

Ambulante ärztliche Versorgung weiterentwickeln, ärztlichen Nachwuchs gewinnen, Arztpraxen erfolgreich nachbesetzen – mögliche Handlungsfelder für Kommunen

G. Geuter; O. Legler; T. Ewert. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Nürnberg

Aktuelle Entwicklungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung führen auf kommunaler Ebene zu vielfältigen Herausforderungen. Zu beobachten ist unter anderem ein Wandel beruflicher Rollenvorstellungen in der nachfolgenden Ärztegeneration – insbesondere in Bezug auf Arbeitsstrukturen und Arbeitsorganisation. Dies erfordert vermehrte Anstrengungen, um auch zukünftig die wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu erhalten.

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) berät Kommunen bei Fragen zur ambulanten Versorgung und hilft dabei, vorhandene Gestaltungsmöglichkeiten zu erkennen und vor Ort zielgerichtet wahrzunehmen.

Der vorliegende Beitrag stellt zentrale Entwicklungen und daraus erwachsende Herausforderungen der ambulanten ärztlichen Versorgung vor und erörtert anhand von Beispielen mögliche Handlungsfelder auf kommunaler Ebene.

Zentrale Trends in der ambulanten ärztlichen Versorgung – das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung berät

In der ambulanten ärztlichen Versorgung sind in den letzten Jahren (teilweise) massive Veränderungen zu beobachten. Diese bleiben auch auf kommunaler Ebene nicht ohne Herausforderungen, denn sie erfordern unter anderem die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsstrukturen, um die wohnortnahe Gesundheitsversorgung auch zukünftig zu erhalten.

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung im Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) berät als Kompetenzzentrum im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) Kommunen bei Fragen zur ambulanten Versorgung. Das Unterstützungsangebot hilft bei der Klärung möglicher Handlungsfelder und dabei, vorhandene Gestaltungsmöglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zu erkennen und vor Ort zielgerichtet wahrzunehmen. Es steht den Kommunen kostenfrei zur Verfügung. Weitere

Informationen zum Kommunalbüro für ärztliche Versorgung sowie die Kontaktdaten finden Sie im Kasten.

Kommunalbüro für ärztliche Versorgung

Gunnar Geuter (Leiter des Kommunalbüros)
Medizinaloberrat
Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Sachgebiet GE 6: Versorgungsqualität, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemanalyse
Bayerisches Haus der Gesundheit
Schweinauer Hauptstraße 80
90441 Nürnberg
Telefon: 09131-68 08 29 14
Telefax: 09131-68 08 29 05
E-Mail: Kommunalbuero-Gesundheit@lgl.bayern.de
Internet: www.lgl.bayern.de/kb

Schwerpunkte der nachfolgenden Ausführungen, denen unter anderem die Erfahrungen des Kommunalbüros aus den zurückliegenden fünf Jahren der Beratungstätigkeit zugrunde liegen, sind Herausforderungen auf kommunaler Ebene, denen sich Kommunalpolitik und -verwaltungen gegenübersehen und daraus erwachsende Konsequenzen für die Ausgestaltung der zukünftigen hausärztlichen Versorgung.

IM BLICKPUNKT

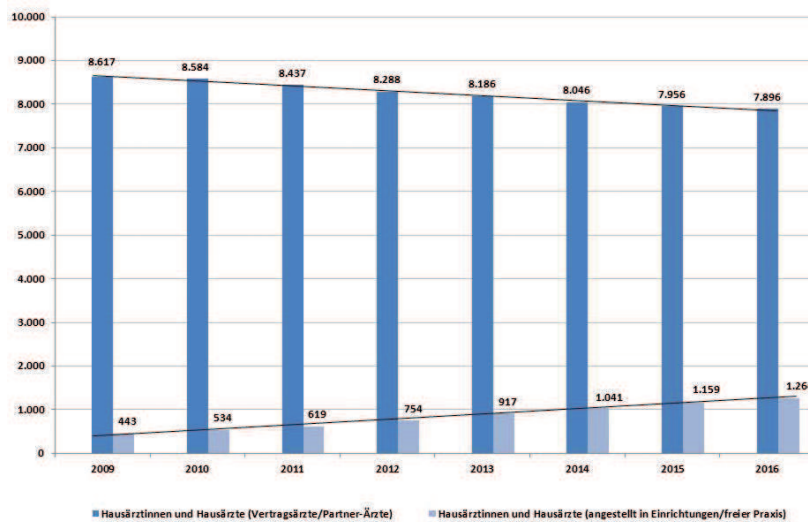


Abb. 1: An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Hausärzte nach ihrem Teilnahmestatus (Personenzählung) – Bayern

Quelle: eigene Darstellung nach [4]

1. Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte – Generationswechsel

Dem Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) ist zu entnehmen, dass zum 31. Januar 2017 das Durchschnittsalter in der hausärztlichen Versorgung Bayerns bei knapp 55 Jahren (54,9 Jahre) lag und gut ein Drittel (34,2 %) der Hausärztinnen und Hausärzte 60 Jahre oder älter war [1]. Vor diesem Hintergrund findet momentan ein Generationswechsel in der hausärztlichen Versorgung statt.

Viele Hausarztpraxen sind auf der Suche nach einer Nachfolge. Insbesondere in strukturschwachen, ländlichen Räumen werden dabei immer häufiger Probleme benannt [2]. Gerade hier bedarf es also aktuell und zukünftig vermehrter Anstrengungen, um freiwerdende Kassensitze erfolgreich wiederbesetzen zu können. Dafür ist es unter anderem notwendig, die Attraktivität der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen kritisch zu analysieren und gegebenenfalls mit geeigneten Maßnahmen zu verbessern. Besonderes Augenmerk sollte auf die nachfolgende Ärztesgeneration und deren berufliche Vorstellungen gerichtet werden, da der angesprochenen Generationswechsel eng verwoben ist mit einem Wandel beruflicher Rollenvorstellungen. So divergieren die Anforderungen der nachfolgenden Ärztesgeneration an ihren zukünftigen Arbeitsplatz teilweise erheblich von denen der aktuell tätigen

Ärztinnen und Ärzte – insbesondere in Bezug auf Arbeitsstrukturen und Arbeitsorganisation.

1.1 Von der Selbstständigkeit zur Anstellung

In großem Ausmaß und mit hoher Geschwindigkeit vollzieht sich deutschlandweit in den letzten Jahren ein „Wandel in der Art der Teilnahme von [Ärztinnen und] Ärzten an der ambulanten Versorgung – weg von selbstständiger Tätigkeit als Vertragsarzt hin zur Anstellung.“ [3, S. 102]. Innerhalb der letzten zehn Jahre hat sich die Zahl der Angestellten bundesweit mehr als verdreifacht: Waren 2006 lediglich 2266 Ärztinnen und Ärzte angestellt tätig, waren es 2016 bereits 28.695. In Bayern ist ein gleichgerichteter Trend zu erkennen. Abbildung 1 zeigt diesen für die hausärztliche Versorgung auf Basis der zur Verfügung stehenden Zahlen der Jahre 2009 bis 2016. Zudem machten bereits im Jahr 2016 angestellte Ärztinnen und Ärzte in Bayern mehr als die Hälfte (57,8 %) der neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte aus [4]. Kontrastiert man diese Zahlen mit dem Anteil aktuell angestellter Hausärztinnen und Hausärzte, so wird deutlich, welcher gravierender Veränderungsdruck auf den derzeitigen Versorgungsstrukturen lastet: 2016 waren in Bayern lediglich 14,4 % aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Hausärztinnen und Hausärzte angestellt tätig [4]. „Zwar ist der Startteilnahmestatus

in die ambulante Versorgung nicht bei allen [...] von Dauer [...]. Aber selbst wenn die Anstellung für viele der Zugänge nur ein transitorischer Zustand ist, in Anbetracht der insgesamt überwältigenden Tendenz zur Anstellung werden viele auch perspektivisch im Anstellungsstatus verbleiben [...] und ein Ende des Trends zur Anstellung der Nachwuchsärzte ist nicht zu erkennen.“ [3, S. 98]. Diese Veränderungen gelten nicht nur für die Ärztinnen sondern auch für Ärzte. Die Steigerungsraten bei den Männern waren in den vergangenen Jahren sogar größer als die bei den Frauen, wenngleich immer noch mehr Frauen im Angestelltenverhältnis tätig sind als Männer [4]. Entsprechende Anstellungsverhältnisse zu realisieren und vor allem zahlenmäßig noch deutlich auszubauen wird eine der zentralen Herausforderungen bei der Weiterentwicklung (nicht nur) der hausärztlichen Versorgungsstrukturen sein.

1.2 Teilzeit statt Vollzeit und geregelte Arbeitszeiten

Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass Ärztinnen und Ärzte – teilweise auch lebensphasenabhängig – immer häufiger in Teilzeit ambulant tätig werden. Zudem werden geregelte Arbeitszeiten zunehmend nachgefragt, zum Beispiel zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf.

Alleine zwischen 2009 und 2016 stiegen nach den Angaben des Bundesarztregisters die Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte mit hälftigem Versorgungsauftrag deutschlandweit um das Siebenfache (2009: 173; 2016: 1188). Die Anzahl der Anstellungsverhältnisse bis 10 Stunden/Woche stieg im gleichen Zeitraum auf das Zweieinhalbfache (2009: 257; 2016: 649), die der Anstellungsverhältnisse von 10 bis 20 Stunden/Woche auf das Dreieinhalbfache (2009: 639; 2016: 2293) und die der Anstellungsverhältnisse ab 20 bis 30 Stunden/Woche auf das mehr als Dreifache (2009: 207; 2016: 672) [4].

IM BLICKPUNKT

1.3 Trend zu kooperativen Praxisstrukturen

Weiterhin lässt sich beobachten, dass die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die in stark kooperativ ausgerichteten Strukturen wie Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen) oder in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) – als Sonderform der Berufsausübungsgemeinschaft – tätig sind, zunimmt, während die derjenigen in Einzelpraxen rückläufig ist [4].

Kooperative Praxisstrukturen nehmen vor allem deshalb zu, weil die Arbeit in Teamstrukturen immer häufiger nachgefragt wird. Die Gründe hierfür sind vielfältig: So können beispielsweise der fachliche Austausch untereinander erleichtert [5] und die Arbeitszufriedenheit gesteigert werden [6]. Aber auch Investitions- und Betriebskosten können geteilt, Ressourcen wie Räume und Personal gemeinsam genutzt oder die Flexibilität (z. B. der Arbeitszeiten oder im Rahmen von Vertretungen) erhöht und damit auch die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf verbessert werden [5]. Zudem zeigt die Erfahrung im Kontext von Praxisübergaben, dass Ärztinnen und Ärzte in Kooperationen ihre Nachfolge oft einfacher finden [7]. Die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) zog anlässlich des 74. Bayerischen Ärztetages 2015 den Schluss, dass moderne Versorgungsformen ganz klar Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren, regionale Versorgungszentren oder Praxisnetze sind [8].

In welche Richtung sich wohnortnahe hausärztliche Versorgungsstrukturen zukünftig entwickeln könnten, zeigt das Statement von Herrn Dr. med. Roos.

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung hat Herrn Dr. med. Roos gefragt, welche Arbeitsbedingungen von der neuen Ärztegeneration nachgefragt werden und welche Konsequenzen daraus für die Weiterentwicklung von hausärztlichen Versorgungsstrukturen vor Ort abgeleitet werden können ...

„Zukünftige Arbeitsbedingungen von jungen oder angehenden Hausärztinnen und Hausärzten müssen die Verbindung

Dr. med. Marco Roos ist Facharzt für Allgemeinmedizin im Medizinischen Versorgungszentrum Eckental (Landkreis Erlangen-Höchstadt) und Wissenschaftlicher Mitarbeiter sowie Lehrkoordinator des Allgemeinmedizinischen Instituts an der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg. Zudem ist er Vorstand für Öffentlichkeitsarbeit und Presseanfragen der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE), einem Netzwerk von über 1500 Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung Allgemeinmedizin und Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin bis zum Ende des 5. Berufsjahres nach der Facharztanerkennung. JADE hat sich unter anderem zum Ziel gesetzt, die Arbeitsbedingungen junger Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in Deutschland weiterzuentwickeln.

der von uns sehr ernst genommenen Verantwortung in der Versorgung unserer Patienten mit den Anforderungen verschiedener Lebensphasen zulassen. So wünschen sich viele unserer Mitglieder gerade zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn die wirtschaftliche Sicherheit und Planbarkeit einer Anstellung. Diese Lebensphase ist zudem geprägt von Schwangerschaft und Familiengründung, weshalb viele eine flexible Gestaltung der Arbeitszeit wünschen. Mit zunehmender Berufserfahrung werden jedoch die Wünsche nach eigener Gestaltungsmöglichkeit und wirtschaftlicher Steuerung größer, weshalb viele die Selbstständigkeit in einer Praxis suchen. Im Gegensatz zur vorherigen Ärztegeneration ist der Wunsch nach engem kollegialem Austausch im Berufsalltag deutlich gestiegen. Ein wichtiger Grund für die Zunahme von Berufsausübungsgemeinschaften im Gegensatz zu Einzelpraxen.

Zusammenfassend müssen zukünftige Arbeitsbedingungen flexibel sein. Sie sollen das Arbeiten in Voll- oder Teilzeit, beziehungsweise an- gestellt oder in wirtschaftlicher Ver-

antwortung und ein Arbeiten in einem kollegialen Team ermöglichen. Diese Wünsche lassen sich am ehesten in größeren Versorgungseinheiten aus vier bis fünf Hausärztinnen/Hausärzten realisieren.

Für den Aufbau und die Entwicklung von solchen Versorgungszentren können kommunale Strukturen gute Katalysatoren sein. Durch Gesprächsrunden mit bereits niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kann das Bewusstsein für das Problemfeld geschaffen werden und zur Entwicklung von neuen, für den Nachwuchs attraktiven Versorgungseinheiten motiviert werden.“

2. Wandel der Versorgungsstrukturen als interkommunale Herausforderung und mögliches Handlungsfeld für Kommunen

Um Anstellungsverhältnisse, kooperative Formen der Arbeitsgestaltung, (lebensphasenabhängige) Beschäftigungsverhältnisse unterschiedlichen zeitlichen Umfangs (Teilzeit, halbtägig, Vollzeit) sowie Teamstrukturen in ausreichender Anzahl zu etablieren, bedarf es teilweise noch erheblicher Anstrengungen vor Ort zur Weiterentwicklung der bestehenden Versorgungsstrukturen.

Zielführend scheint dabei die möglichst enge Abstimmung innerhalb von Regionen mit den Nachbarkommunen, damit der einhergehende Strukturwandel, der unter anderem von Konzentrationsprozessen ambulanter Versorgungsstrukturen geprägt ist, nicht zur Verschlechterung der Versorgungssituation der Bevölkerung führen muss, sondern zur Chance für die Weiterentwicklung regionaler, wohnortnaher Versorgungsstrukturen werden kann. Interkommunale Strategien im Sinne regionaler Ansiedlungsförderung und Attraktivität können zudem (kostenintensive) Doppelstrukturen oder -aktivitäten vermeiden und übergreifende Aktivitäten, zum Beispiel des Standortmarketings, intensivieren helfen [9]. Da die sogenannten „weichen Standortfaktoren“ die Niederlassungsentscheidung von Ärztinnen und Ärzten stärker zu beeinflussen

IM BLICKPUNKT

scheinen als gemeinhin angenommen [10], liegt zudem in der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen eine Chance interkommunalen Engagements zur Weiterentwicklung regionaler Gesundheitsversorgung.

Kommunalpolitik und -verwaltungen können aufbauend auf einer Analyse des Gesundheitsstandortes notwendige Transitions- und Vernetzungsprozesse initiieren, moderieren sowie unterstützen und damit strategisch steuern. Dabei sollten von Beginn an die Leistungserbringer vor Ort (Niedergerlassene, Kliniken der Region, etc.) einbezogen werden. Denn ein erfolgversprechendes kommunales Gesundheitsmanagement setzt aufgrund der Zuständigkeitsbereiche von kommunaler Ebene auf der einen und Selbstverwaltungsorganen sowie Leistungserbringern auf der anderen Seite ein gelingendes Zusammenwirken und eine enge Abstimmung des Vorgehens voraus [11].

Über eine ressortübergreifende Verständigung wiederum können ineinandergreifende Teilaspekte aufeinander abgestimmt und koordiniert werden – zum Beispiel die Weiterentwicklung der Verkehrsinfrastruktur unter anderem zur Optimierung der Anbindung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung einer Region (auch über Gemeinde- und Landkreisgrenzen hinweg). Die Verzahnung mit Konzepten zum Beispiel der Familien- und Seniorenpolitik, Stadt- und Raumplanung oder Wirtschaftsförderung kann zudem weitere Synergien freisetzen oder es können Möglichkeiten der Förderung erschlossen werden.

Regionale Vernetzung als Schlüssel

Um die Versorgungsstrukturen vor Ort besser zu koordinieren und eine nachhaltige, regionale Förderungsstruktur aufzubauen, ist der Aufbau von Netzwerken, wie den Gesundheitsregionen^{plus} dienlich [12]. Gesundheitsregionen^{plus} werden vom Bayerischen Gesundheitsministerium gefördert und sind in der Regel auf Kreis- und Kreisregionsebene angesiedelt. Unter dem Dach der Gesundheitsregionen^{plus} können unter

Beteiligung der relevanten regionalen Akteure der Gesundheitsversorgung und unter Leitung der jeweiligen Landrätinnen und Landräte/Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister passgenaue Lösungen zur Weiterentwicklung unter anderem der ambulanten Gesundheitsversorgung entwickelt und in „gelebte Praxis“ überführt werden. Weitere Informationen zum Ansatz und zur Förderung der Gesundheitsregionen^{plus} können auf den Internet-Seiten des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege (StMGP) [13] und der Fachlichen Leitstelle Gesundheitsregionen^{plus} im LGL [14] abgerufen werden.

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung unterstützt entsprechende regionale Vernetzungsaktivitäten und Strukturbildungen.

3. Auf- und Ausbau sowie Flankierung von Aktivitäten in Aus-, Fort- und Weiterbildung

Gerade in Bezug auf die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung kann sich ein vernetztes und abgestimmtes Engagement in der Region zur Flankierung entsprechender Aktivitäten lohnen.

Erfahrungen aus Deutschland, aber auch internationale Studien legen beispielsweise nahe, dass Medizinstudierende mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zu einem späteren Zeitpunkt im ländlichen Raum beruflich tätig werden, wenn sie bereits während des Studiums Praxiserfahrungen in entsprechenden Regionen sammeln konnten [15, 16, 17]. In Australien konnte gezeigt werden, dass Ärztinnen und Ärzte, die in einem urbanen Umfeld aufwachsen, während des Studiums jedoch praktische Erfahrung im ländlichen Gebieten sammelten, etwa fünfmal häufiger auf dem Land tätig wurden als eine Vergleichsgruppe ohne derartige Berührungspunkte [17].

Medizinstudierende sollten demnach möglichst frühzeitig und in der Folge kontinuierlich die Chance erhalten, an eine spätere Tätigkeit in der ambulanten Versorgung (auch und gerade) in strukturschwächeren und in ländlichen

Regionen herangeführt zu werden und möglichst frühzeitig dabei unterstützt werden, entsprechende berufspraktischer Erfahrungen zu sammeln.

Der lange Weg vom Studium in die Hausarztversorgung als Chance für regionales Engagement

Um zu entscheiden, zu welchen Zeitpunkten der Aus-, Fort- und Weiterbildung und mit welcher Zielrichtung kommunales Engagement besonders zu empfehlen ist, muss man sich den Qualifikationsweg vom Studierenden in die Hausarztversorgung (angestellt oder freiberuflich tätig) näher vergegenwärtigen. Die wesentlichen „Stationen“ werden nachfolgend kurz skizziert:

Die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) sieht derzeit eine Regelstudienzeit von sechs Jahren und drei Monaten vor. Diese Zeit lässt sich in drei Studienabschnitte untergliedern: Die ersten zwei Jahre des Medizinstudiums entfallen auf den vorklinischen Grundlagenteil. Dieser Part wird mit dem sogenannten Physikum, dem ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung, abgeschlossen. Zuvor muss ein insgesamt dreimonatiger Krankenpflegedienst abgeleistet werden [18, 19]. Meist entspricht dieser einem Grundpflegepraktikum in einer Klinik [20].

Die nächsten drei Jahre stellen den klinischen Teil des Studiums dar. Neben theoretischen Inhalten eignen sich die Studierenden dabei unter anderem in mehreren Blockpraktika praktische Kenntnisse an. Die Praktika sind Veranstaltungen von ein- bis sechswöchiger Dauer unter Bedingungen des medizinischen Alltags und werden von den Universitäten organisiert. Zudem sammeln Studierende in einer selbst zu organisierenden Famulatur Praxiserfahrung. Die ÄApprO schreibt dabei zurzeit vier Abschnitte à 30 Kalendertagen in verschiedenen Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser und Arztpraxen) vor [18].

Nach Bestehen des zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung folgt das Praktische Jahr (PJ). Das PJ gliedert sich in drei Ausbildungsabschnitte von je 16 Wochen in verschiedenen Fachgebiete-

IM BLICKPUNKT

ten. Die Ausbildung erfolgt in „zertifizierten“ Krankenhäusern oder Praxen. Nach Bestehen des anschließenden dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung erhalten die Studierenden ihr Abschlusszeugnis und die Berechtigung zur Beantragung der Approbation, welche wiederum die uneingeschränkte Ausübung des ärztlichen Berufes erlaubt [18, 19].

Im Wesentlichen ermöglicht eine 60 Monate dauernde Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin oder Inneren Medizin die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung [21]. Auch hier müssen verschiedene Weiterbildungsabschnitte absolviert werden. In der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Bayern sind beispielsweise 24 Monate in der ambulanten hausärztlichen Versorgung und 18 Monate im stationären Bereich (Innere Medizin) vorgesehen. Weitere 18 Monate können in den Fächern der unmittelbaren Patientenversorgung ambulant oder stationär abgeleistet werden [22].

Berufspraktische Erfahrungen vor Ort in den Regionen können also zu verschiedenen Zeitpunkten der Aus-, Fort- und Weiterbildung in vielfältiger Weise und über einen längeren Zeitraum gesammelt werden, beispielsweise im Rahmen des Krankenpflegedienstes, von Blockpraktika, der Famulatur, dem Praktischen Jahr oder der Facharztweiterbildung. Idealerweise werden diese durch Kontakthalteprogramme ergänzt. Auch Mentoringprogramme, wie sie zum Beispiel von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V. vorgeschlagen werden [23] eignen sich, um die regionalen Kontakte zu halten und auszubauen. Der lange Qualifikationsweg bietet dementsprechend viele Ansatzpunkte für regionales Engagement.

Da zum Sammeln berufspraktischer Erfahrungen vor Ort in den Regionen meist weitere Wege von den Universitätsstädten aus zurückgelegt werden müssen, kann auf kommunaler Ebene eine Unterstützung erwogen werden. Hierbei können Kommunen, Leistungserbringer vor Ort, die regionale Wirtschaft oder auch engagierte Bürgerin-

nen und Bürger gemeinsam „Gesamtpakete“ schnüren. Denkbar sind zum Beispiel die Hilfestellung bei der Suche nach Unterbringungsmöglichkeiten oder das Abfedern zusätzlicher Reise- und Wohnkosten.

Pascal Nohl-Deryk war Projektleiter von Land.in.Sicht, einem Famulaturprogramm der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). Land.in.Sicht wurde 2014 in Bayern gestartet und hat während der dreijährigen Laufzeit bis Anfang 2017 darüber hinaus in Thüringen und Rheinland-Pfalz Famulaturen in ländlichen haus- und fachärztlichen Praxen unterstützt. Neben Arztpraxen waren auch mehrere Kommunen Bayerns im Programm aktiv. Unterstützt wurde das Programm unter anderem durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und den Bayerischen Hausärzteverband.

Herr Nohl-Deryk gibt aus den im Projekt gesammelten Erfahrungen Beispiele, wie Medizinstudierende bereits in ihrer Ausbildung von ländlicher Versorgung begeistert werden können:

„Warum geben nicht mehr Medizinstudierende freiwillig für Praktika in ländliche Regionen, wenn gemeinhin unter Studierenden dort bessere Lehre erwartet wird?“ Diese Frage haben wir uns 2013 bei der Konzeption des Land.in.Sicht-Projektes gestellt. Unsere Antworten waren die Grundlage für den Erfolg des Projektes: Über 150 Famulaturen konnten gefördert werden. Die Weiterempfehlungsrate lag bei 100 % und von allen Seiten wurde eine sehr hohe Zufriedenheit zurückgemeldet. Zudem gaben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine deutlich gesteigerte Motivation für die ambulante Versorgung an.

Land.in.Sicht zielte darauf ab, mögliche Nachteile ländlicher Famulaturorte auszugleichen:

- Am Studienort kennen Studierende häufig „gute“ Kliniken oder Praxen, in ländlichen Regionen weniger – Land.in.Sicht informierte mit strukturierten Steckbriefen und Erfahrungsberichten früherer Famuli gezielt über „gute“, ländlich gelegene Praxen.
- Liegt die Famulaturpraxis in unmittelbarer Nähe zur Wohnung, müssen sich Famuli keine Gedanken über die Anreise und Unterkunftsmöglichkeiten machen. Pendeln sie zur Famulatur allerdings aus, dann schon – Land.in.Sicht unterstützte die Studierenden mit einem kilometerbasierten Fahrtkostenzuschuss. Zusätzlich gab es ein fixes Stipendium, um Unkosten auszugleichen, die am Wohnort nicht entstanden wären. Viele Gemeinden und Praxen boten den Famuli zudem vergünstigten oder kostenfreien Wohnraum an.
- 30 Tage außerhalb des gewohnten sozialen Umfelds können lang(weilig) werden – Im Rahmen von Land.in.Sicht haben deshalb einige Gemeinden besondere Angebote geschaffen: Die Famuli wurden beispielsweise vom Bürgermeister begrüßt, haben Einladungen für Feste oder Attraktionen in der Region erhalten.

Nicht nur die Erfahrung aus dem Projekt Land.in.Sicht, sondern auch internationale Forschungsergebnisse zeigen: Praktika in ländlichen Räumen können dazu beitragen, dass sich Medizinstudierende später für die ländliche Versorgung entscheiden.

Wichtig ist dabei, möglichst frühzeitig positive Erfahrungen sammeln zu können. Dazu können Kommunen beitragen. Gemeinsam mit Leistungserbringern, Ärztenverbänden, Krankenkassen und der Wirtschaft vor Ort lassen sich attraktive Angebote für den medizinischen Nachwuchs entwickeln: zum Beispiel durch Hilfestellung bei der Suche oder Bereitstellung einer Unterkunft für den Praktikumszeitraum, durch persönliche Ansprache und Begrüßung, durch Einladungen und Angebote bei der Freizeitgestaltung.“

IM BLICKPUNKT

Frau Dr. med. Dagmar Schneider ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und Leiterin der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KoStA), einem gemeinsamen Projekt der Bayerischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und des Bayerischen Hausärztesverbandes. Die KoStA hat unter anderem das Ziel, die Weiterbildungsqualität zu optimieren. Dazu wurden in ganz Bayern Weiterbildungsverbände etabliert.

Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung hat Frau Dr. med. Schneider gefragt, was Kommunen Ihrer Ansicht nach flankierend tun können, um die Weiterbildungsverbände auf regionaler Ebene organisatorisch zu unterstützen ...

„Was bedeutet Weiterbildungsverbund (WBV) und wo gibt es sie bisher? Die Weiterbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für Allgemeinmedizin dauert fünf Jahre und beinhaltet mehrere erforderliche Abschnitte in verschiedenen Fachgebieten, ambulant und stationär. Sich diese lückenlos selbst zu organisieren, ist für die Weiterzubildenden oft kaum zu realisieren. Ein WBV übernimmt diese Organisation und bietet so die komplette Weiterbildung aus einer Hand an. Diese Erleichterung soll der erste Schritt dafür sein, dass Ärztinnen und Ärzte für ihre Weiterbildung gern in die Region kommen.

Aktuell gibt es 80 WBV in Bayern. Jeder Verbund hat einen Ansprechpartner für die Organisation, an den sich Interessierte als erste Kontaktperson wenden können. Viele WBV bieten neben der organisatorischen Optimierung weitere Vorteile - zu finden unter www.kosta-bayern.de/weiterbildungsverbuende.

Erste Möglichkeit der Unterstützung: Falls es in Ihrer Region noch kei-

nen WBV gibt, wäre der erste Schritt, die Gründung eines Verbundes zu initiieren, also mögliche Mitstreiter auf ärztlicher und Verwaltungsseite zu suchen und das meist vorhandene Engagement zu bündeln. Dies bietet sich besonders an, wenn es ein Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft gibt. Dazu, wer ansonsten optimal zu kontaktieren wäre, bietet die KoStA Beratung an.

Regionale Unterstützung für WBV:

Wenn es schon einen WBV in der Region gibt, sollte zunächst einmal Kontakt mit dem Ansprechpartner des WBV aufgenommen werden, um die Absicht, von kommunaler Seite her den WBV zu unterstützen, mitzuteilen und anzubieten, ein Treffen zu organisieren, um zum einen über die bisherigen Erfahrungen zu sprechen und zum anderen die Möglichkeiten der Unterstützung auszuloten.

Welche konkreten Hilfen eine Kommune bieten kann? Z. B. Hilfe bei der Wohnungssuche für potenzielle Bewerber, Hilfe bei der Arbeitsplatzsuche für die Partner (dazu wäre eine Vernetzung mit der regionalen Wirtschaft vorteilhaft), Räume und Catering für Aktivitäten des WBV zur Verfügung zu stellen (das könnte für regelmäßige Verbundtreffen, aber auch für Fortbildungsveranstaltungen für die Weiterzubildenden sein), Werbung für die Region, um sie potenziellen Bewerbern nahezubringen (dabei herausstellen, was für diese wichtig ist: z. B. Vorhandensein schnellen Internets, günstiger Baugrund, Kindergärten und Schulen vor Ort, gute Verkehrsanbindung) und insbesondere Werbung für den Gesundheitsstandort.

Überregionale Unterstützung: Eine bisher noch nicht so genutzte Möglichkeit ist, mit den Ansprechpartnern benachbarter Verbände Kontakt aufzunehmen und diese zusammenzubringen. Hier würde es darum gehen, quasi ein Katalysator für die Kommunikation

untereinander zu sein und koordinierende Funktion - z. B. über das Landratsamt oder die Gesundheitsregionen^{plus} und deren Arbeitskreise Medizinische Versorgung - zu übernehmen. Die Unterstützung würde darin bestehen, für mehrere WBV eine Plattform zum Austausch zu bieten, selber Ansprechpartner für mehrere Verbände zu sein („Metakoordination“), regelmäßige Treffen zu organisieren und mögliche Synergien zu finden und zu nutzen.“

Beispielgebende Ansätze

An vielen Stellen Bayerns sind Kommunen und andere bereits sehr aktiv, um die Strukturen der ambulanten Versorgung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung weiterzuentwickeln. An diesen Aktivitäten können sich Kommunen, die mit ihrem Engagement neu in das Themengebiet einsteigen oder ihre Aktivitäten gezielt ausweiten wollen, orientieren. Vor dem Hintergrund der spezifischen Situation vor Ort können viele der bereits erprobten Ansätze adaptiert und ausgerollt werden. Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung hat dieses Jahr anlässlich der Fachtagung „Ambulante ärztliche Versorgung auf kommunaler Ebene weiterentwickeln“ in Nürnberg im Rahmen einer Posterausstellung unter anderem Beispiele für kooperative Praxisformen sowie Initiativen zur Gewinnung hausärztlichen Nachwuchses vorgestellt. Die Posterbeiträge sowie alle weiteren Inhalte zur Fachtagung können auf der Homepage des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung abgerufen werden: www.lgl.bayern.de/kb (Veranstaltungsdokumentationen).

Interessierte Kommunen können sich zudem gerne an das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung wenden, um sich individuell beraten und bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vor Ort unterstützen zu lassen.

Literatur:

1. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2017). Versorgungsatlas Hausärzte. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern. Januar 2017. Abrufbar unter: <https://www.kvb.de/ueber-uns/versorgungsatlas/> (Abruf: 8.5.2017)
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin: 2014
3. Hahn U, Müller T, Awe B et al. Angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung – Trends, status quo und Auswirkungen. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2017; 22: 93–103
4. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister
5. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015). Arbeiten im Team. Abrufbar unter: www.kvb.de/media/sp/PraxisWissen_Arbeiten_im_Team.pdf (Abruf: 5.5.2017)
6. Erler A, Beyer M, Welbers G et al. Zusammenschluss von Hausarztpraxen zum SCHAAZ1 – Auswirkungen auf Arbeitszufriedenheit und Burnout-Risiko. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2012, 88 (7/8), 303–312
7. o.V. (2012). Ärztliche Kooperationen. Nachfolger gesucht: Zuerst Partnersuche, dann der Ruhestand? Ärzte Zeitung online vom 24.10.2012
8. Bayerische Landesärztekammer (2015). Mehr Delegation wagen – mehr Kooperationen eingehen. Presseinformation vom 23.10.2015 anlässlich des 74. Bayerischen Ärztetages in Deggendorf
9. Geuter G, Ewert T, Deiters T et al. Optimierung der kommunalen Gesundheitsversorgung: Erste Erfahrungen des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung des Landes Bayern. Das Gesundheitswesen 2017; 79(1): 28–34. Abrufbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-102343.pdf> (Abruf: 8.5.2017)
10. Langer A, Ewert T, Holleder A et al. Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2014; 20: 11–18
11. Geuter G & Ewert T. Das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung. Ansprechpartner für die ambulante Versorgung. Der Bayerische Bürgermeister 2017, (2), 54–56
12. Bödeker M, Deiters T, Holleder A et al. Gesundheitsregionen^{plus}: Standortattraktivität für die ärztliche Versorgung am Beispiel Stadt und Landkreis Coburg. Der Bayerische Bürgermeister 2017, (2), 50–52
13. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017). Gesundheitsregionen^{plus} – Entscheidungen vor Ort treffen. Abrufbar unter: <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-kommunen/gesundheitsregionen-plus/> (Abruf: 9.5.2017)
14. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2017). Fachliche Leitstelle Gesundheitsregionen^{plus}. Abrufbar unter: www.lgl.bayern.de/gesundheitsregionenplus (Abruf: 9.5.2017)
15. Rabinowitz H K, Diamond J J, Markham F W et al. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. Journal of the American Medical Association 2001; 286 (9): 1041–1048
16. Blue A V, Chessman A W, Geesy M E et al. Medical students' perceptions of rural practice following a rural clerkship. Family medicine 2004; 36 (5): 336–340
17. Runge C E, MacKenzie A, Loos C et al. Characteristics of Queensland physicians and the influence of rural exposure on practice location. Internal medicine journal 2016; 46 (8): 981–985
18. Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886).
19. Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191).
20. Mendelski, B. (2012). Krankenpflegepraktikum für Medizinstudenten. Abrufbar unter: <https://www.thieme.de/viamedici/vorklinik-pflegepraktikum-1503/a/krankenpflegepraktikum-fuer-medizinstudenten-3870.htm> (Abruf: 10.5.2017)
21. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778).
22. Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 – in der Fassung der Beschlüsse vom 25. Oktober 2015.
23. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) e. V. (2017). Mentoringkonzept der DEGAM-Nachwuchsakademie. Abrufbar unter: <http://www.degam.de/mentoring.html> (Abruf: 8.5.2017)