



REGIONEN FÜR ÄRZTLICHE AUSBILDUNG

Umsetzung des Maßnahmenpakets zur Stärkung der
Allgemeinmedizin und der Sicherung der
medizinischen Versorgung auf dem Land

Bericht der Arbeitsgruppe „Regionen für ärztliche Ausbildung“
an die Landesregierung

Vorgelegt am 08.03.2021

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung.....	3
a) Ländliche medizinische Versorgung als politisches Handlungsfeld.....	3
b) Definition und Eingrenzung des Themas	8
2. Ziele und Maßnahmen der Regionen für ärztliche Ausbildung.....	8
a) Themenfeld „Regionale Entwicklung“	8
b) Themenfeld „Digitalisierung“	11
c) Themenfeld „Versorgungsforschung mit Relevanz für die Regionen “.....	13
d) Themenfeld „Interprofessionalität“	15
e) Themenfeld “Lehre qualitätsorientiert weiterentwickeln“	17
3. Ausblick: Umsetzung der Maßnahmen und Zukunft der Arbeitsgruppe.....	18
Anhang	23

1. Einführung

a) Ländliche medizinische Versorgung als politisches Handlungsfeld

Die Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum ist eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitssystem in Baden-Württemberg. Dies spiegelt sich auch in den zahlreichen Problemanzeigen aus den Kreisen und Gemeinden im ländlichen Raum. Die Landesregierung verfolgt daher eine umfassende und langfristige Strategie, um den hohen ärztlichen Versorgungsstandard in den ländlichen Regionen Baden-Württembergs auch für die nächsten Jahrzehnte zu sichern. Deshalb stehen für sie die Stärkung der Allgemeinmedizin und die Qualitätssicherung der Versorgung im ländlichen Raum an zentraler Stelle. Dies verdeutlichen auch zahlreiche Programme, die die befassten Ministerien in diesem Themengebiet aufgelegt haben.

Das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst (MWK) hat im Rahmen der Sonderlinie Hochschulmedizin den Fachbereich Allgemeinmedizin allein 2019 mit 1,98 Mio. Euro zusätzlich gefördert, 2020 wurde diese Förderung mit mehr als 2 Mio. Euro fortgesetzt. Auch die geförderten Bereiche Curriculumsentwicklung, Lehrforschung und Skills Labs der Förderlinie Lehre kamen der Allgemeinmedizin mittelbar zugute. Durch die Akademisierung (Hebammen) oder Teilakademisierung von Gesundheitsfachberufen erweitert das Ministerium zudem das Fachkräftepotenzial in allen Regionen des Landes. Das Förderprogramm ‚Landärzte‘ in Verantwortung des Ministeriums für Soziales und Integration (SM) wird seit Frühjahr 2018 ergänzt durch das Stipendienprogramm zur Gewinnung Medizinstudierender für den ländlichen Raum. Das Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz (MLR) betreut bspw. das Projekt LAND ARZT LEBEN LIEBEN unter Beteiligung der Kommunalen Landesverbände und leistet darüber hinaus mit seinem Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum (ELR) einen wichtigen Beitrag zur Stärkung und Sicherung der medizinischen Grundversorgung auf dem Land. Des Weiteren hat das Staatsministerium das Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg initiiert, um durch Vernetzung von Akteuren wegweisende Impulse auch für die medizinische Versorgung im Land zu geben. Mehrere durch das Forum geförderte Projekte verfolgen innovative Lösungsansätze für die ländliche Versorgung¹. Die Kommunalen Landesverbände begleiten diese Prozesse und stellen eigene Lösungsansätze dar. In den Kommunalen Gesundheitskonferenzen vernetzen sich auf der Ebene der Kreise u.a. die Vertreterinnen und Vertreter von Ärzteschaft, Kommunen, Krankenhäusern, Kassenärztlicher Vereinigung sowie GKVen und beraten über innovative Versorgungskonzepte zur Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung.

¹ Aufgrund der starken thematischen Überschneidungen etwa in den Bereichen Digitalisierung, regionale Vernetzung und Aus- und Weiterbildung wurde die Arbeitsgruppe „Regionen für ärztliche Ausbildung“ auch unter dem Dach des Forums verankert.

Trotz all dieser Maßnahmen sind jedoch weitere Anstrengungen nötig, um die medizinische Versorgung in den ländlichen Regionen Baden-Württembergs auf weiter hohem Niveau zu gewährleisten.

Aus diesem Grund hat die Landesregierung 2020 beschlossen, 150 zusätzliche Studienanfängerplätze in der Humanmedizin dauerhaft einzurichten und dies mit einer qualitativen Weiterentwicklung des Medizinstudiums zu verbinden. Der Beschluss des Ministerrats vom 9. Juni 2020 ist damit gleichzeitig ein umfangreiches Maßnahmenpaket zur Stärkung der Allgemeinmedizin und zur Sicherung der medizinischen Versorgung der ländlichen Regionen.

Das Maßnahmenpaket zur qualitativen Weiterentwicklung des Medizinstudiums verfolgt als vorrangige Ziele:

- die Umsetzung des von Bund und Ländern beschlossenen Masterplans 2020 für das Medizinstudium
- die Qualifizierung und Motivation junger Medizinerinnen und Mediziner für eine ärztliche Tätigkeit in ländlichen Regionen
- das frühzeitige Vertrautmachen der Studierenden mit innovativen Versorgungsstrukturen und Konzepten sowie mit der Nutzung digitaler Medien
- die Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit und eine enge Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren bereits im Studium zu verdeutlichen.

Um das verabschiedete Maßnahmenpaket mit konkreten Ansätzen zur regionalen Vernetzung zu unterlegen, wurde die Arbeitsgruppe „Regionen für ärztliche Ausbildung“ im Ministerratsbeschluss zum Studienplatzausbau verankert. Der Fokus der Arbeitsgruppe lag dabei auf Fragen der ärztlichen Ausbildung aus einer sektoren- und bereichsübergreifenden Perspektive.

Die Arbeitsgruppe stand unter Federführung des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst und wurde unter enger Einbindung des Ministeriums für Soziales und Integration sowie des Ministeriums für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz durchgeführt. Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe folgte dem Anspruch, die vielfältigen Akteure im Bereich der Allgemeinmedizin und der ländlichen Versorgung miteinander ins Gespräch zu bringen. Daher umfasste die Arbeitsgruppe Vertreterinnen und Vertreter der Medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs, Expertinnen und Experten aus dem Fachbereich Allgemeinmedizin, Studierendenvertreter, Vertreterinnen und Vertreter der Versorgungsseite und des Berufsrechts, der Kommunalen Landesverbände sowie der beteiligten Ressorts MWK, SM und MLR (Liste der Mitglieder im Anhang).

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der Beratungen dieser Arbeitsgruppe zusammen. Die darin formulierten übergeordneten Ziele wurden mit konkreten Handlungsempfehlungen unterlegt, wie die notwendigen Reformen in der medizinischen Ausbildung und der medizinischen Versorgung angestoßen werden können. Das Papier stellt dies anhand von fünf Themengebieten dar, mit denen sich die Arbeitsgruppe in ihren Sitzungen eingehender befasst hat: Regionale Entwicklung, Digitalisierung, medizinische Forschung mit Relevanz für die Versorgung, Interprofessionalität und Qualitätssicherung. Diese Fokussierung ist nicht abschließend zu verstehen, ermöglicht jedoch die Konzentration auf vorrangige Fragestellungen im Bereich der medizinischen Ausbildung und Versorgung. Der vielfältigen Zusammensetzung der Arbeitsgruppe und der Breite der dargestellten Themengebiete ist es auch geschuldet, dass nicht alle Aussagen dieses Papiers im Einzelfall zwangsläufig die jeweilige Ressortmeinung widerspiegeln.

Die Arbeitsgruppe nahm ihren Ausgangspunkt in der Idee, die Belange der ärztlichen Ausbildung stärker in die Regionen einzubinden. Dieses regionalisierte Verständnis der ärztlichen Ausbildung wurde von den Medizinischen Fakultäten Baden-Württembergs präzisiert. Sie schlagen die Etablierung von **regionalen Gesundheitsallianzen Universitätsmedizin** vor.

Die Medizinischen Fakultäten in BW verstehen die zukünftigen „**regionalen Gesundheitsallianzen Universitätsmedizin**“, bisher als „Regionale Gesundheitskonferenzen“ bezeichnet, als eine ergänzende Allianz zu den bereits etablierten „**Kommunalen Gesundheitskonferenzen**²“. Die „**regionalen Gesundheitsallianzen Universitätsmedizin**“ dienen primär der ärztlichen Ausbildung u.a. im „Landarzttrack“. Die Medizinischen Fakultäten, gemeinsamen mit den Professuren für Allgemeinmedizin, den beteiligten Lehrpraxen und akademischen Lehrkrankenhäusern, sowie weiteren Gesundheitsanbietern sollen somit die Entwicklung und Implementierung eines attraktiven ergänzenden Ausbildungsstrangs entwickeln. Wo immer möglich und gewünscht, soll diese auf die ärztliche Ausbildung zielende Struktur sich eng mit bereits etablierten Akteuren aus den Kommunalen Gesundheitskonferenzen vor Ort abstimmen und komplementär ergänzen. Ein solches strategisches Vorgehen nutzt bereits existierende Expertise und ergänzt diese mit einer engen Anbindung und Partnerschaft zwischen den regional ausgewählten Ausbildungszentren und der Universitätsmedizin ohne die Kommunalen Gesundheitskonferenzen in ihren Tätigkeiten zu beeinträchtigen oder mit zusätzlichen Aufgaben zu belasten, für die sie die notwendige Infrastruktur nicht besitzen.

² Mit Blick auf die bereits existierenden *Kommunalen Gesundheitskonferenzen* auf Landkreisebene ist in Anlehnung an den Koalitionsvertrag und unter Verweis auf § 5 Landesgesundheitsgesetz zu beachten, dass den Kommunalen Gesundheitskonferenzen eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung zukünftiger Versorgungsstrukturen zukommt.

Des Weiteren setzten es sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe zum Ziel, im Zuge der Ausbildungsreformen notwendige inhaltliche Schwerpunkte im Curriculum des Medizinstudiums zu benennen. Das übergeordnete Ziel ist dabei, langfristig den Anteil an Absolventinnen und Absolventen, die sich für eine Karriere als Hausärztin oder -arzt in den ländlichen Regionen entscheiden, zu erhöhen. So soll die regionale medizinische Versorgung dauerhaft personell gesichert und qualitativ noch weiter gesteigert werden. Die Arbeitsgruppe befasste sich dafür vorrangig mit Lösungsansätzen aus der Perspektive der Wissenschaft und der akademischen Ausbildung.

Die Grundüberzeugung der Beteiligten war dabei, dass einzelne, nicht in ein Gesamtkonzept eingebettete Maßnahmen dem Ärztemangel in ländlichen Regionen nicht entgegenwirken können.

Hieraus ergibt sich die besondere Aufgabe der Arbeitsgruppe und des Konzeptpapiers. Zum ersten Mal werden in einer intersektoral besetzten Arbeitsgruppe die spezifischen Bedarfe der medizinischen Versorgung auf dem Land mit den gestiegenen Anforderungen an die medizinische Ausbildung konzeptionell miteinander in Verbindung gesetzt. Der reziproke Charakter dieser beiden Bereiche macht ein solches Vorgehen so einleuchtend wie zukunftsweisend: eine vernetzte und moderne medizinische Versorgung stellt Ansprüche an die Inhalte und den Aufbau des Medizinstudiums. Gleichzeitig prägt die medizinische Ausbildung der nachwachsenden Generation von Ärztinnen und Ärzten auch die künftige Versorgungsrealität. Das Ziel einer langfristigen Strategie in diesem Querschnittsbereich muss es daher sein, die medizinische Ausbildung und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen miteinander eng abzustimmen: Studierende der Medizin sollen bereits heute für die Versorgungsrealität von morgen ausgebildet werden. Strukturen, die dafür im Bereich der Lehre etabliert werden, dienen so auch langfristig der Sicherung der medizinischen Versorgung auf dem Land.

Daher kann festgehalten werden: Angehende Medizinerinnen und Mediziner im Land müssen auf die sich zukünftig wandelnden und wachsenden Anforderungen des Arztberufes, insbesondere in den ländlichen Regionen, vorbereitet werden. Nur durch eine frühzeitige Vermittlung von und Sensibilisierung für zukunftsrelevante Themen wie z.B. Digitalisierung und Interprofessionalität in Studium und Weiterbildung können die Vorteile einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum sichtbar gemacht und erfolgreich umgesetzt werden.

Die Arbeitsgruppe identifizierte hierfür folgende Lösungsansätze:

- Regionale Entwicklung: Die stärkere Vernetzung von Akteuren der kommunalen Ebene, insbesondere der Kommunalen Gesundheitskonferenzen, der hausärztlichen und klinischen Versorgungsstrukturen zu der Forschung an den hochschulmedizinischen Standorten im Land ist eine Basis für

eine verbesserte medizinische Versorgung im ländlichen Raum. Die Attraktivitätssteigerung des hausärztlichen Berufsbildes kann nur im Verbund mit vielfältigen Partnern aus Versorgung, Lehre und der kommunalen Ebene gemeinsam gelingen. Zudem muss die Niederlassung für junge Ärztinnen und Ärzte in ländlichen Regionen erleichtert und die stärkere Bindung der Absolventinnen und Absolventen an die Regionen vor Ort bereits im Studium gefördert werden.

- Digitalisierung: Die Chancen und Herausforderungen der fortschreitenden Digitalisierung in der medizinischen Versorgung müssen als zentraler Schwerpunkt in der medizinischen Ausbildung verankert werden. So müssen Studierende frühzeitig an die Nutzung telemedizinischer Formate zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung herangeführt werden. Der verstärkte Einsatz von digitalen Lehrformaten bietet hierfür neue Möglichkeiten.
- Medizinische Forschung mit Relevanz für die Versorgung: Es ist sicherzustellen, bei allen versorgungsrelevanten Forschungsvorhaben den Mehrwert einer regional vernetzten medizinischen Versorgung für die Bürgerinnen und Bürger in den Mittelpunkt zu stellen. Dafür muss das Optimierungspotenzial auf Ebene der Landkreise jeweils regional erfasst werden, aus denen sich dann die jeweiligen Schwerpunkte zukünftiger regionaler Vorhaben in der Versorgungsforschung ableiten lassen. Zeitgleich müssen der Austausch und der Wissenstransfer zwischen den hausärztlichen Versorgungsstrukturen, den kommunalen Krankenhäusern und den universitätsmedizinischen Maximalversorgern verbessert werden.
- Interprofessionalität: Die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitssektor soll in den Regionen für ärztliche Ausbildung noch intensiver gefördert werden. Sinnvoll ist dafür die stärkere Verankerung der Thematik in Studium und Ausbildung sowie die Stärkung und der weitere Ausbau von interprofessionellen Studiengängen. Hilfreich wären hier Modellprojekte ggf. orientiert an internationalen Best-practice-Beispielen mit begleitender Evaluation. Die Identifikation von Schnittstellen und dem Spezialisierungspotenzial der verschiedenen Heilberufe trägt zu effizienteren Versorgungsstrukturen bei.
- Qualitätssicherung: Durch Entwicklung eines longitudinalen Curriculums in Kooperation mit versorgungsnahen Strukturen (Lehrkrankenhäuser und Lehrpraxen) und unter Beteiligung der Studierenden kann eine Attraktivitätssteigerung der allgemeinmedizinischen Lehre erreicht werden. Notwendig ist dafür außerdem der Aufbau von Infrastrukturen zur Verknüpfung der versorgungsnahen Strukturen und der universitären Lehre. Diese ist durch Qualitätssicherungsmaßnahmen in Zusammenarbeit mit den Studierenden regelmäßig zu evaluieren. Zudem soll durch die Evaluation z.B. im Rahmen einer Absolventenstudie erhoben werden, inwieweit das Curriculum den gewünschten Erfolg einer Zunahme von niedergelassenen Absolventinnen und Absolventen im ländlichen Raum zeitigt.

b) Definition und Eingrenzung des Themas

Die Thematik von Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum und Reformen der ärztlichen Ausbildung bewegt sich zwangsläufig an der Schnittstelle zu unterschiedlichen Akteuren und Zuständigkeiten. Diesem Umstand trägt die Arbeitsgruppe durch die enge Einbindung unterschiedlicher Akteure der Lehre, Versorgung und der Kommunalen Landesverbände Rechnung. Dennoch sind die formulierten Ziele und Maßnahmen stets an den Belangen der medizinischen Ausbildung als Ausgangspunkt aller Reformvorhaben orientiert und in wissenschaftlich-didaktischen Sachlogiken verwurzelt. Wo immer notwendig und möglich, identifiziert das Papier Schnittstellen zu anderen Themenbereichen und Akteuren und formuliert dort anzusiedelnde Aufgaben und Bedarfe.

In diesem Papier wird zudem immer von hausärztlicher Versorgung im Sinne des § 73 SGB V ausgegangen, an der Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Internisten gleichermaßen beteiligt sein können. Der Begriff des „Landarztes“ bzw. der „landärztlichen Versorgung“ wird als nicht zielführend empfunden, da sich keine spezifische „landärztliche“ Medizin aus den Rahmenbedingung der ländlichen Versorgung ableiten lässt.

2. Ziele und Maßnahmen der Regionen für ärztliche Ausbildung

a) Themenfeld „Regionale Entwicklung“

ZIEL: VORHANDENE STRUKTUREN UND NETZWERKE DER LEHRE UND VERSORGUNG IN DEN REGIONEN VERKNÜPFEN

Maßnahme: Enge Kooperationen auf kommunaler Ebene unterstützen, um neue Leistungserbringer zu gewinnen und langfristig in den Regionen zu halten.

Die Gewinnung neuer Leistungserbringer für die ärztliche Versorgung kann langfristig nur durch die enge Zusammenarbeit aller regionalen Kooperationspartner gewährleistet werden. Hierfür benötigt es insbesondere die Kommunen. Durch die Entwicklung von regional angepassten und bedarfsgerechten Programmen zur strukturellen Aufwertung der Infrastruktur und Attraktivität der Regionen leistet das Land Baden-Württemberg im engen Austausch mit der kommunalen Ebene bereits einen effektiven Beitrag, um den Herausforderungen (demographische Entwicklung, Stadt-Land-Wanderung etc.) des Ländlichen Raumes wirksam zu begegnen.

Die Evaluation und Gewinnung möglicher weiterer relevanter Partner in diesem Bereich sowie deren Koordinierung und Vernetzung fällt sachgerechterweise den kommunalen Akteuren wie den Landratsämtern zu, für die ein entsprechender Mehraufwand anfallen wird. Dieser Mehraufwand wäre durch etwaige Personalstellen flächendeckend abzubilden und bei haushalterischen Planungen zu berücksichtigen.

Maßnahme: Verbindung zwischen kommunalen Akteuren und Medizinischen Fakultäten stärken: Kommunale Gesundheitskonferenzen einbinden und gegenseitige Interaktion fördern

Eine stärkere, auch institutionalisierte Verbindung zwischen Lehrpraxen, akademischen Lehrkrankenhäusern, medizinischen Versorgungszentren und insbesondere den Kommunalen Gesundheitskonferenzen hat für die medizinische Ausbildung viele Vorteile: Zum einen können durch die unterschiedlichen Perspektiven auf Belange der ärztlichen Ausbildung neue Formate und Projekte zur Zusammenarbeit identifiziert werden, zum anderen profitieren alle Seiten von den Erfahrungen und Kompetenzen der anderen Akteure gleichermaßen. Daher sind die medizinischen Fakultäten an den Sitzungen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen zu beteiligen und umgekehrt gilt es, Partnern aus den akademischen Lehrkrankenhäusern und den Lehrpraxen verstärkt Lehrtätigkeiten an den Universitäten zu ermöglichen. Davon profitieren nicht zuletzt auch die Studierenden, für die durch diese Zusammenarbeit neue, kreative Lehrangebote aus unterschiedlichen Blickwinkeln heraus konzipiert werden können.

Die intensivere Zusammenarbeit dieser Akteure in den Regionen für ärztliche Ausbildung setzt Engagement und Mehraufwand auf den Seiten der Medizinischen Fakultäten und der Institute für Allgemeinmedizin voraus, die an die Gegebenheiten der jeweiligen Regionen individuell angepasste Formate der Zusammenarbeit in der Lehre entwickeln können.

ZIEL: NIEDERLASSUNG FÜR JUNGE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE ERLEICHTERN UND BINDUNG DER STUDIERENDEN AN REGIONEN FRÜHZEITIG FÖRDERN.

Maßnahme: Vereinbarkeit von Beruf und Familie fördern

Junge Hausärztinnen und Hausärzte werden sich leichter für eine Tätigkeit in ländlichen Regionen gewinnen lassen, wenn gleichzeitig auch ihre Vorstellungen von guten Lebensbedingungen berücksichtigt und Ihnen die bereits vorhandenen Vorzüge und positiven Rahmenbedingungen des Ländlichen Raumes aufgezeigt werden. Hierzu gehören erfolgreich gewachsene Strukturen von kleinen und mittelständischen Unternehmen, ein starkes Ehrenamt, Familienfreundlichkeit, gute und verlässliche Betreuungsangebote, das bewährte Miteinander der verschiedenen Akteure in den Kommunen sowie auch die Erreichbarkeit. Als Stichwort dient hier auch der Begriff „dual Career“, der die Schaffung bzw. Bereitstellung von Erwerbsmöglichkeiten für die Partner der Medizinerinnen und Mediziner thematisiert. Eine große Chance und gleichzeitig sinnvolle Maßnahme im Hinblick auf eine spätere Niederlassung als Hausärztin oder -arzt ist die frühzeitige Bindung der Studierenden durch Absolvierung von Studienabschnitten (z.B. Blockpraktika, Praktisches Jahr) in den unterversorgten Regionen, mit der Möglichkeit, dort innovative Strukturen kennenzulernen. Zudem ist die verstärkte Beteiligung der Studierenden bei der Entwicklung von Ideen und Konzepten zur infrastrukturellen Förderung anzustreben.

Diese Überlegungen basieren alle auf der Erkenntnis, dass das derzeitige Modell eines Hausarztes in einer Einzelpraxis mit hoher Überstundenbelastung nicht mehr der Lebensrealität von heute entspricht. Die Mehrheit der Hausärzte auf dem Land wird in Zukunft weiblich und in Teilzeit arbeitend sein. Daher muss mit Nachdruck auf die Entwicklung neuer Arbeitsmodelle hingearbeitet werden. Dazu zählen u.a. die stärkere Fokussierung auf Gemeinschaftspraxen, die tageweise Einbindung in das klinische Versorgungs- und Forschungsnetz der Uniklinika sowie insbesondere die Möglichkeiten der Telemedizin. Und von Seiten der kommunalen Ebene kann hier nach Möglichkeit Hilfestellung bspw. bei der Anmietung von Praxisräumen oder Wohnungssuche gegeben werden.

Maßnahme: attraktive Angebote der peripheren Krankenhäuser schaffen, langfristige Stellenbesetzung fördern, administrative und mentale Hürden abbauen

In Europa existieren zum Teil bereits Lösungsansätze zur stärkeren Ansiedelung von Nachwuchsmedizinerinnen und -medizinern in ländlichen Regionen. In Schweden bspw. verfolgt man den Ansatz, den Medizinstudierenden attraktive Angebote an peripheren Kliniken zu machen, wie etwa gut bezahlte Sommerjobs. Diese Maßnahmen fördern das „Hineinwachsen“ in eine Region und ebnen den Weg für eine leichtere spätere Niederlassung vor Ort. Attraktive Forschungsangebote, die durch die Kooperation von Universitäten mit Forschungspraxen entstehen könnten, können darüber hinaus ein weiterer Anreiz für junge Nachwuchskräfte sein, sich in ländlicheren Regionen niederzulassen.

Weiterbildungsverbände stärken zusätzlich die ländliche Region und sichern die ambulante medizinische Versorgung. Ein Weiterbildungsverbund ist ein Zusammenschluss aus regionalen Krankenhäusern, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aus der Region und den Kommunalen Gesundheitskonferenzen unter der Begleitung durch die jeweilige Bezirksärztekammer mit dem Ziel, die Weiterbildung Allgemeinmedizin mit einer curricularen durchgängigen Rotation durchzuführen.

Über die Weiterbildungsverbände werden die Partner vertraglich miteinander verknüpft und gewährleisten eine Rotation zwischen Klinik und deren verschiedenen Abteilungen sowie den unterschiedlichen niedergelassenen Fachärzten (Allgemeinmedizin und andere Fachrichtungen wie z.B. Dermatologie, Orthopädie, Pädiatrie). Regional sollte über eine Koordinierungsstelle die Rotation der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄIW) organisiert und begleitet werden entsprechend der gültigen Weiterbildungsordnung. Hier zeigt sich ein mögliches Tätigkeitsfeld der regionalen Gesundheitsallianzen Universitätsmedizin für die ärztliche Aus- und Weiterbildung, die so ihren Mehrwert ganz konkret entfalten können.

Die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung können das 5-jährige Curriculum in einer Region komplett durchlaufen. Einmal dort eingeschrieben können sie ohne Zeitverlust ihre gesamte Facharztausbildung absolvieren. Mit der Dauer der Weiterbildung entsteht eine Bindung an die Region mit gleichzeitiger

Berufsperspektive. Der Zuzug von Partner und Familie ist wahrscheinlich, da der Verbleib in der Region gesichert ist.

Für die regionalen Krankenhäuser ergibt sich insofern ein Vorteil, da die regional weitergebildeten niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner die späteren Zuweiserinnen und Zuweiser für Kliniken sind und die ambulante Versorgung zukünftig sicherstellen. Durch die Kenntnisse der lokalen Situation und die kurzen Wege in die Klinikstrukturen ist die Patientenversorgung auch im ländlichen Bereich langfristig auf höchstem medizinischem Niveau möglich.

In Baden-Württemberg ansässige Krankenhäuser können diese vielversprechenden Konzepte zurzeit oftmals nicht umsetzen. Dafür notwendig wären längere Zeithorizonte bei Stellenbesetzungen in der Allgemeinmedizin. Gleichzeitig müssen mögliche Karrierewege an regionalen Krankenhäusern frühzeitiger an potenzielle Nachwuchskräfte wie Medizinstudierende in den jeweiligen Regionen herangetragen werden. Dafür bieten sich etwa Informationsveranstaltungen der Krankenhäuser an den Medizinischen Fakultäten an. Außerdem ist es notwendig, mentale und organisatorische Hürden bezüglich einer Tätigkeit an einem regionalen Krankenhaus abzubauen.

Hierfür werden feste Ansprechpartner vor Ort benötigt, die Beratungs- und Betreuungsangebote für Studierende in der Region, aber auch für interessierte Nachwuchskräfte insgesamt anbieten können.

b) Themenfeld „Digitalisierung“

ZIEL: DIGITALISIERUNG ALS ZENTRALEN SCHWERPUNKT DER AUSBILDUNG ETABLIEREN

Maßnahme: Digitale Kompetenzen im Studium stärken und Chancen der Digitalisierung für die Lehre nutzen

In der geplanten ärztlichen Approbationsordnung, dem Masterplan Medizinstudium 2020 und dem Papier der baden-württembergischen Studiendekane „Medizinstudium Baden-Württemberg 2030“ wird die Digitalisierung als Ausbildungsschwerpunkt gestärkt und von Seiten der Medizinischen Fakultäten bereits mit ersten Konzepten zur Umsetzung unterlegt. Im Fokus stehen dabei zum einen die longitudinale Vermittlung digitaler Kompetenz im Studium und zum anderen der verstärkte Einsatz von digitalen Lehrformaten, wo diese einen Mehrwert für die Wissensvermittlung und -aneignung bieten.³ Um die Inhalte an die Bedarfe der Studierenden zu adaptieren, braucht es jedoch auch deren

³ Die Corona-Pandemie hat gezeigt, welche innovativen Möglichkeiten die digitale Lehre bietet, auch wenn nicht alle Inhalte des Medizinstudiums (z.B. die Lehre am Patienten), sinnvoll in digitale Formate übertragen werden können. Eine Evaluation der digitalen Lehre durch die Medizinischen Fakultäten soll jedoch langfristig auch dazu beitragen, erfolgreiche digitale Lehrformate zu identifizieren und über die derzeitige Situation hinaus fest zu etablieren.

Mitarbeit bei der Erstellung und Umsetzung der zu lehrenden Inhalte. Zu entwickeln ist ein Kerncurriculum für alle Medizinstudierenden zu Grundkenntnissen in der Anwendung und im Verständnis digitaler Anwendungen in der Medizin.

Dabei sollen den Studierenden vornehmlich folgende Kompetenzen vermittelt werden:

- Kompetenz und Grundsätze zur Bewertung erforderlicher Strukturen und verfügbarer digitaler Lösungen (Hardware, Software, Digitale Gesundheitsanwendung)
- Kompetenz und Verständnis der Regularien des Datenschutzes und deren Anwendung
- Kompetenz im Bereich der digitalen Kommunikation
- Kompetenz im Umgang und der Nutzung von Wissensplattformen, Vermittlung von Leitlinien zur Einschätzung der Quellenqualität
- Kompetenz in der Einbindung von digitaler Patienteninformation in den Behandlungsprozess
- Ethische Grundsätze der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Im Studium sollten entsprechende Module vom ersten Semester an angeboten werden, die auch einen Praxiseinsatz in den klinischen Semestern beinhalten. Weiterhin möglich wäre auch die Einrichtung eines Wahlfachs „Digitale Kompetenzen in der Medizin“. Das Ziel sollte es sein, mit allen Anwendungen der Telematikinfrastruktur (z.B. elektronische Patientenakte und E-Medikationsplan) erste grundlegende Erfahrungen gesammelt zu haben. In der Weiterbildung sollte der Kompetenzerwerb durch telediagnostische Kenntnisse wie etwa die Nutzung von Telekonsilien und Telemonitoring oder Telekonsultation mit verschiedenen Softwaremöglichkeiten in den Praxen im Vordergrund stehen.

Dadurch sollen die Telekommunikationskompetenz weiter vertieft, Kenntnisse über die aktuellen rechtlichen Bestimmungen des Datenschutzes vermittelt und durch miteinander vernetzte Weiterbildungsgruppen im fortlaufenden Mentoring begleitet werden. Um die Lehrbeauftragten auf die Vermittlung digitaler Kompetenzen vorzubereiten, sind hier themenspezifische Schulungen wie etwa zur Telekommunikation, Medienkompetenz und didaktischen Kenntnissen sowie regelmäßige Mentorenschulungen einzurichten.

ZIEL: SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG DURCH DIGITALISIERUNG ERLEICHTERN

Maßnahme: stärkere Nutzung von Telemedizin in ländlichen Gebieten fördern

Die Corona-Pandemie verstärkt die Bereitschaft auf Patienten- und Versorgungsseite, sich digitalen Lösungen zuzuwenden. Jedoch sind bis heute strukturierte und standardisierte Möglichkeiten der digital unterstützten Kommunikation und des Datenaustausches zwischen z.B. der universitären Medizin

und den Lehrpraxen nicht etabliert. Es existieren lokal oder regional jedoch häufig schon Lösungen, die mögliche Wege aufzeigen. Dazu gehören u.a.:

- Fallbesprechungen – online
- Telekonsile (z.B. Hausarzt-Dermatologe/Projekt TeleDerm)
- Expertenkonferenzen (Tumorboard online)
- KWBW - Vernetzung Lehrende und ÄIW über eigene Plattform
- Regionale ePatientenkarte mit sektorübergreifendem Datenaustausch
- Weiterbildung Digitale Medizin
- Curriculum Digitalisierung in der Medizin (DigiWissMed-MHH)
- Wahlfächer Digitale Medizin an verschiedenen Fakultäten

Diese Lösungen müssen über die bisherige regionale Anwendung hinaus in ganz Baden-Württemberg vernetzt angeboten werden. Um die sektorenübergreifende Versorgung in den Regionen zu erleichtern, ist der Ausbau der für die oben genannten Maßnahmen notwendigen Infrastruktur ebenso notwendig wie die Unterstützung der ausführenden Akteure, bspw. der Hausärztinnen und -ärzte bzw. Lehrpraxen und der Lehrkrankenhäuser.

c) Themenfeld „Versorgungsforschung mit Relevanz für die Regionen“

ZIEL: MEHRWERT DER VERNETZTEN REGIONALEN MEDIZINISCHEN VERSORGUNG FÜR DIE BÜRGERINNEN UND BÜRGER IN DEN MITTELPUNKT STELLEN

Maßnahme: Optimierungspotential regional erfassen

Die engere Vernetzung der Akteure schafft die Voraussetzungen, um die Erfahrungen aus der regionalen Versorgung stärker für die medizinische Forschung nutzbar zu machen. Um das mögliche Optimierungspotential der regionalen ärztlichen Versorgung vor Ort umfassend auszuschöpfen, ist zunächst eine Untersuchung des jeweiligen Status Quo erforderlich. Im Mittelpunkt müssen dabei die spezifischen Bedürfnisse der Regionen stehen. Daher müssen die Belange der Bürgerinnen und Bürger, Universitätsklinika und anderer Krankenhäuser, Haus- und spez. Facharztpraxen, Therapeutinnen und Therapeuten, der Pflege und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eingebunden werden. Hierbei ist es notwendig und zielführend, auf die vorhandenen und bereits etablierten Strukturen der Gesundheitskonferenzen aufzubauen. Der Mehrwert für die Region und die dort lebende Bevölkerung muss klar erkennbar werden, um die Akzeptanz neuer Strukturen zu erhöhen. Die Medizinischen Fakultäten und die Institute für Allgemeinmedizin sind hier gehalten, bspw. durch Reallabore für medizinische regionale Versorgung im Dialog mit der Bevölkerung und den kommunalen Entscheidungsträgern über die Kommunalen Gesundheitskonferenzen vor Ort genau diese Ideen weiter zu verfolgen.

Maßnahme: Vorhandene Datensätze konsequent nutzen und geeignete Themen für die Versorgungsforschung identifizieren

Mithilfe des unten abgebildeten Ansatzes aus dem Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung Baden-Württemberg kann über die Integration heterogener Daten eine Brücke zwischen Versorgungsforschung, klinischer und Grundlagenforschung sowie tatsächlicher Versorgung geschlagen werden. Exemplarisch wurden hier verschiedene komplexe Erkrankungen (Anorexia Nervosa, Depression, Demenz, chronischer Kreuzschmerz, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Schlaganfall und Darmkrebs) anhand von zahlreichen Indikatoren auf der Basis von GKV-Routinedaten und weiteren bereits zugänglichen Datenkörpern z.B. aus der gesetzlichen Qualitätssicherung, dem Robert Koch-Institut und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst untersucht und im Sinne einer Gesundheitsberichterstattung vergleichbar gemacht. Außerdem wurden zukünftige Versorgungsbedarfe für den Zeitraum bis 2030 auf Kreisebene prognostiziert. Dieser Ansatz ist auch für weitere neue Themen nutzbar. Hier sind insbesondere die Institute der Allgemeinmedizin gefordert, die für die Regionen relevanten Themengebiete zu identifizieren. Dies wird mit einem entsprechenden Mehraufwand einhergehen.

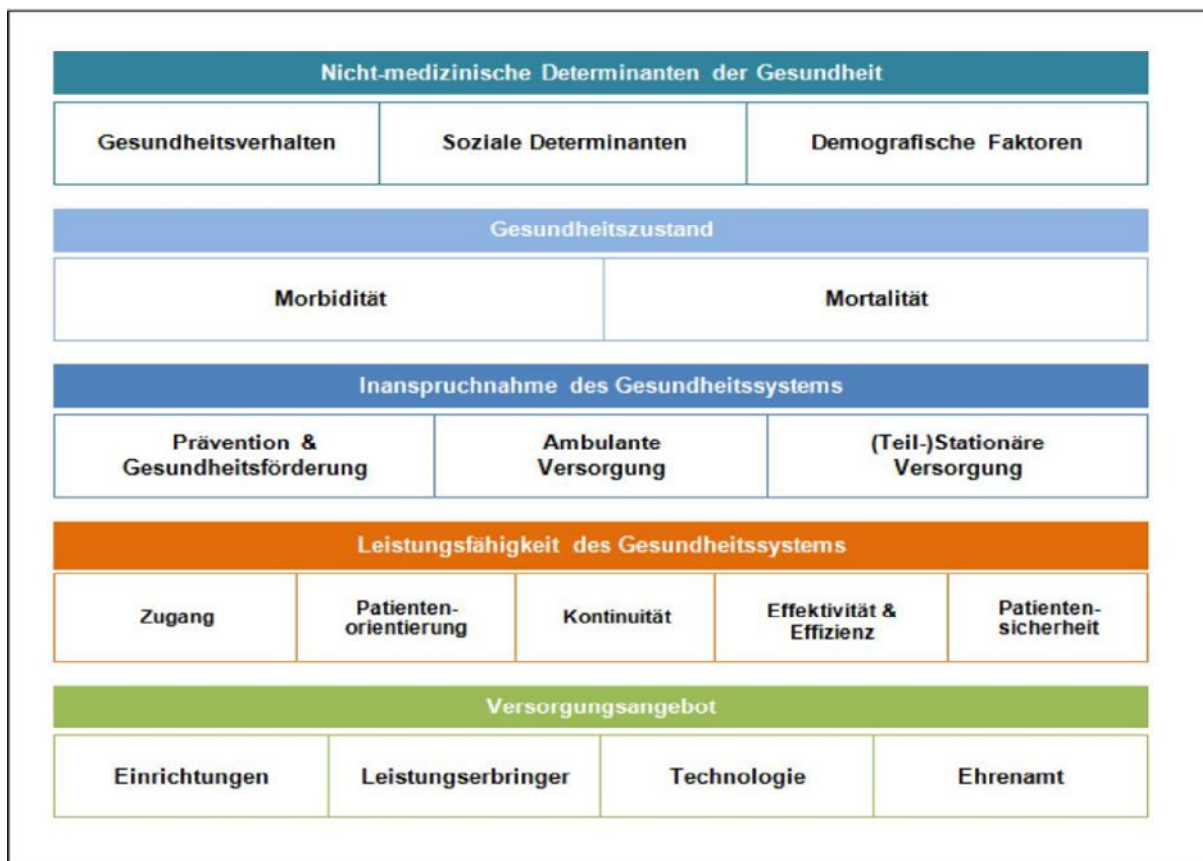


Abb.2: Framework für Themenfelder in der regionalen Gesundheitsversorgung⁴

ZIEL: AUSTAUSCH UND WISSENSTRANSFER ZWISCHEN VERSORGUNG UND FORSCHUNG FÖRDERN

⁴ aus dem Abschlussbericht des Modellprojekts Sektorenübergreifende Versorgung des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2018), abrufbar unter: <https://www.gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/kreisebene/modellprojekt-sektoreuebergreifende-versorgung/>

Maßnahme: Literaturzugang für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verbessern, Ressourcen der Medizinischen Fakultäten nutzen und gegenseitigen Datenzugang ermöglichen

Wichtig erscheint, auch einen geregelten Wissenstransfer und -austausch zwischen Universitätsklinik und den Akteuren in der Region zu etablieren. Aus Sicht der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist z.B. der Zugang zu aktueller Fachliteratur bisher nur eingeschränkt verfügbar, was die Schaffung einer gemeinsamen Informationsbasis erschwert. Durch eine Kooperation mit den Medizinischen Fakultäten könnte durch die gemeinsame Nutzung von Lizenzen Abhilfe geschaffen werden. Dies stärkt nicht nur die Bindung zwischen der Universitätsmedizin und den versorgungsnahen Strukturen weiter, sondern stärkt die medizinische Versorgung qualitativ durch die Nutzbarmachung aktueller Forschungsergebnisse zum Vorteil der Bürgerinnen und Bürger. Der Austausch von Patientendaten zwischen Universitätsklinik und Hausärztinnen und -ärzten als Teil der Versorgung (z. B. telemedizinische Beurteilung einer Hautläsion, radiologische Befundung, oder KI-unterstützte Befundung eines EKG) stärkt den fachlichen Austausch und fördert für den Patienten bestmögliche Behandlungsoptionen direkt in seiner Region zutage.

Es braucht spezifische Programme, um die o.g. regionalen Themen für Personen, die eine akademische Karriere anstreben, sichtbar und attraktiv zu machen. Aus solchen Programmen muss ein Karriereweg in der Allgemeinmedizin klar erkennbar sein (z.B. eine Nachwuchsakademie „Versorgungsforschung regional-digital-interprofessionell“).

d) Themenfeld „Interprofessionalität“

ZIEL: INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT STÄRKEN UND FÖRDERN

Maßnahme: thematische Verankerung im Studium und in der Ausbildung weiterentwickeln, Interprofessionelle Studiengänge stärken und ausbauen

Der fortschreitende medizinisch-technische Fortschritt in den Versorgungsprozessen sowie eine kontinuierliche Professionalisierung der Gesundheitsberufe, aber auch das veränderte Bewusstsein und das differenziertere Nachfrageverhalten von Patienten und Konsumenten von Gesundheitsleistungen verlangen nach neuen Impulsen und Strategien für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Dies setzt vor allem eine kooperative berufsübergreifende Zusammenarbeit aller an den Versorgungsprozessen beteiligten Berufsgruppen voraus. Darin liegt eine klare Chance für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum.

Die thematische Weiterentwicklung des Medizinstudiums kann dazu beitragen, die interprofessionelle Zusammenarbeit durch frühzeitige Thematisierung in Studium und Ausbildung zu stärken und die Berufsanwärterinnen und -wärter zu sensibilisieren. Um das Ziel einer verstärkten interprofessionellen Zusammenarbeit zu erreichen, müssen deshalb spezifische Lehr- und Lerninhalte in die Aus- und Weiterbildungen aller beteiligter Berufsgruppen integriert werden. Schon in der Ausbildung müssen die

Bereitschaft und das Bewusstsein für gegenseitige Wertschätzung und patientenorientierte Teamarbeit auf Augenhöhe gelegt werden. Auch der Ausbau und die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit der in den Praxisanteilen der Lehre eingebundenen Hausärzte mit den Angehörigen der Gesundheitsfachberufe vor Ort ist hier ein wichtiges Anliegen. Diese interprofessionelle Arbeit kann vor Ort dann in den Praxen von den Studierenden direkt erfahren werden. Um dies zu erreichen, muss eine für alle Berufsgruppen verständliche Sprache gesprochen werden und Verständnis für die spezifischen Aufgaben und Arbeitsabläufe der anderen Gesundheitsberufe vorhanden sein. Im Einklang mit dieser Entwicklung haben die medizinischen Fakultäten in Freiburg, Heidelberg und Mannheim klinische interprofessionelle Ausbildungsstationen in der Pädiatrie (IPAPÄD), der Chirurgie (HIPSTA) und der inneren Medizin (MIA) entwickelt und in die jeweiligen Curricula implementiert.

Bereits existierende Studiengänge im Bereich der interprofessionellen Versorgung, etwa der Studiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ in Heidelberg und Mannheim, sollen als Vorbild für die Etablierung weiterer Studiengänge in diesem Bereich gelten.

Maßnahme: Evaluation und Implementierung von best-practice-Beispielen aus dem Ausland

Im internationalen Vergleich sind einige Länder bei der Implementierung einer interprofessionellen regionalen Gesundheitsversorgung weiter fortgeschritten als Deutschland. Dies begründet die besondere Dringlichkeit für ein gesteigertes Engagement der Landespolitik, aber auch der Bundespolitik in diesem Bereich. Insbesondere Schweden, Kanada und Finnland sind hier zu nennen. Strukturschwache und ländliche Regionen sind in diesen Staaten stark vertreten. Mit den sogenannten Family Health Teams (FHT) und den Community Health Centers in Kanada sowie den (kommunalen) Gesundheitszentren in Finnland und Schweden wird ein multiprofessioneller Rahmen vorgegeben. Auch in Baden-Württemberg existieren bereits solche Modelle (z.B. PORT-Initiative der Robert-Bosch-Stiftung mit u.a. dem PORT-Gesundheitszentrum Schwäbische Alb). Durch die Evaluation dieser best-practice-Beispiele und ggf. Implementierung ähnlicher Modelle auch in den ländlichen Regionen Baden-Württembergs könnten diese zu echten Transformatoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit avancieren, wovon letztendlich nicht nur die ländlichen Regionen, sondern alle Bürgerinnen und Bürger des Landes profitieren würden. Es muss ein Ziel sein, dass die Berufsanwärterinnen und -anwärter der verschiedenen Gesundheitsberufe frühzeitig mit diesen Modellen in Kontakt kommen.

Von Seiten der medizinischen Lehre ist eine noch stärkere Verknüpfung und inhaltlicher Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsfachberufe geboten. Dabei sollen gemeinsame Standards für die Vermittlung interprofessioneller Zusammenarbeit in den Curricula des Medizinstudiums und der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen entwickelt werden.

ZIEL: IDENTIFIKATION VON SCHNITTSTELLEN UND SPEZIALISIERUNGSPOTENZIAL ALLER GESUNDHEITSFACHBERUFE

Maßnahme: Aufgaben in der Versorgung neu verteilen

Schon heute kommt dem Hausarzt bzw. der Hausärztin eine zentrale Koordinationsfunktion in der Gesundheitsversorgung einschließlich Prävention und Gesundheitsförderung zu. Zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgung braucht es vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung eine neue Verteilung der Aufgaben unter vermehrtem Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe. Es existieren hier bereits zahlreiche Modelle und internationale Erfahrungen mit Case- und Care Managern/Patientenlotsen, die als spezifisch weitergebildete Angehörige anderer Gesundheitsberufe, insbesondere der Pflege, eine wichtige Rolle übernehmen. Solche Modelle sollen dabei helfen, die Versorgung effizienter und patientenorientierter zu organisieren. Zukünftig gilt es, die Modelle an die spezifischen Bedarfe der jeweiligen ländlichen Regionen anzupassen und die rechtlichen Rahmenbedingungen für deren Implementierung zu schaffen. Dabei sollen auch die in den Landkreisen bestehenden Pflegestützpunkte einbezogen werden.

Eine Ausweitung bisheriger Projekte in Baden-Württemberg zu Sicherung der bestmöglichen Versorgung im ländlichen Raum ist daher von der Versorgungsseite anzudenken.

e) Themenfeld "Lehre qualitätsorientiert weiterentwickeln"

ZIEL: WEITERE VERBESSERUNG DER ALLGEMEINMEDIZINISCHEN LEHRE

Maßnahme: Entwicklung eines longitudinalen Curriculums in Kooperation mit versorgungsnahen Strukturen und Studierenden

Mit der Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die Allgemeinmedizin mit der universitären Lehre und den Lehrenden aus den versorgungsnahen Strukturen (Lehrpraxen, Lehrkrankenhäuser) als gleichberechtigte Partner folgt Baden-Württemberg einem globalen Trend, der die Lehre im ambulanten Bereich stärkt und noch intensiver mit der universitären Lehre verknüpft. Ziel des Curriculums muss dabei insgesamt sein, frühzeitig Begeisterung für die hausärztliche Versorgung zu wecken, die dafür notwendigen Kompetenzen praxisnah zu vermitteln und einen klaren Karriereweg aufzuzeigen. Damit wird den Studierenden bereits im Studium die Möglichkeit geboten, die vielfältigen Aspekte der Allgemeinmedizin kennenzulernen und sich optimal für eine spätere Tätigkeit auf dem Land zu qualifizieren. Dies geschieht durch spezielle, inhaltlich aufeinander abgestimmte Ausbildungsmodulare, die man in jeder Phase des Studiums wählen kann. In diesen Kursen sollen die Studierenden ganz im Sinne eines verknüpften und stringenten Curriculums frühzeitig mit Hausärztinnen und Hausärzten, regionalen ambulanten und stationären Versorgungszentren sowie Gemeinden zusammengebracht werden.

Um die Studierenden im Rahmen eines umfassenden begleitenden Mentorings zu unterstützen, wird ein personeller Mehraufwand an den Medizinischen Fakultäten und den kommunalen Anlaufstellen entstehen. Diesen Mehraufwand gilt es, durch etwaige Personalstellen flächendeckend abzubilden und insbesondere auch bei haushalterischen Planungen zu berücksichtigen.

ZIEL: QUALITÄTSSICHERUNG DER LEHRE IN DER ALLGEMEINMEDIZIN

Maßnahme: Infrastruktur zur Verknüpfung zwischen ländlicher Versorgung und universitärer Lehre aufbauen, mit begleitender Evaluation

Um einen effektiveren Austausch zwischen den universitären und den versorgungsnahen Strukturen zu etablieren, müssen Infrastrukturen aufgebaut werden, die nachhaltige Verbindungen zwischen der Universitätsmedizin und den Lehrpraxen und -krankenhäusern sowie den Kommunen schaffen. Ziel ist dabei nicht zuletzt die Qualitätssicherung der Lehre⁵ in der ambulanten Versorgung sowie die leichtere Abwicklung organisatorischer Fragen, wie Wohnmöglichkeiten für Studierende oder deren Verpflegung. Dies trägt langfristig zur Stabilisierung der Primärversorgung bei und erweitert die Perspektiven des Medizinstudiums in Baden-Württemberg.

Ein weiterer Bestandteil einer sachgerechten Qualitätssicherung ist im weiteren Verlauf eine Absolventenstudie. Diese wird untersuchen, inwieweit die in diesem Paket angedachten Maßnahmen und die Reformen des Curriculums tatsächlich dazu führen, dass sich mehr junge Nachwuchsärztinnen und -ärzte in einer ländlichen Region niederlassen. Auch das Abschneiden der Studierenden in den Staatsexamina lässt Rückschlüsse auf den Erfolg und die Qualität der Maßnahmen zu. Weitere wichtige Elemente sind zudem eine gestiegene Partizipation der Studierenden bei der Ausgestaltung des Curriculums sowie Akzeptanz des Curriculums und eine engere Vernetzung der Studierenden innerhalb der Regionen. Auch Bestandteile des Curriculums selbst wie etwa die verbesserte Anpassung der universitären allgemeinmedizinischen Lehre an die Inhalte der Versorgung könnten Bestandteil dieser Studie sein.

3. Ausblick: Umsetzung der Maßnahmen und Zukunft der Arbeitsgruppe

Abschließend zeigt sich anhand der dargelegten Maßnahmen deutlich das große Potenzial der einzurichtenden „Regionen für ärztliche Ausbildung“, das durch die vielfältigen Vorarbeiten der Landesre-

⁵ Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Lehre an den Medizinischen Fakultäten des Landes bereits auf sehr hohem Niveau ausgebaut sind und die Grundlage für die Entwicklung eines longitudinalen Curriculums darstellen.

gierung, der kommunalen Seite und der beteiligten Akteure aus Lehre und Versorgung in diesen Bereichen bereits vorhanden ist. Die Landesregierung sollte dieses Potenzial durch strukturelle Reformen in den nächsten Jahren noch weiter stärken und durch eine zukunftsweisende Strategie ausbauen. Die Arbeitsgruppe sieht für die Landesregierung in der neuen Legislaturperiode dabei folgende Handlungsoptionen:

1. ENGAGIERTE FORTSETZUNG DER BEREITS BESTEHENDEN ERFOLGREICHEN MAßNAHMEN

Die eingangs erwähnten, bereits durch das Land initiierten erfolgreichen Förderprogramme im Bereich der regionalen medizinischen Versorgung und der medizinischen Ausbildung sind auch in Zukunft fortzuführen. Dies umfasst neben der Sonderlinie Hochschulmedizin und der Förderlinie Lehre auch die verschiedenen Projekte und Veranstaltungsreihen zur Nachwuchsgewinnung (wie bspw. LAND ARZT LEBEN LIEBEN o.ä.), das Entwicklungsprogramm Ländlicher Raum (ELR), das Förderprogramm „Landärzte“ und das Stipendienprogramm zur Gewinnung Medizinstudierender für den ländlichen Raum sowie auch die Erprobung neuer Praxismodelle (bspw. genossenschaftlich getragene Hausarztmodelle). Dabei sind diese Programme einer regelmäßigen Evaluation zu unterziehen, damit frühzeitig Optimierungen vorgenommen werden können. Auch die im Forum Gesundheitsstandort bereits laufenden Initiativen zur Translation medizinischer Forschungsergebnisse in die Krankenversorgung, die stärkere Nutzung der Digitalisierung in der Medizin sowie zur Entwicklung innovativer Ausbildungskonzepte für die Berufe des Gesundheitssektors tragen zu den Zielen einer engeren Verknüpfung der Akteure in Versorgung und Ausbildung und der weiteren Verbesserung der regionalen Medizinischen Versorgung im Land bei. Diese sollten daher in der neuen Legislaturperiode ebenfalls weiter fortgesetzt werden.

2. ETABLIERUNG KLARER VERANTWORTLICHKEITEN BEI FAKULTÄTEN UND KOMMUNEN

Um im Sinne einer langfristigen Strategie alle relevanten Akteure einzubinden und deren vorhandene Potenziale für nachhaltiges Engagement zu aktivieren, ist die aktive Unterstützung von Akteuren mit Kernaufgaben im Bereich Studium und Lehre weiter zu verbessern. Die Studiendekane der medizinischen Fakultäten haben in Zusammenarbeit mit den Instituten für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung vielversprechende Ansätze zur besseren Verknüpfung der universitären Lehre mit den Akteuren der versorgungsnahen Strukturen in den jeweiligen Regionen formuliert. Die Studiendekane verfügen zudem über die notwendigen Kompetenzen, um die vorrangigen Bedarfe in den einzelnen Regionen im Bereich Studium und Lehre zu identifizieren und die entsprechenden Ansprechpartner einzubinden. Zeitgleich werden so die Medizinischen Fakultäten ihrer Gesamtverantwortung für die Lehre auch in den versorgungsnahen Strukturen gerecht.

Dabei sind bereits bestehenden Strukturen der kommunalen Ebene, insbesondere der Kommunalen Gesundheitskonferenzen, zu berücksichtigen und einzubinden. Eine enge Vernetzung mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen ist für eine zielgerichtete Stärkung der Allgemeinmedizin und der Sicherung der medizinischen Versorgung auf dem Land unabdingbar. Dabei gilt es, dass man auf diese bereits etablierten Strukturen auf Landkreisebene aufbaut und diese Strukturen erweitert.

Die betroffenen Ressorts sollen sich auch weiterhin in ihren jeweiligen Zuständigkeiten für die Belange der medizinischen Ausbildung im Kontext der regionalen ärztlichen Versorgung stark machen. Besonderes Augenmerk soll dabei seitens des Wissenschaftsministeriums auf die Bereiche der Versorgungsforschung mit besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen der ländlichen Regionen sowie auf den verstärkten Austausch zwischen den universitätsmedizinischen Einrichtungen und den versorgungsnahen Strukturen zu richten sein. Auch die stärkere Einbindung allgemeinmedizinischer und interprofessioneller Inhalte in das Medizinstudium soll durch das Wissenschaftsministerium weiterhin begleitet und durch die dafür zuständigen Akteure an den Medizinischen Fakultäten unterstützt werden.

3. FINANZIELLE FÖRDERUNG WICHTIGER VERNETZUNGSMAßNAHMEN IM RAHMEN ZUKÜNFTIGER HAUSHALTE

Die in diesem Papier dargelegten Maßnahmen müssen mit finanziellen Mitteln unterlegt werden. Diese stellen dabei keine unverhältnismäßig hohen Aufwendungen dar, sondern dienen der Etablierung notwendiger Strukturen zur Umsetzung der dargelegten Maßnahmen. Konkret empfiehlt sich bspw. die Einrichtung einer dauerhaften Stelle an den Studiendekanaten oder den universitären Instituten für Allgemeinmedizin. Für eine gezielte Umsetzung der Maßnahmen vor Ort gilt es auch den Mehraufwand auf kommunaler Seite mitzudenken. Ein solcher ist ebenfalls durch etwaige Personalstellen flächendeckend auf Landkreisebene abzubilden und mit finanziellen Mitteln zu unterlegen. Zudem müssen die Kommunalen Gesundheitskonferenzen mit einem Budget ausgestattet werden, um zielgerichtete Untersuchungsaufträge im Bereich der Versorgungsforschung beauftragen zu können. Teilweise sind die notwendigen Bedarfe bereits im Nachtragshaushalt verankert, so z.B. Gelder für die weitere Digitalisierung in Studium und Lehre oder Projektmittel des Forums Gesundheitsstandort zur Stärkung der regionalen Vernetzung in der Medizin. Die hier sinnvollerweise einzusetzenden Mittel gehen jedoch über den Nachtragshaushalt hinaus und bedürfen einer langfristigen und auskömmlichen Finanzierung, die in den kommenden Landeshaushalten zu verankern sein wird.

Ebenso empfiehlt die Arbeitsgruppe, für den Aufbau von regionalen und kommunalen Infrastrukturen zur Koordination, Verknüpfung und Unterstützung versorgungsnaher Strukturen und für die Umset-

zung infrastruktureller Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung des ländlichen Raums sowie zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie in den kommenden Jahren zusätzliche Mittel bereitzustellen.

4. ETABLIERUNG VON MODELLVORHABEN AUF KOMMUNALER EBENE IN ALLEN REGIONEN DES LANDES

Die konkrete Umsetzung der in diesem Papier dargelegten Maßnahmen soll zunächst in noch zu identifizierenden Modellvorhaben erfolgen, da damit eine Konzentration auf ein einzelnes Vorhaben erfolgen könnte und aus den Erfahrungen des Modellprojekts für die spätere Umsetzung weiterer Vorhaben entsprechende Rückschlüsse gezogen werden können. Für eine gelingende Implementierung ist es dabei notwendig, ein regionales Modellvorhaben je beteiligter Fakultät auf Ebene eines Landkreises im Einvernehmen mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen auszuwählen, bei dem die zu beteiligenden Akteure bereit sind, innovativ zu handeln und entsprechende Projekte unter Einsatz von personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen voranzubringen. Es wird daher empfohlen, einen Landkreis auszuwählen, der bereits eine gefestigte Versorgungsstruktur aufweist und bestenfalls bereits in Kooperation mit der Medizinischen Fakultät vor Ort steht. Eine solche Auswahl trägt nach Auffassung der Arbeitsgruppe zur breiteren Akzeptanz der Maßnahmen bei: In einem festgelegten zeitlichen Rahmen sollen Erfolge und der Mehrwert der Projekte für die Kommunen in diesem Landkreis erkennbar sein. Die Auswahl der Modellregion sollte durch die Medizinischen Fakultäten im Einvernehmen mit der örtlichen Kommunalen Gesundheitskonferenz erfolgen, da diese die Kooperationsbereitschaft und die vorhandenen und noch ausbaufähigen Strukturen des möglichen Kooperationspartners auf kommunaler Ebene bestmöglich einschätzen können. Dabei darf es nicht bei einem Modellvorhaben bleiben, sondern es gilt bereits zu Beginn mitzudenken, diesen Ansatz auch flächendeckend fortzuführen. Für die Maßnahmen im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Entwicklung des longitudinalen allgemeinmedizinischen Curriculums gilt dieser Modellcharakter nicht.

Die Arbeitsgruppe betont zugleich, dass für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen das verstärkte Zusammenwirken der vielfältigen Akteure der medizinischen Versorgung, wie etwa der Krankenkassen, regionalen Krankenhäuser und Praxen, Ärzteverbände, Landesärztekammer und Bezirksärztekammern, Städte, Gemeinden und Landkreise sowie der Kassenärztlichen Vereinigung, Kommunalen Gesundheitskonferenzen und der Medizinischen Fakultäten im Land notwendig ist. Sie ruft diese daher dazu auf, in Zukunft noch stärker miteinander zu interagieren und kooperieren und sich bei der Umsetzung der Vorhaben gegenseitig zu unterstützen.

Zudem ist angedacht, die Arbeitsgruppe auch weiterhin als Plattform für Fragen der medizinischen Lehre, Ausbildung und der Verbesserungen der medizinischen Versorgung zu nutzen. Hierfür ist die

Einbindung weiterer Akteure, wie etwa Angehöriger der Gesundheitsfachberufe, notwendig. Dies trüge zur weiteren Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten bei. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der kommunalen und staatlichen Daseinsfürsorge könnten mit ihrer Expertise einen wichtigen Beitrag zur weiteren Entwicklung innovativer Ansätze in der Lehre und der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern sowie der Gesundheitsfachberufe leisten. Die Arbeitsgruppe soll daher im Rahmen des Forums Gesundheitsstandort als Aktivität in Verantwortung des MWK und enger Abstimmung insbesondere mit dem Ministerium für Soziales und Integration und dem Ministerium für Ländlichen Raum und Verbraucherschutz und den Kommunalen Landesverbänden fortgesetzt werden.

Anhang

Teilnehmerliste der Arbeitsgruppe „Regionen für ärztliche Ausbildung“

Fakultäten – Bereich Lehre

Dr. Martina Bischoff	Mitarbeiterin Lehrbereich Allgemeinmedizin, Lehrkoordination Bereich Weiterbildung, UK Freiburg
Prof. Dr. Lutz Hein	Studiendekan Freiburg
Prof. Dr. Sabine Hertz	Studiendekanin Heidelberg
Prof. Dr. Thomas Wieland	Studiendekan Mannheim
Prof. Dr. Stephan Zipfel	Studiendekan Tübingen
Prof. Dr. Tobias Böckers	Studiendekan Ulm

Studierendenvertreter

Tim Schwarz	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland
Tobias Henke	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland

Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Seite

Heinz- Peter Ohm	Kommunale Gesundheitskonferenzen BW und Gesundheitsamt Stuttgart
Dr. Tim Gerhäuser	Dezernent Ordnung, Gesundheit Strukturpolitik des Landkreistags BW
Nicole Gutknecht	Referentin des Landkreistags BW
Anette Ries	Referentin des Gemeindevorstandes BW

Vertreterinnen und Vertreter des Fachbereichs Allgemeinmedizin

Dr. Cornelia Wachter	Hausärztin (DOK:TOR, Schriesheim), MVZ Wilhelmsfeld; wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abt. Allgemeinmedizin und
----------------------	---

	Versorgungsforschung UK Heidelberg
Prof. Dr. med. Frank Peters-Klimm	Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg
Prof. Dr. Joachim Szece-nyi	Professor für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg
Prof. Dr. Joachim Fischer	Professor für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin, Mannheim
Prof. Dr. Stefanie Joos	Professorin für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung, Tübingen
Dr. Roland Koch	Lehrkoordinator und. Stellv. Leiter, Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung, Tübingen
Prof. Dr. Anne Barzel	Professorin für Allgemeinmedizin, Ulm
Prof. Dr. Andy Maun	Professor für Allgemeinmedizin, Freiburg

Vertreterinnen und Vertreter der Ressorts

Maria Diop	SM, Referat 31
Jonas Esterl	MLR, Zentralstelle
Dr. Carsten Dose	MWK, Referat 42
Raphaella Meier	MWK, Referat 42
Hjalmar Hellstern	MWK, Referat 42
Dr. Daniela Koch	MWK, Referat 42

Vertreterinnen und Vertreter der Versorgung und des Berufsrechts

Dr. Martin Felger	MVZ Calw eG
Dr. Gottfried Roller	Amtsleiter des Kreisgesundheitsamts Reutlingen
Dr. Peter Schäfer	Gesundheitsamt Mannheim
Steffen Witte	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), Sachgebietsleiter Strategie, Kooperation und Nachwuchs
Alisa Rebecca Wandres	KVBW
I	

Wolfgang Schneider	Geschäftsführer der ADK GmbH für Gesundheit und Soziales
Dr. Manfred Eissler	Landesärztekammer BW/ Hau särzteverband
Inga Junge	Deutscher Hausärzteverband Landesverband BW
Ursula Ungerer	BWKG