

## Unterrichtung

Der Präsident  
des Niedersächsischen Landtages  
– Landtagsverwaltung –

Hannover, den 26.04.2011

### Die Versorgung mit ärztlichen Leistungen auf dem Lande sichern

**Beschluss** des Landtages vom 06.10.2010 - Drs. 16/2931

- I. Der Landtag erinnert daran, dass es nach dem bundesgesetzlich normierten Prinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen in erster Linie der Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ist, die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger mit allen notwendigen ambulanten medizinischen Leistungen sicherzustellen. In Niedersachsen obliegt dieser Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.

Dazu gehört auch:

1. die besondere Verantwortung von ärztlichen Körperschaften, Berufsverbänden und Fachschaften, öffentlich für die positiven Seiten des hausärztlichen Berufs zu werben.
  2. die Prüfung einer speziellen Starthilfe für diejenigen Allgemeinmediziner, die sich auf dem Land niederlassen wollen.
  3. bei der Honorarverteilung die Einkommenssituation bei Hausärztinnen und Hausärzten so attraktiv zu gestalten, dass die Entscheidung zugunsten einer hausärztlichen Tätigkeit nicht mit Einkommensverlusten gegenüber anderen Fachgruppen verbunden ist.
  4. die Verbundausbildung noch stärker auszubauen und zu nutzen.
- II. Der Landtag begrüßt die bisherigen Aktivitäten der Landesregierung unter anderem im Rahmen eines „Runden Tisches“ zur Sicherung und Weiterentwicklung einer kompetenten, ortsnahen und flächendeckenden Versorgung mit hausärztlichen Leistungen. Angesichts der aktuellen Situation bittet der Landtag die Landesregierung, ihre Aktivitäten zu intensivieren und insbesondere
- den Ausbau der Lehrstühle für Allgemeinmedizin in der Universitätsmedizin,
  - die Frage der Einrichtung einer Mindestanzahl von Weiterbildungsstellen sowie Praktikums- und Hospitationsstellen für Hausärztinnen und Hausärzte als Anerkennungsvoraussetzung für akademische Lehrkrankenhäuser und
  - die Angleichung von Vergütungsunterschieden bei der Weiterbildungsförderung zwischen ambulanten und stationärem Bereich
- zu prüfen.
- III. Der Landtag bittet die Landesregierung um weitere folgende Initiativen:
1. Die Landesregierung setzt sich für eine Reform der ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) ein mit dem Ziel, die praxisorientierte Ausbildung mehr als bisher in den Vordergrund zu stellen.
  2. Die Erprobung von Anreizsystemen in der Universitätsmedizin für die Förderung der Allgemeinmedizin. Dies kann etwa in Form eines Stipendienfonds geschehen.
  3. Die Landesregierung wirbt dafür, dass die in niedersächsischen Krankenhäusern vorhandenen Weiterbildungsstellen stärker als bisher durch angehende Hausärztinnen und Hausärzte besetzt werden.

4. Eine Prüfung, ob spezielle Anreizprogramme für Ärztinnen und Ärzte aufgelegt werden können, die sich als Allgemeinmediziner auf dem Lande niederlassen wollen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der stark wachsenden Zahl künftiger Hausärztinnen und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
5. Die zeitnahe Evaluierung der Verlagerung ärztlich delegierbarer Leistungen auf nichtärztliches Fachpersonal (MoNi).
6. Die Kommunen in von Unterversorgung bedrohten Gebieten zu beraten und zu unterstützen bei Ihren Aktivitäten, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zur Niederlassung zu bewegen.
7. Länderübergreifende Gespräche zu führen mit dem Ziel, eine stärkere Regionalisierung der bislang nur global durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgenommenen Versorgungsplanung erreichen zu können. Damit soll eine möglichst ortsnahe Versorgung der Bevölkerung auch in den ländlichen Regionen Niedersachsens erleichtert werden.
8. Zu prüfen, ob eine Aufhebung der Residenzpflicht sinnvoll ist.

**Antwort** der Landesregierung vom 26.04.2011

Eingangs wird auf die Antwort der Landesregierung vom 01.02.2010 in der Drucksache 16/2132 auf die Landtagsentschließung „Zukunft der hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen sichern“ verwiesen.

Für Niedersachsen insgesamt kann festgestellt werden, dass die derzeitige hausärztliche Versorgungssituation bei landesweiter Durchschnittsbetrachtung nach wie vor als mindestens befriedigend einzuschätzen ist. Vor dem Hintergrund der aktuellen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)<sup>1</sup> beschlossenen Richtlinie zur Bedarfsplanung<sup>2</sup> ist festzustellen, dass es in keinem der 44 niedersächsischen Planungsbereiche eine hausärztliche Unterversorgung gibt.

Die Zahlen in der hausärztlichen Versorgung zeigen, dass 2009 in Niedersachsen nahezu gleichviel Hausärzte zugelassen waren wie im Jahre 1999<sup>3</sup>. Auf Bundesebene ist dagegen insgesamt ein Rückgang der Hausarztzahlen festzustellen.

Kalenderjahr	Niedersachsen	Bundesebene
	Allgemeinärzte/Praktische Ärzte, Internisten mit Hausarztentscheidung	Allgemeinärzte/Praktische Ärzte, Internisten mit Hausarztentscheidung
1999	4 765	53 472
2000	4 833	53 945
2001	4 926	54 090
2002	4 844	53 190
2003	4 899	53 136
2004	4 905	53 311
2005	4 936	53 255
2006	4 890	53 145
2007	4 854	52 873
2008	4 785	52 264
2009	4 761	51 782

Die Zahl der freien Zulassungen für Hausärzte in Niedersachsen ist im Vergleich der Quartale 4/2008, 4/2009 und 4/2010 insgesamt deutlich zurückgegangen. Freie Zulassungen sind Zulassungsmöglichkeiten in nicht (wegen Überversorgung) von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereichen.

<sup>1</sup> Der G-BA ist ein Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen - § 92 SGB V

<sup>2</sup> Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung - vgl. [http://www.g-ba.de/downloads/62-492-435/RL\\_Bedarf-2010-03-18.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-435/RL_Bedarf-2010-03-18.pdf)

<sup>3</sup> Quelle: KVN nach Bundesarztregister

Arztgruppe: Hausärzte - freie Zulassungen niedersachsenweit<sup>4</sup>

4. Quartal 2008	4. Quartal 2009	4. Quartal 2010
482	443	426

Das schließt allerdings nicht aus, dass für frei werdende Arztsitze in einigen Fällen kaum Nachfolger zu finden sind; auch ändert eine solche Tendenz nichts an der Herausforderung, die eine immer älter werdende Gesellschaft - und das betrifft Patienten und Ärzte gleichermaßen - gerade auch für die medizinische Primärversorgung zukünftig bedeutet. Es bleibt abzuwarten, ob der Rückgang der freien Zulassungen im Bereich der Hausärzte auf eine dauerhafte Trendwende hindeutet.

In Niedersachsen ist es im Zusammenhang mit dem von der Landesregierung initiierten Runden Tisch „Stärkung der hausärztlichen Versorgung“ im vergangenen Jahr gelungen, zwei Projekte speziell zur Stärkung der Allgemeinmedizin auf den Weg zu bringen:

- Zum einen läuft seit Herbst 2010 das Modell Niedersachsen (MoNi) der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) in den Modellregionen Vechta und Schneverdingen. MoNi zielt darauf ab, Hausärzte durch Medizinische Fachangestellte zu entlasten. Diese führen vom Arzt delegierbare Tätigkeiten im Wohnumfeld der Patienten selbstständig aus. MoNi kann so einen Beitrag für die medizinische Versorgung in dünn besiedelten Regionen Niedersachsens leisten. Die AOK Niedersachsen, die Betriebskrankenkassen, die Knappschaft und die Landwirtschaftliche Krankenkasse unterstützen MoNi mit 100 000 Euro pro Jahr. Die Landesregierung beteiligt sich maßgeblich an den Evaluationskosten.
- Zum anderen stellt die Landesregierung von 2010 bis 2012 jährlich 96 000 Euro für Medizinstudierende zur Verfügung, die sich im Rahmen ihres Praktischen Jahrs (PJ) für das Wahlfach Allgemeinmedizin entscheiden (sogenannte PJ-Förderung Allgemeinmedizin). Für das 16-wöchige Tertial beträgt die Förderung - je nach Versorgungsgrad im Planungsbezirk der Ausbildungsstelle - insgesamt 1 600 bzw. 2 400 Euro. Die Förderung, die seit August 2010 bei der KVN beantragt werden kann, geht direkt an die Studierenden.

Solche Modelle sind grundsätzlich geeignet, die Allgemeinmedizin und auch den Hausarztberuf selbst beim medizinischen Nachwuchs wieder stärker in den Blickpunkt zu rücken. Es ist aber unstrittig, dass gerade in strukturschwachen Gegenden mit einer wenig attraktiven Infrastruktur eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung über neue Ansätze ergänzend sicherzustellen ist.

Mit dem im Jahr 2010 gestarteten und auf drei Jahre angelegten Modellprojekt „Zukunftsregion Gesundheit“<sup>5</sup> werden regionale Bedarfe stärker in den Blickpunkt gerückt. In den Modellregionen Emsland, Soltau-Fallingb. und Wolfenbüttel sollen - unter Federführung und Moderation der Landkreise - Maßnahmen der Bündelung und Vernetzung zwischen Leistungserbringern unter Betonung regionaler kooperativer Strukturen entwickelt werden. In den kommenden drei Jahren werden idealerweise neue Lösungsansätze für Zeiten des demografischen Wandels entwickelt, die instrumentell und methodisch auf andere Regionen übertragbar sind. Dies wird nicht zuletzt auch für die hausärztliche Versorgung in Niedersachsen von Bedeutung sein.

Parallel zu dieser landesspezifischen Entwicklung laufen auf verschiedenen politischen Ebenen mehrere Initiativen für eine Reform der medizinischen Versorgung. So konstituierte sich am 20.01.2011 eine Bund-Länder-Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland. Diese sollte auf der Basis verschiedener Beschlüsse der 83. Gesundheitsministerkonferenz - GMK - (Vorsitzland Niedersachsen) die Grundlagen für das sogenannte GKV-Versorgungsgesetz (GKV-VG) erarbeiten. Das Thema Allgemeinmedizin (und damit auch Fragen zur hausärztlichen Versorgung) war dabei ein Schwerpunkt.

<sup>4</sup> Angaben nach Mitteilung der KVN - über alle Quartale allerdings nicht linear verlaufend.

<sup>5</sup> [http://www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation\\_id=4972&article\\_id=91965&\\_psmand=17](http://www.ms.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=4972&article_id=91965&_psmand=17)

Die Kommission hat - unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und dem derzeitigen GMK-Vorsitzland Hessen - auf der am 06.04.2011 in Berlin durchgeführten Sitzung Einigkeit über Eckpunkte für das GKV-VG erzielt. Dies betrifft u. a.

- die Beteiligungsrechte der Länder im Landesausschuss und G-BA,
- den Einstieg in die sektorenübergreifende Planung und die Beteiligung der Länder daran,
- die Verständigung zur Flexibilisierung der Bedarfsplanung, die Stärkung einer wohnortnahen qualitativ hochwertigen Versorgung, insbesondere in Bezug auf die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum sowie
- das gemeinsame Vorgehen im Bereich der Ausbildung und Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten.

Nach Auffassung der Länder hat die Kommission damit die Initiative der 83. GMK aus dem Juli 2010 zur Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung und zur Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder weitgehend umgesetzt.

Das BMG plant das Inkrafttreten des GKV-VG zum 01.01.2012. Der Referentenentwurf soll noch vor der Sommerpause vorliegen.

Dies vorausgeschickt, wird zu den einzelnen Punkten der Landtagsentschließung Folgendes ausgeführt:

Zu I:

1. Die KVN weiß um die Bedeutung eines positiven Bildes des Arztberufes. Der neue Vorstandsvorsitzende der KVN, Herr Barjenbruch, hat unmittelbar nach seiner Wahl im Januar 2011 darauf hingewiesen, dass das Image des Arztberufes gerade für das Flächenland Niedersachsen im Hinblick auf zukünftige Sicherstellungsfragen in der Öffentlichkeit positiver zu verankern sei.<sup>6</sup>

Um die vorteilhaften Seiten einer ambulanten ärztlichen Tätigkeit stärker ins Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken, haben die KVN und die Deutsche Apotheker- und Ärztebank die Initiative „Niederlassen in Niedersachsen“ ins Leben gerufen. Die unter der Schirmherrschaft von Sozialministerin Özkan stehende Initiative will die Attraktivität der ambulanten ärztlichen Tätigkeit besonders in ländlichen Regionen stärker in den Vordergrund rücken; hier ist u. a. eine entsprechende Homepage in Vorbereitung ([www.niederlassen-in-niedersachsen.de](http://www.niederlassen-in-niedersachsen.de)).

Innerhalb dieser Initiative will die KVN auch thematisieren, welche Anreize die Attraktivität einer Niederlassung in einer ländlichen Region wirklich erhöhen. In diesem Zusammenhang sollen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten entwickelt werden. Durch die Änderung der Bereitschaftsdienstordnung, die durch einen Neuzuschnitt der Bereitschaftsdienstbereiche die Belastung der Ärztinnen und Ärzte abends, nachts und an Wochenenden reduziert, ist hier nach Auffassung der KVN bereits ein spürbarer Fortschritt erzielt worden. Speziell in ländlichen Regionen führe die im Jahr 2010 abgeschlossene Umstellung und die damit verbundene geringere Belastung der Ärzte zu positiven Effekten.

Über die im Jahr 2010 von der KVN eingerichtete Koordinierungsstelle, die sich vornehmlich mit dem Aufbau, der Betreuung und der Vermarktung von Weiterbildungsverbänden beschäftigt, laufen weitere Maßnahmen, die sich an

- Studierende der Medizin (Kontaktpflege, Information, Werbung an Universitäten; Patenprogramme mit Unterstützung von knapp 200 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Niedersachsen),
- Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (Hausarztmappe mit Informationen der KVN, Niederlassungsscheckliste, Praxisbörse),

<sup>6</sup> Vgl. Ärztezeitung online vom 21.02.2011:  
[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/637780/niedersachsen-steht-jetzt-ejurist-spitze-kv.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/637780/niedersachsen-steht-jetzt-ejurist-spitze-kv.html)

- approbierte Ärztinnen und Ärzte ohne Zulassung (u. a. Wiedereinstiegsseminar in Vorbereitung, diverse Maßnahmen innerhalb der Initiative „Niederlassen in Niedersachsen“) und
- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (u. a. Erweiterung KVN-Praxisbörse, Qualitäts- und Praxismanagementseminare)

wenden.

Auf Anregung des MS ist dieser Koordinierungsstelle ein Beirat zur Seite gestellt worden, der sich aus Vertretern der KVN selbst, der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN), der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft (NKG), der allgemeinmedizinischen Lehrstuhlinhaber in Niedersachsen, der niedersächsischen Hausärzterverbände sowie einem Vertreter des MS zusammensetzt. Das Gremium befasst sich unterhalb des Runden Tisches „Stärkung der hausärztlichen Versorgung“ mit der ambulanten ärztlichen Versorgung und unterstützt die Arbeit der Koordinierungsstelle.

2. Ärztinnen und Ärzte, die sich in unterversorgten Regionen in Niedersachsen niederlassen, können von der KVN in den ersten zwei Jahren der Niederlassung eine Umsatzgarantie erhalten. Somit ist bereits jetzt sichergestellt, dass eine Niederlassung finanziell abgesichert ist.
3. Den Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zufolge<sup>7</sup> erzielten die Hausärzte seit der Honorarreform aus dem Jahre 2009 eine bessere Vergütung als die Fachärzte. Die Zahlen zeigen, dass ein Hausarzt im Jahr 2009 durchschnittlich über 206 000 Euro Honorar erhalten hat, was gegenüber 2008 eine Erhöhung von 7 % bedeutet. Allgemeinmediziner bekamen innerhalb dieser Arztgruppe etwas weniger als der Durchschnitt. Hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte (die in der Honorarstatistik ebenfalls zu der Gruppe der Hausärzte zählen) konnten dagegen ihr Honorar überdurchschnittlich steigern.

Nach der KBV-Statistik erzielte ein Facharzt durchschnittlich fast 203 000 Euro Umsatz pro Jahr (6 % Erhöhung gegenüber 2008), wobei es je nach Fachrichtung hier aber erhebliche Unterschiede gibt.

Entwicklung der Honorarzuwächse je Hausarzt 2009 zu 2008 in Niedersachsen:

1. Quartal 2009	17,95 %	2. Quartal 2009	17,89 %
3. Quartal 2009	20,01 %	4. Quartal 2009	15,98 %.

Aufgrund der überproportionalen Honorarzuwächse in 2009, die durch eine Überzahlung<sup>8</sup> noch verstärkt wurden, hält die KVN einen Honorarvergleich mit dem Jahr 2008 für passender. Aktuell schätzt die KVN den Honorarzuwachs bei den Hausärzten für das Jahr 2010 gegenüber dem Jahr 2008 auf ca. 10 %.

4. Allein die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin erfordert einen Pflichtweiterbildungsabschnitt in der ambulanten Versorgung - es müssen also zwingend die Weiterbildungsstätte und der Versorgungssektor gewechselt werden. Im Rahmen der sogenannten Verbundweiterbildung schließen sich Kliniken und niedergelassene Ärzte vor Ort zu einem Weiterbildungsverbund zusammen.

Die Koordination des Verbundes kann dabei u. a. über die KVN erfolgen. Dem angehenden Allgemeinmediziner wird so eine strukturierte Facharztweiterbildung in allen notwendigen Weiterbildungsabschnitten angeboten, wodurch die Suche nach Anschlussweiterbildungsstellen und weiterer organisatorischer Aufwand entfällt. Die Weiterbildung ist in Teilzeit möglich, aber auch Unterbrechungen aus persönlichen Gründen zwischen den einzelnen Weiterbildungsabschnitten sind denkbar. Dies begünstigt eine flexible Verbindung von Familie und Beruf, was wegen des hohen Frauenanteils in Aus- und Weiterbildung immer stärker an Bedeutung gewinnt.

<sup>7</sup> Vgl. [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

<sup>8</sup> Berechnung der Regelleistungsvolumina-Werte in 2009 auf Basis einer zu hoch geschätzten Leistungsmenge des Jahres 2008

Die KVN betont, dass sie sich des Ausbaus der Verbundweiterbildung in besonderem Maße angenommen habe. Dies zeige sich bereits durch die in 2010 eingerichtete Koordinierungsstelle (vgl. I.1). Ziel der KVN sei es, regionale Verbünde zu initiieren. Allein durch die Einbeziehung der Rhön-Kliniken in das Verbundkonzept im letzten Jahr können etwa 20 gesicherte Weiterbildungsstellen angeboten werden.

Zu II - erster Spiegelstrich:

Eine Entwicklung zu immer weniger Ärzten in allgemeinmedizinischen Praxen - insbesondere im ländlichen Raum - lässt sich durch einen Ausbau der Lehrstühle für Allgemeinmedizin nicht aufhalten. Vielmehr sind Maßnahmen zur Verbesserung der beruflichen Situation der Allgemeinmediziner erforderlich. Zusätzlich bedarf es attraktiver Infrastrukturen im öffentlichen Bereich (z. B. schnelle Datennetze, öffentlicher Nahverkehr, Kinderbetreuung usw.). Aktuelle bundesweite Befragungen unter Medizinstudierenden<sup>9</sup> zeigen, dass gegen eine Niederlassung in erster Linie Umstände sprechen, die die spätere Arbeitssituation der Allgemeinmediziner betreffen - nicht jedoch das Studium.

An der Universitätsmedizin Göttingen sind bereits jetzt die wesentlichen Voraussetzungen für eine moderne, hausarztorientierte Lehre gegeben, insbesondere hat die Lehre im STÄPS (Studentisches Trainingszentrum für Ärztliche Praxis und Simulation) zu einer praxisorientierten Ausbildung geführt.

An der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) wird der allgemeinmedizinischen Ausbildung der Medizinstudierenden und damit der Heranführung des ärztlichen Nachwuchses an die hausärztliche Versorgung ebenfalls ein erheblicher Stellenwert beigemessen. So führte die MHH ab dem Studienjahr 2005/2006 den Modellstudiengang „Hannovers integrierter, berufsorientierter und adaptiver Lehrplan“ (Hannibal)<sup>10</sup> ein, bei dem es insbesondere um eine patientenorientierte und praxisnahe Ausbildung geht. Bestandteil dieses Konzepts an der MHH ist im dritten klinischen Studienjahr das durch das Institut für Allgemeinmedizin der MHH durchgeführte Blockpraktikum Allgemeinmedizin, in dem die Studierenden auch eine praktische Ausbildung in einer der über 200 Lehrpraxen der MHH erhalten. Im letzten Jahr wurden aus zentralen Ansätzen der Hochschule für die allgemeinmedizinische Ausbildung erhebliche Mittel zur Verfügung gestellt, allein mehr als 100 000 Euro für das Blockpraktikum<sup>11</sup>. Keine andere Lehrveranstaltung an der MHH wird in diesem Maß gefördert.

Im Jahre 2004 wurde an der MHH das Konzept der Leistungsorientierten Mittelvergabe eingeführt. Aufgrund der besonderen Situation der Allgemeinmedizin hat die MHH ihrem Institut für Allgemeinmedizin jedoch im Jahre 2005 über die Grundausrüstung hinaus eine weitere Wissenschaftlerstelle und zusätzliche Sachmittel zugeordnet, sodass das Institut für Allgemeinmedizin jährlich mit einem hohen finanziellen Betrag besser ausgestattet ist als vergleichbare Kliniken und Institute der MHH.

Durch die geplante Einrichtung der European Medical School in Oldenburg leistet die Landesregierung einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der flächendeckenden Versorgung mit hausärztlichen Leistungen. Jährlich soll 40 Studienanfängern die Möglichkeit geboten werden, Humanmedizin an der European Medical School zu studieren. Dabei eignet sich Oldenburg als Standort im besonderen Maße, da es im Umkreis von 150 bis 200 km bislang kein Universitätsklinikum gibt. Im Übrigen bleibt ein Teil der Absolventen der Region erhalten und lässt sich in der Umgebung ihrer Universität nieder. Mit der beabsichtigten Gründung der medizinischen Fakultät trägt die Landesregierung erheblich zur Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses im Nordwesten Niedersachsens bei. Ziel des kompetenzbasierten Curriculums an der Universität Oldenburg ist es, gut ausgebildete Mediziner hervorzubringen, die über medizinische Kenntnisse und zugleich soziale Kompetenzen verfügen und dadurch mit den notwendigen Rahmenbedingungen für die gestiegenen Anforderungen des Arztberufes ausgestattet sind. Zugleich wird die Hochschulkooperation mit den Niederlanden durch die grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit der Universität Groningen eine noch höhere Qualität bekommen.

<sup>9</sup> Befragung der KBV, dem Medizinischen Fakultätentag und der Universität Trier im Sommer 2010

<sup>10</sup> <http://www.mh-hannover.de/hannibal.html>

<sup>11</sup> Nach Auffassung der Inhaber der allgemeinmedizinischen Lehrstühle handelt es sich dabei um Aufwendungen, die dem besonderen Ausbildungserfordernis in Lehrpraxen durch niedergelassene Ärzte Rechnung tragen - es handele sich gleichsam um „outgesourcte“ Lehre

Die beabsichtigte Einrichtung der European Medical School und der neu entstehende Medizinstandort Oldenburg tragen somit zur verbesserten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in dieser Region und des gesamten nordwestlichen Niedersachsens erheblich bei. Die European Medical School stellt damit eine aktive Vorsorge gegen den Ärztemangel in ländlichen Regionen dar.

Zu II - zweiter Spiegelstrich:

Nach Auffassung der Landesregierung ist die Forderung, akademische Lehrkrankenhäuser nur noch anzuerkennen, wenn eine Mindestanzahl von Weiterbildungsstellen für Hausärztinnen und Hausärzte vorhanden seien, nicht umzusetzen. Für die Durchführung des PJ als Teil des Studiums nach der Approbationsordnung sind die Hochschulkliniken gehalten, mit Akademischen Lehrkrankenhäusern zusammenzuarbeiten. Für die gesamte Weiterbildung nach Abschluss des Studiums sind die Ärztekammern zuständig. Die Hochschulkliniken müssen neben einem ausreichenden Angebot an PJ-Plätzen auch auf die Qualität der PJ-Ausbildung achten. Daher erwartet die Landesregierung eher eine Reduzierung der Zahl der Lehrkrankenhäuser als eine Ausweitung. Derzeit gibt es Lehrkrankenhäuser, die sich nur in großen zeitlichen Abständen an der PJ-Ausbildung beteiligen können, weil die Studierenden bei dem vorhandenen Überangebot an PJ-Plätzen diese Krankenhäuser nicht auswählen. Im Übrigen kooperieren die Hochschulkliniken bzw. die Lehrstühle für Allgemeinmedizin für die Ausbildung in der ambulanten Patientenversorgung mit einer ausreichenden Zahl von Lehrpraxen.

Hinsichtlich der Weiterbildung ist vorzuschicken, dass nach sozialrechtlichen Bestimmungen Hausärzte sowohl Fachärzte für Allgemeinmedizin als auch Fachärzte für Innere Medizin sein können. Nach § 9 des Kammergesetzes für die Heilberufe beschränkt sich die Aufgabe der ÄKN darauf, die Weiterbildung zu regeln und auf eine ausreichende ärztliche Versorgung der Bevölkerung hinzuwirken. Hierzu hat die ÄKN dahin gehend Stellung genommen, dass es hinreichende Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsermächtigte für den Bereich Innere Medizin gebe, die in gleicher Weise auch von angehenden Fachärzten für Allgemeinmedizin besetzt werden können. Zudem bezweifelt die Ärztekammer, dass eine Mindestanzahl von Weiterbildungsstellen für zukünftige Hausärzte wegen der frühen Festlegung im Interesse der Bewerberinnen und Bewerber wäre. Bereits jetzt bestehe die Möglichkeit, dass sich Bewerberinnen und Bewerber in das Initiativ- und Förderprogramm nach Artikel 8 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz einschreiben und hierfür Fördermittel erhalten können. Außerdem werde durch die Koordinierung der einzelnen Weiterbildungsstationen in Niedersachsen (Verbundweiterbildung) die Attraktivität dieses Gebietes gefördert.

Nach Auffassung der medizinischen Hochschulen in Niedersachsen werden entsprechende Weiterbildungsstellen bereits in hinreichender Zahl angeboten. Sie würden jedoch von Nachwuchsmedizinern zu wenig in Anspruch genommen.

Zu II - dritter Spiegelstrich:

Nach der letzten Überarbeitung der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der ambulanten und stationären Versorgung auf Bundesebene bekommen die angehenden Hausärzte auch im ambulanten Teil ihrer Weiterbildung beim ausbildenden Hausarzt die im Krankenhaus übliche Vergütung.

Seit dem 01.01.2010 erhält jeder Nachwuchsmediziner in der Weiterbildung monatlich einen Förderbetrag von 3 500 Euro (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen zahlen jeweils 1 750 Euro, der Förderbetrag ist damit um gut 70 % gestiegen). Dieser Betrag soll durch die Weiterbildungspraxis auf die im Krankenhaus übliche, in der Regel tarifvertragliche Vergütung angehoben werden. Die zukünftigen Hausärzte haben also keine finanziellen Nachteile mehr bei einem Wechsel von ihrem stationären Weiterbildungsabschnitt im Krankenhaus zur Hausarztpraxis.

Zu III:

1. Die Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland hat in der Sitzung vom 06.04.2011 u. a. auch über ein gemeinsames Vorgehen im Bereich der Ausbildung und Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten Einvernehmen erzielt (s. o.).

Die Länder halten es zusätzlich für erforderlich, die Approbationsordnung so zu reformieren, dass

- angehenden Studierenden vor Beginn des Studiums die Möglichkeit gegeben wird, in hausärztlichen Praxen zu hospitieren,
- hausärztliches Wissen im Vergleich zu fachärztlichem Spezialwissen noch stärker betont wird,
- die Studierenden im Rahmen von Patenschaftsprogrammen der Hochschulen mit hausärztlichen Praxen frühzeitig Patientinnen und Patienten kennen lernen und
- ein Abschnitt des Praktischen Jahres verpflichtend im hausärztlichen Bereich absolviert wird.

Diese Aspekte werden zwischen Bund und Ländern noch weiter erörtert.

2. Die eingangs erwähnte PJ-Förderung der Landesregierung, die seit Mitte 2010 unter Einbeziehung der KVN läuft, stellt einen solchen Anreiz zur Förderung der Allgemeinmedizin bereits dar. Bis dahin waren die klinischen Fachrichtungen in der für die spätere Berufsentscheidung wichtigen PJ-Phase durch die dort seit längerem zum Teil übliche finanzielle Unterstützung der Studierenden im Vorteil. Dies ist durch die Förderung der Landesregierung für das PJ-Wahlfach Allgemeinmedizin nicht mehr der Fall.

Auch die Inhaber der allgemeinmedizinischen Lehrstühle an den medizinischen Hochschulen in Niedersachsen begrüßen, dass das PJ Allgemeinmedizin an beiden Standorten der Medizinischen Fakultäten in Hannover und Göttingen gefördert wird. Sie stellen fest, dass die Beliebtheit dieses Wahlfaches insbesondere nach Beginn der Förderung gestiegen sei. Mittlerweile seien die vorhandenen Ausbildungsplätze im Gegensatz zu den Vorjahren ausgelastet.

Förderungen aus den Stipendienfonds der Universitäten sollten nach Ansicht der Landesregierung hingegen für spezifische akademische Leistungen gewährt werden, z. B. für wissenschaftliche Ausbildung oder hervorragende Studienergebnisse.

Im Zuge des GKV-VG soll es nach Auffassung der Kommission zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Deutschland den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages ermöglicht werden, studienwillige zukünftige Landärztinnen und Landärzte zu begleiten und ihnen ein Stipendium zu gewähren. Voraussetzung wäre u. a. die Verpflichtung, für einen bestimmten Zeitraum hausärztlich tätig zu werden.

3. Ein Weiterbildungsabschnitt im Krankenhaus ist vorgeschriebener Bestandteil der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Die NKG weist darauf hin, dass die Krankenhäuser „nicht der Flaschenhals dieses Weiterbildungsganges“ seien. Wegen der Zahl der offenen Stellen auch im stationären Bereich werde „jede weiterbildungswillige Ärztin und jeder weiterbildungswillige Arzt eine entsprechende Stelle im Krankenhaus finden“.

Die Landesregierung schließt sich dieser Einschätzung an. Ein Mangel an geeigneten Weiterbildungsplätzen im stationären Bereich gibt es derzeit grundsätzlich nicht. Entscheidend ist, dass sich angehende Internisten und Allgemeinmediziner für eine Niederlassung als Hausarzt entscheiden und ihre Weiterbildung entsprechend ausrichten. Erforderlich ist insoweit eine strukturierte Weiterbildung (vgl. I.4).

4. Die Landesregierung ist der Auffassung, dass finanzielle Anreize nur bedingt geeignet sind, die Entscheidung junger Ärzte für eine Tätigkeit als „Landarzt“ zu beeinflussen. Monetäre Anreize werden in der Regel der Höhe und der Dauer nach nur begrenzt möglich sein; die Wirksamkeit erscheint jedenfalls im Hinblick auf eine dauerhafte Tätigkeit als Hausarzt in ländlichen Regionen fraglich.

Zudem ist sie der Überzeugung, dass zur Stärkung der Allgemeinmedizin die Handlungsschwerpunkte in der Aus- und Weiterbildung sowie in den „non-monetären“ Rahmenbedingungen der hausärztlichen Tätigkeit liegen. Neben der PJ-Förderung (aus dem Bereich Ausbildung) unterstützt die Landesregierung daher das erwähnte Projekt MoNi in Niedersachsen,



das - wie eingangs angesprochen - den Hausarzt in seiner täglichen Arbeit unmittelbar entlasten soll.

Aber auch das Modellprojekt „Zukunftsregion Gesundheit“ ist grundsätzlich geeignet, wichtige Erkenntnisse über denkbare Niederlassungsanreize zu gewinnen. Eine aktuelle Befragung unter Studierenden<sup>12</sup> hat ergeben, dass bei einer eher unattraktiven hausärztlichen Tätigkeit in ländlichen Regionen u. a. folgende Aspekte einen Anstoß für eine Niederlassung geben könnten:

- kooperative Arbeitsstruktur,
- Unterstützung bei der Etablierung einer Arztfamilie im ländlichen Raum,
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie<sup>13</sup>.

Die im Modellprojekt mit der Federführung betrauten Landkreise haben u. a. Vernetzungsprojekte zu entwickeln und einen sogenannten Nachwuchsfahrplan aufzustellen und decken damit - zumindest zum Teil - die in der erwähnten Befragung genannten Punkte ab. Als Gestalter der örtlichen Infrastruktur sind die Kommunen auch besonders geeignet, entsprechende Niederlassungsanreize zu erproben.

Um speziell die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern, hat sich die Bund-Länder-Kommission am 06.04.2011 darauf verständigt, dass die Vertretungsmöglichkeit für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes von sechs auf 12 Monate zu verlängern ist. Weiterhin soll die Möglichkeit für die Beschäftigung eines Entlastungsassistenten für die Erziehung von Kindern bis mindestens zur Vollendung des 3. Lebensjahres geschaffen werden (für die Pflege von Angehörigen für in der Regel mindestens sechs Monate).

5. Mit der Evaluation von MoNi, das als Projekt auf eine Laufzeit von zwei Jahren angelegt ist, haben die beteiligten Kassen und die KVN das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) beauftragt.

Es gilt folgender - parallel zum Projekt bereits laufender - Zeitplan:

- Pretestphase (Erstellen endgültiger Befragungsmaterialien - Dauer ca. drei Monate),
- Rekrutierungsphase in einer Vergleichsregion und der Baselineerhebung (ca. 12 Monate),
- Erhebungsphase (ca. 18 Monate).

Es ist geplant, dass das ZI den Endbericht 24 Monate nach Auftragserteilung vorlegt.

6. Ziel des Projekts „Zukunftsregionen Gesundheit“ ist es u. a., Maßnahmen zu entwickeln und zu erproben, die die Kommunen bei ihren Bemühungen um niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte unterstützen. Entsprechende Ergebnisse könnten anderen niedersächsischen Kommunen im Rahmen der vorgesehenen landesweiten Fachkonferenzen - ein erste ist für das 2. Halbjahr 2011 geplant - vorgestellt werden.

Im Rahmen ihrer strategischen Partnerschaften mit dem Niedersächsischen Städte- und Gemeindebund sowie dem Niedersächsischen Landkreistag versucht die KVN bereits jetzt über Aktionsbündnisse vor Ort gemeinsam darauf hinzuwirken, attraktivere Bedingungen in den Regionen für ansiedlungswillige Hausärztinnen und Hausärzte zu schaffen.

Ergänzend wird die KVN ab diesem Jahr Gemeinden die Möglichkeit bieten, sich auf der Praxisbörse im Internet<sup>14</sup> zu präsentieren. Um den Nutzen der Börse zu erhöhen, werden zu jeder Gemeinde, in der eine Praxis abzugeben ist oder Praxispartner gesucht werden, Basisdaten hinterlegt. Darüber hinaus soll es den Gemeinden ermöglicht werden, Zusatzinformationen einzustellen und auf ihre Gemeindehomepage zu verlinken.

<sup>12</sup> KBV - Berufsmonitoring Medizinstudenten 2010 - <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=f635fb08bb0dcc378c0895ec9b170949&DocId=003762291&Page=1>

<sup>13</sup> Daneben spielt aber auch der Wunsch nach ausreichender Honorierung und weniger Bürokratie eine Rolle

<sup>14</sup> <http://www.kvn-praxisboerse.de/shop/index.php?XTCsid=a97a121f5e6fab823119ee9879fc38b6>

7. Die o. g. Kommission hat sich - wie bereits erwähnt - auf eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung verständigt. Mit dem GKV-VG soll vorgegeben werden, dass die Planungsbereiche so zu gestalten sind, dass sie einer flächendeckenden Versorgung dienen. Die Definition der Fachgruppen wäre vor diesem Hintergrund zu überprüfen. Der G-BA soll die Möglichkeit erhalten, die Planungsbereiche nach hausärztlicher, fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung zu differenzieren. Zudem soll der G-BA gesetzlich verpflichtet werden, den zuständigen Gremien auf Landesebene generell die Möglichkeit einzuräumen, bei der Erstellung des Bedarfsplans zur Berücksichtigung eines regionalen Versorgungsbedarfs von den Regelungen der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen. Nach Auffassung der Kommission sollen die regionalen Gremien den erforderlichen Gestaltungsspielraum, um die regionale Bedarfsplanung an den konkreten Versorgungsbedarf anzupassen, durch Gesetz erhalten.

Vor diesem Hintergrund sind länderübergreifende Gespräche nicht erforderlich. Das Kommissionsergebnis sollte unverzüglich im Gesetzentwurf zum GKV-VG umgesetzt werden.

8. Die Kommission hat sich zudem für die Lockerung der Residenzpflicht ausgesprochen. Eine Befreiung auf Antrag soll zukünftig möglich sein, soweit Versorgungsgründe nicht entgegen stehen.