

Kleine Anfrage

des Abg. Jonas Hoffmann SPD

und

Antwort

des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration

**Ambulante kinderärztliche Versorgung in den Landkreisen
Lörrach und Waldshut**

Kleine Anfrage

Ich frage die Landesregierung:

1. Wie bewertet die Landesregierung, dass Kinder aus zahlreichen Familien in den Landkreisen Lörrach und Waldshut de facto keine Aufnahme in einer Kinderarztpraxis erhalten?
2. Welche Möglichkeiten räumt die Landesregierung angesichts der laut Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg für die entsprechende Arztgruppe gesperrten Planungsgebiete in den Landkreisen Lörrach und Waldshut an einer dortigen Niederlassung interessierten Kinderärztinnen und Kinderärzten ein?
3. Was empfiehlt die Landesregierung Familien, die keinen Zugang zur ambulanten kinderärztlichen Regelversorgung erhalten, sondern höchstens in dringenden Fällen auf Kindermotfallpraxen oder die zentrale Notaufnahme an Kliniken ausweichen können?
4. In welchem Umfang und über welchen Weg kann das Versorgungsangebot von in Baden-Württemberg niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten von Familien mit Wohnsitz in der Schweiz oder Frankreich genutzt werden?
5. Unter welchen Voraussetzungen können Familien mit Wohnsitz in Baden-Württemberg das kinderärztliche Versorgungsangebot in der Schweiz oder in Frankreich in Anspruch nehmen?
6. Wie beeinflusst die Grenzlage der Landkreise Lörrach und Waldshut die Berechnung der Kinderarztsitze im Planungsbereich der beiden Landkreise?

7. Welche Handlungsnotwendigkeiten erkennt die Landesregierung, angesichts des Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten in den Landkreisen Lörrach und Waldshut, welche das dortige kinderärztliche Versorgungsangebot sinnvoll ergänzen könnten?
8. Wie viele Anträge auf Anerkennung der Qualifikation ausländischer Fachkräfte mit der Berufsbezeichnung Arzt/Ärztin wurden in den letzten fünf Jahren in Baden-Württemberg gestellt (bitte aufgeschlüsselt nach abgeschlossener Anerkennung mit voller Gleichwertigkeit, Anerkennung nach abzuschließender Ausgleichsmaßnahme, laufendem Verfahren und Ablehnung der Anerkennung)?
9. Was empfiehlt die Landesregierung Familien, die, etwa weil Kinder keine Aufnahme in eine Kinder- oder Hausarztpraxis erhalten, telemedizinische Behandlung via docdirekt nutzen, mit Blick auf den Zugang zu rezeptpflichtigen Medikamenten?
10. Bewertet die Landesregierung, mit Blick auf die Überlastung vorhandener Versorgungsstrukturen, die Ausdünnung von Notfallpraxen und die Suche von Familien nach einem Zugang zu kinderärztlicher Regelversorgung die kinderärztliche Versorgung in den Landkreisen Lörrach und Waldshut noch als angemessen, mit der Bitte um Darlegung, wie sie dies begründet?

2.12.2024

Hoffmann SPD

Begründung

Dem Bericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg „Die ambulante medizinische Versorgung 2024“ zufolge sind im Landkreis Lörrach 21 und im Landkreis Waldshut 15 Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte kassenärztlich tätig. Davon haben im Landkreis Lörrach zehn und im Landkreis Waldshut neun das Alter von 60 Jahren bereits überschritten und werden in absehbarer Zeit ihren Beruf aufgeben.

Für Teile der Bevölkerung in den beiden Landkreisen ist die nächste Kinderarztpraxis mehr als 30 Autominuten entfernt. Im Juli schloss in Lörrach eine Praxis, weil dem 64-jährigen Mediziner die gemieteten Räumlichkeiten gekündigt wurden. Eine Analyse der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Landkreises Lörrach aus 2023 hat nachgewiesen, dass die kinderärztliche Versorgung in der gesamten Region von allen im Prozess Beteiligten als stark überlastet angesehen wird.

De facto äußert sich dies auch darin, dass Eltern in beiden Landkreisen zunehmend darüber klagen, ihre Kinder würden in keiner Praxis mehr aufgenommen. Im Herbst 2023 wurde die kinderärztliche Notfallpraxis in Schopfheim, die für Teile der Bevölkerung beider Landkreise Anlaufstelle war, geschlossen; Anfang 2024 wurde zudem der kinderärztliche Notdienst für die Landkreise Lörrach und Waldshut zusammengelegt. Diese Kleine Anfrage soll klären, welche spezifischen Herausforderungen für die Region auch unter Berücksichtigung ihrer Grenzlage mit Blick auf die pädiatrische Versorgung bestehen.

Antwort*)

Mit Schreiben vom 20. Januar 2025 Nr. SM52-0141.5-72/3196/5 beantwortet das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die Kleine Anfrage wie folgt:

1. Wie bewertet die Landesregierung, dass Kinder aus zahlreichen Familien in den Landkreisen Lörrach und Waldshut de facto keine Aufnahme in einer Kinderarztpraxis erhalten?

Zu 1.:

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration beobachtet die aktuelle Situation in der kinder- und jugendärztlichen Versorgung im ganzen Land und damit auch in den Landkreisen Lörrach und Waldshut mit großer Aufmerksamkeit. Die Gewährleistung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat für das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration oberste Priorität. Auch wenn der Sicherstellungsauftrag für die vertragskinderärztliche Versorgung bei der ärztlichen Selbstverwaltung liegt, hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration ein Bündel an Maßnahmen geschnürt, um die ärztliche Selbstverwaltung bei ihrem Sicherstellungsauftrag zu unterstützen, u. a.:

- Veranstaltung des Fachsymposiums „Kinder- und Jugendgesundheit“ im Juli 2023 mit Verabschiedung einer Gemeinsamen Erklärung und der Landesgesundheitskonferenz im November 2024 mit dem Thema „Gesund aufwachsen“.
- Förderprogramm Landärzte: Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration bietet Ärztinnen und Ärzten, die hausärztlich tätig sind (damit auch Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten, vgl. § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch [SGB] Fünftes Buch [V]) eine finanzielle Förderung in Höhe von bis zu 30 000 Euro, wenn sie in einem Fördergebiet einen Versorgungsauftrag übernehmen, auch Anstellungen können gefördert werden. Im Landkreis Lörrach sind aktuell insgesamt 14 Gemeinden als Fördergebiet ausgewiesen, im Landkreis Waldshut 24.
- Landarztquote: Das Land vergibt jährlich 75 Medizinstudienplätze an Bewerberinnen und Bewerber, die sich im Gegenzug dazu verpflichten nach dem Medizinstudium und der Facharztweiterbildung (u. a. auch als Kinder- und Jugendärztin oder -arzt) für mindestens zehn Jahre in einem baden-württembergischen Bedarfsgebiet hausärztliche tätig zu werden.

2. Welche Möglichkeiten räumt die Landesregierung angesichts der laut Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg für die entsprechende Arztgruppe gesperrten Planungsgebiete in den Landkreisen Lörrach und Waldshut an einer dortigen Niederlassung interessierten Kinderärztinnen und Kinderärzten ein?

Zu 2.:

Für die Zulassung und Niederlassung der vertragsärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte ist die ärztliche Selbstverwaltung, namentlich die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und der Zulassungsausschuss für Ärzte, der über die konkrete Zulassung entscheidet, zuständig. Sofern sich Ärztinnen und Ärzte in einem gesperrten Planungsbereich niederlassen möchten, müssen sie etwaige Ausnahmegenehmigungen beim Zulassungsausschuss für Ärzte beantragen, der über die Anträge entscheidet.

*) Der Überschreitung der Drei-Wochen-Frist wurde zugestimmt.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration hat jedoch bereits verschiedenste Maßnahmen ergriffen, um die ärztliche Selbstverwaltung bei ihrem Sicherstellungsauftrag zu unterstützen. Die Maßnahmen greifen kurz- und langfristige und erstrecken sich von der kommunalen bis hin zur Bundesebene.

Allen voran wird eine Reform der ärztlichen Bedarfsplanung benötigt. Die derzeitigen Regelungen der Bedarfsplanung wurden ursprünglich eingeführt, um eine Überversorgung zu verhindern. Sie werden den aktuellen Entwicklungen daher nicht mehr gerecht. Deshalb ist eine Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie dringend notwendig, um den aktuellen Entwicklungen in der vertragsärztlichen Versorgung gerecht zu werden. Hierfür ist aber der Bund zuständig. Für eine solche Reform setzt sich das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration daher bereits seit längerem auf Bundesebene ein. Dafür wird sich das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration auch zukünftig engagieren.

Darüber hinaus ist die Nachwuchsgewinnung und Nachbesetzung von aus dem Arztberuf scheidenden Ärztinnen und Ärzten sehr wichtig. Insbesondere im kinder- und jugendärztlichen Bereich setzt sich das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration dafür ein, dass die bundesseitig immer noch kontingentierten Weiterbildungsstellen in der Pädiatrie der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin gleichgestellt werden und damit eine unbegrenzte Anzahl an geförderten Weiterbildungsstellen zur Verfügung steht. Bereits im September 2023 hat die Gesundheitsministerkonferenz unter dem Vorsitz Baden-Württembergs den Bund aufgefordert, das Kontingent für die Weiterbildungsstellen in der Pädiatrie aufzuheben. Damit könnte die KVBW unlimitiert Ärztinnen und Ärzte finanziell bei der Ausbildung von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten unterstützen und so für ausreichend Nachwuchs sorgen. Der Bund ist hier bislang leider noch nicht aktiv geworden. Daher hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration die KVBW für die Jahre 2024 und 2025 finanziell mit 648 000 Euro unterstützt und es damit ermöglicht, dass insgesamt zehn zusätzliche solcher Weiterbildungsstellen finanziert werden können.

Weiterhin ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration auch im Dialog mit der KVBW, um Möglichkeiten auszuloten, auch in gesperrten Planungsbereichen offene Arztsitze zu schaffen. Die abschließenden Entscheidungen trifft jedoch die ärztliche Selbstverwaltung in ihren eigenen Gremien.

3. Was empfiehlt die Landesregierung Familien, die keinen Zugang zur ambulanten kinderärztlichen Regelversorgung erhalten, sondern höchstens in dringenden Fällen auf Kindernotfallpraxen oder die zentrale Notaufnahme an Kliniken ausweichen können?

Zu 3.:

Auch das Ministerium für Gesundheit, Soziales und Integration beobachtet, dass sich die Situation in der ambulanten medizinischen Versorgung in bestimmten Regionen des Landes anspannt. Zwar ist die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in den letzten Jahren stabil geblieben, durch die Zunahme von Anstellungen (38,5 Stunden Arbeitszeit pro Woche) und Teilzeittätigkeiten sind die ärztlichen Ressourcen aber zurückgegangen. Bei Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten kommen noch weitere Faktoren hinzu:

- Die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen und damit die pro Kind anstehenden Arzttermine haben zugenommen,
- die Fälle von chronischen Erkrankungen bei Kindern sind häufiger geworden,
- größerer Beratungsbedarf aufgrund schwindender Gesundheitskompetenz sowie mehr Beratungen im sozialmedizinischen Bereich.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gesetzlich verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten (§ 75 Abs. 1a SGB V). Der Gesetzgeber wollte damit erreichen, dass alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten in einer

angemessenen Frist einen Facharzttermin bzw. Kinder ein Terminangebot für Gesundheitsuntersuchungen im Kindesalter erhalten. Die Terminservicestellen unterstützen die gesetzlich Versicherten auch bei der Suche nach dauerhaft versorgenden Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten.

Die Kinderärztinnen und Kinderärzte sind verpflichtet der Terminservicestelle freie Termine zu melden. Da viele Kinderarztpraxen überlastet sind, erhält die Terminservicestelle von den Praxen in aller Regel nur einmalige Termine für U-Untersuchungen oder für eine orientierende Patientenberatung gemeldet. Terminressourcen für die dauerhafte kinder- und jugendärztliche Behandlung liegen den Terminservicestellen eher selten vor.

4. In welchem Umfang und über welchen Weg kann das Versorgungsangebot von in Baden-Württemberg niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzten von Familien mit Wohnsitz in der Schweiz oder Frankreich genutzt werden?

Zu 4.:

In den EU-Mitgliedsstaaten, in der Schweiz sowie in den EWR-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen gibt es ein Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in Deutschland (sog. Sachleistungen, also ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel) von sogenannten „Grenzgängern“ aus der Schweiz oder Frankreich (dortiger Wohnsitz), ist an sich damit grundsätzlich bedingungslos möglich, lediglich die Kostenerstattung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Eine Rolle spielt etwa, in welchem Land die Person und ihre mitversicherten Angehörigen versichert sind (Deutschland, Schweiz oder Frankreich), ob die Person in der Schweiz arbeitet, ob die Behandlung der Grund für den Aufenthalt in Deutschland ist oder ob die Behandlung medizinisch notwendig ist und sie nicht bis zur Rückkehr in die Schweiz oder nach Frankreich warten kann, mithin die Behandlung nicht der Grund für den Aufenthalt in Deutschland ist (sondern z. B. Urlaub in Deutschland).

Es ist eher davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme ambulanter kinderärztlicher Leistungen in Deutschland von Familien aus der Schweiz und Frankreich vorab geplant ist, die kinderärztliche Behandlung somit der Grund für den Aufenthalt in Deutschland ist. Für Familien mit Wohnsitz in Frankreich ist für ambulante Leistungen in diesem Fall keine Vorabgenehmigung nötig. Die Familien müssen jedoch in Vorleistung treten. Im Übrigen ist das französische Recht bezüglich der Kostenerstattung zu beachten. Für Familien mit Wohnsitz in der Schweiz ist eine Vorabgenehmigung der jeweiligen (schweizerischen) Krankenversicherung für jede Art von Behandlung in Deutschland nötig, um für die jeweilige Behandlung in Deutschland eine Kostenerstattung zu erhalten.

5. Unter welchen Voraussetzungen können Familien mit Wohnsitz in Baden-Württemberg das kinderärztliche Versorgungsangebot in der Schweiz oder in Frankreich in Anspruch nehmen?

Zu 5.:

In den EU-Mitgliedsstaaten, in der Schweiz sowie in den EWR-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen gibt es ein Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung. Ob die jeweilige Krankenkasse die Kosten für eine Behandlung in einem der genannten Staaten übernimmt, hängt von bestimmten Voraussetzungen ab.

Unterschieden werden geplante und ungeplante Behandlungen. Bei der Inanspruchnahme des kinderärztlichen Versorgungsangebotes in der Schweiz oder in Frankreich handelt es sich in der Regel um eine geplante Behandlung. Diese ist nur durch eine Vorabgenehmigung seitens der Krankenkasse und das Ausstellen des entsprechenden Europäischen Vordrucks S2 möglich.

Ungeplante Behandlungen können mit der europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) erfolgen. Bei einem vorübergehendem Aufenthalt in einem EU-Mitgliedsstaat sowie in der Schweiz können medizinisch notwendige Sachleistungen (ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel) in Anspruch genommen werden. Die EHIC wird als separate Karte ausgegeben oder befindet sich auf der Rückseite der Krankenversicherungskarte.

Wenn eine medizinische Leistung innerhalb der EU, der EWR-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen oder in der Schweiz auf privater Abrechnungsbasis in Anspruch genommen wird, können auch vor Ort die Behandlungskosten entrichtet und dann die Rechnungsbelege bei der zuständigen Krankenkasse in Deutschland eingereicht werden. Die Kosten werden jedoch nur bis zu der Höhe übernommen, wie sie bei einer inländischen Behandlung erstattet werden. Die Krankenkasse kann darüber hinaus Abschläge für Verwaltungskosten vornehmen. Es sollte daher vor einer Behandlung im europäischen Ausland eine Beratung bei der eigenen Krankenkasse in Anspruch genommen werden, bis zu welcher Höhe eine Erstattung in Betracht kommt.

Das trinationale Kompetenzzentrum für Gesundheitsprojekte TRISAN stellt einen Leitfaden zur Verfügung *Leitfaden für die Patientenmobilität am Oberrhein*. Weitere Informationen sind bei der Nationalen Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (www.eu-patienten.de) abrufbar.

6. Wie beeinflusst die Grenzlage der Landkreise Lörrach und Waldshut die Berechnung der Kinderarztsitze im Planungsbereich der beiden Landkreise?

Zu 6.:

Um die Frage 6 beantworten zu können, werden zunächst die wichtigsten Kennzahlen der Bedarfsplanung skizziert. Die Soll-Zahl für eine Arztgruppe innerhalb eines Planungsbereichs berechnet sich aus der Verhältniszahl. Diese legt das rechnerisch angestrebte Arzt-Einwohner-Verhältnis fest und wird durch Alters-, Geschlechts- sowie Morbiditätsfaktoren regional angepasst. Aus der Ist- und der Soll-Zahl ergibt sich dann der Versorgungsgrad eines Planungsbereichs. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sieht dabei keinen Faktor vor, der die genannten Kennzahlen der Bedarfsplanung aufgrund einer Grenzlage verändert. Die Grenzlage verändert deswegen nicht die Berechnung der Kinderarztsitze im Planungsbereich der beiden Landkreise.

7. Welche Handlungsnotwendigkeiten erkennt die Landesregierung, angesichts des Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten in den Landkreisen Lörrach und Waldshut, welche das dortige kinderärztliche Versorgungsangebot sinnvoll ergänzen könnten?

Zu 7.:

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration sieht vor allem Handlungsnotwendigkeiten in Form einer besseren Vernetzung der verschiedenen Sektoren wie auch eine dadurch verbesserte Patientensteuerung. Zusätzlich sollten kooperative Berufsausübungsformen forciert werden, um diese Ziele zu erreichen und den Berufswünschen von immer mehr Ärztinnen und Ärzten gerecht zu werden.

So setzt sich das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration aktiv dafür ein, die Rahmenbedingungen für die Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), u. a. in der Rechtsform einer eingetragenen Genossenschaft (e. G.) zu verbessern. In diesem Zusammenhang wurde letztes Jahr unter Beteiligung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration ein ausführliches Rechtsgutachten zum Thema kommunale MVZ e. G. erstellt, das der KVBW und dem Baden-Württembergischen Genossenschaftsverband (BWGV) bei ihrer Beratungstätigkeit hilft. Damit soll es interessierten Kommunen sowie Ärztinnen und Ärzten erleichtert werden, MVZ zu gründen.

Um eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung angesichts der Herausforderungen des demographischen Wandels und der knappen Ressourcen zu gewährleisten, verfolgt das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration einen sektorenübergreifenden Ansatz. Ziel ist die ambulante und stationäre Versorgung, die Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation, Pflege, soziale wie auch kommunale Angebote über eine intersektorale Versorgungskoordination zu verknüpfen, um das Nebeneinander von Unter-, Fehl und Überversorgung abzubauen, die Qualität der Versorgung zu verbessern und gleichzeitig die knappen finanziellen und personellen Ressourcen effizient einzusetzen.

Mit den Modellprojekten zur sektorenübergreifenden Versorgung hat Baden-Württemberg bereits seit 2016 gezeigt, dass Primärversorgungszentren ein wichtiger Zugangspunkt ins Gesundheitssystem sein können. Im Zentrum stehen eine hausärztliche Praxis und Case-Management, das zu Untersuchungen und nächsten Behandlungsschritten berät und Menschen beim Zugang in das Gesundheitssystem unterstützt.

Seit 2019 hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration fast 30 Projekte gefördert, welche die Konzeptualisierung und den Aufbau von Primärversorgungszentren und -netzwerken beinhalten.

Um Kommunen bei ihren Bemühungen für eine gute Gesundheitsversorgung vor Ort zu unterstützen, hat das Ministerium von 2021 bis Ende 2023 die Kommunale Beratungsstelle Gesundheitsversorgung beim Landkreistag gefördert. Auf der Wissensdatenbank gesundheitskompassbw.de stehen seit Februar 2023 Informationen für interessierte Gemeinden, Städte und Landkreise bereit, um sie dabei zu unterstützen, die Belange der Gesundheitsversorgung selbstständig weiterzuentwickeln. Die Kommunale Beratungsstelle Gesundheitsversorgung ist im Jahr 2024 ins Ministerium übergegangen und wird dort zukunftsgerichtet weitergeführt und fortentwickelt.

8. Wie viele Anträge auf Anerkennung der Qualifikation ausländischer Fachkräfte mit der Berufsbezeichnung Arzt/Ärztin wurden in den letzten fünf Jahren in Baden-Württemberg gestellt (bitte aufgeschlüsselt nach abgeschlossener Anerkennung mit voller Gleichwertigkeit, Anerkennung nach abzuschließender Ausgleichsmaßnahme, laufendem Verfahren und Ablehnung der Anerkennung)?

Zu 8.:

Über die Verfahren zur Anerkennung von Ärztinnen und Ärzten mit im Ausland abgeschlossener Ausbildung wird eine amtliche Statistik nach § 17 Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (des Bundes) geführt. Zum Verständnis der Statistik wird auf Folgendes hingewiesen: Die Frage 8 stellt auf „Anerkennungsanträge“ ab. Die amtliche Statistik bezieht sich auf Anerkennungsverfahren. Sie erfasst Anträge erst, wenn die Antragsunterlagen vollständig vorliegen und damit die Frist für das Anerkennungsverfahren läuft. Das Datum des Antragseingangs ist kein Erhebungsmerkmal der Statistik nach § 17 Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz. Die Beantwortung kann sich daher nur auf Anerkennungsverfahren beziehen, die in den jeweiligen Jahren in die Statistik Eingang gefunden haben.

Die amtliche Statistik gibt den Verfahrensstand zum Stichtag 31. Dezember wieder. Verfahren, die für das Erhebungsjahr Eingang in die Statistik finden, können zu diesem Stichtag entweder abgeschlossen, auf sonstige Weise erledigt und ohne Bescheid beendet (etwa durch Rücknahme des Antrags) oder noch nicht entschieden sein. Als abgeschlossen im Sinne der Statistik gelten Verfahren zur Anerkennung von Ärztinnen und Ärzte mit im Ausland abgeschlossener Ausbildung, wenn zum Stichtag entweder die volle Gleichwertigkeit festgestellt und der Berufszugang gewährt wurde, das Erfordernis einer Ausgleichsmaßnahme festgestellt wurde oder keine Gleichwertigkeit ohne die Möglichkeit einer Ausgleichsmaßnahme festgestellt wurde. Die Feststellung des Erfordernisses einer Ausgleichsmaßnahme wird umgangssprachlich oft als „Teilanerkennung“ bezeichnet. In der Statistik werden in dieser Kategorie diejenigen Verfahren gezählt, in denen diese Feststellung im Erhebungsjahr erfolgte und bei denen dies

zum Stichtag der letzte der zuständigen Stelle bekannte Verfahrensstand war, d. h. in denen die Ausgleichsmaßnahme zum Stichtag noch nicht absolviert war. In einer großen Zahl derjenigen Verfahren, die in der Statistik mit dem Ergebnis „volle Gleichwertigkeit“ wiedergegeben werden, wurde zuvor ebenfalls eine Ausgleichsmaßnahme absolviert.

In diesem Zusammenhang sind die folgenden Beispiele zu beachten:

- Beantragt eine Ärztin/ein Arzt im März die Anerkennung und erhält im Juni aufgrund voller Gleichwertigkeit die Approbation, wird das Verfahren als abgeschlossen gemeldet mit dem Ergebnis „volle Gleichwertigkeit“.
- Bekommt eine Ärztin/ein Arzt nach Beantragung der Anerkennung im März wesentliche Unterschiede bescheinigt, besteht daraufhin im September die Kenntnisprüfung und erhält im Oktober die Approbation, so wird das Verfahren ebenfalls als abgeschlossen gemeldet mit dem Ergebnis „volle Gleichwertigkeit“. Kann die Kenntnisprüfung erst im Folgejahr abgelegt werden, wird das Verfahren als abgeschlossen gemeldet mit dem Ergebnis „Auflage einer Ausgleichsmaßnahme“. Besteht die Ärztin/der Arzt im Folgejahr die Kenntnisprüfung und erhält daraufhin die Approbation, wird das Verfahren als abgeschlossen gemeldet mit dem Ergebnis „volle Gleichwertigkeit“, nachdem es für das Vorjahr bereits als abgeschlossen mit dem Ergebnis „Auflage einer Ausgleichsmaßnahme“ gemeldet worden war.
- Beantragt eine Ärztin/ein Arzt im November eines Jahres die Anerkennung und erhält bis zum Jahresende noch keinen Bescheid, wird für das Verfahren „noch keine Entscheidung“ gemeldet.

Die Verfahrenszahlen in den Jahren 2020 bis 2023 sind – aufgeschlüsselt nach den oben erläuterten möglichen Ergebnissen – der folgenden Tabelle zu entnehmen; die amtliche Statistik für das Erhebungsjahr 2024 liegt noch nicht vor.

Anerkennung Ärztinnen und Ärzte mit im Ausland abgeschlossener Ausbildung

Jahr	Insgesamt	abgeschlossene Verfahren	davon Entscheidung (vor Rechtsbehelf)			sonstige Erledigung – Verfahren ohne Bescheid beendet	noch keine Entscheidung
			positiv – volle Gleichwertigkeit	Auflage einer Ausgleichsmaßnahme	negativ		
2020	1.207	1.136	837	289	10	7	64
2021	1.336	1.232	915	315	2	10	94
2022	1.250	1.175	767	408	–	3	72
2023	1.198	1.062	760	300	2	1	135

9. Was empfiehlt die Landesregierung Familien, die, etwa weil Kinder keine Aufnahme in eine Kinder- oder Hausarztpraxis erhalten, telemedizinische Behandlung via docdirekt nutzen, mit Blick auf den Zugang zu rezeptpflichtigen Medikamenten?

Zu 9.:

Der Zugang und die Verordnung eines rezeptpflichtigen Medikamentes ist auch im Rahmen einer Videosprechstunde via docdirekt grundsätzlich möglich. Die gesetzlichen Anforderungen für die Ärztin oder den Arzt ihrer oder seiner Sorgfaltspflicht nachzukommen, werden im Rahmen eines Videokontaktes gewährleistet. Es besteht die Möglichkeit einer gezielten Befragung auch durch den per Video hergestellten Arzt-Patienten-Kontakt. Dadurch kann sich die Ärztin oder der Arzt persönlich vom Gesundheitszustand der bislang unbekanntem Patientin oder des bislang unbekanntem Patienten überzeugen.

10. Bewertet die Landesregierung, mit Blick auf die Überlastung vorhandener Versorgungsstrukturen, die Ausdünnung von Notfallpraxen und die Suche von Familien nach einem Zugang zu kinderärztlicher Regelversorgung die kinderärztliche Versorgung in den Landkreisen Lörrach und Waldshut noch als angemessen, mit der Bitte um Darlegung, wie sie dies begründet?

Zu 10.:

In Baden-Württemberg leisten die Kinderärztinnen und Kinderärzte während der Woche ihren Dienst dezentral in ihren Praxen. Am Wochenende erbringen sie ihren Dienst zentral an den Kinderärztlichen Bereitschaftspraxen. In Baden-Württemberg gibt es 25 kinderärztliche Bereitschaftspraxen, die sich jeweils an Kinderkliniken befinden. Da es im Landkreis Waldshut keine Kinderklinik gibt, stehen der dortigen Bevölkerung am Wochenende die kinderärztlichen Bereitschaftspraxen in den umliegenden Landkreisen (Bereitschaftspraxen an den Kinderkliniken Lörrach, Singen und Villingen-Schwenningen) zur Verfügung.

Die von der KVBW derzeit laufende Reform des Bereitschaftsdienstes sieht im Bereich der gebietsärztlichen Dienste (Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Augenärztinnen und Augenärzte, HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte) keine strukturellen Änderungen vor. Die aktuelle Reform des Bereitschaftsdienstes hat somit keine Auswirkungen auf die kinderärztliche Versorgungssituation in den Landkreisen Lörrach und Waldshut.

Lucha

Minister für Soziales, Gesundheit
und Integration