

Der Minister

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

An den
Präsidenten des
Landtags Nordrhein-Westfalen
Herrn André Kuper MdL

Düsseldorf

für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Datum: 13. September 2017
Seite 1 von 1

Aktenzeichen Kabinettsreferat
bei Antwort bitte angeben

RB'e Lenzen-Düser
Telefon 0211 855-3216
Telefax 0211 855-
michaela.lenzen-
dueser@mags.nrw.de

Situation der ärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen

Sehr geehrter Herr Landtagspräsident,

in der 2. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales hatte ich am 6. September 2017 die Übersendung meines Sprechzettels zu TOP 2 „Situation der ärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen“ zugesagt.

Beigefügt erhalten Sie den Redeentwurf und zusätzlich aktuelle Zahlen und Fakten zur hausärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen.

Ich bitte Sie, die Weiterleitung der beigefügten Drucke an die Mitglieder des o.g. Ausschusses zu veranlassen.

Mit freundlichen Grüßen

(Karl-Josef Laumann)



2 Anlagen (je 60-fach)

Dienstgebäude und
Lieferanschrift:
Fürstenwall 25,
40219 Düsseldorf
Telefon 0211 855-5
Telefax 0211 855-3683
poststelle@mais.nrw.de
www.mais.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:
Rheinbahn Linie 709
Haltestelle: Stadttor
Rheinbahn Linien 708, 732
Haltestelle: Polizeipräsidium

MAIS (223)

Entwurf der Rede
des Ministers für Arbeit, Integration und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Karl-Josef Laumann

Situation der ärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen

für die 2. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
am 6. September 2017 (TOP 2)

Es gilt das gesprochene Wort

Anrede,

CDU und FDP haben in ihrem Koalitionsvertrag klar zum Ausdruck gebracht, dass das oberste Ziel unserer Gesundheitspolitik die Sicherstellung einer guten wohnortnahen Gesundheitsversorgung für alle Menschen in NRW ist.

Wenn wir nun auf Antrag der Regierungsfractionen über die Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung in NRW sprechen, dann muss es dabei im Kern um die Hausärztliche Versorgung gehen. Denn klar ist: Eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung ist längst nicht mehr überall in unserem Land selbstverständlich.

Realität ist, dass es vor allem in ländlichen Regionen und kleineren Kommunen immer öfter einen Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten gibt. Ich selbst lebe in einem Ort im Münsterland mit rund 6.500 Einwohnern, in dem nur noch ein einziger Hausarzt praktiziert.

Und wir alle kennen doch in der Konsequenz die Kettenreaktion, die dann in der medizinischen Versorgung droht und leider oft auch folgt: Ist der Hausarzt vor Ort weg, hat auch die Apotheke vor Ort ein Riesenproblem und schließt oftmals. Es kommt nicht von ungefähr, dass auch die Zahl der Apotheken bundesweit sinkt, insbesondere im ländlichen Raum.

Wenn wir hier nicht gegensteuern und den ländlichen Raum stärken, dann laufen wir Gefahr, die hausärztliche (und medizinische) Versorgung auf dem Land künftig nicht mehr sicherstellen zu können. Die Zahlen und Fakten zur hausärztlichen Versorgung in NRW sind aus meiner Sicht mehr als besorgniserregend.

Wir bilden jedes Jahr rd. 2.000 Ärztinnen und Ärzte aus, von denen dann aber nur ca. 10 % Allgemeinmediziner werden. Es gehen aber auch jedes Jahr ca. 400 Hausärzte in den Ruhestand. 2016 sind 457 Hausärzte in den Ruhestand gegangen und 219 Facharztanerkennungen „Allgemeinmedizin“ erteilt worden. Von den jungen Fachärztinnen und Fachärzten werden nicht alle in NRW praktizieren und auch wenn wir Zuwachs aus anderen Ländern, dem Ausland oder durch Wiedereinsteiger und Wiedereinsteigerinnen erhalten, ist klar: Das wird nicht reichen.

Diese Entwicklung ist seit Jahren bekannt und doch ist auf sie ungenügend reagiert worden, sowohl von der Politik als auch von den Medizinischen Fakultäten.

Auch wenn in NRW mit wenigen Ausnahmen rein rechnerisch noch keine Unterversorgung im Sinne der ambulanten Bedarfsplanung besteht, ist das Versorgungsniveau in der hausärztlichen Versorgung in zahlreichen Regionen längst nicht mehr „bedarfsgerecht“ im Sinne der Bedarfsplanung nach SGB V.

Denn wenn man davon ausgeht, dass ein Versorgungsgrad in Höhe von 100 % bedarfsdeckend sein soll, sehe ich mit großer Sorge, dass knapp ein Drittel der 205 Mittelbereiche - das ist die Planungsebene für den hausärztlichen Bereich - in NRW einen Versorgungsgrad haben, der teils deutlich unter 100 % liegt (→ 66 Mittelbereiche). Das trifft vor allem Kommunen im ländlichen Raum.

Hinzu kommt, dass die fortschreitende Alterung unserer Gesellschaft natürlich auch unsere Ärzteschaft in der ambulanten Versorgung betrifft.

Es ist zu befürchten, dass durch das Ausscheiden älterer Ärztinnen und Ärzte und ein unzureichendes Nachwuchsangebot - insbesondere für den hausärztlichen Bereich - die Versorgungslücken in Zukunft größer werden. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Stadt und Land sowie zwischen einzelnen Stadtteilen.

Konkrete Zahlen dazu: In NRW praktizieren ca. 10.700 niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte (sog. Vollzeitäquivalente, Stand Frühjahr 2017), von denen rd. die Hälfte bereits das 60. Lebensjahr überschritten hat. In Westfalen-Lippe sind es sogar beinahe 60 % der Hausärzte, die älter sind als 60 Jahre. Hier arbeiten bereits fast 20 % der Hausärzte über das 65. Lebensjahr hinaus (in Nordrhein sind das „nur“ knapp 13 %).

Wir werden in den kommenden Jahren also einen entsprechend hohen Nachbesetzungsbedarf haben.

Übrigens: Das Durchschnittsalter unserer Hausärzte liegt bei ca. 55 Jahren.

Dem gegenüber steht nicht nur die „Nachwuchslücke“, die ich eben beschrieben habe, sondern auch

- ein wachsender Bedarf der älter werdenden Bevölkerung an Primärversorgung,
- ein Trend bei angehenden Hausärztinnen/Hausärzten hin zur Anstellung in einer Gemeinschaftspraxis und damit weg von der klassischen Niederlassung in einer Einzelpraxis sowie
- ein steigender Frauenanteil in der hausärztlichen Versorgung mit der Folge, dass viele Ärztinnen nicht Vollzeit arbeiten möchten, um Familie und Beruf besser miteinander vereinbaren zu können (⇒ Teilzulassungen).

Mein besonderes Augenmerk als NRW-Gesundheitsminister liegt deshalb auf der Sicherstellung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen.

Im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ist NRW (rechnerisch) noch recht gut aufgestellt (⇒ fast flächendeckende Überversorgung in NRW). Aber diese Zahlen beziehen sich immer auf einen ganzen Kreis.

Auch wenn der gesetzliche Sicherstellungsauftrag für die ambulante vertragsärztliche Versorgung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, plant das Land mit verschiedenen Maßnahmen, die hausärztliche Versorgung und die Rahmenbedingungen für die Allgemeinmedizin in NRW insgesamt zu verbessern.

Bereits in meiner 1. Amtszeit als Gesundheitsminister von Nordrhein-Westfalen habe ich das NRW-Hausarztaktionsprogramm - HAP ins Leben gerufen.

Mit dem Programm leistet das Land seit Ende 2009 ergänzend zu den Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) einen eigenen Beitrag zur Sicherstellung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung - insbesondere in kleineren Kommunen.

Das HAP bietet dazu finanzielle Anreize, um für die Hausärzte die Aufnahme einer Tätigkeit (Schwerpunkte: Niederlassung und Anstellung) in ländlichen Regionen attraktiver zu machen und gewährt ihnen dazu bis zu 50.000 € aus Landesmitteln als (nicht rückzahlbaren) Zuschuss.

Derzeit prüfen wir MAGS-intern, welche Veränderungen wir am HAP vornehmen müssen, um den ländlichen Raum künftig noch wirksamer zu stärken.

Meine Vorgängerin hat Ende 2016 die Einwohnergrenze von 25.000 auf 40.000 angehoben. Aus meiner Sicht war das ein Fehler, weil es vor allem die kleineren Kommunen sind, die Versorgungsprobleme im hausärztlichen Bereich haben. Das weiß ich aus vielen Gesprächen mit Kommunen und Bürgermeistern. Dabei will ich gar nicht leugnen, dass auch die eine oder andere größere Stadt Probleme hat, aber dort sind die Versorgungsstrukturen meist insgesamt besser und deren Attraktivität für niederlassungswillige Ärzte ist in der Regel größer.

Daher wollen wir gezielt und wirksam fördern, statt Förderungen mit der Gießkanne auszuschütten.

Vor diesem Hintergrund möchte ich künftig, angedacht ist ab 2018, die Förderungen bzw. die Fördermöglichkeiten wieder auf Kommunen mit bis zu 25.000 Einwohner konzentrieren und die Einwohnergrenze wieder absenken.

Weiter überlegen wir, dann auch die Fördersummen für Niederlassungen und Anstellungen zu erhöhen, um die finanziellen Anreize für eine hausärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum bzw. in kleinen Städten und Gemeinden zu verbessern.

Schließlich gilt es auch, den Beruf des Haus- oder Landarztes nicht immer schlecht zu reden. Wir müssen die Sorgen und Ängste junger Mediziner ernst nehmen und gemeinsam überlegen, was wir ändern müssen, um Nachwuchs zu gewinnen.

Dabei sind auch die Kommunen gefordert, gute Rahmenbedingungen für interessierte Ärzte und deren Familien zu schaffen. Doch die Versorgung steht und fällt letztlich mit der Zahl möglicher Praxisnachfolger.

Was wir daher dringend erreichen müssen, ist eine Stärkung der Allgemeinmedizin an unseren Fakultäten. Allgemeinmedizin braucht dort dringend einen deutlich höheren Stellenwert! Ich habe nämlich den Eindruck, dass die Allgemeinmedizin bislang an vielen NRW-Hochschulen das 5. Rad am Wagen war.

Zwar haben alle medizinischen Fakultäten in NRW Institute, Abteilungen oder sonstigen Untereinheiten, die sich um Allgemeinmedizin kümmern. Eine W 3-Professur für Allgemeinmedizin mit entsprechender finanzieller und personeller Ausstattung gibt es jedoch bislang nur in Düsseldorf. Alle Universitäten müssen dafür Sorge tragen, dass W 3-Stellen im Bereich der Allgemeinmedizin schnellstmöglich besetzt werden, auch wenn die Bewerberlage in diesem Bereich schwierig ist. Nur so kann die Allgemeinmedizin an den Universitäten auf Augenhöhe mit anderen Disziplinen gelehrt werden.

Höchste Zeit ist es auch, dass es in NRW außerhalb des Rheinlands und des Ruhrgebiets neben Münster eine weitere medizinische Fakultät in Ostwestfalen-Lippe geben wird.

Ein Schwerpunkt dieser Fakultät soll dabei auf der Ausbildung von Allgemeinmedizinern liegen. In den ländlichen Regionen in Ostwestfalen-Lippe droht nämlich heute schon ein besorgniserregender Mangel an Hausärzten, dort gibt es viele freie Arztsitze.

Eines ist für mich aber auch ganz klar: Wer - wie die Stadt Minden - so erheblich in Vorleistung gegangen ist, der darf dabei nicht hinten herausfallen, sondern muss in eine OWL-Fakultät integriert werden.

Denn das Bochumer Modell, in dem seit 1977 Medizinstudierende der Ruhr-Universität Bochum im praktischen Teil ihres Studiums in Kliniken kooperierender privater Träger ausgebildet werden, ist durchaus erfolgreich. Seit dem Wintersemester 2016/2017 werden fast 20 % der Medizinstudenten der Ruhr-Universität Bochum in drei Kliniken in Minden, Herford und Bad Oeynhausen ausgebildet.

An dieser Stelle möchte ich aber auch bemerken, dass es nirgends in ganz Deutschland so viele ausländische Ärzte gibt, wie in Westfalen-Lippe, nämlich insgesamt mehr als 6.300. Auf diese Ärzte aus Rumänien, Syrien, Griechenland, Libyen oder auch dem Iran und zahlreichen anderen Ländern stützt sich derzeit unsere Gesundheitsversorgung nicht unerheblich. Aus meiner Sicht kann es aber keine dauerhafte Lösung sein, die ärztliche Versorgung in diesen Staaten immer weiter auszudünnen, um damit unsere hausgemachten Probleme zu lösen!

Darum ist es dringend notwendig, gerade dort mehr Mediziner auszubilden, wo sie auch regional gebraucht werden, denn viele Absolventen lassen sich nach ihrer Ausbildung im Umkreis ihres Studienorts nieder.

Die Beantwortung der Frage, wie wir mehr Hausärztinnen und Hausärzte aufs Land bekommen, ist nicht einfach, aber von zentraler Bedeutung. Neben der medizinischen Fakultät in Bielefeld erhoffen wir uns von der Einführung einer Landarzt-Quote entsprechende Impulse. Wir möchten künftig bis zu 10 % der Medizinstudienplätze vorrangig an Personen vergeben, die bereit sind, nach ihrer Facharztausbildung in einer ländlichen Region als Hausarzt zu arbeiten.

In Bayern beabsichtigt die Regierung ebenfalls die Einführung, andere Länder diskutieren die Quote ebenfalls. Derzeit stimmen wir uns mit den Ländern ab, die diese Quote auch befürworten, um die verfassungsrechtlichen Hürden zu beseitigen. Auch mit dem NRW-Wissenschaftsministerium sind wir dazu im Dialog.

Mir ist bewusst, dass das, was wir bereits aktuell anschieben und noch anschieben werden, erst in einigen Jahren Wirkung zeigen wird, aber es ist höchste Zeit, dass die Politik in Nordrhein-Westfalen endlich handelt.

Zahlen und Fakten zur hausärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen (Stand Frühjahr 2017)

► Zahlen zur Hausärzteschaft

- niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte insgesamt in Vollzeitäquivalenten:
ca. 10.700
 - Nordrhein: 5.992,2
 - Westfalen-Lippe: 4.759,2
- Niedergelassene Hausärztinnen/Hausärzte in NRW insgesamt in Köpfen:
ca. 11.300
 - Nordrhein: 6.261
 - Westfalen-Lippe: 5.007

► Altersstruktur der Hausärzteschaft

- ca. 5.600 aller Hausärztinnen/Hausärzte sind älter als 55 Jahre = etwas mehr als 50 %
- Durchschnittsalter Hausärzteschaft: ca. 55 Jahre
- Nordrhein:
 - Älter als 60 (Köpfe): 1.736 = 27,73 %
 - Älter als 65 (Köpfe): 779 = 12,44 %
 - bedeutet: 2.515 Hausärztinnen/Hausärzte sind über 60 Jahre alt = ca. 40 %
- Westfalen-Lippe:
 - Älter als 60 (Köpfe): 1.864 = 37,23 %
 - Älter als 65 (Köpfe): 981 = 19,59 %
 - bedeutet: 2.845 Hausärztinnen / Hausärzte sind über 60 Jahre alt = ca. 57 %

► Unbesetzte Hausarztsitze

- in Nordrhein-Westfalen waren im Frühjahr 657,5 Sitze unbesetzt

- freie Sitze in den KV-Bezirken:
 - Nordrhein: 289
 - Westfalen-Lippe: 368,5

► **Mittelbereiche (Planungsebenen gemäß Bedarfsplanung)**

- Anzahl der Mittelbereiche insgesamt: 205
- davon in Nordrhein: 94
 - durchschnittlicher Versorgungsgrad pro Mittelbereich: 105,7 %
- davon in Westfalen-Lippe: 111
 - durchschnittlicher Versorgungsgrad pro Mittelbereich: 104,2 %
- 66 Mittelbereiche haben einen Versorgungsgrad, der teils deutlich unterhalb von 100 % (= bedarfsdeckend) liegt
 - davon 19 in Nordrhein und 47 in Westfalen-Lippe