

Qualifizierung

für das Gebiet Allgemeinmedizin

Bericht
der aufgrund des Beschlusses der 76. Gesundheitsministerkonferenz
am 02. / 03. Juli 2003 in Chemnitz eingesetzten Projektgruppe

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	2
Vorwort	4
Präambel: Zur Bedeutung der allgemeinmedizinischen Versorgung in Deutschland	5
1. Einschätzung der gegenwärtigen Situation der allgemeinmedizinischen Versorgung in Deutschland	6
1.1. Es gibt keinen generellen Ärztemangel in der ambulanten Versorgung, allerdings ein nicht bedarfsgerechtes Verhältnis zwischen den fachärztlichen Disziplinen zu Lasten der allgemeinmedizinischen Versorgung	6
1.2. Ein qualitativer Mangel in der hausärztlichen Versorgung ist nicht belegbar	8
1.3. Prognostisch wird sich die Situation der hausärztlichen Versorgung aller Voraussicht nach verschlechtern	8
1.4. Fazit	11
2. Rahmenbedingungen für eine allgemeinmedizinische Lehre und Forschung an den Universitäten	11
2.1. Die derzeitigen Voraussetzungen für die allgemeinmedizinische Lehre und Forschung sind ungenügend	11
2.2. Alle Medizinischen Fakultäten sollen ein selbständiges Institut für Allgemeinmedizin oder eine selbständige Abteilung für Allgemeinmedizin unter Leitung eines Universitätsprofessors einrichten, dies erfordert zusätzliche finanzielle Mittel	12
2.2.1. Die Forschung in der Allgemeinmedizin ist inner- und außeruniversitär prioritär auszubauen	12
2.2.2. Die Institute für Allgemeinmedizin sind adäquat für ihre neuen Aufgaben auszustatten	12
2.3. Zur Etablierung einer bedarfsgerechten universitären Allgemeinmedizin bedarf es - neben eigenen Prioritätensetzungen innerhalb der medizinischen Fakultäten - finanzieller Anreize Dritter wie z.B. Förderprogramme des Bundes	13
2.4. Den Universitätsprofessoren für Allgemeinmedizin muss ein ungehinderter Zugang zum primärärztlichen Bereich ermöglicht werden	14
3. Umsetzung der neuen Approbationsordnung für Ärzte in den Medizinischen Fakultäten und Hochschulen und Schlussfolgerungen daraus	15
3.1. Die Entscheidungen der einzelnen Medizinischen Fakultäten über Lehrumfang und Lehrformen im Fach Allgemeinmedizin variieren derzeit untereinander sehr	15
3.2. Das Fach Allgemeinmedizin soll als Pflichtfach im Praktischen Jahr in die ÄAppO aufgenommen werden	17
4. Weiterbildung und Fortbildung in der Allgemeinmedizin / Probleme und mögliche Verbesserung	18
4.1. Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Weiterbildungsverbünde erleichtern die allgemeinmedizinische Weiterbildung	18
4.2. Die Rahmenbedingungen des Programms „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“ funktionieren	19
4.2.1. Das Förderprogramm wird im ambulanten Bereich zunehmend besser angenommen, ist aber noch nicht ausgelastet	20
4.2.2. Auch im stationären Bereich wird das Förderprogramm immer besser angenommen, hat aber ebenfalls noch Reserven	23
4.2.3. Fazit	27

4.3.	Umsetzung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung auf Landesebene	28
4.3.1.	Die Umsetzung des neuen Weiterbildungsrechts auf Landesebene bedingt eine europarechtliche Genehmigungsfähigkeit	28
4.3.2.	Für eine Einheitlichkeit der Bezeichnung der hausärztlich tätigen Ärzte Sorge tragen	29
4.3.3.	Fazit	30
4.4.	Hausärztliche Fortbildung	31
4.4.1.	Eine hausarztspezifische strukturierte Fortbildung kann zur Identitätsbildung beitragen	31
5.	Werbung/Motivation für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	31
5.1.	Eine prägende Rolle für die Spezialisierung der angehenden Medizinerinnen und Mediziner übernehmen die Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den Universitäten	31
5.2.	Die Berufsverbände und Fachgesellschaften der Allgemeinmedizin sowie die Ärztekammern sollen frühzeitig für die Allgemeinmedizin werben	32
5.3.	Die Allgemeinmedizin ist stärker mit renommierten Preisen bzw. imageträchtigen Förderungen auszustatten	32
5.4.	Das Image der Allgemeinmedizin ist zu verbessern	33
6.	Perspektive für die Berufsausübung in der Allgemeinmedizin	33
6.1.	Die Anregungen der Berichte „Mangel an Ärztinnen und Ärzten in Teilbereichen der Versorgung“ für die 76. und 77. GMK sind in Bezug auf die hausärztlichen Belange noch nicht befriedigend umgesetzt	33
6.2.	Die Arbeitslast in den hausärztlichen Praxen ist auf ein vertretbares Maß zu reduzieren	34
6.2.1.	Die Anstellung von Ärzten in Praxen sollte nicht durch Leistungsbegrenzungen verhindert werden. Damit verbunden soll den besonderen Bedürfnissen von Allgemeinmedizinerinnen Rechnung getragen werden	34
6.2.2.	Es ist zu prüfen, inwieweit speziell qualifizierte Gesundheitsberufe entlastende Aufgaben in der Prävention, Betreuung sowie einfache medizinische Leistungen (in Verantwortung des Hausarztes) entlastend übernehmen können	35
6.2.3.	Ein Sabbat-Jahr für Hausärzte soll ermöglicht werden	36
6.3.	Die vorherrschende Einzelpraxis von Hausärzten (insbesondere im ländlichen Raum) führt zu einer Vereinzelung, der es abzuhelpen gilt	37
6.3.1.	Geregelte Nachtdienste und Vertretungen	37
6.3.2.	Arztnetze der neuen Generation als positive Motivation für Allgemeinärzte	37
6.3.3.	Ausbau der telematischen Möglichkeiten für Hausärzte	38
6.4.	In unterversorgten Gebieten ist zumindest die temporäre hausärztliche Versorgung zu gewährleisten	39
6.4.1.	Zweitpraxis neben der Erstpraxis in einem attraktiveren Umfeld	39
6.4.2.	Rotation bei der Besetzung einer Zweitpraxis für besonders unterversorgte Gebiete unter Hausärzten in der Region	39
6.4.3.	Patientenholdienste	39
6.5.	Finanzielle Anreize für Hausärzte in unterversorgten Gebieten als zusätzliche Motivation für die Niederlassung	40
7.	Notwendige gesetzliche Änderungen zur Umsetzung der Empfehlungen	41
7.1.	Angestelltentätigkeit von hauptberuflich allgemeinmedizinisch Lehrenden in Hausarztpraxen (siehe Ziffer 2.4.)	41
7.2.	Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (siehe Ziffer 3.2.)	42
7.3.	Anstellung von hausärztlich tätigen Ärzten in Hausarztpraxen ohne planungsrechtliche Leistungsbegrenzung in nicht gesperrten Planungsbereichen (siehe Ziffer 6.2.1.)	42
7.4.	Ruhen der Zulassung bei Inanspruchnahme eines „Sabbatjahres“ (siehe Ziffer 6.2.3.)	42
7.5.	Ermöglichung hausärztlicher Tätigkeit neben der Tätigkeit am Vertragsarztsitz an weiteren Orten in anderen KV-Bezirken (siehe Ziffer 6.4.1.)	43

Vorwort

Die 76. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) hat am 02./03.07.2003 in Chemnitz einstimmig beschlossen, die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zu bitten, in einem Bericht die Rahmenbedingungen der Aus- und Weiterbildung sowie des Berufsbildes und der Berufstätigkeit in der Allgemeinmedizin darzustellen und die notwendigen Weiterentwicklungsbedarfe mit dem Ziel der langfristigen Sicherung der hausärztlichen Versorgung zu bewerten. Der Bericht ist spätestens bis zur 78. GMK zu erstellen. Vertreter oder Vertreterinnen der Kultusministerkonferenz, des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, der wesentlichen Beteiligten des Gesundheitswesens und der Wissenschaft sollten zur Mitwirkung eingeladen werden.

Die 12. AOLG hat eine Projektgruppe, bestehend aus Vertretern der Länder Nordrhein-Westfalen, Thüringen und Bremen eingesetzt. Ferner gehören der Projektgruppe Vertreter der Kultusministerkonferenz (KMK) und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), des Deutschen Hausärzteverbandes sowie Vertreter der Wissenschaft an.¹

Die Projektgruppe hat fünf mal in Bremen getagt und legt mit einem einstimmigen Votum folgenden Bericht (Stand: 05.05.2005) zur Qualifizierung für das Gebiet „Allgemeinmedizin“ der 78. Gesundheitsministerkonferenz vor. Sie bittet die 78. Gesundheitsministerkonferenz um Kenntnisnahme und um Umsetzung der im Bericht genannten Verbesserungsbedarfe.

¹Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Projektgruppe:

für die Kultusministerkonferenz: Herr Dr. Peschke/ Thüringer Kultusministerium .

für den BMGS: Frau Behnen

für die Spitzenverbände der Krankenkassen: Herren Dres. Bruns und Lauterberg

für die Deutsche Krankenhausgesellschaft: Herr Dr. Walger

für die Bundesärztekammer: Frau Dr. Güntert

für die Kassenärztliche Bundesvereinigung: Herr Dr. Kopetsch

für den Deutschen Hausärzteverband: Herr Dr. Weigeldt

für die Wissenschaft: Frau Prof. Dr. Baum und Herr Prof. Dr. Gerlach

für die AOLG: Herr Godry (Nordrhein-Westfalen), Herr Scheitz (Thüringen), Herren Dr. Gruhl, Nuschke und Wilhelm (Bremen)

Präambel:

Zur Bedeutung der allgemeinmedizinischen Versorgung in Deutschland

Die seit Mitte des 19. Jahrhunderts einsetzende Entwicklung in der Medizin, Krankheiten zunehmend naturwissenschaftlich zu erklären, und die mit dem technischen Fortschritt einhergehende Spezialisierung der medizinischen Fachgebiete haben dazu geführt, dass in der Ausbildung zukünftiger Mediziner und Zahnmediziner eine Gesamtübersicht über das medizinische Wissen und seine Anwendung vielfach lediglich als eine Addition von Spezialwissen vermittelt wird, die Anleitung zum ärztlichen Handeln tritt zunehmend in den Hintergrund. Dabei ist der Ansatz der meisten Spezialdisziplinen organ- bzw. organsystembezogen. Diese Spezialisierungen und die Veränderung des Morbiditätsspektrums haben zu einer Problematisierung der medizinischen Praxis und Ausbildung einerseits und zu einer Neubestimmung hinsichtlich Umfang und Bedeutung der allgemeinmedizinischen Aufgabe andererseits beigetragen.

Hinzu kommen tiefgreifende gesellschaftliche Veränderungen durch die Erhöhung der Lebenserwartung bei gleichzeitigem Geburtenrückgang, durch die Zunahme an Erkrankungen, die auf eine risikoreiche Lebensführung oder auf Belastungen der Umwelt zurückzuführen sind, welche eine Verschiebung des Krankheitsspektrums bewirken.

Hinsichtlich des Verständnisses allgemeinärztlicher Tätigkeit, die im Gegensatz zu den meisten medizinischen Fächern in erster Linie nicht von definierten Krankheiten, sondern zumeist von Patientenproblemen ausgeht, sind folgende spezifische Funktionen zu beschreiben:

Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen.

Die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psychosoziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein eigenes Krankheitskonzept bzw. -verständnis, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).

Die Arbeitsgrundlagen der Allgemeinmedizin sind auf die Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehungen und die erlebte Anamnese, die auf einer breiten Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung beruhen. Hierzu gehört auch der Umgang mit den epidemiologischen Besonderheiten des unausgelesenen Patientenkollektivs mit den daraus folgenden speziellen Bedingungen der Entscheidungsfindung (abwartendes Offenhalten des Falles, Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe).

Das Arbeitsziel der Allgemeinmedizin ist eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- und Überversorgung einschließt.

Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet

- die primärärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Gesellschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Spezialisten;
- die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuche);
- die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere die Gesundheitsberatung und -förderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde;
- die Koordinations- und Integrationsfunktion, insbesondere die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation, sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld.

Auf dieser Grundlage hat die von der 76. GMK eingesetzte Projektgruppe ihren Arbeitsauftrag bewertet und die folgenden Schlussfolgerungen nach ausführlicher Sichtung der vorhandenen Erkenntnisse und nach ausführlicher Diskussion gezogen:

1. Einschätzung der gegenwärtigen Situation der allgemeinmedizinischen Versorgung in Deutschland

1.1. Es gibt keinen generellen Ärztemangel in der ambulanten Versorgung, allerdings ein nicht bedarfsgerechtes Verhältnis zwischen den fachärztlichen Disziplinen zu Lasten der allgemeinmedizinischen Versorgung²

Die Projektgruppe war sich einig, dass die ambulante ärztliche Versorgung nicht durch einen generellen Ärztemangel beeinträchtigt ist. Dafür sind einerseits die über die Bedarfszahlen abgeleiteten Versorgungsgrade der Planungsbereiche über alle Fachdisziplinen heranzuziehen (Beleg: KBV-Zahlen – siehe Anlage 1). Auch im internationalen Vergleich nimmt die deutsche Arztdichte für die ambulante Versorgung – bei allen zu berücksichtigenden Differenzierungen – einen Platz im obersten Drittel der 26 OECD-Staaten ein.

Dabei muss allerdings besonders berücksichtigt werden, dass sich in Deutschland im internationalen Vergleich eine sehr hohe Zahl von Arzt-Patienten-Kontakten entwickelt hat, die zu einer außergewöhnlichen Beanspruchung des ambulanten (und stationären) Versorgungssystems führt. Ob dies aus medizinischer Sicht zwingend ist oder aus der Vergangenheit (z. B. durch das früher stringenter Einzelleistungsvergütungssystem) sich aus dem System herausentwickelt hat, bleibt offen. Dennoch sind die Struktur und die Ansprüche an die Struktur gemeinsam zu beachten.

² Soweit im folgenden Text von der hausärztlichen Versorgung gesprochen wird, wird von der hausärztlichen Definition gemäß § 73 SGB V ausgegangen. Zur Zeit wird die hausärztliche Versorgung von Ärzten mit den unterschiedlichen Bezeichnungen - Arzt, Praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin, tätig in der hausärztlichen Versorgung, sowie Kinderärzten – wahrgenommen. Kinderärzte werden aber im folgenden nicht berücksichtigt. Mit dem Begriff der Allgemeinmedizin verbindet sich im weiteren die spezielle fachärztliche Qualifikation des weitergebildeten Facharztes für Allgemeinmedizin. Zusätzlich soll künftig für diese Qualifikation die Bezeichnung Arzt für Innere und Allgemeinmedizin möglich sein.

Eine weitere Unsicherheit bei der Bewertung der quantitativen Fehl-, Über- oder Unterversorgung im niedergelassenen System beruht auf der Nachvollziehbarkeit bzw. Begründung für die Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte, die weder aus wissenschaftlichen Ableitungen entstanden sind noch der sich verändernden gesellschaftlichen Entwicklung angepasst wurden. Auch die inzwischen akzeptierte, als wünschenswert angesehene Relation von 60 zu 40 im Verhältnis von Hausärzten zu Fachärzten ist nicht abgeleitet oder entwickelt, sondern gesetzt worden. Die Quote der hausärztlich tätigen Vertragsärzte lag bis 1990 über der Maßzahl von 60 %, seitdem mit abnehmender Tendenz darunter.

Dennoch erscheint es nachvollziehbar, beide Anhaltspunkte – die Bedarfsplanungs-Richtlinien inklusive der dort genannten Relation von 60 zu 40 – als Bewertungsgrundlage zu nutzen, stellen sie doch an sich bewährte Planungsinstrumente dar. Allerdings sieht die Projektgruppe eine notwendige Aufgabe der Versorgungsforschung darin, fundierte Bedarfsplanungsinstrumente besonders im Hinblick auf die Morbiditätsentwicklung der deutschen Bevölkerung zu präsentieren.

Während also die quantitative Gesamtsituation der ambulanten ärztlichen Versorgung als nicht beunruhigend angesehen wird, war sich die Projektgruppe einig, dass es eine Gefährdung der allgemeinmedizinisch/hausärztlichen Versorgung in einigen Regionen Deutschlands gibt. Diese sind inzwischen nicht mehr allein auf die neuen Länder beschränkt. Relativierend muss jedoch auch angeführt werden, dass zurzeit in der Mehrzahl der Planungsbereiche eine Über- bzw. adäquate Versorgung der Allgemeinmedizin gegeben ist. Verwiesen wird

- a) auf den der 76. GMK am 2./3.07.2003 vorgelegten Bericht der Projektgruppe „Mangel an Ärztinnen und Ärzten in Teilbereichen der Versorgung“,
- b) auf die Studie des Wissenschaftlichen Institutes der AOK „Ärztemangel-Ärztenschwemme – Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung“ (WiDO 48) und
- c) auf die Veröffentlichung „Die zukünftige Entwicklung des hausärztlichen Versorgungsbereiches im deutschen Gesundheitswesen“ (Gesundheits- und Sozialpolitik, 2003, Heft 11/12, S. 43-50) sowie den „Bericht zur Lage der Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung“ (siehe Anlage 2).

Neben den zunehmend auftretenden Schwierigkeiten bei der Besetzung von freien bzw. freiwerdenden Kassenarztsitzen der hausärztlichen Versorgung in bestimmten Regionen Deutschlands wird von der Hausärzteschaft auf eine wachsende Belastungssituation der verbleibenden Hausärzte hingewiesen. Die Berufs- und Arbeitszufriedenheit sinkt. So streben Hausärzte vermehrt eine frühere Praxisaufgabe im Alter an.

Durch den sich erhöhenden Anteil von Ärztinnen (Feminisierung der Medizin) und die damit einhergehende zusätzliche Belastung durch die immer noch überwiegend von Frauen wahrgenommene Erziehungsarbeit können diese Allgemeinmedizinerinnen oft nur einen reduzierten Arbeitseinsatz in die hausärztliche Praxis einbringen. Dies verschärft ebenfalls die Arbeitsbelastung der Hausärzteschaft.

Insgesamt wird von daher die Ist-Situation der hausärztlichen Versorgung als beginnend kritisch angesehen.

1.2. Ein qualitativer Mangel in der hausärztlichen Versorgung ist nicht belegbar

Zwar haben 25 % der hausärztlich praktizierenden Ärztinnen und Ärzte keine drei- oder fünfjährige abgeschlossene allgemeinmedizinische Weiterbildung absolviert, können dies aber durch eine langjährige Praxiserfahrung meist sehr gut kompensieren. Studien über die Patientenzufriedenheit von hausärztlich betreuten Patienten belegen dies indirekt. Allerdings sind repräsentative Untersuchungen über das Qualifikationsniveau bzw. die Kompetenz der hausärztlichen Versorgung in Deutschland nicht bekannt. Erst in letzter Zeit sind durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften entsprechende Qualitätsstandards anhand von Leitlinien entwickelt worden. Die Projektgruppe war sich einig, dass

1. die Anforderungen an eine hausärztliche Medizin, wie sie der Gesetzgeber im SGB V vorsieht, eine besonders qualifizierte allgemeinärztliche Weiterbildung erfordert
2. die Umsetzung des Prinzips des lebenslangen Lernens zur persönlichen Kompetenzentwicklung (CPD - continuous professional development) vor dem Hintergrund der §§ 95d und 135a SGB V für die allgemeinärztliche Qualifikation erforderlich ist.

1.3. Prognostisch wird sich die Situation der hausärztlichen Versorgung aller Voraussicht nach verschlechtern

Die unter 1.1 zitierte Literatur geht einvernehmlich davon aus, dass sich die Mangelsituation in der hausärztlichen Versorgung unter den gegebenen Rahmenbedingungen verschärfen wird. Wie anhand der folgenden Tabelle deutlich wird, müssen ab diesem Jahr bis einschließlich 2010 insgesamt 15.600 Hausärzte ersetzt werden, da diese in den Ruhestand gehen.

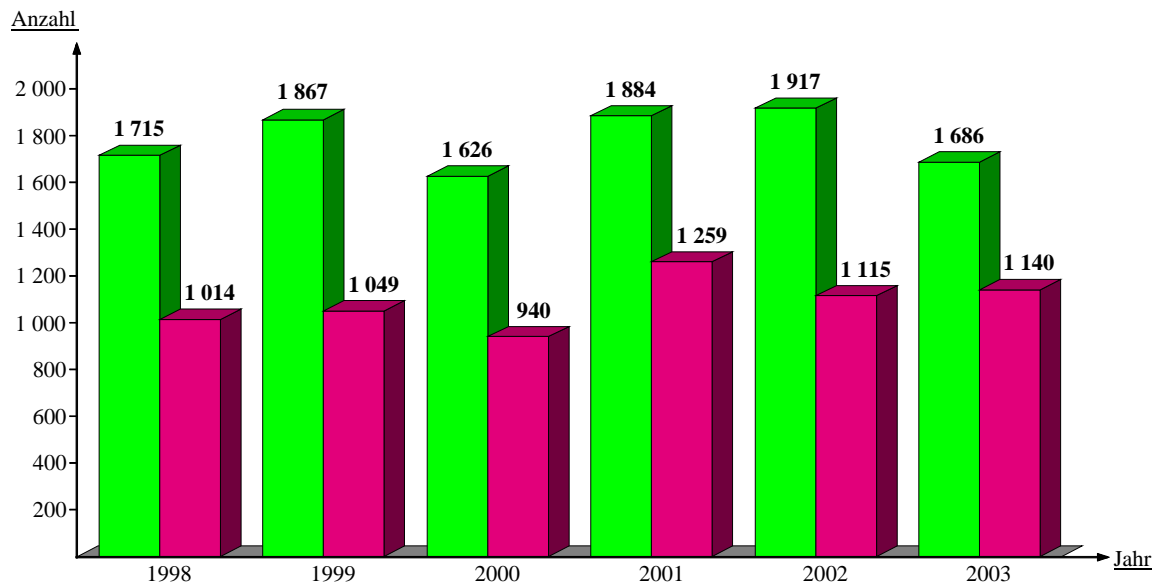
Tab.: Voraussichtliche Bruttoabgänge von Hausärzten 2004 bis 2010

Jahr	Allgemein/Praktische Ärzte	Hausärztlich tätige Internisten	Hausärzte insgesamt
2005	1408	460	1868
2006	1683	527	2210
2007	1884	603	2487
2008	2204	650	2854
2009	2343	757	3100
2010	2359	723	3082

Bei einem ermittelten Bedarf von rd. 1.900 bis 3.100 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern pro Jahr bis 2011 ergibt sich von heute an ein erheblicher Bedarf an allgemeinmedizinisch abgeschlossenen Weiterbildungen. Hinzu kommt, dass wie aus der folgenden Abbildung ersichtlich nur 2/3 der weitergebildeten Allgemeinmedizinerinnen und

Allgemeinmediziner ihre berufliche Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung aufnimmt.³

Abb. : Entwicklung der Gebietsanerkennungen und Niederlassungen im Fach Allgemeinmedizin



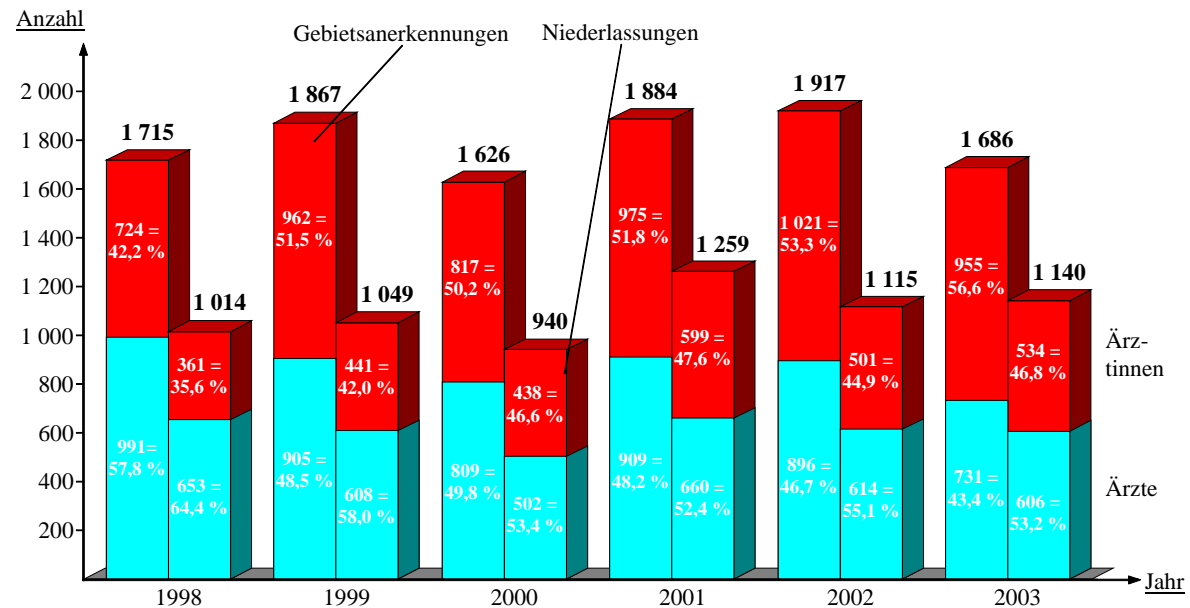
Anhand dieser Abbildung wird erkennbar, dass die Zahl der Niederlassungen im Fach Allgemeinmedizin im Jahr deutlich niedriger sind, als die ausgesprochenen Gebietsanerkennungen des gleichen Jahres. Diese Entwicklung ist insofern überraschend, als zwar die Niederlassung in der Regel nicht im gleichen Jahr der erteilten Gebietsanerkennung erfolgt, jedoch sich diese zeitliche Verschiebung über den Zeitverlauf hinweg ausgleichen müsste.

Daher wurde in einem nächsten Schritt eine geschlechtsdifferenzierte Analyse vorgenommen, aus der hervorgeht, dass die Differenz zwischen den erteilten Gebietsanerkennungen und den Niederlassungen im Fach Allgemeinmedizin in erster Linie auf ein Ärzttinnenschwund zurückzuführen ist. Es ist hervorzuheben, dass die Mehrzahl der Gebietsanerkennungen im Fach Allgemeinmedizin an Frauen erteilt wurden. Im Jahre 2003 betrug deren Anteil fast 57 %.

Wie aus der Abbildung auf der folgenden Seite ersichtlich, ist der Anteil der Ärztinnen an den erteilten Gebietsanerkennungen im Fach Allgemeinmedizin durchweg höher als an den Niederlassungen des gleichen Jahres. Daher ist zu vermuten, dass sich viele Ärztinnen für Allgemeinmedizin nicht niederlassen, weil die Umfeldbedingungen eine gleichzeitige Vertragsarztstätigkeit und ein Familienleben nicht zulassen.

³ Zusätzlich wurde in der Projektgruppe die Größenordnung und die Bedeutung der Studienabbrüche im Medizinstudium sowie des Nicht-Eintrittes von approbierten Ärztinnen und Ärzten in die Berufsausübung beraten. Zurzeit werden dazu noch weitere Daten erhoben, die es vor einer endgültigen Einschätzung abzuwarten gilt. Die bisher vorliegenden Erkenntnisse lassen es als wahrscheinlich erscheinen, dass die Anzahl der eine Weiterbildung anstrebenden ärztlichen Berufsanfängerinnen und -anfänger abnimmt. Dies hätte nachvollziehbare Auswirkungen auf das „Reservoir“ für künftige Allgemeinmediziner.

Abb. : Entwicklung der Gebietsanerkennungen und Niederlassungen im Fach Allgemeinmedizin (unterteilt in Ärztinnen und Ärzte)



Quelle: BÄK, Bundesarztregister der KBV

Nachweisbar kann die Mangelentwicklung begründet werden

- mit der allgemeinen Altersverteilung der Hausärzte in der Bundesrepublik
- mit der anstehenden Berufsaustrittswelle in den neuen Ländern
- mit der noch nicht befriedigenden Zahl der sich in der Allgemeinmedizin weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte
- mit der demografischen Entwicklung und der damit ansteigenden Morbiditätslast gerade in der allgemeinmedizinischen Grundversorgung.

Unklar dagegen sind die Auswirkungen

- des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes mit den für die hausärztliche Medizin relevanten Elementen der integrierten Versorgung, der medizinischen Versorgungszentren, der stärkeren Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Medizin (besonders in unterversorgten Gebieten), den Hausarztmodellen (nach § 73b SGB V) oder den Auswirkungen der Praxisgebühr (weiter zu beobachten)
- der damit verbundenen Nachfrageveränderung (Ab- bzw. Zunahme der Hausarzt-Patienten-Kontakte)
- der EU-Erweiterung und deren Einfluss besonders auf die Grenzregionen in den neuen Bundesländern
- der weiteren Entwicklung in der Form der Praxisausübung (Einzel- oder Gemeinschaftspraxen)

1.4. Fazit

Allein aus den belegbaren Fakten, die zu einer Verschärfung der hausärztlichen Versorgungssituation führen werden, leitet die Projektgruppe die Notwendigkeit ab, die Rahmenbedingungen für die hausärztliche Versorgung zu analysieren und zu optimieren. Ohne eine solche Verbesserung sieht die Projektgruppe die politisch geforderte Stärkung der Rolle des Hausarztes und die langfristige Sicherstellung einer medizinischen Versorgung durch Hausärzte als nicht realisierbar an.

2. Rahmenbedingungen für eine allgemeinmedizinische Lehre und Forschung an den Universitäten

2.1. Die derzeitigen Voraussetzungen für die allgemeinmedizinische Lehre und Forschung sind ungenügend.

Der unbefriedigenden Gesamtsituation in der Hochschulmedizin Rechnung tragend hatte der Wissenschaftsrat 1992 mit seinen Leitlinien eine umfassendere Reform der medizinischen Ausbildung gefordert. Diese Notwendigkeit unterstrich er 1999 nochmals insbesondere mit Blick auf die Stärkung der allgemeinmedizinischen Ausbildungsmöglichkeit in seiner Stellungnahme zu den Perspektiven des Faches Allgemeinmedizin an den Hochschulen. In seiner Analyse stellte der Wissenschaftsrat fest, dass die allgemeinmedizinische Lehre und Forschung an den Medizinischen Fakultäten bzw. Hochschulen in Deutschland nicht flächendeckend etabliert war. Nur an 5 von 36 Medizinischen Fakultäten war sie zum Erhebungszeitpunkt Juli 1997 durch eine volle C 4-Professur mit in der Regel kleinen Abteilung vertreten (FU Berlin, Düsseldorf, Frankfurt/M., Göttingen, Hannover), wovon eine Abteilung bereits zur Schließung anstand. (Die Einrichtung der ersten Lehrstühle für Allgemeinmedizin in Frankfurt, Hannover und Göttingen wurde seinerzeit durch die Kassenärztlichen Vereinigungen mitfinanziert.) Allgemeinmedizinische Einheiten ohne professorale Leitung bestanden an zwei Medizinischen Fakultäten (Heidelberg, Witten-Herdecke). Ansonsten wurde dieses Lehrgebiet durch C 3-Professuren oder durch Lehraufträge abgedeckt.

Eine eigene aktuelle Erhebung zeigt, dass sich in den vergangenen 7 Jahren die Situation für die Allgemeinmedizin an den Medizinischen Fakultäten bzw. Hochschulen nur schrittweise verbessert. Es sind bis Mai 2004 eine volle, befristete C 4-Professur mit einer selbständigen Abteilung (Kiel), eine selbständige Abteilung mit einer ½ C 4-Professur (Ulm) und 7 selbständige Abteilungen/Sektionen mit einer vollen oder ½ C 3-Professur (HU Berlin, Bochum, Hamburg, Heidelberg, Köln, Leipzig, Marburg) hinzugekommen, allerdings ist selbst deren Ausstattung mit wissenschaftlichen Mitarbeitern und Hilfspersonal vielfach unzureichend (siehe Anlage 3 - Personelle, finanzielle und sächliche Ausstattung der Allgemeinmedizin an Medizinischen Fakultäten/Hochschulen). Bei Beibehaltung dieses Umgestaltungstempos wird das Ziel einer flächendeckenden Einrichtung eines selbständigen allgemeinmedizinischen Lehrbereiches an allen Medizinischen Fakultäten und Hochschulen in ca. 25 Jahren erreicht. Die jetzige Situation ist daher weiterhin unbefriedigend.

Reform- aber auch einige wenige Regelstudiengänge werden demnächst und wurden teilweise schon mehrere Jahre mit erheblich erweitertem allgemeinmedizinischen Lehranteil erfolgreich angeboten: z.B. insgesamt 6x 2 Wochen allgemeinmedizinisches Blockpraktikum oder regelmäßiger Kontakt mit Paten-Hausarztpraxen - beides ab Studienbeginn, bzw. studienbegleitender Unterricht durch die Allgemeinmedizin durch Integration in Fächer mit

klinischen Bezügen der Vorklinik, Wahlfach Allgemeinmedizin in Vorklinik und Klinik sowie regelmäßige Integration dieses Faches in Querschnittsunterricht oder fachübergreifende Lehrangebote neben dem Kurs und Blockpraktikum Allgemeinmedizin. Der Vorschlag zum zukünftigen Lehrbedarf der Allgemeinmedizin (Anlage 4) lehnt sich an diese positiven Beispiele an und bringt sie in den Kontext der derzeitigen Approbationsordnung.

2.2. Alle Medizinischen Fakultäten sollen ein selbständiges Institut für Allgemeinmedizin oder eine selbständige Abteilung für Allgemeinmedizin unter Leitung eines Universitätsprofessors einrichten, dies erfordert zusätzliche finanzielle Mittel.

Der Wissenschaftsrat hält eine flächendeckende Einrichtung eines allgemeinmedizinischen Lehrbereiches an allen Medizinischen Fakultäten bzw. Hochschulen für erforderlich in Verbindung mit einer allgemeinmedizinischen Gemeinschafts- und Gruppenpraxis und appelliert an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Zulassung des Allgemeinmediziners in einer Gemeinschaftspraxis in der Nähe zur jeweiligen Medizinischen Fakultät bzw. Hochschule zu ermöglichen. Dem Leiter des universitären Lehrbereiches sollte ein Professorenamt übertragen werden. Die Gesundheitsministerkonferenz forderte 1995, dass jede Medizinische Fakultät bzw. Hochschule einen Lehrstuhl haben sollte, besetzt durch praktizierende Allgemeinmediziner.

Durch die universitäre Etablierung der Allgemeinmedizin wird auch ein wesentlicher Impetus für die allgemeinmedizinische Forschung erwartet. Ziel dieser hochschulpolitisch gewünschten Etablierung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin mit einem selbständigen Institut bzw. einer selbständigen Abteilung innerhalb der Medizinischen Fakultät ist es auch, die teilweise vorhandenen Akzeptanzprobleme zwischen der Allgemeinmedizin und den anderen klinischen Disziplinen beseitigen zu helfen. Die bisherige Schwerpunktsetzung auf die wissenschaftliche Erkenntnisgewinnung durch Grundlagenforschung mittels vor allem biochemischer, physiologischer, genetischer und molekularbiologischer Methoden hat zu einer Vernachlässigung anderer wichtiger Bereiche der Medizin geführt, die gleichermaßen einer Erforschung bedürfen.

2.2.1. Die Forschung in der Allgemeinmedizin ist inner- und außeruniversitär prioritär auszubauen.

Die für die medizinische Ausbildung bedeutsamen primärärztlichen Versorgungsbereiche sind bislang nur in geringem Umfang Gegenstand der Forschung geworden, obwohl hier die Mehrzahl aller Patienten versorgt wird und lediglich 3 % aller Patienten in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Durch den Zugang zum gesamten Krankheitsspektrum in der Primärversorgung treten Krankheiten in den Blick, die in der Regel so, insbesondere in Krankenhäusern der Maximalversorgung, d.h. auch in Universitätskliniken, nicht behandelt werden. In der Verbindung von Prinzipien der evidenzbasierten Medizin mit randomisierten kontrollierten Untersuchungen oder prospektiven Kohortenstudien können durch den Ausbau der allgemeinmedizinischen Forschung zusätzliche Erkenntnisse für die Gesundheitsversorgung und Epidemiologie, für die Qualitätssicherung von Diagnostik und Therapie, für den Transfer neuer Ergebnisse der klinischen Forschung in die Praxis und auch für Behandlungsoptionen im primärmedizinischen Bereich gewonnen werden. Ein Indikator für die Dringlichkeit allgemeinmedizinischer Forschung unter den Bedingungen der Alltagspraxis ist z.B., dass der überwiegende Teil von Medikamenten in der primärärztlichen Ver-

sorgung verschrieben wird (54,7 % der Arzneimittel 2003). Den unbefriedigenden Leistungsstand in der klinischen Forschung Deutschlands thematisiert der Wissenschaftsrat bereits seit 1986. Diese Thematik war zuletzt auch Gegenstand eines gemeinsamen Workshops des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und des Wissenschaftsrats im Mai 2004 über Ziele und Visionen für die klinische Spitzenforschung. Eine deutliche Verbesserung wird vor allem von der Gewinnung und Motivation klinischer Forscher erwartet.

Klinische Forschung baut als patientenorientierte Forschung auf der krankheitsorientierten und auf der grundlagenorientierten Forschung auf, sie benötigt dazu den Zugang zu gesunden und kranken Menschen. Im internationalen Vergleich bedingen sich eine gute patientenbezogene klinische Forschung und moderne klinische Behandlungsmethoden gegenseitig. Angewandte klinische Forschung, d. h. zum Beispiel die Versorgungsforschung mit Technologiebewertung, epidemiologischen Untersuchungen, Diagnose- und Therapieoptimierungsstudien und neuen Evaluierungsverfahren, deren Ziel der Erkenntnisgewinn über direkte Verbesserungsmöglichkeiten von Diagnose und Behandlung von Krankheiten ist, liegt auch im Interesse aller Beteiligten im Gesundheitswesen. Diese Versorgungsforschung wird derzeit vor allem im stationären Bereich durchgeführt, im ambulanten Bereich trotz seiner hohen Patientenhäufigkeit kaum. Eine Stärkung der Versorgungsforschung unter Einbeziehung des ambulanten Krankenversorgungsbereiches wird einen bedeutenden Beitrag zur Stärkung der integrierten Versorgungsstrukturen und damit zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen leisten können. Eine Schlüsselfunktion werden hierbei die Institute für Allgemeinmedizin übernehmen müssen. Hierbei gilt es, eine Kommerzialisierung der universitären Forschung durch alleinigen Verweis auf einzuwerbende Industriemittel zu verhindern, um die Glaubwürdigkeit und die Neutralität universitärer Forschung im öffentlichen Interesse zu wahren.

2.2.2. Die Institute für Allgemeinmedizin sind adäquat für ihre neuen Aufgaben auszustatten.

Ein Institut für Allgemeinmedizin einer Medizinischen Fakultät benötigt für eine angemessene Durchführung von Praxisforschung und Lehre langfristig einen überdurchschnittlichen Zuwachs vor allem in der Personalausstattung, trotz der (noch fehlenden) Erlöse aus ambulanter Krankenbehandlung. Diese Einschätzung orientiert sich an den gestiegenen Anforderungen durch die novellierte Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) und an international anerkannten Beispielen, z. B. aus den Niederlanden und Großbritannien. Es wird sich daraus ein Mehrbedarf beim jährlichen Haushaltsvolumen für die Allgemeinmedizin entwickeln. Dieses wird selbst unter Einbeziehung einer bisher noch nicht zu realisierenden ambulanten Vergütung letztlich vergleichbar zu dem größerer klinisch-theoretischer Institute werden. In den Medizinischen Fakultäten werden umfangreiche interne Umstrukturierungsmaßnahmen erforderlich sein, deren Finanzierbarkeit aber derzeit unklar ist (siehe Anlage 4 - Struktur- und Finanzierungskonzept für ein Institut für Allgemeinmedizin).

Im Bereich der Lehre und Forschung steht die Hochschulmedizin gegenwärtig vor erheblichen finanziellen Belastungen, weil entgegen der ursprünglichen Annahme des Medizinischen Fakultätentages die Umstellung des Lehrbetriebes auf die neue ÄAppO für jede Medizinische Fakultät bzw. Hochschule doch mit erheblichem personellen und damit finanziellen Mehraufwand verbunden ist. Dies gilt u. a. auch für die Etablierung und Weiterentwicklung eines Lehrpraxennetzes an dem jeweiligen Hochschulstandort. Dieser Mehraufwand ist von ihr trotz stagnierender oder abnehmender Zuschüsse der Länder für Lehre und

Forschung zusätzlich zu den jährlichen tarifrechtlich erforderlichen Personalkostensteigerungen zu tragen.

2.3. Zur Etablierung einer bedarfsgerechten universitären Allgemeinmedizin bedarf es - neben eigenen Prioritätensetzungen innerhalb der medizinischen Fakultäten - finanzieller Anreize Dritter wie z.B. Förderprogramme des Bundes.

Vor dem Hintergrund der Einführung des auf DRG's beruhenden neuen Entgeltsystems bis zum Ende der Konvergenzphase 2009 und trotz weitgehender eigener Bemühungen (z.B. durch Absenkung der Bezüge sowie Personalstelleneinsparungen) können die Medizinischen Fakultäten und Hochschulen die finanziellen Mehrbelastungen für die Einrichtung und den Ausbau der Lehrstühle für Allgemeinmedizin mit ihren Instituten oder Abteilungen aus den steuerfinanzierten Landeszuschüssen für die laufenden Aufwendungen in Lehre und Forschung nicht tragen und auch nicht allein durch Umschichtungen zwischen den verschiedenen Institutshaushalten auffangen. Die Finanzierung der Grundausrüstung ist wiederum selbst Voraussetzung für die sog. "Drittmittelfähigkeit" als Basis für eine erfolgreiche Einwerbung von Drittmitteln für die patientenorientierte und Versorgungsforschung.

Es sind daher finanzielle Anreize Dritter für die Medizinischen Fakultäten und Hochschulen notwendig, um interne Umstrukturierungsmaßnahmen zugunsten der Allgemeinmedizin zu stimulieren und anfängliche Mehrkosten abzufedern. Die Projektgruppe empfiehlt daher in Analogie zu den Förderprogrammen der Bundesregierung zu Public Health oder zur Gründung Interdisziplinärer Zentren für Klinische Forschung die langfristige Erweiterung des bestehenden BMBF-Förderprogrammes zur „Förderung der Forschung in der Allgemeinmedizin“⁴ und zum Auf- und Ausbau der universitären Allgemeinmedizin. Auf diese Weise sollte neben der Förderung von fachbezogenen Themen zukünftig auch die anteilige Förderung des Aufbaus von Strukturen ermöglicht werden. Auch die DFG sollte einen eigenen Förderbereich Allgemeinmedizin einrichten.

2.4. Den Universitätsprofessoren für Allgemeinmedizin muss ein ungehinderter Zugang zum primärärztlichen Bereich ermöglicht werden.

Auch nach dem Wechsel eines erfahrenen, wissenschaftlich ambitionierten Allgemeinmediziners an eine Medizinische Fakultät muss seine fachliche Kompetenz zur allgemeinärztlichen Diagnostik und Therapie erhalten bleiben. Dies gilt ebenso für die dort tätigen ärztlichen Mitarbeiter/innen, die ihre allgemeinmedizinischen Kompetenzen erhalten bzw. erweitern müssen. Dies ist im bisherigen rechtlichen Rahmen der Hochschulambulanzen nicht möglich, weil sich das für eine Hausarztpraxis typische unselektierte Patientengut mit den für eine Hausarztpraxis unspezifischen, vielfältigen Gesundheitsstörungen nicht in der Hochschulambulanz findet.

Die meisten Patienten werden wegen des in den Hochschulambulanzen vorgehaltenen speziellen medizinischen Know-hows, das anderweitig nicht verfügbar ist, dorthin überwiesen bzw. wegen des dort vorhandenen interdisziplinären Wissens über komplizierte Erkrankungen oder über komplexe Diagnostik- und Therapieketten dort kurzfristig betreut (Hochschulambulanzenstudie, BMBF 2003). Mit einer Ermächtigung nach § 117 SGB V ist deshalb die hausärztliche Kompetenz der Lehrenden in der Allgemeinmedizin nicht zu sichern.

⁴ BMBF- Förderschwerpunkt "Förderung der Forschung in der Allgemeinmedizin" (Förderrichtlinien vom 15.09.1999)

Zur Erhaltung und Fortentwicklung der praktischen hausärztlichen Kompetenz der Inhaber der Lehrstühle für Allgemeinmedizin und ihrer in der Lehre tätigen allgemeinmedizinisch (hausärztlich) weitergebildeten Mitarbeiter ist es diesen zu ermöglichen, an der hausärztlichen Versorgung der Versicherten in Nebentätigkeit mitzuwirken. Hierzu ist durch entsprechende Regelungen im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten bzw. Medizinischen Versorgungszentren das Recht einzuräumen, diese Personen bedarfsplanungsunabhängig (ohne Berücksichtigung bei der Ermittlung des Versorgungsgrades) und ohne bedarfsplanungsrechtliche Leistungsbegrenzung anzustellen.

Im Gegensatz zu den Hochschullehrern in den übrigen klinischen Fächern, die ihre Behandlungskompetenz durch Tätigkeit in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Hochschulklinika sichern und erweitern können, ist dies dem ärztlichen Lehrpersonal im Fach Allgemeinmedizin nicht in ausreichender Weise möglich. Denn das für eine Hausarztpraxis typische unselektierte Patientengut mit unspezifischen, vielfältigen komplexen psychischen und somatischen Gesundheitsstörungen findet sich nicht in den Einrichtungen der Hochschulklinika, sondern in Hausarztpraxen im Wohnumfeld der Versicherten.

Nur in einer derartigen Hausarztpraxis, die gekennzeichnet ist durch langjährige - oft lebenslange - Bindung des Patienten an seinen Hausarzt und die umfassende ganzheitliche hausärztliche Betreuung nicht nur des einzelnen Patienten, sondern der ganzen Familie durch diesen Hausarzt, kann der dort in Nebentätigkeit mitarbeitende Hochschullehrer seine hausärztliche Kompetenz unter Alltagsbedingungen erproben, erweitern und vertiefen. Zudem besteht durch den intraprofessionellen Erfahrungsaustausch des Wissenschaftlers mit dem Praktiker für den Hochschullehrer die Gelegenheit, theoretische Vorstellungen einem Praxistest zu unterziehen. (siehe auch Abschnitt 7).

Mit diesem Vorschlag wird die Gleichstellung der Lehrstühle für Allgemeinmedizin mit den sonstigen klinischen Lehrstühlen in Bezug auf die Möglichkeiten

- zur Patientenbehandlung
- zur Klinischen Forschung
- und zur Aufrechterhaltung der med. Qualifikation

noch nicht erreicht. Der Zugang zu dem fachgebietstypischen Patientengut ist aber eine wichtige Voraussetzung für die Anerkennung und Weiterentwicklung der universitären Allgemeinmedizin. Hierzu sind weitergehende Überlegungen notwendig, wie dies gewährleistet werden kann.

3. Umsetzung der neuen Approbationsordnung für Ärzte in den Medizinischen Fakultäten und Hochschulen und Schlussfolgerungen daraus

3.1. Die Entscheidungen der einzelnen Medizinischen Fakultäten über Lehrumfang und Lehrformen im Fach Allgemeinmedizin variieren derzeit untereinander sehr.

Das Medizinstudium umfasst entsprechend der EU-Richtlinie 93/16/EWG mindestens 5.500 Unterrichtsstunden, dies schließt in der Medizin einen dreijährigen grundständigen Studiengang mit einem berufsqualifizierenden Bachelor-Abschluss für den Arzt faktisch aus. Das Studium der Medizin dauert daher für den Arzt auch in Deutschland bis zum Staatsexamen als erstem berufsqualifizierenden Abschluss 6 Jahre. Allerdings sind die Entwicklungen bei Bachelor- bzw. Masterstudiengängen für die Humanmedizin oder der

Allgemeinmedizin in den anderen europäischen Staaten weiterhin aufmerksam zu beobachten und wahrscheinlich in wenigen Jahren neu zu bewerten.

Zur Verbesserung der allgemeinmedizinischen Ausbildung hat der Wissenschaftsrat 1999 empfohlen, die allgemeinmedizinische Lehre in die klinische Phase des Medizinstudiums zu integrieren. Die Allgemeinmedizin sollte dabei vorzugsweise in Form eines zweisemestrigen Kurses mit einem Lehrumfang von 2 Semesterwochenstunden als Pflichtveranstaltung angeboten werden. Um primärärztliche Fähigkeiten und Einstellungen zu vermitteln, sollte zudem ein Querschnittspraktikum in Form eines Aufenthaltes in einer allgemeinmedizinischen Praxis vorgesehen werden, wo ein intensiver Kontakt des einzelnen Studierenden mit einem Lehrarzt gegeben ist (Längsschnittpraktikum für die Dauer eines Semesters). Ein Teil der externen Plätze in Allgemeinpraxen sollte von den Medizinischen Fakultäten bzw. Hochschulen zudem zur Absolvierung eines Tertials des praktischen Jahres eingesetzt werden.

In die Approbationsordnung für Ärzte vom 27.06.2003 sind diese Anregungen weitgehend aufgenommen worden:

- Zur Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist ein benoteter Leistungsnachweis in der Allgemeinmedizin vorzulegen (§ 27 Abs. 1 Satz 4 Ziff. 1 ÄAppO), wobei das Nähere zu den Anforderungen und zum Verfahren bei der Erbringung der Leistungsnachweise die Universitäten in den Studienordnungen regeln.
- Es ist die regelmäßige Teilnahme am Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin nachzuweisen (§ 27 Abs. 4 Satz 1 Ziff. 5 ÄAppO). Dies ist eine Veranstaltung von 1-6wöchiger Dauer zur Differentialdiagnostik und -therapie der wichtigsten Krankheitsbilder unter Bedingungen des klinischen und ambulanten medizinischen Alltags. Auch für das allgemeinmedizinische Blockpraktikum wird ein benoteter Leistungsnachweis vergeben.
- In das Praktische Jahr ist die Allgemeinmedizin als ein weiteres klinisch-praktisches Fachgebiet in das dritte Terial aufgenommen worden (§ 3 Abs. 1 Satz 4 Ziff. 3 ÄAppO).
Die Allgemeinmedizin kommt als Wahlfach nach § 2 Abs. 8 Satz 2 ÄAppO in Betracht (Anlage 3 zu § 2 Abs. 2 Satz 2 ÄAppO), soweit sie von der Universität angeboten wird.
- Die Allgemeinmedizin kann in mehrere, interdisziplinär gestaltete "Querschnittsbereiche" einbezogen werden, vor allem in die Querschnittsbereiche "Prävention und Gesundheitsförderung" (§ 27 Abs. 1 Ziff. 10 ÄAppO) und "Medizin des Alterns und des alten Menschen" (§ 27 Abs. 1 Ziff. 7 ÄAppO).

Darüber hinaus ist die Allgemeinmedizin je nach Möglichkeit und Studienordnungsgestaltung der jeweiligen Medizinischen Fakultät in weiteren Unterrichtsveranstaltungen mit unterschiedlichem Umfang vertreten. Zu nennen sind hier die Kurse Berufsfelderkundung, Einführung in die klinische Medizin, ärztliche Basisfähigkeiten, integrierte Lehrveranstaltungen, Wahlfächer und alle anderen Querschnittfächer.

Der Gesetzgeber hat demnach den Medizinischen Fakultäten und Hochschulen die Möglichkeit eröffnet, dem Anliegen der Allgemeinmedizin in der Ausbildung der zukünftigen Ärzte Rechnung tragen zu können. Angesichts des in der ÄAppO vorgeschriebenen Lehrangebotes ist die Allgemeinmedizin jetzt nach dem Willen des Gesetzgebers zu einem Kernfach des Curriculums geworden. Wie die einzelnen Medizinischen Fakultäten die Anforderungen im Einzelnen umsetzen und welchen Gebrauch diese von den hierdurch eröffneten Möglichkeiten machen, liegt im Ermessen der einzelnen Medizinischen Fakultät oder

Hochschule selbst. Dies hängt im entscheidenden Maße davon ab, über welche Lehrkapazität diese im Fachgebiet Allgemeinmedizin verfügt und welche finanziellen Anforderungen sich aus der Einbeziehung des Fachgebietes in die Ausbildung für die Medizinische Fakultät oder Hochschule ergeben. Die eigene aktuelle Erhebung ergab, dass die Zahl und der Umfang an Lehrveranstaltungen zwischen den einzelnen Medizinischen Fakultäten oder Hochschulen erheblich variieren und mit dem Grad der Institutionalisierung des Fachgebietes vor Ort zu korrelieren scheinen.

Die Unterrichtsintensität und die externen Qualitätsanforderungen an das Blockpraktikum sind in Abhängigkeit von der Vergütung für diese Lehrpraxen zu sehen. Im Vergleich zur erforderlichen und angestrebten Lehrleistung sind die von den Medizinischen Fakultäten hierfür bereitgestellten Mittel bisher weitgehend ungenügend. Die Akzeptanz der allgemeinmedizinischen Ausbildung während des Studiums wird u. a. auch wesentlich beeinflusst von dem Vorhandensein erstrebenswerter Berufsperspektiven innerhalb und außerhalb der Universität, akzeptabler Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin im Anschluss an das Studium und den sich daraus ergebenden Verdienstmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen. Eine gute Präsenz und Darstellung des Faches Allgemeinmedizin bereits in der Ausbildung fördert erheblich die Motivation für den Berufsweg des Hausarztes (s. auch Abschnitt 5).

3.2. Das Fach Allgemeinmedizin soll als Pflichtfach im Praktischen Jahr in die ÄAppO aufgenommen werden.

Gegenwärtig können die Studierenden im Praktischen Jahr ihres Studiums neben den obligatorischen Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie ein Wahlfach absolvieren (Allgemeinmedizin oder ein anderes klinisch-praktisches Fach, außer Innere Medizin und Chirurgie - § 3 Abs. 1 Satz 4 ÄAppO).

Studien zeigen, dass die Gelegenheit zum intensiven Kennenlernen hausärztlicher Praxis bereits während des Studiums die Berufswahl der späteren Absolventen maßgeblich beeinflusst. Nicht zuletzt angesichts eines sich verschärfenden Hausarztmangels soll daher im Praktischen Jahr durch die Einführung der Allgemeinmedizin als Pflichtfach für alle Studierenden eine bessere Möglichkeit zum klinisch-praktischen Kennenlernen hausärztlicher Tätigkeiten eröffnet werden. Auf diese Weise soll auch das gegenseitige Verständnis der verschiedenen Versorgungsebenen - Allgemeinmedizin vs. Spezialdisziplin - füreinander gefördert werden. Die hier gesammelten Erfahrungen erleichtern die zukünftige Zusammenarbeit, tragen zur Qualitätsförderung bei und unterstützen langfristig auch einen sparsameren Umgang mit Ressourcen.

Von den klinisch-praktischen Fächern verfügt neben der Inneren Medizin und der Chirurgie nur noch die Allgemeinmedizin über ein breites Patientenspektrum, sie ist zudem im Gegensatz zu allen anderen klinischen Fachgebieten ausschließlich ambulant tätig. Es wird daher fachlich als gerechtfertigt und gesundheitspolitisch als notwendig angesehen, dieser Sonderstellung der Allgemeinmedizin unter allen klinischen Fachgebieten Rechnung zu tragen und sie vom Bundesgesetzgeber zu einem verbindlich Pflichtfach des Praktischen Jahres erklären zu lassen (siehe auch Abschnitt 7).

Die Projektgruppe empfiehlt, die Länge der einzelnen Abschnitte des Praktischen Jahres auf drei der bisher vier Monate zu kürzen und das Fach Allgemeinmedizin als weiteres Pflichtfach auszuweisen. Im Ergebnis würden statt drei Tertiale zu je 4 Monaten damit vier

Quartale zu je drei Monaten zu absolvieren sein (Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin als Pflichtfächer sowie ein Wahlfach, wobei im vierten Wahlfach-Quartal auch eines der drei Pflichtfächer - über dann insgesamt sechs Monate - absolviert werden kann). Die Ausbildungszeit würde dadurch nicht verlängert werden.

Die Umsetzung einer solchen Entscheidung erfordert von den Medizinischen Fakultäten umfangreiche Vorbereitungen und die klinikumsinterne Umverteilung von Ressourcen, sie ist daher von den Ländern intensiv zu begleiten.

4. Weiterbildung und Fortbildung in der Allgemeinmedizin / Probleme und mögliche Verbesserung

4.1. Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Weiterbildungsverbünde erleichtern die allgemeinmedizinische Weiterbildung

Auch bei der novellierten Struktur der Weiterbildung zum „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ gibt es mindestens zwei obligate Schnittstellen während der Weiterbildungszeit:

- zum einen zwischen den obligaten Weiterbildungs-Abschnitten in der stationären bzw. in der ambulanten Versorgung,
- zum anderen inhaltlich zwischen den konservativen (allgemeinmedizinisch-internistischen) und den operativen (kleine Chirurgie, Vor- und Nachbehandlung bei invasiven Eingriffen) Lernzielen.

Hierfür müssen die Weiterbildungsassistenten jeweils die Weiterbildungsstätten wechseln.

Aus den bisherigen Abläufen von klassischen Weiterbildungskarrieren in der Allgemeinmedizin ist bekannt, dass der Wechsel zu einem neuen Arbeitgeber oft die Ursache war/ist, von dem eingeschlagenen Weg zur Allgemeinmedizin abzuweichen, und aufgrund der Möglichkeit einer langfristigen Anstellung eine andere fachärztliche Weiterbildung zu bevorzugen. Um in Zukunft derartig bedingte Abbrüche in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin bzw. zum Allgemeinmediziner zu vermeiden, sollten Initiativen ergriffen werden, um sogenannte Weiterbildungs-Verbünde zu bilden. In Bremen läuft seit Jahren ein derartiges Projekt, das im Rahmen einer Eigeninitiative ausgehend vom lokalen Hausärzterverband mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erfolgreich ist. Es finden regelmäßige Treffen statt, die neben dem fachlich-medizinischen Austausch auch Informationen über gute Weiterbildungsstellen vor Ort ermöglichen. Es erscheint sinnvoll, derartige Vernetzungen oder vertraglich abgesicherte Rotationsstellen zu fördern.

Als geeignete Koordinierungsstelle und Informationsquelle rund um die Weiterbildung in der hausärztlichen Versorgung sollten die Ärztekammern als erste Anlaufstelle dienen. Im Rahmen der Erteilung von Weiterbildungs-Befugnissen wäre es wünschenswert, wenn vermehrt Krankenhausabteilungen miteinander, aber auch gemeinsam mit niedergelassenen Arztpraxen, eine Verbundbefugnis erhielten, damit ein reibungsloser Übergang der verschiedenen Weiterbildungsabschnitte in Zukunft besser gewährleistet werden kann. Idealerweise ist bei den Ärztekammern ein Gremium anzusiedeln, in welchem neben der Ärztekammer als Koordinator z. B. die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenhausgesellschaft sowie Vertreter von Berufsverbänden eingebunden sind, um vorhandene bzw. auftretende Schnittstellenproblematiken gemeinsam orts- und zeitnah problematisieren und beheben zu können.

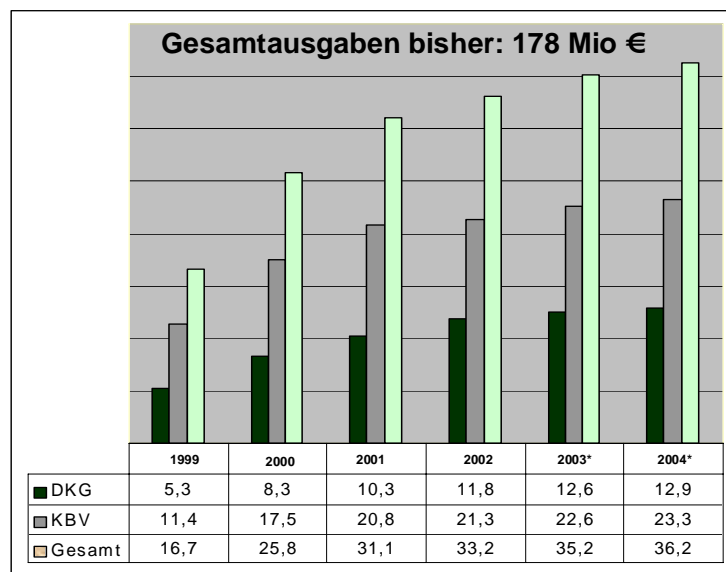
4.2. Die Rahmenbedingungen des Programms „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“ funktionieren

Seit 1999 beteiligen sich die Spitzenverbände der Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen (PKV-Anteil 7% von der Gesamtfördersumme) an der Finanzierung der „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“. Ziel der Fördermaßnahme ist es, den Anteil der Allgemeinmediziner an der hausärztlichen Versorgung zu erhöhen.

Die Gesundheitsministerkonferenz hatte eine Arbeitsgruppe gebildet, um mit Vertretern der BÄK, der KBV, der DKG und der GKV (Spitzenverbände der Krankenkassen) ein Initiativprogramm zur Sicherstellung der allgemeinärztlichen Versorgung zu erarbeiten. Der Gesetzgeber sah zunächst eine Regelung für 2 Jahre in Artikel 8 Abs. 2 GKV-SolG vor. Seit 01.01.2001 wird die Förderung gemäß Artikel 8 Abs. 2 GKV-SolG in Verbindung m. Artikel 10 Nr. 1 GKV-Gesundheitsreformgesetz unbefristet fortgeführt. Die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen war im Jahr 1999 auf insgesamt 3.000 und ab dem Jahr 2000 auf insgesamt 6.000 Stellen beschränkt. Die Einzelheiten wurden in den jeweiligen Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geregelt. Die Ärztekammern wurden, soweit möglich, mit integriert. Die Zuschüsse werden außerhalb der Gesamtvergütung bzw. außerhalb des Budgetrahmens gewährt. Gefördert werden Weiterbildungsabschnitte, die lt. Weiterbildungsordnung anrechnungsfähig sind.

Die Auslastung der Fördermaßnahme ist sehr unterschiedlich. Im stationären Bereich liegt die Auslastung in den neuen Bundesländern bei ca. 90% (73%-97%) bezogen auf die registrierten Stellen. In den alten Bundesländern liegt die prozentuale Auslastung zwischen 44% und 88% je nach Bundesland. Im ambulanten Bereich liegt die durchschnittliche Auslastung bei 60 %. Für die „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“ wurden seit 1999 von den gesetzlichen Krankenkassen und der PKV insgesamt rd. 178 Mio. € ausgegeben (s. Abb. 1). Der Anteil der Frauen an dem Förderprogramm liegt bei 59 %. (Abschlussbericht – Evaluation der Fördermaßnahmen von 1999 –2002).

Abb 1: Gesamtausgaben des Programms „Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“(VdAK 2004)



* auf der Basis von Abschlägen kalkulierte Daten

4.2.1. Das Förderprogramm wird im ambulanten Bereich zunehmend besser angenommen, ist aber noch nicht ausgelastet.

Die Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sieht seit 2000 die Finanzierung von Förderstellen vor. Die monatliche Förderung beträgt für die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen jeweils 1.020, - € (vorher 2.000, - DM) pro Weiterbildungsassistenten. Die paritätische Förderung ist zwingender Bestandteil der Vereinbarung. Nach dieser zweijährigen gesetzlichen Befristung wurde das Förderprogramm auf vertraglicher Ebene zunächst mit Befristung zum 31.12.2003 (mit der Option es unverändert weiterzuführen, wenn nicht sechs Monate vorher gekündigt wird) weitergeführt. Zum 01.01.2004 wurden Modifikationen am Förderprogramm vorgenommen. Die Verlängerungsvereinbarung ist zunächst bis zum 31.12.2006 befristet. Die Förderung ist bundesweit weiterhin auf insgesamt 3.000 Stellen im Jahr 2004 begrenzt, wobei es zu Umschichtungen in der Stellenzuteilung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen gekommen ist. Für die Jahre 2005 und 2006 wird der Bedarf zu Beginn des jeweiligen Jahres neu bestimmt.

Als neues Element wird im modifizierten Förderprogramm zusätzlich zur eigentlichen Förderung ein einmaliger Zuschuss in Höhe von bis zu 300 Euro (hälftig von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung finanziert) für diejenigen Weiterbildungsassistenten ermöglicht, die Kenntnisse und Fertigkeiten, die in bisherigen Weiterbildungsabschnitten nicht erworben wurden, in anerkannten Kursen oder ähnlichen Qualifikationsmaßnahmen in drei der neuen Fächer bzw. Arbeitsfelder Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, Psychiatrie, Schmerzbehandlung und Palliativmedizin erwerben und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

Die Aufteilung der bundesweit zu fördernden Stellen auf die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen ergibt sich aus Abb. 2 auf der folgenden Seite.

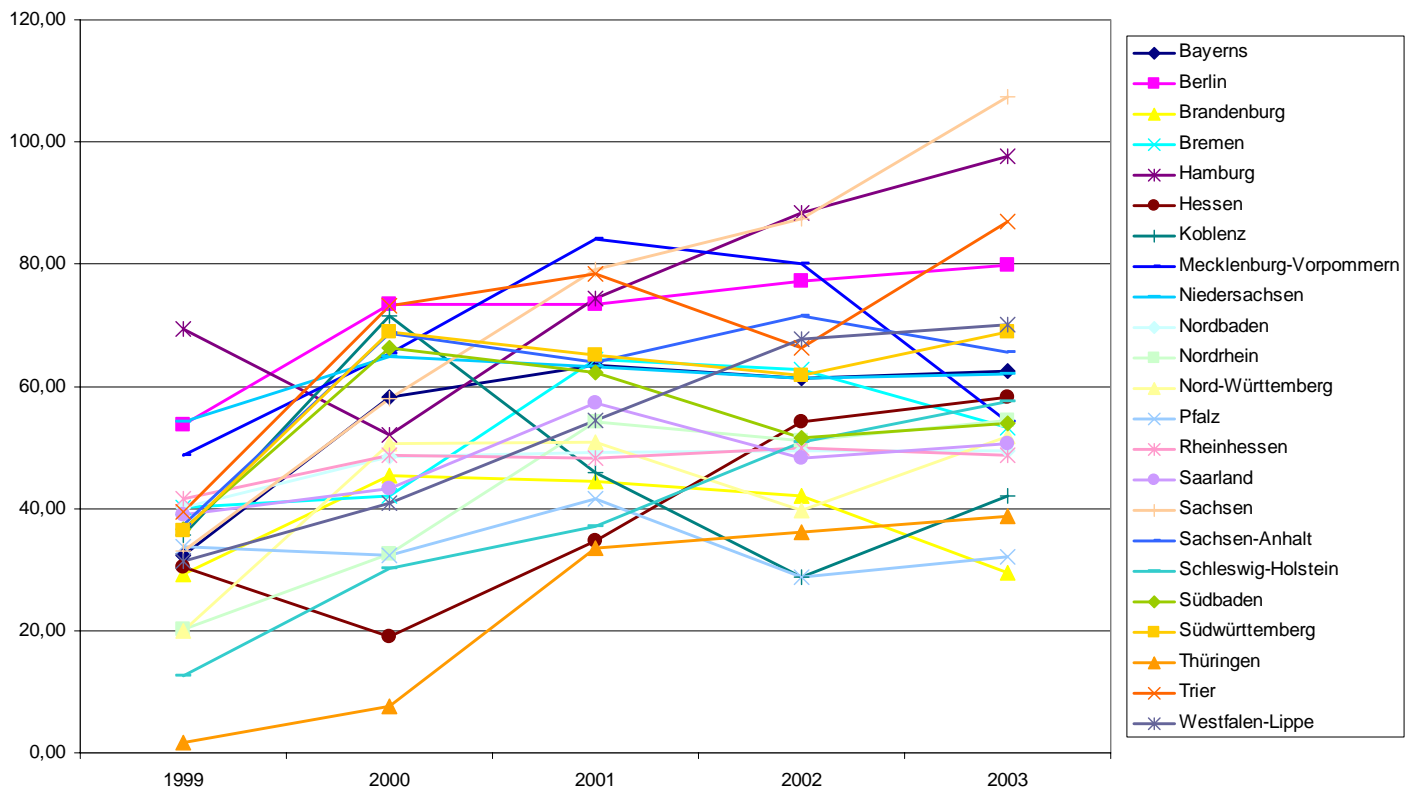
Bundesländer			
		2000 - 2003	2004
Baden-Württemberg		406	354
davon:	<i>Nordbaden</i>	120	64
	<i>Nordwürttemberg</i>	120	129
	<i>Südbaden</i>	106	97
	<i>Südwestfalen</i>	60	64
Bayern		526	526
Berlin		184	197
Brandenburg		60	75
Bremen		30	27
Hamburg		92	99
Hessen		222	238
Mecklenburg-Vorpommern		40	43
Niedersachsen		244	300
Nordrhein-Westfalen		648	588
davon:	<i>Nordrhein</i>	388	309
	<i>Westfalen-Lippe</i>	260	279
Rheinland-Pfalz		162	82
davon:	<i>Koblenz</i>	60	32
	<i>Pfalz</i>	60	21
	<i>Rheinhessen</i>	30	16
	<i>Trier</i>	12	13
Saarland		30	27
Sachsen		82	150
Sachsen-Anhalt		40	54
Schleswig-Holstein		142	152
Thüringen		92	88
Bundesgebiet insgesamt		3000	3000

Abb. 2: Aufteilung der bundesweit zu fördernden Stellen pro KV-Bezirk (KBV 2004)

Stellt sich darüber hinaus im Laufe der Anwendung dieses Vertrages eine signifikante Ungleichgewichtung in der Ausschöpfung der auf die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen entfallenden Stellen heraus, werden die Vertragspartner die obige Aufteilung überprüfen und gegebenenfalls korrigieren.

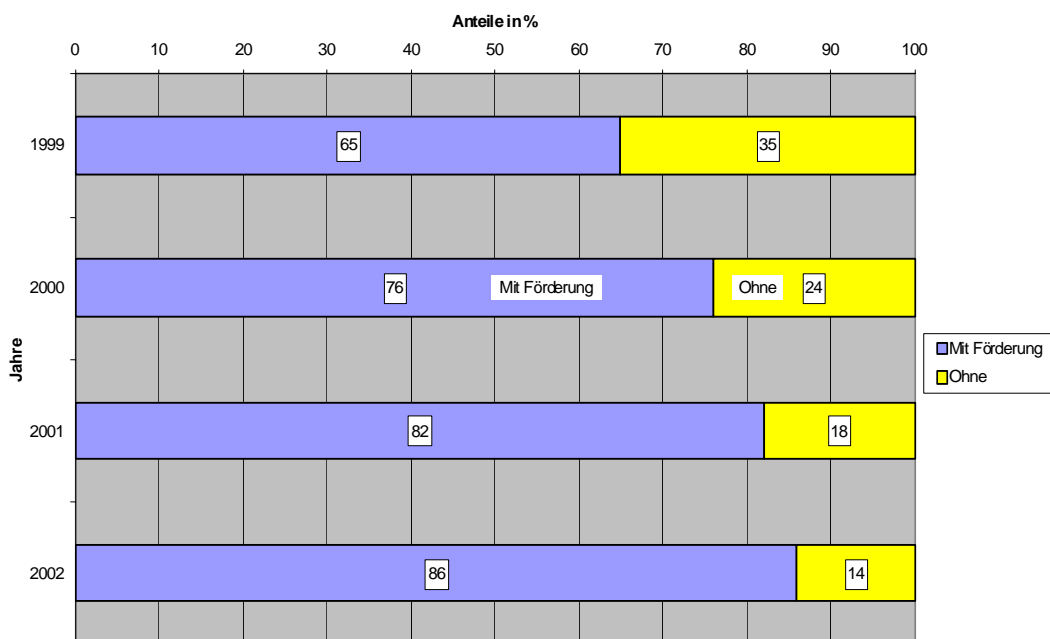
Die Ausschöpfungsquote des Förderprogramms im ambulanten Bereich ist bundesweit kontinuierlich gestiegen, von 33,5 % im Jahre 1999 auf 61 % im Jahr 2003. In der regionalen Betrachtung zeigt sich eine unterschiedliche Ausschöpfung der Kontingente, die in den zurückliegenden Jahren erheblich variiert hat (Abb. 3).

Abb. 3: Ausschöpfung der Kontingente zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in den einzelnen KVen in den Jahren 1999 bis 2003 (KBV 2004)



Betrachtet man die Weiterbildungsmaßnahmen insgesamt (also mit und ohne Förderung), so ist festzustellen, dass sich die Förderungsquote von 65 % im Jahre 1999 (Anlaufjahr) auf 86 % im Jahre 2002 kontinuierlich erhöht hat. Das bedeutet, dass das Förderprogramm wachsende Akzeptanz gefunden hat (Abb. 4).

Abb. 4: Anteile der geförderten bzw. nicht-geförderten Weiterbildungen in der Allgemeinmedizin (KBV 2004)



Vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2002 sind insgesamt 3.314 Brutto-Zugänge an Allgemeinmediziner in das vertragsärztliche System zu verzeichnen.

Eine Analyse hat ergeben, dass Ende 2002 insgesamt 2.550 der geförderten Weiterbildungsassistenten ihre Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hatten und zudem bereits vertragsärztlich tätig waren. Die Brutto-Zugänge an Allgemeinmediziner vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2002 bestehen folglich zu 77 % aus geförderten Weiterbildungskandidaten.

Nach dem vorliegenden Zahlenmaterial besitzen 7.700 vertragsärztlich tätige Allgemeinmediziner eine Weiterbildungs-Befugnis. Hinzu kommen 8.900 Fachärzte aus den in § 8 Abs. 3 der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer genannten Fachdisziplinen, die zur partiellen fachspezifischen Weiterbildung im Rahmen der Allgemeinmedizin beitragen können.

Die bisher erfolgten Weiterbildungsmaßnahmen (mit und ohne Förderung) im Rahmen der Allgemeinmedizin konnten dieses Potenzial bei weitem nicht ausschöpfen.

4.2.2. Auch im stationären Bereich wird das Förderprogramm immer besser angenommen, hat aber ebenfalls noch Reserven

In der Vereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft werden umgewandelte AiP- oder Assistentenstellen gefördert, die dann eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ermöglichen. Um in das Förderprogramm aufgenommen zu werden, muss das Krankenhaus verschiedene Kriterien erfüllen. Von den Krankenkassen wird ein Zuschuss von 1.020,- € pro Monat an das Krankenhaus für die „Umwandlung der Stelle“ gezahlt. Die Fördergelder werden jeweils für das zurückliegende Jahr ausgezahlt, nachdem die jeweilige Landesärztekammer den absolvierten Weiterbildungsabschnitt als anrechnungsfähig bescheinigt und diese bei der Registrierstelle der DKG zum Stichtag vorliegen.

Die DKG setzt das Förderprogramm mit einer eigens eingerichteten Registrierstelle bundesweit um. Sie informiert quartalsweise über die Inanspruchnahme des Förderprogramms und bietet Serviceleistungen für interessierte Einrichtungen und stellensuchende Ärztinnen und Ärzte an.

Mit Inkrafttreten des Artikel 50 SGB IX hat der Gesetzgeber Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, die Möglichkeit gegeben sich an dem Programm zu beteiligen.

Die Anzahl der am Förderprogramm in den Jahren 1999, 2001 und 2003 beteiligten Krankenhäuser ist von 543 über 932 auf 1.097 gestiegen. Bezogen auf die Grundgesamtheit der zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V haben sich im Jahr 1999 25,8 Prozent und im Jahr 2001 45,3 Prozent aller Krankenhäuser am Förderprogramm beteiligt. Der größte Teil der förderfähigen Krankenhäuser (u. a. vorhandene Fachgebietenkonstellationen und Weiterbildungsbefugnisse) nimmt damit am Programm teil. Die steigende Akzeptanz des Förderprogramms spiegelt sich auch in der vermehrten Stellenregistrierung von 935 Stellen im Jahr 1999 auf 1.783 Stellen im Jahr 2003 wieder. Damit schöpfen die Krankenhäuser 59,4 Prozent des gesamten Stellenkontingentes im Jahr 2003 aus.

Seit der Erweiterung des Förderprogramms auf die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2002 ist die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen von 45 auf 62 im Jahr 2003 gestiegen. Die registrierten Stellen haben sich im gleichen Zeitraum von 62 auf 69

erhöht. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen schöpfen 2,3 Prozent des Gesamtkontingentes im Jahr 2003 aus.

In Abbildung 5 ist die Entwicklung der registrierten Stellen in den Jahren 1999 bis 2003 für die Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen dargestellt. Der leichte Rückgang der Anzahl der registrierten Stellen von 2002 auf 2003 resultiert aus der Bereinigung des Förderbestandes durch die Registrierstelle sowie der Umstellung des Programms auf die ausschließlich prospektive Förderung.

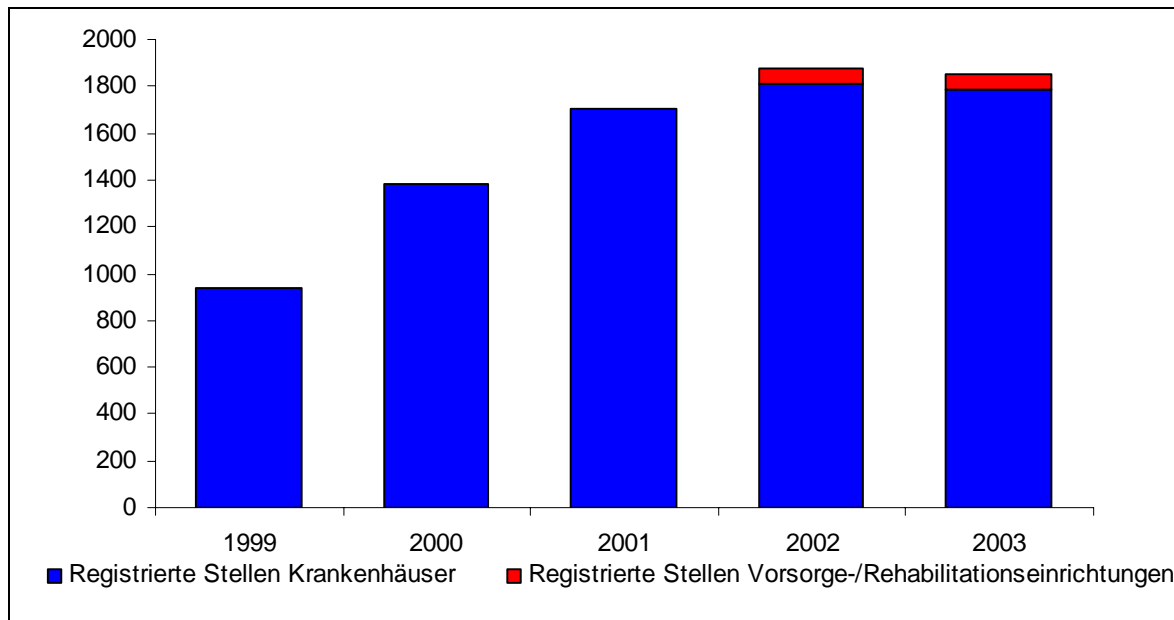


Abb. 5: Anzahl registrierter Stellen in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in den Jahren 1999 bis 2003 (DKG 2004)

In der regionalen Betrachtung zeigt sich eine unterschiedliche Ausschöpfung der Kontingente für die geförderten Institutionen in den einzelnen Ländern, die in den zurückliegenden Jahren erheblich variiert (siehe Abbildung 6). Besonders in den neuen Bundesländern ist die Ausschöpfung seit Auflegung des Programms ausgesprochen hoch. Die Vereinbarung sieht zur optimalen Ausschöpfung des bundesweiten Kontingents vor, dass bei signifikanten Ungleichgewichten in der Ausschöpfung eine Umschichtung der regionalen Anteile erfolgt. Eine Umschichtung der regionalen Kontingente fand im Jahr 2001 statt. In Berlin, Hamburg und Hessen wurden die Kontingente reduziert; in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Sachsen-Anhalt wurden sie ausgeweitet. Die weiterhin bestehenden unterschiedlichen Ausschöpfungsquoten in den Bundesländern verdeutlichen, dass die Kontingentverteilung unzureichend die Markterfordernisse hinsichtlich der stationären Kapazitäten und der Nachfrage abbildet.

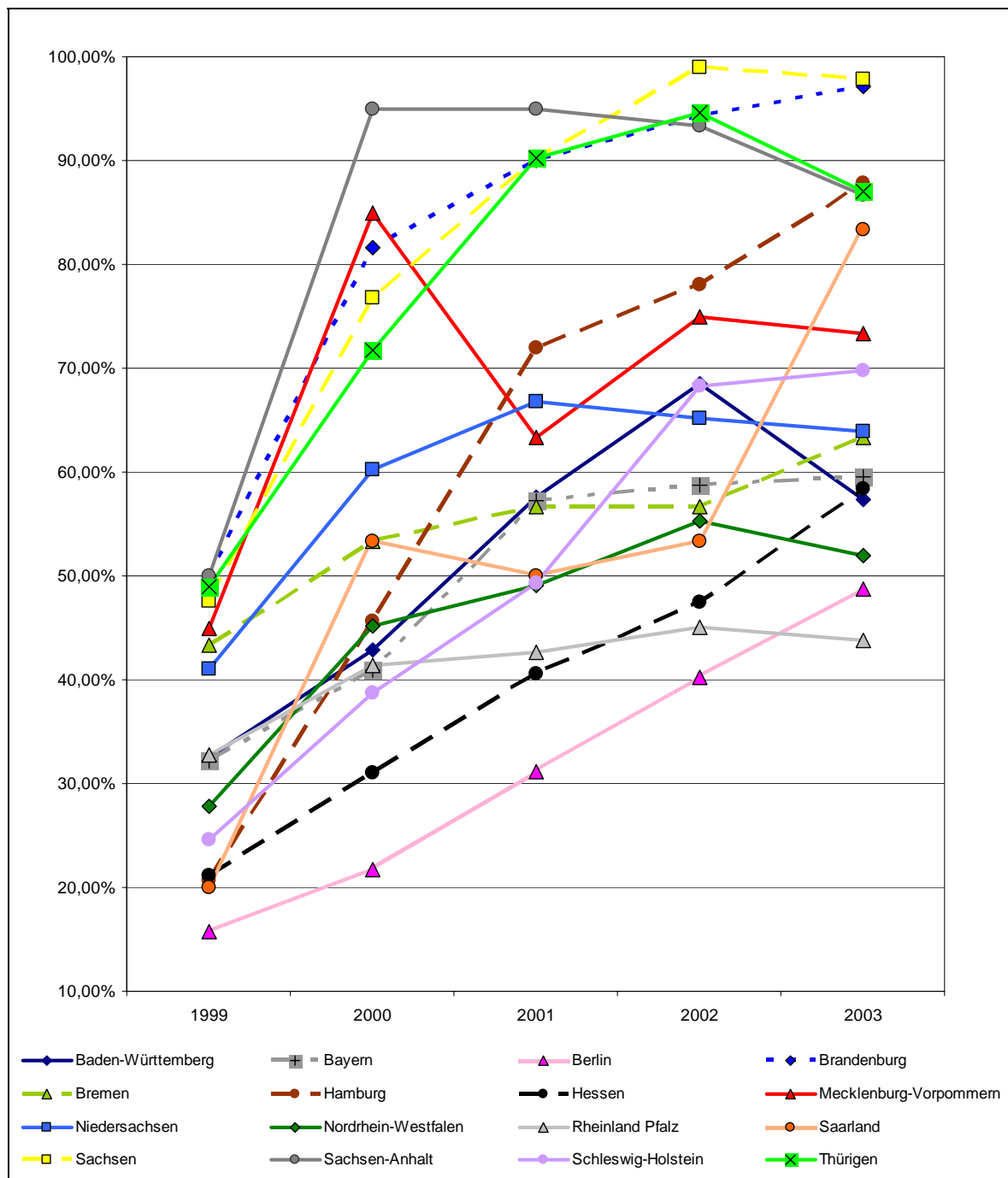


Abb. 6: Ausschöpfung der Kontingente in den einzelnen Bundesländern in den Jahren 1999 bis 2003 (DKG 2004)⁵

Die Verteilung nach den Fachgebieten ist in den zurückliegenden Jahren weitgehend konstant geblieben (siehe Abbildung 7). Im Jahr 2003 stammen 60,38 Prozent der umgewandelten Stellen aus der Inneren Medizin, 34,53 Prozent aus der Chirurgie und 5,09 Prozent aus den übrigen Fachgebieten.

⁵ Zur Steigerung der Aussagefähigkeit der Abbildung wurden die registrierten Stellen im Jahr 1999 auf die Kontingente im Jahr 2000 bezogen. Die Kontingente im Jahr 1999 betrugen nur die Hälfte derjenigen im Jahr 2000.

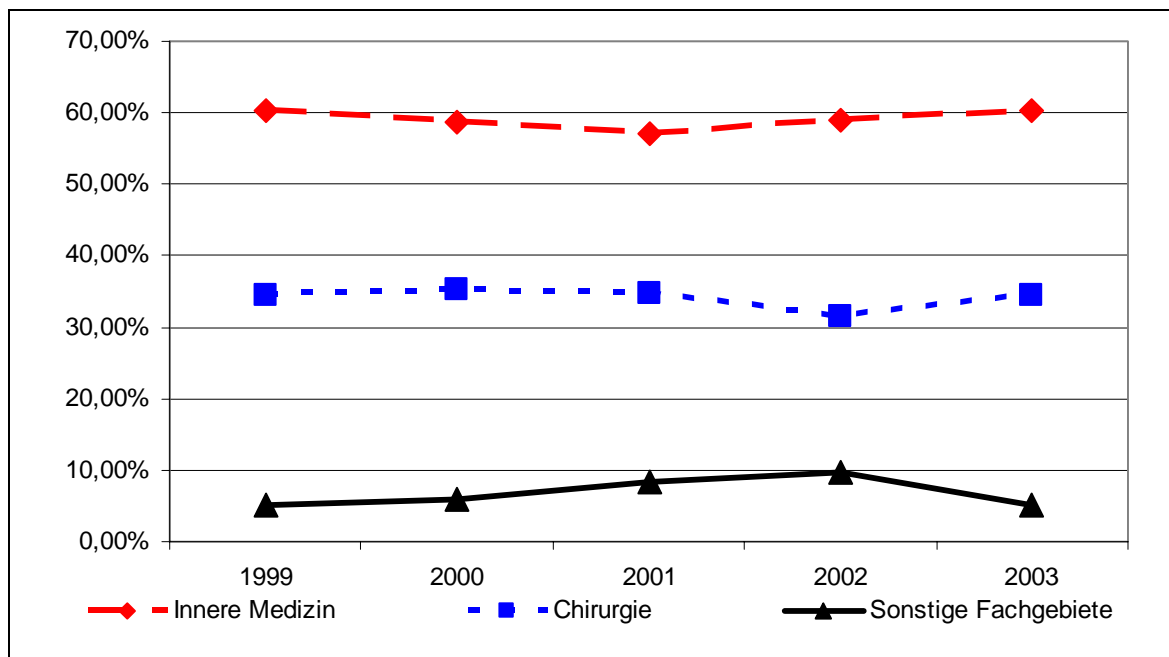


Abb. 7 Prozentuale Verteilung der Maßnahmen nach Fachgebieten in den Jahren 1999 bis 2003 (DKG 2004)

Die obigen Ausführungen verdeutlichen die steigende Akzeptanz des Förderprogramms im stationären Sektor, insbesondere bei den Krankenhäusern. Die Gesamtausschöpfung des Programms entwickelt sich positiv und liegt aktuell im Jahr 2003 bei 61,7 Prozent. Es zeigt sich, dass das Förderprogramm greift und die Krankenhäuser motiviert, Allgemeinmediziner weiterzubilden. Dieses Ergebnis liegt insofern über den Erwartungen, als zu vergegenwärtigen ist, dass mittlerweile viele Krankenhäuser erhebliche Schwierigkeiten haben, vakante Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen. Eher enttäuschend ist der verhaltene Start des Programms in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Die DKG und die Bundesärztekammer hatten sich seinerzeit mit Nachdruck dafür eingesetzt, das Förderprogramm für diese Einrichtungen zu öffnen. Es bleibt zu hoffen, dass in Zukunft – wie die Erfahrungen im Krankenhausbereich zeigen – auch hier mit einer weiter steigenden Nachfrage gerechnet werden kann. Die DKG wird ihre Informationspolitik für diese spezielle Zielgruppe fortsetzen und nochmals intensivieren.

Bis Ende 2003 wurden rund 4.500 Ärztinnen und Ärzte im Förderprogramm registriert. Mit einer zeitlichen Verzögerung ist aufgrund der steigenden Registrierung auch mit einem weiteren Anstieg der Gebietsanerkennungen in der Allgemeinmedizin zu rechnen. Waren im Jahr 2000 1.626 Gebietsanerkennungen in der Allgemeinmedizin zu verzeichnen, so waren es im Jahr 2002 schon 1.917 Anerkennungen. Dies entspricht einer erheblichen Steigerung von 17,9 Prozent für die Allgemeinmedizin, verglichen mit 3,6 Prozent bei der Grundgesamtheit sämtlicher Gebietsanerkennungen.

4.2.3. Fazit

1. Das Förderprogramm funktioniert entsprechend der politischen Zielstellung und wird positiv bewertet. Allerdings sind die möglichen Förderstellen bei weitem noch nicht ausgeschöpft.
2. Mit den derzeit real besetzten geförderten Weiterbildungsstellen wird der Bedarf an Allgemeinärzten nicht abgedeckt, zumal ein Drittel der Weitergebildeten die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt.
3. Bestehende Strukturprobleme in einzelnen Regionen können durch das Förderprogramm jedoch nicht ausgeglichen werden. Es wird deutlich, dass die hausärztliche Versorgung regionalen Besonderheiten unterliegt. Eine regionale Umschichtung der Kontingente erfolgte im Jahr 2001 im stationären Sektor, da mehrere Bundesländer eine Ausschöpfung von annähernd 100 % erreichten und darüber hinausgehende Weiterbildungsmöglichkeiten dort angeboten wurden. Das Instrument der Kontingentumschichtung trägt insofern zu einer Verbesserung der Gesamtausschöpfung des Stellenkontingents bei und ist bei Bedarf auch zukünftig anzuwenden.
4. Im stationären Bereich ist die Zweckbindung der Fördermittel abgesichert, da sich die Förderung nur auf nachgewiesene umgewandelte Stellen zur Weiterbildung erstreckt. Das Förderprogramm wirkt hier als Zuschlag für in der Allgemeinmedizin weiterbildende Einrichtungen. Es wird nicht vertieft, ob ein genereller Weiterbildungszuschlag im DRG-Vergütungssystem sinnvoll ist.
5. Im ambulanten Bereich nehmen inzwischen 86 % der Weiterzubildenden in der Allgemeinmedizin das Programm in Anspruch.
6. Die neue MWBO und die ärztlichen Weiterbildungsordnungen in den Ländern sind zu gegebener Zeit zu berücksichtigen, bedingen jedoch keinen grundsätzlichen Änderungsbedarf in dem Förderprogramm.
7. Aufgrund der hohen Zahl nicht besetzter Förderstellen ergeben sich z. Zt. jährlich finanzielle Reserven in Höhe von 14 Mio. €. Dieser Betrag sollte vorrangig dem Ziel des Programmes entsprechend – nämlich der Förderung zusätzlicher Stellen für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin – verwendet werden. Werden diese aber trotz gemeinsamer Bemühungen aller Beteiligten nicht nachgefragt, so könnten die verbleibenden Mittel auch zwischenzeitlich zu einer höheren Förderung vorhandener Stellen genutzt werden. Damit könnten die zur Verfügung stehenden Gelder ihrer Intention entsprechend einer anderen, aber sicherlich nicht unwirksamen Anreizfunktion für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin zugeführt zu werden. Das maximale finanzielle Programmvolumen sollte jedoch nicht überschritten werden. Die Umsetzung dieses Vorschlags ist von einer entsprechenden Einigung der hierfür zuständigen Vertragspartner auf Bundes- und Landesebene abhängig.

4.3. Umsetzung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung auf Landesebene

4.3.1. Die Umsetzung des neuen Weiterbildungsrechts auf Landesebene bedingt eine europarechtliche Genehmigungsfähigkeit.

Im Rahmen der Notifizierung der Berufsbezeichnung von praktischen Ärzten gemäß Titel IV Artikel 30 ff. der Richtlinie 93/16/EWG wurde im Amtsblatt der Europäischen Union (2003/C 229/04) für Deutschland der Eintrag „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ vorgenommen. Diese Veröffentlichung war im Jahr 2003 im Sinne einer „Vorab-Notifikation“ vorgenommen worden, um das gegen die Bundesrepublik anhängige Vertragsverletzungsverfahren 1999/2026 abzuwenden, nachdem die Bundesrepublik Deutschland auf der Basis einer gegenseitigen Abstimmung mit den Ländern zugesichert hatte, in den Heilberufsgesetzen bzw. Weiterbildungsordnungen der Länder die Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ aufzunehmen.

Nachdem in § 95a SGB V die Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte an das Führen der Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin gebunden wurde, liefen die Zulassungskriterien für die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ bis zum 31.12.1995 aus. Auf dieser Basis hatte ein Mitglied der Europäischen Union 1999 geklagt, dass er unter wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten den Anspruch habe, den für Deutschland notifizierten Titel „Facharzt für Allgemeinmedizin“ zu führen.

Die Bundesländer sind ihrer Zusage, die notifizierte Bezeichnung in ihre Heilberufsgesetze einzubringen, in den letzten Jahren nur teilweise nachgekommen, so dass die EU-Kommission mit Schreiben vom 29.10.2004 die Bundesregierung letztmalig aufgefordert hat, die im Amtsblatt veröffentlichte Notifikation in allen 16 Ländern umzusetzen. Andernfalls sei eine Klageeinreichung nicht mehr zu vermeiden. In diesem Zusammenhang hat eine deutsche Delegation am 22.12.2004 nochmals das Gespräch mit der zuständigen Stelle der EU-Kommission gesucht und – um die Fortsetzung des Vertragsverletzungsverfahrens zu vermeiden – folgende Klarstellung erhalten:

1. Bis zum April 2005 müssen alle 16 Länder eine gesetzliche Regelung vorhalten, dass der „Facharzt für Allgemeinmedizin“ als Notifikation gemäß Titel IV der Richtlinie 93/16/EWG („EU-practitioner“) steht.
Derzeit (Stand Februar 2005) ist festzustellen, dass dieser Aufforderung lediglich der Freistaat Sachsen nicht rechtzeitig nachkommen wird.
2. Die derzeit in Deutschland existierenden unterschiedlichen Bezeichnungen für hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte, wie
 - Arzt
 - Praktischer Arzt
 - Facharzt für Allgemeinmedizin (mit 3-,4- bzw. 5-jähriger Weiterbildung)
 - Facharzt für Innere Medizin (tätig in der hausärztlichen Versorgung)
 - Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (gemäß künftigem Weiterbildungsrecht)müssen als in Europa notifizierte Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ geführt werden. Die Notwendigkeit dieser einheitlichen Nomenklatur beruht auf den Bestimmungen der Richtlinie 93/16/EWG, welche in Bezug auf den Titel IV als supranationales Recht für Deutschland anzuwenden ist.

3. Mit der (Muster-)Weiterbildungsordnung, welche vom Deutschen Ärztetag 2003 verabschiedet worden ist, wurde die Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ in die Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin“ überführt. Das neue Weiterbildungsrecht hat die bislang eigenständigen Gebiete „Innere Medizin“ und „Allgemeinmedizin“ zu einem gemeinsamen Gebiet „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ zusammengeführt. Diese Struktur wurde von der EU-Kommission als mit der Richtlinie 93/16/EWG kompatibel erachtet mit der Maßgabe, dass der Titel „Facharzt/Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin“ erst ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung führbar wird. Solange ist die bisherige Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin Allgemeinmedizin“ noch rechtsverbindlich. Einer Änderung der bisherigen Notifikation kann erst dann zugestimmt werden, wenn in allen Ländern die neue Bezeichnung verankert ist.

4.3.2. Für eine Einheitlichkeit der Bezeichnung der hausärztlich tätigen Ärzte Sorge tragen

Die Projektgruppe betont nochmals die Notwendigkeit der Einheitlichkeit der Weiterbildungsstrukturen dieses Facharztes und erwartet eine entsprechende Umsetzung in den Ländern.

Dazu hat die Arbeitsgruppe „Berufe des Gesundheitswesens“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) 2004 festgestellt, dass dies in zwei Schritten zu erfolgen hat:

- In einem ersten Schritt müssen die Auflagen des Vertragsverletzungsverfahrens erfüllt werden, indem alle 16 Länder die Notifikation „Facharzt für Allgemeinmedizin“ sehr zeitnah in ihre Bestimmungen aufnehmen.
Gemäß letzter Aufforderung der EU-Kommission hat dies bis zum April 2005 zu geschehen. Sollte das einzige Land, der Freistaat Sachsen, diese Auflage nicht bis zu dem genannten Zeitpunkt erfüllen können, wird noch in diesem Jahr das Klageverfahren gegenüber der Bundesrepublik eingeleitet.
(Im Falle einer Verurteilung ist eine Bußgeldzahlung in einer Höhe von ca. 128 Millionen Euro zu erwarten, welches die Bundesregierung auf die bzw. das verantwortliche Bundesland umlegen wird.)
- Als zweiten Schritt hat die AOLG-Arbeitsgruppe die Umsetzung der neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung mit der neuen Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin“ empfohlen.
Der Stand der Umsetzung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung in den Landesärztekammern ist aus der Anlage 5 zu entnehmen.

Die von einigen Aufsichtsbehörden vertretene Auffassung, dass die Beschlüsse der jeweiligen Delegiertenversammlungen der Ärztekammern nur dann anzuerkennen sind, nachdem die Notifizierung der neuen Facharztbezeichnung bei der EU erfolgt ist, entspricht nicht dem üblichen Ablauf des Notifizierungsverfahrens. Es verhält sich vielmehr umgekehrt: Die Länder bzw. die Bundesrepublik Deutschland muss bei der EU-Kommission den Antrag stellen, nachdem sich in allen Bundesländern eine neue Bezeichnung einheitlich durchgesetzt hat, diese als neu zu notifizierende Bezeichnung in die Richtlinie 93/16/EWG aufzunehmen.

Wie bereits unter 4.3.1. dargestellt, existieren in Deutschland eine Reihe verschiedener Bezeichnungen für hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte. Das Vorhalten verschiedener Be-

zeichnungen für die Ausübung hausärztlicher Tätigkeiten innerhalb des Sozialrechtssystems ist nicht mit der Richtlinie 93/16/EWG zu vereinbaren. Daher sind die Ärztekammern (Bundesländer) gehalten, ab sofort die Auflage zu erteilen, dass einheitlich ausschließlich die Bezeichnung „Facharzt für Allgemeinmedizin“ geführt werden darf. Die nach den bisher gültigen Weiterbildungsordnungen erworbenen Qualifikationsnachweise behalten ihre Gültigkeit. Übergangsbestimmungen bzw. Prüfungen können auch für deutsche Inhaber des Titels IV der Richtlinie 93/16/EWG nicht festgeschrieben werden.

Zu Vereinheitlichung der verschiedenen Bezeichnungen wurde mit der EU-Kommission vereinbart, in die Satzungen der neuen Weiterbildungsordnungen folgenden Text aufzunehmen:

Die Facharztbezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin“ darf nur in der Form „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ geführt werden. Die Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin“ ist ab dem Tag der Veröffentlichung einer von der Bundesrepublik Deutschland gemäß Titel IV der Richtlinie 93/16/EWG vom 05.04.1992 (ABl EG Nr. L 165 S.1) geändert durch die Richtlinie 2001/19/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 14.05.2001 (ABl EG Nr. L 206 S.1) notifizierte Mitteilung über den Ersatz der bisherigen Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ zu führen.

Das Vertragsverletzungsverfahren 1999/2026 zwingt die Ärztekammern dazu, dafür Sorge zu tragen, dass alle Inhaber der oben genannten verschiedenen Bezeichnungen mit der Titel IV-Voraussetzung ab sofort die Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ führen. Diese Bestimmung gilt nicht nur für Ärzte und Ärztinnen aus den EU-Mitgliedsstaaten, sondern gilt auch für alle deutschen Ärzte und Ärztinnen.

4.3.3. *Fazit:*

1. Die Projektgruppe stellt fest, dass die auf dem Deutschen Ärztetag 2003 beschlossene neue (Muster-)Weiterbildungsordnung für die hausärztliche Versorgung in Form des Facharztes/der Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin auch auf dem Deutschen Ärztetag 2004 in Bremen nicht in Frage gestellt wurde. Dieser Facharzt bietet die Gewähr für eine qualitativ hochstehende und einheitliche Weiterbildung.
2. Die Projektgruppe sieht in der derzeitigen Bezeichnungsvielfalt für die in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte – insbesondere aus Patientensicht – nicht die notwendige Eindeutigkeit und hält es für geboten, zu einer schnellen und fachlich begründeten Bereinigung zu kommen.
3. Sofern die Mindestanforderungen des Titels IV der Richtlinie 93/16/EWG erfüllt sind, wird es als notwendig angesehen, dass dieser Personenkreis die einheitliche Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ führt.
4. Die Projektgruppe befürwortet die baldmöglichste Einführung der neuen Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin“. Sobald alle Landesärztekammern dieses beschlossen haben, sollte bei der EU-Kommission der Antrag zur Notifizierung dieses neuen Titels gestellt werden. Bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung desselben muss in den neuen Weiterbildungsord-

nungen über eine Fußnote vermerkt werden, dass solange noch die bisherige Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ geführt werden muss.

4.4. Hausärztliche Fortbildung

4.4.1. Eine hausarztspezifische strukturierte Fortbildung kann zur Identitätsbildung beitragen.

(Hausärztliche) Fortbildung wird - abgesehen von den Heilberufsgesetzen - im SGB V in den §§ 73b, 95d und 135 ff direkt oder indirekt angesprochen.

Vom Deutschen Hausärzteverband werden, teilweise auf Landesverbandsebene, zurzeit mehrere unterschiedliche Modelle wie die "Strukturierte hausärztliche Fortbildung (ShF) - Ein freiwilliges Konzept für den besonderen Kompetenzerhalt" oder das gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung entwickelte "Europäische Praxisassessment (EPA)" eingeführt. Die Modelle sind speziell von Hausärzten für Hausärzte entwickelt worden und in der Erprobungs- bzw. Umsetzungsphase. Sie stellen den Versuch dar, die allgemeinärztliche Fortbildung (CME - continuous medical education) und das Prinzip des lebenslangen Lernens zur persönlichen Kompetenzentwicklung (CPD - continuous professional development) nicht der Beliebigkeit zufälliger Auswahl zu überlassen, sondern zu facharztspezifischen Programmen zu entwickeln. Dies kann in der Praxis zu einer Identitätsbildung und Erleichterung des Austausches innerhalb der Hausärzteschaft führen und insofern die Berufszufriedenheit erhöhen.

Allerdings ist die Vielzahl der Programme für den Hausarzt nicht übersichtlich und kann der positiven Intention zuwiderlaufen. Von daher wird eine Zertifizierung der entsprechenden Kompetenzerhaltungsmodelle durch die Bundesärztekammer empfohlen.

Solche strukturierten Programme stellen zusätzlich eine wünschenswerte Weiterentwicklung des § 95d SGB V dar, indem fachspezifische Inhalte verbindlich in den Vordergrund gestellt werden.

Nach einer Klärung der Verbindlichkeit (Zertifizierung) sind die weitere Einführung und Inanspruchnahme dieser Fortbildungs- bzw. Kompetenzentwicklungsprogramme von daher positiv zu begleiten.

5. Werbung/Motivation für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

5.1. Eine prägende Rolle für die Spezialisierung der angehenden Medizinerinnen und Mediziner übernehmen die Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den Universitäten

Ihre Berufswahl haben Medizinstudentinnen und -studenten mit der Aufnahme des Studiums vorgebahnt. Unterschiedliche Motivationen mögen dabei eine Rolle gespielt haben:

- der Wunsch, Anderen helfen zu wollen
- das Sozialprestige des Arztes
- die abgesichert erscheinende materielle Perspektive
- die Erwartung der persönlichen Umgebung des Studenten (Elternhaus).

Die Entscheidung, ob eine Weiterbildung zur Allgemeinmedizin begonnen wird, wird in der Regel während des Studiums getroffen. Von den o. g. Motivatoren spricht – in Konkurrenz zu den anderen spezialärztlichen Weiterbildungen – nur ein Teil für die Allgemeinmedizin. Von daher bedarf es neben einer veränderten Schwerpunktsetzung durch die Approbationsordnung besonderer Strategien, welche die Wahl zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin unterstützen. Da die Entscheidung maßgeblich in der Studienphase vorgeprägt wird, wird es gerade von den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin zukünftig an allen Medizinischen Fakultäten erwartet, sich entsprechend motivierend für eine Bahnung einzusetzen. Dabei gelten die in Abschnitt 2 und 3 genannten Voraussetzungen, die es umzusetzen gilt, und es hängt auch viel von der persönlichen Vorbildfunktion der Lehrstuhlinhaberinnen und -inhaber ab, ob ein Gegengewicht zu den sonstigen spezialärztlichen Ausrichtungen aufgebaut werden kann. Die frühe und dann kontinuierliche Bindung an die Allgemeinmedizin mit entsprechenden Ansprachen durch die Lehrstuhlinhaberinnen und -inhaber wird von daher als maßgeblich angesehen.

5.2. Die Berufsverbände und Fachgesellschaften der Allgemeinmedizin sowie die Ärztekammern sollen frühzeitig für die Allgemeinmedizin werben

Die Berufsverbände der Allgemeinmedizin bzw. die entsprechenden ärztlichen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie die Ärztekammern spielen während des Studiums der Medizin keine wesentliche Rolle. Medizinstudentinnen und Medizinstudenten befassen sich mit diesen Organen meist erst nach dem Studium. Sie verbinden mit diesen Vereinigungen und Körperschaften keinen Vorteil für die zwangsläufig im Vordergrund stehende Wissensbewältigung im Studium. Andererseits präsentieren sich diese Einrichtungen auch nur selten im Medizinstudium.

Dass eine frühzeitige Kontaktaufnahme von künftigen Arbeitgebern oder Interessensverbänden prägend für die Berufswahl sein kann, zeigen zur Zeit die privaten Krankenhausträger, die entsprechend Avancen unternehmen, um die so ausgewählten Studentinnen und Studenten später an ihre Institution zu binden – mit entsprechendem Erfolg. Aus der Industrie ist bekannt, dass diese – besonders bei Mangelberufen – frühzeitigen Kontakt zu Studenten aufbaut und sie durch gezieltes Marketing bis hin zu Stipendien an sich bindet. Die Projektgruppe sieht es als wichtig an, dass die allgemeinmedizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie die Ärztekammern entsprechend dieser Strategie gezielt werbend im Medizinstudium auftreten und eine kontinuierliche Verbindung zu den Studenten und den jungen Ärztinnen und Ärzten in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung halten.

5.3. Die Allgemeinmedizin ist stärker mit renommierten Preisen bzw. imageträchtigen Förderungen auszustatten

Die objektiv oder tendenziell schlechten Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten in der Allgemeinmedizin im Verhältnis zu den anderen spezialärztlichen Weiterbildungen sind zur Zeit kein positiver Werbefaktor für diese Facharztausrichtung. Die von der Projektgruppe angesprochenen Veränderungsbedarfe werden die Bewerbung und die Motivation für die Allgemeinmedizin erleichtern. Allerdings spielen neben materiellen und arbeitsbelastenden Faktoren auch medizininterne und gesellschaftliche Imagefaktoren eine wichtige Rolle für die Weiterbildungsentscheidung. Die Pioniere der medizinischen Entwicklung und des medizinischen Fortschrittes werden nicht in der Allgemeinmedizin gesehen. Herausragende, in der aktuellen medizinischen Literatur präsentierte Erfolge gehen in Deutschland kaum von

der Allgemeinmedizin aus. Von daher sind entsprechende imagefördernde Anreize zu setzen. Die Unterstützung der Allgemeinmedizin z. B. durch die imagerträchtige Bertelsmann Stiftung wird von der Projektgruppe ebenso positiv hervorgehoben wie die Auslobung von renommierten Preisen (z. B. in Form des Berliner Gesundheitspreises 2004). Solche statusbildenden Aktivitäten in und für die Allgemeinmedizin sollten z.B. durch die Selbstverwaltung, wissenschaftliche Vereine und Gesellschaften, Stiftungen oder die Universitäten ausgeweitet werden.

5.4. Das Image der Allgemeinmedizin ist zu verbessern

Voraussetzung jeglicher Werbung und Motivation für ein „Produkt“ ist die Glaubwürdigkeit der Werbeaussage und Werbekampagne. Dazu zählt auch, dass die Werbenden ein positives Bild vermitteln und nicht durch ständiges Wehklagen jegliche positive Besetzung unmöglich machen. Die augenblickliche Betonung der Schwierigkeiten in der allgemeinmedizinischen Berufsausübung (s. z.B. Deutsches Ärzteblatt vom 12.03.2004) mag interne Gründe haben; für die Außendarstellung und die aktive Bewerbung des Berufsbildes der Allgemeinmedizin sind entsprechende Berichte über den belastenden Alltag eines Hausarztes kontraproduktiv.

Die Projektgruppe fordert von daher alle maßgeblichen Stellen insbesondere innerhalb der Ärzteschaft auf, ihre diesbezüglichen Strategien zu überdenken. Anderenfalls ist zu befürchten, dass damit eine „self fulfilling prophecy“ erzielt wird, die der Allgemeinmedizin schadet.

6. Perspektive für die Berufsausübung in der Allgemeinmedizin

6.1. Die Anregungen der Berichte „Mangel an Ärztinnen und Ärzten in Teilbereichen der Versorgung“ für die 76. und 77. GMK sind in Bezug auf die hausärztlichen Belange noch nicht befriedigend umgesetzt.

Die Berichte „Mangel an Ärztinnen und Ärzten in Teilbereichen der Versorgung“ für die 76. und 77. GMK benennen für die hausärztliche Versorgung verschiedene Vorschläge, die nur zum Teil umgesetzt worden sind. Zu den umgesetzten Punkten gehören

- die gesetzlichen Voraussetzungen für die weitere kontinuierliche Angleichung der Vergütung Ost/West,
- die Mentoring-Projekte für Ärztinnen,
- die gesetzlichen Voraussetzungen für Sicherstellungszulagen sowie
- die weitere Ermöglichung der Zulassung von Internisten zur hausärztlichen Versorgung.

Dagegen ist die Realität bei den Sicherstellungszulagen noch nicht der rechtlichen Möglichkeit angeglichen worden. Auch ist die Forderung bisher noch nicht aufgegriffen worden, die Angestellten-Ärzte-Richtlinie insofern zu ändern, als es bisher niedergelassenen Ärzten, die einen Arzt einstellten, nur möglich war, ihre Leistungen höchstens um 3 % auszuweiten. Der Bericht zur 77. GMK bemängelt, dass in offenen Planungsgebieten und Planungsgebieten mit einer Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung diese Regelung die Ausschöpfung vorhandener medizinischer Ressourcen verhindert. Es war vorgeschlagen worden, in offenen Planungsgebieten den ärztlichen Zulassungsausschüssen die Möglichkeit einer Leistungsausweitung bis zu 100 % einzuräumen. Der gemeinsame Bundesausschuss ist von Sachsen gebeten worden, diese Angelegenheit im Ausschuss zu erörtern und

dieser hat in seiner Antwort auf die Notwendigkeit einer entsprechenden rechtlichen Änderung hingewiesen.

Ein weiterer, bisher nicht aufgegriffener Punkt ist der Abbau von Überreglementierung bzw. von unnötigem bürokratischem Aufwand. Der Bericht verweist auf Beispiele bei den Disease Management-Programmen sowie bei der Einführung der Praxisgebühr. Die 77. Gesundheitsministerkonferenz hat in ihrem Beschluss zur „Verbesserung der medizinischen Versorgung durch Deregulierung“ einstimmig beschlossen, eine Arbeitsgruppe mit dem Auftrag einzusetzen „Vorschläge zum Abbau von Dokumentationsaufwand“, soweit dieser durch rechtliche Vorgaben bedingt ist, zu erarbeiten und der 78. Gesundheitsministerkonferenz vorzulegen. Die Arbeitsgruppe soll die bisherigen Erkenntnisse aus den Ländern einbeziehen und die Stellungnahmen, insbesondere der Krankenkassen, der Ärztekammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sowie der Fachverbände der Pflege berücksichtigen. In dieser Arbeitsgruppe soll insofern erstmals systematisch in Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung der Deregulierungsaspekt im Gesundheitswesen herausgearbeitet werden und damit auch der Abbau von Überreglementierungen angeregt werden. Diese Arbeit hat gerade für die hausärztliche Versorgung, die mit einer Vielzahl von Patientenkontakten auch einen hohen verwaltungsmäßigen Aufwand zu leisten hat, eine besondere Bedeutung. Es wird die Erwartung ausgesprochen, dass mit der Umsetzung des Berichtes gerade die Arbeitssituation in der hausärztlichen Medizin und damit auch die hausärztliche Motivation verbessert wird.

6.2. Die Arbeitslast in den hausärztlichen Praxen ist auf ein vertretbares Maß zu reduzieren.

Sowohl die Berufswahl für die Allgemeinmedizin als auch die Arbeitszufriedenheit in der hausärztlichen Praxis werden negativ dadurch beeinflusst, dass die hausärztliche Medizin zu Recht mit einer hohen Arbeitsbelastung identifiziert wird. Es gilt also, Bedingungen zu schaffen, die speziell für die hausärztliche Versorgung zu einer Erleichterung der Arbeitslast führen.

6.2.1. Die Anstellung von Ärzten in Praxen sollte nicht durch Leistungsbegrenzungen verhindert werden. Damit verbunden soll den besonderen Bedürfnissen von Allgemeinmedizinerinnen Rechnung getragen werden.

Viele junge Nachwuchsmediziner scheuen nach dem Abschluss der Weiterbildung das Risiko und die hohen Kosten, die mit einer Praxisgründung oder -übernahme verbunden sind. Wünschenswert wäre die Möglichkeit, zunächst in eine Praxis „hineinzuschnuppern“, oder die der „gleitenden Praxisübergabe“, bei der ein ruhestandswilliger Hausarzt einen Arzt anstellt und diesen in einem gewissen Zeitraum (bspw. 4 bis 5 Jahre) als Nachfolger „aufbaut“. Der angestellte Arzt kann dann langsam in die Rolle des Freiberuflers hineinwachsen, ohne den Unsicherheiten ausgesetzt zu sein, die mit einer Praxisgründung verbunden sind. Die Realisierung dieser Möglichkeiten scheitert allerdings an der Regelung des § 101 Abs. 1 Ziff. 5 SGB V, die besagt, dass die Anstellung von Ärzten in einer Praxis mit einer Leistungsbeschränkung für die Praxis einhergeht, unabhängig davon, ob der Planungsbereich für weitere Zulassungen gesperrt ist oder Niederlassungen möglich sind. Im Gegenzug erfolgt keine Anrechnung des angestellten Arzt in der Bedarfsplanung. In den Angestellte-Ärzte-Richtlinien wurde die Leistungsbeschränkungsgrenze vom Bundesausschuss mit drei Prozent festgelegt. Das bedeutet, dass die Praxis, in der ein Arzt angestellt wird,

den Leistungsumfang um maximal drei Prozent ausweiten darf. Damit zahlt der anstellende Arzt seinen Angestellten allerdings quasi „aus der eigenen Tasche“, da ihm die Erwirtschaftung der entstehenden Kosten verwehrt bleibt.

Diese Hürde der Anstellung von Ärzten sollte beseitigt werden, um das Reservepotenzial an „arbeitswilligen“ Allgemeinmediziner ausschöpfen zu können. So wird aus Analysen deutlich, dass die Zahl der zurzeit nicht berufstätigen Ärztinnen, die sich nicht im Ruhestand befinden, gut 20.000 beträgt. Ein Großteil dieser Ärztinnen wäre bei den geeigneten Rahmenbedingungen für eine kurative Tätigkeit reaktivierbar. Heutzutage scheitert die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für viele Ärztinnen an dem Mangel an Teilzeitstellen. Während Fachärztinnen aller anderer Fachrichtungen zumindest theoretisch Teilzeitstellen an Krankenhäusern antreten können, haben Allgemeinmedizinerinnen nur die Möglichkeit, in einer Arztpraxis entsprechend ihrer Qualifikation zu arbeiten. Dies wird aber durch die Regelung des § 101 Abs. 1 Ziff. 5 SGB V verunmöglicht. Auch würden viele Allgemeinärztinnen, die ihre Praxis aufgrund von jahrelanger psychischer und physischer Belastung aufgeben, gerne auf Stundenbasis entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit weiterarbeiten und in einer noch bestehenden Praxis eines Kollegen unterstützend tätig werden.

Daher sollte der § 101 Abs. 1 Ziff. 5 SGB V dergestalt geändert werden, dass in nicht überversorgten Gebieten die Anstellung von Ärzten nicht mit einer Leistungsbegrenzung einhergeht. Gleichzeitig müssten dann aber die angestellten Ärzte entsprechend ihres tatsächlichen Tätigkeitsumfanges in der Bedarfsplanung angerechnet werden.

6.2.2. Es ist zu prüfen, inwieweit speziell qualifizierte Gesundheitsberufe entlastende Aufgaben in der Prävention, Betreuung sowie einfache medizinische Leistungen (in Verantwortung des Hausarztes) entlastend übernehmen können.

Nurse Practitioner (NP) ist eine gängige Berufsbezeichnung in den angelsächsischen Ländern für eine Pflegefachkraft, die neben einem grundständigen Pflegestudium über Berufserfahrung und eine weitere akademische Qualifikation verfügt (in der Regel ein berufs begleitendes Bachelor-Studium, teilweise auch Masterstudium, hierzu existiert in Großbritannien ein Anforderungsprofil an die NP-Ausbildung).

Aufgaben der NP sind:

- das Erkennen von allgemeinen und chronischen Erkrankungen in definierten Tätigkeitsfeldern
- entsprechendes Versorgungsmanagement, in dem einige Tätigkeiten des Hausarztes übernommen, insbesondere aber ergänzt und unterstützt werden
- Gesundheitserhaltung, Krankheitsprävention sowie Beratung und ‚Patientenschulungen‘ für bestimmte Zielgruppen.

In der Regel sind NP's spezialisiert auf ein Teilgebiet der Pflege / Medizin, z.B. Psychiatrie, Pädiatrie, Geriatrie etc. und arbeiten in großen Arztpraxen zusammen mit Medizinern und anderen Berufsgruppen.

NP besetzen darüber hinaus häufig Schnittstellen im Versorgungssystem und sind eigenständige Organisatoren interdisziplinärer Zusammenarbeit. Hierzu gehören z.B. Erstkontakte mit Patientinnen und Patienten in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen zwecks erster Einschätzung und die anschließende Steuerung der weiteren Versorgung.

Innerhalb der Pflege haben NP eine besondere Bedeutung bei der Verknüpfung von Theorie und Praxis (Evidence Based Nursing). Sie übernehmen die fortlaufende Evaluation der Pflegequalität sowie der Effektivität des Versorgungsmanagements in ihren Tätigkeitsfeldern. Dabei ist der optimale Versorgungsprozess für jeden einzelnen Patienten immer Leitlinie der Arbeit der NP. Auch bei der Betreuung chronisch Kranker oder bestimmter Bevölkerungsgruppen (z.B. Kleinkinder, Senioren) können NP wichtige die ärztliche Betreuung unterstützende Funktionen übernehmen.

Außerhalb der angelsächsischen Länder ist der Begriff Nurse Practitioner in der Praxis nicht sehr verbreitet, tatsächlich wird eine vergleichbare Funktion von Pflegekräften insbesondere in Skandinavien und den Niederlanden wahrgenommen (zum Beispiel in den von akademisch qualifizierten Pflegekräften geleiteten schwedischen Herzinsuffizienz-Ambulanzen).

Im Gegensatz zum Konzept der NP sind in Deutschland qualifizierte Funktionen in der Pflege in institutionellen Strukturen außerhalb des sektorenübergreifenden Versorgungssystems angesiedelt worden (Überleitungsstellen, Prozessbegleitungen, Qualitätsbeauftragte usw.).

In Anbetracht der rasanten Akademisierung und Professionalisierung von Pflegefachkräften bei gleichzeitiger Verlagerung von Patientenströmungen innerhalb des Versorgungssystems stellt sich die Frage nach rechtlichen und strukturellen Möglichkeiten in Deutschland, Erfahrungen der ehemaligen DDR bei der Diabetiker-Betreuung durch Diabetes-Beratungsstellen oder aus dem angelsächsischen und skandinavischen Raum zu übernehmen. Im Auftrage eines Arztes, unter seiner Kontrolle und zu seiner Entlastung würden dann z. B. verschiedene Routine-Diagnosen und Beratungen insbesondere bei chronisch kranken Patienten durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter auch bei selbständigen Hausbesuchen durchgeführt werden können. Es ist zu prüfen, inwiefern hierfür geeignete Konzepte vorliegen bzw. ausgearbeitet werden sollen.

6.2.3. Ein Sabbat-Jahr für Hausärzte soll ermöglicht werden.

Die Ausübung der hausärztlichen Tätigkeit ist in der Regel mit besonderen Anstrengungen bzw. Belastungen verbunden. Im Laufe einer langjährigen, oft über mehrere Jahrzehnte andauernden Praxistätigkeit, stellen sich bei Hausärztinnen und Hausärzten nicht selten Zeichen einer Überlastung bis hin zum sog. „Burn out“ ein. Aufgrund anhaltender Überlastung und gleichzeitig nachlassender Berufszufriedenheit denken Hausärzte zunehmend häufiger daran, den Umfang ihrer Praxistätigkeit zu reduzieren oder sogar vorzeitig ganz aufzugeben.

Um für diese Situation eine Alternative anbieten zu können und die Berufsausübung insgesamt attraktiver bzw. flexibler gestalten zu können, sollte zukünftig auf Antrag ein zeitlich begrenztes Ruhen der Zulassung (sog. „Sabbat-Jahr“) ermöglicht werden. Entsprechende Regelungen bestehen bereits, sind aber bisher auf besondere Situationen (insbesondere Schwangerschaft einer Hausärztin) begrenzt. Eine längerfristige Unterbrechung der Praxistätigkeit wäre unter den jetzigen Bedingungen nur bei Rückgabe der Zulassung möglich. Voraussetzung ist eine Änderung der Zulassungsverordnung (vgl. Abschnitt 7).

6.3. Die vorherrschende Einzelpraxis von Hausärzten(insbesondere im ländlichen Raum) führt zu einer Vereinzelung, der es abzuhelpen gilt

Insbesondere in ländlichen Regionen, aber durchaus auch in Randregionen von Ballungsgebieten sind Hausärzte oft die einzige medizinische Versorgungslinie für die Bevölkerung. Die in solchen Gebieten oft noch vorherrschende Einzelpraxis ist traditionell, oft aber auch ökonomisch begründet. Verbunden mit der Arbeitslast und der schwierigen Vertretungssituation führt dies zu einer fachlichen Vereinzelung der hausärztlich tätigen Ärzte und Ärztinnen. Durch gezielte Maßnahmen soll versucht werden, den Verbundgedanken für solche Praxen zu verbessern.

6.3.1. Geregelte Nachtdienste und Vertretungen

Es gibt unterschiedlich Regelungen zur Gewährleistung von Nacht- und Wochenenddiensten sowie Urlaubsvertretungen. Trotzdem sucht der Patient gerade in den beschriebenen Regionen wegen seiner engen Bindung an den Hausarzt oder die Hausärztin primär diesen oder diese auf. Möglicherweise zieht er auch die breite medizinische Ausrichtung der Hausarztpraxis der oft speziellen Ausbildung eines diensthabenden Notdienstarztes vor.

In den Niederlanden wird deshalb ein eigener hausärztlicher Notdienst durch einen Verbund von Hausärzten regelhaft angeboten. Diese hausärztlichen Verbünde, die auch in weniger dicht besiedelten Regionen in den Niederlanden existieren, bieten neben der Abdeckung der notdienstlichen Versorgung auch geregelte Vertretungsmöglichkeiten an und gewährleisten weiterhin einen persönlichen fachlichen Austausch, z. B. bei hausärztlichen Qualitätszirkeln. Da diese Verbünde auf Dauer angelegt sind, haben die sich vertretenden hausärztlichen Kollegen mit der Zeit auch einen Einblick in das Klientel um die Organisation der anderen Praxen und sind den Patienten meist auch bekannt. Es sollte von daher in entsprechenden Regionen überlegt werden, ob ein solcher Verbundgedanke aufgegriffen werden kann.

6.3.2. Arztnetze der neuen Generation als positive Motivation für Allgemeinärzte

In der internationalen Literatur finden sich klare Hinweise auf eine höhere Berufszufriedenheit von Hausärzten, die statt in Einzelpraxen in größeren Gruppenpraxen oder Praxisverbünden arbeiten. Insofern besitzt die Entwicklung der hausärztlichen und haus- und fachärztlichen Netze in Deutschland Relevanz in Hinblick auf die Frage, ob in Zukunft die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit auch durch die spezifische Anreizkonstellation und das Arbeitsumfeld in Praxisverbünden erhalten oder gesteigert werden kann. Dabei ist nach einer eher ernüchternden Bilanz der Arztnetze der ersten Generation mit ihren Schwächen nun in einigen Regionen die Bereitschaft der Akteure zu erkennen, Praxisverbünde mit deutlich höherem und verbindlicherem Grad an Organisation, Kooperation, Versorgungssteuerung sowie Fortbildungs- und Qualitätsverpflichtungen zu knüpfen und in Vereinbarungen mit Krankenkassen auf vertragliche Grundlagen (z.B. Verträge nach § 63 ff, § 73 a , § 140 SGB V) zu stellen.

Auch wenn systematische Untersuchungen zur hausärztlichen Berufszufriedenheit von „Netzärzten“ im Vergleich zu in Einzelpraxis arbeitenden Hausärzten bis dato für Deutsch-

land fehlen, deuten die Erfahrungsberichte aus diesen Arztnetzen der neuen Generation darauf hin, dass die geringe Fluktuation der teilnehmenden Arztpraxen sowie die hohe Teilnahmerate der Hausärzte an Netzqualitätszirkeln und Netzkonferenzen auch als Ausdruck der Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Praxisführung in kooperativen Verbünden gelten kann. Diese Verbünde definieren sich selbst über die Bestrebung, eine qualitativ bessere und wirtschaftlichere Versorgung ihrer Patienten zu leisten. Die Krankenkassen als Vertragspartner haben mit diesen Arztnetzen für die über die Regelversorgung hinausgehenden Mehraufwände, darlegbaren Qualitätssteigerungen und die partielle Übernahme wirtschaftlicher Ergebnisverantwortung besondere Vergütungsregelungen getroffen, die neben den immateriellen Anreizen motivierend zur Teilnahme an diesen Verbünden wirken. Darüber hinaus erhalten die Netzärzte in datenschutzkonformer Weise Einblicke in das komplette Leistungsgeschehen bei den in die Netzversorgung eingeschriebenen Patienten, eine Transparenz, die als erforderlich für die (haus-) ärztliche Versorgungssteuerung angesehen wird. In unterschiedlicher Komposition und Ausprägung finden sich in Hausarzt- und Hausarzt-Facharztnetzen weitere Elemente, Instrumente und Verfahrensweisen, die unterstützend und motivierend auf die teilnehmenden Ärzte und Praxen, teilweise aber auch deren Patienten wirken können. Dazu gehören:

- Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern in der Region (z.B. Fachärzte, Krankenhäuser, Therapeuten, Pflegedienste)
- Qualitätszirkelarbeit und Orientierung der Versorgung an evidenzbasierten Leitlinien und Standards
- Qualitätsmanagementaktivitäten und Zertifizierungen
- Selbststeuerung und Qualitätssicherung im Bereich Arzneiverordnungen
- Dokumentation und Nutzung von Qualitätsindikatoren zur Steuerung der Versorgungsqualität
- Beschwerde- und Fehlermanagement
- Projektbezogenes oder dauerhaftes Engagement für bestimmte Patientengruppen (z.B. für geriatrische Patienten)
- Organisierter Kontakt zu Selbsthilfegruppen
- Gemeinsame Einkaufs- und EDV-Lösungen
- Optimiertes Informationsmanagement an den Schnittstellen der Versorgungssektoren
- Selbstorganisierte Fortbildungsangebote für Ärzte und Arzthelferinnen
- Erweiterte Serviceangebote für Patienten (z.B. Sondersprechstunden, erweiterte Ansprechzeiten, besondere Patienteninformationen und gemeinsam getragene Schulungsangebote, Planung von und Vermittlung in Präventionsangebote usw.)
- Öffentlichkeitsarbeit u.v.m.

In Anlage 6 werden exemplarisch vier der derzeit am weitesten entwickelten Arztnetze in Deutschland kurz in tabellarischer Übersicht vorgestellt

6.3.3. Ausbau der telematischen Möglichkeiten für Hausärzte.

Mit der anstehenden Einführung der elektronischen Gesundheitskarte ist die elektronische Vernetzung aller niedergelassenen Ärzte verbunden. Auch ist durch eine Standardangleichung eine elektronische Kommunikation über die bisher vorgesehenen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hinaus flächenmäßig möglich. Diese kann auch für die Unterstützung der hausärztlichen Praxis, speziell der hausärztlichen Einzelpraxis ohne raumnahe Anbindung an andere spezialärztliche oder hausärztliche Strukturen genutzt wer-

den. Elektronische Konsile anderer Fachärzte sind ebenso einzurichten wie die Nutzung der elektronischen Kommunikation für Zweitmeinungen, fachärztlichen Austausch oder e-learning bei der Fortbildung.

Mobile Anwendungen in der Medizin eröffnen auch eine ortsferne Patientenüberwachung, die gerade in ländlichen Gebieten eine zeitnahe und zeitsparende Kontrolle kritischer Patientenbefunde ermöglicht.

Insofern werden die elektronischen Entwicklungen auch zur Verbesserung der innerärztlichen und Arzt-Patienten-Kommunikation beitragen können

6.4. In unterversorgten Gebieten ist zumindest die temporäre hausärztliche Versorgung zu gewährleisten

Die bereits erwähnte hohe Arbeitsbelastung sowie die fachliche Vereinzelung führen dazu, dass insbesondere in unterversorgten ländlichen Gebieten die Attraktivität der hausärztlichen Praxis leidet. Damit verbunden ist das dort meist schlechte Angebot an sozialen bzw. kulturellen Einrichtungen, was insbesondere junge, niederlassungswillige Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner von einer Praxisaufnahme in diesen Gebieten abhält. Grundsätzlich sollte der Hausarzt seinen Wohnsitz in dem von ihm versorgten Gebiet haben. Dennoch sind im Einzelfall spezielle Lösungen denkbar und akzeptabel, wenn sie eine Alternative zur hausärztlichen Unter- oder Nichtversorgung darstellen. Beispielfhaft können eingeführt werden:

6.4.1. Zweitpraxis neben der Erstpraxis in einem attraktiveren Umfeld

Eine solche Zweitpraxis ist heute bereits rechtlich realisierbar, wenn Versorgungsengpässe bestehen. Allerdings sollte auch die Möglichkeit einer KV-übergreifenden Zweitpraxis eröffnet werden. Erst dann könnte beispielsweise ein Hausarzt aus Berlin eine Zweitpraxis in einem unterversorgten Gebiet Brandenburgs betreiben (siehe Kapitel 7).

6.4.2. Rotation bei der Besetzung einer Zweitpraxis für besonders unterversorgte Gebiete unter Hausärzten in der Region.

Der Betrieb einer Zweitpraxis kann in unterversorgten Gebieten für einzelne Hausärzte zu belastend sein. Die Gewährleistung der Versorgung durch eine rotierende Zuständigkeit einer Gruppe von Hausärzten mag diese Belastung reduzieren. Dabei können die sich durch die neue Musterberufsordnung eröffneten Rechts- und Organisationsformen hilfreich sein, so lange sie den allgemeinen bundesrechtlichen Vorgaben entsprechen. An eine routinemäßige Delegation junger Ärzte und Ärztinnen in unterversorgte Regionen wird im Gegensatz wie beispielsweise im Ausland (noch) nicht gedacht.

6.4.3. Patientenholdienste

Besonders für ältere, weniger mobile und nicht motorisierte Patienten ist es bei den heute oft ausgedünnten Möglichkeiten des Öffentlichen Nahverkehrs (ÖPNV) in der Fläche schwierig, einen Hausarzt in einem Mittelzentrum zu erreichen. Die Organisation entspre-

chender Patientenholdienste würde diese Problematik mildern und den Hausarzt in dem (attraktiveren) Mittelzentrum erreichbar machen.

6.5. Finanzielle Anreize für Hausärzte in unterversorgten Gebieten als zusätzliche Motivation für die Niederlassung.

Unterversorgte Gebiete werden sich zunächst in den neuen Bundesländern und nach geraumer Zeit auch in den alten Bundesländern identifizieren lassen. Eine notwendige Bedingung für die Gewinnung von Hausärzten für die Niederlassung in den neuen Bundesländern ist die Angleichung der für die ambulante Versorgung in den neuen Bundesländern zur Verfügung zu stellenden Finanzmittel an das Niveau der alten Bundesländer.

Nach § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz hat der Gesetzgeber folgenden Halbsatz angefügt: „zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an die Vertragsärzte in Gebieten oder Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Abs. 1 getroffen hat.“

Der Gesetzgeber hat die Möglichkeit der Gewährung von Sicherstellungszuschlägen, die hälftig von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen zu tragen sind, geschaffen. Allerdings wird faktisch von dieser Möglichkeit bisher kaum Gebrauch gemacht. Dies resultiert daraus, dass die Definition wann Unterversorgung vorliegt alles andere als eindeutig ist. Die darauf abgestellten Ausführungen in den Ziffern 28⁶ und 29⁷ Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte sind nämlich widersprüchlich.

Voraussetzung für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen ist die Feststellung von Unterversorgung durch den zuständigen Landesausschuss. Die mangelnde Eindeutigkeit, welche Unterversorgungsdefinition letztlich einschlägig ist, ist mit dafür verantwortlich, dass von dem Instrumentarium der Sicherstellungszuschläge bisher wenig Gebrauch gemacht wurde.

Der bisher umfangreichste Strauß an möglichen Anwendungen der Sicherstellungszuschläge gemäß § 105 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V wurde in Sachsen zusammengestellt. Demnach können dort auf dieser Grundlage folgende Maßnahmen durchgeführt werden:

- Förderung der Übernahme eines bestehenden Hausarztsitzes durch die Zahlung einer Investitionspauschale,
- Förderung einer Praxisneugründung durch die Zahlung einer Investitionspauschale,
- Förderung der Neu-Errichtung von Zweigpraxen gegen Vorlage eines Investitionskostennachweises,
- Zahlung von Boni pro Fall an Hausärzte, die in unterversorgten Gebieten tätig sind.

⁶ Danach liegt eine Unterversorgung vor, „wenn in bestimmten Planungsbereichen Vertragsarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwerung in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eintritt, ...“.

⁷ Danach ist „Unterversorgung zu vermuten, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 v. H. und der Stand der fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 v. H. unterschreitet.“

Weitere Maßnahmen, die von Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß ihren Sicherstellungsstatuten durchgeführt werden können sind die folgenden:

- Gewährung von Einmalzahlungen als Anschubfinanzierung,
- Gewährung von Umsatzgarantien für die Anlaufphase einer Praxis, deren Höhe und Dauer sich nach den konkreten Umständen des Einzelfalles richtet,
- Finanzielle Aufwertung des Notdienstes in unterversorgten Gebieten durch Notdienstpauschalen.

Darüber hinaus sind weitere Maßnahmen denkbar, um die Niederlassung von Hausärzten in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen zu fördern:

- Zahlung eines erhöhten Punktwertes für Hausärzte in unterversorgten Gebieten, um zum einen der erhöhten Belastung der dort verbliebenen Hausärzte Rechnung zu tragen, aber auch um einen weiteren Anreiz für Ärzte zu schaffen, sich in diesen Gebieten niederzulassen.
- Die Möglichkeit, die Niederlassung von Ärzten gemäß den Wirtschaftsförderprogramme der Länder zu fördern, sollte eröffnet werden.
- Bürgschaften für Praxisinvestitionen seitens der Selbstverwaltung oder der öffentlichen Hand, um die Kreditwürdigkeit junger Mediziner, die eine Landarztpraxis übernehmen wollen, aufgrund der verschlechterten Einkommenssituation der Ärzte gegenüber den Banken abzusichern.
- Die Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen können (wie auch schon mehrfach geschehen) durch unterstützende Maßnahmen der Städte und Gemeinden entsprechend flankiert werden. Die Kommunen können kostengünstige oder verbilligte Räume oder Grundstücke für Praxen oder Zweigpraxen zur Verfügung stellen, um niederlassungswillige Hausärzte „anzulocken“.

Zusätzlich wird auf eine Initiative der Regierungsparteien in Mecklenburg-Vorpommern zur Auslobung einer „Landarztzulage“ aus öffentlichen Mitteln verwiesen.

7. Notwendige gesetzliche Änderungen zur Umsetzung der Empfehlungen

7.1. Angestelltentätigkeit von hauptberuflich allgemeinmedizinisch Lehrenden in Hausarztpraxen (siehe Ziffer 2.4.)

Es ist Hausärzten vertragsarztrechtlich zu ermöglichen, Fachärzte für Allgemeinmedizin, die hauptberuflich in der allgemeinmedizinischen Lehre tätig sind, als angestellte Ärzte zu beschäftigen, wobei es notwendig ist,

- diese Beschäftigung zuzulassen, ohne das sich der Praxisinhaber – anders als bisher bei der Anstellung eines Arztes – dazu verpflichten muss, seinen bisherigen Praxisumfang nicht mehr als bis zu 3 % zu überschreiten (vgl. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V i.V.m. Nummer 3 der Angestellte-Ärzte-Richtlinien),
- diese Angestelltentätigkeit sowohl in offenen als auch in gesperrten Planungsbereichen zu erlauben.

Diese Sonderanstellung von nebenberuflich in der hausärztlichen Versorgung tätigen Lehrpersonen wird bei Ermittlung des Versorgungsgrades nicht mitgerechnet, um hierdurch die planungsrechtlichen Zulassungs- und Anstellungsmöglichkeiten anderer hausärztlich tätiger Ärzte nicht zu schmälern.

7.2. Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (siehe Ziffer 3.2.)

In Ziffer 3.2 des Berichts ist die Empfehlung enthalten, die Länge der einzelnen Abschnitte des Praktischen Jahres auf 3 statt bisher 4 Monate zu kürzen und das Fach Allgemeinmedizin als weiteres Pflichtfach vorzusehen. Hierdurch würden statt 3 Tertialen zu je 4 Monaten 4 Quartale zu je 3 Monaten in den Pflichtfächern Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin sowie in einem Wahlfach zu absolvieren sein, ohne dass hierdurch die Ausbildungszeit im Praktischen Jahr verlängert würde. Dabei sollte als Wahlfach auch eines der drei genannten Pflichtfächer absolviert werden können.

Zur Umsetzung dieser Empfehlung könnte § 3 der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S 2405), geändert durch Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S 1776), wie folgt geändert werden:

„1. Absatz 1 Satz 4 erhält folgende Fassung:

„Die Ausbildung gliedert sich in Ausbildungsabschnitte von je 12 Wochen

1. in Innerer Medizin,
2. in Chirurgie,
3. in der Allgemeinmedizin und
4. in einem klinisch-praktischen Fachgebiet oder in der Allgemeinmedizin.“

2. In Absatz 2 werden die Worte „das Wahlfach“ durch die Worte „eine Ausbildung in der“ ersetzt.“

Einer Änderung der Bescheinigung über das Praktische Jahr (Anlage 4 der Approbationsordnung für Ärzte) bedarf es nicht.

7.3. Anstellung von hausärztlich tätigen Ärzten in Hausarztpraxen ohne planungsrechtliche Leistungsbegrenzung in nicht gesperrten Planungsbereichen (siehe Ziffer 6.2.1.)

Es ist Hausärzten in Planungsbereichen, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zu ermöglichen, hausärztlich tätige Ärzte anzustellen, ohne dass die Praxis einer Leistungsbeschränkung unterliegt; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades werden die angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig mitgerechnet.

7.4. Ruhen der Zulassung bei Inanspruchnahme eines „Sabbatjahres“ (siehe Ziffer 6.2.3.)

Die Regelungen in § 95 Abs. 5 SGB V, die das Ruhen der Zulassung eines Vertragsarztes regeln, sind um eine Vorschrift zu ergänzen, die sicherstellt, dass ein Hausarzt Anspruch auf das Ruhen der Zulassung für einen zusammenhängenden Zeitraum bis zu einem Jahr hat, sofern Gründe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen.

7.5. Ermöglichung hausärztlicher Tätigkeit neben der Tätigkeit am Vertragsarztsitz an weiteren Orten in anderen KV-Bezirken (siehe Ziffer 6.4.1.)

Den Hausärzten ist es vertragsarztrechtlich zu ermöglichen, bei entsprechendem Versorgungsbedarf und ohne Gefährdung der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung an seinem Praxissitz in anderen KV-Bezirken hausärztlich tätig zu sein.

7.6. Vereinfachungen der Voraussetzungen für die Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen.

Bisher kann ein Arzt in einer Vertragsarztpraxis nur dann angestellt werden, wenn sich der Vertragsarzt zu einer Leistungsbeschränkung verpflichtet. Die angestellten Ärzte werden wegen der Leistungsbeschränkung bei der Bedarfsplanung nicht mitgerechnet (§ 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V). Dies gilt sowohl in Regionen, die wegen Überversorgung für Neuzulassungen gesperrt sind, als auch in nicht gesperrten Regionen. Diese Regelung stellt ein Hindernis für die Anstellung von Ärzten dar und sollte daher wie folgt geändert werden: Die Pflicht zur Beschränkung des Praxisumfanges bei Anstellung eines Arztes entfällt in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten bzw. in nicht überversorgten Planungsbereichen⁸; die angestellten Ärzte werden entsprechend des Umfangs ihrer Tätigkeit in der Bedarfsplanung mitgerechnet.

7.7. Modifizierung der Altersgrenze (68- Jahresregelung).

Nach § 95 Abs. 7 SGB V endet die Zulassung von Ärzten mit Vollendung des 68. Lebensjahres. Die 68- Jahresregelung dient nach der Gesetzesbegründung dazu, in überversorgten und für Neuzulassung gesperrten Regionen durch Praxisaufgabe bei Erreichen der Altersgrenze Niederlassungschancen für jüngere Ärzte zu schaffen. In Regionen, die nicht gesperrt sind, kann dieses Regelungsziel jedoch nicht erreicht werden, da für jüngere Ärzte ohnehin Niederlassungsmöglichkeiten bestehen. Daher sollte die „68-Jahresregelung“ auf die überversorgten Regionen beschränkt werden, mit der Folge, dass in schlechter versorgten Regionen die Versorgung durch zwangsweise Praxisaufgabe nicht noch weiter verschlechtert wird.

7.8. Überprüfung der Unterversorgungsgrenze.

Zurzeit liegt die Unterversorgungsgrenze bei den Hausärzten bei 75 bei den Fachärzten bei 50 Prozent des bedarfsgerechten Versorgungsgrades. Erst wenn die Grenze unterschritten ist oder ein unterschreiten unmittelbar droht, kann die Selbstverwaltung Sicherstellungsmaßnahmen ergreifen (Sicherstellungszuschläge, Öffnung von Krankenhäusern etc.). Die Unterversorgungsgrenzen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Bedarfsplanungs-Richtlinien festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll überprüfen, ob die Grenzen die Versorgungssituation noch in jedem Fall sachgerecht abbilden.

⁸ In Bezug auf die Charakterisierung der Planungsbereiche gibt es einen Dissens zwischen der KBV („in nicht überversorgte Planungsbereiche“) und den Krankenkassen („in unterversorgte und von Unterversorgung bedrohte Planungsbereiche“).