

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie
des Landes Nordrhein-Westfalen

Aktionsprogramm der Landesregierung zur Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung in Nordrhein-Westfalen

I. Einleitung

II. Daten zur hausärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen

III. Gründe für das Fehlen hausärztlichen Nachwuchses

1. Situation der Allgemeinmedizin an den Universitäten

Lösungsansätze:

- a. Instrument der Leistungs- und Zielvereinbarungen nutzen
- b. Stiftungsprofessuren einrichten
- c. Allgemeinmedizin als Pflichtfach im Praktischen Jahr einführen

2. Nachwuchswerbung verstärken

3. Regelungen für die Zulassung zum Medizinstudium

Lösungsansatz:

Auswahlverfahren fortentwickeln

4. Zahl der Studienanfänger/-innen erhöhen
5. Strukturelle Mängel in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung

Lösungsansätze:

- a. Allgemeinmedizinische Weiterbildung im Krankenhaus bewerben
- b. Regionale Weiterbildungsverbände gründen
- c. Weiterbildung im ambulanten Bereich lukrativer machen

6. Fehlende Attraktivität ländlicher Gebiete

Lösungsansatz:

Finanzielle Anreize für die Niederlassung bieten

7. Bedarfsplanung zu großräumig

Lösungsansätze:

- a. Bedarfsplanung zielgenauer machen
- b. Individuelle Konzepte vor Ort ermöglichen

8. Unbefriedigende Honorierung der hausärztlichen Tätigkeit

Lösungsansätze:

- a. Einfluss der Landesregierung für eine angemessene Honorierung geltend machen
- b. Verantwortliche zum Handeln auffordern

9. Arbeitsüberlastung der Ärztinnen und Ärzte im Praxisalltag

Lösungsansatz:

Nichtärztliche Aufgaben an Fachkräfte übertragen

10. Mangelnde Vereinbarkeit von Familie und hausärztlicher Tätigkeit

Lösungsansätze:

- a. **Beratung über Formen der Berufsausübung intensivieren**
- b. **Notdienstregelungen familienfreundlicher gestalten**

IV. Unterstützungsstrukturen

V. Aktionsplan der Landesregierung

VI. Fakten zur hausärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen

VII. Gemeinden in Nordrhein-Westfalen mit drohender Gefährdung der hausärztlichen Versorgung (*werden in Kürze veröffentlicht*)

I. Einleitung

In ländlichen Regionen Nordrhein-Westfalens zeichnen sich – wie in anderen Bundesländern auch – punktuell erste Engpässe in der hausärztlichen Versorgung ab. Mitunter müssen Patientinnen und Patienten längere Fahrzeiten in Kauf nehmen, um die nächstgelegene hausärztliche Versorgungsmöglichkeit in Anspruch nehmen zu können.

Den landesweiten Statistiken zufolge besteht in Nordrhein-Westfalen derzeit noch kein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten. Einige Bereiche – insbesondere in Ballungszentren – sind sogar für weitere Zulassungen gesperrt, da sie nach den Grundsätzen der Bedarfsplanung als überversorgt gelten.

Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten in ländlichen Gemeinden sind Hausärztinnen und -ärzte aber nicht immer bedarfsgerecht verteilt. Es ist sogar damit zu rechnen, dass sich die Situation insbesondere auf dem Lande in nächster Zeit verschärfen wird. Gut ein Drittel der Hausärztinnen und -ärzte in Nordrhein-Westfalen werden in den kommenden zehn Jahren aus Altersgründen ihre Praxis aufgeben und womöglich keine Nachfolger finden. Gleichzeitig wird – bedingt durch das Altern der Gesellschaft – der Bedarf an hausärztlicher Betreuung steigen.

Die Landesregierung wartet nicht ab, bis die Versorgung tatsächlich gefährdet ist. Im Dezember 2007 ist auf Initiative des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums das „Aktionsbündnis zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung“ ins Leben gerufen worden. Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Hausarzt- und Pflegeverbände, Krankenhausgesellschaft, Medizinische Fakultäten, Verwaltung und Politik haben die Probleme gemeinsam analysiert und Lösungsansätze entwickelt.

Dabei ist klar geworden, dass ein ganzes Bündel von Maßnahmen notwendig sein wird, um die Allgemeinmedizin wieder für mehr Ärztinnen und Ärzte attraktiv zu machen und auch mittelfristig den Bürgerinnen und Bürgern eine wohnortnahe Versorgung durch Hausärzte anzubieten. Ob dabei die klassische Einzelpraxis der Dreh- und Angelpunkt sein sollte, ist sekundär. Freiberuflichkeit und Innovation schließen sich keinesfalls aus. Freiberuflichkeit ist auch mit modernen Praxisformen erreichbar. Dazu zählen Gemeinschaftspraxen ebenso wie Medizinische Versorgungszentren, wenn sie durch ihre Trägerschaft Unabhängigkeit gewährleisten. Die Ergebnisse der Diskussionen und bestehende Handlungsoptionen aller Akteure sind im vorliegenden „Aktionsprogramm der Landesregierung zur

Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung in Nordrhein-Westfalen“ zusammengefasst worden.

II. Daten zur hausärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen (Stand: Oktober 2008)

1. Der Anteil der älteren Ärztinnen und Ärzte (über 59-Jährige) an allen berufstätigen Ärzten hat sich von rund 31 Prozent im Jahr 2001 auf rund 36 Prozent im Jahre 2007 deutlich erhöht. Rund 3.700 Hausärzte (ohne Kinderärzte) sind in Nordrhein-Westfalen über 55 Jahre alt und werden in absehbarer Zeit aus der hausärztlichen Versorgung ausscheiden. Das sind mehr als 35 Prozent der heute hausärztlich tätigen Medizinerinnen und Mediziner (ohne Kinderärzte).
2. Hinzu kommt, dass durch das steigende Lebensalter der Bevölkerung der Bedarf an medizinischen Leistungen stark ansteigen wird insbesondere in der Betreuung durch hausärztliche Praxen. Der Bericht „Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020“, den die Arbeitsgruppe der Obersten Landesgesundheitsbehörden veröffentlicht hat, geht davon aus, dass hausärztliche Versorgungseinrichtungen im Jahr 2020 etwa 20 Prozent häufiger als heute in Anspruch genommen werden.
3. Wenn die Zahl der hausärztlichen Praxen in Nordrhein-Westfalen konstant bleiben soll, müssen in den kommenden Jahren ca. 375 Hausärztinnen und Hausärzte (ohne Kinderärzte) jährlich ihre Weiterbildung abschließen und sich niederlassen. Die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe haben aber beispielsweise im Jahr 2007 nur 232 neue Gebietsanerkennungen für Hausärzte ausgesprochen.
4. Neu zugelassen wurden 2007 in Nordrhein 192 Hausärzte, in Westfalen-Lippe waren es im gleichen Zeitraum 165 - insgesamt also 357 in Nordrhein-Westfalen. Damit wurden 125 Hausärzte mehr zugelassen, als Gebietsanerkennungen ausgesprochen wurden. Dies kann unterschiedliche Hintergründe

haben: Zum einen, dass die Weiterbildung und die Facharztanerkennung auch im Zuständigkeitsbereich einer anderen Ärztekammer erfolgt sein kann und die Zulassung dann in Nordrhein-Westfalen erteilt wurde. Grund kann aber auch sein, dass die Facharztanerkennung als Allgemeinmediziner oder Internist bereits vor 2007 erteilt worden ist und der Arzt sich erst zu einem späteren Zeitpunkt zur Niederlassung entschieden hat. In Nordrhein haben z. B. lediglich 23 der 192 in 2007 neu zugelassenen Hausärzte auch im Jahr 2007 ihre Gebietsanerkennung erhalten.

5. Ein positiver Trend: Die Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (ohne die Kinderärztinnen und Kinderärzte) hat in Nordrhein-Westfalen zwischen 2000 und 2007 von 10.533,5 auf 10.784,25 zugenommen. Das entspricht einer statistischen Steigerung um rund 2,3 Prozent. Da die Gesamtbevölkerung in diesem Zeitraum fast gleich geblieben ist, hat sich bei einer landesweiten Betrachtung die Hausarzt-Patienten-Relation verbessert.
6. Vor dem Hintergrund der so genannten „Arztschwemme“ wurde 1977 die kassenärztliche Bedarfsplanung eingeführt. Hiermit wird der Versorgungsgrad ermittelt. Es wird also errechnet, wie viele Vertragsärztinnen und -ärzte sich in einem Planungsbereich (Kreis oder kreisfreie Stadt) niederlassen dürfen.

Nach der Bedarfsplanungsrichtlinie für Ärztinnen und Ärzte lag der Versorgungsgrad im Hausarztbereich sowohl in Nordrhein (110,7 Prozent) als auch in Westfalen-Lippe (105,8 Prozent) im Jahr 2007 deutlich über 100 Prozent. In Nordrhein wird sogar die Schwelle zur Überversorgung (> 110 Prozent) leicht überschritten.

7. Es besteht allerdings eine regionale Ungleichverteilung. Viele Planungsbereiche – vor allem in städtischen Ballungsgebieten – weisen eine sehr hohe Hausärztdichte auf und sind deswegen für die weitere Niederlassung von Hausärztinnen und -ärzten gesperrt. In Essen und Hagen zum Beispiel lag die Versorgung im Oktober 2008 bei über 120 Prozent. Der Anteil der Planungsbereiche, in denen sich wegen Überversorgung (Versorgungsgrad \geq 110 Prozent) keine Hausärztinnen und -ärzte mehr niederlassen dürfen, betrug im Ok-

tober 2008 in Nordrhein 81,5 Prozent (22 von 27 Bereichen) und in Westfalen-Lippe 48,2 Prozent (13 von 27 Bereichen).

In vielen ländlichen Bereichen ist demgegenüber die Zahl der Hausärztinnen und -ärzte deutlich geringer, etwa im Kreis Borken mit einem Versorgungsgrad von unter 90 Prozent (Stand: Oktober 2007). Im Bereich Nordrhein liegt der Versorgungsgrad in 3,7 Prozent der Planungsbereiche (1 von 27 Planungsbereichen) unter 100 Prozent. In Westfalen-Lippe liegen 25,9 Prozent der Planungsbereiche (7 von 27 Planungsbereichen) in diesem Bereich. Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie, also einen Versorgungsgrad von weniger als 75 Prozent, gibt es in Nordrhein-Westfalen zurzeit in keinem Planungsbereich.

8. Auch innerhalb der einzelnen Planungsbereiche finden sich erhebliche Unterschiede in der Hausärztdichte. Da die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nur für den Planungsbereich insgesamt, nicht aber für eine konkrete Gemeinde ausgesprochen wird, konzentrieren sich die hausärztlichen Praxen in den Ober- und Mittelzentren der Kreise. In der Nähe von Städten mit einer deutlichen Überversorgung befinden sich durchaus Gemeinden, in denen weniger Hausärztinnen und -ärzte praktizieren als für eine bedarfsgerechte Versorgung vor Ort notwendig wären. Der Weg in die Stadt wird von Patientinnen und Patienten häufig als unzumutbar empfunden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben an Hand festgelegter Prüfkriterien auf Bitte der Landesregierung eine Liste der Gemeinden, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Ausscheiden von Hausärzten gefährdet sein kann, erstellt (vgl. VII; *wird in Kürze veröffentlicht*).

III. Gründe für das Fehlen hausärztlichen Nachwuchses:

1. Situation der Allgemeinmedizin an den Universitäten

Der Wissenschaftsrat hat 1999 in seinen Empfehlungen zur Allgemeinmedizin ein Strukturgerüst für eine Institutionalisierung der Allgemeinmedizin an den Medizinischen Fakultäten entwickelt. Danach hielt er es für erforderlich, an jeder Medizinischen Fakultät einen allgemeinmedizinischen Lehrbereich einzurichten. Die Lehre sollte nach Vorstellung des Wissenschaftsrates von ärztlichen Mitarbeitern dieses Lehrbereichs unter Führung eines Bereichsleiters, von Lehrbeauftragten, niedergelassenen Allgemeinärzten sowie einem Netz von Lehrpraxen geleistet werden. Dem Bereichsleiter sollte (nach Möglichkeit) ein Professorenamt übertragen werden. In der Erteilung von Lehraufträgen an praktizierende Allgemeinmediziner sah der Wissenschaftsrat eine sinnvolle Ergänzung zu Professuren; Lehraufträge sollten nach seiner Auffassung jedoch nicht die ausschließliche Form der Lehre bleiben. Darüber hinaus empfahl er den Medizinischen Fakultäten, rasch ein Lehrpraxennetz aufzubauen.

Die Empfehlungen des Wissenschaftsrats sind in NRW umgesetzt: Es gibt 3 Professuren in Aachen, Düsseldorf und Köln, wobei die Kölner Professur zurzeit nicht besetzt ist. In Köln und an den Standorten, die nicht mit einer Professur ausgestattet sind (Bochum, Bonn, Duisburg-Essen und Münster) wird die Lehre durch niedergelassene Allgemeinmediziner, die den Status von Lehrbeauftragten haben oder Honorarprofessoren sind, in sog. Lehrbereichen erbracht. Düsseldorf ist der Standort mit den landesweit meisten Forschungsleistungen in der Allgemeinmedizin.

Lösungsansätze:

Wegen des sich in den nächsten Jahren abzeichnenden Ersatzbedarfs an Hausärzten strebt die Landesregierung eine Erhöhung des Stellenwertes der universitären Allgemeinmedizin, eine Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) sowie weitere strukturfördernde Maßnahmen an.

a. Instrument der Ziel- und Leistungsvereinbarungen nutzen

Die Medizinischen Fakultäten sind sich der großen gesellschaftspolitischen Verantwortung – auch im Hinblick auf die ärztliche Versorgung – bewusst. Sie

sind grundsätzlich auch bereit, die Allgemeinmedizin im Rahmen ihrer Möglichkeiten stärker zu berücksichtigen.

In verschiedenen Gesprächen, zuletzt im Rahmen der Erörterungen über den Zwischenstand der Ziel- und Leistungsvereinbarungen, hat das MIWFT die Situation der Allgemeinmedizin mit den Medizinischen Fakultäten erörtert und den Handlungsbedarf verdeutlicht. Bei den Verhandlungen über die neuen Ziel- und Leistungsvereinbarungen wird die Allgemeinmedizin erneut eine Rolle spielen.

b. Stiftungsprofessuren einrichten

Die Landesregierung setzt sich dafür ein, dass die Anzahl der Professuren für Allgemeinmedizin erhöht wird. Vor diesem Hintergrund bemüht sie sich um die Einwerbung zusätzlicher Finanzmittel für die Einrichtung von Stiftungsprofessuren für Allgemeinmedizin.

Hierbei könnten auch Bereiche, die in der hausärztlichen Versorgung eine wichtige Rolle spielen, wie z. B. die Präventivmedizin und die Gesundheitsförderung, einbezogen werden.

Die Vergabe der Mittel an die Hochschulen soll in einem wettbewerblichen Verfahren erfolgen. Gegebenenfalls könnten Mittel auch zur Stärkung vorhandener Professuren oder zur Einrichtung eines Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin verwendet werden.

Die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen, der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen und die Kassenärztlichen Vereinigungen haben ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Finanzierung von zwei Stiftungsprofessuren erklärt. Konkrete Zahlungen hängen von der Entwicklung der finanziellen Situation dieser Organisationen ab.

Das Land selber beabsichtigt, Mittel für die Finanzierung einer W3-Professur für fünf Jahre zur Verfügung zu stellen.

c. Allgemeinmedizin als Pflichtfach im Praktischen Jahr einführen

Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich bereits im Jahre 2005 dafür eingesetzt, dass das Fach Allgemeinmedizin als Pflichtfach in die Ausbildung während eines viergeteilten Praktischen Jahres (PJ) aufgenommen wird. Dieser Beschluss wird vom 109. Deutschen Ärztetag nachhaltig unterstützt.

Zurzeit ist die Allgemeinmedizin eines von mehreren Wahlfächern und kein Pflichtfach im PJ.

Mit Umsetzung der Forderung der Gesundheitsministerkonferenz würde gewährleistet, dass alle Studierenden die praktische Tätigkeit in einer Hausarztpraxis über einen längeren Zeitraum kennen lernen. Auf diese Weise würde das Verständnis der verschiedenen Versorgungsebenen (Hausarzt/Krankenhausarzt) füreinander gefördert. Die Gelegenheit zur intensiven Beschäftigung mit der hausärztlichen Tätigkeit könnte auch die spätere Berufswahl positiv beeinflussen.

Die Medizinischen Fakultäten halten ein Pflichtpraktikum nur teilweise für zweckmäßig (Erfahrungsdefizite in anderen Fächern, Mangel an hinreichend qualifizierten Lehrpraxen, finanzielle Auswirkungen).

Nach Auffassung der Landesregierung überwiegen jedoch die positiven Effekte einer intensiven Befassung mit der hausärztlichen Tätigkeit während des PJ. Daher wird die Landesregierung mittelfristig eine entsprechende Änderung des § 3 ÄAppO – ggf. mit einer längeren Übergangsfrist – in den Bundesrat einbringen.

Die Landesregierung nimmt die Bedenken der Medizinischen Fakultäten allerdings ernst und wird in weiteren Gesprächen versuchen, Lösungen zu finden.

2. Nachwuchswerbung verstärken

Es soll verstärkt für die Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt geworben werden, z.B. durch Informationsveranstaltungen der Ärztekammern an den Medizinischen Fakultäten.

Das MAGS wird eine Informationsbroschüre mit dem Titel „Hausarzt - Beruf mit Zukunft“ herausgeben.

3. Regelungen für die Zulassung zum Medizinstudium

In zunehmendem Maße machen Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft das Verfahren zur Auswahl der Medizinstudierenden für einen drohenden Ärztemangel (mit-)verantwortlich. Gefordert werden u.a. Änderungen, mit denen neben den schulischen Leistungen auch die Eignung und die Motivation für den Arztberuf berücksichtigt werden können.

Das Verfahren zur Studienplatzvergabe bevorzugt über die Abiturnoten die Jahrgangsbesten. In vielen Fällen können damit Bewerber mit einer starken Motivation zur Krankenversorgung, aber einer schlechteren Durchschnittsnote das Studium nicht oder erst nach einer längeren Wartezeit aufnehmen.

Maßgebliches Kriterium für die Zulassung zum Medizinstudium ist seit vielen Jahren die Durchschnittsnote der Hochschulzugangsberechtigung, wie z.B. des Abiturs. Nach Abzug einer Vorabquote für bestimmte Bewerbergruppen (z.B. Härtefälle) werden 20 Prozent der an einer Hochschule in der Medizin zur Verfügung stehenden Plätze allein aufgrund der Durchschnittsnote vergeben. Weitere 20 Prozent werden nach der Dauer der Wartezeit auf einen Studienplatz vergeben. Damit wird Bewerbern unabhängig vom Grad ihrer Qualifikation eine zusätzliche Zulassungschance eröffnet. Die restlichen 60 Prozent der Studienplätze werden von den Hochschulen nach dem Ergebnis eines Auswahlverfahrens vergeben. In diesem Verfahren können die Hochschulen die Bewerber aufgrund der Durchschnittsnote und weiterer eigener Kriterien auswählen. Solche Kriterien können sein: gewichtete Einzelnoten der Hochschulzugangsberechtigung, das Ergebnis eines fachspezifischen Studierfähig-

keitstests, die Art einer Berufsausbildung oder einer Berufstätigkeit sowie der Verlauf eines Auswahlgesprächs, das Aufschluss über die Motivation des Bewerbers und die Identifikation mit dem Studium oder dem angestrebten Beruf geben könnte. Auch in diesem Auswahlverfahren hat der Grad der Qualifikation einen maßgeblichen Einfluss auf die Auswahl.

In Nordrhein-Westfalen hat die Universität Duisburg-Essen von der Möglichkeit zusätzlicher Auswahlkriterien Gebrauch gemacht. Zum Wintersemester 2009/10 wird die Universität Bochum die Zulassung ebenfalls auf zusätzliche Kriterien stützen und ihr Zulassungsverfahren stufenweise weiterentwickeln.

Lösungsansatz

Auswahlverfahren fortentwickeln

Das MIWFT wird bei den Hochschulen auf deren besondere Gestaltungsverantwortung für die Auswahl von Studienbewerbern hinweisen und geeignete Modifizierungen des Auswahlverfahrens unterstützen.

4. Studienplätze und Absolventen

Bundesweit und auch in Nordrhein-Westfalen hat sich die Anzahl der Studienanfänger/-innen seit dem Wintersemester 2003/04 nur noch marginal (aufgrund der nach der Novellierung der ÄAppO erhöhten Betreuungsrelation) verringert. Das gilt auch für die Absolventenzahl. Mit mehr als 1900 Studienanfängern bzw. Absolventen jährlich werden ca. 20% aller künftigen Mediziner in Nordrhein-Westfalen ausgebildet.

2013 wird es aufgrund der Verkürzung der gymnasialen Oberstufe einen doppelten Abiturientenjahrgang geben. Dies wird voraussichtlich die Nachfrage nach Studienmöglichkeiten - zumindest vorübergehend - deutlich erhöhen.

Lösungsansatz

Erhöhung der Anzahl der Studienanfänger/-innen

Der erhöhten Nachfrage nach Studienmöglichkeiten auch in der Medizin will die Landesregierung durch die Finanzierung zusätzlicher Studienanfänger/-innen im Rahmen des Hochschulpakts II Rechnung tragen. Die erhöhte Anzahl von Studienanfänger/-innen kann sich auch positiv auf die Hausarztsituation auswirken, wenn sich nach dem Studium eine entsprechend größere Anzahl von Studierenden für eine Facharztausbildung in der Allgemeinmedizin entscheidet.

5. Strukturelle Mängel in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung

Die Facharztweiterbildung für Hausärztinnen und Hausärzte ist in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern geregelt. Danach muss innerhalb der insgesamt fünfjährigen Weiterbildung eine dreijährige Tätigkeit in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) und eine zwei-jährige Weiterbildung in der Praxis eines Hausarztes absolviert werden. Den hierzu erforderlichen Wechsel der Fächer und der Arbeitsstellen muss der Weiterbildungsassistent selbst organisieren.

Aus diesen Anforderungen ergeben sich mehrere Probleme: Die zukünftigen Hausärzte konkurrieren mit zukünftigen Internisten um die Weiterbildungsplätze in den internistischen Abteilungen der Krankenhäuser. Hierbei werden häufig Bewerberinnen und Bewerber bevorzugt, die eine Weiterbildung in der Inneren Medizin anstreben und so unter Umständen ihre gesamte Weiterbildungszeit in einem Krankenhaus absolvieren können.

Lösungsansätze:

a. Allgemeinmedizinische Weiterbildung im Krankenhaus bewerben

Um einen Anreiz für die Krankenhäuser zu schaffen, auch allgemeinmedizinische Weiterbildungsstellen vorzuhalten, wurde 1998 das „Initiativprogramm zur Förderung der Allgemeinmedizin“ beschlossen. Nach dem zwischen den Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Vertrag wird jede Assistentenstelle in einem Krankenhaus, die zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin umgewidmet wurde, mit monatlich 1.020 € gefördert.

Allerdings wird dieses Programm in Nordrhein-Westfalen nur zu rund 40 Prozent ausgeschöpft (Stand: 2005 und 2006). Deshalb ist es dringend erforderlich, das Leitungspersonal der in Frage kommenden Kliniken direkt anzusprechen und für eine Teilnahme an dem Programm zu motivieren. Die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass durch eine intensive Werbung die Zahl der Krankenhäuser, die sich an der allgemeinmedizinischen Weiterbildung beteiligen, deutlich erhöht werden kann.

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat zugesagt, die Problematik der geringen Inanspruchnahme in ihren Gremien zu thematisieren.

b. Regionale Weiterbildungsverbände gründen

Um während der Weiterbildung von der stationären Versorgung in eine Hausarztpraxis wechseln zu können, müssen die Assistenzärzte den Arbeitgeber wechseln und unter Umständen sogar umziehen. Bei anderen Weiterbildungen ist dagegen eine längerfristige Anstellung in einem Krankenhaus möglich.

Bisher erhält ein Assistent bei der Organisation seiner Weiterbildung nur vereinzelt Hilfestellung durch ein Netzwerk der Weiterbildungsstätten. Sinnvoller wäre es, wenn bereits bei Beginn der Weiterbildung die konkrete Stellenfolge

entsprechend der Weiterbildungsordnung feststeht und hierdurch Planungssicherheit für alle Beteiligten hergestellt würde.

Die Bundesärztekammer schlägt in ihrem „Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ regionale Weiterbildungsverbände vor, in der die ambulanten und stationären Weiterbildungsstätten vertreten sind. Diese Verbände sollen die Weiterbildung vor Ort organisieren und für jeden hausärztlichen Weiterbildungsassistenten einen verbindlichen Rotationsplan erstellen. Die Landesärztekammern haben Koordinierungsstellen gebildet, die Hilfen bei der Gründung und praktischen Umsetzung solcher Weiterbildungsverbände anbieten.

Die Landesregierung begrüßt die Vorschläge der Bundesärztekammer und die Aktivitäten der Ärztekammern des Landes.

c. Weiterbildung im ambulanten Bereich lukrativer machen

Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen fördern derzeit Praxisinhaber, die weiterbilden, für jede eingerichtete Stelle mit 2.040 Euro. Dieser Betrag wird in der Regel als Gehalt an den Weiterbildungsassistenten weitergeleitet. Da deren Beschäftigung nicht zu Mehrabrechnungen der Praxis führen darf (vgl. § 32 Abs. 3 der Zulassungsverordnung Ärzte), stocken niedergelassene Ärzte die Vergütung des Weiterbildungsassistenten in der Regel nicht auf. Hinzu kommt: Die Anstellung wird von den Praxisinhabern nicht selten eher als zusätzliche Belastung denn als Entlastung wahrgenommen.

Stationär tätige Assistenten erhalten dagegen eine tarifvertragliche Vergütung von rund 4.000 Euro (ohne Zuschläge für Überstunden etc.). Die Differenz in der Vergütung könnte ein Grund dafür sein, sich nicht für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung zu entscheiden.

Die Landesregierung sieht deshalb vor, übergangsweise diese Einkommensdifferenz durch ein Förderprogramm aus Mitteln des Landes auszugleichen und die Vergütung von Weiterbildungsassistenten in hausärztlichen Praxen

um bis zu 2.000 € monatlich aufzustocken, so dass im ambulanten Bereich ebenfalls eine Vergütung in Höhe von ca. 4000 € gezahlt werden kann. Voraussetzung ist, dass die Weiterbildung in einer Gemeinde stattfindet, in der in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Ausscheiden von Hausärzten gefährdet sein kann (vgl. VII, *wird in Kürze veröffentlicht*).

Diese Regelung soll nur gelten bis die Selbstverwaltung auf Bundesebene eine angemessene Vergütung vertraglich geregelt hat.

Gleichzeitig fordern die Landesregierung, die gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutschen Krankenhausgesellschaft auf, die gesetzliche Änderung zeitnah umzusetzen, so dass Weiterbildungsassistenten im ambulanten Bereich in gleicher Höhe wie im stationären Bereich vergütet werden.

6. Fehlende Attraktivität ländlicher Gebiete

Da Nachwuchsärzte ländliche Gebiete offenbar überwiegend unattraktiv finden, müssen Anreize geschaffen werden, sich dort niederzulassen. Zwar ist die Sicherstellung der Versorgung originäre Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, doch trägt auch das Land eine Verantwortung für die wohnortnahe medizinische Versorgung.

Solange nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie in Nordrhein-Westfalen keine Unterversorgung vorliegt, werden die gesetzlich vorgesehenen Instrumente nicht greifen können. Gleichwohl kann das Land wegen seiner Verantwortung für die Daseinsvorsorge präventiv tätig werden, wenn sich Probleme abzeichnen. Ein Engagement des Landes ist nicht von der Feststellung des Versorgungsgrades durch den Landesausschuss abhängig. Deshalb wird die Landesregierung durch finanzielle Niederlassungsanreize ein Zeichen setzen.

Lösungsansatz:

Finanzielle Anreize für die Niederlassung bieten

Es sind für Ärztinnen und Ärzte finanzielle Niederlassungsanreize vorgesehen, wenn sie sich in Gebieten vertragsärztlich als Hausärzte engagieren, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Ausscheiden von Hausärzten gefährdet sein kann. Sie können bis zu 50.000 € als nicht rückzahlbaren Zuschuss erhalten.

7. Bedarfsplanung zu großräumig

Im hausärztlichen Bereich bestehen in ländlichen Gebieten bereits heute teilweise lokale Versorgungsdefizite innerhalb einzelner Planungsbereiche.

Lösungsansätze:

a. Bedarfsplanung zielgenauer machen

Ein Grund könnte sein, dass die heutige Form der Bedarfsplanung angesichts der drohenden Entwicklung nicht mehr zeitgemäß zu sein scheint. Eine zielgenauere und damit kleinteiligere Bedarfsplanung (zum Beispiel bezogen auf einzelne Kommunen) bzw. Betrachtungsweise könnte geeignet sein, lokale Versorgungsdefizite auszugleichen. Daher fordert die Landesregierung gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den gesetzlichen Krankenkassen und mit den Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Bundesregierung auf, die Regelungen zur Bedarfsplanung zu reformieren, um zu einer bedarfsorientierteren Versorgung zu kommen.

b. Individuelle Konzepte vor Ort ermöglichen

Bis zu einer wünschenswerten gesetzlichen Änderung werden sich das MAGS und die Kassenärztlichen Vereinigungen für individuelle Konzepte vor Ort ein-

setzen. Zugeschnitten auf die konkreten Probleme im Einzelfall sollten gemeinsam mit Partnern die gesetzlichen Möglichkeiten ausgelotet werden, beispielsweise die Einrichtung von Filialpraxen. Erfahrungen aus Ostdeutschland zeigen, dass so durchaus schnelle Lösungen für bestehende Probleme gefunden werden können.

8. Unbefriedigende Honorierung der hausärztlichen Tätigkeit

Die hausärztliche Vergütung wird vielfach von den Ärztinnen und Ärzten als unzureichend empfunden. Die Verantwortung dafür liegt bei den Selbstverwaltungspartnern auf Landes- und Bundesebene.

Lösungsansätze:

a. Einfluss der Landesregierung geltend machen

Die Landesregierung hat sich sowohl im Rahmen der letzten Gesundheitsreformen als auch in politischen Kontakten stets dafür engagiert, dass sich die Neuordnung der ärztlichen Vergütung insbesondere auch für die Hausärztinnen und Hausärzte auszahlen muss.

Nordrhein-Westfalen wird weiter darauf achten, dass nach der Neuordnung der ärztlichen Honorare mehr Geld für die hausärztliche Vergütung in Nordrhein-Westfalen zur Verfügung steht.

b. Verantwortliche zum Handeln auffordern

Auf Landesebene sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen für die Vergütung der Hausärzte verantwortlich. Die Landesregierung fordert daher die Vertragspartner auf, alle gesetzlich möglichen Instrumente zu ergreifen, mit denen die Honorarsituation von „Landärzten“ an ihre besondere Versorgungssituation angepasst werden kann.

9. **Arbeitsüberlastung der Ärztinnen und Ärzten im Praxisalltag**

Beispielsweise durch Notdienste und Hausbesuche kann die Arbeitsbelastung in einer Landarztpraxis überhand nehmen.

Lösungsansatz:

Nichtärztliche Aufgaben an Fachkräfte übertragen

Die Übertragung von nichtärztlichen Aufgaben an spezielle Fachkräfte kann Ärztinnen und Ärzte entlasten und die Patientenversorgung, -betreuung und -zufriedenheit deutlich verbessern. Dies zeigen abgeschlossene Modellvorhaben aus den neuen Bundesländern.

Die Universität Witten/Herdecke hat die Modellvorhaben auf Bitte des MAGS hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf Nordrhein-Westfalen analysiert. Das Ministerium hat zudem dazu Gespräche mit niedergelassenen Ärzten in Problemregionen geführt. Dabei wurde deutlich, dass die Beteiligten vor Ort am besten einschätzen können, welche Form der Aufgabenübertragung am besten für die jeweilige Situation passt. Die Krankenkassen sollten bei Bedarf die Möglichkeiten von Modellprojekten nutzen und als Ansprechpartner für Interessierte hinsichtlich einer möglichen Umsetzung zur Verfügung stehen.

10. **Mangelnde Vereinbarkeit von Familie und hausärztlicher Tätigkeit**

Die allgemeinmedizinische Weiterbildung wird häufiger von Frauen als von Männern abgeschlossen. Die gute Vereinbarkeit von Familie und hausärztlicher Tätigkeit hat auch deshalb für die Berufsausübung einen hohen Stellenwert.

Lösungsansätze:

a. Beratung über Formen der Berufsausübung intensivieren

Für Ärztinnen und Ärzte mit Familie sind insbesondere planbare Arbeitszeiten von großer Bedeutung. In einer Einzelpraxis ist das nicht immer möglich - eventuell jedoch in Berufsausübungsgemeinschaften oder Anstellungsverhältnissen. Der Gesetzgeber lässt im vertragsärztlichen Bereich vielfältige Möglichkeiten der Berufsausübung zu. Die bestehenden Möglichkeiten sind jedoch noch zu wenig bekannt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern werden daher aufgefordert, ihren Beratungsauftrag offensiver und engagierter zu nutzen.

b. Notdienstregelungen familienfreundlicher gestalten

Im hausärztlichen Bereich können insbesondere die Notdienstregelungen eine Belastung für die eigene Familie darstellen. Dies haben auch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen erkannt. Sie haben bereits Regelungen zur Erleichterung geschaffen beziehungsweise sind derzeit dabei, Änderungen zu erarbeiten.

Die Überlegungen in Westfalen-Lippe beinhalten unter anderem die Vergrößerungen von Notdienstbereichen, damit die Dienstfrequenzen verringert werden. In Nordrhein wurden bereits feste Notdienstambulanzen eingeführt.

IV. Unterstützungsstrukturen

In Nordrhein-Westfalen bestehen keine Strukturen, die vorhandene Ansätze zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung koordinieren, eigene Strategien entwickeln und aktiv umsetzen könnten.

Lösungsansatz:

Gesellschaft zur Förderung der Allgemeinmedizin in Nordrhein-Westfalen gründen

Die Landesregierung leitet die Gründung eines Vereins ein, der die Erhöhung der Attraktivität hausärztlicher Tätigkeit zum Ziel hat. Er soll in den Bereichen tätig werden, in denen eine Unterstützung der bisherigen Bemühungen der verantwortlichen Stellen sinnvoll erscheint. Eine wesentliche Aufgabe ist die Beschaffung finanzieller Mittel, mit denen die Errichtung von allgemeinmedizinischen Professuren oder allgemeinmedizinische Forschungsaktivitäten gefördert werden können.

V. Handlungsansätze der Landesregierung/Instrumentenkasten

- **Nutzung der Leistungs- und Zielvereinbarungen mit den Fakultäten zur Stärkung der Allgemeinmedizin**
- **Errichtung von Stiftungsprofessuren**
- **Einführung des Faches Allgemeinmedizin als Pflichtfach im Praktischen Jahr**
- **Nachwuchswerbung**
- **Erhöhung der Zahl der Studienplätze in der Medizin**
- **Gewährung von Stipendien für Weiterbildungsassistenten in kritischen Gebieten**
- **Niederlassungsanreize durch die Gewährung nicht rückzahlbarer Zuschüsse**
- **Überprüfung der gültigen Bedarfsplanung**
- **Organisation von „Runden Tischen“ zur Problemanalyse und dem Erarbeiten von Lösungsoptionen in kritischen Regionen / Gemeinden**
- **Eintreten für eine angemessene Ärztevergütung insbes. von „Landärzten“**
- **Unterstützung einer besseren Vereinbarkeit von Familie und hausärztlicher Tätigkeit u.a. durch familienfreundliche Notfalldienstregelungen**
- **Gründung eines Vereins „Gesellschaft zur Förderung der Allgemeinmedizin in NRW“**

VI. Fakten zur hausärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen

(Stand 31. Dezember 2007)

	Nordrhein	Westfalen-Lippe	NRW
Hausärzte	2007: 6.631 (5.946 ohne Kinderärzte) 2000: 6.365 (5.685 ohne Kinderärzte) +4,2% (+4,6% ohne Kinderärzte)	2007: 5.363,75 ¹ (4.838,25 ohne Kinderärzte) 2000: 5.373,5 ¹ (4.848,5 ohne Kinderärzte) -0,2 % (-0,2 ohne Kinderärzte)	2007: 11.994,75 (10.784,25 ohne Kinderärzte) 2000: 11.738,5 (10.533,5 ohne Kinderärzte) +2,1% (+2,3% ohne Kinderärzte)
Hausärzte älter als 55 Jahre (ohne Kinderärzte)	1851	1889	3740
Anteil der Hausärzte über 55 Jahre (ohne Kinderärzte)	31,1%	35,2 %	35,5%
Geschätzter jährlicher Ersatzbedarf, um den Status Quo zu erhalten ²	185	189	374
Erteilte Facharztanerkennungen für Allgemeinmedizin in 2007	116	116 (97 erstmalige Anerkennung)	232
Neuzulassungen zur hausärztlichen Versorgung in 2007	192 ³	165	357
Versorgungsgrad	110,7%	105,8%	
Gesperrte Gebiete	20 von 27	13 von 27	33 von 54

¹ Anzahl mit Faktor gezählt

¹ Anzahl mit Faktor gezählt

² Zahl der Hausärzte älter als 55 Jahre:10 Jahre

³ Zahl enthält keine Neuanstellungen

VII. Gemeinden in Nordrhein-Westfalen mit drohender Gefährdung der hausärztlichen Versorgung

(Liste wird in Kürze veröffentlicht.)