

1 **Eine leistungsstarke und wohnortnahe Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sicher**

2 **I) Die Herausforderung**

3 Der Mangel an Haus- und Fachärzten ist in ganz Niedersachsen zu spüren. Haus- und  
4 Facharztpraxen sind nicht nur im ländlichen Raum mit Schwierigkeiten bei der Praxisnachfolge  
5 konfrontiert. Da die bislang von Bund, Ländern, Kommunen, Kassenärztlichen Vereinigungen und  
6 anderen Akteuren eingeleiteten Maßnahmen zwar wirken, aber nicht ausreichen, werden  
7 gegenwärtig neue Wege diskutiert.

8 **II) Erste Schritte**

9 Bereits seit 2010 unterstützt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) mit der Initiative „Niederlassen  
10 in Niedersachsen“ niederlassungswillige Ärzte, z.B. durch Service- und Beratungsangebote bis hin  
11 zu Niederlassungsförderungen und Umsatzgarantien.

12 Mit dem Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ werden kommunale Weichenstellungen  
13 zur Stärkung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung gefördert.

14 Das Land unterstützt Medizinstudenten finanziell mit zwei Förderprogrammen. Studenten, die ihr  
15 sog. Wahltertial im praktischen Teil in einer Hausarztpraxis absolvieren, können eine Förderung  
16 von bis zu 2.400 Euro aus Landesmitteln erhalten. Sagen sie zu, sich nach Studienabschluss als  
17 Hausärzte niederzulassen, können sie ein Stipendium erhalten. Dieses beträgt 400 Euro monatlich  
18 und umfasst bis zu 60 Plätze.

19 **III) Maßnahmenkatalog zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum**

20 Zwar konnten mit den eingeleiteten Maßnahmen die Rahmenbedingungen für angehende  
21 Mediziner verbessert werden, die erhoffte Steuerungswirkung bei der haus- und fachärztlichen  
22 Versorgung im ländlichen Raum konnte bislang jedoch nicht erzielt werden. Stattdessen ist zu  
23 erkennen, dass bereits absehbare Versorgungslücken im ländlichen Raum mittelfristig auch die  
24 urbanen Zentren erreichen dürften.

25 Um eine hochwertige und wohnortnahe gesundheitliche Daseinsvorsorge in ganz Niedersachsen  
26 sicherzustellen, fordert die CDU in Niedersachsen die zeitnahe Umsetzung eines ebenso  
27 umfassenden wie ambitionierten Maßnahmenpakets:

28 **1. Ausbau von Studienplätzen und Verbesserung der Studienbedingungen**

29 Mit einer Novelle des Niedersächsischen Hochschulgesetzes wurde die Grundlage dafür  
30 gelegt, dass in vereinfachter Zusammenarbeit mit Kliniken und Klinikverbänden künftig  
31 leichter zusätzliche Studienplätze in der klinischen Phase (ab 5. Semester) geschaffen  
32 werden können. Dies bietet niedersächsischen Studenten, die den vorklinischen Studienteil  
33 im europäischen Ausland absolviert haben, die Möglichkeit ihr Studium in Niedersachsen  
34 fortzusetzen. Mit einem Sondervermögen im Umfang von 2,1 Mrd. Euro soll die  
35 Universitätsmedizin in Hannover und Göttingen modernisiert werden. Kurzfristig sind  
36 größere Investitionen auch am Standort der European Medical School in Oldenburg  
37 notwendig, um die Zahl der Studienplätze weiter erhöhen zu können. Hierzu werden u.a. in  
38 Göttingen in Zusammenarbeit mit einem klinischen Partner bestehende Teil- in  
39 Vollzeitplätze umgewandelt.

40 Unter Federführung des Sozialministeriums sollen die Grundlagen für die Einführung einer  
41 Landarztquote geschaffen werden, die sich an den Entwürfen aus Bayern und Nordrhein-  
42 Westfalen orientiert. Dabei wird das Land die im neuen Staatsvertrag zur  
43 Hochschulzulassung verankerten Spielräume nutzen, um geeigneten Bewerbern einen

44 Zugang zum Medizinstudium zu ebnen. Durch das Sozialministeriums sind hierfür  
45 geeignete und rechtssichere Kriterien zu entwickeln, Bewerbungsverfahren durchzuführen  
46 und ausreichende Kapazitäten auch in der klinischen Phase durch weitere Kooperationen  
47 mit klinischen Partnern zu gewährleisten.

48 Es ist dem CDU-geführten Ministerium für Wissenschaft und Kultur gelungen, 150  
49 zusätzliche Medizinstudienplätze auf den Weg zu bringen. An den Standorten in Hannover  
50 (+50), Göttingen (+60) und Oldenburg (+40) werden künftig mehr Studenten ihre  
51 medizinische Laufbahn starten können.

52 Zur Kompensation der mit der Novelle der ärztlichen Approbationsordnung verbundenen  
53 Kapazitätsreduzierungen sowie für die Bereitstellung der Kapazitäten für die  
54 Landarztquote sollen bis zu 100 zusätzliche Studienplätze, vornehmlich am Standort  
55 Oldenburg, geschaffen werden.

## 56 **2. Die Allgemeinmedizin in Aus- und Weiterbildung stärken**

57 Der „Masterplan Medizinstudium 2020“ des Bundes sieht eine weitere Stärkung der  
58 Allgemeinmedizin vor. So sollen der direkte Patientenkontakt bereits zu Beginn des  
59 Studiums erfolgen, die Zahl der Lehrstühle und die Prüfungsrelevanz der Allgemeinmedizin  
60 erhöht und das praktische Jahr neu strukturiert werden. Neben den bereits existierenden  
61 Modellen in Oldenburg und Hannover soll die Kooperation mit Hausarztpraxen weiter  
62 gestärkt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung soll aufgefordert werden, ebenso eine  
63 größere Offenheit für neue Wege zeigen, um Perspektiven für Haus- und Fachärzte im  
64 ländlichen Raum attraktiver zu gestalten.

65 Wir setzen uns dafür ein die bisherigen Förderprogramme zu überarbeiten. Dies gilt für die  
66 Höhe der Förderung, die Vernetzung der Förderinstrumente auf verschiedenen Ebenen  
67 und die Vertragsgrundlagen gleichermaßen. Gleichzeitig wird geprüft, an welchem  
68 Zeitpunkt eine Förderung idealerweise ansetzen muss, um Studenten erfolgreich zu einer  
69 Tätigkeit als Haus- oder Facharzt im ländlichen Raum zu motivieren.

## 70 **3. Rahmenbedingungen für Haus- und Fachärzte im ländlichen Raum attraktiver gestalten**

71 Angesichts des wachsenden Anteils von Medizinstudentinnen wird eine familien- und  
72 kinderfreundliche Infrastruktur im ländlichen Raum als Niederlassungskriterium immer  
73 wichtiger. Das finanzielle Risiko und der bürokratische Aufwand werden zunehmend zu  
74 Verhinderungskriterien für die eigene Praxis. Auch die Absicherung gegen  
75 Regressforderungen gegen Ärzte ist ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand und kostet  
76 viel wertvolle Zeit. Dort müssen wir die Ärzte entlasten. Hausärztliche  
77 Versorgungszentren, Polikliniken oder Gemeinschaftspraxen sowie ein Bürokratieabbau  
78 können Abhilfe schaffen. In Kooperation mit der Kassenärztliche Vereinigung müssen  
79 Strategien entwickelt werden, um Kommunen bei der Schaffung von  
80 Gemeinschaftseinrichtungen oder bei der Gestaltung familien- und kinderfreundlicher  
81 Infrastruktur zu unterstützen. Bei der Gründung von hausärztlichen Versorgungszentren  
82 ist in der Zukunft ist es unser Ziel, dass die NBank bei der Finanzierung durch geeignete  
83 Förderinstrumente beteiligt werden kann.

84 Viele Fach- und Hausärzte im ländlichen Raum sind mit deutlich geringeren  
85 Umsatzerwartungen und einer deutlich schlechteren Work-Life-Balance als Ärzte in  
86 Großstädten konfrontiert. Sinnvoll sind daher auch finanzielle Anreize. Bessere  
87 Vergütungssysteme wie beispielsweise eine Überarbeitung der Honorierung, eine  
88 Förderung der Praxiseinrichtung, die Wiedereinführung von Fahrtkostenerstattungen für

89 Hausbesuche, eine Teilzeitregelung oder Zuschussprogramme für innovative Instrumente  
90 und Verfahren z.B. in der Telemedizin sind zu entwickeln.

91 Eine hohe Bedeutung hat auch die Vermittlung nicht-ärztlicher Kompetenzen, die den  
92 Patientenkontakt und die Patientenbindung erleichtern, um eine langfristige  
93 wirtschaftliche Perspektive einer neuen Niederlassung zu ermöglichen.

94 Neben den im „Masterplan Medizinstudium 2020“ verankerten Zielen zur Stärkung der  
95 Allgemeinmedizin sollen daher insbesondere Mentoringsysteme weiter ausgebaut werden.  
96 Hieraus sollen Anknüpfungspunkte für eine fließende Praxisnachfolge entstehen.  
97 Einhergehend mit der Erhöhung der Anzahl an Studienplätzen soll auch die Aufstockung  
98 der Professuren für Allgemeinmedizin erfolgen.

#### 99 **4. Quereinstiege in die Allgemeinmedizin verbessern**

100 Viele Ärzte können sich in einer späteren Lebensphase einen Wechsel beispielsweise aus  
101 dem Krankenhaus in eine Fach- oder Hausarztpraxis im ländlichen Raum grundsätzlich  
102 vorstellen. Allerdings ist festzustellen, dass entsprechende Interessenten bislang nur  
103 unzureichend identifiziert und aktiv angesprochen werden können. Auch ist zu prüfen, wie  
104 sie ohne eine zusätzliche formelle Facharztausbildung wechseln und ihre in der Praxis  
105 erworbenen Qualifikationen anerkennen lassen können.

106 Vielen angehenden Ärzten fehlt die wirtschaftliche Kompetenz, die für einen erfolgreichen  
107 Sprung in die Selbstständigkeit sehr hilfreich werden. Die Weiterbildungsangebote sollen  
108 diese Herausforderungen künftig stärker würdigen. In Zusammenarbeit mit der  
109 Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer müssen daher entsprechende  
110 Angebote überprüft und weiterentwickelt werden. So kann auch die notwendige  
111 Qualitätssicherung gewährleistet werden.

#### 112 **5. Fach- und Hausärzte im ländlichen Raum entlasten**

113 Medizinische Routinetätigkeiten und lange Fahrtwege beanspruchen einen bedeutenden  
114 Teil der wöchentlichen Arbeitszeit von Haus- und Fachärzten. Delegationsmodelle wie das  
115 Berufsbild „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH) oder das Instrument  
116 der Telemedizin wurden entwickelt, damit nicht-ärztliches Personal zur zeitlichen  
117 Entlastung beitragen kann. Durch Nutzung digitaler Sensorik können relevante  
118 Gesundheitsdaten durch Patienten erfasst und an Ärzte übermittelt werden. Zwingende  
119 Voraussetzung für diese Maßnahmen ist ein flächendeckender Breitband- und  
120 Mobilfunkausbau sowie verlässliche Instrumente für Datenschutz und Datensicherheit.

121 Um Delegationsmodelle künftig erweitern zu können, müssen die Aus- und Weiterbildung  
122 des nicht-ärztlichen Personals ausgebaut werden. Es ist wünschenswert, wenn das  
123 gegenwärtig diskutierte Modell des Physician Assistants sowohl an einer  
124 niedersächsischen Klinik als auch an einer niedersächsischen Hochschule erprobt und  
125 wissenschaftlich begleitet wird.

#### 126 **6. Verteilungsmechanismus überarbeiten**

127 Die regionale Verteilung von Ärzten im Rahmen der durch die KVN vorgegebenen  
128 Verteilungsmechanismen haben sich als unzureichend erwiesen, um den  
129 Herausforderungen des demografischen Wandels gebührend Rechnung zu tragen. Durch  
130 einen neuen Kriterienkatalog ist darauf hinzuwirken, dass sich Praxen, Medizinische  
131 Versorgungszentren und andere medizinische Einrichtungen nicht nur in Mittelzentren

132 oder zentralen Orten ansiedeln. Das Land wird dazu aufgefordert, im Rahmen seiner  
133 Rechtsaufsicht die Etablierung eines dezentralen Verteilungsmechanismus sicherzustellen.

134 Die KVN ist zudem aufgefordert, die Honorarregelungen insbesondere für den ländlichen  
135 Raum einer kritischen Überprüfung zu unterziehen und Vorschläge für den Abbau von  
136 Fehlanreizen vorzulegen. Um Defiziten in der ambulanten, stationären und  
137 Notfallversorgung wirksam entgegenzutreten zu können, sind sektorübergreifende Ansätze  
138 sinnvoll. Hier sind regionale Gebietsstrukturen zu hinterfragen. Es soll angestrebt werden,  
139 dass erste Vorschläge bereits im Abschlussbericht der Enquetekommission  
140 Berücksichtigung finden können.

#### 141 **7. Etablierung eines Monitoringsystems**

142 Die Entscheidungs- und Abstimmungsgremien zwischen Politik, Verwaltung und ärztlicher  
143 Selbstverwaltung sind so zu reformieren, dass grundlegende Veränderungen frühzeitig  
144 identifiziert und geeignete Maßnahmen entwickelt werden können. Hierzu sollte ein  
145 kontinuierliches Monitoring durchgeführt werden. Durch eine enge wissenschaftliche  
146 Begleitung, eine stärkere Zusammenarbeit der für die Arztplanung und Arztausbildung  
147 zuständigen Institutionen, kann das niedersächsische Gesundheitssystem so reaktiver  
148 werden und auf neue Entwicklungen schneller und effizienter reagieren.

#### 149 **IV) Die Zulassung zum Medizinstudium braucht vielfältige und effiziente Kriterien**

150 Es scheint zielführender, berufliche Vorqualifikationen, soziale Kompetenzen und ehrenamtliche  
151 Tätigkeiten sowie ein grundsätzliches Interesse an einer Tätigkeit im ländlichen Raum im Rahmen  
152 einer Schwerpunktsetzung im neuen Zulassungssystem zum Medizinstudium zusammenzuführen.  
153 Die Vielfalt der Kriterien erleichtert die Berücksichtigung individueller Lebensentwürfe und  
154 vermeidet Ineffizienzen eines einzelnen, starren Kriteriums.

155 Die CDU in Niedersachsen setzt sich daher beim Zugang zum Medizinstudium für eine  
156 Kriterienvielfalt ein, in der die Bereitschaft zur Tätigkeit im ländlichen Raum mitberücksichtigt  
157 wird.