

Landtag Nordrhein-Westfalen

per E-Mail: [anhoerung@landtag.nrw.de](mailto:anhoerung@landtag.nrw.de)

LANDTAG  
NORDRHEIN-WESTFALEN  
17. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME  
17/954**

A01, A10

MEDIZINISCHE  
GRUNDSATZFRAGEN

**Ansprechpartnerin**

Prof. Dr. Susanne Schwalen

[schaum@aecko.de](mailto:schaum@aecko.de)

Tel. 0211 4302 -2200/-2201

Fax 0211 4302 -2209

**Ihr Schreiben:**

12.10.2018

**Ihr Zeichen:**

I.A. 1/A 01

**Unser Zeichen:**

887-19 /SSW-HSA

**Datum:** 14.11.18

**Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in den  
Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs des Landes Nordrhein-  
Westfalen (Landarztgesetz Nordrhein-Westfalen – LAG NRW)**

**Gesetzentwurf der Landesregierung - Drucksache 17/3037**

**Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am  
21.11.2018**

Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme zum Entwurf des  
Landarztgesetzes NRW aus Sicht der Ärztekammer Nordrhein.

Die Ärztekammer Nordrhein und das Land NRW haben gemeinsam das  
Ziel, eine gute hausärztliche Versorgung auch in ländlichen Regionen si-  
cherzustellen. Im Ringen um dieses Ziel führt die Suche nach Lösungs-  
wegen zu modifizierten Vorschlägen, die wir Ihnen hier darstellen möch-  
ten.

Wir möchten zunächst grundsätzlich zu dem Gesetzentwurf Stellung be-  
ziehen und gehen in einem zweiten Schritt auf den Text des Gesetzes ein.

Seit Jahren zeichnet sich ein zunehmender Mangel an Hausärztinnen und  
Hausärzten in NRW ab. Nachdem zunächst insbesondere in ländlichen  
Regionen hausärztliche Sitze nicht wieder besetzt werden konnten, sind  
heute in Nordrhein bereits in 65 von 94 Planungsbereichen für die haus-  
ärztliche Versorgung Niederlassungsmöglichkeiten vorhanden. Es sind  
über 200 hausärztliche Sitze offen. Aufgrund des Altersprofils der nieder-  
gelassenen hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte und der trotz zahlrei-  
cher Maßnahmen der Körperschaften der Selbstverwaltung weiterhin nicht  
ausreichenden Anzahl von qualifizierten Interessenten für die hausärztli-  
che Versorgung ist anzunehmen, dass die Anzahl der offenen Planungs-  
bereiche rasch weiter steigt. Dies bedeutet, dass wir den Fokus primär  
nicht auf die Verteilung der hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten set-  
zen sollten, sondern auf die Gewinnung einer ausreichenden Anzahl von  
Ärztinnen und Ärzten, die in der hausärztlichen Versorgung tätig sein wol-  
len.

Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

Postfach 30 01 42  
40401 Düsseldorf

Telefon 0211 4302-0

Fax 0211 4302-2009

Mail [aerztammer@aecko.de](mailto:aerztammer@aecko.de)

Web [www.aecko.de](http://www.aecko.de)

Kernarbeitszeiten:

Mo. bis Do. 9 Uhr bis 15 Uhr

Freitag 9 Uhr bis 14 Uhr

Bankverbindung:

Deutsche Apotheker-  
und Ärztebank eG, Düsseldorf

IBAN DE89 3006 0601 0001 1452 90

BIC DAAEDEDXXX

Dazu ist eine Erhöhung der Studienplatzzahlen für Medizin, die erfreulicherweise bereits in Umsetzung ist, und eine Aufwertung des Ansehens der Allgemeinmedizin bzw. der hausärztlichen Versorgung bereits im Studium notwendig.

Die Attraktivität der Allgemeinmedizin sollte durch Förderung und freiwillige Anreize im Studium gestärkt werden. Eine Umfrage des Marburger Bundes 2016 unter 1.756 Medizinstudierenden im Bundesgebiet hat gezeigt, dass knapp die Hälfte der Befragten sich vorstellen kann, nach dem Studium eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu beginnen. Demgegenüber konnten sich lediglich 12% der Medizinstudierenden der Befragung vorstellen in ländlichen Gebieten zu arbeiten. Im Berufsmonitor Medizinstudenten 2014 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde differenziert gefragt, in welchen Regionen sich Medizinstudenten niederlassen würden. Hier lehnten die Tätigkeit in Landkreisen bis 10.000 Einwohner 71,6% der weiblichen und 57,3% der männlichen Medizinstudenten ab. Zu bedenken ist bei diesen Zahlen, dass bereits heute fast 70% der Studierenden bzw. Absolventen Frauen sind. Die Befragungen zeigen, dass mit gezielten Maßnahmen während des Studiums bzw. Gestaltung der Rahmenbedingungen wie u. a. Bürokratieabbau und Vereinbarkeit von Beruf und Familie potentiell mehr und rascher Ärztinnen und Ärzte für die hausärztliche Versorgung gewonnen werden könnten, die Schwelle zur Arbeit in kleinen Landkreisen jedoch hoch ist.

Die gegenwärtige Entwicklung im Bereich der hausärztlichen Versorgung macht es notwendig, dass insbesondere solche Maßnahmen eingeleitet werden, die zu einer raschen Erhöhung der Anzahl von Ärztinnen und Ärzten führen, die sich an der hausärztlichen Versorgung beteiligen wollen. Aus unserer Sicht kann dies, wie wir aus dem Verhalten der Bundeswehrärztinnen und -ärzte lernen mussten, allenfalls begrenzt und nur mit einer geringen Wahrscheinlichkeit alleine dadurch erreicht werden, dass 10% der Studienplätze an jene Studenten vergeben werden, die sich verpflichten, später in unterversorgten Gebieten zu praktizieren. Vom Beginn des Studiums bis zum Ende der Facharztqualifikation dauert es unter optimalen Bedingungen und Vollzeittätigkeit in der Weiterbildung 11,5 Jahre. Die ersten Studenten, die im Rahmen der Landarztquote den Studienplatz erhalten, können nicht vor Wintersemester 2019/20 ihr Studium beginnen. Dies bedeutet, dass ab 2031 unter bestmöglichen Voraussetzungen das Landarztgesetz NRW zu einer langsamen Verbesserung der Situation hausärztlicher Versorgung führt. Die zu diesem Zeitpunkt bestehende Situation der Hausarztpraxen wird dann wesentlich über den Verbleib in den vorgesehenen Regionen entscheiden. Bedenkt man, dass die Medizin zunehmend weiblicher wird, und in der Regel während der Weiterbildung auch noch durch Familiengründung nicht nur temporäre Auszeiten sondern im Anschluss auch vermehrt Teilzeittätigkeiten genommen werden, ist der Zeitverzug, bis das Landarztgesetz Effekte zeigt, eher noch größer.

Aufgrund der Entwicklung in den vergangenen Jahren ist anzunehmen, dass nach 2031 kein wesentlicher Unterschied im Bereich der hausärztlichen Versorgung in den verschiedenen Planungsbereichen Nordrheins bestehen wird. Wahrscheinlich werden in (fast) allen Planungsbereichen Nordrheins hausärztliche Sitze nicht besetzt sein.

**Aufgrund dieser Analysen und Befragungsergebnisse setzt sich die Ärztekammer Nordrhein dafür ein, dass der Schwerpunkt der Fördermaßnahmen auf den raschen Anstieg der absoluten Zahl von hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten und nicht auf deren kleinteilige Verteilung im Land NRW gesetzt wird.**

Die Landesregierung NRW erwähnt in ihrem aktuellen Koalitionsvertrag die Chancen der Telemedizin und der Telematikinfrastruktur, z. B. im Rahmen von Online-Sprechstunden oder Fernüberwachung von Vitalwerten. Hier ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschätzbar, wie rasch es auf Basis dieser Entwicklung zu einer Verbesserung der hausärztlichen Versorgung gerade in ländlichen Gebieten kommen wird. Die Optionen, die sich auf Basis einer Fernbehandlung ergeben, bieten möglicherweise Lösungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung, die rascher greifen als die Landarztquote. Alleine ist gerade in diesen Regionen die notwendige Infrastruktur keinesfalls optimal gegeben und weicht sogar z.T. erheblich hinter der in Ballungsräumen zurück. Wir schlagen deshalb vor, dass die Landesregierung den Ausbau der Telemedizin insbesondere für die Versorgung auf dem Land fördert und dies in die Digitalisierungsstrategie des Landes NRW aufgenommen wird.

Auch der Ansatz, der in dem „Konsenspapier zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung“ verfolgt wird, nämlich den Quereinstieg in die hausärztliche Versorgung für Fachärzte durch finanzielle Anreize attraktiver zu machen und zu erleichtern, wird wesentlich früher zu einer Entspannung der Situation der hausärztlichen Versorgung führen können. Hier möchten wir noch einmal hervorheben, dass beispielhaft für das Jahr 2017 in der Ärztekammer Nordrhein 124 Anerkennungen für den Facharzt für Allgemeinmedizin und 215 Anerkennungen für den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt ausgesprochen wurden. Diese Fachärzte für Innere Medizin wären ohne zwingend erforderliche zusätzliche Weiterbildungsabschnitte sofort für die Niederlassung zur hausärztlichen Versorgung verfügbar. Bestehende Ängste vor der Niederlassung können u.E. durch eine mindestens 1-jährige Praxiszeit unter Anleitung neben weiteren Qualifizierungsmaßnahmen abgebaut werden,

Und noch eine letzte grundsätzliche Bemerkung: Der Gesetzentwurf der Landesregierung spricht von dem „Gesetz zur Sicherstellung der **hausärztlichen** Versorgung in Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs des Landes Nordrhein-Westfalen“. Zu erwägen ist, ob man dieses Gesetz nicht erweitert auf ein „Gesetz zur Sicherstellung der **ärztlichen** Versorgung in Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs des Landes Nordrhein-Westfalen“.

Letztendlich gibt es auch in anderen ärztlichen Bereichen, insbesondere im Öffentlichen Gesundheitsdienst, ähnlich relevante Engpässe. Sollten die Engpässe im Öffentlichen Gesundheitsdienst auch nach einer zwingend notwendigen Angleichung der Tarife für die Ärztinnen und Ärzte weiterhin bestehen, könnte auch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst angedacht werden, die Studienplatzvergabe mit einer Verpflichtung in diesem Tätigkeitsfeld zu koppeln. Für den Öffentlichen Gesundheitsdienst gab es in den 70er Jahren eine ähnliche Möglichkeit bei der Studienplatzvergabe. Bereits damals bestand ein nicht geringes Nachwuchsproblem beim Öffentlichen Gesundheitsdienst. Diesem Problem wollten die Länder durch eine Studienplatzvergabe mit der Bedingung einer anschließenden Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst begegnen. Die Pflichtdienstzeit wurde seinerzeit dabei auf mindestens 11 Jahre festgelegt, wobei sich in der Praxis oft eine Weiterbildungszeit von 5 Jahren innerhalb dieser Dienstzeit ergab. Diese Weiterbildungen waren für den zu wählenden Standard notwendig, führten seinerzeit aber zu einer faktischen Verkürzung der Arbeitszeit, so dass dem Vertragszweck nur zum Teil entsprochen wurde. Diesen Punkt gilt es zu bedenken, wenn die Weiterbildung nicht Teil der Pflichtdienstzeit werden soll.

### Im Einzelnen nun zu dem Landarztgesetz Nordrhein-Westfalen:

Unter **A Problem** wird im letzten Absatz angenommen, dass „nicht ausreichend Studienplätze für hausärztlich orientierte Bewerberinnen und Bewerber bereitgestellt ... werden“.

Unter **B Lösung** wird ausgeführt „Eine sehr gute Abiturnote allein ist nämlich noch kein Garant für qualifizierte Ärztinnen und Ärzte. Die Orientierung an Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten in Verbindung mit Empathie und Sozialkompetenz sind wichtige Schlüsselfaktoren des ärztlichen Berufs. Daher sollten neben der Abiturnote auch andere Auswahlkriterien stärker zur Geltung kommen. Bereits bei der Zulassung zum Studium soll ermöglicht werden, die fachliche und persönliche Eignung für die hausärztliche Tätigkeit auf dem Land zu berücksichtigen.“ Hier fließen also folgenden Annahmen ein:

1. eine fachliche und persönliche Eignung für eine hausärztliche Tätigkeit (auf dem Land) von Studienplatzbewerbern lässt sich bestimmen,
2. Orientierung an Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten lässt sich messen
3. Empathie und Sozialkompetenz sind unveränderliche Charaktereigenschaften.

Es gibt umfassende Literatur zur Frage, mit welcher Methode Bewerberinnen und Bewerber für das Medizinstudium ausgewählt werden sollten. Fest steht, dass die verschiedenen Methoden wie Eignungstests, Numerus clausus, Referenzen, Bewerbungsschreiben, Multiple-Mini-Aktionstests, Persönlichkeitstests, Tests für emotionale Intelligenz oder Interviews bisher nicht ausreichend belegen konnten, dass sie eine hohe Sensitivität und Spezifität zur Selektion der Bewerberinnen und Bewerber haben, die zukünftig „gute Ärztinnen und Ärzte“ sein werden. Valide Untersuchungen zur Prognose, welche Bewerberin bzw. welcher Bewerber tatsächlich in die hausärztliche Versorgung geht, finden sich in der Literatur nicht. Die Selektion der Bewerberinnen und Bewerber für ein Medizinstudium ist im Hinblick auf die geforderten Eigenschaften somit nicht wissenschaftlich begründet möglich.

Unter **D Kosten** werden für die Durchführung des Auswahlverfahrens 4 Stellen für Tarifbeschäftigte im Landeszentrum für Gesundheit angesetzt.

Für strukturierte Auswahlgespräche wird an den Universitäten ein erheblicher Mehraufwand an personellen Ressourcen für die Selektion benötigt werden. Diese Ressourcen werden nicht erwähnt.

In Bezug auf das Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in den Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs des Landes Nordrhein-Westfalen hat die Ärztekammer Nordrhein folgende Anmerkungen:

#### • § 2 Zulassung

Wie bereits oben ausführlich begründet, sieht die Ärztekammer Nordrhein Schwierigkeiten die unter **§ 2 Satz 1 Nr. 1** ausgeführte „besondere fachliche und persönliche Eignung zur ärztlichen Tätigkeit in einem strukturierten Auswahlverfahren“ nachzuweisen, da es bisher in der Literatur keine ausreichend validierten Auswahlverfahren gibt. Aus diesem Grund empfehlen wir, dass die Landesregierung prüft, ob sich das Land bei der Feststellung der „fachlichen und persönlichen Eignung“ gemäß § 2 des Gesetzentwurfes nicht besser auf die derzeit ohnehin in Konsequenz des Verfassungsurteils neu zu entwickelnden Auswahlkriterien für das Medizinstudium insgesamt beziehen sollte. Dann wäre die „besondere fachliche und persönliche Eignung zur ärztlichen Tätigkeit“ durch ein bundeseinheitliches Auswahlverfahren geregelt.

Eine darüber hinausgehende Eignungsfeststellung speziell für die Tätigkeit als „Hausärztin / Hausarzt in unterversorgten Regionen“ halten wir, wie weiter oben dargelegt, im Übrigen auch aus inhaltlichen Gründen für schwer darstellbar. Im speziellen Auswahlverfahren wäre dann lediglich die Bereitschaft zu klären, der Motivation für eine Tätigkeit als „Landärztin“ bzw. „Landarzt“ durch Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung Verbindlichkeit zu verleihen. Dies wäre Ressourcen schonend.

Im Hinblick auf die Forderungen des **§ 2 Satz 1 Nr. 2** möchten wir anmerken, dass aus unserer Sicht sich in der Formulierung Unschärfen ergeben. Einerseits sieht der Gesetzestext für die Zeit der Weiterbildung zwar die Bindung an eine im weiteren Sinne „hausärztliche“ Versorgung (also Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Kinderheilkunde) vor, nicht aber die Bindung an das „Land“. Die Weiterbildung könnte also auch in anderen Regionen erfolgen. Andererseits gilt für die Zeit nach der Weiterbildung zwar die Bindung an das „Land“ („Bereich ... mit besonderem öffentlichen Bedarf“), aber nicht die Bindung an die hausärztliche Versorgung. In dem Gesetzestext wird außerdem gefordert, dass eine „vertragsärztliche Tätigkeit“ aufzunehmen ist. Da eine Tätigkeit als angestellte Ärztin oder angestellter Arzt in einer Praxis oder einem MVZ im SGB V von einer „vertragsärztlichen Tätigkeit“ unterschieden wird, sollte dies hier präzisiert werden.

Grundsätzlich sollte an dieser Stelle noch einmal beraten werden, ob sich nicht die geforderten 10 Jahre Verpflichtung auf die Zeit während und nach der Weiterbildung in der hausärztlichen Versorgung beziehen können. Spezifiziert werden sollte auch noch, wie mit Teilzeittätigkeit umgegangen wird.

Eine Verpflichtung eines jungen Erwachsenen über einen Zeitraum von 20 Jahren oder mehr sehen wir kritisch. Gerade in dieser Lebensphase sind zahlreiche Entscheidungen zum weiteren Lebenslauf noch nicht getroffen. Fraglich ist, ob die geplante Absicherung der eingegangenen Verpflichtung durch eine wirksame Sanktion zu einer sozioökonomischen Selektion der Bewerberinnen und Bewerber führt.

- **§ 5 Auswahlverfahren**

(2) 4. Die Festlegung von Kriterien für ein strukturiertes Auswahlgespräch im Hinblick auf die fachliche und persönliche Eignung für die hausärztliche Tätigkeit auf dem Land sehen wir als problematisch an, da es für diese Zielparameter z. Zt. keine validierten Kriterien gibt.

i. A.



Prof. Dr. med. Susanne Schwalen  
Geschäftsführende Ärztin