Belastungen der Primärversorgung insgesamt von einer um mindestens 20 % erhöhten Arbeitslast für die Primärversorgung, allen voran für die hausärztliche Versorgung, im Jahre 2020 ausgegangen werden. Diese demographische Entwicklung wird sich bis zum Jahr 2050 fortsetzen.

These II:

Um das heutige Niveau der hausärztlichen Versorgung aufrecht zu halten, fehlen in 10-15 Jahren bis zu ca. 15.000 Hausärztinnen^{7a} in Deutschland.

Die KBV hat 2007 eine neue Prognose für die Entwicklung der Hausärztezahl bis zum Jahre 2017 vorgelegt⁸. Danach wird auf der Basis der prognostizierten Abgänge und tatsächlichen Zugänge von Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen

⁷ siehe auch: Gutachten des DIW Berlin im Auftrag des [Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie](#), Oktober 2001: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen

^{7a} Da 2020 aufgrund der heutigen Geschlechterverteilung im Medizinstudium von einer höheren Anzahl von Absolventinnen des Medizinstudiums ausgegangen werden kann, wird im Folgenden durchgehend die weibliche Form benutzt. Diese schließt die männliche Form mit ein.

⁸ Quelle: T Kopetsch . Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends, 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_09102007.pdf

Internistinnen bundesweit ein Rückgang von gut 4.000 Hausärztinnen (7,5 %) zum Bestand des Jahres 2006 berechnet. Zu einer ähnlichen Einschätzung der zugrunde liegenden Daten der hausärztlichen Versorgungslage kommt das Wissenschaftliche Institut der AOK⁹, ohne allerdings eine dezidierte Prognose abzugeben.

Hinzu kommt die in These I näher beschriebene demographisch bedingte Steigerung des Bedarfes an die hausärztliche Versorgung von mindestens 20 %. Es ist bekannt, dass das gegenwärtige System der hausärztlichen Versorgung keine wesentlichen zeitlichen Reserven mehr aufweist. Insofern ist dieser Mehrbedarf nicht durch Arbeitsverdichtung aufzufangen, sondern es bedarf, wenn man als Ausgangslage von einer zu den heutigen Verhältnissen gleichen Betreuungsintensität der hausärztlichen versorgten Patienten ausgeht, zusätzlicher hausärztlich tätiger Ärztinnen.

Bei rund 58.000 niedergelassenen Hausärztinnen werden – bundesweit betrachtet - zur Kompensation eines Mehrbedarfs mindestens (gerundet) 11.000 weitere Hausärztinnen¹⁰ benötigt. Zusammen mit dem angeführten Rückgang von 4.000 Hausärztinnen kann insofern von einer Anhaltzahl von etwa 15.000 fehlenden Hausärztinnen ausgegangen werden. Es soll jedoch betont werden, dass diese Zahl auf einer linearen Hochrechnung der jetzigen Entwicklung beruht und keine verbessernden, aber auch keine diese jetzige Situation verschlechternden Faktoren berücksichtigen kann.

Hinzu kommt die schon 2007 ungleiche Verteilung von Hausärztinnen zwischen Ost und West bzw. zwischen Stadt und Land. Diese Unterschiede sind in der Entschließung der 78. Gesundheitsministerkonferenz aus 2006: „Bericht zur Qualifizierung auf dem Gebiet Allgemeinmedizin“ ausführlich beschrieben worden und haben sich fortgesetzt. Ende 2006 werden bereits in rund ein Viertel der Planungsbereiche in Deutschland Versorgungsgrade von unter 100 % ausgewiesen. Insofern wird sich die Versorgung mit Hausärztinnen in den bereits heute nicht optimal versorgten Gebieten bis 2020 im Vergleich zu den gut versorgten Gebieten besonders verschlechtern.

Es ist jedoch festzustellen, dass in 150 Regionen noch eine Überversorgung

⁹ Quelle: Ärzteatlas – Daten zur Versorgungslage von Vertragsärzten; Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn 2007.

¹⁰ Kinderärztinnen sind in dieser Berechnung und auch in den weiteren Betrachtungen nicht berücksichtigt. Damit soll aber ihre hausärztliche Funktion für ihre spezielle Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen nicht missachtet werden.

(Versorgungsgrad größer 110 %) besteht. Diese ungleiche Verteilung von Hausärztinnen ist aber aufgrund der engen Bindung von Hausärztinnen an ihr jeweiliges Einzugsgebiet nicht durch Umsteuerungsmaßnahmen in Form von Praxisverlagerungen kurz bis mittelfristig und auf freiwilliger Basis zu nivellieren. Erfahrungsgemäß kann bestenfalls erst bei einem Wechsel der Inhaberin einer hausärztlichen Praxis über Anreize, wie sie unten aufgeführt werden, eine Umverteilung – auch innerhalb durchaus unterschiedlich mit Hausärztinnenpraxen ausgestatteten Planungsbereichen – initiiert werden.

Allerdings werden selbst in heute noch hausärztlich gut versorgten Gebieten wie zum Beispiel in Baden-Württemberg von den ärztlichen Körperschaften insbesondere im ländlichen Raum ähnliche Probleme für eine bedarfnotwendige Rekrutierung von Hausärztinnen bereits in naher Zukunft gesehen.

2 *Gefährdung der Sicherstellung der Primärversorgung*

These III:

Trotz der schon eingeleiteten Verbesserungen kann bis 2020 der zusätzliche hausärztliche Bedarf unter den gegebenen Bedingungen vor allem in strukturschwachen Gebieten ohne weitere Maßnahmen nicht gedeckt werden.

Im Durchschnitt der Jahre 2000 bis 2006 haben sich knapp 1.900 weitergebildete Allgemeinmedizinerinnen und hausärztliche Internistinnen pro Jahr niedergelassen. Um den berechneten zusätzlichen Bedarf von etwa 15.000 Hausärztinnen abzudecken, müsste sich also die Zahl der entsprechenden jährlichen Niederlassungen in den nächsten 10 Jahren nahezu verdoppeln. Da die Aus- und Weiterbildung von Hausärztinnen mindestens 11 Jahre dauert, müsste sich diese zusätzliche Bereitschaft zur hausärztlichen Niederlassung aus dem jetzigen Bestand der in der Aus- und Weiterbildung befindlichen Ärztinnen rekrutieren. Es erscheint jedoch kaum machbar, einen solchen „Richtungswechsel“ in einem mittelfristigen Zeitraum bei den heutigen Medizinstudentinnen und den in der Weiterbildung befindlichen Ärztinnen zu bewirken.

Der in den letzten Jahren leicht zunehmenden Zahl von Facharztanerkennungen für Allgemeinmedizinerinnen steht eine geringere Niederlassungsquote bei (weiblichen)

Ärztinnen gegenüber. Daher ist zu vermuten, dass sich viele Ärztinnen für Allgemeinmedizin nicht niederlassen, weil die Rahmenbedingungen bisher eine gleichzeitige Vertragsarztstätigkeit und ein Familienleben nicht zuließen. Durch die flexiblen Möglichkeiten des Vertragsarztänderungsgesetzes oder durch andere familienfreundliche Maßnahmen sind Verbesserungen möglich. Sofern aber bis 2020 die Lasten des Familienlebens dennoch im wesentlichen von den Frauen getragen werden, könnte sich dennoch der Trend zu einer zurückhaltenderen Bereitschaft zur Niederlassung der zunehmend weiblichen Allgemeinmedizinerinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen fortsetzen.

3 Möglichkeiten zur Optimierung der Primärversorgung

These IV:

Um die Primärversorgung auch 2020 sicherzustellen, bedarf es der Einführung weitreichender Maßnahmen zur Optimierung und Arbeitsentlastung innerhalb der Primärversorgung.

In der internationalen Literatur ist die Primärversorgung abhängig von den jeweiligen nationalen Gesundheitssystemen unterschiedlich beschrieben. Sie umfasst seit der sehr weiten Definition der WHO von Alma Ata (1991) nicht nur die medizinischen Aspekte der primärmedizinischen Versorgung, sondern auch die Koordination mit anderen gesundheitlichen und sozialen Diensten. Diese Definition wird auch in § 73 SGB V aufgegriffen.

Allgemein wird die Primärversorgung als Anlaufstelle und Erstkontakt in das Gesundheitsversorgungssystem angesehen, mit der Aufgabe, die medizinischen Bedarfe weiter zu klären. Ein Großteil der medizinischen Belange wird auf dieser Ebene bereits befriedigend gelöst, indem Informationen, Unterstützung und Rat gegeben werden. Für einige Patienten wird eine weitere Diagnostik innerhalb der Primärversorgung nötig sein, der sich eine Behandlung anschließen kann. Gegebenenfalls sind weitere Disziplinen oder Gesundheitsberufe in den diagnostischen Behandlungsprozess einzubeziehen. Dabei wird die verbindliche Bahnung durch den Wahlarzt (gate-keeping) im Vergleich zu einem unregelmäßigen Zugang für den weiteren gesundheitlichen Prozess in der internationalen Literatur als

vorteilhaft angesehen. Die Koordination und die Kontinuität der Behandlung verbleiben als Management in der Primärversorgung. Die Prävention wird künftig als Aufgabe der Primärversorgung an Gewicht gewinnen. Der sofortige und barrierefreie Zugang wird als wichtiges Kriterium einer gut entwickelten Primärversorgung angesehen.

In den letzten Jahren sind bereits zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Primärversorgung eingeleitet worden. Diese umfassen verbesserte Bedingungen für die hausärztliche Versorgung und eine Stärkung der Position der Hausärztinnen in der ambulanten Versorgung z.B. durch das GMG, das GKV-WSG oder insbesondere durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Ebenso kann auf die deutliche Betonung der hausärztlichen Belange in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung durch Änderung der Approbationsordnung oder durch die Unterstützung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung verwiesen werden. Außerhalb des ärztlichen Sektors sind insbesondere von den Ländern Modelle zur Integration anderer Gesundheitsfachberufe in die primärärztliche Versorgung eingeleitet worden. Dazu gehören neben gemeindeorientierten Versorgungsinitiativen unter Nutzung besonderer krankenpflegerischer Kompetenz auch die optimierten Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für verschiedene Gesundheitsfachberufe.

Aufgrund der vorgelegten Prognose reichen diese Maßnahmen aber nicht aus, um den Mangel an qualifiziertem Personal für die Primärversorgung in Deutschland in den nächsten 10-15 Jahren zu decken. Daher gilt es, alle Ansatzpunkte zu einer Verbesserung auszunutzen:

1. Medizinstudentinnen frühzeitig an die Primärversorgung heranzuführen und sie für diese Weiterbildung zu interessieren,
2. den Hausarztberuf aufzuwerten,
3. die Bedingungen für hausärztliche Berufstätigkeit attraktiver zu gestalten,
4. die Belastungen für die hausärztliche Tätigkeit zu reduzieren,
5. Entlastungsmöglichkeiten durch andere Berufsgruppen in der Primärversorgung zu eröffnen.

Die im Folgenden vorgeschlagenen Handlungsfelder zur Erreichung dieser Ziele sind im Einzelfall noch einer eingehenden Betrachtung zu unterziehen. Es soll jedoch noch einmal betont werden, dass auf Grund der Entwicklung eine Eilbedürftigkeit für die Umsetzung von Maßnahmen besteht.

3.1 Stärker an den Bedürfnissen der Primärversorgung ausgerichtete Ausbildung in der Medizin

These V:

Die allgemeinmedizinische Lehre und Forschung müssen in Deutschland flächendeckend an den medizinischen Fakultäten etabliert werden.

Bereits in seiner „Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen“ aus dem Jahre 1999 hatte der Wissenschaftsrat die Situation der Hausarztmedizin an den medizinischen Fakultäten als unbefriedigend eingestuft. Zur flächendeckenden Etablierung der hausärztlichen Medizin an allen medizinischen Fakultäten hielt der Wissenschaftsrat eine Erhöhung des entsprechenden Lehrangebots, die Institutionalisierung eines hausärztlichen Lehrbereichs mit einem Leiter/einer Leiterin im Professorenamt und eine Verstärkung der hausärztlichen Forschung für erforderlich.

These VI:

Das hausärztliche Grundwissen sollte im Vordergrund der Ausbildung stehen. Jede Studierende soll von Beginn ihres Studiums an regelmäßig in hausärztlichen Lehrpraxen hospitieren und dabei die hausärztlichen Tätigkeiten kennen lernen. Zur Vertiefung und Erweiterung der allgemeinmedizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten erscheint es angebracht, dass alle Studierenden während des Praktischen Jahres einen Ausbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin absolvieren.

Die inhaltlichen Forderungen des Wissenschaftsrats an die Lehre sind durch die (neue) Approbationsordnung für Ärzte vom 26. Juni 2003 erfüllt worden. Allerdings muss die Ausbildung weiter an die gewandelten Bedürfnisse in der gesundheitlichen

Versorgung angepasst werden. Angesichts der Überalterung der Bevölkerung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität ist eine weitergehende Stärkung der hausärztlichen und koordinierenden Fertigkeiten der Studierenden erforderlich. Hierzu gehört, dass die Studierenden nicht nur gelegentlich, sondern kontinuierlich mit den spezifischen Fragestellungen der hausärztlichen Versorgung konfrontiert werden. Bereits im ersten Semester sollten die Studienanfänger in einer Hausarztpraxis frühzeitig Kontakt mit Patientinnen und Patienten haben und danach einen chronisch Kranken für längere Zeit begleiten.

Bei der Novellierung der Approbationsordnung für Ärzte im Jahre 2003 ist die Aufnahme der Allgemeinmedizin als Pflichtfach in die Ausbildung während des Praktischen Jahres zurückgestellt worden, weil ausreichende Ausbildungsmöglichkeiten in Lehrpraxen nicht vorhanden waren. Mit der Einführung hausärztlicher Blockpraktika und des Wahlfaches hausärztliche Medizin im Praktischen Jahr durch die neue Approbationsordnung haben aber Strukturveränderungen eingesetzt, an deren Ende deutlich mehr qualifizierte und geeignete Ausbilder und Ausbildungsstätten in der hausärztlichen Medizin zur Verfügung stehen werden als früher. Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich bereits im Jahre 2005 dafür eingesetzt, dass das Fach „Hausärztliche Medizin“ als Pflichtfach in die Ausbildung während eines viergeteilten Praktischen Jahres aufgenommen wird. Dieser Beschluss wurde vom 109. Deutschen Ärztetag nachhaltig unterstützt.

Durch die zusammenhängende Tätigkeit von drei Monaten in einer Hausarztpraxis wird gewährleistet, dass alle Studierenden die klinisch-praktische Tätigkeit einer hausärztlich tätigen Ärztin kennen lernen. Auf diese Weise wird nicht nur das Verständnis der verschiedenen Versorgungsebenen (Hausärztin/Krankenhausärztin) füreinander gefördert. Die Gelegenheit zur intensiven Beschäftigung mit der hausärztlichen Tätigkeit beeinflusst auch die spätere Berufswahl.

Um das Ziel einer frühzeitigen und intensiven Befassung mit der hausärztlichen Medizin zu erreichen, muss eine ausreichende Anzahl allgemeinmedizinischer Lehrpraxen und Lehrärztinnen, die auf ihre Lehrtätigkeit didaktisch vorbereitet worden sind, mit den Fakultäten kooperieren. Für ihre zusätzliche Belastung durch die Unterrichtung von Studierenden müssen die Lehrärztinnen eine angemessene

Honorierung sowie eine Begleitung durch Supervisorinnen erhalten.

Nicht nur im praktischen Teil ihrer Ausbildung lernen die Studierenden den Umgang mit kranken Menschen und ihren Angehörigen, sie müssen auch in speziellen Lehrveranstaltungen auf die - zum Teil schwierigen - Gespräche vorbereitet werden.

Den reformierten Lehrinhalten entsprechen moderne Prüfungsformen. Insbesondere Prüfungen in Form eines Objective Structured Clinical Examination (OSCE) dienen dazu, das (allgemein-)medizinische Wissen, die klinischen Fertigkeiten und die Kommunikationsfähigkeit nachzuweisen.

These VII:

An jeder medizinischen Fakultät muss eine eigenständige, mit angemessenen Finanzmitteln ausgestattete Einrichtung (Lehrstuhl, Institut oder Abteilung) für Allgemeinmedizin, die von einer W3-Professur geleitet wird, eingerichtet werden.

Während den inhaltlichen Empfehlungen des Wissenschaftsrats weitgehend entsprochen worden ist, haben die Universitäten seine Vorschläge für die Struktur der hausärztlichen Medizin als universitärem Lehr- und Forschungsbereich nicht im erforderlichen Maße aufgegriffen. Eine von der Gesundheitsministerkonferenz eingesetzte Projektgruppe kam im Jahre 2005 nach einer Bestandsaufnahme zu dem Ergebnis, dass bis auf wenige Ausnahmen die personelle, finanzielle und sachliche Ausstattung der hausärztlichen Medizin an den medizinischen Fakultäten in Deutschland ungenügend ist. Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass sich die Situation seither entscheidend verbessert hat. Weder sind die Einrichtungen für hausärztliche Medizin den übrigen Lehrstühlen gleichgestellt, noch ist die Finanzierung der allgemeinmedizinischen Lehrpraxen gesichert.

Der Arbeitsgruppe ist bewusst, dass die Stärkung der Allgemeinmedizin besondere Anstrengungen der Universitäten, insbesondere bei der Organisation des Pflichtfaches Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr, erfordert. Angesichts der Bedeutung der hausärztlichen Medizin für die zukünftige Sicherstellung der ambulanten Versorgung muss aber von den medizinischen Fakultäten zur adäquaten Ausstattung des Faches eine Umschichtung der Finanzmittel erwartet werden.

These VIII:

Es sollte geprüft werden, ob die Studienplätze in Humanmedizin nach einem geänderten Auswahlverfahren vergeben werden können.

Ergänzend zu den speziellen Vorschlägen zur Stärkung der Allgemeinmedizin an den Universitäten ist zu prüfen, ob das Auswahlverfahren für die Studienbewerberinnen verändert werden muss. Amerikanische Untersuchungen haben gezeigt, dass Maßnahmen zur Behebung von medizinischen Versorgungsengpässen in ländlichen Regionen besonders effektiv sind, wenn sie bereits bei der Studienaufnahme ansetzen und Studierende fördern, die ein starkes Interesse an der hausärztlichen Versorgung haben. Das bisherige Verfahren zur Studienplatzvergabe in Deutschland bevorzugt über die Abiturnoten die Jahrgangsbesten; in vielen Fällen können gerade Bewerberinnen mit einer starken Motivation zur Krankenversorgung das Studium nicht aufnehmen. Es sollte deshalb ein Gutachten in Auftrag gegeben werden, in dem der Frage nachgegangen wird, welche Faktoren die Aufnahme einer hausärztlichen Tätigkeit, insbesondere in ländlichen Gebieten, beeinflussen und ob durch ein geändertes Zulassungsverfahren die Studierenden identifiziert werden können, die ein besonderes Interesse an der primärärztlichen Versorgung haben.

Ob weitere Anpassungen der Struktur des Medizinstudiums auf Grund des Bologna-Prozesses sinnvoll sind, die möglicherweise zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung beitragen können, prüft zurzeit eine andere Arbeitsgruppe der Gesundheitsministerkonferenz. Deren Ergebnisse bleiben abzuwarten.

3.2 Optimierte Weiterbildung für Hausärztinnen

Die allgemeinmedizinische Weiterbildung verläuft suboptimal. Die Koordination der einzelnen Abschnitte in Klinik und Praxis obliegt allein den Weiterbildungsassistentinnen. Da es in Deutschland nur wenige allgemeinmedizinische Abteilungen in Krankenhäusern gibt, befindet sich die angehende Allgemeinmedizinerin in Bezug auf die knappen Weiterbildungsplätze in einer ständigen Konkurrenzsituation mit fachärztlichen Weiterbildungsassistentinnen. Hinzu kommt, dass die Vergütung im ambulanten Bereich deutlich unterhalb der im

stationären Bereich gezahlten Vergütung liegt.

These IX:

Die schwierige Koordinierung der einzelnen allgemeinmedizinischen Weiterbildungsabschnitte sowie beträchtliche Vergütungsunterschiede zwischen Klinik und Praxis erschweren die Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin erheblich. Eine Optimierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung kann durch Weiterbildungsverbände erfolgen, die durch eine „Weiterbildung aus einer Hand“ und durch Zahlung einer während der ganzen Weiterbildungszeit gleichbleibenden Vergütung die oben geschilderten Mängel wett machen können.

Um die in der These IX geforderte Optimierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu erreichen, sollten die Weiterbildungsverbände wie folgt strukturiert sein:

Gesetzliche Regelungen der ärztlichen Berufsausübung, also auch der Weiterbildung, fallen in die Zuständigkeit der Länder. Diese haben die Kompetenz zur Regelung der Einzelheiten der ärztlichen Weiterbildung auf die jeweils zuständigen Ärztekammern übertragen. Von daher wäre es folgerichtig, wenn die Ärztekammern Weiterbildungsverbände errichten würden. Deren Leitungsorgan sollte nicht nur aus einem in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung erfahrenen Mitglied der Ärztekammer, sondern auch jeweils einem Vertreter der zuständigen Krankenhausgesellschaft, der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sowie einem von den Krankenkassen benannten Vertreter bestehen.

Die Geschäftsführung eines Weiterbildungsverbundes sollte durch die Ärztekammer sichergestellt werden.

Der Weiterbildungsverbund sollte folgende konkreten Aufgaben haben:

- Der Weiterbildungsverbund nimmt Meldungen von Krankenhausabteilungen und weiterbildungswilligen Praxen entgegen. Beim Weiterbildungsverbund melden sich auch die Ärztinnen, die eine Weiterbildung zu einer hausärztlichen Fachärztin absolvieren wollen.

- Der Weiterbildungsverbund koordiniert die Meldungen und vermittelt die Weiterbildungsstellen. Er organisiert des Weiteren die Abfolge der jeweiligen Stellen so, dass die Weiterbildungsassistentin eine nahtlose Weiterbildung – möglichst ohne oder nur mit geringem Ortswechsel – absolvieren kann.
- Der Weiterbildungsverbund sucht Weiterbildungseinrichtungen entsprechend ihrer Eignung aus: dies sind Krankenhäuser und entsprechend qualifizierte weiterbildungsberechtigte Ärztinnen in der ambulanten Versorgung. Bei der Auswahl geeigneter Weiterbildungseinrichtungen verfolgt der Weiterbildungsverbund das Ziel, der Weiterbildungsassistentin eine umfassende allgemeinärztliche Kompetenz zu vermitteln.
- In vom Weiterbildungsverbund organisierten Seminaren werden allgemeinmedizinische Lerninhalte vertieft. Jeder Weiterbildungsassistentin wird vom Weiterbildungsverbund eine erfahrene Hausärztin als Mentorin für die gesamte Weiterbildungszeit zur Seite gestellt.
- Der Weiterbildungsverbund nimmt die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Fördermittel entgegen und reguliert deren Verteilung. Erstrebenswert wäre, wenn die gesamte Vergütung der Weiterbildungsassistentinnen, also auch die in der Praxis gezahlte Vergütung, auf tariflicher Basis geschähe. Dabei sollte – wie bisher - ein Teil der Vergütung aus dem Initiativprogramm zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Art. 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes vom 19.12.1998, BGBl. I S. 3853, zuletzt geändert durch Gesetz vom 26.03.2007, BGBl. I S. 378) fließen, das von der GKV und der PKV gespeist wird. Darüber hinaus sollte sie weiterhin von den im Weiterbildungsverbund organisierten Weiterbildungseinrichtungen gezahlt werden. Zur Steigerung der Attraktivität der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ist als Ziel anzustreben, dass die Vergütung im Gebiet „Allgemeinmedizin“ nicht hinter der in anderen Gebieten gezahlten Vergütung zurückfällt. Tatsache ist aber, dass die Vergütung, die die Weiterbildungsassistentin in allgemeinmedizinischen Praxen erhält, deutlich geringer ausfällt, als die (auf der Grundlage eines Tarifvertrages gezahlte) Vergütung in der Klinik.
- Der Wechsel von einem anderen Weiterbildungsgebiet in das Gebiet

„Allgemeinmedizin“ sollte grundsätzlich jeder Zeit möglich sein.

Der Weiterbildungsverbund ist im Regelfall nicht der Arbeitgeber der Weiterbildungsassistentin. Arbeitsverträge werden zwischen der Weiterbildungsassistentin und dem Krankenhaus bzw. dem Praxisinhaber geschlossen. Um der Weiterbildungsassistentin eine Weiterbildung „aus einer Hand“, d.h. ohne mehrfachen Arbeitgeberwechsel, anbieten zu können, könnte erwogen werden, dem Weiterbildungsverbund die Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts (z.B. Verein, GmbH) zu geben, deren Zweck die Organisation und Durchführung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung ist. Der Weiterbildungsverbund garantiert dann der Weiterbildungsassistentin die Durchführung der gesamten Weiterbildung in einer definierten Abfolge der Weiterbildungsabschnitte und an definierten Orten und tritt als Arbeitgeber der Weiterbildungsassistentin auf. Diese verpflichtet sich zur Zahlung eines bestimmten Geldbetrages, falls sie sich die vom Weiterbildungsverbund organisierten und durchgeführten Weiterbildungsabschnitte für die Weiterbildung in einem anderen Gebiet als in einer hausärztlichen Disziplin anrechnen lassen will.

3.3 Einführung des Wahlarzt-Status

These X:

Die Hausärztin soll Wahlärztin sein. Die Versicherten schreiben sich bei ihr für eine festgelegte Zeitdauer verbindlich ein.

Mehr Spezialisierung und Arbeitsteilung erfordern in der medizinischen Versorgung zugleich mehr Kooperation und Vernetzung (Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen, Gutachten 2007). Den Hausärztinnen kommt als erste Ansprechpartnerinnen und Koordinatorinnen für die jeweils notwendige Behandlung durch andere Gesundheitsberufe (Fachärztinnen, Krankenhäuser, Gesundheitsfachberufe) eine zentrale Rolle zu. Sie sind „Anlaufstellen für eine integrierte Beratung von Menschen mit komplexen gesundheitlichen und begleitenden sozialen Problemen“; sie (...) „sollen Wegweiserfunktion im komplexen Gesundheits- und Sozialsystem übernehmen und nach Prinzipien arbeiten, die geeignet sind, komplexe Problemlagen, die durch die Situation einer älter werdenden

Bevölkerung hervorgerufen werden, zu bewältigen.“ (Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen, Gutachten 2003).

Diese Funktion bedarf einer Kontinuität im Arzt-Patient-Verhältnis. Deshalb sollte die hausärztliche zu einer wahlärztlichen Versorgung weiterentwickelt und Regelversorgung im System der GKV werden.

Dadurch wird die Position der hausärztlichen Medizin gegenüber den Patientinnen und Patienten sowie im Verhältnis zwischen den Facharztgruppen maßgeblich gestärkt, wodurch die Attraktivität für die hausärztliche Medizin deutlich erhöhen werden kann.

Die Wahlärztinnen nehmen die hausärztliche Versorgung wahr, leiten den Patienten im Bedarfsfall an Fachärztinnen und sonstige Gesundheitsberufe weiter und übernehmen die Koordination der Behandlung sowie die Zusammenführung der Behandlungsunterlagen. Ausnahmen von dem verbindlichen Zugang über die Wahlärztin sollten für Augenärztinnen und Gynäkologinnen gelten (Kinderärztinnen sind Wahlärztinnen), die direkt aufgesucht werden können. Die Teilnahme der Versicherten an der wahlärztlichen Versorgung erfolgt durch Einschreibung bei einer Wahlärztin aus dem Kreis der für diese hausärztliche Versorgung zugelassenen Ärztinnen, die stets zuerst in Anspruch genommen werden muss. Die Patienten können ihre Wahlärztin im Rahmen der vorgegebenen Frist (z. B. ein Jahr) wechseln, müssen dies aber der Krankenkasse anzeigen.

Der Unterschied zum derzeitigen Hausarztmodell besteht im Kern darin, dass bei dem Wahlarztmodell nicht die freie Arztwahl die Regelversorgung darstellt und das Hausarztmodell gemäß § 73b i.V.m. § 53 Abs. 3 SGB V gewählt werden kann, sondern dass die jederzeit freie Arztwahl als eine mit einem Sonderbeitrag verbundene Wahlleistung (wie z. B. in Dänemark) von den Krankenkassen angeboten werden kann oder anzubieten ist. Mit der Einführung des Wahlarztsystems erübrigen sich die Hausarztverträge gemäß § 73b SGB V.

In der gegliederten GKV muss sichergestellt werden, dass alle Kassen in jeder Region ihren Versicherten ein umfassendes Vertragsangebot mit Wahlärztinnen anbieten. Alles andere würde zur Risikoselektion und schweren Verwerfungen zu Lasten von Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte bzw. überdurchschnittlich

hoher Zahl von gesundheitlich beeinträchtigten Einwohnern führen.

These XI:

Für vertragliche Vereinbarungen zur Primärversorgung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sind die rechtlichen Rahmenbedingungen anzupassen. Notwendig sind flexible Vertragsformen, um eine den jeweiligen regionalen Erfordernissen adäquate wahlärztliche Versorgung anbieten zu können.

Die Diagnose, Therapie und Betreuung bei älteren Patienten unterliegen besonderen Anforderungen. Erforderlich ist eine stärkere Ausrichtung und Konzentration des Leistungsangebots auf altersbedingte Akutereignisse und ein altersbedingtes Krankheitsspektrum unter Berücksichtigung sozialer und lebensweltlicher Bezüge. Erreichbar ist dies durch eine entsprechende Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation sowie soziale Betreuung, die durch eine fachliche und sachgerechte Steuerung der jeweils angemessenen Leistungen und Angebote durch die Gesundheits- und Pflegeberufe sowie unterstützende Angehörige und/oder ehrenamtliche Helferinnen wahrzunehmen sind.

Die Versorgung ist den sich verändernden Bedarfen anzupassen sowie wohnortnah und koordiniert aus einer Hand anzubieten. Eine aufeinander abgestimmte ärztliche Versorgung, pflegerische Hilfe und unterstützende Begleitung vermeiden Behandlungsunterbrechungen, Wartezeiten, Zugangsprobleme bzw. Fehlversorgungen. Entsprechend ist die notwendige und adäquate gesundheitliche und pflegerische Versorgung sowie soziale Betreuung entweder umfassend durch eigenständig erbrachte Leistungen (ärztliche Leistungen einschließlich Leistungen anderer Gesundheitsberufe) oder in Kooperation zwischen Ärztinnen und anderen eigenständig tätigen Gesundheitsberufen sicherzustellen.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine vertragliche Ausgestaltung dieses Versorgungsangebots durch Krankenkassen und Leistungserbringer sind daher anzupassen. Um eine den regionalen Erfordernissen adäquate wahlärztliche Versorgung vereinbaren zu können, bedarf es flexibler Vertragsformen. Verträge sollten zum einen zwischen Krankenkassen und Wahlärztinnen und / oder anderen Gesundheitsberufen bzw. deren Vertretern und zum anderen für kooperative und

integrative Formen einer wahlärztlichen Versorgung möglich sein.

3.4 Ärztliche Vergütung

These XII:

Die wahlärztliche Vergütung erfolgt über eine Versorgungspauschale, die um besondere Leistungskomplexe und Einzelleistungen sowie Qualitätsanreize ergänzt werden kann. Besondere Vergütungsanreize sind für den dünn besiedelten ländlichen Raum und/oder in wahlärztlichen Einzugsbereichen mit einem signifikant hohen Anteil multimorbider bzw. älterer Einwohner erforderlich.

Die Vergütung der wahlärztlichen Versorgung soll künftig durch ein mehrschichtiges Vergütungssystem auf Basis einer Versorgungspauschale erfolgen, so dass die wirtschaftlichen Ergebnisse hausärztlicher Tätigkeit sicher kalkulierbar sind. Grundlage hierfür ist die 2009 eingeführte Euro-Gebührenordnung mit ihrer Gliederung in hausärztliche und fachärztliche Leistungen, in der die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko tragen. Haus- und Fachärztinnen verfügen über getrennte Budgets, zwischen denen es keine Verteilungsströme gibt. Die auf Landesebene zu vereinbarenden Gesamtvergütungen (Budgetgrenzen) werden für Haus- und Fachärztinnen getrennt vereinbart.

Wahlärztliche Leistungen sollen als Versorgungspauschalen abgebildet werden, die nach Morbiditätskriterien in einer Region differenziert werden. Diese werden in Anlehnung an entsprechende Vergütungssysteme im europäischen Ausland durch einen eng umschriebenen Katalog von Einzelleistungsvergütungen für besonders zu befördernde Leistungen (inklusive Hausbesuche) sowie durch qualitätsabhängige Zusatzentgelte für spezielle ergebnisorientierte Leistungen (in etwa im Verhältnis 80:10:10) ergänzt (siehe Sachverständigenrat für Gesundheit, Gutachten 1997).

Geklärt werden muss, ob die Versorgungspauschale der Ärztinnen als Versicherten- oder Patientenpauschale festgesetzt wird:

- Bei einer Versichertenpauschale schreiben sich alle Versicherten bei einer Hausärztin ihrer Wahl ein; ein Wechsel der Wahlärztin ist grundsätzlich erst

nach Ablauf einer Mindestbindungsfrist möglich. Die Versichertenpauschale wird unabhängig davon gewährt, ob die Versicherten wahlärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Damit übernimmt die Hausärztin zwar einen Teil des unterjährigen Morbiditätsrisikos, kann aber andererseits ihr wirtschaftliches Ergebnis sicher bestimmen und ihre Tätigkeit stärker präventiv ausrichten.

- Bei der Patientenpauschale erhalten die Wahlärztinnen ihre Vergütungen auf Basis der tatsächlich behandelten Patientenzahl, unabhängig von der Zahl und Intensität der Arztkontakte, so dass mögliche Anreize zur Unterversorgung oder Überweisung in das spezialärztliche System unterbleiben.

Beide Modelle führen zu unterschiedlichen Risikomischungen, die in der Pauschalvergütung zu berücksichtigen sind. Es ist in Modellversuchen zu prüfen, welche Vergütungsvariante für die hausärztliche Versorgung attraktiver ist. Auf die besonderen Anforderungen an die hausärztliche Vergütung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten wird in Punkt 3.5.2 eingegangen.

Wenn wahlärztliche Leistungen (z.B. Hausbesuche) auch von arztentlastenden oder arztunterstützenden Gesundheitsberufen auf Überweisung oder durch Delegation ausgeführt werden (siehe Punkt 3.8.3.), sind entsprechende Regelungen für die wahlärztliche Vergütung zu treffen. Dabei müssen aber diese von der Hausärztin veranlassten Leistungen aus der Versorgungspauschale zu vergüten sein, um einer ungebremsten Leistungsausweitung durch die beauftragten Gesundheitsberufe entgegen zu wirken.

These XIII:

Die Vergütung für wahlärztliche Leistungen hat sich in Relation zu der Vergütung der anderen Facharztgruppen zu verbessern.

Um die hausärztliche Tätigkeit für Absolventinnen des Medizinstudiums als Berufsperspektive attraktiver zu machen, bedarf es neben besseren Rahmenbedingungen vorrangig

- eines Imagezuwachses innerhalb der ärztlichen Profession, der nachhaltig mit

der Wahlarztfunktion erreicht werden kann, sowie

- einer verbesserten finanziellen Perspektive, die der neuen Bedeutung angemessen ist.

Zwar hat sich die Umsatzentwicklung der Hausärztinnen in den letzten Jahren stärker verbessert als bei den anderen Fachärztinnen, dennoch verdienen Allgemeinmedizinerinnen als größte Gruppe der Hausärztinnen in den meisten Ländern immer noch unterdurchschnittlich im Vergleich zu den anderen Facharztgruppen. Um die Motivation zur Aufnahme einer hausärztlichen Weiterbildung und Tätigkeit zu erhöhen, gilt es, den Einkommensabstand zu anderen niedergelassenen Fachärztinnen spürbar zu vermindern.

3.5 Förderung der wahlärztlichen Versorgung in hausärztlich unterversorgten Gebieten

3.5.1 Weitere Flexibilisierung der Arbeitsstrukturen

These XIV:

Es müssen Arbeitsstrukturen geschaffen werden, die sowohl auf die besondere Entwicklung der Versorgungsbedürfnisse in strukturschwachen, insbesondere ländlichen Räumen eingehen, als auch die beruflichen und persönlichen Bedürfnisse der Hausärztinnen berücksichtigen.

Das Vertragsarztrecht bietet insbesondere nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz von 2006 und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 u. a. durch

- die Möglichkeit der Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf in einem ansonsten nicht unterversorgten Planungsbereich,
- erweiterte Anstellungsmöglichkeiten,
- die Einrichtung von Zweigpraxen und
- Teilzulassungen

eine Reihe von Ansätzen, die strukturellen Bedingungen für die Hausarztztätigkeit in strukturschwachen bzw. dünn besiedelten Räumen zu verbessern. Die Selbstverwaltung ist aufgefordert, die bestehenden Möglichkeiten kreativ und offensiv anzuwenden.

Auf Basis der neuen rechtlichen Rahmenbedingungen, aber auch darüber hinaus, werden folgende Maßnahmen zur Vermeidung oder Linderung von lokaler Unterversorgung vorgeschlagen:

- Gezielte Förderung von Hausärztinnen-Gemeinschaften, entweder in Gemeinschaftspraxen oder im Rahmen der neuen Anstellungsmöglichkeiten.
- Gezielte Förderung „satellitenhafter Elemente“ in der hausärztlichen Versorgung (Außensprechstunden, Zweigpraxen), damit – wo immer möglich – die hausärztliche Versorgung für die Patientinnen und Patienten auch in strukturschwachen bzw. dünn besiedelten Räumen mit dem geringst möglichen Aufwand erreichbar bleibt. Diese werden durch Maßnahmen zur Erhöhung der Mobilität der Patientinnen und Patienten im ländlichen Raum ergänzt.
- Vom Grundsatz der Residenzpflicht sollte nicht nur für Zweigpraxen, sondern auch für Hauptsitze in strukturschwachen bzw. dünn besiedelten Räumen abgewichen werden können. Um Hausärztinnen aus gut versorgten Ballungsräumen für eine Tätigkeit im dünn besiedelten Umland zu motivieren und dort frei werdende Hausarztpraxen zügig nachbesetzen zu können, sind flexible arbeitsteilige Versorgungsmodelle erforderlich, die auch ein regelmäßiges Pendeln zum Arbeitsort nicht mehr ausschließen.
- Entkopplung von Sprechstunden-Versorgung und Notdiensten, auch unter Einbindung von Krankenhäusern als regionale Zentren der Notfallversorgung.
- Gezielte Förderung der Unterstützung und Entlastung der Hausärztinnen durch Gesundheitsfachberufe. Die laufenden Modellprojekte in einigen Ländern müssen ausgewertet und umsetzungsorientiert weiterentwickelt werden.
- Einrichtung von Frühwarnsystemen seitens der Kassenärztlichen

Vereinigungen, um frühzeitig die vorhandenen strukturellen und auch finanziellen Instrumente einsetzen zu können. Ziel ist, die Nachbesetzung perspektivisch frei werdender Arztsitze planvoller und früher anzugehen als bisher, um bereits bei drohender Unterversorgung gegensteuern zu können. Das Frühwarnsystem wird ergänzt durch ein internetbasiertes Informationsangebot für Interessierte (Praxisabgabebörse).

- Die Niederlassungsberatung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, in der u. a. betriebswirtschaftliche und rechtliche Grundlagen für die Praxisführung vermittelt werden, muss ausgebaut werden, damit auch Arztsitze in strukturschwachen bzw. ländlichen Räumen zügig wiederbesetzt werden können. Dazu gehört auch die aktive und frühzeitige Kontaktaufnahme mit Ärztinnen, die für zukünftige Niederlassung bzw. angestellte Tätigkeit in der ambulanten Versorgung in Frage kommen.

3.5.2 Angebotssteuernde Ausgestaltung der (haus)ärztlichen Vergütung

These XV:

Die vertragsärztliche Vergütung muss angebotssteuernd gestaltet werden und besondere Aufwendungen angemessen vergüten, die in der hausärztlichen Versorgung einer älter werdenden, multimorbiden Bevölkerung in dünn besiedelten ländlichen Räumen entstehen.

Ein neues Vergütungssystem für die hausärztliche bzw. wahlärztliche Versorgung wird in Abschnitt 3.4 dargestellt. Darüber hinaus sind für unterversorgte Gebiete zusätzliche finanzielle Anreize vorzusehen, ohne die es nicht möglich ist, die vertragsärztliche Versorgung in den ländlichen Regionen dauerhaft zu sichern. Das GKV-WSG von 2007 bietet hierzu eine Reihe von Möglichkeiten, ist aber nicht der Endpunkt. Mit den neuen Honorarregelungen ab 2009 wird das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen. Das ist insbesondere für Länder mit einer ungünstigen Morbiditätsstruktur ein Fortschritt. Dennoch stellt diese Regelung an sich keine Garantie für eine Verbesserung der Versorgung in dünn besiedelten bzw. strukturschwachen Regionen dar:

- Der § 87a (Abs.2) SGB V muss bis 2010 sicher umgesetzt werden, um

Zuschläge für unterversorgte Gebiete einheitlich für alle Kassenarten regeln zu können. Der Umfang der Leistungen und die Sicherstellung der Qualität sind vertraglich gemäß gesetzlichen Vorgaben zu vereinbaren.

- Es ist besonders darauf zu achten, dass die Orientierungswerte für unterversorgte bzw. von Unterversorgung bedrohte Gebiete nicht durch die Abschläge aufgrund regionaler Bedingungen (z. B. Orientierung an der Wirtschaftskraft) ausgehöhlt werden. Eine angemessene und steuernde Wirkung entfaltende Vergütung für Hausärztinnen ist gerade in dünn besiedelten Regionen bei der Umsetzung der Vergütungsreform sicherzustellen.
- Es ist zu gewährleisten, dass die besonderen Aufwendungen für die hausärztliche Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten angemessen berücksichtigt werden (höhere Wegekosten, Außensprechstunden) und andere finanzielle Anreize für Hausarztpraxen bzw. –stellen geschaffen werden können.
- Die zu erwartende Anhebung der Gesamtvergütung ist besonders zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten vorrangig für die hausärztliche Vergütung zu verwenden, um hier besondere Niederlassungsanreize zu schaffen.

3.5.3 Förderung der Wiederaufnahme der Berufsausübung als Hausärztin

These XVI:

Hausärztinnen müssen bei der Wiederaufnahme nach einem vorübergehenden Ausstieg aus der ärztlichen Tätigkeit (z. B. Elternzeit) unterstützt werden.

Um das Potential vorhandener Hausärztinnen auszuschöpfen, sind besondere Anstrengungen nötig, um zeitweise aus dem Berufsleben ausgeschiedenen (weibliche und männliche) Hausärztinnen den Wiedereinstieg zu erleichtern:

- Vermittlung von familienfreundlichen (Teilzeit-) Arbeitsmöglichkeiten (kooperative Strukturen, flexible Arbeitszeitgestaltung,

Vertretungsmöglichkeiten, Entkopplung Notdienst).

- Unterstützung bei der (Wieder-)Aufnahme der Weiterbildung zu familienfreundlichen Bedingungen und der anschließenden Weitervermittlung in familienfreundliche Arbeitsmöglichkeiten.
- Ärztinnen sollten nach einer Familienpause gezielt angesprochen und beim Wiedereinstieg ins Berufsleben unterstützt werden.

3.5.4 Förderung der hausärztlichen Versorgung als Teil der regionalen Infrastruktur

These XVII:

Es ist Sache der Kommunen und der Länder, infrastrukturelle Unterstützungen zu bieten.

Insgesamt attraktive Rahmenbedingungen wie ein freundliches Investitionsklima, ein gutes Kindertagesstätten- und Schulanangebot helfen ebenfalls, frei werdende Arztsitze neu zu besetzen. Der verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf kommt ein hoher Stellenwert zu. Hier sind die Gebietskörperschaften gefordert:

- Angebot von regelmäßigen Shuttle-Diensten (z. B. Sammeltaxis) durch die Kommunen zur Kompensation eines ausgedünnten Nahverkehrsnetzes.
- Ansiedlungsunterstützung für Ärztinnen und ihre Familien, Unterstützung bei der Bereitstellung von Praxisräumen auch in Zweigstellen (arbeitsteiliges und abgestimmtes Vorgehen zwischen Nachbargemeinden bzw. Mittelzentren und Umland, regionale Ansiedlungsförderung „aus einer Hand“), kostenlose Unterkünfte für Weiterbildungsassistentinnen sowie Praktikantinnen.
- Im Einzelfall kann in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen die zügige Entstehung kooperativer hausärztlicher Versorgungsstrukturen (Gemeinschaftspraxen, Praxen mit angestellten Hausärztinnen, MVZ) auch finanziell gefördert werden. Dazu kann auch die Unterstützung bei notwendigen Investitionsmaßnahmen oder der Neueinrichtung einer Praxis gehören.

3.5.5 Gezielte hausärztliche Nachwuchsförderung

These XVIII:

Der wachsende Bedarf an Allgemeinmedizinerinnen erfordert eine gezielte Förderung von Medizinstudentinnen und Ärztinnen in der Weiterbildung.

Wenn der wachsende Bedarf an Allgemeinmedizinerinnen auch nur annähernd befriedigt werden soll, müssen frühzeitig Programme entwickelt werden, die bei Medizinstudentinnen und Ärztinnen in der Weiterbildung das Interesse an einer Tätigkeit als Hausärztin wecken:

- Erprobung von Modellprojekten wie in Nordrhein-Westfalen, ob Hausärztinnen für regional unterversorgte Gebiete gefunden werden können, wenn sie ein Stipendium erhalten. Hierzu wird die Einkommensdifferenz zwischen der Krankenhausphase und der Praxisphase aus Mitteln des Landes ausgeglichen und die Vergütung der Assistentin während der Weiterbildungszeit in einer Einrichtung der ambulanten hausärztlichen Versorgung um 2000 € monatlich aufgestockt. Im Gegenzug muss die Assistentin sich verpflichten, sich in einer "unterversorgten" Gemeinde niederzulassen; andernfalls hat sie die Fördermittel zurückzuzahlen.
- Konditionierte Vergabe von Studienplätzen, wie sie früher bereits für die Förderung der Weiterbildung für die Gebietsbezeichnung Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen praktiziert wurde.
- Reduzierungen von Bafög-Rückzahlungen werden an hausärztliche Tätigkeiten in unterversorgten Regionen gebunden.
- Nutzung bestehender Landeskinder- bzw. Rückkehrerförderungen wie in Mecklenburg-Vorpommern oder Sachsen-Anhalt.
- Zusätzliche Förderelemente in Weiterbildungsverbänden.
- Einführung spezieller, auf die Bedürfnisse von Hausärztinnen in ländlichen Regionen ausgerichteter Fortbildungsmaßnahmen.

3.6 Bessere hausärztliche Vertretungsmöglichkeiten

These XIX:

In unterversorgten Regionen nehmen die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich den Sicherstellungsauftrag für die Primärversorgung wahr. Die Möglichkeiten zur inneren Organisation der Kassenärztlichen Vereinigungen werden erweitert.

In strukturschwachen Regionen, meist dünn besiedelten Räumen bedarf es einer Vielzahl von Maßnahmen, um einer Unterversorgung zu begegnen (siehe Punkt 3.5). Zu diesen Maßnahmen kann letztlich gehören, dass bei Feststellung einer regionalen Gefährdung (Unterversorgung, siehe auch Punkt 3.7), die Verträge zur wahlärztlichen Versorgung einheitlich und gemeinsam von den Krankenkassen mit ärztlichen und/oder nicht-ärztlichen Leistungserbringern zu vereinbaren sind; der Sicherstellungsauftrag geht insoweit auf die Krankenkassen über. Die Krankenkassen werden damit in die Lage versetzt, durch Ausschöpfung geeigneter Maßnahmen die Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen. Durch gezielten Einsatz geeigneter Maßnahmen schließen die Krankenkassen zur Erfüllung des auf sie übergegangenen Sicherstellungsauftrags die Verträge kassenartenübergreifend mit Ärztinnen und geeigneten Einrichtungen bzw. Gesundheitsberufen. In dem Ausmaße, in dem die Unterversorgung behoben wird, wirken die Krankenkassen und die Leistungserbringer gemäß bereits geltendem Recht zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zusammen. Der Sicherstellungsauftrag geht dann wieder auf die Kassenärztlichen Vereinigungen über, soweit dies nicht in besonderen Versorgungsverträgen anders vereinbart ist.

Ziel dieser Maßnahme ist es, den in bedarfsgerecht versorgten oder überversorgten Gebieten möglichen und wünschenswerten Vertragswettbewerb, in dem sich die KV als Anbieter beteiligen kann, weiterhin zu ermöglichen, aber – wenn notwendig - in unterversorgten Gebieten den Wettbewerb zugunsten einer vorrangig zu gewährleistenden Bedarfsabdeckung durch ein einheitliches und gemeinsames Handeln der Kassen zu ersetzen.

Die Wahlärztinnen sind Pflichtmitglieder bei der für ihren Vertragsarztsitz zuständigen KV. Die Gewährleistungspflicht der KV gilt insofern weiter. Innerhalb der KV sollten

die Möglichkeiten für verschiedene Organisationsstrukturen erweitert werden. Diese könnten z.B. auf Wunsch der KV-Mitglieder eine organisatorische Trennung zwischen Haus- und Fachärzten/Psychotherapeuten zulassen oder von den KV-Mitgliedern einer Fachgruppe eigenständig zu wählende Fachausschüsse vorsehen. Insgesamt könnten Angelegenheiten der beiden Versorgungsbereiche bzw. der verschiedenen Fachgruppen selbständiger und eigenverantwortlicher geregelt werden (z.B. Verträge); gemeinsame Aufgaben (z.B. innere Verwaltung) werden gemeinsam verantwortet.

3.7 Veränderte Bedarfsplanung

These XX:

Die bisherige Bedarfsplanung ist flexibler und bedarfsorientierter zu gestalten.

Die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt derzeit auf der Basis der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist erstmals bundeseinheitlich zum Stand 31.12.1990, für Hausärztinnen zum 31.12.1995 ermittelt worden. Danach gelten für Hausärztinnen je nach Regionstyp Verhältniszahlen von 1.474 (Ländliche Kreise) bis 2.134 (Ruhrgebiet) Einwohner je Ärztin.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlich ist. Eine Anpassung der Verhältniszahlen ist bisher nicht erfolgt.

Problematisch ist die der derzeitigen Bedarfsplanung zugrunde liegende einfache Arzt-Einwohner-Relation. Dies gilt zum einen deshalb, weil schon heute die Planungsbereiche so groß sind, dass räumliche Disparitäten in der ärztlichen Versorgung zu beobachten sind. Diese ergeben sich z.B. dann, wenn verschiedene Ärztinnen innerhalb eines Planungsbereichs identische Standortwahlentscheidungen treffen bzw. Kooperationen mit anderen Ärztinnen eingehen und so letztlich nicht gleichmäßig und flächendeckend Patienten versorgen. Mit der Schaffung größerer

Landkreise würde sich das Problem noch weiter verschärfen. Hier ist es deshalb erforderlich, dass künftig eine weitaus kleinräumigere Betrachtung der Planungsbereiche erfolgt.

Zum anderen ist eine einfache Arzt-Einwohner-Relation ungeeignet zur Darstellung des Versorgungsniveaus der Bevölkerung, weil so wichtige Indikatoren, wie z.B. die demographische Zusammensetzung und auch die Bevölkerungsentwicklung, nicht berücksichtigt werden. Deshalb ist die aktuelle Bedarfsplanung durch die Einbeziehung von soziodemographischen und sozioökonomischen Daten um wesentliche Analysekomponenten zu erweitern. Hierzu bedarf es der Einbeziehung von ständig zu aktualisierenden Bevölkerungs- und Patientendaten¹¹.

Die konkrete Feststellung von Über- und Unterversorgung in einem Planungsbereich sowie der Beschluss von gegensteuernden Maßnahmen obliegen dem jeweiligen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Dort wird von einer Gefährdung der Versorgung (Unterversorgung) im hausärztlichen Bereich ausgegangen, wenn der Versorgungsgrad 75 Prozent unterschreitet. Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung führen würde.

Dennoch zeigt die derzeitige Versorgungssituation nicht nur im ländlichen Raum, dass mit den den Landesausschüssen zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Rahmen einer (drohenden) Unterversorgung oder eines lokalen Versorgungsbedarfs allein die strukturellen Probleme nicht gelöst werden können.

Deshalb sind die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Hausärztinnen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung neu festzulegen.

Daneben ist das Verfahren der Feststellung von Über- und Unterversorgung durch die Landesausschüsse zu überprüfen. Derzeit haben die betroffenen Kommunen keine Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Festlegung von Maßnahmen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Zukünftig ist davon auszugehen, dass

^{11[1]} Kistemann T., Schröer M-A, kleinräumige kassenärztliche Versorgung und subjektives Standortverhalten von Vertragsärzten in einem überversorgten Planungsgebiet, Gesundheitswesen 2007;69; 593-600

Kommunen über Kooperationsverträge mit den Krankenkassen und / oder Kassenärztlichen Vereinigungen verstärkt Aktivitäten zur Gewinnung von Hausärztinnen entfalten und so zu wichtigen Partnern werden (siehe Punkt 3.5.4 und 3.5.5). Aus diesem Grund sind ihnen notwendige Anhörungsrechte im Landesausschuss einzuräumen.

3.8 Entlastung durch andere Berufsgruppen

3. 8. 1 Übertragung von wahlärztlichen Funktionen auf Fachärzte ohne hausärztliche Weiterbildung

These XXI:

Die wahlärztliche Versorgung wird durch entsprechend qualifizierte Hausärztinnen wahrgenommen. Andere Fachärztinnen, wie auch die Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, werden nicht zugelassen.

Die in § 73 Abs. 1 SGB V genannten anspruchsvollen Aufgaben der Hausärztinnen betonen neben der kontinuierlichen ärztlichen Betreuung insbesondere deren Koordinierungsaufgaben. Diese sollen mit der Einführung des Wahlarztstatus ausgebaut und mit den hier vorgeschlagenen Strukturreformen über weite Strecken erst ermöglicht werden. Es hat sich nämlich gezeigt, dass die koordinierende Funktion der Hausärztinnen unter den heutigen Gegebenheiten nur bedingt wahrgenommen werden kann.

Die dafür benötigten beratenden, koordinierenden und unterstützenden Funktionen, also die sogenannten „soft skills“, sollen in der Aus- und speziell in der Weiterbildung besonders berücksichtigt werden. Das heute noch verbreitete zufällige „training-on-the-job“ ist durch eine strukturierte Weiterbildung - wie dargestellt - zu ersetzen. Von daher werden nur entsprechend weitergebildete Fachärztinnen für die zunehmend anspruchsvolle Tätigkeit in der Primärversorgung als Wahlärztinnen

zuzulassen sein.

Nun könnte aber eingewandt werden, dass bei dem apostrophierten Mangel an hausärztlich tätigen Ärztinnen ein unregelmäßiger Zugang in das ambulante System über jede niedergelassene (Fach)-Ärztin der Bedarfslage besser entsprechen könnte. Neben dem o.a. qualitativen Argument, das gegen eine solche Verbreiterung des Zugangs spricht, ist aus der wissenschaftlichen Literatur zu entnehmen, dass die Mehrzahl der Studien zeigt, dass

- wahlärztliche Systeme im Vergleich zu Systemen des direkten Zugang zum Spezialisten kostensparender sind, die Patientenzufriedenheit erhöhen und zu keinen Qualitätseinbußen führen.
- der ungehinderte Zugang zum Spezialisten im internationalen Vergleich mit deutlich höheren Arzt-Patienten-Kontaktzahlen als bei Wahlarztssystemen verbunden ist.

Dabei ist das Argument der Reduzierung der Arzt-Patienten-Kontaktzahl von besonderer Bedeutung. Deutschland hat im europäischen Vergleich eine der höchsten Häufigkeiten an Arzt-Patienten-Kontakten, ohne dass dies fachlich zu begründen ist. Insofern ist eine Rückführung dieser Relation qualitativ unbedenklich und entlastet die dargestellte hohe Arbeitslast in der Primärversorgung entscheidend.

Des Weiteren sollte bei einer Forderung nach einem unregelmäßigen Zugang zur ambulanten Versorgung bedacht werden, dass nach jetzigen Erkenntnissen in den unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten auch die Dichte der nicht-hausärztlichen Fachärztinnen abnimmt und sich von daher eine Übertragung von zusätzlichen Aufgaben auf diese Arztgruppe verbietet.

Insofern sollte die wahlärztliche Tätigkeit auf

- Fachärztinnen für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärztinnen)
- Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin (Kinderärztinnen)

sowie

- Ärztinnen mit sonstigen entsprechenden Facharztbezeichnungen

(insbesondere praktische Ärztinnen, Fachärztinnen für Allgemeinmedizin)

begrenzt werden. Die auf dem Ärztetag 2007 in Münster neu in der Musterweiterbildungsordnung vorgesehene Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, die ausschließlich klinisch tätig werden soll und dementsprechend eine auf die stationäre Versorgung ausgerichtete Weiterbildung durchlaufen wird, ist für die hausärztliche Versorgung nicht zuzulassen.

These XXII:

Gebietsbezeichnungen und Weiterbildungsinhalte für die hausärztlich tätigen Ärztinnen sollen umgehend vereinheitlicht werden.

Die jüngste Entwicklung, zunehmend unterschiedliche Gebietsbezeichnungen mit teilweise divergierenden Weiterbildungsinhalten durch die Landesärztekammern festzulegen, ist der gewünschten klaren Profilbildung der hausärztlichen Weiterbildung nicht zuträglich. Die Bestrebungen der Ärzteschaft, eine einheitliche Gebietsbezeichnung für alle hausärztlich tätigen Ärztinnen zu schaffen, können als nicht erfolgreich angesehen werden und werden durch die jüngsten Differenzierungen der Begrifflichkeiten – auch als Folge der oben zitierten Beschlüsse des Ärztetages 2007 in Münster – konterkariert. Da die Gebietsbezeichnungen als klare Botschaft an die Patientinnen über die Qualifikationen der Ärztinnen und nicht als innerärztliches Differenzierungsinstrument ausgelegt waren und sind, sollte dringend eine einheitliche Begriffsfindung erfolgen, die beispielsweise die Begriffe „Allgemeinmedizin“ oder „hausärztliche Medizin“ aufgreifen könnte.

Die andernfalls zu erwartenden EU-rechtlichen Konsequenzen kommen erschwerend hinzu.

3.8.2 Ausweitung der Delegationsmöglichkeiten für Gesundheitsfachberufe und medizinische Fachangestellte

These XXIII:

Zur Absicherung der Primärversorgung bedarf es eines veränderten Professionenmixes und größerer Eigenständigkeit von Gesundheitsfachberufen.

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2007 Modellvorhaben vorgeschlagen, in denen ein veränderter Professionenmix und eine größere Eigenständigkeit von Gesundheitsfachberufen erprobt werden sollen.

- Seit 2005 laufen zeitlich begrenzte wissenschaftlich evaluierte Modellprojekte wie z. B. das Modellprojekt „AGnES“ in Mecklenburg-Vorpommern, das Modellprojekt „Gemeindeschwester“ in Brandenburg und weitere Modellprojekte in Sachsen und Sachsen-Anhalt. Sie sollen ermitteln, ob entsprechend qualifizierte Gesundheitsberufe die hausärztlich tätigen Vertragsärztinnen bei der Sicherstellung der Versorgung insbesondere in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten unterstützen und entlasten können.
- Die Arztentlastung soll primär durch Möglichkeiten einer erweiterten Delegation ärztlicher Leistungen (vorbeugende, betreuende, krankheits- und therapieüberwachende Tätigkeit) auf entsprechend qualifizierte Gesundheitsberufe erreicht werden. Sie beziehen sich hauptsächlich auf arztentlastende Tätigkeiten außerhalb der Praxis in der Häuslichkeit chronisch kranker und in ihrer Mobilität eingeschränkter Patientinnen.
- Voraussetzung für die erweiterte Delegation ärztlicher Leistungen ist eine jederzeit gegebene enge Kommunikation mit der behandelnden Ärztin (elektronische Infrastruktur). Im Rahmen der Modellvorhaben werden Tätigkeits- und Anforderungsprofile ermittelt, auf deren Grundlage Fort- und Weiterbildungscurricula für Gesundheitsberufe entwickelt werden.

3.8.4 Integration selbstständig tätiger Gesundheitsfachberufe in die Primärversorgung

These XXIV:

Entsprechend der Evaluation der Modellversuche müssen die entsprechenden Berufsgruppen, insb. die Pflegefachkräfte, eigenständige Heilkundebefugnisse erhalten können.

Nach positiver Evaluation entsprechender Modellversuche und der Schaffung der berufs- und sozialrechtlichen Voraussetzungen durch den Bund hat die Übertragung eigenständiger Heilkundebefugnisse auf weitere Berufsgruppen, insbesondere Pflegefachkräfte, zu erfolgen. Ebenso werden für medizinische Fachangestellte über den Weg der Delegation weitere Tätigkeitsfelder außerhalb der Heilkundenausübung geschaffen.

Ein optimaler Einsatz personeller Ressourcen und ein Neuzuschnitt der Aufgabenverteilung zwischen Ärzteschaft und Gesundheitsfachberufen sind wichtige Voraussetzungen, um den veränderten Anforderungen gerecht zu werden und die Potentiale aller in der gesundheitlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Gesundheitsfachberufe für eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung zu nutzen:

- Definition der Kernkompetenzen und Verantwortungsbereiche für die Ärzteschaft und Gesundheitsfachberufe.
- Definition von Poolkompetenzen, die flexibel und je nach situativer Anforderung von Ärztinnen und Gesundheitsfachberufen ausgeübt werden können.
- Beschreibung von Tätigkeiten, die im Versorgungsgeschehen bisher unzureichend abgedeckt sind (z. B. Prävention oder neue technikgestützte Aufgaben) und verstärkt von Gesundheitsfachberufen wahrgenommen werden können.
- Darüber hinaus können Gesundheitsfachberufe insbesondere für kommunikative, beratende, edukative und organisatorische Aufgaben

intensiver eingesetzt werden. Qualifizierte Pflegekräfte übernehmen eine erweiterte Rolle im Versorgungsgeschehen durch Übernahme eigenverantwortlich wahrgenommener Aufgaben.

- Sie führen ausschließlich auf ärztliche An-/Verordnung, aber in eigener „Umsetzungsverantwortung“ arztentlastende Tätigkeiten durch. Damit wird die koordinierende Rolle der Wahlärztin gewahrt. Bzgl. der Vergütungsregelungen wird auf 3.4. verwiesen.

Neben den arztentlastenden Aufgaben können die neuen Gesundheitsfachberufe für folgende Aufgaben qualifiziert werden und diese selbständig übernehmen:

- Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung,
- präventive, therapie- und krankheitsüberwachende Hausbesuche,
- Steuerung und Koordination pflegerischer Versorgung (Case Management),
- Patientenberatung und –schulung,
- Familiengesundheitspflege,
- Leitung von Pflegestützpunkten,
- Entwicklung von speziellen Pflegekonzepten und Diensten für Teilpopulationen (Migranten, Arbeitslose).

3.8.3.1 Qualifikationsanforderungen an die (neuen) Gesundheitsfachberufe

These XXV:

Das Tätigkeitsspektrum der Gesundheitsfachberufe wird in Form von Spezialisierungen und Schwerpunktbildungen ausgeweitet. Diese veränderte Versorgungsrealität erfordert eine neue Konzipierung der Ausbildungsinhalte für Gesundheitsfachberufe.

Die pflegespezifischen Studiengänge müssen um den bisher wenig von der Akademisierung der Pflege berührten patientennahen Bereich erweitert werden. Es

empfiehlt sich, zunächst Modellversuche durchzuführen und zu evaluieren, in denen zusätzliche heilkundliche Kompetenzen an Hochschulen vermittelt werden. Auf dieser Basis können die an Hochschulen ausgebildete Pflegefachkräfte ihren Einsatzort auch in der pflegerischen Praxis finden und nicht mehr ausschließlich im Ausbildungs- oder Management-Bereich.

Das erfordert den Ausbau der Masterstudiengänge im Bereich der erweiterten Pflegepraxis, in Management, Pädagogik/Education sowie Pflegeforschung¹². Neben der Weiter- bzw. Neuentwicklung der akademischen Ausbildung und Weiterbildung für die Gesundheitsfachberufe müssen die nicht-akademischen Ausbildungen an den Schulen für Gesundheitsfachberufe sowie die unterschiedlichen Ausbildungsniveaus innerhalb der einzelnen Gruppen von Gesundheitsfachberufen aufeinander abgestimmt und im Hinblick auf eine gemeinsame inhaltliche Basis breiter ausgerichtet werden. Da nicht jede Tätigkeit den Einsatz eines akademisch ausgebildeten nicht-ärztlichen Heilberufes erfordert, muss neben der interprofessionellen eine intraprofessionelle Aufgabenneuverteilung zwischen den verschiedenen Ausbildungsniveaus erfolgen (z. B. in der Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege oder innerhalb der Physiotherapie). Gestufte, aufeinander aufbauende und abgestimmte Aus- und Weiterbildungen und Studiengänge für den jeweiligen Beruf sollen den Beschäftigten innerhalb einer Berufsgruppe berufliche Zukunftsperspektiven und neue Karrieremöglichkeiten bieten.

3.8.3.2 Darstellung der notwendigen Formen der Kooperationen innerhalb der Primärversorgung

These XXVI:

Für die Kooperation der Berufe innerhalb der Primärversorgung sind flache Team- und Hierarchiestrukturen erforderlich.

Flache Teamstrukturen und eine Abkopplung von funktionalen und hierarchischen Strukturen zwischen den Professionen entsprechen dem zukünftigen Versorgungsauftrag. Die Organisation des Behandlungsablaufes muss als Ganzes in

¹² In den meisten europäischen Länder ist dies der Master of Science MSC.

den Mittelpunkt der gesundheitlichen Versorgung gestellt werden. Leitgedanke ist dabei die Orientierung am Ablauf der Behandlung der Patientinnen (Prozessorientierung), die sich nicht ausschließlich an den Tätigkeiten der Professionen orientiert, sondern die arbeitsteilige Beteiligung von Ärzteschaft und Gesundheitsfachberufen in einem wohnortnahen multiprofessionellen Team im Blick hat. Mögliche Modelle sind:

- Hausärztinnen arbeiten mit angestellten Pflegeexpertinnen, arztentlastenden „Gemeindeschwestern“ und weiteren Gesundheitsfachberufen wie z. B. Physiotherapeutinnen, Logopädinnen, Ergotherapeutinnen etc. zusammen.
- Tandempraxis: Medizin und Pflege arbeiten in eigener Verantwortung unter einem Dach.
- Multiprofessionelle Teams in der ambulanten Versorgung bzw. interdisziplinär arbeitende medizinische Zentren.
- Eigenständige Pflegedienste in Pflege- und Senioreneinrichtungen.