

REGIONALER PLANUNGSVERBAND SÜDOSTOBERBAYERN

Resolution der Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern

Präambel

Die Region Südostoberbayern ist mit knapp 800 000 Einwohnern und etwa 5 000 km² nach den Regionen München und Nürnberg die größte Region mit ländlichen Räumen und zentralen Städten. Durch ihre Randlage in Bayern ist eine eigenständige, flächendeckende medizinische Versorgung für die Bevölkerung von größter Bedeutung.

Dem Verfassungsrang für gleichwertige Lebensverhältnisse und Arbeitsbedingungen in ganz Bayern, in Stadt und Land, wird man nur gerecht, wenn auch eine nachhaltige Sicherung der medizinischen Versorgung in allen Teilen unserer Region erfolgt.

Der Regionale Planungsverband Südostoberbayern widmet sich im Rahmen der „Regionalen Gesundheitskonferenz Südostoberbayern“ umfassend der medizinischen Versorgung. Dabei soll das Wohl der Bürger als Patienten im Focus der Bemühungen stehen.

In diesem Zusammenhang haben die Kliniken in der Region Südostoberbayern eine herausragende Bedeutung für die Versorgung des ländlichen Raums:

- Sie gewährleisten eine hochwertige Akutversorgung.
- Sie halten die Notfallbereitschaft vor; sind 24 Stunden an 365 Tagen verfügbar.
- Sie stehen für die Ausbildung des medizinischen Personals zur Verfügung.

Mit Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege hat der Verband die Initiative ergriffen und sich schwerpunktmäßig mit der ambulanten ärztlichen Versorgung und ihrer Probleme beschäftigt, wobei jedoch die gesamte Versorgung, ambulant wie stationär, betrachtet wurde. Dabei sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Sicherung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung vor allem im ländlichen Raum
- Verhinderung einer Konzentration von medizinischer Versorgung in den Zentren, zu Lasten des ländlichen Raumes
- Bedarfsgerechte, räumliche Verteilung der niedergelassenen Haus- und Fachärzte durch eine entsprechende Versorgungsplanung.
- Stärkung der Kommunen bei der Verbesserung ihrer medizinischen Versorgung
- Kooperation von stationärer und fachärztlicher Strukturen mit den niedergelassenen Hausärzten
- Bessere Kommunikation / besserer Informationsfluss zwischen den Akteuren zu Gunsten der Patienten.
- Neuregelung des Not- / Bereitschaftsdienstes (ambulant/stationär/Bereitschaftspraxen)
- Mehr junge Ärztinnen und Ärzte sollen für die ambulante Versorgung von ländlichen Strukturen gewonnen werden.

In den Sitzungen und Arbeitsgruppenbesprechungen sowie in Gemeindebefragungen wurde herausgearbeitet, dass trotz des hochkomplexen Systems mit vielen Querverbindungen, vielfältigen Zuständigkeiten und sehr unterschiedlichen Interessenslagen, Möglichkeiten bestehen, die medizinische Versorgung im ländlichen Raum zu sichern und zu verbessern. Die Ergebnisse haben exemplarischen Charakter und können auch auf andere Regionen in Bayern angewendet werden.

Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern erlässt als Ergebnis der gemeinsamen Arbeit folgende Resolution:

I. Räumlicher Zuschnitt der Versorgungsbereiche

Um eine möglichst sinnvoll verteilte, hausärztliche Versorgung langfristig sicher zu stellen, sind die Versorgungsbereiche in ihrem Zuschnitt insbesondere mit den Kriterien Bevölkerungsdichte und Siedlungsstruktur, lokale Besonderheiten sowie die Topografie zu berücksichtigen und entsprechend kleinräumig zu gestalten.

Der Vorschlag zur räumlichen Neugestaltung der Versorgungsgebiete ist der beiliegenden Karte zu entnehmen.

Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern fordert:

- die Vorschläge für die Bedarfsplanung zu übernehmen und zu berücksichtigen; außerdem
- wenn sich bereits ein Versorgungsmangel abzeichnet, sollte man niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte nach Kräften unterstützen und vorhandene Restriktionen entsprechend flexibel handhaben (siehe Anlage 2 „allgemeine Forderungen“).
- die Verhältniszahl (Arzt / Einwohner) regional flexibler und praxisorientierter zu handhaben.

II. Bereitschaftsdienst / Notdienst

Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern appelliert

- an die KVB, mit den betroffenen Gemeinden und den Hausärzten die Dienstgebiete für sie neu zu regeln (z.B. auf Landkreisebene) und dabei regionale Besonderheiten zu beachten. Die bisherigen Dienstgebiete sind in der Fläche zu groß und die diensthabenden Ärzte dafür in der Regel zu wenig.
- Daher müssen diese Dienste für Ärztinnen und Ärzte attraktiver gestaltet und finanziell besser honoriert werden.
- an die Kommunen, einen entsprechenden Fahrdienst für diese Dienste anzubieten.
- an die Krankenhäuser und die KVB, die Versorgung der Bevölkerung im Notdienst durch Etablierung von Notfallpraxen an Kliniken zu sichern.

III. Koordination und Kooperation von ambulant und stationär

Künftig soll zugunsten einer fachlich orientierten Versorgung der Patienten eine noch bessere Vernetzung im Bereich der Schnittstelle ambulant / stationär angestrebt werden.

Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern appelliert deshalb an

- die Krankenkassen und Krankenhausträger, eine ambulante Versorgung auch in stationären Einrichtungen bei bestimmten fachlichen Notwendigkeiten zuzulassen. Eine Kassenzulassung für stationäre Einrichtungen ist zu erwägen.
- die KVB, die „Konferenz Schnittstelle ambulant / stationär“ wieder zu beleben.
- alle beteiligten Seiten, die bisherige, starre Trennung zwischen stationär und ambulant aufzubrechen. Dies gilt vor allem für den Bereich der Finanzierung. In diesem Zusammenhang wird vorgeschlagen, Versorgungszentren an Krankenhäuser anzubinden.
- Für die Notfallversorgung braucht es einen Verbund der stationären und ambulanten Einrichtungen, die jeweils ausreichend finanziert sind.
- alle beteiligten Seiten, den Informationsaustausch zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich zu verbessern. (z.B. können digitale Technologien wie standardisierte Emails verwendet werden)
- alle beteiligten Seiten, die Organisation und Trägerschaft dieser neuen Einrichtungen systemübergreifend und lösungsorientiert zu diskutieren und zu realisieren.
- Die stärkere Einbindung der Facharztpraxen in die Notfall- und Bereitschaftsdienste ist zu prüfen.

Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern appelliert deshalb insbesondere an den Gesetzgeber, die Kliniken, die Bayerische Krankenhausgesellschaft, die Hausärzte, die KVB, die Krankenkassen und die Kommunen, innovative Versorgungsstrukturen auf dem Land aber auch an den Klinikstandorten zu entwickeln.

IV. Maßnahmen auf kommunaler Ebene

Auch die Kommunen haben die Möglichkeit und Pflicht, durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen zur flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung beizutragen (siehe Anlage 3 „gesetzliche Vorgaben“).

Hiervon sollten sie im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit auch Gebrauch machen. Dies ist – wie aus unserer Umfrage bei den Gemeinden der Region 18 hervorgeht – in Teilbereichen schon geschehen.

Jetzt geht es darum, die Möglichkeiten der Kommunen noch besser auszuschöpfen. Neben der Erhöhung des Problembewusstseins bei den Bürgermeistern, sollte vor allem die Einbindung und Mitbestimmung der Kommunalverwaltung in den Prozess der med. Versorgung verstärkt werden.

Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern appelliert deshalb an die Landkreise, Städte und Gemeinden, alle in ihrem Zuständigkeitsbereich zur Verfügung stehenden Möglichkeiten im Rahmen der Daseinsvorsorge zu nutzen und diese auch in ihren Gremien zu beschließen und umzusetzen. Dazu zählen insbesondere:

Marketingmaßnahmen für die Anwerbung von (Haus-)Ärztinnen und Ärzten

- Werbung innerhalb und außerhalb Bayerns für Standort Südostoberbayern, zur Anwerbung junger Ärztinnen und Ärzte.
- Workshop mit Medizinstudenten / innen z.B. an Universitäten zur Analyse der Erwartungen an das Berufsleben als Hausarzt in einer Gemeinde.

- Erstellung eines Servicepakets (z.B. Angebote und Hilfestellungen der Kommune) zur Anwerbung junger Ärzte / Ärztinnen.

Strukturelle / organisatorische Maßnahmen

- Stärkung der lokalen Infrastruktur und Steigerung der Lebensqualität (Arbeitsplätze, Wohnen, Versorgung, Verkehr, Bildung, Kultur und Sport, Freizeit, lebenswerte Umwelt)
- Betriebswirtschaftliche Unterstützung junger Ärzte / Ärztinnen z.B. durch Ausgliederung der Personalwirtschaft, zentrales Management in der Kommune bzw. durch einen externen Dienstleister.
- Schaffung familienfreundlicher Einrichtungen zur Kinderbetreuung mit entsprechenden Öffnungszeiten (Vereinbarkeit von Familie und Beruf).
- Unterstützung und Weiterentwicklung bei Strukturen, die der Entlastung der Hausärzte und zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung dienen. Besonderes Augenmerk ist hierbei auf das bereits existierende Modell „Verah“ (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis) zu legen. Dieses Modell sollte in Ausbildung und Finanzierung gefördert werden. Wo diese Versorgungsform in Ermangelung einer Hausarztpraxis nicht möglich ist, kann die Einführung einer Gemeindeschwester hilfreich sein.
- Mobilität für die Patienten durch ÖPNV (flexible Bedienungsformen), Fahrdiensten u. ä.
- Kommune als Betreiber einer Arztpraxis / Arzt als Beschäftigter der Kommune.

Investitionsmaßnahmen

- Bereitstellen von Investitionshilfen.
- Hilfestellung bei Immobiliensuche für niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte.
- Bereitstellen von Immobilien (evtl. leerstehende Gebäude in Ortsmitte etc.).

Stärkung der Kommunen

Darüber hinaus sollten die Kommunen, im Rahmen ihrer Daseinsvorsorge, stärker in die Planung des Gesundheitswesens vor Ort eingebunden werden.

Es sollte für die kreisangehörigen Städte und Gemeinden möglich sein, Arztsitze zu kaufen und auch mit Nachbargemeinden zusammen zu betreiben (Zweckverbände oder Genossenschaften), evtl. auch Praxisgemeinschaften.

Es ist zu prüfen, ob man den Kommunen die Möglichkeit eröffnet, ähnlich der stationären Versorgung auch die ambulante Versorgung zu organisieren. Dabei sollten auch Facharztpraxen möglich sein.

V. Psychotherapeutische Versorgung

Die Regionale Gesundheitskonferenz appelliert an

- die KVB / Krankenkassen / Landesausschuss / Gemeinsamen Bundesausschuss, im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung die Bedarfsplanung zu überprüfen, da auch in formal überversorgten Gebieten in der Realität nicht ausreichend Therapieplätze zur Verfügung stehen.
- die KVB / Krankenkassen / Landesausschuss / Gemeinsamen Bundesausschuss, mehr Niederlassungsmöglichkeiten zu realisieren.
- die Beteiligten, wirksame Maßnahmen zu ergreifen, um so lange Wartezeiten (= zusätzliche berufliche Ausfallzeiten) auf einen Therapiebeginn zu verhindern. Diese Wartezeit (in ländlichen Kreisen bis zur Erstberatung ca. 12 Wochen Wartezeit, auf einen Therapieplatz

muss 24 Wochen gewartet werden) sollte verringert werden. Dies ist besonders bei Patienten, die aus einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik entlassen wurden und eine unmittelbare Weiterbehandlung benötigen, wichtig.

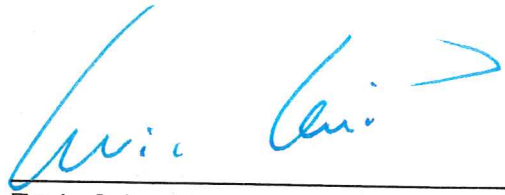
- an alle Beteiligten, den Möglichkeiten einer Psychotherapie mehr Aufmerksamkeit und Wertschätzung entgegenzubringen (man beachte den Anstieg der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen).

Neben diesen Schwerpunktthemen gibt es allgemeine Forderungen, die als Anlage zu dieser Resolution aufgelistet sind. Die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern unterstützt diese Forderungen.

Traunstein, 16.09.2014



Hermann Steinmaß
Landrat a.D. des Landkreises Traunstein
und Vorsitzender der Regionalen
Gesundheitskonferenz Südostoberbayern



Erwin Schneider
Landrat des Landkreises Altötting und
Vorsitzender des Regionalen
Planungsverbandes Südostoberbayern

Anlage 1: Karte der Versorgungsbereiche für die Region Südostoberbayern



Kriterien für Versorgungsbereiche:

- Größe: ca. 15.000 - max. 30.000 Einwohner
- Möglichst kompakte Ausdehnung
- Ausdehnung max. 20-30 km
- Erreichbarkeit mit dem ÖPNV berücksichtigen
- Die Versorgungsbereiche sollten innerhalb der Landkreisgrenzen gebildet werden
- Bisherige gewachsene, räumliche Verbindungen und gewohnte Orientierungen in der Bevölkerung sollten berücksichtigt werden
- Die Topografie sollte beachtet werden
- Prinzip: von standortorientierter zu erreichbarkeitsorientierter Versorgung
- Die Altersstruktur der Bevölkerung sollte berücksichtigt werden
- Die Bevölkerungsdichte bzw. Siedlungsstruktur sollte berücksichtigt werden

Versorgungsbereiche: Einwohner und Gemeinden

Landkreis Altötting:

- AÖ 1: 25 934 EW Pleiskirchen, Töging, Winhöring, Reischach, Erlbach, Perach, Neuötting.
 AÖ 2: 36 982 EW Tyrlaching, Feichten, Kirchweidach, Halsbach, Garching,
 Unterneukirchen, Kastl, Tüssling, Teising, Altötting.
 AÖ 3: 40 028 EW Burgkirchen, Burghausen, Mehring, Emmerting, Haiming, Stammham, Marktl.

Landkreis Berchtesgadener Land:

- BGL 1: 28.122 EW Freilassing, Laufen, Saaldorf – Surheim.
 BGL 2: 28.282 EW Ainring, Anger, Piding, Teisendorf.
 BGL 3: 21.423 EW Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain, Schneizlreuth.
 BGL 4: 24.097 EW Schönau, Ramsau, Bischofswiesen, Berchtesgaden, Marktschellenberg.

Landkreis Mühldorf am Inn:

- MÜ 1: 14.112 EW Egglkofen, Neumarkt-St. Veit, Niedertaufkirchen, Niederbergkirchen, Loh-
 kirchen, Zangberg, Oberbergkirchen, Schönberg.
 MÜ 2: 16.256 EW Ampfing, Heldenstein, Rattenkirchen, Obertaufkirchen, Schwindegg, Buch-
 bach.
 MÜ 3: 34.037 EW Erharting, Töging am Inn, Mettenheim, Mühldorf am Inn
 MÜ 4: 18.382 EW Maitenbeth, Haag, Kirchdorf, Reichertsheim, Gars am Inn, Unterreit,
 Rechtmehring.
 MÜ 5: 31.581 EW Oberneukirchen, Taufkirchen, Jettenbach, Aschau am Inn, Waldkraiburg.

Landkreis Rosenheim und Stadt Rosenheim

- RO 1: 12.145 EW Soyen, Amerang, Babensham, Eiselfing.
 RO 2: 23 422 EW Albaching, Edling, Wasserburg am Inn, Pfaffing, Ramerberg.
 RO 3: 33.136 EW Bruckmühl, Tuntenhausen, Feldkirchen-Westerham.
 RO 4: 15.394 EW Großkarolinenfeld, Schechen, Rott am Inn.
 RO 5: 14.785 EW Griesstätt, Schonstett, Halfing, Söchtenau, Prutting, Vogtareuth.
 RO 6: 28.512 EW Bad Endorf, Höslwang, Eggstätt, Gstadt, Breitbrunn, Prien, Rimsting, Chiem-
 see.
 RO 7: 15.470 EW Stephanskirchen, Riedering.
 RO 8: 35.125 EW Kolbermoor, Bad Aibling.
 RO 9: 18.764 EW Raubling, Bad Feilnbach.
 RO 10: 15.021 EW Neubeuern, Samerberg, Nußdorf am Inn, Rohrdorf.
 RO 11: 15.007 EW Bernau, Frasdorf, Aschau im Chiemgau.
 RO 12: 20.086 EW Brannenburg, Flintsbach, Oberaudorf, Kiefersfelden.
 RO 13: 59.935 EW Stadt Rosenheim.

Landkreis Traunstein

- TS 1: 18.612 EW Tacherting, Engelsberg, Kienberg, Obing, Pittenhart, Schnaitsee.
 TS 2: 39.331 EW Trostberg, Palling, Traunreut, Altenmarkt an der Alz.
 TS 3: 25.227 EW Tittmoning, Fridolfing, Kirchanschöring, Petting, Waging a. S., Wonneberg,
 Taching a.S.
 TS 4: 9.183 EW Seeon-Seebruck, Chieming.
 TS 5: 24.435 EW Traunstein, Nußdorf, Surberg.
 TS 6: 33.993 EW Grassau, Unterwössen, Reit im Winkl, Schleching, Marquartstein, Übersee,
 Grabenstätt, Vachendorf, Unterwössen, Bergen.
 TS 7: 19.199 EW Siegsdorf, Inzell, Ruhpolding.

Anlage 2: Allgemeine Forderungen

Hier appelliert die Regionale Gesundheitskonferenz Südostoberbayern an alle Beteiligten:

- Der initiierte Informationsaustausch insbesondere zwischen KVB, dem Regionalen Planungsverband Südostoberbayern mit seinen Gemeinden, Städten und Landkreisen sowie weiterer relevanter Akteure aus dem Gesundheitsbereich und dem zuständigen Ministerium sollte auch weiterhin aufrecht erhalten bleiben und man regt deshalb regelmäßige Informationsgespräche, wie z.B. einen Runden Tisch zwischen den o.g. Institutionen an.
- Thema Bürokratieabbau: ein nur sehr schwer greifbarer und abstrakt gebliebener Begriff (dem Thema ja immanent), der aber sehr häufig als große Belastung von den niedergelassenen Ärzten genannt wurde und auch als starker Faktor für niedrige Attraktivität des Hausarztberufes identifiziert wurde. Trotzdem gilt es hier weiter nach konkret umsetzbaren Möglichkeiten zu suchen und dies dann auch zügig umzusetzen. Eine Arbeitsgruppe speziell für dieses Thema sollte eingerichtet werden, welche weiter an diesem Problem arbeitet. Vorgeschlagen wird als Gegenmaßnahme die Regionalisierung und Dezentralisierung der Finanzierung.
- Häufige Reformen und Gesetzesänderungen im Gesundheitsbereich verringern die Planungssicherheit für angehende Ärztinnen und Ärzte. Eine Lebens- und Berufsplanung ist so nur schwer kalkulierbar. Vorgeschlagen wird die hausarztzentrierte Versorgung, die bereits zwischen Hausärzterverband und Krankenkassen existiert, auszubauen und zu fördern. Diese ermöglicht Anreize für Hausärzte direkt in Bayern. Außerdem bietet sie die Möglichkeit spezifische Schwerpunkte für die medizinische Versorgung innerhalb Bayerns zu setzen.
- Die heterogenen Strukturen Deutschlands bzw. von Bayern müssen in der Versorgungsplanung berücksichtigt werden (ungleiche Verteilung in der Einwohnerdichte, sozioökonomische Faktoren, Topografie, wirtschaftliche Faktoren, demografische Entwicklung).
- Die Attraktivität sowie das Ansehen des Hausarztberufes muss gesteigert werden. Dies kann nur gelingen, wenn auch die Vertreter der Ärzteschaft (KBV) selber und der Bundespolitik positiv über die Berufstätigkeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sprechen und informieren.
- Das System der Fallpauschalen bzw. Punktesysteme ist zu unflexibel und bevorzugt finanziell die Gerätemedizin. Hier sollte eine Einzelfallwürdigung in Betracht gezogen werden, um eine Nachvollziehbarkeit der Kosten und eine Orientierung an den Patientenbedürfnissen zu ermöglichen.
- Die Regresspflicht (insbesondere bei Budgetüberschreitung oder Medikamentenverordnung) gestaltet das Berufsbild des Hausarztes sehr unattraktiv und sollte abgeschafft werden.
- Ein Zuschlag für Landärzte kann die Mehrbelastungen für ihr Budget ausgleichen (dies ergibt sich durch mangelnde Verteilung der Behandlungskosten auf viele Ärzte, wie dies in der Stadt der Fall ist).
- Der Abwanderung junger Mediziner sollte entgegengewirkt werden. Hier sollte man Arbeitsbedingungen schaffen, die die allgemeine, gesellschaftliche Entwicklung widerspiegeln und die für ein attraktives Lebensumfeld sorgen, das alle Bedürfnisse hochqualifizierter Arbeitskräfte befriedigen kann (Familienfreundlichkeit, Lebensqualität durch Freizeit-, Kultur- und Sportmöglichkeiten, Arbeitsplätze für Familienangehörige, Einkaufsmöglichkeiten, gut ausgebaute Infrastruktur und ÖPNV sowie neue Arbeitszeitmodelle, s. auch Thema 4).
- Die Zusammenarbeit und Kommunikation über Systemgrenzen hinweg sollte verbessert werden. Regelmäßige Gespräche sollten als fixer Bestandteil des

Informationsaustausches über die Dauer der Regionalen Gesundheitskonferenz hinaus etabliert werden. Hier wird im Besonderen auf die Pläne innerhalb der sog. Gesundheitsregion plus ab 2015 verwiesen.

- Die Arbeitsstrukturen ändern sich (Generation Y, work-lifetime-balance), vor allem junge Ärztinnen, welche in Zukunft die Mehrheit der Ärzteschaft bilden werden, möchten im Team und zeitlich flexibel arbeiten (allgemeiner Trend hin zu Gemeinschaftspraxen, Filialpraxen, MVZ usw.).
- Die medizinische Versorgung sollte nicht privaten, gewinnorientierten Trägern überlassen werden.
- Die Bedürfnisse behinderter Menschen, welche oft auch besonders häufig medizinische Leistungen in Anspruch nehmen müssen, sollen bei der Bedarfsplanung im Gesundheitswesen berücksichtigt werden.
- Das unternehmerische Risiko eines niedergelassenen Hausarztes sollte honoriert werden (Vergleich zu Klinikarzt).
- Der Wunsch eines eigenen Vertreters der Ärzte (siehe Beispiel: reg. Vorstandsbeauftragter der KVB, Hr. Dr. Kofler Rosenheim) bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für die Landkreise Altötting, Traunstein und Berchtesgadener Land wurde geäußert.
- Es sollte möglich werden, Filialpraxen einzurichten, mit der Anstellung von Ärzten in Voll- und Teilzeit durch den KV-Vertragsarzt.

Grundsätzlich müssen mehr Medizinerinnen und Mediziner in die ärztliche Versorgung der Menschen integriert werden!

Beim Thema Aus- und Weiterbildung von Ärzten ergeben sich folgende Forderungen:

- Die Einstiegshürde in Form des Numerus Clausus muss abgesenkt werden.
- Im Moment gibt es in Bayern nur 2 Lehrstühle mit der Fachrichtung Allgemeinmedizin. Hier müssen mehr Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen werden.
- Medizinstudentinnen und -studenten müssen Perspektiven im Bereich der hausärztlichen Tätigkeit eröffnet werden. Hier kann als sehr positives Beispiel das Projekt „Land in Sicht“ der BVMD in Zusammenarbeit mit der KVB genannt werden (Stipendium für die vorgeschriebene Famulatur bei Ärzten in der Fläche).
- Die jährliche Fortbildungspflicht für selbstständige Ärztinnen und Ärzte ist wegen dem großen Zeitaufwand dafür ein Problem. Weiterbildung ist natürlich sehr wichtig, hier muss jedoch eine für die Ärzte verträglichere Lösung gefunden werden.
- Die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte an die Erfordernisse der ambulanten medizinischen Versorgung sind anzupassen (z. B. Ausbau der Lehrstühle für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten, Einführung eines Pflichtquartals für Allgemeinmedizin). Die Ärzte sollten bereits im Krankenhaus während Praktikumszeiten die Möglichkeit erhalten, sich zum Allgemeinarzt weiterzubilden. (siehe hier: Dillinger Konzept für die Ausbildung von Hausärzten).
- Gründung von Weiterbildungs-Verbänden bzw. Weiterführung / Übertragung von Modellen wie InnDoc (Landkreis Mühldorf) auf weitere Landkreise.
- Wertschätzung und finanzielle Unterstützung von Lehrpraxen, die junge angehende Mediziner in den Praxen aufnehmen. Jeder angehende Arzt muss auch in einer Praxis einen Kurs absolvieren, der im Universitätslehrplan vorgeschrieben ist. Inzwischen darf das sogenannte Praktische Jahr (PJ) auch in besonders qualifizierten Praxen absolviert werden. Diese Praxen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Förderung und Bindung des medizinischen Nachwuchses in unserer Region.

Anlage 3: gesetzliche Vorgaben

Gerade einer flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten Versorgung mit Haus- und Fachärzten in zumutbarer Entfernung kommt im ländlichen Raum eine besondere Bedeutung zu. Staat, Kommunen, einschlägige Organisationen und Verbände sowie die Öffentlichkeit sind hier gleichermaßen betroffen.

- Die Förderung und Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse und Arbeitsbedingungen in ganz Bayern, in Stadt und Land haben Verfassungsrang (Art. 3, Abs. 2 Satz 2 der Bayerischen Verfassung). Die Rolle der Gemeinden und Städte in der Gesundheitsversorgung wird in Art. 83, Abs. 1 geregelt.
- Darüber hinaus schreibt das Landesentwicklungsprogramm Bayern als Zielvorgabe in 1.1.1 (Z) vor, dass in allen Teilräumen gleichwertige Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen oder zu erhalten sind. Hierfür sollen insbesondere die Grundlagen für eine bedarfsgerechte Bereitstellung und Sicherung von Arbeitsplätzen, Wohnraum sowie Einrichtungen der Daseinsvorsorge und zur Versorgung mit Gütern geschaffen oder erhalten werden.
- Die Versorgung der Einwohner in der gesamten Region (also nicht nur urban geprägte Teile) muss im Zentrum der Bemühungen stehen. Dies gibt das Sozialgesetzbuch V vor.