

11.06.2013

# Antrag

**der Fraktion der CDU**

## **Hausärztliche Versorgung in allen Landesteilen sicherstellen**

### **I. Ausgangslage**

Zahlreiche Studien prognostizieren schon heute für ganz Deutschland einen massiven Ärztemangel in naher Zukunft. Dieser wirkt sich besonders auf die medizinische Versorgung im ländlichen Raum und die hausärztliche Versorgung insgesamt aus. Der Anteil junger Ärztinnen und Ärzte, die im ländlichen Raum praktizieren wollen, nimmt kontinuierlich ab, während das Durchschnittsalter sowohl von Vertrags- als auch von Krankenhausärzten stetig steigt.

Auch in Teilen Nordrhein-Westfalens, insbesondere in ländlichen Regionen, wird es zunehmend schwieriger, Ärztinnen und Ärzte zu finden, die bereit sind, sich niederzulassen oder eine Praxis zu führen. Beides ist notwendig, um eine wohnortnahe medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Der absehbare Ärztemangel hat seinen Grund nicht im fehlenden Interesse junger Menschen am Medizinstudium und am ärztlichen Beruf. Im Gegenteil: Der Arztberuf ist unverändert attraktiv für junge Menschen.

Dies lässt sich schon anhand der hohen Bewerberzahlen an den Universitäten belegen.

Wenn es zu dem dramatischen Ärztemangel kommt, der sich abzeichnet, dann liegt dem ein schwerwiegendes Politikversagen zugrunde. Die Sicherstellung einer ausreichenden, flächendeckenden ärztlichen Versorgung in allen Regionen des Landes liegt genau dann in der Verantwortung der Politik, wenn die ärztlichen Selbstverwaltungsstrukturen ihren Aufgaben nicht gerecht werden.

Ein wesentliches Kennzeichen einer guten Politik ist es, Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und gegenzusteuern.

Eine solche Politik ist zurzeit in Nordrhein-Westfalen nicht zu erkennen. Es liegt in der Verantwortung des Landes, jetzt die Weichen für eine auch in Zukunft ausreichende ärztliche Versorgung in jeder Region des Landes zu stellen.

Datum des Originals: 11.06.2013/Ausgegeben: 11.06.2013

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter [www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de)

Der Bund hat Weichen gestellt, indem er Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern in beschränkten zeitlichen Rahmen möglich macht, die rechtlichen Rahmenbedingungen für Medizinische Versorgungszentren beschrieben hat, Nachwuchsförderung und Weiterbildung forciert.

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG), das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, hat die Sicherung einer flächendeckenden bedarfsgerechten medizinischen Versorgung in ganz Deutschland im Auge. Das GKV-VStG bietet die Möglichkeit von Anreizen im Vergütungssystem, einer Flexibilisierung des ärztlichen Notdienstes, der Förderung mobiler Versorgungskonzepte und einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

## 1. Studium

Die Zahl der Studierenden im Bereich Humanmedizin hat sich über die Jahre grundlegend geändert.

Im Wintersemester 1992/1993 waren in Nordrhein-Westfalen rund 20.970 Studierende an den Universitäten eingeschrieben. Zwanzig Jahre später, im Wintersemester 2011/2012, waren es nur noch rund 16.460. Da es in all diesen Jahren immer mehr Bewerber als zu vergebende Plätze gab, verdeutlichen diese Zahlen zugleich den Abbau von Studienplätzen im Fach Humanmedizin.

Mit dieser Entwicklung liegt Nordrhein-Westfalen in einem problematischen bundesweiten Trend. Die Zahl der zu vergebenden neuen Studienplätze für Erstsemester hat bundesweit abgenommen. Konnten im Jahre 2002 noch rund 13.000 Studentinnen und Studenten mit dem Medizinstudium beginnen, waren es im Wintersemester 2012/2013 nur noch 8.989. Auf die 2012/13 zu vergebenden Studienplätze gab es 42.726 Bewerbungen. Das bedeutet: Es gab im Schnitt 4,8 Bewerber auf jeden Studienplatz.

Das zeigt, wie attraktiv der Arztberuf bei jungen Leuten ist. Hohe Anforderungen und Arbeitsbelastungen im Studium und im späteren Berufsleben schrecken nicht ab.

Die Anerkennung des Arztberufes in unserer Gesellschaft ist unverändert hoch. Der Beruf gewährleistet einen sicheren Arbeitsplatz und ein überdurchschnittliches bis hohes Einkommen. Trotzdem wird das Potenzial an Bewerberinnen und Bewerbern bei weitem nicht ausgeschöpft, weil es an einer ausreichenden Anzahl an Studienplätzen mangelt.

Nordrhein-Westfalen hat, einschließlich der Privatuniversität Witten-Herdecke, acht medizinische Fakultäten. Die Standorte konzentrieren sich mit Aachen, Bochum, Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln und Witten-Herdecke auf das Rheinland und das Ruhrgebiet. Hinzu kommt die Stadt Münster.

Ausbildungsschwerpunkte für Allgemeinmedizin gibt es derzeit nur an den Universitäten Düsseldorf und Witten/Herdecke.

Die Standortverteilung der Universitäten ist von erheblichem Einfluss auf die ärztliche Versorgung. Nach den Erfahrungen von Krankenhausleitern, aber auch bestätigt durch empirische Untersuchungen, suchen und finden junge Ärzte trotz zunehmender Mobilität nach ihrer Ausbildung häufig im Umkreis ihres Studienortes und ihrer Lehrkrankenhäuser eine Stelle oder eine Praxis, um sich niederzulassen.

Bei dem bestehenden und sich weiter verschärfenden Ärztemangel sind vor allem die ländlichen Regionen in Nordrhein-Westfalen betroffen.

Wie ungünstig in dieser so wichtigen Frage insbesondere Ostwestfalen-Lippe dasteht, wird noch deutlicher, wenn man Standorte mit Einwohnerzahlen korreliert. In Deutschland kommen auf den Standort einer medizinischen Fakultät rund 2,3 Millionen Einwohner, in NRW rund 2,5 Millionen und in Westfalen-Lippe dagegen 4,1 Millionen Einwohner. In dieser Relation ist Ostwestfalen-Lippe praktisch ein „Niemandland“.

Die vom zuständigen Ministerium des Landes regelmäßig veröffentlichte Übersicht über die Kommunen, in denen bereits jetzt bzw. auf mittlere Sicht die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht, zeigt: Es gibt kein Erkenntnisproblem mehr. Es gibt ein Problem der politischen Umsetzung. Jeder politisch Verantwortliche weiß: Wenn nicht sofort gehandelt wird, steuern wir – gerade auch angesichts der demografischen Entwicklung mit dem zunehmenden Anteil älterer und alter Menschen – auf einen medizinischen Versorgungsnotstand zu, der unverantwortlich ist.

Die bestehenden und sich verschärfenden Versorgungsprobleme beschränken sich nicht nur auf den ländlichen Raum, sondern betreffen in zunehmendem Maße auch einige städtische Ballungsgebiete. Hier primär die Gebiete mit einem hohen Anteil sozial schwacher Menschen und einem niedrigen Anteil von Privatversicherten.

Die vom Land Nordrhein-Westfalen bislang ergriffenen Maßnahmen reichen nicht aus, um dieser Herausforderung zu begegnen. Zwischen 2011 und 2015 werden einmalig insgesamt 935 zusätzliche Studienplätze zur Verfügung gestellt, finanziert aus dem Hochschulpakt von Bund und Land. Damit kann nur vorübergehend die Zahl der Medizinstudienplätze um rund 10 Prozent gesteigert werden. Bedenkt man, dass mit dem doppelten Abiturjahrgang allein 2013 in Nordrhein-Westfalen gut 123.000 Schüler Abitur machen, dann ist die Zahl von einmalig 935 zusätzlichen Plätzen bis 2015 verschwindend gering.

## **2. Ärztliche Versorgung im ambulanten und stationären Bereich**

Das Durchschnittsalter der Ärzte lag 1999 im ambulanten Bereich bei 49 Jahren und im stationären Bereich bei 39,7 Jahren. Es ist bis 2011 angestiegen auf 52,5 (+3,5) bzw. 41,2 Jahre (+1,5). Noch deutlicher angestiegen ist das Durchschnittsalter im Vergleich zum Jahr 1993. Danach sind die Ärzte im niedergelassenen Bereich im Schnitt um 5,7 Jahre, im stationären Bereich im Schnitt um 3,1 Jahre älter geworden.

Dabei sind die Allgemeinmediziner signifikant älter als die sonstigen Ärzteguppen. Bei den Allgemeinmedizinern gehörten im Jahre 2011 nur rund 35 Prozent der Altersgruppe unter 50 Jahren an. In der Gruppe der Ärzte mit sonstigen Tätigkeiten (ohne Allgemeinmediziner) sind es 61 Prozent - also fast doppelt so viele. Die Allgemeinmediziner sind zu 38 Prozent zwischen 50 und 59 Jahren (Vergleichsgruppe: 26 Prozent), zu 19 Prozent zwischen 60 und 65 Jahren (Vergleichsgruppe: 9 Prozent) und immer noch zu 8 Prozent über 65 Jahre (Vergleichsgruppe: 4 Prozent).

Der Frauenanteil unter allen berufstätigen Ärzten lag 1999 bei 36,8 Prozent und ist bis 2011 deutlich auf 44 Prozent angestiegen. Im ambulanten Bereich liegt der Anteil 2011 bei 40 Prozent, im stationären bei 45 Prozent. Eine Differenzierung des ambulanten Bereichs nach Allgemeinmedizinern und sonstigen ärztlichen Tätigkeiten zeigt keine Auffälligkeiten. Auffallend dagegen, aber auch nicht überraschend ist der hohe Frauenanteil von 47 Prozent unter den Ärzten, die keine ärztliche Tätigkeit ausüben.

Über die Arbeitsbelastungen der Ärzte allgemein verlässliche Aussagen zu treffen, fällt nicht leicht. Sicher ist, dass die Vielzahl von Bereitschaftsdiensten sowie Nacht- und Wochenenddiensten eine hohe Belastung darstellen, die auch dem zunehmenden Wunsch entgegenstehen, Beruf und Familie sowie eine geregelte Freizeit miteinander vereinbaren zu können. Ähnlich dürfte es im ambulanten Bereich sein. Auch hier dürfte das eigentlich belastende Moment für viele Ärzte in der Abrufbarkeit bestehen. Unabhängig davon dürfte für alle Ärzte gelten, dass sie im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zeitlich überdurchschnittlich in Anspruch genommen werden.

Diese Situation wird sich durch den Ärztemangel noch weiter verschärfen.

### 3. Ärztemangel

Medizinstudenten absolvieren ihre Weiterbildung nach ihrer universitären Ausbildung überwiegend in einem Krankenhaus. Folglich wird der Ärztemangel am frühesten und am deutlichsten im Krankenhaus spürbar. Schon heute unternimmt eine Reihe von Krankenhäusern entsprechende Schritte, um die Ärzte an sich zu binden und eine Abwanderung in den ambulanten Bereich möglichst zu vermeiden. Dies führt dazu, dass im ambulanten und niedergelassenen Bereich sich der Ärztemangel verstärkt bemerkbar macht - verschärft in solchen Regionen, die aus verschiedenen Gründen weniger attraktiv sind.

Zu Beginn des Jahres 2010 hatten nach einem Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) Dreiviertel der deutschen Krankenhäuser Probleme, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. Bundesweit konnten 5.500 ärztliche Vollzeitstellen nicht besetzt werden. Davon überproportional betroffen sind kleinere Krankenhäuser mit bis zu 300 Betten und Krankenhäuser in ländlichen Regionen. In NRW fehlen in den Krankenhäusern derzeit rund 1.000 bis 1.200 Ärzte. [Auskunft Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), Stand März 2013)

PricewaterhouseCoopers (PwC) kommt in einer Prognose aus dem Jahr 2010 zu dem Ergebnis, dass bis 2020 rund 33.000 Arzt-Vollzeitstellen unbesetzt sein werden. Im Jahre 2030 werden danach in Deutschland sogar rund 100.000 Ärzte fehlen. Das Fazit von PwC: „Wenn wir heute nicht aktiv werden, wird die Gesundheitswirtschaft mittel- bis langfristig unter einem nie dagewesenen Fachkräftemangel leiden. Die Patientenversorgung in Krankenhäusern, Pflegeheimen und in Arztpraxen in der heute gewohnten Qualität ist erheblich in Gefahr.“

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) war von allen 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) beauftragt worden, die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf den künftigen Versorgungsbedarf und den daraus abzuleitenden Bedarf an Vertragsärzten zu ermitteln. Erste Ergebnisse liegen nur für die KV Westfalen-Lippe (und für die KV Thüringen) vor. Zunächst wird festgehalten, dass der Anteil der über 65-Jährigen an den unter 65-Jährigen in Westfalen-Lippe bis 2025 um 31,7 Prozent steigen wird. Vor allem die hausärztliche Versorgung zeichnet sich durch eine hohe Inanspruchnahme durch ältere Patienten aus - mit einer überproportionalen Anzahl von Kontakten je Patient. Die demografische Alterung steigert also den Versorgungsbedarf bei Hausärzten deutlich stärker als bei den anderen Facharztgruppen. Weiterhin wird festgestellt, dass im Jahre 2007 72 Prozent der Hausärzte (70 Prozent der Fachärzte) älter als 46 Jahre waren. Sie werden im Jahre 2025 älter als 65 Jahre sein - also genau zu der Zeit, in der die demografische Alterung der Gesellschaft wegen des Renteneintritts der „Babyboomer“-Generation überall spürbar wird.

Vor allem wegen der demografischen Entwicklung sowohl auf Seiten der potentiellen Patienten wie auch auf Seiten der Ärzte steigert sich der Hausärztebedarf in Westfalen-Lippe bis 2025 um 7,5 Prozent und der Bedarf an Internisten um 8,5 Prozent. Dagegen steigt der Ärztebedarf über alle Berufsgruppen nur um 2 Prozent. Daraus wird für Westfalen-Lippe bis 2025 ein Nachbesetzungsbedarf an Hausärzten von insgesamt 5.165, an sonstigen Fachärzten von insgesamt 6.417 berechnet.

Dass in Deutschland bei weitem zu wenige Ärzte ausgebildet werden, zeigt sich im Übrigen besonders deutlich auch daran, dass zur Sicherstellung der stationären Versorgung fast die Hälfte der Krankenhäuser (40 Prozent) jetzt schon gezielt im Ausland ausgebildete Ärzte anwirbt.

## II. Der Landtag stellt fest:

1. Nach allen vorliegenden Analysen und Prognosen kann es keinen Zweifel mehr daran geben, dass der Ärztemangel dramatische Ausmaße annehmen wird, wenn nicht sofort gegengesteuert wird. Das gilt insbesondere für alle ländlichen Regionen. Angesichts der größer werdenden Diskrepanz zwischen steigender Nachfrage nach einer gesundheitlichen ärztlichen Versorgung und dem dieser Nachfrage nicht entsprechenden Angebot können sich die Ärzte immer mehr den Standort, die Einrichtung sowie die Arbeitsbedingungen aussuchen -- nicht nur in Deutschland, sondern auch im Ausland. Standorte, räumlich wie einrichtungsbezogen, die keine attraktiven, den heutigen veränderten Lebensplanungen angepasste Arbeitsbedingungen vorhalten können, werden tendenziell der Bevölkerung keine gesundheitliche Versorgung in der gewohnten Qualität mehr bieten können.
2. Von der allgemein prognostizierten Ärzteentwicklung besonders betroffen sind kleinere Krankenhäuser und Hausarztpraxen in ländlichen Regionen. Auch solche Krankenhäuser, die nach den bisherigen Planungskriterien der Länder für die stationäre Versorgung als unentbehrlich anzusehen sind, können allein wegen unzureichender Stellenbesetzungen und unabhängig von ihrer sonstigen wirtschaftlichen Situation gezwungen sein, ihr Leistungsangebot zu reduzieren oder gar gänzlich einzustellen. Das Gleiche gilt für Hausarztpraxen, die, selbst wenn sie ökonomisch betrachtet einen günstigen Patientenmix haben, aufgeben müssen, weil eine Nachbesetzung nicht gelingt.
3. Wenn es dazu kommen sollte – und ohne entsprechende Gegenmaßnahmen sprechen alle Prognosen dafür –, dann beschränken sich die Folgewirkungen nicht auf das gesundheitliche Angebot der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung, sondern wirken sich aus auf alle Bereiche, die direkt oder indirekt von ärztlicher Präsenz abhängig sind.

Da gegensteuernde Maßnahmen erst mit einer zeitlichen Verzögerung greifen können, ist ein akuter Handlungsbedarf angesagt. Notwendig ist ein Bündel von Maßnahmen, das an den verschiedenen Ebenen und Bereichen des Gesundheitssystems anknüpfen muss.

### III. Der Landtag beschließt:

#### 1. Für den Bereich Universität -- Studium Humanmedizin:

Die Landesregierung wird aufgefordert,

- a. in Zielvereinbarungen mit den Universitäten auf eine Reform des Studiengangs Humanmedizin hinzuwirken. Ziel muss es sein, den Schwerpunkt Allgemeinmedizin stärker zu gewichten. Diesem Ziel dient auch die Einrichtung weiterer ordentlicher Professuren für Allgemeinmedizin mit entsprechenden Lehrstühlen an den medizinischen Fakultäten in Nordrhein-Westfalen.
- b. gemeinsam mit den Universitäten Lösungen für eine optimierte Ausnutzung der bestehenden Kapazitäten an den medizinischen Fakultäten zu erarbeiten, insbesondere im Hinblick auf eine größtmögliche, ganzjährige Nutzung.
- c. in Zielvereinbarungen darauf hinzuwirken, dass eine bedarfsdeckende Anzahl von Medizinstudienplätzen vorgehalten wird. Dem dient auch eine neue Medizinische Fakultät in Ostwestfalen-Lippe, um dem überproportionalen Ärztemangel gerade in dieser Region entgegenzuwirken.
- d. in Zielvereinbarungen darauf hinzuwirken, dass Anreize für Studentinnen und Studenten gesetzt werden, nach dem Studium eine Hausarztpraxis im ländlichen Raum zu übernehmen.
- e. ein Stipendienprogramm zu konzipieren, das an eine zeitlich begrenzte Verpflichtung zur hausärztlich-ländlichen Tätigkeit gekoppelt wird.

#### 2. Für den Bereich Krankenhaus/ ärztliche Weiterbildung:

Die Landesregierung wird aufgefordert,

- a. bei der KGNW und den Ärztekammern auf die Entwicklung eines Verfahrens hinzuwirken, wie die ärztliche Weiterbildung in den Krankenhäusern möglichst einheitlich und zügig zur Facharztanerkennung geführt werden kann.
- b. Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität, insbesondere der Familienfreundlichkeit des Krankenhaus-Arbeitsplatzes auf den Weg zu bringen. Die Überlastung des Krankenhauspersonals darf kein Dauerzustand bleiben. Eine wichtige Maßnahme zur Schaffung familienfreundlicher Arbeitsbedingungen sind betriebliche Kindertageseinrichtungen bzw. Belegplätze in Kitas anderer Träger.
- c. gemeinsam mit den anderen Ländern und in Gesprächen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Bundesärztekammer (BÄK) und dem Deutschen Pflegerat ein rechtlich abgesichertes Konzept zu entwickeln, das den Krankenhäusern mehr Möglichkeiten zur Tätigkeitsverlagerung einräumt. Ein großes, bisher nicht ausgeschöpftes Potential zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten in den Krankenhäusern ist eine systematische Verlagerung ausgewählter ärztlicher Tätigkeiten auf qualifizierte Pflegekräfte oder anderes, speziell dafür ausgebildetes und qualifiziertes Personal. Ernsthafte Bemühungen einer Reihe von Krankenhäusern werden bisher behindert durch eine strittige Definitionsfrage, was eine originäre ärztliche Tätigkeit ist.
- d. mit den anderen Ländern und in Zusammenarbeit mit Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), den Ärztekammern und den Krankenkassen eine Arbeitsgruppe einzurichten, die Vorschläge für einen systematischen Bürokratieabbau erarbeitet, um den Arztberuf seinem Wesen wieder mehr anzunähern und der steigenden Demotivation bei vielen Ärzten entgegenzuwirken.

## 3. Für dem ambulanten Bereich/ Kassenärztliche Vereinigung:

Die Landesregierung wird aufgefordert,

- a. ihrem Sicherstellungsauftrag nicht nur in Bezug auf die Krankenhausstrukturen nachzukommen, sondern eine flächendeckende hausärztliche Versorgung der nordrhein-westfälischen Bevölkerung zu gewährleisten. Da die bestehenden Selbstverwaltungsstrukturen zu keiner zufriedenstellenden räumlichen Verteilung der hausärztlichen Versorgung geführt haben, muss die rechtliche und tatsächliche Grundlage dafür geschaffen werden, dass jetzt die Landesregierung die Verantwortung gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und den Hausarztverbänden übernimmt.
- b. die Möglichkeiten des durch das VStG neu definierten Landesausschusses im Sozialgesetzbuch-Fünftes Buch (SGB V) zur Definition und Auflösung von regionalen Versorgungsengpässen zu nutzen.
- c. den Ausbau der hausarztzentrierten Versorgung durch den Abbau bestehender rechtlicher Hindernisse zu forcieren.
- d. sich dafür einzusetzen, dass der Grundsatz: „Gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ auch für nordrhein-westfälische Hausärzte Anwendung findet. Die Schlechterstellung vor allem im Vergleich zu Bayern oder Berlin ist falsch und nicht hinnehmbar – anscheinend aber, wenn die Strukturen bleiben wie sie sind, unüberwindbar. Auch der Hausarzt in Nordrhein-Westfalen muss angemessen für seine Leistungen bezahlt werden. Deshalb brauchen wir flächendeckend Verträge mit dem Hausarztverband über die medizinische Versorgung.
- e. sich dafür einzusetzen, dass in ländlichen Regionen Gemeinschaftspraxen oder Zentren mit familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen gebildet werden, die nötigenfalls auch Außenstellen zur wohnortnahen Versorgung vorhalten. Dabei sollte die Freiberuflichkeit der Praxisbetreiber gewährleistet sein.
- f. in den operationellen Programmen der europäischen Strukturfonds (EFRE, ESF und ELER) für die kommende Förderperiode 2014 bis 2020 die Voraussetzungen für die Förderung von Praxisniederlassungen oder Praxisübernahmen in Gebieten, in denen die ärztliche Versorgung gefährdet ist, zu schaffen.
- g. einen beispielhaften Katalog von Anreizen mit dem Ziel zu erarbeiten, die Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten in ländlichen Regionen zu erleichtern.

Karl-Josef Laumann  
Lutz Lienenkämper  
Peter Preuß

und Fraktion