

Stellungnahme

des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI)

zum **Referentenentwurf** eines Gesetzes zur Unterstützung der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen des öffentlichen Bedarfs in Baden-Württemberg (Landarztgesetz Baden-Württemberg)

Wiesbaden, den 05.11.2020

Kontakt:

Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)

Haus der Internisten, Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden

Telefon: +49 611 18133-0 | Fax: +49 611 18133-50

E-Mail: info@bdi.de

Präsidium: Christine Neumann-Grutzeck (Präsidentin), Dr. med. Norbert Smetak (1. Vizepräsident und Schatzmeister), Dr. med. Kevin Schulte (2. Vizepräsident)

Geschäftsführung: Tilo Radau (Geschäftsführer), Bastian Schroeder (stellv. Geschäftsführer)

I. Vorbemerkungen

Die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung – besonders im ländlichen Raum – gestaltet sich zunehmend schwieriger. Mit dem demografischen Wandel und der Zunahme chronischer Erkrankungen in einer älter werdenden Gesellschaft steigt der Bedarf nach einer wohnortnahen Versorgung und Betreuung der Patientinnen und Patienten kontinuierlich an. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte ab. Laut einer Prognose der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird es im Jahr 2030 bundesweit fast 10.000 Hausärzte weniger geben als noch im Jahr 2014.¹ In Baden-Württemberg bewegen sich die Zahlen seit 2013 bislang zwar auf einem relativ konstanten Niveau.² Fachgruppenübergreifend sind jedoch über ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte älter als 60 Jahre und scheiden in den kommenden Jahren altersbedingt aus der Versorgung aus.³ Im Verhältnis zu den feststehenden Abgängen rücken nicht genügend Ärztinnen und Ärzte nach, die in der hausärztlichen Versorgung tätig sein möchten, sodass viele Hausarztsitze in den nächsten Jahren nicht nachbesetzt werden können. Laut der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Baden-Württemberg gibt es im Jahr 2020 bereits 639,0 Niederlassungsmöglichkeiten, beziehungsweise unbesetzte Hausarztsitze.⁴

Die demografische Entwicklung wird durch strukturelle Defizite des ländlichen Raums verschärft. Gegenüber Städten und Ballungsräumen ist der ländliche Raum für junge, hoch qualifizierte Menschen häufig unattraktiv. Das liegt in erster Linie an fehlenden Infrastrukturangeboten (z.B. Breitbandinternet, öffentlicher Personennahverkehr, Kinderbetreuung, Arbeitsplätze für Partnerinnen und Partner usw.). Entsprechend schwierig gestaltet es sich, junge Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit auf dem Land zu begeistern. Dabei handelt es sich jedoch nicht um ein singuläres Problem des hausärztlichen Versorgungsbereiches. Auch die Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen und der stationären Versorgung auf dem Land ist angesichts dieser Entwicklung gefährdet.

Der hausärztliche Versorgungsbereich ist hingegen überproportional stark von der allgemeinen Entwicklung betroffen, dass die Niederlassung – vor allem die Selbständigkeit in einer Einzelpraxis – für viele junge Ärztinnen und Ärzte kein erstrebenswertes Arbeitsmodell mehr darstellt. In ländlichen Regionen ist die hausärztliche Einzelpraxis jedoch nach wie vor die dominante Versorgungsform. Zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf gilt besonders das Angestelltenverhältnis mit der Option auf Teilzeit als attraktiveres Arbeitsmodell. Deshalb sind Organisationsformen, die solche Beschäftigungsmodelle ermöglichen, auch im ländlichen Raum notwendig und müssen gefördert werden. Die Notwendigkeit nach innovativen Arbeitsmodellen verdeutlicht aber auch, dass die reine Betrachtung der absoluten Arztzahlen nicht geeignet ist, um Rückschlüsse auf den tatsächlichen ärztlichen Versorgungsbedarf zu ziehen.

Die zunehmende politische Reglementierung des Praxisalltages, die überbordende Bürokratie sowie die Angst vor der wirtschaftlichen Ungewissheit wirken darüber hinaus als Hemmschwellen für die Niederlassung. Eine Landarztquote muss deshalb zwingend von Maßnahmen flankiert werden, die diese grundsätzlichen Herausforderungen gleichermaßen adressieren. Ohne die notwendigen

¹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztlahntwicklung in Deutschland“ (Stand 05.10.2016).

² Im Jahr 2013 waren in Baden-Württemberg 7122 Hausärztinnen und -ärzte aktiv; im Jahr 2020 liegt die Zahl bei 7112.

³ Laut der Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (Stand 01.01.2020) sind von 7112 Hausärztinnen und Hausärzten 2607 älter als 60 Jahre. Das entspricht 36,7 Prozent.

⁴ Mit Stand des Beschlusses des Landesausschusses vom 6. Juli 2020 bis zur Sperrung (Versorgungsgrad von 110%).

Rahmenbedingungen, die unabhängig von der Landarztquote wirken, kann die ärztliche Versorgung in ländlichen Regionen auf lange Sicht nicht sichergestellt werden.

Internisten in der hausärztlichen Versorgung

Nach § 73 Abs. 1a SGB V nehmen neben Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern auch Internistinnen und Internisten (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte an der hausärztlichen Versorgung teil. Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte machen bundesweit mittlerweile fast vierzig Prozent der Hausärztinnen und -ärzte aus.⁵ Zwar sind Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin weiterhin die größte Gruppe innerhalb der Hausärzteschaft, jedoch nimmt ihr Anteil im Verhältnis zu den anderen Fachgruppen ab. Bei den Weiterbildungsabschlüssen verzeichnen die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner kaum nennenswerte Zuwächse, um die Zahl derer, die altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden, aufzufangen. Die Innere Medizin hingegen ist ungebrochen eines der beliebtesten Fachgebiete bei Ärztinnen und Ärzten in Facharztweiterbildung.⁶ Infolgedessen entscheiden sich auch immer mehr Internistinnen und Internisten für eine Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungsbereich. Der bundesweite Trend – seit 2013 ist die Zahl der hausärztlichen Internisten um mehr als 20 Prozent gestiegen⁷ – manifestiert sich auch in Baden-Württemberg. Laut Daten der KV Baden-Württemberg ist der Anteil der hausärztlichen Internisten von 2013 (22 Prozent) bis 2020 (27 Prozent) ebenfalls in der Größenordnung des bundesweiten Durchschnitts angestiegen. Der BDI geht davon aus, dass dieser positive Trend sich deutlich verstärkt, wenn Internistinnen und Internisten als gleichberechtigte Fachgruppe in der hausärztlichen Versorgung anerkannt und gefördert würden. Bislang werden Internistinnen und Internisten sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte bei der Konzeption von Lösungsstrategien jedoch häufig nicht einbezogen. Die Förderprogramme von Bund und Ländern zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung richten sich in der Regel ausschließlich an (angehende) Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin. Darin besteht auch die große Schwäche des „Masterplan Medizinstudium 2020“. Das sorgt für eine unnötige Verknappung bereits vorhandener ärztlicher Ressourcen. Die gewünschten Effekte für die Sicherstellung der Patientenversorgung werden nicht erreicht.

Internistinnen und Internisten sind auch qualitativ eine notwendige Fachgruppe in der hausärztlichen Versorgung. Die Komplexität medizinischer Abläufe, die speziellen Probleme im höheren Lebensalter sowie die zunehmende Multimorbidität der Patientinnen und Patienten haben die Qualifikationsanforderung an die hausärztliche Tätigkeit in den letzten Jahren verändert. Inhaltlich geht es weitgehend um Führung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischen und komplexen Krankheitsbildern. Dies ist gemäß ihrer Weiterbildung die originäre Aufgabe von Internistinnen und Internisten. Mehr als 80 Prozent aller akuten und chronischen Erkrankungen, die in der hausärztlichen Praxis behandelt werden, haben einen internistischen Bezug (z.B. Diabetes mellitus, Rheuma usw.). Auch die überwiegende Anzahl der Notfälle in Deutschland sind internistischer Natur (z.B. Herzinfarkt, Luftnot usw.). Insofern ist die Fachärztin und der Facharzt für Innere Medizin auch der geeignete Facharzt, diese Notfälle zu erkennen und zu behandeln.

⁵ Allgemeinmediziner (55%), Internisten (26%), Kinder- und Jugendärzte (12%), praktische Ärzte (7%); s. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 31.12.2019

⁶ Vgl. Ärztestatistik der Bundesärztekammer (*Die Anzahl der Abschlüsse „Allgemeinmedizin“ enthält auch den damals bestehenden Weiterbildungsabschluss „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“).

⁷ s. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister 2013-2019.

Aus Sicht des BDI können die vorhandenen Versorgungsengpässe nicht allein von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern behoben werden. Eine flächendeckende hausärztliche Patientenversorgung kann nur gemeinsam von Fachärztinnen und -ärzten für Allgemeinmedizin, Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) sowie Kinder- und Jugendmedizin sichergestellt werden. Dementsprechend sollten Fördermaßnahmen immer alle relevanten Fachgruppen der hausärztlichen Versorgung adressieren. **Der BDI begrüßt es daher ausdrücklich, dass eine Facharztweiterbildung im Gebiet Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) im Rahmen der Landarztquote in Baden-Württemberg möglich ist.**

Landarztquote – grundsätzliche Überlegungen

Der BDI sieht die Einführung einer Landarztquote als alleinige Maßnahme, um bereits bestehende Versorgungsengpässe im hausärztlichen Bereich mittel- und langfristig zu beseitigen, aus den oben genannten Gründen kritisch. Gleichzeitig ist der politische Handlungsdruck unbestritten, sodass folgende Anmerkungen als Ergänzungen zum vorliegenden Konzept gelten sollen.

Mit der Verpflichtung von Medizinstudentinnen und -studenten setzt die Landarztquote zum falschen Zeitpunkt an. Von Beginn des Studiums bis zur Beendigung der Weiterbildung vergehen im Schnitt 12-15 Jahre. Die gewünschten Effekte für die Versorgung werden im Optimalfall deshalb frühestens ab 2033 schrittweise eintreten. Um zeitnah Verbesserungen in der Versorgung herbeizuführen, müssen schon heute vorhandene Ressourcen besser mobilisiert werden. Aus Sicht des BDI **wäre die Ausweitung der ambulanten Weiterbildungsförderung nach § 75a Abs. 1 SGB V auf alle Facharztgruppen, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, eine sinnvolle Ad-hoc-Maßnahme, um die positive Nachbesetzungsquote bei den hausärztlichen Internisten zu erhöhen und damit den gesamten Versorgungsbereich zu entlasten.**

Darüber hinaus haben die wenigsten jungen Menschen zu Beginn des Medizinstudiums eine Vorstellung, in welchem Fachgebiet oder Versorgungsbereich sie später tätig sein wollen. Diese konkreten Vorstellungen und Präferenzen entwickeln sich in der Regel erst im Verlauf des Studiums. Den Studentinnen und Studenten muss deshalb das Fach Humanmedizin unvoreingenommen und in seiner gesamten Breite vermittelt werden. Die Landarztquote nimmt den Studierenden diese Entwicklungsmöglichkeiten und vermischt sozialrechtliche Vorgaben mit Ausbildungsinhalten. Weitaus sinnvoller wäre es, Studierende in fortgeschrittenen Studienabschnitten, die bereits ernsthaftes Interesse am hausärztlichen Versorgungsbereich beziehungsweise einer Tätigkeit auf dem Land zeigen, mit strukturierten und guten Lehrangeboten anzusprechen. Dazu gehört nach Meinung des BDI auch, Studierende über die fachliche Vielfalt im hausärztlichen Bereich – das heißt Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin – umfassend aufzuklären.

Für eine möglichst breite Akzeptanz muss eine Landarztquote sowohl die Lebenssituation und -planung junger Menschen berücksichtigen als auch die Versorgungsrealität angemessen widerspiegeln. Die Landarztquote vermischt Zulassungsvoraussetzungen zum Studium mit einem dezidierten Versorgungsbedarf. Bewerberinnen und Bewerber müssen im Rahmen des Auswahlverfahrens ein genuines Interesse an der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum nachweisen, ohne die konkreten Vor- und Nachteile dieses Versorgungsbereiches zu kennen. Talente und persönliche Interessen entwickeln sich in der Regel erst im Laufe des Studiums und der Weiterbildung. Umso wichtiger ist es, die Quote so auszugestalten, dass zumindest die Fächervielfalt im hausärztlichen Bereich abgebildet wird. **Die Einbeziehung von Internistinnen und Internisten und Kinder- und**

Jugendärztinnen und -ärzte bei der Konzeption der Landarztquote ist deshalb richtig und notwendig. Zudem wird mit der Einführung der Landarztquote auch in Deutschland ein Studienplatz erstmalig käuflich. Studentinnen und Studenten, die sich aufgrund ausreichender finanzieller Mittel einen Vertragsbruch leisten können, haben somit die Möglichkeit, nach Erhalt der Approbation oder nach Beendigung ihrer Weiterbildung gegen die Vorgaben der Quote zu verstoßen. Der BDI sieht darin eine Verletzung einer sozialverträglichen Chancengleichheit.

Die Quote verlangt jungen Menschen eine immense Verpflichtung in Bezug auf ihre Lebensplanung ab. Bei einer vertraglichen Verpflichtung von 10 Jahren nach Erhalt des Facharztstatus ist damit die Lebensplanung von Bewerberinnen und Bewerbern insgesamt für einen Zeitraum von mindestens 22 Jahren eingeschränkt. Ärztinnen und Ärzte, die ihre ambulante Weiterbildung bereits in einer hausärztlichen Praxis in einer Region mit besonderem öffentlichen Bedarf absolvieren, tragen dadurch frühzeitig zur Beseitigung von Versorgungsengpässen bei. Dieses Engagement sollte honoriert werden, **indem die Weiterbildungszeit in einem unterversorgten Gebiet auf den Verpflichtungszeitraum angerechnet wird.**

Damit die Landarztquote nicht den Ärztemangel in anderen Versorgungsbereichen forciert, sollten zudem die Studienplatzkapazitäten in Baden-Württemberg ausgebaut werden. Andernfalls sorgt eine Vorabquote lediglich für eine Verschiebung von Versorgungsengpässen innerhalb des Systems. Der BDI fordert das Land Baden-Württemberg deshalb mit Nachdruck auf, die **Studienplätze im Fach Humanmedizin mindestens in dem Maße der geplanten Landarztquote auszubauen.**

II. Maßnahmen des Referentenentwurfes im Einzelnen

a. Zulassungsvoraussetzung

In § 2 regelt der Gesetzgeber die Zulassungsvoraussetzungen. Bewerberinnen und Bewerber, die sich im Rahmen der sogenannten Landarztquote für den Studiengang Humanmedizin an den Hochschulen in der Trägerschaft des Landes Baden-Württemberg bewerben, verpflichten sich, nach Erhalt der Approbation ihre Weiterbildung in den Fachgebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) oder einer sonstigen Fachrichtung, die zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a SGB V berechtigt, in Baden-Württemberg zu absolvieren.

BDI: Der BDI begrüßt die explizite Nennung der Internistinnen und Internisten (ohne Schwerpunkt) sowie die Einbeziehung aller Fachgruppen, die gemäß § 73 Absatz 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, ausdrücklich.

b. Verpflichtung

§ 2 Nr. 2 regelt, dass Bewerberinnen und Bewerber sich verpflichten, unverzüglich nach Abschluss der Weiterbildung für mindestens zehn Jahre ausschließlich in unterversorgten Bedarfsgebieten in Baden-Württemberg hausärztlich tätig zu sein.

BDI: Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sind ein integraler Bestandteil der Patientenversorgung. Sowohl während der stationären als auch während der ambulanten Weiterbildung tragen die approbierten Ärztinnen und Ärzte bereits zur Sicherstellung der Versorgung bei. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die ihre ambulante Weiterbildung bereits in einer hausärztlichen Praxis in einem nach § 3 definierten Gebiet mit besonderem öffentlichem Bedarf absolvieren, tragen frühzeitig zur Beseitigung von Versorgungsengpässen bei. Dieses Engagement sollte honoriert werden, indem die Weiterbildungszeit in einem unterversorgten Gebiet auf den Verpflichtungszeitraum angerechnet wird.

§ 5 Abs. 3 wird wie folgt ergänzt:

Die ambulante Weiterbildungszeit (maximal 24 Monate) in einer hausärztlichen Praxis in einem Bedarfsgebiet nach § 3 wird auf die Verpflichtung angerechnet.

c. Vertragsstrafe

Der Gesetzgeber verpflichtet in § 4 Abs. 1 Bewerberinnen und Bewerber zu einer Vertragsstrafe in Höhe von bis 250.000 Euro für den Fall, dass sie oder er den vertraglichen Verpflichtungen nicht oder nicht vollständig nachkommt.

BDI: Der BDI hält eine Vertragsstrafe in der Höhe von 250.000 Euro für unverhältnismäßig. Das Rechtsgutachten von Martini/Ziekow für das Bundesministerium für Gesundheit aus dem Jahr 2015

hält eine Vertragsstrafe in Höhe von 150.000 Euro für angemessen.⁸ Der BDI schließt sich dieser Bewertung an. Eine höhere Vertragsstrafe wäre aus Sicht des BDI nur vertretbar, wenn diese degressiv bemessen ist.

d. Bewerbungs- und Auswahlverfahren

In § 5 regelt das Gesetz das Bewerbungs- und Auswahlverfahren. Gemäß § 5 Abs. 2 setzt die zuständige Stelle eine dreiköpfige, fachkundige Auswahlkommission ein. In Abs. 4 wird zudem definiert, dass als Teil eines zweistufigen Verfahrens Auswahlgespräche stattfinden.

BDI: Sowohl die Auswahlkommission als auch diejenigen, die die Auswahlgespräche leiten, müssen aus Sicht des BDI mit ärztlicher Kompetenz aus allen Fachgruppen, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, ausgestattet sein. Der BDI steht dem Land Baden-Württemberg mit seiner hausärztlich-internistischen Kompetenz gerne zur Verfügung.

⁸ Martini, Prof. Dr. Mario; Ziekow, Prof. Dr. Jan: Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen der Einführung und Ausgestaltung einer Quote zur Sicherstellung der primärärztlichen Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, bei der Zulassung zum Medizinstudium, Gutachten, 2015, S. 199.