

## **Kleine Anfrage**

**der Abg. Carola Wolle, Bernhard Eisenhut  
und Dennis Klecker AfD**

**und**

## **Antwort**

**des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration**

### **Hausärztliche Versorgung: Ist die Versorgungssicherheit zukünftig noch gewährleistet?**

Kleine Anfrage

Wir fragen die Landesregierung:

1. Wie steht sie zu den Aussagen in der Pressemitteilung „Hausärztliche Versorgung: Künftige Versorgungssicherheit ist nicht gewährleistet“ des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e. V. (BDI) vom 17. Juli 2024?
2. Hält sie, in Bezug auf Baden-Württemberg, die aktuellen Gesetzesvorhaben wie der BDI „bei weitem“ nicht für ausreichend, um die hausärztliche Versorgung künftig sicherzustellen?
3. Sieht sie die Verantwortung für eine ausreichende hausärztliche und fachärztliche Versorgung primär bei der Bundesregierung bzw. welche Maßnahmen hat sie selbst geplant, um dem immer größer werdenden Hausärztemangel entgegenzuwirken?
4. Wie viele Weiterbildungsstellen im fachärztlichen Bereich sollten ihrer Ansicht nach in Baden-Württemberg mindestens gefördert werden (unter Berücksichtigung der aktuell vorgesehenen 2 000 Weiterbildungsstellen nach § 75a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, und den laut Präsidentin des BDI mindestens 7 500 benötigten geförderten Weiterbildungsstellen)?
5. Sieht sie die „Gesundheitskioske“ ebenfalls, wie der BDI oder auch der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., als teure Parallelstruktur und Bürokratieaufbau an, die die hausärztliche Versorgung weiter schwächen?
6. Mit welcher Zu- oder Abnahme (beispielsweise in Prozent) an Haus- und Fachärzten in Baden-Württemberg rechnet sie in zehn Jahren im Vergleich zu heute, unter der Berücksichtigung von Maßnahmen, die sie bereits ergriffen hat?
7. Setzt sie sich für eine Entbudgetierung für alle hausärztlich tätigen Praxen ein?

8. Wie beurteilt sie die Situation (geschlossene Standorte, eingeschränkte Öffnungszeiten, etc.) und den weiteren Umgang mit dieser Situation und den Eingriff in den Bereitschaftsdienst durch das Bundessozialgerichtsurteil zur Sozialversicherungspflicht von „Pool-Ärzten“ (B 12 R 9/21 R) und damit die bisherige Versorgungsstruktur (sollte ihrer Ansicht nach zum Beispiel der Bundesgesetzgeber aktiv werden)?

27.8.2024

Wolle, Eisenhut, Klecker AfD

Antwort<sup>\*)</sup>

Mit Schreiben vom 23. September 2024 Nr. SM52-0141.5-72/3180/4 beantwortet das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die Kleine Anfrage wie folgt:

1. *Wie steht sie zu den Aussagen in der Pressemitteilung „Hausärztliche Versorgung: Künftige Versorgungssicherheit ist nicht gewährleistet“ des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e. V. (BDI) vom 17. Juli 2024?*

In Baden-Württemberg sind bereits heute gemäß der aktuellsten Version des Bedarfsplanes, für dessen Aufstellung die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) verantwortlich und zuständig ist, bis zu einem Versorgungsgrad von 110 Prozent Hausarztstühle nicht vollständig besetzt.

Daher sieht auch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration eine wesentliche Weichenstellung in der Entkontingentierung der Weiterbildungsstellen in der Weiterbildungsförderung. Dies gilt grundsätzlich für alle Facharzttrichtungen, aber insbesondere für die gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachrichtungen. Die Gesetzesvorhaben des Bundes wie das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) oder die Notfallreform bergen Chancen für die Verbesserung unseres Gesundheitssystems, sind an vielen Stellen aber auch unzureichend oder gar kontraproduktiv ausgestaltet. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration befürwortet grundsätzlich die Entbudgetierung aller hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte. Sicherlich würde dies den hausärztlichen Beruf, vor allem für jüngere Ärztinnen und Ärzte, attraktiver machen.

Mit Blick auf die hausärztliche Weiterbildungsförderung ist darauf hinzuweisen, dass für die Frage der Förderfähigkeit einer Weiterbildung stets das Weiterbildungsziel des Arztes in Weiterbildung maßgeblich ist, nicht das Fachgebiet des Weiterbildenden. Weiterbildungsbefugte haus- und fachärztliche Internisten können ebenso wie niedergelassene Allgemeinmediziner die Förderung für die Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung beantragen, sofern dieser den Facharzt für Allgemeinmedizin anstrebt.

In der Fachgruppe der Internisten sind derzeit die Gebiete der Inneren Medizin und Rheumatologie sowie der Inneren Medizin und Angiologie förderfähig. Die Förderung von hausärztlich tätigen Internisten ist derzeit nicht möglich.

2. *Hält sie, in Bezug auf Baden-Württemberg, die aktuellen Gesetzesvorhaben wie der BDI „bei weitem“ nicht für ausreichend, um die hausärztliche Versorgung künftig sicherzustellen?*

Zunächst ist es zu begrüßen, dass der Bund überhaupt aktiv ist und zumindest versucht, mit den aktuellen Gesetzesvorhaben eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung herbeizuführen. Prinzipiell sind die Vorstöße des Bundes positiv zu sehen, wie etwa die Entbudgetierung der Hausärzteschaft im GVSG oder die Vernetzung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes mit dem Rettungsdienst, wie in der Notfallreform vorgesehen.

<sup>\*)</sup> Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

*3. Sieht sie die Verantwortung für eine ausreichende hausärztliche und fachärztliche Versorgung primär bei der Bundesregierung bzw. welche Maßnahmen hat sie selbst geplant, um dem immer größer werdenden Hausärztemangel entgegenzuwirken?*

Der Sicherstellungsauftrag für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung liegt gemäß §§ 75 Absatz 1 Satz 1, 73 Absatz 2 SGB V bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, mithin für Baden-Württemberg bei der KVBW. Die ärztliche Selbstverwaltung handelt wiederum aufgrund bundesrechtlicher Gesetzesvorgaben und zieht ihre Ermächtigungsgrundlagen aus Bundesrecht. Von daher ist der Bundesgesetzgeber dafür zuständig, die Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die ärztliche Selbstverwaltung ihren Sicherstellungsauftrag effizient und am tatsächlichen Bedarf ausüben kann. Dennoch unterstützt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die ärztliche Selbstverwaltung bei ihrem Sicherstellungsauftrag mit einem Bündel an Maßnahmen. Davon sind bereits einige Maßnahmen umgesetzt bzw. aktiv, andere sind langfristiger Natur und bedürfen der erwähnten bundesrechtlichen Rahmenbedingungen.

So unterstützt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration mit dem landeseigenen Förderprogramm „Landärzte“ Ärztinnen und Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, finanziell mit bis zu 30 000 Euro, wenn diese in einem akuten Fördergebiet (Gemeinden in ländlichen Regionen) einen Versorgungsauftrag übernehmen. Seit 2021 unterstützt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die ärztliche Selbstverwaltung bei ihrem Sicherstellungsauftrag mit der Landarztquote. Es handelt sich um eine Vorabquote für das Medizinstudium. Das Land vergibt jährlich 75 dieser Studienplätze für die Humanmedizin. Die erfolgreichen Bewerberinnen und Bewerber verpflichten sich im Gegenzug dazu, nach dem Studium und der Facharztweiterbildung für mindestens zehn Jahre in einem baden-württembergischen Bedarfsgebiet hausärztlich tätig zu werden. Bei beiden Maßnahmen handelt es sich vor allem um Steuerungselemente, um die ärztliche Versorgung kurz- und langfristig dorthin zu lenken, wo sie am dringendsten benötigt wird.

Darüber hinaus engagiert sich das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration auf Bundesebene z. B. im Rahmen von Gesetzgebungsvorhaben, mit dem Ziel, die ärztliche Bedarfsplanung zu reformieren. Diese ist darauf ausgerichtet eine Überversorgung zu verhindern, was auf die heutigen Entwicklungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung jedoch nicht mehr passt. Schließlich setzt sich das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration auch dafür ein, dass die Rahmenbedingungen für die Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) verbessert werden. In diesen Einrichtungen können Ärztinnen und Ärzte in Anstellung und Teilzeit sowie in Teams und interdisziplinär arbeiten. Kommunale MVZ können damit das Arbeitsumfeld anbieten, dass sich immer mehr Ärztinnen und Ärzte wünschen und damit die Gesundheitsversorgung in der Kommune stärken.

*4. Wie viele Weiterbildungsstellen im fachärztlichen Bereich sollten ihrer Ansicht nach in Baden-Württemberg mindestens gefördert werden (unter Berücksichtigung der aktuell vorgesehenen 2 000 Weiterbildungsstellen nach § 75a Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, und den laut Präsidentin des BDI mindestens 7 500 benötigten geförderten Weiterbildungsstellen)?*

Für die Weiterbildung der weiteren grundversorgenden Fachärztinnen und -ärzte stehen bundesweit maximal 2 000 Stellen zur Verfügung, wovon 267 auf das Land Baden-Württemberg entfallen. Laut Aussage der für die Weiterbildungsförderung zuständigen KVBW wurden diese Förderstellen im Jahr 2023 vollständig ausgeschöpft. Dieser Trend setze sich weiter fort, sodass auch für das aktuelle Jahr bereits jetzt alle 267 Stellen voll ausgeschöpft seien. Die KVBW könne viele Förderanträge leider nicht bewilligen, weil die finanziellen Mittel fehlten.

Die stetig steigenden Antragszahlen unterstreichen das ungebrochen hohe Engagement der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Baden-Württemberg für die Ausbildung von fachärztlichem Nachwuchs. Infolge der begrenzten Mittel können aber bereits heute nicht alle der bereits förderfähigen Facharztgruppen das volle Weiterbildungspotenzial ausschöpfen. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit

und Integration setzt sich, z. B. im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), dafür ein, dass auch weitere fachärztliche Bereiche ohne Kontingent gefördert werden können. Ein erster wichtiger Meilenstein war der GMK-Beschluss aus September 2023, der unter dem Vorsitz von Baden-Württemberg zustande kam, nach dem der Bund aufgefordert wurde, die pädiatrische Weiterbildungsförderung von dem bestehenden Kontingent zu befreien. Es folgten weitere Beschlüsse, die auch andere fachärztliche Richtungen betreffen. Um die pädiatrische ambulante Versorgung in Baden-Württemberg zu stärken, finanziert das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die pädiatrische Weiterbildungsförderung der KVBW für die Jahre 2024 und 2025 mit 648 000 Euro und konnte so zusätzliche zehn Weiterbildungsstellen schaffen.

*5. Sieht sie die „Gesundheitskioske“ ebenfalls, wie der BDI oder auch der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., als teure Parallelstruktur und Bürokratieaufbau an, die die hausärztliche Versorgung weiter schwächen?*

Der zum Zeitpunkt der Beantwortung vorliegende offizielle Referentenentwurf des GVSG sieht keine Regelung zu Gesundheitskiosken vor. Ob das Konzept im weiteren parlamentarischen Verfahren noch Eingang in das Gesetz finden wird, lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht absehen.

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen im Gesundheitssystem ist es notwendig, für die Zukunft Strukturen zu schaffen und weiter zu entwickeln, die bedarfsgerechte Versorgung auf hohem Niveau und mit effizientem Personaleinsatz ermöglichen – gerade auch, um die bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung zu unterstützen und zu sichern. Baden-Württemberg verfolgt deshalb einen umfassenden, sektorenübergreifenden Ansatz und ist dabei bundesweit Vorreiter. In Baden-Württemberg wurde das Konzept von Primärversorgungszentren und -netzwerken in zahlreichen Modellprojekten erfolgreich erprobt. Das Primärversorgungszentrum soll künftig den ersten, niederschweligen Anlaufpunkt für Patientinnen und Patienten darstellen. Ein hausärztliches Versorgungsangebot wird dabei durch ein nicht-ärztliches Case Management etwa durch entsprechend weitergebildete Pflegekräfte ergänzt, das vor allem für Menschen mit chronischen und Mehrfacherkrankungen eine wichtige Lotsenfunktion und Versorgungssteuerung bietet. Je nach regionalem Bedarf können weitere haus- und fachärztliche Versorgungsangebote sowie weitere Gesundheitsberufe hinzukommen. Mit einem solchen sektorenübergreifenden Angebot und speziell mit dem Case Management kann die Versorgung verbessert, das Nebeneinander von Unter-, Fehl und Überversorgung abgebaut und gleichzeitig Ärztinnen und Ärzte entlastet werden. Als Grundlage dafür ist eine verbesserte Kooperation und Vernetzung zwischen den Leistungserbringern der verschiedenen Sektoren notwendig. Der Aufbau, die Koordination und die Pflege von Primärversorgungsnetzwerken ist daher, genau wie das Case Management selbst, als eine neue, vergütete Leistung in der Regelversorgung zu etablieren. Als wichtige neue Rolle für eine sektorenübergreifende Versorgung – sei es in der Diagnose und Behandlung, im Case Management ebenso wie in der Netzwerkkoordination – ist das Berufsbild der Community Health Nurse bzw. Advanced Practice Nurse mit einem eigenen, bundesgesetzlich geregelten Studiengang und erweiterten, eigenständigen heilkundlichen Befugnissen zu schaffen.

*6. Mit welcher Zu- oder Abnahme (beispielsweise in Prozent) an Haus- und Fachärzten in Baden-Württemberg rechnet sie in zehn Jahren im Vergleich zu heute, unter der Berücksichtigung von Maßnahmen, die sie bereits ergriffen hat?*

Auf Nachfrage bei der KVBW, hat diese anhand ihres innovativen Prognosemodells „Zukunft5“ die zu erwartenden Versorgungsgrade für die nächsten fünf Jahre berechnet. Die KVBW wendet als erste Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland ein solches Prognosemodell an. Da eine Prognose für die nächsten zehn Jahre zu ungenau wäre, kann nur eine Prognose für die nächsten fünf Jahre erfolgen. Unter Berücksichtigung aktueller Maßnahmen liegen die prognostizierten Veränderungen gemäß dem Prognosemodell der KVBW für die hausärztliche Versorgung in Baden-Württemberg in den Versorgungsgraden zwischen +17,7 und –16 Prozentpunkten.

Vor dem Hintergrund der eher hohen Versorgungsgrade innerhalb der internistischen Versorgung in Baden-Württemberg, weist das Modell auf keine negativen Entwicklungen in dieser Fachgruppe hin. Laut den Ergebnissen der Prognoseberechnung wird der Versorgungsgrad der fachärztlichen Internisten in Baden-Württemberg auf einem hohen Niveau bleiben. An dieser Stelle ist allerdings darauf hinzuweisen, dass das Modell auf Entwicklungen der Vorjahre basiert und keine in der Zukunft liegenden plötzlichen Versorgungsveränderungen berücksichtigen kann.

*7. Setzt sie sich für eine Entbudgetierung für alle hausärztlich tätigen Praxen ein?*

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration befürwortet die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung und sieht darin einen möglichen Ansatz dafür, die ärztliche Berufsausübung in eigener Niederlassung, insbesondere für jüngere Ärztinnen und Ärzte, attraktiver zu gestalten. Die Umsetzung muss durch den Bund erfolgen, der eine Regelung zur Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung im Entwurf für das GVSG vorsieht.

*8. Wie beurteilt sie die Situation (geschlossene Standorte, eingeschränkte Öffnungszeiten, etc.) und den weiteren Umgang mit dieser Situation und den Eingriff in den Bereitschaftsdienst durch das Bundessozialgerichtsurteil zur Sozialversicherungspflicht von „Pool-Ärzten“ (B 12 R 9/21 R) und damit die bisherige Versorgungsstruktur (sollte ihrer Ansicht nach zum Beispiel der Bundesgesetzgeber aktiv werden)?*

Als Reaktion auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts zur Sozialversicherungspflicht eines sog. Poolarztes im kassen(zahn)ärztlichen Notdienst (BSG, Urteil vom 24. Oktober 2023 – B12 R 9/21 R) hat die KVBW an acht Standorten im Land allgemeinmedizinische Bereitschaftspraxen geschlossen. Bevor die aufgrund des BSG-Urteils getroffenen Notmaßnahmen zum 1. April 2024 beendet wurden, hat die KVBW entschieden, die im Oktober 2023 geschlossenen Bereitschaftspraxen nicht wieder zu eröffnen. Die Öffentlichkeit wurde von der KVBW jeweils durch eine Pressemitteilung über die Gründe für die Schließung der einzelnen Bereitschaftspraxis in Kenntnis gesetzt.

Als Begründung hat die KVBW in ihren Pressemitteilungen im Wesentlichen angeführt:

Die Schließung der Notfallpraxis erfolgte nach einer gründlichen Prüfung der Inanspruchnahme.

Die KVBW hat das BSG-Urteil zum Anlass genommen, den Bereitschaftsdienst neu zu konzipieren. Der Kern liegt dabei auf der Stabilisierung der Regelversorgung, also der wohnortnahen haus- und fachärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu den Sprechstundenzeiten der Arztpraxen.

Nähere gesetzliche Vorgaben, wie der ärztliche Bereitschaftsdienst zu organisieren ist, bestehen bisher nicht. Es besteht bisher auch keine Verpflichtung hinsichtlich einer konkreten Verfügbarkeit oder Erreichbarkeit der Bereitschaftspraxen.

In Vertretung

Dirks

Ministerialdirektorin