

Hausarzt – Beruf mit Zukunft.
Informationen zu Ausbildung und
Aufgaben. Plus: Aktionsprogramm
der Landesregierung.



Hausarzt – Beruf mit Zukunft.

Informationen zu Ausbildung und Aufgaben. Plus: Aktionsprogramm der Landesregierung.

Hausarzt – Beruf mit Zukunft.



Gut ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte in Nordrhein-Westfalen werden in den kommenden zehn Jahren ihre Praxis aus Altersgründen aufgeben – und womöglich keine Nachfolger finden. Gerade in ländlichen Regionen können sich dann schmerzhaft Lücken auftun. Hier müssen wir gegensteuern!

Unser Ziel ist es, die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum langfristig zu sichern. Dazu wurde auf Initiative der Landesregierung ein Aktionsprogramm zur Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung in Nordrhein-Westfalen entwickelt. Wir wollen so mehr junge Menschen für den Hausarztberuf begeistern und erreichen, dass sie sich verstärkt in ländlichen Gebieten wie dem Münsterland, Ostwestfalen-Lippe, dem Sauerland oder am Niederrhein niederlassen.

Das umfangreiche Programm enthält beispielsweise Maßnahmen zur Förderung von Niederlassungen in zukünftig voraussichtlich schlechter versorgten ländlichen Gebieten, eine verstärkte Nachwuchswerbung sowie die Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Weiterbildung. Zudem wird die Allgemeinmedizin an den Universitäten gestärkt, etwa durch Einrichtung einer Stiftungsprofessur aus Landesmitteln.

Diese Broschüre informiert Sie über das Aktionsprogramm, aber auch über den Beruf des Hausarztes selbst. Vier Praktiker kommen darin zu Wort, die aus ihrem Alltag berichten. Wer diese Reportagen und Interviews liest, spürt die Begeisterung für einen einzigartigen Beruf. Ich würde mich freuen, wenn dieser Funke auf die Studierenden von heute und morgen überspringt!

Karl-Josef Laumann
Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhalt.

Zentrale Funktion, breites Aufgabenspektrum: Was den Hausarztberuf so interessant macht.....	9
Sabine Heidler, Kreis Steinfurt „Eine Praxis auf dem Land war für mich immer ein Ideal!“	11
Aus- und Weiterbildung: Wie der Einstieg gelingt.....	15
Dr. Arndt Berson, Kreis Viersen „Wir sind Spezialisten für das Ganze.“	17
Nach dem Studium: Wege in den Beruf.....	19
Sigrid Richter, Kreis Minden-Lübbecke „Berufliche Pflichten und persönliche Anforderungen lassen sich in Einklang bringen.“	21

Lebenslanges Lernen: Berufliche Fortbildung ist mehr als Pflicht	23
---	----

Dr. Andreas Marian, Kreis Euskirchen

„Hohe Anforderungen stärken das berufliche Selbstbewusstsein.“	25
---	----

Aktionsprogramm der Landesregierung zur Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung in Nordrhein-Westfalen.....	31
---	-----------

I. Einleitung.....	32
--------------------	----

II. Daten zur hausärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen..	34
--	----

III. Gründe für das Fehlen hausärztlichen Nachwuchses	38
--	----

1. Situation der Allgemeinmedizin an den Universitäten.....	38
---	----

Lösungsansätze:

a. Instrument der Leistungs- und Zielvereinbarungen nutzen.....	39
---	----

b. Stiftungsprofessuren einrichten.....	39
---	----

c. Allgemeinmedizin als Pflichtfach im Praktischen Jahr einführen.....	40
---	----

2. Nachwuchswerbung verstärken.....	41
-------------------------------------	----

3. Regelungen für Zulassung zum Medizinstudium.....	41
---	----

Lösungsansatz:

Auswahlverfahren fortentwickeln.....	42
--------------------------------------	----

4. Studienplätze und Absolventen.....	42
--	-----------

Lösungsansatz:

Erhöhung der Anzahl der Studienanfänger/-innen.....	43
--	-----------

5. Strukturelle Mängel in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung.....	43
--	-----------

Lösungsansätze:

a. Allgemeinmedizinische Weiterbildung im Krankenhaus bewerben.....	44
b. Regionale Weiterbildungsverbände gründen	44
c. Weiterbildung im ambulanten Bereich lukrativer machen.....	45

6. Fehlende Attraktivität ländlicher Gebiete.....	46
--	-----------

Lösungsansatz:

Finanzielle Anreize für die Niederlassung bieten	46
---	-----------

7. Bedarfsplanung zu großräumig	47
--	-----------

Lösungsansätze:

a. Bedarfsplanung zielgenauer machen	47
b. Individuelle Konzepte vor Ort ermöglichen.....	47

8. Unbefriedigende Honorierung der hausärztlichen Tätigkeit	47
--	-----------

Lösungsansätze:

a. Einfluss der Landesregierung geltend machen.....	48
b. Verantwortliche zum Handeln auffordern.....	48

9. Arbeitsüberlastung der Ärztinnen und Ärzte im Praxisalltag.....	48
<u>Lösungsansatz:</u>	
Nicht ärztliche Aufgaben an Fachkräfte übertragen.....	48
10. Mangelnde Vereinbarkeit von Familie	
und hausärztlicher Tätigkeit.....	49
<u>Lösungsansätze:</u>	
a. Beratung über Formen der Berufsausübung intensivieren.....	49
b. Notdienstregelungen familienfreundlicher gestalten.....	49
IV. Unterstützungsstrukturen.....	51
<u>Lösungsansatz:</u>	
Gesellschaft zur Förderung der Allgemeinmedizin	
in Nordrhein-Westfalen gründen.....	51
V. Handlungsansätze der Landesregierung/Instrumentenkasten.....	52
VI. Fakten zur hausärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen.....	53
VII. Gemeinden in Nordrhein-Westfalen mit drohender Gefährdung	
der hausärztlichen Versorgung.....	54



Zentrale Funktion, breites Aufgabenspektrum: Was den Hausarztberuf so interessant macht.

Das Vertrauen ist groß: 90 Prozent der Bevölkerung suchen bei gesundheitlichen Beschwerden zunächst ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt auf. Damit sind sie fast immer die erste Adresse in Fragen von Gesundheit und Krankheit. Hohe Akzeptanz und gesellschaftliche Anerkennung haben ihren Grund, denn Hausarztpraxen bieten für alle häufigen Erkrankungen eine gute medizinische Grundversorgung.

Das Aufgabenspektrum der Allgemeinmediziner ist breit gefächert, kaum ein anderer Arztberuf ist so vielseitig und abwechslungsreich. Hausärztinnen und Hausärzte bemühen sich um das frühe Erkennen von Krankheiten, betreuen akut und chronisch Kranke und leiten Rehabilitationsmaßnahmen ein.

Und wenn keine Hilfe mehr möglich ist, übernehmen sie auch in der Sterbegleitung wichtige Aufgaben. Hausärzte stehen nicht nur am Anfang der gesundheitlichen Versorgungskette, sondern auch an ihrem Ende. Der Volksmund sagt nicht ohne Grund, dass sie sich „von der Wiege bis zur Bahre“ um die Menschen kümmern.

Hausärztinnen und Hausärzte reagieren nicht nur auf Probleme und Erkrankungen. Sie agieren, beraten frühzeitig und aktiv, um Gesundheit zu

Zentrale Funktion, breites Aufgabenspektrum

erhalten und Krankheiten zu verhindern. Seien es Tipps zum Thema Impfen, zur Vorbeugung von Diabetes oder zur Linderung von Rückenproblemen – sie sind eine gute erste Adresse.

Im Mittelpunkt der Hausarztpraxis stehen die Patienten als Persönlichkeiten. Hausärztinnen und Hausärzte haben mit allen Generationen zu tun. Sie kennen nicht nur deren Krankenakte, sondern auch ihre Lebensgeschichte. Denn: Weil Patientinnen und Patienten ihren Hausarzt häufig sehen – laut Statistik jeden Monat einmal – und meist über Jahre hinweg von derselben Person betreut werden, fassen sie Vertrauen und offenbaren sich in nicht selten sehr persönlichen Gesprächen.

Durch regelmäßige Hausbesuche werden die Kontakte noch enger geknüpft. Hausärzte stehen also mitten im Leben. Aus dem engen Vertrauensverhältnis zu den Patienten resultiert eine besondere Stärke der Hausärzteschaft: Gesundheitliche Probleme können besonders gut im Gesamtzusammenhang beurteilt und behandelt werden.

Hausärzte bewegen sich im Zentrum der Behandlungsabläufe, in ihren Praxen laufen die Fäden zusammen. Dadurch sind sie auch diejenigen, die eine wichtige Steuerungsfunktion im Gesundheitssystem übernehmen. Sie können am besten entscheiden, ob und wann andere Ärztinnen und Ärzte hinzugezogen werden müssen.

Dabei kooperieren Hausärzte eng mit spezialisierten Kolleginnen und Kollegen, mit Betriebsärzten und Psychotherapeuten, mit Gesundheitsämtern und Pflegediensten, aber auch palliativmedizinischen Teams und Hospizen. Die Hausarztpraxis ist jedoch keineswegs bloße Durchgangsstation zum Spezialisten: 80 Prozent aller in der hausärztlichen Versorgung auftretenden Fälle werden dort auch abschließend behandelt.

Auch nicht zu unterschätzen: Allgemeinmediziner werden in ihren Praxen mit einer Vielzahl von unterschiedlich gelagerten Fällen konfrontiert. Mit weit mehr als 100 verschiedenen Krankheitsbildern haben sie regelmäßig zu tun. Erfahrene Hausärzte bestätigen: Die Vielfältigkeit der Anforderungen hält wach, beruflich wie persönlich. Langweilig wird die Arbeit in einer Hausarztpraxis nie.

Sabine Heidler, Kreis Steinfurt.

„Eine Praxis auf dem Land war für mich immer ein Ideal!“



Wo sie ihre Hausarztpraxis eröffnen wollte, stand für Sabine Heidler – geboren in Berlin, aufgewachsen in Aachen – schon früh fest: „Am liebsten auf dem Land!“ Ihren Wunsch hat sie vor 22 Jahren im westfälischen Horstmar-Leer, einem 2.000 Einwohner zählenden Dorf zwischen Münster und holländischer Grenze, in die Tat umgesetzt. „Heute“, sagt sie, „würde ich mich wieder genauso entscheiden!“

Kombinierte Interessen.

Angefangen hat Sabine Heidler ihre medizinische Laufbahn an einer Uni-Klinik im Spezialgebiet „Chirurgie“. „Das wissenschaftliche Arbeiten hat mich sehr interessiert, aber ich habe

„Eine Praxis auf dem Land war für mich immer ein Ideal!“

dort für mich keine Zukunft gesehen. Wer als Frau an einer Klinik Karriere machen will, muss meines Erachtens auf eine eigene Familie verzichten.“ Sie aber wollte beides: Beruf und Familie! „Die Entscheidung, Hausärztin zu werden, war nicht leicht, aber ich habe sie ganz bewusst getroffen.“

Vier Kinder hat sie zusammen mit ihrem damaligen Mann parallel zu ihrer Vollzeit-Tätigkeit als Hausärztin großgezogen. Drängt sich die Frage auf: Wie kann es gelingen, einen anspruchsvollen Beruf und eine große Familie miteinander zu kombinieren? Sabine Heidler weiß die Antwort aus Erfahrung: „Man muss seinen Beruf lieben, muss leistungsbereit sein, und man braucht Organisationstalent.“ Und Entlastung im Haushalt, ergänzt sie. Deshalb hat sie schon früh privat eine Hauswirtschafterin eingestellt: „Das war für mich unerlässlich!“

Vorteilhaftes Landleben.

Zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie hat sie ihre Praxis direkt an das Wohnhaus angebaut: „Das lässt sich auf dem Land bedeutend einfacher verwirklichen als in der Stadt“, ist die Ärztin überzeugt. Gleichzeitig hat sie dafür gesorgt, Arbeit und Freizeit konsequent voneinander zu trennen. In Notfällen, bei Asthma- oder Herzanfällen zum Beispiel, war sie natürlich immer für ihre Patienten da. „Aber ich habe ihnen gegebenenfalls auch freundlich klargemacht, dass sie nicht für jede Bagatelle zum Arzt laufen müssen.“

Auch dabei hat sich das Leben im kleinen Dorf als vorteilhaft erwiesen: „Da ich mitten unter ihnen lebe, haben mich die Menschen nicht nur über meinen Beruf definiert. Alle wussten, dass ich kleine Kinder habe. Sie haben gesehen, dass ich im Garten sitze, einkaufe und Wäsche aufhänge. Sie haben mich als Privatperson erlebt und akzeptiert, dass ich auch mal Ruhe brauche. Diese Rücksichtnahme findet man eher auf dem Land.“

Ihre Vorliebe für eine Landarztpraxis hat die Medizinerin schon in ihrer Kindheit entwickelt. Ihre Großmutter und eine Tante waren ebenfalls Landärztinnen, damals eine Seltenheit. „Die Erzählungen meiner Mutter sowie positive Ferienerlebnisse haben mich geprägt. Eine Praxis im eigenen Haus auf dem Land, das war für mich immer ein Ideal! Wenn ich hier aus dem Fenster schaue oder bei meinen Hausbesuchen an Wiesen und Feldern vorbeifahre – das ist einfach schön!“



Betriebswirtschaftliches Denken.

Sabine Heidler hat ihr Ideal realisiert. Von Stillstand dennoch keine Spur. Dauerhafte Fortbildung ist für sie eine Selbstverständlichkeit. Und sie weiß: „Ärzte müssen heute mehr noch als früher betriebswirtschaftlich denken!“ Nicht zuletzt deshalb, aber auch aus Interesse an der Sache, hat sie sich zur Manual- und Chirotherapeutin ausbilden lassen, „heute ein wichtiges Standbein meiner Praxis“. Ergänzend dazu hat sie sich in der Pädiatrie weitergebildet, später im Bereich hausärztliche Geriatrie und Osteopathie qualifiziert: „So habe ich mich auf den demografischen Wandel eingestellt.“ Das stetige Wachstum ihrer Praxis hat sie vor sieben Jahren dazu veranlasst, mit einer Kollegin eine Gemeinschaftspraxis zu gründen.

Seit einigen Monaten ist sie zudem Geschäftsführerin einer neu gegründeten Ärzte GmbH. Hier haben sich rund 40 Arztpraxen, mehr als die Hälfte des gesamten Kreises, organisiert – als Alternative zu Kliniken und Medizinischen Versorgungszentren. „Je nach Bedarfslage“, gesteht die Hausärztin ein, „sind das gewiss sinnvolle Einrichtungen. Wir aber wollen mit unserem Zusammenschluss die Versorgung der Patienten vor Ort durch freiberufliche Haus- und Fachärzte sichern. Dazu tauschen wir uns aus, verzahnen unsere Angebote und gewährleisten so einen hervorragenden medizinischen Standard.“ Eine Selbstorganisation mit Erfolg: Den ersten integrierten Versorgungsvertrag mit einer Krankenkasse hat die Ärzte GmbH bereits abschließen können.

„Eine Praxis auf dem Land war für mich immer ein Ideal!“

Ausbalanciertes Leben.

Bei so viel beruflichem und privatem Engagement: Denkt die Medizinerin auch an ihre eigene Gesundheit? „Die Frage ist berechtigt“, räumt Sabine Heidler ein, „speziell die Tätigkeit als Chirotherapeutin ist recht anstrengend“. Zum Ausgleich, aber auch aus Spaß, treibt sie Sport: früher Reitsport, heute ein bisschen Krafttraining, Radfahren und Inlineskaten. Ein weiteres zentrales Hobby ist die Musik: „Ich spiele Klavier und singe ein- bis zweimal die Woche im Kammerchor Münster. Beim Singen finde ich meine innere Mitte. Musik ist für mich der ‚Entstressor‘ Nummer 1“.

Einen Rat an junge Medizinstudentinnen und -studenten hat sie auch: „Wer Familie und Beruf in Einklang bringen will, wer die Natur liebt und jeden Tag durch die Anerkennung der Patienten für seine Arbeit belohnt werden möchte, dem ist der Hausarztberuf und vor allem die Gründung einer Praxis auf dem Land nur zu empfehlen. Ich gehe jeden Tag gerne zur Arbeit in die Praxis. Wenn man das nach 22 Jahren immer noch so sagen kann, glaube ich, hat das schon etwas zu bedeuten!“



Aus- und Weiterbildung: Wie der Einstieg gelingt.

Die Vielseitigkeit des Hausarztberufs erfordert eine breit angelegte Ausbildung. Neben medizinischem Wissen und Können sind vor allem Einfühlungsvermögen und die Bereitschaft zum Zuhören gefragt. Kommunikative Fähigkeiten sind in diesem Beruf unverzichtbar.

Der Einstieg in den Hausarztberuf beginnt, wie in allen anderen medizinischen Fachrichtungen auch, nach dem zwölfsemestrigen Studium der Humanmedizin. Insgesamt fünf Jahre dauert die anschließende Weiterbildung – drei Jahre in der stationären internistischen Patientenversorgung und zwei Jahre in der ambulanten hausärztlichen Versorgung. Hinzu kommt ein Kurs in „Psychosomatischer Grundversorgung“.

Doch schon während des Studiums der Humanmedizin sollten Studierende in Famulaturen und Praktika die Hausarztmedizin kennenlernen. Die Approbationsordnung schreibt zudem ein Pflichtblockpraktikum „Allgemeinmedizin“ vor. Obligatorisch ist eine Famulatur im ambulanten Bereich, die auch im Bereich der Hausarztmedizin absolviert werden kann.

Darüber hinaus ist im Praktischen Jahr, den beiden letzten Semestern, neben den Pflicht-Tertialen „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ ein Wahl-Tertial in der

Aus- und Weiterbildung: Wie der Einstieg gelingt

Allgemeinmedizin möglich. So können Studierende diesen Arbeitsbereich nicht nur in Vorlesungen und Seminaren, sondern auch in der Praxis kennenlernen.

Der möglichst frühe Praxisbezug gewinnt an den meisten Universitäten an Bedeutung. Mit der seit 2003 geltenden Approbationsordnung nähert sich die allgemeine humanmedizinische Ausbildung ohnehin einer Ausbildung zum „Generalisten“ an. Zentrales Lehrziel ist inzwischen die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, die eine wissenschaftlich fundierte Basisversorgung auch im Alltag gewährleisten können.

Alle Studierenden der Humanmedizin müssen daher beispielsweise natur- und sozialwissenschaftliche Grundlagen für die Bereiche Gesundheit und Krankheit, Diagnostik, Therapie, Prävention und Rehabilitation beherrschen. Außerdem müssen sie in der Lage sein, bei Diagnose und Therapie angemessen mit Patientinnen und Patienten umzugehen. Stand früher die reine Wissensprüfung im Vordergrund, gehen heute immer mehr Universitäten dazu über, auch Kommunikation sowie diagnostische und therapeutische Entscheidungsfindung praktisch zu prüfen.

Dr. Arndt Berson, Kreis Viersen.

„Wir sind Spezialisten für das Ganze.“



Herr Dr. Berson, viele Menschen mit gesundheitlichen Beschwerden rufen gleich nach einem „Spezialisten“. Wie würden Sie sie davon überzeugen, zunächst einen Hausarzt aufzusuchen?

Ganz einfach: Der Hausarzt ist auch ein Spezialist – und zwar für das Ganze. Der Hausarzt ist der Spezialist für die ganzheitliche Betrachtung seiner Patienten unter Einbeziehung der körperlichen und psychischen Komponenten wie auch des sozialen Umfeldes. Bei „Hausarzt“ denken manche nur an banale Krankheiten wie Husten, Schnupfen, Heiserkeit. Eine klare Fehleinschätzung. Zu uns kommen oft Patienten mit kniffligen medizinischen Problemen.

„Wir sind Spezialisten für das Ganze.“



Woraus resultiert die besondere Eignung von Hausärzten, was macht sie so wichtig für das Gesundheitssystem?

Früher konnten sich Mediziner direkt nach dem Studium als praktische Ärzte niederlassen. Heute müssen sie vorher noch eine differenzierte Weiterbildung in Kliniken und Praxen durchlaufen. Das heißt: Wir verfügen über eine umfassende Aus- und Weiterbildung. Außerdem sind Hausärzte nicht nur medizinische Kontaktpersonen, sondern auch Ansprechpartner für persönliche Probleme wie den Verlust des Arbeitsplatzes oder des Partners. Solche Aspekte einzubeziehen ist auch medizinisch sinnvoll, denn sie können für die Beschwerden des Patienten ursächlich sein.

Patienten als Ganzes zu sehen, um medizinische Probleme besser zu lösen, ist das die Zukunft?

Eigentlich ist das schon immer die Zukunft gewesen, aber lange hat man ausschließlich das Spezialistentum gefördert. In gewisser Hinsicht ist das auch berechtigt, aber es darf nicht dazu führen, den Hausarzt zu unterschätzen – vor allem in seiner medizinischen Lotsenfunktion.

Was meinen Sie: Führt diese Erkenntnis zu einem Paradigmenwechsel?

Zumindest ist der Stellenwert des Hausarztes deutlich gestiegen. Vor ein paar Jahren noch wollte man ihm viele spezialisierte diagnostische Möglichkeiten per Gesetz entziehen. Überspitzt formuliert, sollte er als Equipment nur noch ein Stethoskop und einen Bleistift haben. Davon rückt man heute wieder ab.

Spüren Sie die Akzeptanz auch in der Resonanz der Patienten?

Welche Rückmeldungen bekommen Sie?

Ich habe Patienten in allen Altersklassen, vom Schulkind bis zur Hundertjährigen. Für Ältere ist es ein richtiges Ereignis, wenn ich alle 14 Tage zum Hausbesuch komme. Jüngere sehen in mir oft den Ratgeber. Voraussetzung für das gelungene Zusammenspiel ist allerdings die Bereitschaft zur Kommunikation. Man muss sich jeden Tag auf viele, ganz unterschiedliche Charaktere einstellen. Aber gerade diese Vielfalt erfahre ich als Bereicherung, sie macht die Hausarzt-tätigkeit abwechslungsreich und spannend.

Nach dem Studium: Wege in den Beruf.

Die bestandene Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin berechtigt zur Niederlassung als Hausärztin oder Hausarzt. Bevor sie sich niederlassen, haben sie sich im Schnitt mehr als sechs Jahre weitergebildet. Das durchschnittliche Niederlassungsalter liegt bei rund 38 Jahren – das spiegelt auch die umfassende Erfahrung wider, die der Allgemeinmediziner auf dem Weg zu seinem Beruf sammelt.

Ziel der meisten Fachärzte für Allgemeinmedizin ist die Gründung einer eigenen Praxis. Wenn gewünscht, gibt es dabei umfangreiche Unterstützung. Die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen etwa stehen für Beratung und Service gerne bereit. Sie informieren beispielsweise über Fragen der technischen Ausstattung, über Patenschaftsmodelle, Fragen zur Niederlassung und zu betriebswirtschaftlichen Problemstellungen.

Wer sich nicht allein niederlassen möchte, hat die Möglichkeit, gemeinsam mit Kolleginnen oder Kollegen eine Gemeinschaftspraxis zu gründen oder in eine bestehende Gemeinschaftspraxis einzusteigen. Gemeinschaftspraxis statt Einzelpraxis – das ist eindeutig ein Trend.

Eine weitere Alternative ist die Arbeit in medizinischen Versorgungszentren.

Nach dem Studium: Wege in den Beruf

Die Zentren sind seit 2004 neben Vertragsärzten und ermächtigten Krankenhausärzten ausdrücklich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärztinnen und Ärzte als Angestellte oder als Niedergelassene tätig sind. In Nordrhein-Westfalen gibt es derzeit rund 150 solcher Zentren.

Und: Gerade die Niederlassung auf dem Lande kann für junge Mediziner eine interessante Option sein. Die Zahl der Landärzte im pensionsnahen Alter steigt, Nachfolger werden dringend gesucht. Unter anderem hier setzt das Aktionsprogramm der nordrhein-westfälischen Landesregierung an, das den zweiten Teil dieser Broschüre füllt und eine ganze Reihe konkreter Maßnahmen enthält.

Professionelles Management: Beruf und Familie vereinbaren.

Der Hausarztberuf ist interessant und abwechslungsreich – kann aber auch sehr anstrengend sein. Die so genannte „Work-Life-Balance“ steht deshalb nicht nur für ihre Patienten, sondern auch für die Hausärztinnen und Hausärzte selbst auf der Tagesordnung.

Ein entscheidender Faktor für einen möglichst stressfreien Alltag ist die Organisation der Praxis selbst. Da hilft beispielsweise ein professionelles Terminmanagement. Wichtige Entlastung kann zudem das nicht ärztliche Praxisteam leisten. Die medizinischen Fachangestellten können auch wichtige Arbeitsprozesse dauerhaft eigenverantwortlich und selbstständig übernehmen und so den Hausarzt entlasten.

Für angehende Hausärztinnen und Hausärzte, die nicht unbedingt einen Vollzeitjob suchen, ist Job-Sharing eine gute Möglichkeit, Arbeit und Familie miteinander zu vereinbaren. So kann eine beschränkte Zulassung in einem gesperrten Planungsbereich erteilt werden, wenn mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets eine gemeinsame Tätigkeit aufgenommen wird.

Auch Gemeinschaftspraxen erweitern den Handlungsspielraum, um Familie und Beruf zu vereinbaren. In Absprache mit den Kolleginnen und Kollegen lassen sich die Arbeitszeiten hier viel flexibler gestalten und den individuellen Bedürfnissen anpassen. Eine Überlegung wert sein könnte auch die Möglichkeit, sich die Arbeit mit jemandem, der seine Praxis in wenigen Jahren abgeben möchte, zu teilen und über ein Angestelltenverhältnis langsam in die Hausarztrolle hineinzuwachsen.

Sigrid Richter, Kreis Minden-Lübbecke.

„Berufliche Pflichten und persönliche Anforderungen lassen sich in Einklang bringen.“



Frau Richter, was war Ihr entscheidendes Motiv, sich als Hausärztin niederzulassen?

Ganz klar die Vielfalt der Aufgaben. Man weiß nie, was einen am Tag erwartet. Kann sein, dass man Zecken entfernt, kleinere chirurgische Eingriffe vornehmen muss oder plötzlich zu Reanimationen gerufen wird. Hier kann ich das volle Spektrum ärztlicher Tätigkeit abdecken und so meine umfassenden medizinischen Qualifikationen auch anwenden. Anders als etwa Klinikärzte kann ich als Hausärztin die Entscheidungen selbst treffen. Ja, der Wunsch nach Entscheidungsfreiheit war für mich ein wichtiges Motiv.

„Berufliche Pflichten und persönliche Anforderungen lassen sich in Einklang bringen.“

Und auch nicht unwichtig: Ich habe zwei Kinder. Und als Hausärztin kann ich – gerade in einer Gemeinschaftspraxis – meine Arbeitszeit in gewissem Rahmen flexibler gestalten und so berufliche Pflichten und persönliche Anforderungen in Einklang bringen.

Sie sprachen eben von Freiheit – aber bedeutet Freiheit nicht immer auch mehr Verantwortung?

Sicher trage ich beispielsweise im Vergleich zu Klinikärzten eine größere Verantwortung, vor allem, weil ich das Sicherheitsnetz aus Chefarzt, Oberarzt und Assistentenpersonal nicht habe. Aber das ist auch ein Gewinn. Anders als etwa im Krankenhaus kann ich als Hausärztin die Patienten langfristig betreuen und Therapien beobachten. Wenn ich dann die Zufriedenheit der Patienten sehe und ihren Dank höre, ist das auch etwas Schönes.

Was ist Ihr Eindruck: Ist die Wertschätzung für „Spezialisten“ höher als die für Hausärzte?

Verallgemeinern kann man das nicht, aber es kommt mitunter vor. Doch so unverzichtbar Fachärzte sind, die Kehrseite hoch technisierten Spezialistentums erlebe ich regelmäßig in der hausärztlichen Praxis. Da klagen Patienten: ‚Ich war bei diesem Facharzt und jenem. Der eine sieht sich dies an, der andere das, aber keiner sieht alles zusammen.‘

Dabei stellen gerade Patienten im Alter zwischen 30 und 50 Jahren heute hohe Ansprüche. Sie erwarten, dass man wirklich zuhört, dass man ihre Krankheitsgeschichte über einen längeren Zeitraum verfolgt, dass man die Befunde der anderen Ärzte einholt und sich bestens auskennt. Sie suchen genau deshalb die Koordinationsfunktion des Hausarztes. Sein Lotsendienst, die gezielte Zuweisung an andere Fachärzte, ist nicht nur für den einzelnen Patienten wertvoll, sondern auch gesellschaftlich sinnvoll, denn sie spart Kosten, ist effizienter und effektiver.

Sie würden jungen Kolleginnen und Kollegen also empfehlen, sich als Hausarzt niederzulassen?

Gerade auf dem Land gibt es ja viele Praxen mit älteren Ärztinnen und Ärzten, die Nachfolger suchen. Für junge Kolleginnen und Kollegen ergeben sich hier nicht immer leichte, aber hochinteressante Möglichkeiten, eine Praxis zu übernehmen und viel Neues aufzubauen. Zudem ist der Hausarzt ein sicherer Zukunftsberuf, nicht zuletzt aufgrund der demografischen Entwicklung mit immer mehr älteren Menschen.

Lebenslanges Lernen: Berufliche Fortbildung ist mehr als Pflicht.

Der medizinische Fortschritt verläuft rasant. Um mit ihm Schritt halten zu können, basiert die Fortbildung für Hausärztinnen und Hausärzte nicht nur auf Freiwilligkeit, sondern ist Pflicht. Das Krankenversicherungsrecht enthält zahlreiche Bestimmungen zu Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Patientenversorgung sowie eine Nachweispflicht für Vertragsärzte über die ärztliche Fortbildung.

Hochwertige Fortbildungen bieten beispielsweise die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärztekammern. Darüber hinaus hat der Deutsche Hausärzterverband das Institut für hausärztliche Fortbildung gegründet, mit medizinischen Fortbildungsangeboten, konkret zugeschnitten auf die hausärztliche Praxis.

Doch lebenslanges Lernen umfasst mehr als institutionalisierte, fachmedizinische Fortbildung. Dazu gehört auch die Reflexion des eigenen Handelns und der Arbeitsabläufe in der Praxis. Regelmäßige Teambesprechungen, Supervisionen, Patientenbefragungen und sogenannte Audits haben sich hier als hilfreich erwiesen.

Lebenslanges Lernen: Berufliche Fortbildung ist mehr als Pflicht

Neben einem professionellen Qualitätsmanagement innerhalb der Praxis wird der stetige Austausch mit externen Kolleginnen und Kollegen empfohlen. Etabliert haben sich etwa Qualitätszirkel, in denen Ärztinnen und Ärzte ihre Behandlungsfälle oder Probleme des Praxisalltags diskutieren. Unter Leitung eines Moderators kann in diesen Zirkeln die eigene Tätigkeit neu beleuchtet und kritisch hinterfragt werden. Die Teilnahme an – freiwilligen – Qualitätszirkeln wird als Fortbildungsmaßnahme anerkannt.

Damit nicht genug: Das ohnehin schon breite Spektrum der hausärztlichen Tätigkeiten kann mit Hilfe zusätzlicher Qualifikationen noch ergänzt werden. Spezialisierungen sind beispielsweise möglich in der Chirotherapie und Sportmedizin, in der Allergologie, in Naturheilverfahren und in der Homöopathie oder auf dem Gebiet der Psychotherapie.

Dr. Andreas Marian, Kreis Euskirchen.

„Hohe Anforderungen stärken das berufliche Selbstbewusstsein!“



Idyllischer kann der Standort einer Praxis kaum sein als in Blankenheim. Unterhalb einer Grafenburg aus dem 12. Jahrhundert liegt sie am Rande des historischen Ortskerns mitten im deutsch-belgischen Naturpark Nordeifel-Hohes Venn. In der 9.000 Einwohner zählenden Gemeinde hat sich vor 22 Jahren Dr. Andreas Marian als Hausarzt niedergelassen. Heute betreibt er an gleicher Stelle mit seiner Kollegin Dr. Gisela Thier eine florierende Gemeinschaftspraxis.

Viele Vorteile.

Nein, eine Notlösung war die Entscheidung für die Niederlassung auf dem Land keineswegs. Im Gegen-

„Hohe Anforderungen stärken das berufliche Selbstbewusstsein!“

teil: „Die Arbeit hier ist abwechslungsreicher und anspruchsvoller als in der Stadt“, lautet das Urteil des erfahrenen Landarztes, der zur Vertretung auch schon in Köln und Bonn gearbeitet hat. „Anders als in der Stadt suchen die Menschen hier bei Beschwerden erst den Hausarzt auf. Deshalb werden wir bis hin zur Psychose ungefiltert mit allen Krankheitsfällen konfrontiert.“ Die damit verbundenen hohen Anforderungen an die ärztliche Diagnosefähigkeit wertet der Mediziner souverän als Gewinn: „Das steigert das berufliche Selbstbewusstsein!“

Als „landspezifisch“ und zugleich weiteren Vorteil sieht er das breite Altersspektrum seiner Patienten. Da es vor Ort keinen Kinderarzt gibt, ist der Kinderanteil in seiner Praxis außergewöhnlich hoch. Hinzu kommt, dass er mittlerweile gleich mehrere Generationen einer Familie behandelt. Die Kenntnis familiärer Krankheitsgeschichten kommt ihm bei der Diagnose zugute. Andreas Marian schildert so einen Fall: „Ich wusste, dass in der Familie eines von mir behandelten Mädchens mit schwer zu diagnostizierenden Symptomen schon öfter Leukämiefälle aufgetreten waren. Das wollte ich mit meinen Untersuchungen als Erstes ausschließen. Die besorgt nachfragende Mutter konnte ich zum Glück schnell beruhigen.“

Konkrete Maßnahmen.

So zufrieden Dr. Marian mit seiner Arbeit ist, beschönigen will er nichts. Nüchtern analysiert er die Probleme. Der Verwaltungsaufwand sei nicht ohne, der vorgeschriebene Notdienst mitunter nervenaufreibend. Und: „Immer mehr Praxen schließen, gerade hier in der Eifel.“ Kaum jemand sei nach abgeschlossenem Medizinstudium bereit, aufs Land zu ziehen. „Wir wollten unsere Praxis erweitern. Es hat Ewigkeiten gedauert, bis wir endlich einen zusätzlichen Kollegen gewinnen konnten.“

Seit Ende 2008 gehört darüber hinaus ein Reha-Facharzt zum Team, der hauptsächlich die Patienten mit orthopädischen Problemen behandelt. Die Aufnahme eines weiteren Facharztes, eines Kardiologen, ist in Planung. Das alles zeigt: Der Landarzt begnügt sich nicht mit Klagen. Er handelt. Aus wirtschaftlichen Erwägungen kooperiert er seit Kurzem mit einer Praxis der Nachbargemeinde Dahlem. Eine weitere Maßnahme zur betriebswirtschaftlichen Optimierung: Dem medizinischen Fachpersonal seiner Praxis wurden neue Aufgaben übertragen, Hausbesuche zur Blutabnahme oder Blutdruckkontrolle zum Beispiel.



Vielfältige Unterstützung.

Ein nicht zu unterschätzendes Hindernis für junge Mediziner, die bereit wären, sich als Hausarzt auf dem Land niederzulassen, sei das begrenzte Arbeitsplatzangebot für deren Ehepartner. Doch auch hier hat Dr. Marian gemeinsam mit seiner Familie eine Lösung gefunden: Seine Frau betreibt – in Sichtweite der Praxis – das Blankenheimer Museums-Cafe.

Dabei ist sich der Arzt sicher: Die Gemeindevertretungen sind ernsthaft bemüht, eine ärztliche Grundversorgung sicherzustellen. „Junge Ärztinnen und Ärzte, die auf dem Land eine Praxis eröffnen möchten, finden hier jegliche Form der Unterstützung – bis hin zu günstig offerierten Häusern“.

Auch die Politik, konzediert Dr. Marian, sei aktiv, um den drohenden Hausärztemangel zu beseitigen. Anerkennend äußert er sich vor allem zum Vorstoß aus Nordrhein-Westfalen, die Weiterbildung zum Hausarzt zu erleichtern und in diesem Zeitraum für eine angemessene Bezahlung zu sorgen: „Das ist der richtige Weg!“

„Hohe Anforderungen stärken das berufliche Selbstbewusstsein!“

Hoher Freizeitwert.

Überraschend kritische Worte findet der Landarzt hingegen für die Mentalität einiger seiner jungen Kolleginnen und Kollegen: „Manchen mangelt es vielleicht an Mut und ein bisschen Risikobereitschaft. Sie wollen Absicherung, am liebsten einen Angestelltenvertrag.“

Noch weniger Verständnis hat er für die Auffassung vom Land als kulturferner Region. „Eindeutig ein Vorurteil! Ich besuche regelmäßig die Oper in Köln. Mit dem Auto bin ich in einer Dreiviertelstunde da.“ Aber auch Blankenheim selbst sei alles andere als kulturelle Provinz.

Das größte Plus auf dem Land aber ist nach Überzeugung von Andreas Marian der hohe Freizeitwert der „herrlichen Natur“. Deren kostenlose Angebote nutzt er bei jeder Gelegenheit. An den Wochenenden führt er Mountainbike-Gruppen über die grünen Hügel der Eifel oder geht in einem der nahe gelegenen Stauseen schwimmen.

Auf die etwas provokante Frage, ob er nicht doch schon mal mit dem Gedanken gespielt habe, seine Praxis in eine Stadt oder gar in ein Ballungszentrum zu verlegen, fällt dem ansonsten eloquenten Mediziner nur eine kurze Antwort ein: „Warum?“



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



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 Hausärzte 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.

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 3.600 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 rund 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 Zulassung entschieden hat. In Nordrhein haben zum Beispiel 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 auf 10.784 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 sogenannten „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 Hausarztichte 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 ≥ 110 Prozent) keine Hausärztinnen und -ärzte mehr niederlassen dürfen, betrug im Oktober 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 Hausarztichte. Da die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nur für den Planungsbereich insgesamt, nicht aber für eine konkrete Gemeinde ausgesprochen wird, konzentrieren sich die hausärztlichen Praxen gerne 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.

Anhand festgelegter Prüfkriterien hat die Landesregierung mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Liste der Gemeinden erstellt, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Ausscheiden von Hausärzten gefährdet sein kann.

(Stand: Oktober 2008)



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 Wissenschaftsrats 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 Nordrhein-Westfalen umgesetzt: Es gibt drei 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 sogenannten 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 Stellenwerts der universitären Allgemeinmedizin, eine Änderung der ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) sowie weitere strukturfördernde Maßnahmen an.

a. Instrument der Leistungs- und Zielvereinbarungen 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 beispielsweise 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 selbst 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 kennenlernen. 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 – gegebenenfalls 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, zum Beispiel durch Informationsveranstaltungen der Ärztekammern an den medizinischen Fakultäten.

Das MAGS gibt eine Informationsbroschüre mit dem Titel „Hausarzt – Beruf mit Zukunft“ heraus.

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 unter anderem 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 zum Beispiel des Abiturs. Nach Abzug einer Vorabquote für bestimmte Bewerbergruppen (zum Beispiel 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 Bewerberinnen 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 Studierfähigkeitstests, 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 Studienbewerberinnen hinweisen und geeignete Modifizierungen des Auswahlverfahrens unterstützen.

4. Studienplätze und Absolventen.

Bundesweit und auch in Nordrhein-Westfalen hat sich die Zahl der Studienanfänger 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 1.900 Studienanfängerinnen bzw. Absolventen jährlich werden rund 20 Prozent aller künftigen Medizinerinnen 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 Plätze für Studienanfänger im Rahmen des Hochschulpakts II Rechnung tragen. Die höhere Anzahl 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 zweijährige 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 Euro 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 Weiter-

bildungsstätten 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 Euro monatlich aufzustocken, so dass im ambulanten Bereich ebenfalls eine Vergütung in Höhe von rund 4.000 Euro 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.

Diese Regelung soll nur gelten, bis die Selbstverwaltung auf Bundesebene eine angemessene Vergütung vertraglich geregelt hat – wie es durch gesetzliche Regelung seit 1. Januar 2009 für die Weiterbildungsassistenten in allen Weiterbildungseinrichtungen vorgesehen ist.

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 Euro 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 einsetzen. 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 Ärzte im Praxisalltag.

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

Lösungsansatz:

Nicht ärztliche Aufgaben an Fachkräfte übertragen.

Die Übertragung von nicht ärztlichen 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 Notdienstambulanz 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 zum Erarbeiten von Lösungsoptionen in kritischen Regionen/Gemeinden
- Eintreten für eine angemessene Ärztevergütung insbesondere von „Landärzten“
- Unterstützung einer besseren Vereinbarkeit von Familie und hausärztlicher Tätigkeit unter anderem durch familienfreundliche Notfalldienstregelungen
- Gründung eines Vereins „Gesellschaft zur Förderung der Allgemeinmedizin in Nordrhein-Westfalen“

VI. Fakten zur hausärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen.

	Nordrhein	Westfalen-Lippe	Nordrhein-Westfalen
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)	1.851	1.889	3.740
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
 2 Zahl der Hausärzte älter als 55 Jahre: 10
 3 Zahl enthält keine Neueinstellungen

(Stand 31. Dezember 2007)

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

Die aktuelle Liste finden Sie im Internet unter
www.hausarzt.nrw.de

Herausgeber:
Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Telefax: 0211 855-3211
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw.de

Texte:

Paul Pantel

Die Informationen zum Berufsbild des Hausarztes sind zusammengestellt worden mit freundlicher Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, des Deutschen Hausärzterverbandes sowie der Fakultäten für Medizin der Universitäten Düsseldorf und Witten-Herdecke.

Fotos:

©iStockphoto.com: Titel und S. 8
S. Coleccs, S. 28 Pryzmat,
S. 30: EasyBuy4u, S. 37 Hohenhaus.

Interview-Fotos:

Hannelore Obert (Heidler)
Friedhelm Reimann (Dr. Berson)
Joachim Birkner (Richter)
Alice Gempfer (Dr. Marian)

Gestaltung:

Lüdicke_Concepts, Meerbusch

Druck:

Theissen Druck GmbH, Monheim


Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Herausgebers.

Düsseldorf, Juli 2009

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner Gruppen verstanden werden könnte.

The top half of the page features a solid teal background. A red triangular shape is positioned at the bottom right corner, pointing towards the center of the teal area.

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

Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf

Fax 0211 855-3211

info@mags.nrw.de

www.mags.nrw.de