

Zusammenfassung und Ausblick

Als Fazit bleibt festzuhalten, dass die von Gesundheits- Standespolitiker*Innen aber auch von Primärversorger*Innen geforderten und wissenschaftlich begründeten Reformbemühungen insbesondere mit der Einführung neuer Bereitschaftsdienstmodelle in einigen europäischen Ländern aber auch in Deutschland zu organisatorischen und strukturellen Verbesserungen geführt haben.

Das Qualitätsmanagement und damit auch die Arbeitszufriedenheit ärztlichen und nichtärztlichen Personals lässt sich, wie von uns aufgezeigt durch die Erfassung und Auswertung von Beratungsanlässen, durch die Auswertung des Inanspruchnahmeverhaltens der Patient*Innen, der Behandlungsprozeduren (z.B. Medikamentenverordnungen, Ein- und Überweisungen) und der Implementierung eines Dringlichkeitsmanagements von erfassten Beschwerden im Sinne eines alltagstauglichen Triage-Systems verbessern. Bereits validierte Triage-Systeme müssen eventuell für den ambulanten primärärztlichen BD modifiziert werden. Hierzu müssen Schulungskonzepte für diensttuende Ärzt*Innen und für nichtärztliches Personal in BDZen, Notfallambulanzen aber auch für Pflegeheimpersonal entwickelt und durchgeführt werden.

Darüber hinaus müssen auch Konzepte entwickelt werden, wie die völlig überlasteten Notfallambulanzen der Kliniken entlastet werden können. Genannt sei hier z.B. das Modell des „gemeinsamen Tresens“, bei dem Klinikärzt*Innen und erfahrene oder im Niedrigprävalenzbereich geschulte Ärzt*Innen sowie nichtärztliches Personal möglicherweise mit einem „ambulanten Triage-System“ Beschwerden nach Dringlichkeit vorfiltern, als weniger dringend eingestufte Beratungsanlässe in der Regel im hausärztlichen Bereitschaftsdienstsetting belassen und in einer zweiten Stufe Patient*Innen mit als dringlich eingestuften Beratungsanlässen in einem „klinischen Triage-System“ der unmittelbaren oder nachgeschalteten Diagnostik zuführen.

Nur bei permanenter Evaluation von Daten über Versorgungsprozesse im BD, die sich im Wesentlichen im Niedrigprävalenzbereich bewegen und fortlaufender Planung von Studien verschiedener Konzeption, lassen sich dauerhafte Verbesserungen im primärärztlichen BD

erzielen. Dies wiederum trägt zumindest in einem Teilbereich medizinischen Handelns zur Arbeitszufriedenheit und zur Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes „Hausarzt/Hausärztin“ bei.

Der zunehmende Hausarzt*Innenmangel auf dem Land erfordert allerdings noch viel weitreichendere Strategien und stellt eine komplexe gesundheitspolitische Herausforderung dar (71). Alle in der Primärversorgung Verantwortlichen unter Federführung der universitären Allgemeinmedizin sind hierbei gefragt, innovative Reformmodelle zu entwickeln und Anreize für die nachfolgende Ärzt*Innengeneration zu setzen, sich in ländlichen Regionen niederzulassen. Der innovative Wandel der primärärztlichen Strukturen, wie bereits im Titel dieser Arbeit genannt, ist eine wesentliche Voraussetzung für eine Sicherstellung der primärärztlichen Grundversorgung von Menschen gerade in ländlichen Regionen. Dies gilt sicherlich nicht nur für Deutschland sondern für viele Länder weltweit.