

Stenografischer Bericht
(ohne Beschlussprotokoll)

– Öffentliche Anhörung –

29. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

4. Juni 2020, 14:02 bis 18:22 Uhr

Anwesend:

Vorsitz: Moritz Promny (Freie Demokraten)

CDU

Sabine Bächle-Scholz
Dr. Ralf-Norbert Bartelt
Sandra Funken
Petra Müller-Klepper
Claudia Ravensburg
Max Schad
Ismail Tipi

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kathrin Anders
Marcus Bocklet
Silvia Brünnel
Taylan Burcu
Felix Martin

SPD

Ulrike Alex
Frank-Tilo Becher
Nadine Gersberg
Dr. Daniela Sommer
Turgut Yüksel

AfD

Arno Enners
Claudia Papst-Dippel
Volker Richter

Freie Demokraten

Yanki Pürsün

DIE LINKE

Christiane Böhm

Fraktionsassistentinnen/Fraktionsassistenten:

CDU: Dr. Carla Thiel
 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Fiona Schultz
 SPD: Bettina Kaltenborn
 AfD: Dagmar Tröger, Jan Feser
 Freie Demokraten: Isabel Schnitzler

Landesregierung, Rechnungshof, Datenschutz, Landtagskanzlei:

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amtsbezeichnung	Ministerium, Behörde
Heb, Stefan	RD	HMSI
Krose, Kai	Min	U
Stephan, Julian	RR'in	HMSI
Carolin Franke	Vater	HSMI
Tiemann, Barbara	GR MR'in	HMSI
Usman, Merka	VA'e	HMSI
Becker, Martin	RD	STK
Nöcker Susanne	RR'in	HMSI

Anzuhörende:

Institution	Name
1. Hessischer Landkreistag	Geschäftsführender Direktor Prof. Dr. Jan Hilligardt
2. Goethe-Universität Frankfurt am Main FB 16 Medizin	Prof. Dr. Udo Rolle
2. Projekt "Landpartie 2.0" Institut für Allgemeinmedizin Goethe-Universität Frankfurt am Main	Direktor Prof. Dr. Ferdinand Gerlach
2. Justus-Liebig-Universität Gießen FB 11 Medizin	Dekan Prof. Dr. Wolfgang Weidner
2. Philipps-Universität Marburg FB 20 Medizin	Prof. Dr. Annette Becker
3. Schwalm-Eder-Kreis Der Kreisausschuss	Erster Kreisbeigeordneter Jürgen Kaufmann
3. Stadt Frankenau	Bürgermeister Björn Brede
4. Berufsverband Deutscher Internisten e. V. Wiesbaden	Geschäftsführer Tilo Radau Stv. Geschäftsführer Bastian Schroeder
4. Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V.	Tilo Radau
4. Hartmannbund Landesverband Hessen	Svenja Krück
4. Hausärzterverband Hessen Neuental	Vorsitzender Armin Beck
4. Hessische Krankenhausgesellschaft e. V. Eschborn	Präsident Dr. Christian Höftberger
5. Marburger Bund Landesverband Hessen Frankfurt	Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Scholz Dr. med. Lars Bodammer
5. Verband der Krankenhausedirektoren Deutschland e. V. (VKD) Landesgruppe Hessen Limburg	Vorsitzender Hubert Connemann
6. Kassenärztliche Vereinigung Hessen Frankfurt	Vorstandsvorsitzender Frank Dastych
6. Verband der Ersatzkassen Hessen e. V. (VDEK) Landesvertretung Hessen	Leiterin Claudia Ackermann
6. Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland	Tobias Löffler
6. Fachschaft Humanmedizin Justus-Liebig-Universität Gießen	Anne Lindemann, Felix Rudolph
7. Sozialverband VdK Hessen-Thüringen Frankfurt	Landesvorsitzender Paul Weimann

Protokollführung: Maximilian Sadkowiak, Herr Neil

Vorsitzender: Liebe Kolleginnen und Kollegen, Herr Staatsminister Klose, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich heiÙe Sie herzlich zur 29. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses willkommen. Wir haben eine mündliche Anhörung vor uns. Dabei haben wir die anzuhörenden Institutionen in Gruppen gegliedert. Hier unten im Plenarsaal befinden sich zunächst die Vertreterinnen und Vertreter aus den Gruppen 1, 2 und 3. Nach Abschluss der Anhörung dieser drei Gruppen werde ich die Gruppen 4 und 5, die sich zurzeit noch auf der Zuschauertribüne befinden, nach hier unten in den Plenarsaal bitten, um ihre Stellungnahme abzugeben. Die Vertreterinnen und Vertreter der Gruppen 1, 2 und 3 haben dann Gelegenheit, wenn sie dem weiteren Verlauf der Anhörung folgen möchten, dies von der Zuschauertribüne aus zu tun. Nach den Gruppen 4 und 5 folgen die Gruppen 6 und 7.

Zum formalen Verfahren noch kurz der Hinweis: Uns allen liegen Ihre schriftlichen Stellungnahmen vor. Insofern wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie die mündlichen Ausführungen zu Ihren schriftlichen Stellungnahmen auf etwa drei Minuten beschränken würden, damit noch ausreichend Zeit für Rückfragen der Abgeordneten gegeben ist.

Nach diesen Vorbemerkungen rufe ich nunmehr auf:

Öffentliche mündliche Anhörung

Gesetzentwurf

Fraktion der SPD

Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Hessen

– Drucks. [20/2356](#) –

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden

– Ausschussvorlage SIA 20/27 –

(Teil 1 verteilt am 18.05.20, Teil 2 am 25.05.20, Teil 3 am 29.05.20,
Teil 4 am 08.06.2020)

Wir beginnen mit dem Hessischen Landkreistag.

Herr **Prof. Dr. Hilligardt:** Herr Vorsitzender, Herr Staatsminister, meine Damen, meine Herren! Ganz herzlichen Dank, dass ich hier für die 21 hessischen Landkreise sprechen darf, die Mitträger der Infrastruktur nicht nur im ländlichen Raum, sondern auch im Umland der großen Städte und dabei auch ganz maßgebliche Akteure in der Gesundheitsversorgung sind. Kurz sei daran erinnert: Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Rettungsdienstes.

Die 21 Landkreise haben für ihren Bereich auch den Sicherstellungsauftrag für die stationäre medizinische Versorgung, und 14 Landkreise haben selbst noch Kreiskliniken. Nicht in unmittelbarer Verantwortung, d. h. nicht den Sicherstellungsauftrag, haben die Landkreise die ambulante medizinische Versorgung. Dieser Auftrag obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Dennoch haben wir in den hessischen Landkreisen – ich kann mich sehr gut daran erinnern, das begann vor zehn bis 15 Jahren – angesichts der Situation, dass die Bevölkerung, die die Hintergrundstruktur nicht kennt, sehr schnell an die Bürgermeisterinnen, an die Bürgermeister, an die Landrätinnen, die Landräte herangetreten ist, wenn es Probleme bei der Nachfolge im hausärztlichen oder fachärztli-

chen Bereich gab, die Diskussion über die Zukunft der ambulanten medizinischen Versorgung geführt. Wir haben daher schon frühzeitig – ich meine, es war 2011 – mit der Kassenärztlichen Vereinigung einen Kooperationsvertrag geschlossen, um dieses Thema gemeinsam anzugehen. Das geschah unter dem Schlagwort Daten und Dialog. Die Kassenärztliche Vereinigung hat damals – das führt sie bis heute fort – die Daten zur Hausarztversorgung und später dann auch zur Facharztversorgung sehr transparent aufbereitet.

Auf der Grundlage dieser Daten haben wir als Landkreise vielfach einen Dialog zur Frage anstoßen können: Wohin geht eigentlich die ambulante medizinische Versorgung in Zukunft?

Als Landkreistag haben wir immer die Aktivitäten der KV begrüßt, die in den heutigen Tagen bis hin zum Thema Medibus – ich nenne das nur als ein Schlagwort – viele Anreizprogramme in diesem Bereich aufgelegt hat. Wir haben aber parallel dazu auch eine Bewegung wahrnehmen müssen, dass die Kommunen immer mehr in die Mitverantwortung für die ambulante medizinische Versorgung gegangen sind.

Wir haben aktuell eine Bestandsaufnahme gemacht. Danach sind jetzt mindestens zehn Landkreise selbst, deren Kreiskliniken, oder ihre Kommunen Träger kommunaler medizinischer Versorgungszentren, stellen dort Ärztinnen und Ärzte an und tragen damit zur Sicherstellung der ärztlichen, der hausärztlichen Versorgung auf dem Land bei. Wir haben uns auch vor einiger Zeit – ich glaube, mittlerweile ist die dritte Version verabschiedet worden – dem Gesundheitspakt des Landes Hessen angeschlossen, in dem viele Maßnahmen auch auf die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung ausgerichtet sind.

In diesem Paket, das wir miteinander geschnürt haben und das wir im Landkreistag diskutiert haben, haben auch immer das Medizinstudium und die Frage eine Rolle gespielt, wie man jungen Studierenden ein Signal geben kann, dass Hausärztin oder Hausarzt im ländlichen Raum ein ganz toller Beruf sein könnte. Da war eine Forderung, die wir auch im Konzert aller Akteure immer aufrechterhalten haben, sich die Zahl der Studienplätze anzuschauen, und die Frage zu diskutieren, ob hier nicht eine deutliche Ausweitung notwendig wäre. Denn wir brauchen Lösungen, um in Zukunft die hausärztliche Versorgung bis in den letzten Ort von Hessen ein Stück weit wohnortnah sicherzustellen. Deshalb haben wir, haben unsere 21 Landkreise diese Initiative der Einführung einer Landarztquote, die hier heute beraten wird, einstimmig begrüßt. Wir haben aber auch gesagt: Die Details der Ausgestaltung – sollen es 10 % an Studienplätzen sein, wie sollen Vertragsstrafen aussehen – wollen wir denjenigen überlassen, die zuvorderst damit befasst sind, nämlich den Vertretungen der Ärzteschaft, aber vor allem den Hochschulen.

Aber insgesamt sagen wir und unsere 21 hessischen Landkreise: Lasst diesen Weg, diesen Baustein ein Stück weit Realität werden. Man wird feststellen, vielleicht funktioniert manches nicht ganz so gut, vielleicht funktioniert aber manches auch ganz hervorragend. Es ist es wert, das auszuprobieren. Deshalb stehen die 21 hessischen Landkreise hinter dieser Initiative, auch in Hessen eine Landarztquote einzuführen.

Herr **Prof. Dr. Rolle**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrter Herr Staatsminister, sehr geehrte Damen und Herren! Ich freue mich, Ihnen quasi den Konsens innerhalb der Goethe-Universität zwischen dem Fachbereich Medizin – Fachbereich 16 –, dem Institut für Allgemeinmedizin – hier vertreten durch Professor Gerlach – und dem Universitätsklinikum vorzustellen. Ich bin derjenige, der Ihnen jetzt unsere Sicht darstellen wird, warum

wir gegen eine klassische Landarztquote sind. Professor Gerlach wird Ihnen dann den Ausweg schildern, wie wir uns vorstellen, die Landarztprofilierung im Curriculum besser darzustellen.

Erstens. Wir sind gegen eine klassische Landarztquote, weil wir nicht glauben, dass es für junge Menschen, für 17- bis 18-jährige Menschen, gut ist, sich für die nächsten 24 Jahre ihres Berufslebens festlegen zu müssen. Das wäre nämlich die Folge, wenn man Studium, Facharztweiterbildung und dann die Verpflichtung, als Landärztin oder Landarzt tätig zu sein, einfach einmal addiert.

Zweitens. Wir gehen davon aus, dass wir, wenn diese Landarztquote 2021 eingeführt wird, wahrscheinlich frühestens im Jahr 2035 die ersten Absolventinnen und Absolventen haben, die mit der Facharztqualifikation als Landärztinnen oder Landärzte tätig werden können. Das glauben wir mit einem curricularen Ansatz während des Studiums von den zeitlichen Abfolgen her besser gewährleisten zu können.

Drittens. Wir meinen, die ärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum wird durch eine Landarztquote in gewissem Sinne desavouiert. Wir gehen davon aus, dass sich eine andere Klientel für dieses Studium bewerben wird und dass wir die Studierenden dann in ein Arbeitssystem zwingen, das als Arzt zweiter Klasse wahrgenommen werden könnte.

Viertens. Wir könnten uns vorstellen, dass eine Vertragsstrafe oder Konventionalstrafe – in welcher Höhe auch immer – von den Familien oder den Eltern in Kauf genommen werden könnte. Man kann sich damit also letztlich einen Studienplatz kaufen.

Herr **Prof. Dr. Gerlach**: Herr Promny, meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordnete, Herr Minister Klose, meine sehr geehrten Damen und Herren! Die Stellungnahme, die Sie gerade gehört haben, ist hundertprozentig auch die Überzeugung, die wir als Fachvertreter für Allgemeinmedizin in Frankfurt und – das kann ich gleich ergänzen – auch in Marburg und in Gießen vertreten. Wenn Sie sich jetzt also wundern, warum die Allgemeinmediziner, die fachlich Zuständigen die Landarztquote so, wie sie jetzt im Gesetzentwurf steht, ablehnen, dann sollten Sie vielleicht zum einen das hören, was Professor Rolle eben gesagt hat, und zum anderen das, was ich Ihnen jetzt kurz skizzieren werde, nämlich, welche die Alternativen sind.

Wir sind der festen Überzeugung – das wissen wir auch aus den Ländern, die das, was Sie jetzt vorhaben, schon seit Jahrzehnten tun –, dass es bessere Wege gibt. Aus Kanada, aus den USA – große Teile sind dort sehr ländlich strukturiert –, aus Australien, aus Norwegen liegen uns Verbleibestudien über Jahrzehnte vor, die genau sagen, was sinnvoll ist und was nicht sinnvoll ist. Eine klassische Landarztquote, einfach nur verpflichten und dann nichts tun, ist nicht sinnvoll.

Sinnvoll ist, Studierenden, die motiviert sind, während des Studiums Gelegenheit zu geben, sich für dieses Feld zu interessieren, sich zu qualifizieren, sich darauf vorzubereiten, in Gruppen gemeinsam mit Mentoren auf dieses Ziel hinzuarbeiten und primär auf intrinsische Motivation zu setzen und nicht auf externen Zwang. Der externe Zwang hat übrigens schon bei den Quoten im Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht funktioniert. Vielleicht fragen Sie sich einmal, warum diese Quote, die es in verschiedenen Bundesländern schon gab, komplett abgeschafft wurde. Oder fragen Sie sich bitte, warum die Bundeswehrquote mehr schlecht als recht funktioniert. Die Quoten, die wir bisher hatten, funktionieren nicht, nicht so gut wie das, was ich Ihnen jetzt skizzieren möchte.

Wir schlagen einen hessischen Weg vor. Sorgen Sie bitte dafür, dass es Schwerpunktcurricula gibt, wie wir sie mit der „Landpartie 2.0“ in Frankfurt schon etabliert haben – übrigens zusammen mit den Landkreisen Bergstraße, Fulda und Hochtaunuskreis –, an der aktuell 45 motivierte Studierende teilnehmen. Bauen Sie das aus, suchen Sie sich das Beste des Besten, um die motiviertesten Studierenden später als Landärzte tätig werden zu lassen. Das ist ein besserer Weg als ein reiner Zwangsmechanismus ohne Inhalt, ohne Konzept, ohne durchdachte Konzeption.

Wir sind außerdem dafür, dass in solchen Longitudinalpraktika eine Anbindung an Hausarztpraxen stattfindet, dass es Mentorengruppen von peers to peers gibt, die gleichaltrig sind, gecoacht von jungen Ärztinnen und Ärzten und erfahrenen Landärztinnen und Landärzten, und dass auch andere Mangelfächer wie z. B. Kinderheilkunde, Frauenheilkunde, Augenheilkunde in solch ein Konzept einbezogen werden. Auch dort gibt es im ländlichen Bereich Nachholbedarf.

Wir sind der Auffassung, dass die in Hessen schon sehr gute Arbeit des Kompetenzzentrums Weiterbildung und der Koordinierungsstelle Weiterbildung bei der KV eng mit solch einem Schwerpunktprogramm verzahnt werden muss. Dann wird daraus ein attraktives Konzept, dann steigt die Chance, dass die Studierenden nach Abschluss des Studiums tatsächlich im ländlichen Raum tätig werden und dass sie auf diese Aufgabe optimal vorbereitet sind.

Wenn Sie einfach nur eine Landarztquote beschließen und ansonsten im Studium alles so lassen, wie es ist, werden Sie die Studierenden, die es tatsächlich machen wollen, nicht optimal vorbereiten. Wir haben eine Menge Studierende, die das machen wollen. Wir brauchen aber eine Konzeption, bestehend aus Praktika, aus Mentoring, aus entsprechenden Angeboten, um sie wirklich vorzubereiten und optimal in diese Situation zu entlassen.

Also fachliche und emotionale Unterstützung während des Studiums, Schwerpunktcurricula an allen drei Standorten in Frankfurt, in Marburg, in Gießen. Ein Konzept aus einem Guss, verzahnt mit der Weiterbildung, unterstützt durch motivierte Mentoren und Dozenten. Das hat eine hohe Erfolgchance. Hessen benötigt und verdient bestens qualifizierte sowie langfristig motivierte Hausärztinnen und Hausärzte. Zwangsmaßnahmen ohne jedes inhaltliche Konzept – so steht es im Augenblick im Gesetzentwurf – sind dafür ungeeignet.

Herr **Prof. Dr. Weidner**: Herr Vorsitzender, Herr Staatsminister, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete, meine Damen und Herren! Ich möchte Ihnen ganz kurz das „JLU-Konzept (Campus Gießen/Campus Kerckhoff)“ zur Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten in der ländlichen Region vorstellen. Das ist ein gemeinschaftliches Konzept zwischen der Universität Gießen – Fachbereich Medizin – mit den beiden Campussen in Gießen und in Bad Nauheim. Es ist abgestimmt mit der Ärztlichen Geschäftsführung des UKGM – also des Universitätsklinikums Gießen/Marburg – Standort Gießen und der Ärztlichen Geschäftsführung des Kerckhoff-Klinikums. Wir sind – wie mein Vorredner das ausgeführt hat – nicht der Meinung, dass eine feste Landarztquote zu einer Verbesserung der Situation in der Region führt. Wir sind auch der Meinung, dass ein regional strukturiertes Ausbildungskonzept in Lehre und Forschung, verbunden mit standardisierten Möglichkeiten der Weiterbildung, angeboten werden muss, damit alle berufsbeginnenden Medizinerinnen und Mediziner, die so etwas anstreben, dann direkt in eine Fachweiterbildung begleitet werden. Hier setzt das JLU-Konzept an, das von der Landesregierung bereits für die nächsten drei Jahre gefördert wird.

Wir binden hierbei entscheidend den Campus Kerckhoff ein, außerdem natürlich das umfangreiche Netzwerk von Lehrkrankenhäusern und Schwerpunktpraxen sowie das Institut für Medizinische Informatik, das gemeinsam mit der Technischen Hochschule Mittelhessen bei uns die duale Weiterbildung betreibt.

Die Vorteile sind: Wir führen im Rahmen unserer Lehrausbildung ein mit den anderen Standorten abgestimmtes Schwerpunktcurriculum durch. Das ist der sogenannte Landarzttrack. Wir unterstützen auch das Konzept, dass hausärztliche Tätigkeit in der Region nicht nur auf Allgemeinärzte, sondern auch auf andere Fachbereiche übertragen werden kann, insbesondere auf Kinderärzte.

Dann möchten wir noch einmal darauf hinweisen, dass gerade die studentische Ausbildung für Krankheitsbilder durch die Integration des Campus Kerckhoff bezüglich der Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems – mit 37 % eine der Haupttodesursachen in Deutschland –, Krankheiten des Atmungssystems usw. besonders befördert wird.

Entscheidender Punkt ist aber, dass wir glauben, dass nach der studentischen Ausbildung eine strukturierte Weiterbildung mit Ausrichtung auf eine landärztliche Tätigkeit zu beginnen hat. Die entsprechenden Klinika, die ich eben genannt habe, sichern die Bereitstellung von Weiterbildungsplätzen zu – auch im Rahmen einer Rotation und nach der Niederlassung durch Austausch von Assistenzärzten mit den Praxisinhabern. Ich glaube, dass das neben der anhaltenden Notwendigkeit einer digitalen Weiterentwicklung, die ich schon schriftlich ausgeführt habe, das richtige Konzept ist, Kolleginnen und Kollegen für eine derartige Tätigkeit zu begeistern und vor allem in der Region zu halten.

Zusammenfassend setzt das Ausbildungs- und Weiterbildungsprogramm Landarzt Bad Nauheim/Gießen auf eine Vernetzung der studentischen Ausbildung mit Fokus auf eine allgemeinmedizinische Tätigkeit und eine entsprechende klinische Weiterbildung an den genannten regionalen Standorten und Netzwerken.

Frau **Prof. Dr. Becker**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrter Herr Staatsminister, sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin Annette Becker. Ich bin die Studiendekanin an der Philipps-Universität. Ich darf unsere Präsidentin vertreten, die heute nicht zu dieser Anhörung kommen konnte. Ich bin aber auch Hausärztin und Leiterin der Abteilung für Allgemeinmedizin sowie – wenn Sie vielleicht so wollen – eine „Quotenfrau“. Ich würde hier nicht sitzen, wenn es nicht eine Förderung gegeben hätte, die es mir ermöglicht hat, trotz drei Kindern hier anwesend sein zu können. Mit allen Hüten auf kann ich nun sprechen, und ich glaube, ich kenne die Materie ganz gut.

Ich kann ihnen sagen, auch wir in Marburg haben gegenüber der Landarztquote große Bedenken. Wir sehen sie sehr kritisch. Die Bedenken sind die gleichen, die Sie schon von meinen Kollegen aus Gießen und aus Frankfurt gehört haben. Wir sehen darin das Problem, dass sich Studierende in einem viel zu frühen Stadium ihrer Medizinausbildung für mehr als die nächsten 20 Jahre festlegen müssen. Das ist in einer Lebensphase, in der so viel passiert, einfach nicht möglich.

Wir sehen auch die Gefahr, dass sich Studierende freikaufen, dass wohlhabendere Studierende dieses Risiko eingehen können und dann hinterher eben die Strafe zahlen. Wir glauben, dass das nicht der richtige Weg sein kann.

Der einzig richtige Weg dahin, den Studierenden die Motivation zu bieten, aufs Land gehen zu können, und die einzige Möglichkeit, ihnen die Ängste zu nehmen und ihnen

ein Sicherheitsgefühl zu geben, ist, dass wir ihnen ein Schwerpunktcurriculum liefern. Auch wir in Marburg haben viel Erfahrung mit dem Schwerpunktcurriculum Primärversorgung, das im ersten Semester anfängt und die Studierenden bis zum Praktischen Jahr begleitet.

Ich kann Ihnen sagen, da wächst eine Gruppe zusammen. So etwas ist identitätsbildend, so etwas bereitet die Studierenden vor. Wir wissen aus Umfragen, dass Studierende Ängste vor den Unsicherheiten haben, die mit der Niederlassung kommen. Wenn wir es aber schaffen, unsere Studierenden von Anfang an zu begleiten und mit ihnen gemeinsam ab dem ersten Semester ein Netzwerk in der Region zu bilden, dass sie regelmäßig in die Hausarztpraxen gehen, die Stakeholder in der Region kennenlernen, auch – am Beispiel des Campus Marburg Fulda und der Zusammenarbeit mit der Hochschule Fulda gesagt – die Gesundheitsfachberufe kennenlernen, die für Hausärzte extrem wichtig sind, dann können wir ihnen die Sicherheit geben, dass sie sich dort später auch niederlassen können.

Aus internationalen Studien haben wir die Gewissheit gewonnen, dass es wichtig ist, Ausbildung und Weiterbildung zu verknüpfen. Wir haben in Frankfurt und in Marburg sehr gute Erfahrungen mit der Weiterbildung zur Fachärztin, zum Facharzt für Allgemeinmedizin, und wir können die Studierenden in einem solchen Curriculum direkt von der Ausbildung über das Praktische Jahr in die Weiterbildung begleiten. Insofern sehen wir das ganz genauso wie die Kollegen. Wir brauchen ein strukturiertes Curriculum. Allein eine Quote mit Konventionalstrafe kann die Problematik nicht lösen.

Die Anbindung an eine allgemeinmedizinische Abteilung ist extrem wichtig, denn wir geben den Studierenden so die notwendige Versorgungsforschung, die evidenzbasierte Medizin, das kritische Lesen, das, was man braucht, um auf hohem Niveau ärztlich tätig werden zu können, mit in den Rucksack. Insofern bin ich davon überzeugt, dass die spätere Niederlassung in der Region nicht durch die Zwänge und die vertragliche Festlegung zu einem Zeitpunkt, zu dem die Studierenden in einer Entscheidungsnotlage sind, weil sie einen Studienplatz haben wollen, befeuert werden kann, sondern dass wir mit solchen Unterstützungsangeboten ganz viel erreichen werden. Wir sollten das auch wissenschaftlich begleiten, um es jederzeit revidieren zu können.

Herr **Kaufmann**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren Abgeordnete, sehr geehrter Herr Staatsminister, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich komme gern der Aufforderung nach, hier heute eine kurze Stellungnahme abzugeben. Ich komme aus einem sehr ländlichen Raum und weiß um die Probleme, die in den vergangenen 20 Jahren bei der medizinischen Versorgung aufgetreten sind, und wie sehr wir jeden Tag darum ringen, diese medizinische Versorgung sicherzustellen. Wir müssen einmal gucken: Woher kommen wir? Ich glaube, wenn wir das tun, stellt sich einiges etwas anders dar, als es meine Vorredner und meine Vorrednerin dargestellt haben.

Wir hatten vor gut 20 Jahren einen Überhang an Ärztinnen und Ärzten. Heute haben wir zu wenige. Das auch deshalb, weil man in den 90er-Jahren die Zahl der Studienplätze für Medizin reduziert hat. Heute haben wir wegen der zu wenigen Absolventinnen und Absolventen ein Verteilungsproblem.

Ich glaube nicht, dass man das Argument durchhalten kann, wir würden von den Studierenden eine zu frühe Entscheidung verlangen. Man entscheidet sich ja auch grundsätzlich, ob man Medizin oder Forstwissenschaft studieren möchte, ob man Landwirt-

schaft oder Maschinenbau studieren möchte. Das sind Grundsatzentscheidungen. Deshalb bin ich davon überzeugt, dass man mit der Quote – wie sie im Gesetzentwurf vorgeschlagen wird – einen hervorragenden Einstieg findet, ein Problem anzupacken, das Herr Professor Rolle sehr gut beschrieben hat: Wenn man jetzt damit beginnt, hat man in 15 Jahren die Lösung. Bis dahin werden wir aber, was die ärztliche Versorgung anbelangt, weitere erhebliche Einbrüche haben.

Deshalb ist es der richtige Einstieg, zu sagen, dass wir eine Landarztquote benötigen, um in den Bereichen, in denen wir den größten Mangel haben, in absehbarer Zeit Abhilfe zu schaffen. Tatsächlich müsste man aber wieder dorthin zurückkommen, dass man sagt: Wir stellen mehr Studienplätze in der Größenordnung von z. B. 20 % zur Verfügung. – Wenn man die dann hälftig für hausärztliche Versorgung und für allgemeinärztliche Versorgung mit der Verpflichtung zur Verfügung stellen würde, anschließend im ausgewiesenen ländlichen Raum zu arbeiten, hätten wir über die Grundzahl der zu verteilenden Absolventinnen und Absolventen die Möglichkeit, im gesamten Land langfristig die medizinische Versorgung sicherzustellen. Das insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass wir eine alternde Gesellschaft sind und wir jetzt als die Generation der geburtenstarken Jahrgänge – ich zähle mich problemlos dazu – verstärkt in Richtung Multimorbidität und damit verstärkt in Richtung ärztliche Versorgungsbedarfe hineinwachsen. Deswegen gesagt: Der Einstieg in die Landarztquote ist völlig richtig.

Vorsitzender: Vielen Dank, Herr Kaufmann. – Ich darf jetzt fragen, ob es aus den Gruppen 1, 2 und 3 noch Anwesende gibt, die bislang nicht gehört wurden. – Das ist offensichtlich nicht der Fall. Dann können wir nunmehr in die erste Fragerunde einsteigen. Die Kollegin Dr. Sommer hat sich als Erste gemeldet.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen, auch für die schriftlichen. Ich habe ein paar Nachfragen. Frau Prof. Dr. Becker, Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, was es an Alternativen gäbe bzw. was Sie sich noch darüber hinaus wünschen würden. Sie haben eigentlich das, was wir verfolgen, kundgetan, nämlich, dass man vor allen Dingen die Studierenden in den Regionen ansprechen sollte. Wir haben auch schon etwas über Verbleibestudien gehört. So gibt es auch Studien über Bleibestrategien. Die Bleibestrategien besagen, dass Menschen aus ländlichen Räumen auch wieder in ländliche Räume zurückgehen. Diese Landarztquote entspräche genau unserem Wunsch, gerade diese Menschen anzusprechen. Davon kennen wir viele. Ich soll Ihnen auch einen herzlichen Gruß von Dr. Nowak ausrichten, der heute leider nicht kommen konnte. Ihm ging es so. Vielen anderen geht es so. Gucken Sie in Ihre Kollegenschaft, wer alles Wartesemester hatte.

Deswegen dazu meine Frage, ob die Landarztquote nicht doch tatsächlich eine Chance für diejenigen sein könnte, die so motiviert sind, die mit Herzblut diesen Job machen möchten. Natürlich ist das eine Strategie, die nur langfristig wirkt, und wir brauchen – dessen unbenommen – auch kurz- und mittelfristige Strategien. Da sind wir an Ihrer Seite. Allerdings hat die Mehrheit die Anträge auf mehr Studienplätze oder zur Stärkung der Allgemeinmedizin bisher in den letzten Jahren und Jahrzehnten immer wieder abgelehnt.

Wir müssen verschiedene Bausteine haben, und ein Baustein – ein Baustein – kann für uns die Landarztquote sein. Ich frage deswegen noch einmal gezielt: Wie können wir genau diese Menschen, die Interesse haben, Landarzt zu werden, besser unterstützen und ins Studium bringen? Ist es nicht tatsächlich so, dass ich beispielsweise dadurch mo-

tiviert bin, weil ich meinen Hausarzt kennengelernt hatte? Früher hat man gesagt, ich will Feuerwehrmann werden, ich will Hausarzt werden. Auch ich habe mich irgendwann für mein Studium entschieden und habe das durchgezogen. Natürlich gibt es in Studien auch Brüche – das wissen wir –, und trotzdem glaube ich daran, dass sich ein jeder Mensch entscheiden muss, welches Berufsethos er verfolgt, welche Berufstätigkeit er übernehmen will. Deswegen möchte ich Sie an dieser Stelle noch einmal fragen, warum Sie das so sehr gegen die Landarztquote ins Feld führen.

Abg. **Christiane Böhm:** Schönen Dank für die Stellungnahmen. Interessant fand ich, dass wir gerade von beiden Seiten gehört haben: Kommunen und Ausbildung. Das hat so dieses Matching. Ich denke, da müssen wir mehrere Dinge zusammenbringen. Frau Dr. Sommer hat eben schon gesagt, dass es unterschiedliche Zugänge gibt, die Problematik zu bearbeiten.

Auf einen Punkt, den Herr Professor Hilligardt genannt hat, möchte ich zunächst eingehen. Schönen Dank dafür, dass Sie auf die Bedeutung der Landkreise für die medizinische Versorgung – zumindest für die Weiterbringung der medizinischen Versorgung – hingewiesen haben. Als Kommunalpolitikerin, die sich vor Ort engagiert, fühle ich mich hier sehr angesprochen.

Zu den kommunalen medizinischen Versorgungszentren interessiert mich noch: Inwiefern machen Sie denn die Erfahrung, dass es einen Tick leichter ist, Ärztinnen und Ärzte für die medizinischen Versorgungszentren als angestellte Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen? Denn von einigen Anzuhörenden wurde auch gesagt, dass sehr vielen angehenden Ärztinnen und Ärzten bzw. gerade erst fertigen Studierenden oder Fachärztinnen und Fachärzten die Kollegialität fehle. Diese ist dort eher gegeben, genauso wie die Sicherheit durch eine Anstellung. Also: Inwiefern machen Sie die Erfahrung, dass das vielleicht ein klein wenig besser ist? Dabei weiß ich natürlich, dass sich ein Prozess nur insgesamt verändert und kein einzelner Baustein der allein entscheidend sein kann.

Der zweite Fragenkomplex geht an die Professoren des Klinikums der Goethe-Universität. Sie verweisen auf Ihr Projekt „Landpartie 2.0“, das schon – wie ich glaube – seit acht Jahren in Ihrem Haus durchgeführt wird. Natürlich, nach acht Jahren wissen wir noch nicht genau, wer sich tatsächlich auf dem Land als Ärztin oder Arzt niederlassen wird. Aber können Sie uns denn schon Ausblicke geben, können Sie sagen, dass man da zumindest schon materielle Erfolge sehen kann?

Dann weiter: Was brauchen Sie eigentlich, damit Sie dieses Studium so verändern können? Denn ich höre jetzt mit Erstaunen von allen Universitäten, dass sie in ihrem Studium eine Menge auf den Weg bringen, habe aber den Eindruck, hier fehlt etwas an Unterstützung. Das würde ich von Ihnen gern noch einmal konkret wissen, und zwar gerade im Hinblick auf das Land. Was benötigen Sie an Strukturen, an Mitteln, an Vorgaben, um dieses Projekt aus einem Pilotstatus herauszukriegen?

Daran möchte ich auch gleich meine Fragen an Herrn Professor Weidner von der Universitätsklinik in Gießen anschließen. Sie haben jetzt auch wieder ein Pilotprojekt vor. Ich denke, wir wissen doch eigentlich schon so lange von dieser Problematik, und Sie wissen das ganz deutlich an der Universität. Warum sind wir immer noch in einem Pilotprojektstatus, in einem Projektstatus?

Meine zweite Frage an Sie ist: Inwiefern konnten Sie dabei auf Erfahrungen aus den Programmen in Frankfurt und in Marburg zurückgreifen?

Die nächste Frage richtet sich an Frau Professorin Becker und ist die, die ich zuvor an die Professoren des Klinikums der Goethe-Universität gestellt habe, und im Weiteren, ob Sie Ihre Aussagen, die Sie in der ersten Runde getroffen haben, noch einmal konkretisieren könnten. Sehen Sie wirklich, dass es dadurch mehr Absolventinnen und Absolventen gibt, die wirklich daran arbeiten, eine Niederlassung zu entwickeln? Kann man das irgendwie beziffern?

In Ihrer Stellungnahme haben Sie auch – Frau Dr. Sommer hat das angeschnitten – vorgeschlagen, Studienplätze ganz besonders an Studierende aus dem ländlichen Bereich zu vergeben. Welche Möglichkeiten sehen Sie denn, im Auswahlverfahren – dort gibt es ja jetzt mehr Möglichkeiten – zu sagen: Okay, das wäre jemand, der würde in seine zurzeit unterversorgte Region gehen? – Wir wissen natürlich nicht, ob die in 14 Jahren immer noch unterversorgt ist. Aber wie können Sie dabei zu der Erkenntnis kommen, dass diese Person in seine tendenziell unterversorgte Region zurückgehen könnte? Da fehlen mir einfach die Kenntnisse zum Auswahlverfahren. Vielleicht können Sie mir hier weiterhelfen.

Abg. **Marcus Bocklet:** Das ist ein Gesetzentwurf der SPD, aber an die Damen und Herren Anzuhörenden sage ich: In dem Ziel – so glaube ich – ist sich das ganze Haus einig, dass wir mehr Landärzte brauchen. Die Frage ist, ob wir das nur auf Hausärzte fokussieren oder ob wir unter Umständen ein Gesetz brauchen, in dem auch über Fachärzte geredet wird. Frauenheilkunde wurde eben schon angesprochen.

Mich interessiert trotz allem noch einmal diese Vehemenz, warum Sie tatsächlich dieses eine Instrument als ein Zwangsinstrument bezeichnet haben, Herr Professor Gerlach. Denn es ist ja in der Tat eine Möglichkeit für jemanden, der unter Umständen nicht an dieses Studium herangekommen wäre. Er verpflichtet sich. Mir fallen da auch viele andere Bereiche ein. Man verpflichtet sich, für zwölf Jahre zur Bundeswehr zu gehen. Dafür darf man seinen Führerschein, sogar sein medizinisches Studium oder anderes machen. Dieses Instrument ist nicht völlig weltfremd. Ich sage das zum einen, weil Sie das Wort „Zwang“ benutzen, zum anderen, weil Sie von intrinsischer Motivation sprechen.

Ich weiß, dass die Bundesländer Bayern und Sachsen-Anhalt ein ähnliches Instrument haben. Die sind mehrfach überzeichnet. Ich weiß von Sachsen-Anhalt, dass es auf 20 Studienplätze 200 Bewerber gibt, und in Bayern waren die Studienplätze auch etwa zehnfach überzeichnet. Offensichtlich gibt es da Studentinnen und Studenten, die der Meinung sind, absehen zu können, worauf sie sich einlassen. Ich glaube, niemand hier im Saal würde behaupten, dass das der Weisheit letzter Schluss ist. Aber warum schließen Sie aus, dass man die Schwerpunktcurricula machen sollte?

Da wiederhole ich gern die Frage: Was hält Sie davon ab, diese Schwerpunktcurricula in Ihren Universitäten einzuführen? Gibt es irgendeine Vorgabe, die Ihnen das verbietet? Oder können Sie sich in Ihrem Kollegium nicht durchsetzen, oder hat die Wissenschaftsministerin gesagt, lässt die Finger davon? Das würde mich noch einmal interessieren. Diese Vehemenz der Ablehnung kann ich nicht ganz nachvollziehen.

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Ich habe eine Frage an Herrn Professor Hilligardt und die kommunale Familie sowie an die Frau Professorin und die Professoren der Universitäten Frankfurt und Gießen.

Eine Vorbemerkung: Herr Professor Hilligardt, ich freue mich, dass Sie die Einführung einer Landarztquote unterstützen würden. Die Landesregierung und die sie tragenden Fraktionen werden auch einen entsprechenden Gesetzentwurf in diesem Sinne vorlegen. Wir freuen uns, dass die Sozialdemokraten das bereits mit diesem Gesetzentwurf getan haben. Wir werden das jedoch vielleicht noch etwas umfangreicher gestalten.

Meine Fragen sind: Erstens. Befürworten Sie eine Landarztquote eng begrenzt auf Allgemeinmediziner oder auf Kassenärzte allgemein? Wie ist dazu die Einschätzung der kommunalen Familie?

Zweitens. Herr Professor Hilligardt, halten Sie es für sinnvoll – jetzt auch im Licht der Coronakrise –, in eine solche Quotierung den Öffentlichen Gesundheitsdienst einzubeziehen? Wie sind da die Meinungen Ihrer Mitglieder?

Eine Frage an Herrn Professor Gerlach: Alles das, was Sie vorgetragen haben, was an Maßnahmen zur Stärkung der Niederlassung im ländlichen Raum gemacht werden müsste, überzeugt mich vollständig. Motivation schon im Studium. Da bin ich mit Ihnen völlig d'accord. Was ich nicht ganz verstehe, ist, warum Sie hier einen Widerspruch zur Einführung zur Landarztquote sehen. Man kann das eine doch tun und das andere nun wirklich nicht lassen.

Wenn jemand sein Medizinstudium auf dem einen Weg Landarztquote absolviert oder auf dem anderen konventionellen Weg, dann sehe ich hier keine Klasseneinteilung, keine Wertigkeit. Worin sehen Sie die?

Wenn hier als Negativbeispiel die entsprechende Gesetzgebung aus früheren Jahrzehnten bezüglich der Bundeswehr angeführt wurde, würde ich auch zu einem anderen Schluss kommen. Denn die meisten von denen, die diese vertragliche Beziehung eingegangen sind, sind dann auch bei der Bundeswehr tätig geworden und haben sich dort nicht herausgekauft.

Im Grunde genommen überzeugt mich also alles, was Sie vorgetragen haben, nur bei der Schlussfolgerung bin ich nicht ganz Ihrer Meinung. Vielleicht könnten Sie das auflösen und erläutern.

Abg. **Yanki Pürsün**: Vielen Dank für die Stellungnahmen. Mein Eindruck ist, dass die Professorin und die Professoren sehr überzeugend dargelegt haben, dass Zwang hier nicht hilft, das Problem zu lösen. Ich fand es auch sehr interessant, wie Sie dargelegt haben, dass die vorgesehene Strafe höchstwahrscheinlich einfach „eingepreist“ wird, also nicht unbedingt dazu führen muss, dass die Zwangsverpflichteten dann auch die Verpflichtung überhaupt erfüllen.

Natürlich sollte man davon ausgehen, dass Sie im Uni-Betrieb auch sehr nah an den Studierenden sind und einschätzen können, was die jungen Menschen motiviert oder was sie anleitet, in die eine oder in die andere Richtung zu gehen.

Ich habe eine Frage an die Vertreter der Landkreise. Ich habe so ein bisschen den Gedanken herausgehört, dass es eigentlich um die Zahl der Studienplätze geht. Es wurde gesagt, das sei schlechter geworden, nachdem die Zahl der Studienplätze gesenkt wurde, dass es eher eine Frage der Ausbildung ist, der Vorbereitung der Studierenden.

Das, was hier jetzt noch gar nicht diskutiert wurde, ist, ob dieser Zwang überhaupt verfassungsgemäß ist. Diese Frage kann man heute natürlich ausblenden, aber wenn es dann soweit ist, wird das sicherlich geprüft werden müssen, ob das zulässig ist. Dann könnte das in sich zusammenfallen.

Von daher ist meine Frage, ob es für die Landkreise eigentlich nicht wichtiger wäre, quasi kooperativ mit den Institutionen an einer Lösung zu arbeiten, die auch kurzfristiger greifen kann, anstatt etwas zu forcieren, was frühestens im nächsten Jahrzehnt greifen kann. Bis dahin vergeht so viel Zeit. Wer weiß, wie es dann in diesem Bereich exakt aussieht. Ist das nicht erfolgsversprechender und lösungsorientierter?

Abg. **Claudia Papst-Dippel:** Vielen Dank für die Ausführungen. Sie waren sehr interessant. Es ist jetzt schon vieles genannt worden.

Eben ist gesagt worden, der Erfolg der Einführung einer Landarztquote würde sich erst nach sehr langer Zeit zeigen. Insgesamt ist für mich die Frage: Wenn man sich die Altersstruktur der Ärzteschaft anguckt, dann erkennt man, dass wir tatsächlich schnellere Lösungen brauchen. Wie könnten diese Modelle, die hier aufgezeigt worden sind, die es schon gibt, schneller zum Erfolg führen?

Dann hätte ich gern zu Folgendem noch etwas gehört. Im Landkreis Waldeck-Frankenberg ist es ein ganz wichtiger Punkt, dass wir nicht nur Probleme im Bereich Hausarzt oder Landarzt haben, sondern dass es zu wenig Kinderärzte gibt. Zum Bereich Kinderärzte höre ich ganz viele Beschwerden. Könnte man das noch irgendwie verbinden? Gibt es auch da schon Modelle?

Abg. **Claudia Ravensburg:** Auch ich bedanke mich für die Stellungnahmen. Ich möchte gleich das Thema Kinderärzte aufnehmen. Meine Frage richtet sich an Herrn Kaufmann. In Schwarzenborn gibt es bereits eine Initiative. Können Sie sich vorstellen, dass man die Landarztquote um bestimmte Fachärzte erweitert? Vielleicht können Sie dazu noch einmal aus Ihrer Erfahrung etwas sagen.

Dann habe ich eine Frage an Frau Professorin Becker von der Uni Marburg. Sie haben das Weiterbildungsnetzwerk erwähnt, das schon läuft. Wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit der Annahme dieses Netzwerkes? Ich höre nämlich aus meinem Landkreis, dass viele Allgemeinärzte bereit sind, solch ein Programm zu begleiten, dies aber mangels Bewerbungen nicht durchführen können. Vielleicht liegt das aber auch nur an meinem Landkreis.

An Herrn Professor Rolle habe ich die folgende Frage. Ich habe mich ein bisschen über Ihre schriftliche Stellungnahme gewundert. Aber eben haben Sie das noch einmal so formuliert. Sie befürchten, es gäbe dann eine Art Zwei-Klassen-Medizin. Das wäre dann eine andere Klientel, die sich für den Landarztberuf bewerben würde. Bis zur Diskussion über die Verfassungsmäßigkeit hatten wir aber Studenten, die nicht den Numerus clausus erfüllt haben und die deshalb Wartesemester in Kauf genommen haben, die in großer Zahl auch dem Arztberuf verwandte Gesundheitsberufe ergriffen haben und dann mit hoher Motivation in ihr Medizinstudium hineingegangen sind. Haben Sie Erfahrungen, dass das die schlechteren Mediziner sind? Denn das wäre die Klientel, die wir jetzt als Landärzte gewinnen wollen. Ich glaube, da sind wir uns auch parteiübergreifend einig.

Diejenigen, die das fordern, haben immer gesagt, es geht uns um motivierte Studenten, die das beweisen, indem sie zwischendurch z. B. schon im Bereich Gesundheit ehrenamtlich oder hauptamtlich tätig gewesen sind.

Dann noch einmal zu dem Thema: „Ich kaufe mich ins Studium ein.“ Das ist so eine Diktion in der Stellungnahme der Frankfurter Universität. Bisher ist es so, dass die Familien, die über ausreichend Geld verfügen, auch den Weg beschreiten können, ihre Kinder im Ausland kostenpflichtig studieren zu lassen. Die kehren dann nach ihrem Abschluss nach Deutschland zurück. Glauben Sie, dass dann, wenn die Möglichkeit bestünde, sich über die Landarztquote quasi in das Medizinstudium einkaufen zu können, dieser Weg ins Ausland nicht mehr in großer Zahl beschritten würde?

Abg. **Volker Richter:** Danke für die mündlichen Stellungnahmen. Meine Frage basiert auf der meiner Vorrednerin. Herr Professor Dr. Rolle, mir geht es auch darum, dass Sie das mit der „anderen Klientel“ genauer spezifizieren. Ich glaube, es wäre ganz wichtig, das noch einmal zu hören.

Vorsitzender: Wir kommen jetzt zur Beantwortung der von den Abgeordneten bisher gestellten Fragen. Weil ich das so wahrgenommen habe, dass im Rahmen der Fragestellungen alle angesprochen wurden, ist mein Verfahrensvorschlag, dass wir auch bei der Beantwortung in der Reihenfolge der mündlichen Stellungnahmen vorgehen. Damit beginnen wir wieder mit dem Hessischen Landkreistag.

Herr **Prof. Dr. Hilligardt:** Herr Vorsitzender, Herr Staatsminister, meine Damen, meine Herren! Ich werde versuchen, die Antworten relativ kurz zu geben. Ich wurde von der Abg. Christiane Böhm nach den Erfahrungen mit den kommunalen medizinischen Versorgungszentren gefragt. Ich hatte geschildert, dass wir diese mittlerweile in verschiedenen Ausprägungen finden. Weil dort mit Angestelltenverträgen gearbeitet wird, ist unsere Erfahrung, dass das ein Stück weit für Personen attraktiv ist, die versuchen, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren, die andere Arbeitszeitmodelle möchten. Daher kann das helfen, Ärzte in ländliche Gebiete zu bringen.

Nur, mit diesem System der kommunalen medizinischen Versorgungszentren bewegen wir uns ein Stück weit weg von der Idee, die Kassenärztliche Vereinigung ist für die niedergelassenen Ärzte zuständig, und es kommt sozusagen immer mehr Staat in die ambulante medizinische Versorgung. Wenn man dann weiß, dass auch diese medizinischen Versorgungszentren mit der Wirtschaftlichkeit zu kämpfen haben und in den Anfangsjahren zum Teil stark subventioniert werden müssen, dann kann das – das ist auch in unseren Gremien die Meinung – nur an bestimmten Stellen helfen, zu verhindern, dass dort unter Umständen gar nichts mehr passiert. Deshalb brauchen wir Instrumente, um Ärztinnen und Ärzte wieder aufs Land zu bekommen. Ich habe geschildert, dass wir in vielen Kooperationen tätig sind.

Herr Pürsün, natürlich sind wir bereit, mit den Hochschulen zu kooperieren. Herr Professor Gerlach hat das Thema „Landpartie 2.0“ vorgestellt, hat die Landkreise genannt. Das geschieht also. Aber wir sagen, das eine zu tun, heißt nicht, das andere zu lassen.

Wenn wir auf die letzten zehn Jahre schauen, wissen wir, dass es nicht gelungen ist, junge Menschen in großer Zahl für den Arztberuf im ländlichen Raum zu begeistern. Insofern sage ich auch unter Einbeziehung der Frage, was schon alles hätte getan werden

können, um die Situation zu verbessern, dass jetzt vielleicht doch der Zeitpunkt ist, an dem der Gesetzgeber handelt.

Dann zu der Frage von Herrn Dr. Bartelt, welche Arztgruppen denn die richtigen seien. Dazu muss ich sagen, wir haben das in unseren Gremien noch nicht in der Tiefe diskutiert, ob es nur die Hausärzte sein sollen, ob es auch Fachärzte, Kinderärzte usw. sein sollen. Aber dazu wurde auch Herr Kaufmann angesprochen.

Sehr aufmerksam habe ich die Frage mit der Quote für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zur Kenntnis genommen. Seit vielen Jahren sind wir zusammen mit dem Sozialministerium, mit den Akteuren auf dem Weg zu versuchen, dem Ärztemangel, den wir im Öffentlichen Gesundheitsdienst nachweislich haben, zu begegnen. Wir haben Famulaturen ermöglicht, und Landkreise haben in diesem Bereich Stipendien aufgelegt. Aber noch immer kämpfen wir im Bereich des ÖGD um Ärztenachwuchs. Wenn die Coronazeit nicht bewiesen hat, wie wichtig Arzt sein im ÖGD ist, was soll denn dann noch kommen?

Deshalb möchte ich hier in aller Offenheit sagen: Wir hätten gar nicht gewagt, die ÖGD-Quote zu fordern, weil wir gedacht haben, damit kein Gehör zu finden. Aber wenn Sie uns fragen, ob wir diese möchten, kann ich Ihnen für den Hessischen Landkreistag sagen, dass Sie dafür bei uns sehr offene Ohren finden würden.

Herr **Prof. Dr. Rolle**: Vielen Dank für die Nachfragen und die Bitte, insbesondere noch einmal zu erklären, ob es tatsächlich so ist, dass dann unter Umständen eine andere Art von Studierenden den Weg einschlägt, die Landarztquote zu belegen. Das, was wir wissen, ist, dass es tatsächlich Unterschiede gibt zwischen den Studierenden, die quasi unmittelbar zugelassen worden sind, und denen, die über Wartesemester ins Studium hineingekommen sind. Da gibt es Unterschiede in der Abbrecherquote, Unterschiede in den Prüfungsergebnissen. Da schneiden tatsächlich die Kolleginnen und Kollegen, die später in das Medizinstudium eingestiegen sind, schlechter ab.

Herr **Prof. Dr. Gerlach**: Ich habe mir eine ganze Reihe von Fragen notiert. Zunächst einmal zu Frau Böhm. Sie fragten: Welche Effekte gibt es denn bei der „Landpartie 2.0“? Dazu muss ich kurz erklären: Wir hatten erst die „Landpartie 1.0“. Die lief tatsächlich sehr lange. Das war ein Blockpraktikum in hausärztlichen Praxen. Seit ungefähr drei, vier Jahren haben wir mit den erwähnten Landkreisen Bergstraße, Fulda und Hochtaunuskreis die „Landpartie 2.0“. Das ist ein Langzeitcurriculum über drei Jahre, also sechs Semester. Da haben wir natürlich noch keine Ergebnisse. Die Studierenden wachsen da erst durch und müssen irgendwann ihr Examen machen. Dann machen sie ihre Weiterbildung, und irgendwann können sie im ländlichen Raum tätig werden.

Wir können aber schon mehrere Dinge sagen: Erstens haben wir eine sehr hohe Programmzufriedenheit und steigendes Interesse. Wir hatten in Frankfurt zuletzt doppelt so viele Bewerber wie Plätze. Wir haben immer 15 Plätze pro Jahr. Über drei Jahre gesehen sind das 45 Plätze. Wir hatten – wie gesagt – zuletzt doppelt so viele Interessenten, wie wir Plätze hatten. Also es ist nicht so, dass im jetzigen Medizinstudium keiner ist, der aufs Land will, sich dafür nicht interessiert. Nein, es gibt diese Studierenden schon jetzt.

Zweite Erkenntnis: Die Studierenden, die dabei sind, werden in ihrer Ausrichtung bestärkt, Allgemeinmedizin als Fach zu wählen und im ländlichen Raum tätig zu werden. Sie nennen das erste Karriereoption und fühlen sich dort durch die Gruppe und durch

die Vorbereitung sehr motiviert. Wir können wirklich sagen, das sind intrinsisch motivierte Studierende, die schon im Studium tätig sind. Das heißt: Wir sind sehr viel schneller. Das ist erst einmal ein wichtiger Unterschied zu der Landarztquote. Wenn Sie die beschließen, haben Sie – bis das umgesetzt ist und durch Aus- und Fortbildung zum Tragen kommt – 2035 den Ersten, der als „Landarztquotendoktor“ in Hessen tätig wird. Das müssen Sie sich bitte klarmachen. Das ist ein Grund, weshalb wir sagen, dass es besser ist, mit denen anzufangen, die wir schon im Studium haben. Da gibt es genügend, die interessiert und bereit sind.

Dann war die Frage, was wir brauchen, um aus dem Pilotstadium herauszukommen. Das ist übrigens eine super Frage. Herzlichen Dank dafür. Ich kann grob sagen, was man braucht, wenn man die Landarztquote umsetzen und ein Schwerpunktprogramm draufsatteln will. Beides ist möglich. Wenn Sie die Landarztquote beschließen, dann gibt es die. Aber dann muss trotzdem überlegt werden, was wir mit denen machen. Erstens müssen Sie einen Auswahlprozess organisieren. Ich nenne hier nur einmal Bayern und NRW. Die haben über 20 Stellen in irgendwelchen Landesbehörden geschaffen, die sich nur mit diesem Thema beschäftigen. In NRW sind es acht. Das halte ich für überdimensioniert.

Wir haben aber einmal zwischen den hessischen Standorten kalkuliert, was man ungefähr braucht. Wir brauchten ungefähr 610.000 € – ich sage Ihnen jetzt das, was wir tatsächlich brauchen –, um einen Bewerbungs- und Auswahlprozess zu organisieren. Das machen Sie ja nicht einmal. Das müssen Sie jedes Jahr machen – immer dann, wenn Sie die „Landarztstudierenden“ aussuchen.

Dann brauchen wir für das Schwerpunktprogramm natürlich auch Mitarbeiter an den Standorten, wenn es darum geht, Praktika in Eins-zu-eins-Betreuung in ländlich gelegenen Praxen, Seminarreihen für fachlich-praktische Tätigkeiten und Kenntnisse, begleitendes Mentoring-Programm, Unterricht in den ländlich gelegenen Praxen zu organisieren; wir machen Tagesausflüge zu innovativen Gesundheitsmodellen wie z. B. den MVZs, Vermittlung von Kenntnissen der Versorgungsforschung und der hausärztlichen Forschung, wie es von Frau Professorin Becker erwähnt wurde, usw., usf. Wir müssen da tatsächlich aus diesem Pilotstadium herauskommen. In Gießen gibt es das überhaupt noch nicht, in Marburg und in Frankfurt machen wir das quasi mit Bordmitteln. Wir haben gesagt: Wir brauchen an allen drei Standorten in Hessen zusammen etwa 915.000 € pro Jahr.

Wenn Sie es beschließen, muss das Ganze so oder so evaluiert werden: Was passiert mit den Leuten? Gehen die tatsächlich aufs Land? Wie lange bleiben die dort? Wer geht aufs Land? Wer geht nicht dorthin? Wovon hängt das ab? Welches – das war ja auch eine der Fragen – sind die Prädiktoren einer erfolgreichen Landarztquote? Das kann man – ich nenne Ihnen wieder die Zahl – für ungefähr 137.500 € im Jahr hessenweit dauerhaft evaluieren. Das ist nicht viel.

Dann brauchen wir auch die Digitalisierung, die von einigen schon angesprochen wurde. Wir brauchen digitale Seminar- und Konferenzräume über das Land verteilt – am besten in jedem Landkreis einen –, damit wir die Studierenden, die dort in den Praxen und Kliniken sind, digital zusammenschalten können, damit dort Patientenvorstellungen stattfinden können, damit da Unterricht stattfinden kann, damit die nicht aus Nordhessen nach Marburg oder von der Bergstraße immer nach Frankfurt pendeln müssen. Das ist auch ein Teil der Geschichte. Dafür brauchen wir einmalig 840.000 € und jährlich 285.000 €.

Jetzt haben Sie einmal Zahlen gehört. Das ist ungefähr das, was man minimal braucht. Das sind wirklich Selbstkostenpreise für eine hessenweite Umsetzung eines solchen Programms.

Herr Bocklet, Sie fragten, warum ich so gegen den Zwang sei. Zwang ist immer das letzte Mittel.

(Abg. Marcus Bocklet: Wo ist denn der Zwang?)

– Der Zwang – das ist ganz eindeutig – besteht darin, dass ich mich vertraglich bei Konventionalstrafe verpflichten muss, für mindestens zehn Jahre im ländlichen Raum tätig zu werden, und zwar nach einer mindestens sechsjährigen Ausbildung und einer fünfjährigen, jedoch im Durchschnitt achtjährigen Weiterbildung. Damit lege ich mich auf 23 Jahre fest. Sie verlangen diese Entscheidung von Schülern, die 17, 18 oder 19 Jahre alt sind. Die legen sich also für eine extrem lange Zeit fest. Das ist lebenspraktisch, realistisch kaum vorstellbar. Denn diese jungen Menschen wissen gar nicht, auf was sie sich da einlassen. Die verlieben sich noch dreimal, die wollen vielleicht ins Ausland gehen.

(Abg. Marcus Bocklet: Die haben keine Zeit, sich zu verlieben! Wenn sie Medizin studieren, haben sie keine Zeit, sich zu verlieben! – Heiterkeit)

Es gab eben noch die drei anderen Gründe: Desavouierung. Das ist für uns einer der Hauptpunkte. Wenn man also keine Ärzte findet, die aufs Land gehen, muss das offensichtlich eine ganz miserable Geschichte sein. Wenn dahin keiner will, geht es nur mit einem Zwangsverschickungsprogramm. Die mit den guten Noten, die dürfen in der Stadt bleiben, und die mit den schlechten Noten kriegen nur dann einen Studienplatz, wenn sie sich verpflichten. Das ist das Bild, das entsteht. Das wollen wir nicht. Wir wollen nicht dieses Negativeimage. Wir möchten das positive Image haben, wir möchten die Leute motivieren, wir möchten sagen, es ist eine gute Entscheidung, wenn ihr dort hingehet; die hat viele Vorteile. Auf diesem Weg wollen wir euch bestmöglich unterstützen.

Das gilt genauso, wenn Sie die Landarztquote beschließen würden. Dann muss das trotzdem stattfinden.

Deshalb ist es kein Argument, dass es mehrfach überzeichnet ist. Die Medizinstudienplätze sind insgesamt mehrfach überzeichnet. Wir haben etwa fünf- bis zehnmal – das schwankt – so viele Bewerber wie Studienplätze. Viele würden alles unterschreiben – so überspitze ich es jetzt einmal –, wenn sie denn den ersehnten Studienplatz bekämen.

Herr Dr. Bartelt fragte, warum ich hier einen Widerspruch zur Einführung der Landarztquote sähe. Wenn Sie es hier in Hessen beschließen, dann haben wir hier eine neue Situation. Dann müssen wir darüber nachdenken, was Sie daraus machen. Wir empfehlen dringend einen hessischen Weg. Machen Sie es bitte nicht wie NRW. Dort wurde einfach eine Verpflichtung beschlossen. Dort wird einfach ein Vertrag unterschrieben, und dann ist es vorbei. Das wird – das kann man erst später beweisen – mit allergrößter Wahrscheinlichkeit darin enden, dass sehr viele versuchen werden, darum herumzukommen, sich herauszuklagen, die Gebühr zu bezahlen und dann möglicherweise doch mit hängenden Mundwinkeln aufs Land gehen. Aber das sind nicht die Leute, die wir dort haben wollen. Wir brauchen ein begleitendes, motivierendes Programm mit Mentoring, mit Seminaren, mit Praktika. Ohne das wird es keine erfolgreiche Landarztztätigkeit von motivierten Ärzten geben.

Dann wurde noch gefragt, ob das mit dem „Einkaufen“ nicht auch jetzt schon so sei, ob man nicht jetzt schon entscheiden könne, ich schicke mein Kind nach Budapest und bezahle die hohen Studiengebühren, oder ich beauftrage eine Anwaltskanzlei, die das durchklagt, bis wir den Studienplatz haben.

(Zuruf)

– Ja, genauso ist das.

Es gibt dann eine dritte Möglichkeit: Die wohlhabenden Familien können dann zwischen drei Optionen wählen; bisher sind es nur zwei. Die können sagen: Okay, studiere erst einmal, und später gucken wir dann. Wenn du das dann nicht bezahlen willst, mit Inflationfaktor werden wir das Geld schon auftreiben. Also der Studienplatz wird damit praktisch käuflich. Das ist Fakt. Das ist – wenn man so will – ein Kollateralschaden. Aber es wird so sein.

Ferner gab es noch eine Frage danach, wie es schneller gehen könnte. Das habe ich eben implizit schon beantwortet. Wenn man die Studierenden, die wir schon haben, in solche Schwerpunktcurricula hineinrekrutiert – die haben wir; wir haben genügend –, dann könnte man schneller sein. Dann hätten wir nicht erst 2035 die ersten, die nach „Landarztquotendurchlauf“ tätig würden, sondern schon vorher. Wenn man beides kombiniert, wird auch ein Schuh daraus. Aber, bitte, beschließen Sie keine Landarztquote ohne Sinn und Verstand, ohne Konzept, ohne inhaltliche Struktur.

(Abg. Ulrike Alex: Das machen wir normalerweise auch nicht!)

Ob das auch für die Pädiatrie gilt, war eine weitere Frage. Wir hatten in der schriftlichen Stellungnahme schon gesagt, dass wir gern auch die anderen grundversorgenden Fächer einbeziehen würden. Wir sind aber, wenn man sich die ganzen Zahlen anguckt, davon überzeugt, dass es grundsätzlich natürlich den größten Mangel bei der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung gibt. Im ländlichen Raum ist es so, dass die allermeisten Kinder heute von den Allgemeinmedizinerinnen mitversorgt werden. Ab dem Alter neun ist das übrigens in ganz Deutschland so, auch im städtischen Bereich. Wir freuen uns über jeden Kinderarzt, der dazukommt. Aber das ist nicht das Kernproblem. Das Kernproblem ist tatsächlich die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung.

Ich hoffe, ich habe jetzt alle Fragen beantwortet. Sonst bitte ich um Nachfragen.

Herr **Prof. Dr. Weidner**: Ich möchte einige Punkte direkt beantworten. Grundsätzlich haben wir schon immer eine Quotierung gehabt. Wir haben z. B. in Auswahlgesprächen – wie es eine Abgeordnete gesagt hat – Bewerber aus Gesundheitsberufen ausgesucht und haben diesen dann das Studium ermöglicht, unabhängig vom Notenschnitt im Abitur. Wir wissen dabei um einen wichtigen Punkt, nämlich, dass diese Kolleginnen und Kollegen im Physikum, im M1-Examen, schlechter abschneiden. Denn die Abiturnote gibt in etwa das vor, was dort an Resultaten erzielt wird.

Der nächste Punkt ist – das wurde auch schon gesagt –, dass wahrscheinlich mehr Kolleginnen und Kollegen das Studium abbrechen. Dazu haben wir aber in Gießen keine Zahlen. Was ich aber nicht glaube, ist, dass diese Leute keine engagierten Ärzte sein können. Das ist eine Sache, die man fast nicht festmachen kann. Darum bin ich der Meinung – deshalb habe ich das auch so ausgeführt –, über die Landarztquote können

wir reden, aber nicht als einziges Mittel, um diese Leute auszuwählen. Das ist das, was ich hier noch einmal ansprechen möchte.

Dann: Warum Pilotprojekt in Gießen? Unser Fachbereich – das muss ich ganz offen sagen – hat sich jahrelang dem Diktum unserer Internisten gebeugt, dass Internisten die besten Allgemeinärzte sind. So war das. Wir haben das vor drei Jahren korrigiert und ein entsprechendes Institut aufgebaut, das jetzt in enger Kooperation mit den allgemeinärztlichen Lehrstühlen in Marburg und in Frankfurt ist, auch mit dem Curriculum. Aber – wie gerade ausgeführt – für solch einen Aufbau, für einen langfristigen Track mit Integration der klinischen Weiterbildung braucht man finanzielle Mittel. Auf diese Mittel haben wir hingewirkt, und wir haben auch etwas bekommen. Deshalb haben wir das sozusagen als Pilotprojekt definiert. Wir haben klare Vorgaben, die wir erfüllen müssen, und wir sollen in drei Jahren beschreiben, wie weit wir gekommen sind.

Wir können nicht einfach aus unserem Fachbereichsbudget solch einen Track aufbauen. Das gibt die Budgetierung eines Fachbereichs nicht her.

Dann möchte ich noch einmal Folgendes unterstreichen. Wir würden die hausärztliche Versorgung auch nicht nur für Allgemeinärzte öffnen, sondern auch andere Kolleginnen und Kollegen, die landärztlich tätig werden wollen, dort zulassen – insbesondere Kinderärzte. Das betrifft aber auch Kolleginnen und Kollegen aus dem psychiatrischen, psychologischen Bereich, die auch sehr wichtig sind und eine Volkskrankheit behandeln müssen. Man muss auch noch einmal darüber nachdenken: Es gibt viele praktisch tätige Internisten, die allgemeinärztlich tätig sind. Auch die könnten landärztlich arbeiten.

Das waren die wichtigsten Punkte, die ich noch einmal hervorheben wollte. Wenn Sie noch weitere Fragen haben, stehe ich selbstverständlich auch dafür später noch zur Verfügung.

Frau **Prof. Dr. Becker**: Ich ergänze nur noch. An mich war die Frage herangetragen worden, was ist mit der Quote, was ist damit, dass Studierende, die aus einer Region kommen, tatsächlich eher in der Region verbleiben. Das ist so. Das weiß man. Dazu gibt es Studien. Wir haben in unserer Stellungnahme auch angesprochen, dass wir nicht generell gegen jede Quote sind, sondern wir würden durchaus eine Quote befürworten, aber nicht unter diesen Rahmenbedingungen. Wir denken, es wäre durchaus sinnvoll, Studienplätze an Menschen aus der Region zu vergeben. Dann müssten aber diese Studienplätze tatsächlich innerhalb der Gruppe derer, die in der Region sind, noch einmal nach den gängigen Kriterien vergeben werden. Also dann doch noch einmal nach Abiturnote, was gibt es an Erfahrungen aus anderen Gesundheitsfachberufen usw., damit dort eben kein Zwei-Klassen-Gefühl aufkommt.

Das Zulassungsrecht ist schwierig, ist auch gerade geändert worden. Das muss sorgfältig geprüft werden. Dafür braucht man die Juristen, um das umsetzen zu können. Im Moment hat die Abiturnote den Vorrang. Herr Weidner hat es erläutert. Die Abiturnote ist das einzige Kriterium, von dem wir tatsächlich wissen: Diese Studierenden schaffen ihr ganzes Studium eher in der Regelstudienzeit. Wir stellen auch in unserem Schwerpunktcurriculum Primärversorgung fest, dass diese Studierenden tatsächlich Mühe haben mit dem klassischen „Lernen auf Abruf“.

Ich komme zu dem zweiten Punkt: Warum bleiben wir im Projektstatus hängen? Wir sind mit unserem Schwerpunktcurriculum Primärversorgung nicht im Projektstatus. Wir machen so viel wie geht, und das schon seit Jahren. Das, was wir in diesem Schwerpunkt-

curriculum machen, wird zu großen Teilen nicht durch die Universität vergütet, sondern das machen wir in Eigenengagement aus der Abteilung Allgemeinmedizin. Das muss man ganz klar so sagen. Die Vergütung in der Universität läuft nach dem curricularen Unterricht, und für einen Studierenden im Schwerpunktcurriculum braucht man eben zusätzliche Veranstaltungen, um ihn da durchzuführen. Das sind Journal Clubs, das ist Mentoring, das ist die Kontaktaufnahme mit anderen Hausärzten, die wir organisieren, das sind zusätzliche Veranstaltungen vielfacher Art, „Landpartien“, in denen die Studierenden auch aufs Land fahren und da noch einmal verschiedene Praxismodelle kennenlernen usw. Das alles ist in der Finanzierung einer Hochschule nicht abgebildet, in dem Fall auch nicht in den Zuflüssen an die Abteilung Allgemeinmedizin.

Insofern: Aus dem Projektstatus kann man nicht herauskommen, solange das – wie es Herr Weidner schon sagte – nicht auch Teil eines konkreten Curriculums ist, das auch so vorgegeben ist und damit als curriculärer Unterricht gilt.

Auswahlverfahren hatte ich bereits angesprochen.

Warum Begrenzung auf die Allgemeinmedizin? Nein, auch wir haben gesagt, auf die Primärversorgung, auf all die Fachgruppen. Kinderärzte wurden genannt, aber auch primärversorgende Orthopäden usw., die als erste Anlaufstelle für Patienten gelten. Die sollten einbezogen werden.

Wie können die Modelle schneller zum Erfolg führen? Herr Professor Gerlach hat es schon angesprochen. Vielleicht auch nicht unbedingt schneller, aber meines Erachtens wirksamer mit einer höheren Erfolgsquote.

Weiter hatten Sie nach Erfahrungen mit dem Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin gefragt, nach der strukturierten Weiterbildung. Hier ist eigentlich auch Herr Professor Gerlach derjenige, der dazu sehr viel sagen kann. Wir machen das gemeinsam, es wird aber federführend von Frankfurt organisiert. Wir können Ihnen jedoch sagen, dass die Zahl derer, die als Fachärztinnen oder als Fachärzte für Allgemeinmedizin abschließen, innerhalb Hessens gestiegen ist, ganz klar gestiegen ist. Wir haben auch immer mehr Nachfrage nach dem Seminarprogramm, das im Rahmen dieser Weiterbildung läuft. Wir haben so viel Nachfrage, dass wir weitere Standorte aufgemacht haben. Das ist ein Erfolgskonzept. Mit diesem Erfolgskonzept ist Hessen tatsächlich beispielhaft in Deutschland. Es wird jetzt auf ganz Deutschland ausgerollt. Es entstehen jetzt entsprechende Kompetenzzentren, weil es eben so erfolgreich ist.

Den Weg über das Ausland hat Herr Professor Gerlach – wie ich glaube – ausreichend angesprochen.

Herr **Kaufmann**: Ich verlasse jetzt so ein bisschen den Elfenbeinturm der Wissenschaft, aus deren Position heraus wir gerade einiges gehört haben. Frau Ravensburg hatte mich gebeten, einmal ein wenig aus der Praxis zu berichten. „Aus der Praxis gesagt“ bedeutet, dass uns Ärztinnen und Ärzte im ländlichen Raum zunehmend fehlen. Von zehn vorhandenen Ärzten gehen in den nächsten Jahren fünf in den Ruhestand, 1,5 Stellen können neu besetzt werden. Zurück bleiben 3,5 Stellen, respektive 3.500 nicht versorgte Patienten. Das ist das, was ich als Einstiegsgröße feststellen muss.

Jetzt muss ich versuchen, nicht mit wissenschaftlichen Projekten, sondern mit Projekten, die umsetzbar sind, die Probleme vor Ort zu lösen, hier Problemlösungen anzubieten.

Ich habe seinerzeit als Bürgermeister der kleinsten Stadt Hessens ein erstes gemeindliches MVZ in Hessen gegründet. Ich sage Ihnen aus dieser Erfahrung, Frau Ravensburg: Ich muss das nicht noch einmal haben, und es ist nicht der Weisheit letzter Schluss, ein kommunales MVZ zu betreiben. Es ist tatsächlich die Ultima Ratio, wenn Sie nichts anderes mehr haben, Sie aber Ihre Menschen versorgen müssen. Dann geht es auch nicht allein darum, ob dieses MVZ wirtschaftlich optimal funktioniert oder ob ich damit sogar noch Gewinne erwirtschaftete, sondern es geht um Daseinsvorsorge für die Menschen im ländlichen Raum. Deswegen ist es vernünftig.

Mittlerweile läuft dieses MVZ zunehmend besser – daran sehen Sie, wie klein ein solches MVZ ist –, mit einer Ärztin und mit einem Arzt mit 1,5 Stellen Allgemeinmedizin und einer halben Stelle Frauenheilkunde besetzt. Dieses MVZ versorgt einen relativ großen Raum mit einem Einzugsbereich von rund 3.000 Menschen. Die nächste hausärztliche Versorgung ist immer mindestens jenseits von 10 km entfernt. Auch dort brechen uns die Hausärzte weg.

Allerdings – auch das war eine Frage –: Es sind tatsächlich nicht nur die allgemeinmedizinischen Versorgungen, die wegbrechen, sondern peu à peu – je weiter wir in den ländlichen Raum kommen, je weiter wir wegkommen von Ballungszentren, desto mehr wird es auch die allgemeinfachärztliche Versorgung betreffen – brechen zunehmend Augenärzte, Hautärzte, Kinderärzte, Orthopäden oder was auch immer weg. Ich brauche keine Radiologen, ich brauche im ländlichen Raum nicht unbedingt den hochwissenschaftlichen Mediziner, sondern ich brauche die praktische Ärztin, den praktischen Arzt, die oder der sich um die Menschen kümmern will.

Nach meinen Erfahrungen gibt es eine Menge jüngerer Menschen – die müssen nicht mehr unbedingt 16, 17, 18, aber rund um die 20 Jahre sein –, die irgendwann gern als Landarzt tätig werden würden, die aber vielleicht nicht unbedingt so akademisch ausgerichtet sind, vielleicht nicht so fleißig waren, dass sie die 1,0 im Abitur geschafft haben, weil sie vielleicht lieber Fußball gespielt haben, aber anschließend auch die Jungs aus dem Fußballverein betreuen würden. Wenn wir denen über die Landarztquote – im Idealfall aufgestockt auf die jetzt vorhandenen Studienplätze auf 20 % mehr Studienplätze; 10 % für die Allgemeinmediziner, 10 % für die Allgemeinfachrichtungen, wenn sie denn im ländlichen Raum arbeiten – eine Chance bieten, wird das eine Chance für den ländlichen Raum und seine medizinische Versorgung sein.

In einem Punkt gebe ich Ihnen recht: Die Quote allein ist genauso wenig wie das kommunale MVZ allein die Lösung. Besser ist es, ich habe jemanden, der das gern macht. Wenn ich die Motivation habe, mich als Arzt niederzulassen, wenn ich den Kolleginnen und Kollegen, die sich vielleicht anstellen lassen möchten, die Möglichkeit dazu gebe, dann ist das besser als ein gemeindliches MVZ.

Wenn wir den jungen Menschen die Möglichkeit geben, ein Studium zu absolvieren, anschließend auf dem Land zu arbeiten, ist das besser, als einfach zu sagen, wir machen das aus irgendwelchen akademischen Gründen nicht. Denn ich glaube nach meiner Erfahrung, die jungen Menschen, die sich darauf einlassen, wollen das auch, werden es auch tun.

Das wird nicht verhindern, dass die eine oder der andere unterwegs verloren geht. Das ist aber überall so. Es wird keine Garantie geben, und die Quote ist es nicht allein. Wir müssen auch Rahmenbedingungen schaffen – da sind auch Städte, Gemeinden und Landkreise gefragt, da sind andere gefragt –, die insbesondere den Frauen, die Medizin studieren, die Möglichkeit bieten, dass sie einen attraktiven Arbeitsplatz bekommen.

Das haben wir in dem MVZ in Schwarzenborn tatsächlich mit einer jungen Ärztin erlebt. Die hat als Fachärztin für Frauenheilkunde angefangen, hat ihre Fortbildung gemacht und ist mittlerweile auch noch Allgemeinmedizinerin. Die wollte im ländlichen Raum arbeiten. Die hätten wir vielleicht sogar viel früher bekommen, wenn wir eine Quote gehabt hätten. Die Quote plus zusätzliche Maßnahme würden dem ländlichen Raum und den jungen Menschen, die als Ärztinnen oder als Ärzte auf dem Land arbeiten wollen, helfen.

Vorsitzender: Wir kommen jetzt zur zweiten Fragerunde der Abgeordneten. Aktuell liegen mir vier Wortmeldungen vor.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Herzlichen Dank für Ihre Beantwortung, und herzlichen Dank an Herrn Kaufmann für sein Plädoyer. Ich kann dem nur beipflichten, dass wir sicherlich den einen oder anderen verlieren werden und dass es nicht unbedingt um die Bestnoten geht, sondern um eine gute Versorgung vor Ort, und um eine gute Betreuung der Patientinnen und Patienten vor Ort.

Ich kann aus eigener Erfahrung sagen, dass ich auch nicht das beste Abi hatte, dass ich aber meinen Abschluss und meine Dissertation mit Bestnoten bestanden habe und dass das manchmal im Verlauf einer Ausbildung – ich glaube, da kann sich jeder auf die eigene Schulter klopfen –, wenn man ein Ziel verfolgt, ganz gut funktioniert. Deswegen würde ich da gern noch einmal nachhaken.

Wir haben einen Masterplan „Medizinstudium 2020“. Der regelt all das zur Zulassung, was die Landarztquote ebenfalls betrifft. Das heißt, dass Sie sich ein Stück weit gegen den Masterplan „Medizinstudium 2020“ aussprechen. Da würde ich gern noch einmal Ihre Gewichtung hören. Denn da geht es ja unter anderem darum, dass nicht nur der NC und die Note als ausschlaggebend geltend gemacht werden.

Für mich wäre noch einmal folgende Frage wichtig: Sie haben erzählt, es gibt ganz viele Projekte, die angestoßen worden sind – die kennen wir auch, und die befürworten wir auch –, bei denen ein Gesamtkonzept benötigt wird, bei denen die Landarztquote gegebenenfalls als ein weiterer Baustein – neben allen anderen – gelten könnte. Ich glaube, das schließt sich alles nicht aus. Da wäre aber die Frage: Warum ist es bisher nicht gelungen, junge Menschen so für Allgemeinmedizin zu interessieren? Denn wir haben ja hier immer noch ein Problem.

Sie haben es vorhin angesprochen: Es gibt einen Sicherstellungsauftrag. Der ist gesetzlich verankert, aber dem ist man bislang nicht gerecht geworden – jedenfalls nicht so, wie es sein sollte. Denn wir haben momentan 300 Vakanzen.

Wenn Sie sagen, in drei Jahren haben wir 45 Studierende, die an diesem Projekt teilgenommen haben, sind das eben 45 in drei Jahren, und die 300 Stellen, die jetzt vakant sind, werden nicht weniger werden. Das ist das, was Herr Kaufmann ebenfalls schon ausgeführt hat. Im Gegenteil, unsere Ärztinnen und Ärzte haben einen Altersdurchschnitt von über Mitte 50. Dann können wir uns alle ausrechnen, was da auf uns zukommt. Im Jahre 2035 sind es – so glaube ich – schon über 2.000 vakante Stellen, die wir dann besetzen müssen. Deswegen brauchen wir neben langfristigen Lösungen sicherlich auch – wie gesagt – kurzfristige und mittelfristige Lösungen.

Aber für mich wäre es wichtig, zu wissen, wie viele Studienplätze braucht es insgesamt mehr, damit wir das, was wir zukünftig an Bedarfen haben werden, abdecken können.

Vorsitzender: Ich habe die Fragen so verstanden, dass sie im Wesentlichen an die Vertreter der Universitäten gingen. – Genau.

Abg. **Christiane Böhm:** Die Frage nach der Anzahl der Studienplätze hat die Kollegin Sommer schon gestellt. Das muss ich jetzt nicht wiederholen. Das interessiert mich auch sehr.

Meine zweite Frage geht dahin: Sie haben vorhin sehr konkret sagen können, Herr Professor Gerlach, was es kostet. Das heißt: Sie rechnen schon länger daran. Ich nehme auch an, Sie haben diese Rechnungen bereits direkt oder über die Universitätsleitung dem Ministerium vorgelegt. Welche Reaktionen sind darauf denn bisher erfolgt? Das sind keine astronomischen Beträge, zu denen ich jetzt sagen könnte: Na, das wäre nicht zu wuppen. – Im Moment reden wir hier im Landtag sowieso über ganz andere Summen. Woran hängt es denn jetzt tatsächlich? Warum konnte das nicht durch eine verstärkte Finanzierung vonseiten des Landes ermöglicht werden?

Abg. **Felix Martin:** Ehrlich gesagt, haben mich die Äußerungen von Herrn Kaufmann eben ein Stück weit verwundert. Wenn darin die Rede von einem Elfenbeinturm war, in dem die Wissenschaft tätig sei, dann ist das erste Wort, das mir in den Kopf kommt: respektlos. Ich will ganz deutlich betonen, dass wir Sie als Anzuhörende eingeladen haben, um genau Ihre Expertise zu hören. Diese Expertise haben Sie nicht, weil Sie in irgendeinem Rapunzelturm sitzen, sondern weil Sie seit Jahren in diesen Bereichen forschend tätig sind, weil Sie den ganzen Tag mit Studierenden der Medizin zu tun haben und weil Sie z. B. auch solche Zahlen auswerten, wie sie Herr Kaufmann in seinem Redebeitrag auch verwendet hat.

Ich habe hier außerdem keine Modelle gehört, die ich pauschal als nicht umsetzbar bezeichnen würde, und möchte Ihnen deshalb die Möglichkeit geben, noch einmal auf die Umsetzbarkeit Ihrer Modelle einzugehen.

Abschließend will ich noch sagen, dass ich schon möchte, dass unsere Medizinerinnen und Mediziner hochwissenschaftlich ausgebildet sind – ganz egal, wen sie behandeln oder wie sie behandeln.

Abg. **Claudia Papst-Dippel:** Ich habe noch eine Frage an Frau Professorin Becker. Sie hatten die Möglichkeit genannt, Studienplätze für die Menschen aus der Region zu vergeben. Diese Bindung an die Region hat auch Herr Dr. Nowak sehr schön in seiner kurzen schriftlichen Stellungnahme dargestellt. Er hat ausgeführt, dass es diesen Bedarf wirklich gibt. Leute wollen ganz gern wieder dahin zurück. Sie sagten auch, es gebe Studien dazu. Ich hatte dazu sogar schon einmal ein langes Feature im Deutschlandfunk gehört. Das fand ich sehr interessant.

Wäre es denn nicht eine Möglichkeit, diese Studienplätze zusätzlich zu generieren, dass man also zusätzliche Plätze schafft?

Vorsitzender: Die Fragen gingen alle an die Vertreter der Universitäten. Wer fängt an? – Bitte, Herr Professor Gerlach.

Herr **Prof. Dr. Gerlach:** Zunächst gesagt, Frau Dr. Sommer: Es gibt keinen Widerspruch zum Masterplan „Medizinstudium 2020“. Ich selbst habe an dem Masterplan mitgearbeitet und auch viele Dinge mitgestalten können. Die Idee, wie Bewerber zum Medizinstudium zugelassen werden und dass dort nicht nur der Notendurchschnitt eine Rolle spielen soll, sondern auch Berufserfahrung, ehrenamtliche Tätigkeit, soziales Engagement usw., teilen wir hundertprozentig. Das ist aber eine ganz andere Frage. Das hat nichts mit der Landarztquote zu tun.

Die Frage ist: Wie rekrutieren wir die Studierenden für das Medizinstudium? Da sind wir genau so, wie es auch im Masterplan skizziert ist – das ist ja nicht im Detail ausgeführt –, der Meinung, das soll nicht nur nach der Abiturnote gehen.

Dann haben Sie in den Raum gestellt: Warum ist das alles denn bisher nicht gelungen? Dazu muss ich zunächst einmal ein paar Zahlen nennen. Wir haben in Hessen eine sehr positive Entwicklung. Als wir mit den Kompetenzzentren „Weiterbildung Allgemeinmedizin“ begonnen haben, haben in Hessen pro Jahr – ich glaube – ungefähr 90 Ärztinnen und Ärzte den Facharzt für Allgemeinmedizin gemacht. Inzwischen sind wir bei 125/130. Wir haben das also um 60 % – fast zwei Drittel – gesteigert, und die Tendenz ist weiter steigend.

Wir sehen auch im Medizinstudium eine deutlich steigende Zustimmung zum Fach Allgemeinmedizin. Zu der Kritik, die man jetzt haben kann, oder das Bedenken, das reiche noch nicht – auch die 45, die übrigens nur in unserem Pilotcurriculum in Frankfurt sind, reichten nicht –, muss ich sagen, wenn wir das hessenweit machten, wenn wir die Mittel hätten, um das auszubauen, dann würde es reichen.

Ich muss mit einer meines Erachtens komplett falschen Vorstellung aufräumen, die hier von verschiedenen Seiten geäußert worden ist. Es liegt überhaupt nicht daran, dass wir nicht genügend Ärzte hätten oder gar keine zunehmende Anzahl an Studienplätzen. Wir haben im letzten Jahr die Zahl von 400.000 berufstätigen Ärzten in Deutschland überschritten. Die Zahl der Ärzte in Deutschland steigt jedes Jahr kontinuierlich. Auch wenn wir eine andere Work-Life-Balance haben und andere Arbeitszeitmodelle usw., die Zahl ist in den letzten 20, 30 Jahren extrem gestiegen. Wir sind inzwischen weltweit in der absoluten Spitzengruppe. Ich weiß jetzt nicht ganz genau, wo wir stehen. Wahrscheinlich sind wir schon Weltmeister in Bezug auf die Zahl der Ärzte im Verhältnis zur Bevölkerung. Darum geht es jetzt.

Das, was wir haben, ist ein Fehlverteilungsproblem, und zwar ein doppeltes Fehlverteilungsproblem. Das besteht auf zwei Ebenen. Die erste Fehlverteilung – das sage ich jetzt einmal als Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; das haben wir in mehreren Gutachten ausführlich dargelegt – ist die, die uns dazu bringt, hier heute zusammensitzen, nämlich die nach Regionen. Die meisten Ärzte knubbeln sich dort, wo sie am wenigsten benötigt werden – in überversorgten, wohlhabenden Stadtvierteln, in Ballungsgebieten. Da gibt es das Hausarztprinzip, weil da in jedem Haus ein Arzt ist. Die Ärzte, die dort tätig sind und übrigens auch in bestimmten stationären Bereichen tätig sind, in denen wir uns z. B. 100 % mehr Linksherzkatheter pro Bevölkerung leisten als die Schweiz, werden dort „verschlissen“ – so sage ich es einmal – würden aber an anderer Stelle gebraucht. Das ist eine regionale Fehlverteilung.

Die zweite Fehlverteilung ist die nach Fachgruppen. Das kann man auch sehr schön sehen. Wenn Sie sich die Statistik der Bundesärztekammer angucken, dann sehen Sie auf der einen Seite einen erfreulichen Trend, dass nämlich mehr Leute Allgemeinmediziner werden, aber insgesamt sind es immer noch zu wenig. Wir sind jetzt bei etwa 12 % aller Abschlüsse, die im Bereich Allgemeinmedizin gemacht werden, die also die Generalisten für die hausärztliche Versorgung werden. 88 % der Abschlüsse sind im fachspezialistischen Bereich. Wir haben extrem viele verschiedene Fachgebiete und Schwerpunktbezeichnungen, und sehr viele Ärzte gehen in diese Bereiche. Das ist die zweite Fehlverteilung.

Beide müssen wir beenden, bei beiden müssen wir gegensteuern. Wenn das nicht gelingen sollte, dann können wir über neue Studienplätze reden. Ich bin aber nach internationalem Stand fest davon überzeugt, dass das nicht das Problem ist. Also wir brauchen nicht mehr Studienplätze und schon gar nicht in Hessen, wo gerade 185 Studienplätze in Marburg von Teilzeitstudienplätzen zu Vollzeitstudienplätzen aufgebaut wurden.

Ich würde mich freuen, wenn wir in Frankfurt noch welche für einen Primärarzttrack bekommen würden – das wäre alles super –, aber ich würde es als Steuerzahler aus ökonomischen Gründen nicht empfehlen. Ich würde sagen, wir müssen mit den Ärzten auskommen. Das können wir sehr gut. Wir müssen sie nur nach Fachgruppen und Regionen gezielt einsetzen.

Dann war noch die Frage von Frau Böhm, welche Reaktionen es auf unsere Zahlen gegeben habe. Die sind tatsächlich ganz frisch. Wir hatten vor wenigen Wochen die Rückfrage aus dem Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst und aus dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, wir sollten doch einmal sagen, was das denn kosten würde, wenn man die Landarztquote und die entsprechenden Programme umsetzte. Das auch mit Blick auf die Haushaltsanmeldungen.

Dann haben wir uns in Hessen – in Marburg, in Gießen und in Frankfurt – überlegt, was das – unter Selbstkostenaspekten – tatsächlich kosten würde, und haben diese Zahlen an die Ministerien gegeben. Jetzt sind wir einmal gespannt, ob die in den Haushaltsplänen auftauchen werden. Das wäre so oder so eine tolle Sache. Daran hängt es jetzt – auch an Ihnen, die Sie den Haushalt beschließen.

Herr Martin, vielen Dank für die Wertschätzung in Ihren Ausführungen und die daran anknüpfende Frage zur Umsetzbarkeit. Wir sind fest davon überzeugt, dass man das, was wir vorschlagen, umsetzen kann. Ich sage jetzt einmal realpolitisch: Ob Sie eine Landarztquote beschließen oder auch nicht, was wir hier vorschlagen, würden wir in jedem Fall dringend anraten, und wir halten es auch für absolut umsetzbar. Das, was wir in Marburg und in Frankfurt schon tun, zeigt das. Das sehen wir aber auch in anderen Bundesländern und anderen Staaten.

Wir haben täglich mit Studierenden zu tun. Wir wissen, was die wollen, wir wissen, wo der Bedarf ist, wo die Motivation ist. Wir wissen, wie wir sie ansprechen können, und wir haben auch mit dem Kompetenzzentrum „Weiterbildung Hessen“ den direkten Link. Wir können die quasi an die Hand nehmen und aus der Ausbildung in die Weiterbildung bringen. Wir haben auch eine gute Kooperation mit der KV Hessen, der Kammer und der Krankenhausgesellschaft. Insofern bin ich absolut optimistisch, dass wir das in Hessen hinkriegen. In Hessen – Frau Becker hatte das schon erwähnt – sogar besser als in anderen Ländern. Denn wir haben einen Vorsprung. Das, was wir hier bei den Kompetenzzentren „Weiterbildung Allgemeinmedizin“ gemacht haben, war das Modell für ganz

Deutschland. Alle machen das nach, was wir begonnen haben. Das wird hier genauso sein, wenn man es gut macht.

Herr **Prof. Dr. Weidner**: Ich hätte gern noch drei Anmerkungen gemacht. Das meiste hat Herr Gerlach eben schon gesagt. Natürlich ist diese ganze Ausbildungssache im Masterplan „Medizinstudium 2020“ vorgegeben. Unsere Informationen sind, dass dieser in diesem Land aber erst 2025 bzw. 2026 umgesetzt werden soll, sagt unser Präsidium. Das scheint so zu stimmen.

Das Zweite, was ich ansprechen möchte: Ich bin völlig der Meinung, dass wir nicht mehr Studienplätze brauchen. Wir überbuchen so oder so. Es ist nur ein Umverteilungsproblem oder Motivationsproblem, Kolleginnen oder Kollegen für solch einen Track zu begeistern. Also mehr Studienplätze on top brauchen wir sicherlich nicht. Sie müssen auch immer bedenken, wenn wir noch weitere Studienplätze kreieren, haben wir kapazitätsrechtliche Auswirkungen, dann müssen wir verschiedene Seiten finanziell bedienen. Das können wir aus unserem Budget einfach nicht stemmen.

Der dritte Punkt, den ich kurz nennen möchte, ist die Umsetzbarkeit der Modelle. Herr Martin, Sie hatten das – glaube ich – angesprochen. Ich bin der Meinung, dass diese Modelle umsetzbar sind in allen Formen – gerade auch in unserem Modell der Kooperation mit zwei Klinika zur Weiterbildung, dass man ein abgestimmtes Konzept entwickeln kann. Das kann man auch auf andere Standorte übertragen. Dazu braucht man natürlich Mittel, um die entsprechenden Koordinatoren beschäftigen zu können, um diese Verzahnung zwischen Studium und Weiterbildung, dann auch Fortbildung, langfristig zu gewährleisten. Das ist – so glaube ich – das Wichtigste.

Ich hatte dann nur noch einen Punkt von Frau Dr. Sommer zum Sicherstellungsauftrag aufbekommen. Der Sicherstellungsauftrag für die landärztliche Versorgung ist ja keine Aufgabe der Universitäten und auch nicht des Fachbereichs. Die KV ist primär anzusprechen, und die Politik müsste eventuell noch einmal stärker mit der KV darüber reden, wie denn diese Sicherstellung, die in anderen Bereichen zum Teil gewährleistet ist oder wirklich gewährleistet ist, umorganisiert werden muss und welche Anreizsysteme geschaffen werden müssen, um Kolleginnen und Kollegen vielleicht rein pekuniär dafür zu begeistern, dort hinzugehen.

Frau **Prof. Dr. Becker**: Nur noch ergänzend: Frau Sommer, Sie sprachen an, man brauche nicht die Bestnote, um ein guter Arzt zu sein. Da bin ich ganz und gar Ihrer Meinung. Bevor ich Studiendekanin geworden bin, habe ich nicht verstanden, warum wir an der Uni Marburg nicht bessere Auswahlkriterien haben. Jetzt bin ich Studiendekanin und weiß, es gibt irgendwann ein Ranking: Wie viele Studierende haben in Regelstudienzeit in Marburg abgeschlossen? Wir stehen ganz schlecht dar, wenn das im Vergleich zu anderen Universitäten zu wenige sind. Das einzige, was Regelstudienzeit vorhersagt, ist die Abiturnote. Das finde ich hochproblematisch und gar nicht schön, muss ich sagen. Aber – wie gesagt – das Zulassungsrecht ist geändert worden, wir sind in der Übergangsregelung. Da – so muss man wirklich sagen – wäre tatsächlich eine Regelung von außen durchaus sinnvoll, aber nicht allein, sondern unter richtigen Rahmenbedingungen.

Jetzt zu der Frage: Warum haben Sie es bisher nicht geschafft, mehr Studierende für die Allgemeinmedizin zu begeistern? Das Medizinstudium ist ein ganz langsam gewachsener, fast archaischer Betrieb – das muss ich einmal ganz ehrlich sagen –, wobei die Allgemeinmedizin lange gar nicht vertreten war. Da werden an der Universität unter High-

tech-Vorgaben Studierende ausgebildet, die sich überhaupt nicht vorstellen, wie es denn ist, wenn man draußen in der Fläche arbeitet, man kein MRT und sowieso ganz viele Tests nicht zur Verfügung hat, und man kann den Patienten nicht einfach aufnehmen und erst einmal einen Tag auf Station lassen, sondern man muss ihn wieder heim-schicken.

Mit den Augen der Studierenden betrachtet erscheint Allgemeinmedizin erst einmal langweilig. Das ist „Barfußmedizin“. Da passiert überhaupt nichts. Da turft man ja alle ab. Dieses Image haben wir nur verändern können, indem wir an den Universitäten all-gemeinmedizinische Abteilungen eingerichtet haben. Seitdem – so muss man sagen – wird das Image der Allgemeinmedizin deutlich besser. Wir haben wirklich Studierende, die sehr für die Allgemeinmedizin sprechen und denen auch bewusst ist, dass das eine ganz tolle und eigene Aufgabe sein kann. Aber es ist sehr schwierig, das an einer Uni-versität zu verbreiten, die in einem ganz anderen Kontext gewachsen ist. Ich bin mir si-cher, meine nicht allgemeinmedizinischen Kollegen hätten etwas dagegen, wenn ich jetzt sagen würde: Wir wählen die zukünftigen Landärzte selber aus. Die Universität ist häufig dominiert von anderen Fachgruppen. Es muss auch alle Fachgruppen geben, aber ich will nur sagen, das ist ein gewachsener Betrieb, und da tut sich schon ganz viel.

Auch der Masterplan „Medizinstudium 2020“ ist eine wunderbare Entwicklung, hat gar nichts mit Zulassungen zu tun. Der Masterplan wird dafür sorgen, dass wir allgemein nach Lernzielen ausgebildete allgemeinärztlich tätige Ärzte haben, nicht Allgemein-mediziner haben. Der Allgemeinarzt ist ein Facharzt. Das sind weitere fünf Jahre oben-drauf. Das muss man noch dazusagen.

Aber wir haben mittlerweile in unserem Studium einen viel zu hohen Spezialisierungsgrad erreicht, der einfach nicht dem entspricht, was wir eigentlich erst einmal ausbilden soll-ten. Dafür ist der Masterplan wunderbar. Ich denke, er wird in den Wahlfachlängs-schnittcurricula, die er fordert, in den Wahlmöglichkeiten, die er fordert, eine wunderba-re Basis bieten, um da Menschen, die in einem Schwerpunktcurriculum herangezogen werden sollten, dann unterzubringen – die, die Landärzte werden wollen, die Primärver-sorger werden sollen. Das könnte tatsächlich ein Längsschnittcurriculum im Masterplan sein.

Wie viel mehr Studienplätze werden benötigt? Auch ich bin wie meine Vorredner der Meinung: nicht mehr Studienplätze. Wenn wir das machen und machen keine weiteren Regelungen ansonsten in der Art, wie wir sie jetzt vorgeschlagen haben, dann sitzen wir in fünf Jahren wieder hier und haben genau das gleiche Problem. Vielleicht wird das dann noch verschärft.

Herr **Kaufmann**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, vielen Dank, dass ich noch einmal ganz kurz das Wort ergreifen darf. Zum einen möchte ich an die Vertreter der Universitäten gerichtet ganz klarstellen, dass das keine Schelte war. Das war nicht despektierlich, sondern es ging mir schlicht und ergreifend darum, auch einmal darzustellen, wie es aus Sicht der Hochschule vielleicht aussieht und wie es aus Sicht der ländlichen Räume, aus Sicht der Menschen aussieht, die vor Ort als Bürgermeister, Landräte, Beigeordnete und Dezernenten diese Probleme lösen müssen. Sollte es falsch angekommen sein, nehme ich das zurück und entschuldige mich dafür. Es war so nicht gemeint, sondern es diente tatsächlich der Abgrenzung.

Ich möchte noch ein paar ganz kurze Anmerkungen machen. Zum einen, Frau Profes-sorin Becker, ich glaube, es ist bei allen sehr deutlich geworden, dass es nicht einen Lö-

sungsweg allein gibt, sondern dass es Kombinationen gibt. Aber diese Kombinationen müssen dann auch durchgehalten werden, und man muss auch für den ländlichen Raum ein Stück weit Zukunft bieten. Ich glaube, die bekommt man im Moment tatsächlich nur über die Landarztquote.

Was den Sicherstellungsauftrag anbelangt, muss man dann einmal ganz ehrlich zugunsten der KV feststellen – es wird immer gern auf die KV gescholten –: Die KV kann nur die Ärztinnen und Ärzte in die Sicherstellungsaufträge bringen, die tatsächlich da sind und sich bewerben. Natürlich haben wir, Herr Professor Gerlach, an der Stelle ein Verteilungsproblem. Ich glaube sogar, dass dieses Verteilungsproblem bei den Studienplätzen beginnt. Sie selbst hatten in einem Ihrer Statements heute angemerkt, was junge Menschen noch so alles im Rahmen ihres jungen Lebens machen: sich verlieben und, und, und. Insofern wäre es natürlich gut, wenn man die Studierenden anders auf die Studienplätze verteilen würde, wenn es zum Beispiel Studienplätze für Nordhessen gäbe, wo sich junge Menschen verlieben, wo der Maschinenbauingenieur vielleicht die Ärztin kennenlernt und die dann in Nordhessen bleiben. Von Frankfurt aus, wenn dieser Maschinenbauingenieur am Flughafen arbeitet, wird das deutlich schwieriger. Insofern könnte man jungen Menschen auch mit solchen Maßnahmen Brücken bauen.

Was die Zahl der Ärzte anbelangt haben Sie sicherlich, was die Grundzahl angeht, recht. Allerdings haben Sie – so glaube ich – noch nicht darauf hingewiesen, was sich in den letzten Jahrzehnten zum Beispiel in Sachen Spezialisierung und effektive Arztarbeitsstunden tatsächlich verändert hat. Wenn wir die Arbeitsstunden einmal umrechnen, sehen, was dann noch im ländlichen Raum ankommt, dann – so muss ich sagen – gibt es diesen Landarzt, der 365 Tage im Jahr, sieben Tage in der Woche 24 Stunden auch für die psychosozialen Probleme der Katze zuständig ist, nur im Fernsehen. Die Realität sieht anders aus. Dafür brauchen wir andere Rahmenbedingungen.

Ich persönlich bin nach den Daten – wenn die so stimmen – weiterhin der Meinung, dass wir tatsächlich mehr Studienplätze brauchen. Wenn man das beispielsweise einmal mit China vergleicht – ich habe die Zahlen für eine Region dort –, dann kommen dort auf 10.000 Studienplätze 50 Millionen Menschen. In Deutschland kommen auf 10.000 Studienplätze 80 Millionen Menschen, obwohl wir garantiert die ältere Gesellschaft sind mit einem höheren Bedarf an medizinischer Betreuung.

Vorsitzender: Vielen Dank, Herr Kaufmann. Sofern es durch Ihre Aussage Irritationen gegeben haben sollte, finde ich es sehr höflich von Ihnen, dass Sie sich dafür entschuldigt haben.

Weil mir zu dieser Runde der Gruppen 1, 2 und 3 keine weiteren Wortmeldungen vorliegen, darf ich mich an dieser Stelle ganz herzlich für Ihre profunden Ausführungen bedanken. Falls Sie der Anhörung gern weiter lauschen möchten, lade ich Sie ein, auf der Besuchertribüne Platz zu nehmen.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Gruppen 4 und 5 bitte ich, jetzt nach hier unten in den Plenarsaal zu kommen.

Nachdem alle Platz genommen haben, beginnen wir mit dem Berufsverband Deutscher Internisten e. V. und dem Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. Für beide Verbände wird Herr Radau sprechen. – Bitte sehr.

Herr **Radau**: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Der Berufsverband Deutscher Internisten vertritt seit über 60 Jahren die sozialen und berufspolitischen Interessen seiner Mitglieder, die in der hausärztlichen Versorgung, in der fachärztlichen Versorgung bis hin zur Versorgung in der Klinik tätig sind. Die erste Runde der Befragung hat für mich noch einmal ein ganz deutliches Thema aufgeworfen, das ich an der Stelle ebenfalls artikulieren möchte. Zum einen sollten wir uns grundsätzlich die Frage stellen: Warum gibt es denn weniger Bereitschaft, in ländlichen Regionen tätig zu werden? Diese beobachtete Zurückhaltung ist kein singuläres Problem der hausärztlichen Versorgung. Wir haben grundsätzlich einen Fachkräftemangel im ländlichen Bereich. Somit ist es auch auf der ärztlichen Seite das gleiche Thema, dass wir in der ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, aber auch in der stationären Versorgung auf dem Lande Probleme in der Sicherstellung haben. Es bedarf daher unseres Erachtens viel mehr Lösungsansätzen und Maßnahmen, die die Lebens- und Arbeitsbedingungen in ländlichen Regionen wieder attraktiver machen.

Ganz wichtig ist mir, an der Stelle noch einmal Folgendes hervorzuheben. Wir haben – singulär betrachtet – in den vergangenen eineinhalb Stunden vornehmlich auf die Allgemeinmedizin abgehoben. An der hausärztlichen Versorgung nehmen aber neben der Allgemeinmedizin die hausärztlich tätigen Internisten und die Kinder- und Jugendärzte teil. Das heißt, wenn Sie sich das einmal vor Augen führen, reden wir über knapp 30 % Internisten, die inzwischen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Da wäre es nur eine logische Konsequenz, dass wir die Förderprogramme, die wir im Moment primär auf die Allgemeinmedizin abheben, auch zu diesen Fachgruppen hin öffnen. Wir hätten möglicherweise das Problem mit der Sicherstellung mit einem Mal deutlich reduziert. Die Gruppen widersprechen sich im Übrigen auch nicht. Vor Ort gibt es gar keine Diskrepanzen zwischen Allgemeinmedizin und Innerer Medizin. Wir stellen gemeinsam die hausärztliche Versorgung sicher. Von daher ist es an der Stelle einfach nur sinnvoll, hier die Innere Medizin stärker, als das bisher zur Sprache gekommen ist, mit einzubeziehen.

Uns ist durchaus bewusst, dass das Thema Landarztquote im Masterplan „Medizinstudium 2020“ aufgegriffen worden und dort auch verankert ist. Gleichwohl heißt das für uns nicht, dass wir damit die Möglichkeit sehen, das Problem zu lösen, sondern wir sind – auch entgegen der Aussagen meiner Vorredner – sehr wohl der Auffassung, dass es mehr Studienkapazitäten bedarf, um das Thema Ärztemangel insgesamt besser auf den Punkt bringen zu können, dieses Problem anzugehen und zu lösen.

Jetzt einmal ungeachtet unserer Kritik an der Landarztquote, die wir bereits schriftlich dargelegt haben – das möchte ich jetzt nicht wiederholen –, gesagt: Sollten Sie dennoch der Auffassung sein, Sie brauchen eine solche Maßnahme – das noch einmal ganz deutlich zu meinem zuvor Gesagten –, dann müssen Sie den handwerklichen Fehler, der mit diesem Gesetzentwurf einhergeht, nämlich die primäre Betrachtung der Allgemeinmedizin, deutlich korrigieren.

Wir haben § 73 Absatz 1a SGB V. Darin steht, wer an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt. Es war schon einmal klug, das so zu verfassen, weil man eben der Meinung ist, dass man nur in der Kombination dieser Fachgruppen die hausärztliche Versorgung auch in Zukunft ideal darstellen kann. Daher sind wir der festen Auffassung, dass es, wenn Sie in diese Richtung gehen, unbedingt dazugehört, die Innere Medizin dort einzubeziehen.

Im Übrigen: Diejenigen, die schon im Vorhinein das Thema umgesetzt haben, nämlich Nordrhein-Westfalen und Bayern, haben diesen Weg in diese Richtung eingeschlagen und haben die Innere Medizin hineingenommen.

Wir haben unsererseits auch das Thema Zeitenwicklung angesprochen. Es gibt auch die Möglichkeit – da komme ich noch einmal zu der bisher singulären Förderung der Allgemeinmedizin –, die ambulante Weiterbildung zu fördern. Dazu gibt es einen Paragraphen, der das zum Teil für die sogenannten grundversorgenden Fachärzte vorsieht, der das sehr deutlich für die Allgemeinmedizin vorsieht. Die, die an der Seite herunterfallen, sind die Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin. Wenn Sie damit jetzt das von mir zuvor Gesagte verbinden, haben wir hier einen weiteren Punkt – zugegebenermaßen ist das ein Bundesgesetz –, eine Initiative, dort mit anderen Partnern – z. B. über den Bundesrat – aktiv zu werden oder Ihre Kolleginnen und Kollegen in den Bundestagsfraktionen anzusprechen. Das wäre aus unserer Sicht eine sehr kurzfristige Maßnahme, mit der man die Weiterbildung gerade auch der hausärztlich tätigen Internisten fördern könnte, um so ein Versorgungsdefizit, das es auf dem Land definitiv gibt, kurzfristig und auch schneller beheben zu können.

Soweit meine Stellungnahme für den Berufsverband Deutscher Internisten.

Nun komme ich zur Stellungnahme des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschland (SpiFa). Das ist ein Verband, der als Dachverband bundesweit 130.000 Fachärztinnen und Fachärzte in Klinik, Praxis und ambulanter Versorgung – im hausärztlichen wie im fachärztlichen Versorgungsbereich – gleichermaßen vertritt. Dem SpiFa ist es auch noch einmal wichtig zu artikulieren, dass die hausärztliche Versorgung gemeinsam vom Facharzt für Allgemeinmedizin und von den hausärztlichen Internisten und den Kinder- und Jugendärzten sichergestellt wird. Im Hinblick auf eine umfassende primärärztliche Versorgung in Zukunft ist aus Sicht des Spitzenverbandes bei der hausärztlichen Versorgung auch die wohnortnahe fachärztliche Grundversorgung zu berücksichtigen. Es hilft auch gar nicht, singulär nur auf einen Teilbereich der Versorgung zu blicken, sondern wir sollten uns auch unter dem Eindruck der zunehmenden chronischen Erkrankungen und der Tatsache, dass wir auch im Bereich der Fachärztinnen und Fachärzte in Zukunft Versorgungsdefizite haben werden, darauf fokussieren, die möglichst zügig abzarbeiten.

Mit dem Jahr 2019 ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz in Kraft getreten. Darin werden ganz explizit die Fachärzte der Grundversorgung wie Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte und Urologen – es geht noch ein Stück weiter – genannt.

Im Hinblick auf die Entwicklung im ländlichen Raum teilt der SpiFa vollumfänglich die Aussagen, die ich hier getroffen habe. Vielleicht noch zwei Punkte zum Abschluss. Der Vorwegabzug bei den Studienplätzen durch die – etwas despektierlich gesagt – „Quotenärzte“ verringert auf der anderen Seite die zur Verfügung stehenden Studienplätze und führt damit eben auch zu einer Verschiebung innerhalb der Ärzteschaft, was nachher die Facharztabschlüsse betrifft. Also auch darauf muss man ein Augenmerk haben, dass man durch eine Fokussierung auf ein Versorgungsgebiet nicht andere Versorgungs- und Fachgebiete aus dem Blick verliert.

Wenn Sie trotz der Kritik an der Landarztquote festhalten, gebe ich noch einmal zu bedenken, dass wir auch in den Krankenhäusern Versorgungsengpässe haben. Wenn wir also schon von einem Tätigwerden in unterversorgten Gebieten reden, dann stellt sich für uns auch die Frage, inwiefern es sinnvoll ist, nur auf die ambulante Versorgung abzuheben und dort nicht auch die Versorgung im Bereich der stationären Krankenbehandlung mit in den Blick zu nehmen.

Letzter Punkt: Dann könnten Sie zumindest noch ein Stück mehr – so finde ich – die Akzeptanz, die unter den Medizinstudierenden bei dem Thema meines Erachtens ohnehin nicht hoch ist, schaffen und diese noch etwas ins Positive drehen. Sie haben dieses Problem deutschlandweit. Dann müsste also auch ein Stück weiter darüber nachgedacht werden, eine Flexibilisierung zu erreichen, wenn man in unterversorgten Gebieten tätig ist. Warum kann ich, wenn ich in Hessen studiert habe – ich weiß, das sind dann quasi hessische Gelder –, nicht im Rahmen des Tauschverfahrens als Arzt in NRW tätig werden, wenn ich meinen Lebensmittelpunkt eigentlich dorthin verlegen möchte?

Frau **Krück**: Guten Tag, meine Damen und Herren! Mein Name ist Svenja Krück. Ich bin Mitglied im Vorstand des Landesverbandes Hessen des Hartmannbundes. Wir sind eine Interessenvertretung für Ärzte aller Fachrichtungen.

Kurz zu meiner Person. Ich bin Ärztin in Weiterbildung, und zwar in der heute schon mehrfach angesprochenen Kinder- und Jugendmedizin, derzeit an der Uniklinik in Gießen. Ich bin froh, dass Sie sich mit dem Gesetzentwurf einem Thema zugewandt haben, das zurzeit wirklich recht dringlich ist. Es ist aber so, dass wir der Meinung sind, dass Sie mit diesem Gesetzentwurf das Problem leider nicht beheben können. Unser Hauptkritikpunkt wurde heute auch schon mehrfach angesprochen. Diese Landarztquote ist vor allem ein Weg, wie man finanziell bessergestellten Studienplatzinteressierten einen Medizinstudium-Kauf ermöglichen kann.

Wir haben heute auch schon mehrfach gehört, dass es in Deutschland mindestens fünf Interessierte pro Studienplatz Medizin gibt. Das heißt: 80 % der Studieninteressierten werden jährlich abgelehnt. Man kann sicherlich nicht davon ausgehen, dass von diesen 80 % später alle als Landärzte tätig werden wollen. Viele von denen haben aber die finanziellen Mittel, die Vertragsstrafe zu bezahlen. Das heißt: Wir haben damit eine Öffnung der Universitäten für im Grunde genommen reiche Studenten, für Studenten mit reichen Eltern und damit auch eine Diskriminierung von Studierenden, die sich das nicht leisten können. Ich möchte ganz ehrlich sein, ich habe auch ein Kind – das ist noch relativ jung –, und wenn ich jetzt anfangen zu sparen, sehe ich da insoweit gute Chancen.

Ich möchte Sie auch noch einmal darauf hinweisen, dass der Zeitraum von mindestens 12 Jahren für diese Ärzte, die jetzt mit dem Medizinstudium anfangen, viel zu lang ist. Wir brauchen Lösungen, die viel kurzfristiger greifen. Da sehe ich gerade die Ärztegruppe, der ich angehöre – also diejenigen in der Weiterbildung –, als Zielgruppe, der Sie vielleicht gute Vorschläge machen könnten. Wenn ich ein gutes Angebot bekommen würde, aufs Land zu gehen, würde ich das sicherlich machen, und ich bin in zweieinhalb Jahren verfügbar.

(Abg. Christiane Böhm: Ich hätte da etwas! – Heiterkeit)

Herr **Beck**: Herr Vorsitzender, Herr Staatsminister, meine Damen und Herren! Mein Name ist Armin Beck. Ich bin der Vorsitzende des Hausärzterverbandes Hessen. Wir vertreten Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie hausärztliche Internisten. Wir sind in Hessen etwa 4.000. Wie schon mehrfach gesagt wurde, werden wir leider älter, und wir werden leider weniger. Die mittlere Altersquote unserer Kollegen beträgt etwa 57 Jahre. Ich bin sozusagen das ideale Beispiel des älter werdenden Hausarztes. Wenn man fünf oder acht Jahre weiter denkt, dann werden – wie angedeutet – 50 % aller Kollegen im Ruhestand sein. Die nachfolgende Generation deckt dies – egal, wie; ob mit hausärztlichen Inter-

nisten oder auch mit jetzt Gott sei Dank immer mehr werdenden Fachärzten für Allgemeinmedizin – leider nicht ab.

Herr Gerlach sprach von einem sehr positiven Ergebnis in den letzten Jahren mit einer Steigerung von ehemals 80 Abgängern auch heute rund 120 Abgänger. Nur, nötig wären 200, um den Bedarf zu decken.

Die hausärztlichen Internisten können sich zu jeder Zeit niederlassen. Sie tun es in dieser Form aber ebenfalls nicht ausreichend, um diesen Bedarf decken zu können.

Wir sind aus gegebenen Gründen dafür, diese Landarztquote einzuführen. Nur, als einzelner Baustein allein wird das nichts bringen. Aber es ist dann ein Baustein mehr, um Kolleginnen und Kollegen aufs Land beziehungsweise auch in unterversorgte Gebiete von Städten zu bringen. Es ist nicht immer nur das Land, das unterversorgt ist, es gibt in Stadtteilen Frankfurts und Offenbachs genau dieselbe Situation. Dahin, wo nicht unbedingt das große Geld verdient wird, wo Probleme in der Bevölkerungssituation sind, geht man eher nicht so gern. Diese Situation ist so.

Wir sind für diese Landarztquote als Baustein, auch wenn sich dort Leute einkaufen können, auch wenn Leute verloren gehen.

Ein wesentlicher Punkt dabei sind die umgebenden Bundesländer. Ich habe mit den Kolleginnen und Kollegen in Nordrhein-Westfalen darüber gesprochen, wie die Auswahlverfahren gewesen sind. Da waren sehr häufig Hausärzte in die Auswahlverfahren involviert. Das waren sehr positive Gespräche. Es ist dort beileibe nicht so gewesen, dass nur Kolleginnen und Kollegen, die sich einkaufen wollten, auf diese Plätze gekommen sind, sondern sie wurden durch ein Curriculum, durch eine Aussprache insbesondere mit Kollegen meines Berufsstandes ausgewählt. So wurden dann die Plätze auch vergeben.

Bei allen Bedenken, die wir hatten – auch im Bundesvorstand; ich bin Mitglied im Bundesvorstand –, war es dann insgesamt eine sehr positive Situation.

Herr **Dr. Höffberger**: Herr Vorsitzender, Herr Staatsminister, sehr geehrte Damen und Herren! Die Hessische Krankenhausgesellschaft ist der Dachverband für über 160 Krankenhäuser in Hessen, die an der akuten, somatischen und psychiatrischen Versorgung teilnehmen. Wir haben ungefähr 11.500 Ärzte bei uns in den hessischen Kliniken angestellt. Wir machen dort einen Großteil – das ist jetzt nicht alles wiederholend, was schon gesagt wurde; mit dem können wir auch mitgehen – der Fachweiterbildung. Wir brauchen – so glauben wir; das ist die Position der Hessischen Krankenhausgesellschaft – deutlich mehr als diese singuläre Maßnahme einer Zuordnung von Studienplätzen für junge Studierende, die sich für den Landarztberuf zur Verfügung stellen, weil wir es in den Krankenhäusern bei der Fachweiterbildung von Ärzten erleben, dass das Berufsziel oft – das klang hier auch in der ersten Runde an – ein anderes ist, wenn man antritt.

Man sieht im Krankenhaus im Rahmen der Fachweiterbildung nach der Absolvierung des Studiums klassischerweise keine oder kaum Allgemeinmediziner, sondern sieht Fachärzte – vor allem des internistischen, chirurgischen oder eines sonstigen Faches – und wird dort lange Zeit ausgebildet. Man kann in Praxen gehen, aber das ist sozusagen ein Schritt, den nicht viele Kolleginnen und Kollegen wählen. Deswegen verschiebt sich das Berufsbild. Wir glauben, dass die initiale Motivation, Landarzt zu werden, sich auf einen vorab zu vergebenden Studienplatz zu bewerben, eine Konventionalstrafe in Kauf zu nehmen, an der Realität vorbeigeht, weil in der Zeit der Ausbildung im Kranken-

haus andere Berufsbilder dominieren. Es gibt dazu gar keine Alternative, weil wir die Fachweiterbildung ohne den Beitrag der Krankenhäuser nicht absolvieren könnten.

Zum Zweiten glauben wir, dass es unvereinbar mit der Freizügigkeit der Berufsausübung ist. Herr Bocklet, Sie hatten gesagt, dass es Zwänge auch bei der Bundeswehr gebe, wo man einen Führerschein machen kann usw. Wir erleben die Rückforderbarkeit von Ausbildungskosten bei uns, wenn wir große Ausbildungen – mit deutlich kürzerer Frist – finanzieren, nur durch die Arbeitsgerichte als zulässig erachtet. Möglicherweise ist das ein Aspekt, den Sie noch bedenken können oder wollen. Wir jedenfalls glauben, dass es schwierig sein könnte, so hohe Ausbildungskosten zurückzufordern.

Der Unterschied zwischen Krankenhäusern auf dem Land und in der Stadt ist bisher – wenn ich das richtig verfolgt habe – noch nicht angesprochen worden. Wir haben in der Tat auch einen Fachkräftemangel in ländlichen Krankenhäusern. Wir tun uns oft deutlich schwerer, Fachärzte aller Couleur für Krankenhäuser auf dem Land zu rekrutieren, weil dort die berufliche Belastung eine andere ist, weil die Fachärztdichte eine andere ist und weil ganz einfach die Lebensumstände, die gewünscht werden, andere sind. Wir sehen also durchaus den Aspekt, dass wir dann zwischen Land- und Stadtkrankenhäusern unterscheiden müssten.

Ein weiterer Punkt, den ich ansprechen will, ist, dass wir – das wurde schon angesprochen – nur mit deutlicher Verzögerung von mehr als zehn Jahren die Effekte dieses jetzt vorgelegten Gesetzentwurfes sehen würden.

Der neue oder von uns ventilerte Aspekt ist, dass die Entwicklung der Medizin über zehn Jahre genauso unvorhersehbar ist wie die Frage – darauf fußt ja Ihr Gesetzentwurf – einer Bedarfsplanung, nämlich, ob es die dann noch gibt. Eine Bedarfsplanung der KV müsste eine Unterversorgung in zehn oder 15 Jahren feststellen. Wir glauben ganz stark daran, dass sich durch Telemedizin, Digitalisierung – auch in der aktuellen Phase sehen wir das mit den vielen Videosprechstunden – die Problematik der Versorgung, von Zugänglichkeit von Ärzten in der Fläche deutlich anders als heute darstellen wird.

Abschließend: Vom Spitzenverband Fachärzte Deutschlands wurde bereits die ärztliche Versorgung im ambulanten Bereich angesprochen. Das darf natürlich nicht dazu führen, dass wir in eine Unterversorgung im stationären Bereich hineinlaufen. Wenn wir in Hessen schon zu viele Studienplätze vorhalten, ist die Frage zu ventilieren, wohin die anderen Absolventen gehen. Aber sozusagen eine reine Verschiebung aus dem jetzt zur Verfügung stehenden Fundus in den ambulanten Bereich, ohne gleichzeitig sicherzustellen, dass auch Krankenhäuser leistungsfähig bleiben, sehen wir als gefährlich an.

Herr **Dr. Bodammer**: Sehr geehrte Damen und Herren! Mein Name ist Lars Bodammer. Ich komme vom Vorstand des Marburger Bundes, Landesverband Hessen. Wir vertreten in Hessen circa 10.000 Mitglieder, darunter auch viele Studierende, sodass der Kontakt und die Information aus dem Kreis der Studierenden sehr direkt ist und gerade auch bei solchen Fragestellungen gut funktioniert. Weil wir hier im Kreis der Anzuhörenden die Studierenden nicht direkt vorfinden – jedenfalls in dieser Form bisher nicht –, möchte ich auch dazu auf ein paar Punkte eingehen.

Zuvor sei gesagt, dass bisher viele kritische Punkte hinsichtlich der Landarztquote redundant vorgetragen worden sind, aber aus unserer Sicht durchaus berechtigt. Der Marburger Bund in Hessen – auch in den Ländern, in denen die Fragestellung bereits auf diesem Weg entsprechend eingeschlagen wurde, nämlich in Bayern und in NRW –,

aber auch der Marburger Bund bundesweit hält dies nicht für ein geeignetes Instrument, um Ärztinnen und Ärzte in die Versorgung in den ländlichen Regionen zu bringen. Der Großteil der hier beteiligten Vertretungen und Ausbildungsinstitutionen der Ärzteschaft – so habe ich das bisher wahrgenommen – spricht sich in ähnlicher Weise aus und erklärt, dass dies nicht das geeignete Instrument ist – vor allem im Hinblick auf die Frage, was eine Landarztquote noch bewirkt.

Dabei möchte ich noch einmal betonen, dass dies auch zu einer Verschiebung der Ausbildung, Weiterbildung in anderen Fachbereichen führt, und zwar im Sinne eines Nachteils für diese anderen Fachrichtungen, die durchaus – sie werden einfach aufgrund ihrer Größe nicht richtig gehört – auch einen eklatanten Mangel vorweisen und deren Not – durchaus auch deren Not auf dem Lande – nicht weniger gering ist.

Wenn man Umfragen berücksichtigt, die den Werdegang der Weiterbildung erfassen, dann ist es eine nicht unbeträchtliche Zahl von Ärztinnen und Ärzten, die berichten, dass sie während ihrer Facharztausbildung die Facharzttrichtung wechseln. Dies hat sicherlich unterschiedliche Gründe, häufig auch private, familiäre, die nicht alle mit dem Lebensweg vereinbar sind, aber durchaus auch Interessensgründe. Dieser Wechsel ist durchaus nachvollziehbar, geht auch hin zur Allgemeinmedizin und ist gewünscht, weil die Ärzte nämlich dort arbeiten, wo sie arbeiten möchten. Das gilt für jeden Wechsel und auch für unterschiedliche Facharztgruppen, nicht nur für den Wechsel hin zur Allgemeinmedizin. Dann werden diese Ärztinnen und Ärzte dort die Tätigkeit auch entsprechend effektiv und mit Begeisterung durchführen. Das – so denke ich – ist auch der vernünftige Weg, zu versuchen, eine Motivation herbeizuführen – falls es gewollt ist, auch in Richtung Allgemeinmedizin für die Kolleginnen und Kollegen, die in der Weiterbildung sind oder bereits eine Facharztausbildung abgeschlossen haben.

Ich glaube, dass das Versäumnis der letzten Jahre, mehr Studienplätze zu schaffen, nicht durch eine Landarztquote ausgeglichen werden kann. Wie gesagt, im Gegenteil, in all jenen Facharztgruppen, die zwar deutlich kleiner sind, wird der eklatante Personalmangel dann noch weiter verschärft.

Eines muss man noch betonen: Landärzte sind nicht nur hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte, sondern Landärzte sind auch in den Kliniken tätige Ärztinnen und Ärzte. In den ländlichen Kliniken arbeiten die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die sich zukünftig am allermeisten in den ländlichen Bereichen als Allgemeinmediziner niederlassen werden. Dieser Zusammenhang – das wurde schon mehrfache gesagt – ist untersucht worden, und es zeigt sich, dass der persönliche lokale Bezug natürlich eine wichtige Rolle spielt. Also der Mangel an Ärztinnen und Ärzten in Kliniken, das ist der Punkt, der aus unserer Sicht hauptsächlich mit angegangen werden muss.

Dann ist es sicherlich so, dass sich die Lebenswege vieler Kolleginnen und Kollegen in den Landkreisen aufgrund von familiären Konstitutionen gestalten. Ich glaube aber, vor allem die Chance, sich auch einmal über den hessischen Bereich hinaus woanders niederzulassen – der Kollege hat es schon angesprochen –, muss mitberücksichtigt werden – gerade dann, wenn man das Bundesland wechselt. Wie ist es da mit diesen Strafen, die gezahlt werden müssen?

Jetzt noch ein Wort zu der Studierendenschaft. In meiner Kommunikation mit den angehenden Kolleginnen und Kollegen zeigt sich, dass diese Vermischung der Studienplatzwahl für die Studierenden, die sich für den Studienplatz Medizin bewerben, durchaus berücksichtigt werden muss. Die Not an Studienplätzen ist so groß, dass sich selbstverständlich die angehenden Kolleginnen und Kollegen für die Allgemeinmedizin be-

werben werden, weil der Wunsch einfach so groß ist, sich dafür zu bewerben, die Studienplatzwahl oder die Facharztwahl aber vielleicht eine andere wäre, wenn diese Not nicht so groß wäre. Letztlich führt die Vermischung dieser beiden Dinge – die Zulassung und die Facharztwahl – dazu, dass da natürlich ein Druck ausgeübt wird. Es ist klar, dass die Bewerberzahl hoch sein wird, aber das heißt nicht, dass die Bewerber auch so wählen würden, wenn sie da freie Wahl hätten.

Um einen schnellstmöglichen Erfolg für die Verbesserung der allgemeinmedizinischen Versorgung auf dem Land zu erreichen, ist es aus unserer Sicht erforderlich, den sich jetzt in der Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten entsprechende Voraussetzungen zu schaffen. Es wurde schon oft gesagt, es dauere zu lange. Deshalb muss aus unserer Sicht darauf der Schwerpunkt gelegt werden, wenn wir vor Ablauf von zwölf Jahren zum Erfolg kommen wollen.

Mein Kollege Scholz wird jetzt zu einer anderen Umfrage noch ein paar Worte sagen.

Herr **Dr. Scholz**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Auch ich bin im Vorstand des Hessischen Landesverbandes des Marburger Bundes. Ich war an der Uniklinik tätig und erfülle im Moment natürlich auch nicht die Landarztquote. Vielleicht gibt es aber doch Möglichkeiten, Sie noch einmal darüber nachdenken zu lassen, ob dieses Instrument wirklich sinnvoll ist, um das Problem, das ausreichend beschrieben worden ist, zu lösen. Schon 2016 haben wir mit dem Institut für Qualitätsmessung und Evaluation eine Umfrage unter knapp 1.800 Studierenden der Medizin gemacht. Davon sind knapp 78 % in klinischen Semestern gewesen oder im Praktischen Jahr. Was mich dabei sehr überrascht hat – mein Kollege Bodammer hat das auch schon angesprochen –, ist: Das Interesse für die Allgemeinmedizin ist gar nicht so schlecht, wie es immer dargestellt wird. So hat z. B. die Hälfte der weiblichen Studierenden – 52 % – angegeben, sie könnten sich eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vorstellen. Bei den Männern waren es 46 %. Das ist – mögen sich jetzt auch zwei oder drei Prozentpunkte geändert haben – eine Riesensumme, die im Studium steht und die eigentlich noch für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ein Interesse hat. Das Problem kommt aber in dem Moment, wo Sie die Studierenden befragen, wie es denn nach dem zukünftigen Tätigkeitsort aussieht. Da sind plötzlich nur noch 12 % begeistert, irgendwo in die Kleinstadt oder in eine Landgemeinde zu gehen. Der Rest geht dann in mittlere Städte oder in größere Städte. Da hakt es natürlich.

Ich fand eine der Antworten darauf, warum man nicht Allgemeinarzt werden wollte – man konnte Freitextantworten geben –, interessant – das muss wahrscheinlich das Kind eines Mediziners gewesen sein –: Man stünde dann schlechter da als ein Friseur. Für den Friseur bezahle man 40 € pro Besuch. Der würde nie für 40 € im Quartal arbeiten.

Ich glaube, die Probleme, die Sie im ländlichen Bereich haben, sind ganz anderer Natur. Denken Sie einmal daran: Wenn jemand dort ausgebildet hinget – beim Krankenhausplan wird Ihnen das Ganze wieder begegnen –, wenn dort keine Gynäkologie, Entbindungsstation vorhanden ist, dort aber Frauen im gebärfähigen Alter zu behandeln sind, und wenn das nächste Krankenhaus Gott weiß wie weit entfernt ist, dann sind das alles Parameter – neben dem, was wir jetzt auch wieder erlebt haben.

Deswegen widerspreche ich doch heftigst der Aussage, dass Digitalisierung die Lösung der Probleme in der Medizin wäre. Denn wenn Sie dann dort Transfergeschwindigkeiten von 1,1 Mbit haben, dann reißen Sie damit nichts in der Telemedizin. Oder wenn die ältere Dame oder der ältere Herr, die oder der dann mit einem Smartphone eine Vi-

deokonferenz und irgendwelche Hautbefunde machen soll, dann wünsche ich Ihnen viel Spaß.

Ich glaube, sie müssen einfach ganz anders ansetzen – statt einer Quote –, um die Motivation, die bei den Medizinstudierenden da ist, in tatsächliche Weiterbildungen umzusetzen. Denn wenn Sie sich die Abschlüsse im Medizinstudium angucken, dann sehen Sie, dass die jährlich im Bereich von 800 oder 900 liegen. Wenn Sie davon rund 50 % nehmen – die Zahlen, die ich genannt habe –, dann erkennen Sie, wo die Diskrepanz ist.

Herr **Connemann**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrter Herr Staatsminister, sehr geehrte Abgeordnete, wehrte Damen und Herren! Vielen Dank dafür, dass Sie auch dem Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Landesgruppe Hessen, die Möglichkeit einräumen, Stellung zu nehmen. Der Verband der Krankenhausdirektoren (VKD) – gern einmal verwechselt mit dem VdK –

(Heiterkeit)

ist die Interessenvertretung der Verwaltungsleiter, Geschäftsführer, Heimleiter von Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen; insofern ein Verband mit persönlichen Mitgliedern. Das im Gegensatz zur Hessischen Krankenhausgesellschaft, die ein Interessenverband der entsprechenden Institutionen ist. Unsere Landesgruppe Hessen umfasst momentan knapp 200 Mitglieder.

Ich nutze diese Möglichkeit für unseren Verband, einmal einen anderen Blickwinkel anzulegen und mich nicht explizit über die entsprechenden Vorgaben und Vorschläge auszulassen. Ich möchte aus Sicht des Praktikers aus dem Krankenhaus heraus den Blick darauf richten, wie motivieren wir Studierende, angehende Mediziner, dieses Studium aufzunehmen – ad 1 – und dann – ad 2 – auch in der Medizin zu verbleiben, d. h., am Patienten zu wirken.

Wir spüren aktuell in den Krankenhäusern, dass sowohl die Pflege als auch die Medizin in den Lockerungen, was MDK-Prüfungen, was Kassennachfragen, was sonstige Bürokratieaufwände angeht, erhebliche Vorteile erkennen, sehr davon angetan sind und jetzt für sich immer wieder neu die Bestätigung finden, warum sie ihre Berufe ergriffen haben.

Ich denke, hier müssen wir einfach noch einmal ganz klar darauf achten, dass ein angehender Mediziner hoffentlich nicht den Praxisschock erleidet und relativ fluchtartig das Gesundheitssystem wieder verlässt. Ich bin auch der festen Überzeugung – mit meiner Landesgruppe –, dass wir auch an der Versorgungsart und an der Versorgungsform heftigst arbeiten müssen. Ich weiß, das ist eine andere Plattform, über die ich gerade spreche, ich bin aber auch hier der festen Überzeugung, dass wir nur durch Motivation – Geld ist nur ein kurzfristig wirkender Faktor – Rahmenbedingungen verändern können, um dem Mediziner den Rahmen zu bieten, in dem er auch zufriedenstellend arbeiten kann.

In unserer Stellungnahme zur zukünftigen Versorgungsform, Versorgungsart und auch Versorgungsfinanzierung fokussieren wir uns auf die Gesundheitsbasisversorgung, die nicht vom Geldverdienen und von Leistungsmengen geprägt ist, sondern von Zeit für den Patienten.

Ein letzter Punkt – jetzt kommt der Caritäter in mir durch –: Es gibt die schöne Formulierung von den gleichwertigen Lebensbedingungen, die auch in Hessen gelten soll. Vielleicht an dieser Stelle einfach noch einmal daran erinnernd gesagt, dass wir auch in den ländlichen Gebieten, in den Flächen die medizinische Grund- und Basisversorgung sicherstellen sollten.

Vorsitzender: Ich darf jetzt der guten Ordnung halber fragen: Gibt es aus den Gruppen 4 und 5 Anwesende, die bislang noch nicht gehört wurden? – Das scheint nicht der Fall zu sein. Damit treten wir jetzt wieder in eine Fragerunde ein.

Abg. **Yanki Pürsün:** Ich möchte mich auch in dieser Runde bei den Anzuhörenden bedanken. Sie haben uns sehr wichtige Hinweise gegeben, dass wir die Probleme umfassender anschauen müssen, als es mit diesem Gesetzentwurf geschieht. Es war wieder sehr erschreckend, wie darauf hingewiesen wurde, dass die Annahme dieses Gesetzentwurfs zu einer Art Käuflichkeit von Studienplätzen führen würde. Weiter wurde der Hinweis gegeben, dass eine Landarztquote erst in 15 Jahren Ergebnisse liefern würde.

Wir sind gerade in einer Situation, in der die Exekutive im Bund und die Exekutive im Land teilweise für die nächsten 15 Tage keine verbindlichen Aussagen treffen können. Da ist – so glaube ich – sehr viel Vorsicht angebracht.

Weiter gab es den Hinweis, wie wichtig es ist, dass es bei Aufnahme des Studiums und auch während des Studiums die freie Wahl für die Studierenden bezüglich ihrer eigenen Zukunft gibt.

Von daher: Wenn das so weitergeht, habe ich die Hoffnung, dass vielleicht die SPD ihren Gesetzentwurf kurzfristig zurückzieht. Denn es gibt so viele Argumente, die gegen den Gesetzentwurf sprechen.

Vorsitzender: Das war jetzt eher eine Stellungnahme des Kollegen Pürsün als eine Frage, wobei die formulierte Hoffnung an die SPD gerichtet war.

Kollegin Dr. Sommer hat das Wort. Vielleicht können Sie direkt replizieren.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Ich würde gern meine Fragen eher an die Anzuhörenden richten.

Ich habe verschiedene Fragen. Einmal geht es mir darum, dass beispielsweise Herr Dr. Höftberger gesagt hat, dass mehr Studienplätze benötigt werden, und auch die SpiFa hat in ihrer Stellungnahme mehr Studienplätze gefordert. Hier würde mich die Auflösung der Diskrepanz zu den Aussagen der Vorredner von den Universitäten interessieren. Liegt eine Fehlverteilung vor, oder brauchen wir tatsächlich mehr Studienplätze? Wir wissen, dass es mehr Mediziner denn je gibt, aber dass 70 % weiblich sind, dass sich die Arbeitsdichte – also die Work-Life-Balance – ein Stück weit geändert hat. Dazu würde mich Ihre Einschätzung interessieren.

Eine zweite Frage geht auch noch an Herrn Dr. Höftberger. In der schriftlichen Stellungnahme schreiben Sie, dass es keine ausgeprägte Attraktivität des Berufsstandes gebe. Wenn ich mit den Fachschaften spreche – das spiegelt vielleicht auch das ein bisschen

wider, was Herr Dr. Scholz gesagt hat; in der Studie gibt es eine Diskrepanz zwischen denjenigen, die interessiert sind, in die Allgemeinmedizin zu gehen, und denjenigen, die dort später aber nicht landen –, erzählen mir diese ganz oft, dass in der Universität die Allgemeinmedizin nicht gerade immer positiv konnotiert wird, um es ganz vorsichtig auszudrücken. Ich will nicht das wiederholen, was die Studierenden mir erzählen, was Professoren über die Allgemeinmedizin verlauten lassen.

Ist das ein Problem? Ist Ihnen das bekannt? Was kann man dagegen tun? – Das wäre das Zweite.

Meine dritte Frage geht an Herrn Connemann und auch noch einmal an Herrn Dr. Höftberger. In den schriftlichen Stellungnahmen geht es ein Stück weit um die Fragen, wie sieht die Versorgungslandschaft tatsächlich aus, und müssen wir diese Sektoren nicht endlich überwinden. Dazu meine Frage: Wie sieht ein sektorenfreies Konzept aus?

Mit gefällt es ganz gut, dass Sie von Daseinsvorsorge sprechen. Das ist auch immer ein Bild, das wir spiegeln, denn gesundheitliche Versorgung sollte Daseinsvorsorge sein. Sie sprechen hier die Polikliniken oder auch Praxiskliniken als angeschlossene Abteilungen an – oder wie immer man das dann definiert –, um mehr ambulante Behandlungen vorzunehmen. Es würde mich noch einmal interessieren, inwieweit Sie denn auf eine sektorenfreie Versorgung diesbezüglich eingehen wollen würden. Auch Herr Dr. Bodammer hatte genau davon gesprochen, dass es nicht sein kann, dass dann diese Menschen als Landärzte wieder in den stationären Einrichtungen fehlen würden.

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Zwei, drei Fragen. Zunächst an Herrn Beck vom Hausärzterverband gerichtet. Sie haben in einer Nebenbemerkung gesagt, dass eine Mangelversorgung nicht nur im ländlichen Raum, sondern auch in bestimmten Stadtteilen der Großstädte mit entsprechender Sozialstruktur vorhanden sei. Das kann ich so nachvollziehen. Mich würde eine Idee interessieren, wie man an dieses Problem in dem Zusammenhang herangehen könnte. Mir ist nur noch keine richtige Lösung eingefallen, gebe ich zu.

Wir haben die Zulassungsbezirke, wir haben die Analyse von Überversorgung, Normalversorgung und Mangelversorgung, aber eine Mikroanalyse der entsprechenden Stadtteile liegt eher selten vor. Das sind eher Berichte von Kommunalpolitikern oder von Ärzten selbst. Gibt es hinsichtlich des Hausärzterverbandes Vorschläge zu sagen, wir machen hier eine stadtteilbezogene Analyse, eine Analyse von Stadtteilen mit entsprechender Sozialstruktur, und diskutieren dann eben auch über ein Programm, in das wir die Landarztversorgung mit einbeziehen? Das wäre ein Gedankengang, in den man die Landarztquote mit einbeziehen könnte, wenn man kreativ wäre. Könnten Sie uns da entsprechende Anregungen geben?

Herr Dr. Höftberger, Sie haben gesagt, wenn man jetzt einige Jahre abwarten würde, bis die Landarztquote wirkte, sähe es mit der Versorgungsstruktur im ländlichen Raum doch anders aus. Meine Ansicht ist: Wenn wir nichts machen würden, würde es noch sehr viel schlechter, also katastrophaler aussehen. Haben Sie da eine andere Vorstellung, oder habe ich Sie da vielleicht missverstanden? Wie ist Ihre Einschätzung der Entwicklung?

Eine zweite Frage in diesem Zusammenhang: Sie haben auch davon gesprochen, dass eine Mangelversorgung auch in den Krankenhäusern im ländlichen Raum vorhanden

sei. Könnten Sie das etwas spezifizieren, oder hätten Sie da entsprechende Anregungen an die Politik, hier ebenfalls in die Richtung zu denken, was hier zugunsten des ländlichen Raumes in der stationären Versorgung gemacht werden könnte? Denn das hängt zweifelsohne mit dem anderen zusammen. Wenn ich einen ausgebildeten Arzt habe, der seine Allgemeinartztausbildung beendet hat, dann besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass er sich in dem Umfeld auch niederlassen möchte. Also den Zusammenhang gibt es.

Eine dritte Frage an die Vertreter des Marburger Bundes. Sie haben die Einschätzung, die Stimmungslage der Studierenden dargestellt. Ich teile das, was Sie gesagt haben. Da ist die Begeisterung für die Landarztquote nicht so besonders hoch. Da müssen wir als diejenigen in der Politik, die die Landarztquote befürworten – wie ich auch –, noch etwas Überzeugungsarbeit leisten.

Neben der Frage der Lebensplanung und der Vorgabe, sich auf längere Zeit zu verpflichten: Gibt es darüber hinaus Stimmungslagen, Argumente der Studierenden, warum die Landarztquote doch mehrheitlich und organisationsübergreifend kritisch beurteilt wird? Mir ist es auch nicht gelungen, die Studentenorganisation meiner Partei zu überzeugen. Was nimmt die Studierenden grundsätzlich so gegen die Landarztquote ein?

Abg. **Christiane Böhm:** Danke schön für die Stellungnahmen. Ich möchte an Herrn Dr. Bartelt anschließen, aber noch einmal konkretisieren, was die Frage – ich glaube, Herr Radau hat es gesagt – der Lebens- und Arbeitsbedingungen im ländlichen Raum anbetrifft. Was ist denn da die Hauptkritik, oder was ist denn da das Problem? Was muss sich denn in diesen sogenannten ländlichen Räumen – die sind sehr unterschiedlich; ob sie im Schwalm-Eder-Kreis liegen oder direkt um Frankfurt herum – ändern? Was ist denn zu tun?

Diese Frage geht natürlich auch an Herrn Dr. Höftberger, der gesagt hat, die ländlichen Kliniken seien auch ein Problem. Hat es auch etwas mit Arbeits-, mit Lebensbedingungen zu tun, oder hat es nur etwas damit zu tun, wie die Arbeitssituation derjenigen ist, die dort beschäftigt sind oder die sich dort niederlassen? In dem Zusammenhang hat Frau Krück vielleicht ein bisschen spaßeshalber gesagt, dass sie gern ein Angebot annehmen würde. Wie müsste das Angebot denn aussehen? Ich will jetzt nicht konkret wissen, was Sie verdienen wollen. Aber was wäre denn für junge Absolventinnen der Kinder- und Jugendmedizin ein Kriterium für ein gutes Angebot, dass man sagen kann: Hierher komme ich mit einem guten Gefühl, hier habe ich auch eine gute Perspektive?

Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Connemann. Zunächst aber herzlichen Dank für Ihre Stellungnahme. Ich habe selten eine Stellungnahme gelesen, die mir so aus dem Herzen gesprochen hat. Da habe ich gedacht: Guck mal, mit dem Verband der Krankenhausdirektorin hattest du als LINKE in deinem Leben noch nichts zu tun. Aber wir sind uns in vielen Sachen auch einig.

Ich finde es toll, dass Sie den Blickwinkel erweitert haben. Denn ich denke, wir können in der Frage der ärztlichen Versorgung nicht auf eine kleine Lösung gucken. Wir müssen insgesamt auf die Gesundheitsversorgung gucken. Das ist das, was mir jetzt gut gefällt, dass wir den Blickwinkel erweitern und schauen, was heißt da denn nicht nur Niederlassung, nicht nur Krankenhäuser. Wir neigen dazu, vieles so allein anzugucken. Dabei hat mich vieles an unsere Studienfahrt nach Dänemark erinnert. Dort haben wir ein ähnliches Gesundheitssystem kennengelernt.

Mich würde jetzt noch einmal interessieren – Sie haben auch noch einmal gesagt, die Frage der Zeit für die Patientinnen und Patienten spielt eine Rolle –, welche Auswirkungen würde denn Ihre Position, die Sie uns erläutert haben, für eine bessere ambulante Versorgung haben. Wie würden Sie sich das konkret vorstellen?

Vorsitzender: Mir liegen aktuell keine weiteren Wortmeldungen vor. Deswegen können wir jetzt in die Antwortrunde gehen. Weil alle Institutionen aus den Gruppen 4 und 5 angesprochen wurden, schlage ich vor, dass wir mit Herrn Radau beginnen und dann in der Reihenfolge der Statements fortsetzen.

Herr **Radau:** Zunächst einmal zur Frage von Frau Dr. Sommer nach der Inzidenz von Fehlverteilung versus zu wenige Studienplätze. Sie haben die Hauptargumente schon angesprochen: Wir haben junge angehende Ärztinnen und Ärzte, die jetzt eine völlig andere Berufsbiografie aufweisen als die Ärztinnen und Ärzte in der Vergangenheit. Wir haben Arbeitsbedingungen – ob das nun mit der Situation im Krankenhaus oder in der Niederlassung einhergeht –, die sich über das Thema Bürokratie, über das Thema Arbeitsverdichtung verändert haben. Dazu gehört die unterschiedliche Erwerbsbiografie, die Frage, wie lange möchte ich als Arzt denn tätig sein, von nine to five oder tatsächlich – wie es einer meiner Vorredner in der ersten Runde gesagt hat – sieben Tage in der Woche 24 Stunden. Wir haben eine älter werdende Bevölkerung und damit auch eine Zunahme der chronischen Erkrankungen. Das alles bedeutet einfach, dass wir jetzt ein Mehr an Ärzten brauchen.

Dazu kommt das von mir zuletzt Gesagte mit den Themen Arbeitsverdichtung und Bürokratie. Das heißt: Sie haben noch einmal einen Gap on top, der aus unserer Sicht nur lösbar ist, wenn wir jetzt dafür sorgen, dass wir wieder mehr Ärzten die Ausbildung ermöglichen und die Studienkapazitäten erweitern.

Gleichwohl: Das ist auch nur ein singuläres Thema. Es muss natürlich ineinandergreifen. Dazu gehört aus unserer Sicht auch ganz wesentlich, die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Weil wir gerade auch das Thema hatten, dass die Ärztinnen und Ärzte vielfach in der Weiterbildung schon die Fachrichtung ausgewählt haben: Dann wollen sie auch die Möglichkeit haben, entsprechend tätig werden zu können. Also ich glaube schon, dass es wichtig ist, an dem Punkt beide Seiten zu sehen. Das eine geht nicht ohne das andere.

Wir müssen vor allem dann, wenn wir einen Kapazitätsausbau haben, auch die Quote derer erhöhen, die nachher tatsächlich in der kurativen Medizin ankommen und nicht sagen, die Arbeitsbedingungen sind eigentlich so unattraktiv, da gehe ich lieber zu einer Krankenversicherung in die Beratung oder zum Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Jetzt zu Frau Böhm. Ich komme aus einem ländlichen Gebiet. Ich wohne hier im Taunus. Es ist erschreckend: Wir haben Ortsteile – das ist 20 Minuten von Wiesbaden entfernt – da haben Sie kein schnelles Internet, da haben Sie keine Mobilanbindung, da haben Sie zweimal am Tag einen Bus, der sie irgendwo hinbringt. Wir wollen doch auch dort diese Personen, die dort alt werden wollen. Wir wollen doch nicht die sprichwörtliche Landflucht, wollen doch nicht, dass alle in die Städte ziehen. Das Ganze einmal abge-

sehen davon, dass man auch miettechnisch ein Stück weit gucken muss, ob das alles noch bezahlbar ist.

Wir müssen Strukturvoraussetzungen schaffen, die es eben ermöglichen, auf dem Land alt zu werden. Ich frage Sie einmal ganz offen: Da, wo auf dem Land die Kirchengemeinde fehlt, wo auf dem Land die Kneipe fehlt und der Supermarkt fehlt, aus welchem Grund sollte ein Arzt dort hingehen? Warum sollte er das tun? Solange ich diese Bedingungen nicht ein Stück weit anpasse, solange die Ärztin, der Arzt auch keinen Arbeitsplatz für den Partner, die Partnerin findet, werden sie das nicht machen. Warum sollten sie auch? Solange wir das Thema nicht angehen – da ist das Thema schnelles Internet nur ein Synonym für viele Probleme, die damit einhergehen –, werden Sie auch bei der Ärzteschaft keine übersteigerte Bereitschaft finden, zu sagen: Jawohl, dahin wollte ich schon immer einmal und ohne Internet alt werden.

(Heiterkeit)

Frau **Krück**: Die Frage war, unter welchen Bedingungen ich mir vorstellen könnte, auf dem Land zu arbeiten. Dazu noch einmal ganz allgemein: Wir haben es schon angesprochen, die meisten Absolventen sind eigentlich Absolventinnen. Das heißt, es geht relativ vielen jungen Ärztinnen so wie mir.

Ich denke, ganz wichtig ist, dass die Residenzpflicht schon aufgehoben worden ist. Das ist wahrscheinlich das Allerwichtigste. Es wurde gerade gesagt: Wir möchten nicht auf dem Land leben. Auf dem Land arbeiten ist etwas ganz anderes.

Ich habe jetzt eine Prioritätenliste mit absteigender Wichtigkeit erstellt. Das Erste ist eine passgenaue Kinderbetreuung. Ich werde Überstunden machen müssen, ich werde Dienste machen müssen. Das funktioniert nicht, wenn ich niemanden habe, der auf das Kind aufpasst. Mein Mann ist selbst Arzt; der kann das also auch nicht leisten. Da brauche ich Kinderbetreuung.

Das Zweite: Als junge Frau kann ich mir nur vorstellen, angestellt tätig zu sein. Ich kann nicht die Verantwortung für eine eigene Praxis übernehmen. Was ist, wenn ich noch einmal schwanger werde, was ist, wenn das Kind krank wird? Das geht nicht.

Ansonsten ganz wichtig: Angestellt tätig, gern, aber bitte nicht bei einem börsennotierten Unternehmen. Das ist das, was die ärztliche Ethik auch hochhalten sollte.

Ich könnte mir vorstellen, dass es vielleicht auch Personal gibt, das mir die nichtärztlichen Tätigkeiten – das sind in der Niederlassung vor allem Abrechnungstätigkeiten – abnimmt. Das würde mir den Spaß am Beruf sicherlich noch einmal wiederbringen. Der geht schon verloren, wenn man dauernd Aktenarbeiten macht.

Dann an allerletzter Stelle – sicherlich nicht das Wichtigste – steht eine angemessene Bezahlung.

Herr **Beck**: Herr Dr. Bartelt, vielen Dank für die Frage. Wenn ich die beantworten könnte, hätte ich – so glaube ich – in diesem Haus einen festen Platz.

(Heiterkeit)

Der Verband selber – egal, ob Landes- oder Bundesverband – ist sicherlich nicht in der Lage, diese Probleme zu lösen. Die Versorgungssituation in der Stadt gegenüber dem Land ist nur ein Synonym für Gebiete, denen letztlich Unterversorgung droht oder bereits unterversorgt sind. In Hessen sind das zurzeit eher ländliche Gebiete. Wenn man fünf Jahre weiter denkt, dann werden Stadteile von Offenbach genauso betroffen sein wie andere Stadteile auch. Das ist also kein zwingendes Thema der Stadt-/Landverteilung. Geld ist, wie vorhin kurz angesprochen wurde, im hausärztlichen Bereich sicherlich überhaupt kein Thema mehr, weil neben der Regelversorgung die Alternativregelversorgung eine vernünftige Bezahlung für die Hausärzte – egal, ob hausärztliche Internisten oder Allgemeinmediziner – in ausreichendem Maße darstellt. Das ist mit unsere Aufgabe und meine Aufgabe. Das ist in Hessen in den letzten Jahren erfolgreich umgesetzt worden.

Warum sich Kolleginnen und Kollegen entscheiden, sich mehr in angenehmeren, quasi netter gelegenen Städten oder Dörfern niederzulassen, ist letztlich sehr individuell. Sie finden keinen Grund. Ich selbst komme aus einem kleinen Stadtteil in der Nähe des Wiesbadener Raumes, genau zwischen Wiesbaden und Frankfurt. Für mich war es tatsächlich so: Ich bin da geboren. Ich wollte da bleiben. Es hat funktioniert. Ich habe dort einen Platz gekriegt. Vor 22 Jahren habe ich mich niedergelassen und durfte noch die Unsumme von 150.000 € hinterlegen, damit ich dort arbeiten konnte.

Das ist heute total anders. Heute können Sie in nahezu jedem Stadtteil – selbst in Kronberg – einen Praxissitz übernehmen. Das heißt: Die Auswahl ist riesengroß. Wir haben – soweit ich weiß; Frank Dastych kann es nachher vielleicht besser berichten – quer über Hessen verteilt 300 hausärztliche Plätze, die nicht besetzt sind. Die Frage, wo man sich niederläßt, ist mittlerweile ganz simpel. Es gibt ein riesiges Angebot und eine kleine Nachfrage. Ich kann es mir also aussuchen. Das wird sich hoffentlich irgendwann einmal wieder auffüllen und ändern. Meiner Meinung nach ist es nur lösbar – wie schon angesprochen wurde – über die Kolleginnen und Kollegen, die aus den Gegenden kommen, die diese Gegenden mögen und die dort auch weiter arbeiten wollen. Das ist meine feste Überzeugung.

Herr **Dr. Höffberger**: Sie haben eine ganze Reihe von Fragen an mich gestellt. Frau Dr. Sommer, die Diskrepanz zwischen mehr Studienplätzen und Fehlverteilung: Es gibt die Anzahl der reinen Studienplätze. Die – das ist ja vorhin von den Vorrednern der ersten Gruppe ins Gespräch gebracht worden – ist ein schlechter Indikator, weil sich die Aufgaben und die Arbeitseinsatzzeiten deutlich verändert haben. In der Tat, Sie haben selber gesagt, der Beruf ist weiblich. Wir haben eine ganz hohe Teilzeitquote. Es gibt so etwas wie Work-Life-Balance in der Generation Y, die wir spüren, es gibt Arbeitszeitrechte, was wahrscheinlich vor 15 und 20 Jahren anders begutachtet und wahrgenommen worden ist als jetzt. Wir haben auch ganz andere Vorhalteverpflichtungen. Für die Krankenhäuser gesprochen, müssen wir, wenn wir an der Notfallversorgung teilnehmen, innerhalb von 30 Minuten in der Notaufnahme einen Facharzt für Innere Medizin und für Chirurgie sozusagen an dem Patienten haben. Diese Regelungen gab es früher nicht. Das ist ein GBA-Kriterium, das seit eineinhalb Jahren sozusagen scharf in Kraft gesetzt worden ist.

Ich glaube, es gibt deutlich mehr Arbeit, und es geht auch – das ist ein Punkt, den wir bei jeder Gelegenheit platzieren; deshalb auch hier – viel ärztliche Arbeitszeit in Bürokratie, Dokumentation verloren. Wir haben bei Asklepios – das ist das Unternehmen, für das ich arbeite; nicht börsennotiert – eine Erhebung gemacht. Ungefähr 40 % der ärztlichen Tätigkeit gehen in Dokumentation, in Codierungen und in Bürokratie. Am Beginn der

Covidkrise gab es eine Berichterstattung über die Anzahl der Ärzte, die im Medizinischen Dienst der Krankenkassen und in anderen Begutachtungsstrukturen außerhalb des ÖGD tätig sind. Da kam man auch auf eine vierstellige Anzahl bundesweit. Also ich glaube, das ist tatsächlich eine von uns nicht auflösbare Diskrepanz.

Zum Zweiten, Frau Dr. Sommer, habe ich verstanden, dass Sie mich fragen wollen, was ich denn zu der Attraktivität des Berufsstandes der Allgemeinmedizin meine und ob das in der Universität negativ konnotiert werde. Für den Betrieb an der Uni kann ich nicht sprechen. Ich erlebe aber in unseren Krankenhäusern, in denen wir uns in der Fachweiterbildung der Ärzte engagieren, in der Tat die Situation, was Verdienstmöglichkeiten und Attraktivität des Berufsstandes angeht, dass Erwartungen – das wurde auch schon genannt – wie an den Allgemeinarzt oder an den Landarzt gestellt werden, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche zur Verfügung zu stehen. Vorhin fiel die Aussage, dass es das nur im Film gäbe.

Das macht die Situation deutlich, dass das unattraktiver ist, als vielleicht in einer fachärztlich, vielleicht auch städtisch organisierten Struktur zu arbeiten.

Darüber hinaus haben Sie Versorgungslandschaft und die Wortneuschöpfung von Hubert Connemann – er sitzt neben mir – in den Mund genommen: sektorenfrei. Herr Dr. Bartelt, auch Ihre Frage geht in diese Richtung, wie wir uns das vorstellen. Ich glaube, dass darin die Zukunft liegt. Wenn wir über einen Gesetzentwurf wie diesen diskutieren, denken wir – das ist mehrfach gesagt worden – in einer Dekade nach vorn. Ich bin mir, für die hessischen Krankenhäuser sprechend, nicht sicher, ob es eine Sektorentrennung in dem harten Ausmaß, wie sie jetzt besteht, in zehn oder 15 Jahren noch geben wird, ob wir nicht ganz andere Konzepte einer Gesundheitsversorgung denken, die die bisherigen Sektorengrenzen überwinden und überschreiten, ob es nicht Modelle gibt, wonach Krankenhäuser aus einem Großteil von Ärzten bestehen, die auch niedergelassen sind, niedergelassene Ärzte auch im Krankenhaus arbeiten – one face to the patient, eine durchgängige Behandlungskette, vielleicht auch aus ethischen und volkswirtschaftlichen Gründen.

Wir haben zum Teil in manchen Regionen – nicht auf dem Land – eine doppelte Facharztschiene. Auch in meiner Heimat Österreich ist das ein diskutiertes Thema. Ich glaube, das war mein Punkt – die Grenzen werden in zehn, 15 Jahren nicht so starr sein, wie sie jetzt sind. Ich meine, es wäre ein Fehler, jetzt auf etwas aufzubauen und etwas zur Grundlage für die Präzuweisung von Studienplätzen zu nehmen, was an ein Wort einer KV anknüpft: Unterversorgung, die ich kritisch oder nicht dauerhaft gesichert sehe.

Herr Dr. Bartelt, ich nehme noch einmal den Punkt auf, dass Sie mich erschreckt gefragt hatten – so habe ich das wahrgenommen –, was denn mein Bild sei. Wenn wir nichts täten, wäre das doch noch schlimmer. Ja, da haben Sie recht. Das war nicht der Punkt, den ich verdeutlichen wollte. Der Punkt ist, dass wir uns jetzt in diesem Gesetzentwurf auf ein Berufsbild fokussieren, das sich in zehn oder 15 Jahren vielleicht deutlich geändert haben wird. Ich glaube, dass es dann nicht mehr den Landarzt im jetzigen Sinne geben wird, weil wir in zehn oder 15 Jahren digitalisiert sein müssen. Wir werden in viel höherem Ausmaß, als das jetzt der Fall ist, Videosprechstunden haben müssen. Wir müssen gemeinsam sicherstellen, dass wir eine Zugänglichkeit zur Medizin haben – ob das der niedergelassene Arzt, der Krankenhausarzt oder der Arzt in einer Hybridform ist, ob er mir physisch gegenüber sitzt oder ob er in einem gesicherten Videochat sitzt.

Ich glaube ganz fest daran, dass wir uns in zehn, 15 Jahren an diese Situationen gewöhnen haben müssen. Die Voraussetzungen – das war auch angesprochen worden –

liegen natürlich darin, dass wir eine Breitbandversorgung und viele andere Dinge haben, die derzeit fehlen und ein Leben auf dem Land – Frau Böhm, das ist auch Ihr Punkt – für jemanden, der aus einer Stadt kommt, unattraktiv machen.

Herr Dr. Bartelt, weiter hatten Sie nach dem Wandel im Krankenhaus gefragt und danach, was Sie als Politik – so pauschaliert gesagt – denn tun könnten. Ich glaube, dass wir daran arbeiten müssten, gemeinsam diese – so die Wortneuschöpfung von Hubert Connemann – sektorenfreie Versorgung sicherzustellen. Es ist ein ganz hohes Ziel, zu sagen, dass man Zugang zu medizinischer Versorgung hat. Das Bedürfnis ist: Ich muss mit jemandem sprechen, weil ich ein Thema habe, weil ich chronisch erkrankt bin oder – wie jetzt aktuell – akut erkrankt bin. Ich brauche Zugang zur Medizin, vielleicht aber auch zu paramedizinischen Berufsbildern, vielleicht auch zu einer online-gestützten, videoassistierten, telefonassistierten Abfragematrix. Ich meine, in dem, was man politisch investieren würde, um die Sektoren in der jetzt sektorenbezogenen Gesundheitsplanung zu überwinden – nicht nur reine Krankenhausplanung und daneben die Aufgabe der Über- und Unterversorgungsplanung für die niedergelassenen Ärzte, die die KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts parallel wahrnimmt –, läge der große Charme.

Jetzt will ich in der Antwort auf Ihre Frage, Frau Böhm, noch einen Punkt unterstreichen. Die Unattraktivität des ländlichen Raumes – das wurde ebenfalls wiederum von dem Kollegen des Berufsverbandes Deutscher Internisten und des SpiFa angesprochen – liegt oft auch in der Ermangelung eines adäquaten Arbeitsplatzes für die Partnerin oder den Partner des Arztes oder der Ärztin, der bei uns im Krankenhaus oder in der Niederlassung auf dem Land arbeiten will, begründet. Die Regel ist doch die, dass man dann zwei Menschen mit einem adäquaten Job versorgen und ausstatten muss, damit die da glücklich sind. Sonst provoziert man Pendelei, die die Partnerin oder der Partner in Kauf nimmt oder auch nicht. Die Kollegin Krück hat es bezüglich der Kinderbetreuung angesprochen, der Kinderbetreuung zu Zeiten, die mit dem Praxisbetrieb oder mit dem Krankenhausdienst kompatibel sind. Die Kita nicht um 8 Uhr aufsperrn, wenn der Dienst für die Ärztin oder den Arzt um 7 Uhr beginnt. Das sind die Punkte, die wir in den Fokus nehmen müssen.

Noch einmal: Entbürokratisierung. Bürokratie – auch das wurde von Frau Krück vorgebracht – ist natürlich ein Punkt, der den Zugang zum Arztberuf behindert, wenn ich weiß, ich studiere Medizin nicht – ich antizipiere das; ich bin ja kein Mediziner –, um fast die Hälfte meiner produktiven Arbeitszeit in Dokumentationen, Abrechnungen und die Abwehr von Regressen zu stecken. Das ist – so glaube ich – ein zentraler Punkt.

Herr **Dr. Scholz**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrten Damen und Herren! Wenn es denn nur ein Problem und eine einfache Lösung wären, dann könnten wir Ihnen hier natürlich wunderbar etwas empfehlen. Aber so ist es eben nicht.

Die Problematik ist zum Teil schon angesprochen worden. Das liegt an dem Arbeitsplatzangebot. Frau Krück hat bestens ausgedrückt, was die Umfrage auch ergeben hat: dass z. B. ein Großteil der weiblichen Studierenden, aber immerhin auch noch 45 % der männlichen Studierenden danach eine angestellte Berufsausübung bevorzugen, die gewisse wirtschaftliche Sicherheit bieten kann. Sie haben offensichtlich in einer Praxisübernahme doch ein wirtschaftliches Problem, oder sie sehen das in einer Größenordnung, die dann ein Risiko für das weitere Leben beinhaltet.

Das geht weiter – wir haben es eben ebenfalls gehört – über den Beruf oder die Berufsmöglichkeiten für die Partnerin oder für den Partner, über die Kinderbetreuung, die

Schule bis hin zu weiteren Angeboten, die man auf dem Land hat. Insofern, Herr Dr. Bartelt, lohnt es sich, da vielleicht auf die jungen Kolleginnen und Kollegen zu hören. Ich glaube nämlich, dass sie da recht haben, wenn sie Sie in ihren Punkten entsprechend bescheiden.

Zum Ansehen, Frau Dr. Sommer, was die Allgemeinmedizin betrifft. Das ist etwas gespalten. Die Umfrage war nicht ganz so positiv, was das Ansehen betrifft. Aber immerhin 59 % haben die Allgemeinmedizin immer noch mit gut bis sehr gut bewertet. Jedoch immerhin 36 % finden sie nicht so toll; das geht bis zu sehr schlecht. Das liegt – wenn ich an meine Ausbildung zurückdenke – manchmal auch an den Personen, die agieren, und manchmal auch an den Gelegenheiten, z. B. einen Praktikumsplatz zu bekommen. Wenn sie da im Rhein-Main-Gebiet kämpfen müssen, finden sie das alles nicht mehr so witzig, was die Allgemeinmedizin betrifft.

Nichtdestotrotz sind sie eigentlich immer noch sehr angetan von der Allgemeinmedizin. Die Probleme tauchen wirklich hinterher auf. Das ist natürlich auch – was ein weiteres Argument ist, dass die Studierenden angeben –, dass sie hinterher ungern allein arbeiten wollen. Dass sie also gern in einem Team arbeiten wollen oder sich auch austauschen wollen. Das ist natürlich gerade dann, wenn die Praxisgrößen auf dem Land das nicht zulassen – Beschränkungen der Scheine etc.; die ganzen Punkte – wird es irgendwann auch sehr schwierig. Dann muss man auch schon entsprechend begeistert sein.

Zur Frage der Studienplätze haben Sie in mir natürlich nicht den richtigen Ansprechpartner. Denn ich habe – ich habe einmal zurückgeblättert – vor 14 Jahren auf dem Deutschen Ärztetag meinen ersten Antrag für mehr Studienplätze gestellt. Die Zahl ist bundesweit von 16.000 auf 8.500 geschrumpft. Selbst wenn Vorredner sagen, dass wir so in absoluter Zahl so viele Mediziner haben wie noch nie, ist das doch nicht zutreffend. Denn in Deutschland werden viele Dinge ärztlich ausgeübt, die in anderen Ländern beispielsweise Narkosepfleger machen. Wenn Patienten die Narkose von einem Narkosepfleger bekommen, und nur noch in fünf Sälen von einem Anästhesearzt beaufsichtigt werden, dann haben Sie auch niedrigere Zahlen. Entsprechendes gilt natürlich auch für Aufwendungen und andere Dinge. Mir ist ein Krankenhaus in Kanada bekannt, in dem kein einziger Arzt mehr tätig ist. Da gibt es nur noch spezialisierte Pflegekräfte, die Operationen einfacher Natur durchführen. Wenn Sie das wollen, dann benötigen Sie natürlich auch weniger Ärzte. Also lassen Sie sich nicht durch die Argumente täuschen, dass die Zahl der Studienplätze in anderen Ländern aber niedriger sei.

Wenn Sie fragen, was andere Länder interessant macht, dann können Sie in die skandinavischen Länder gucken. Dorthin sind damals – 2006 – viele geflohen, als es hier die Auseinandersetzung um die Tarife gegeben hat. Ein Grund war eben auch, dass in den skandinavischen Ländern, für die Partner, für die Kinder – Schulen etc. – immer wieder Komplettpakete angeboten wurden – natürlich sehr zum Leidwesen der hiesigen Krankenhäuser, denen dann die Ärzte verloren gegangen sind. Aber das hat die Ärztinnen und Ärzte offensichtlich dort angezogen.

Das geht bis hin zu Arbeitszeitvorschriften. Dieses leidige Arbeitszeitgesetz wurde vorhin schon erwähnt. Es hat aber sicherlich schon seinen Grund, wenn man die Fehlerquote anguckt, die man bei Überarbeitung hat. Deshalb sollte man diese Vorschriften auch wirklich einhalten. In den skandinavischen Ländern werden die Arbeitszeitvorschriften sehr konsequent eingehalten. Das findet große Begeisterung.

Also so simpel wird es leider für Sie nicht sein. Da wird Ihnen – so fürchte ich – über kurz oder lang – das haben hier schon viele gesagt – auch ein § 4 Abs. 2 – das ist die Ausnahmeregelung – nichts helfen. Ich garantiere Ihnen, sehr findige Menschen, die plötzlich einen Bescheid erhalten, werden sagen: Oh, ich kann aber gar nicht in den ländlichen Raum gehen und die Landarztquote erfüllen. – Denn wenn ich jetzt schon sehe, welche interessanten demokratischen Gestalten Maskenfreiheitsbescheinigungen bekommen, dann werden Sie garantiert auch dort wieder welche finden, die Bescheinigungen nach § 4 Abs. 2 ausstellen, sodass sie die Strafe dann nicht mehr zahlen müssen.

Herr **Dr. Bodammer**: Ich will ein paar kurze Ergänzungen machen. Es ist noch einmal die Frage gestellt worden, warum es diese Diskrepanz vonseiten der Fakultäten gibt, was die Schaffung von mehr Studienplätzen anbelangt. Ich leite seitens der Landesärztekammer die Arbeitsgruppe Studium und Weiterbildung für den vom Sozialministerium organisierten Gesundheitspakt. Dort kam diese Fragestellung mehrfach auf. Wir haben uns mit den Studierenden auch getroffen. Als Quintessenz hat sich herausgestellt: Wenn man mehr Studienplätze will, dann muss ganz oben der politische Wille bestehen, über die Ministerien – Sozialministerium und Wissenschaftsministerium – hinaus, das zu tun.

Natürlich graut es den Universitäten, wenn von ihnen gefordert wird, dass sie mehr Studienplätze schaffen sollen, wenn jetzt schon drei Leute im Pathologie-Kurs ins selbe Mikroskop schauen müssen, wenn die Lehrkräfte nicht da sind und wenn die Bettenzahl – es gibt auch eine Anzahlberechnung der Studienplätze in der Klinik anhand der Betten – mit der Vorklinik nicht übereinstimmt. Das sind alles Punkte, die übergeordnet geregelt sein müssen. Dafür braucht es den politischen Willen für mehr Studienplätze.

Den gab es vor zehn Jahren nicht. Sicherlich richtig ist: Wenn wir die jetzt schaffen, ist es genauso wie mit der Landarztquote. Wir schaffen etwas, was in seinem Ergebnis erst lange Zeit später greift. Das ist natürlich, was die Studienplätze anbelangt, meines Erachtens kein Grund, dies nicht zu tun. Wir können die gleiche Frage noch einmal in zehn Jahren stellen.

Was die Weiterbildung anbelangt: Sektorenübergreifende Versorgung gibt es. Sektorenübergreifende Weiterbildung wird auch zunehmend ein Thema sein. Wir haben eine neue Weiterbildungsordnung, die im Juli in Kraft tritt und die es ermöglicht, kompetenzbasierte Weiterbildung zu machen. Da gibt es durchaus viele Möglichkeiten aus der Klinik heraus. Fast alle Kolleginnen und Kollegen fangen ihre Weiterbildung in der Klinik an. Meines Erachtens macht das auch Sinn. Wer aus diesen Bereichen heraus, aus der Klinik heraus vielleicht auch in die dort in der Nähe befindliche allgemeinärztliche Praxis hineingehen möchte, um auch dort Kompetenzen zu erwerben, kann dies tun. Dass also ein flexibler Wechsel stattfindet, das ermöglicht die neue Weiterbildungsordnung. Das haben wir mittlerweile ermöglicht.

Die Landarztquote ist aus meiner Sicht – so sage ich einmal ein bisschen überspitzt – eine kostengünstige, strafbewehrte Methode des Regulierungsinstruments. Denn es ist nicht unbedingt mit viel mehr Kosten verbunden. Da muss nicht viel auf den Weg gebracht werden, aber es wird reguliert, welcher Facharzt kommt am Ende der verfügbaren Studienplätze dabei heraus. Ich glaube, das sollte eher den Charakter einer Fördermaßnahme haben – nicht unbedingt rein monetär. Die Incentives sollten natürlich vor allem – das wurde auch angesprochen – organisatorisch durch Abbau von Bürokratie die Motivation für dieses Fach steigern. Das ist – so glaube ich – für viele ein ganz wesentlicher Punkt.

Vor einem Jahr demonstrierten die Kolleginnen und Kollegen der Charité nicht für mehr Geld – das ist mittlerweile gar nicht das Thema –, sondern für bessere Arbeitsbedingungen. Sie haben für mehr Zeit und für weniger Bürokratie gestreikt. Wie erlösend das sein kann – der Kollege sagte das schon –, dass uns der MDK nicht ständig mit Anfragen und dergleichen behelligt, wie viel Spaß der medizinische Job im Krankenhaus machen kann, wenn das – wie das derzeit glücklicherweise der Fall ist – nicht wieder so auf einen zukommt, das sehen wir jetzt. Das Gleiche gilt für die Kolleginnen und Kollegen in Niederlassungen und auch in der Allgemeinmedizin. So schätze ich das ein.

Ich bin der festen Überzeugung, dass die Attraktivität dort gesteigert wird, wo man einen guten Job machen kann, wo man sich auf die Patienten fokussiert. Die Kollegen aus meinem Bekanntenkreis, die sich niedergelassen haben, sich auch allgemeinmedizinisch niedergelassen haben, berichten eigentlich durchweg Positives. Sie definieren das anders. Die positiven Berichte liegen vor allem darin begründet, dass ihnen die Dankbarkeit der Patientinnen und Patienten, die Wertschätzung entgegengebracht werden. Die jungen Kollegen kennen es allerdings nicht anders, wissen nicht wie es vielleicht vor 15, 20 Jahren war, was die bürokratische Seite und die monetäre Seite angeht. Die älteren Kollegen fluchen teilweise zu Recht, weil sie die vergangenen Verhältnisse kennen und die jetzigen Verhältnisse sie vielleicht umso mehr belasten. Die Entwicklung des Ganzen sollte umgedreht werden, was die Bürokratie angeht.

Zur Allgemeinmedizin im Studium. Die Studierenden, die angehenden Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich Kontakt habe und darüber rede, berichten mir, dass die Wahl des Studiums, die Attraktivität eines Faches natürlich erst einmal inhaltlich definiert werden. Sie fragen sich: Passt das zu mir, was da alles möglich ist? Viele wählen natürlich ein großes Fach – Innere Medizin oder Chirurgie –, weil sie danach die Möglichkeit haben, sich divers zu spezialisieren. Erst später kommen ganz andere Fragen: Wie arbeite ich, wenn ich niedergelassen bin? Wie sieht es denn monetär aus? Diese Fragen spielen zu Anfang des Studiums überhaupt keine Rolle. Aber genau diese Fragen muss sich jemand beantworten, der sich in die Landarztquote einschreiben lassen möchte. Ich glaube wohl zu Recht, dass er das nicht in vollem Umfang tun kann.

In diesem Sinne ist mein Petitum, dass wir die Arbeitsbedingungen durch Wegnahme von nichtärztlichen Tätigkeiten, durch Wegnahme von Bürokratie steigern und dadurch die Attraktivität insgesamt.

Herr **Connemann**: Ich finde die Entwicklung der Diskussion höchst spannend und interessant. War es in der ersten Runde doch eher recht formal, geht es jetzt mehr um den Menschen und den Arzt an sich. Danke, für Ihre Hinweise, die ich gern aufgreife.

Ich möchte fokussieren und nicht polarisieren und noch einmal klar Folgendes zum Ausdruck bringen. Als ich in unserer Stellungnahme geschrieben habe, die Gesundheitsversorgung ist eine Daseinsvorsorge und eine Daseinsversorgung, dann meinte ich damit auch konkret die Basisversorgung. Ich spreche nicht von den medizinischen Leistungen, die in Fachkliniken erbracht werden oder die in anderen Fachabteilungen erbracht werden. Ich bin der festen Überzeugung, dass wir eben in der Fläche die entsprechende Gesundheitsbasisversorgung sicherzustellen haben, um angehende oder weitergehende Landflucht zu unterbinden bzw. einzudämmen.

Ich denke auch, wenn wir weiter urbanisieren und dort eine stärkere Bevölkerungsentwicklung haben, wird es zu anderen kritischen Entwicklungen kommen, die aber heute nicht auf der Tagesordnung stehen.

Also lange Rede, kurzer Sinn.

Sie, Frau Dr. Sommer, fragten konkret, wie sieht ein entsprechendes sektorenfreies Konzept aus. Es sind Grundgedanken, die wir uns dazu gemacht haben, die sich einfach bei uns aus Ihrem Gesetzentwurf ergeben haben, die aber auch damit im Zusammenhang stehen, dass wir ganz klar sehen, dass wir aufgrund unserer demografischen Entwicklung mehr Leistungsbedarfe haben werden. Wir sehen zugleich, dass wir – ich sage es jetzt einmal positiv betrachtet – die Angebotsstrukturen höchstens gleich halten können. Es führt also dazu, dass wir uns dringend und zwingend überlegen müssen, wie wir die entsprechenden Medizin- und Pflegebedarfe auch zukünftig nicht nur global, sondern auch in der Fläche sichern können. Dann kommt man zu diesen Ergebnissen – die liegen dann eigentlich auf der Hand –, dass wir uns Doppelstrukturen, Parallelstrukturen so gar nicht mehr leisten können, dass wir sicherlich auch auf Forschung und Entwicklung setzen müssen. War gestern die Telemedizin noch ein zartes Pflänzchen, das wir zu pflegen hatten, ist die Telemedizin heute nach dem Ausbruch der Pandemie schon fast Standard geworden. Videokonferenzen sind eine Selbstverständlichkeit geworden, auch Studienangebote respektive Vorlesungen. Alles mittlerweile schon fast selbstverständlich, auch wenn noch nicht im ganzen Land ausgeleuchtet.

Ich möchte gern mit Ihnen gemeinsam – das ist unser Angebot und auch unser Wunsch – über die Frage des Gesundheitswesens, insbesondere in der Gesundheitsbasisversorgung, weiter im Gespräch bleiben. Fertige Konzepte haben wir dort nicht. Wir hatten das eben an anderer Stelle gehört: Wenn man ein solches Konzept hätte, hätte man sicherlich einen festen Platz hier in diesem Haus.

Vorsitzender: Gibt es hierzu Rückfragen? – Das ist offensichtlich nicht der Fall. Dann darf ich mich bei Ihnen allen ganz herzlich für Ihre schriftlichen Stellungnahmen und Ihre mündlichen Ausführungen bedanken.

Jetzt bitte ich die Vertreterinnen und Vertreter der Gruppen 6 und 7 nach unten in den Plenarsaal. Wir beginnen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Herrn Dastych. – Bitte.

Herr **Dastych:** Herr Vorsitzender, Herr Staatsminister, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, dass ich hier für die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zu dem Gesetzentwurf Stellung nehmen kann. Wir hatten uns auch schon schriftlich geäußert. Das Resümee ist eigentlich relativ einfach: Wir befürworten eine Quote, sind aber gegen die Landarztquote. Das hört sich vielleicht im ersten Moment etwas widersprüchlich an. Ich möchte es im Einzelnen erläutern.

Tatsächlich müssen wir sehen, dass Hessen nicht allein ist in Deutschland. Wir haben eine begrenzte Anzahl von Medizinstudienplätzen. Hier folgen wir nicht der Zählweise von z. B. Herrn Professor Gerlach, der Köpfe zählt, sondern wir sehen die tatsächlich für die Patientenversorgung zur Verfügung stehende ärztliche Arbeitszeit. Die nimmt durch verschiedenste Effekte kontinuierlich ab: Mediziner, die später nicht in ihrem originären Tätigkeitsfeld tätig werden, Teilzeitanstellungen, längere Pausen in der Arbeitswelt usw., usw.

Deshalb sind wir im Endergebnis der Auffassung – da sind wir einer Meinung mit allen Kassenärztlichen Vereinigungen –, dass es mehr Medizinstudienplätze braucht. Wir ha-

ben in unserer schriftlichen Stellungnahme von einer Zahl von 1 : 6.500 geschrieben. Im europäischen Vergleich wäre das dann auch guter Standard.

Wenn man sich nur auf die Kopfzahl kapriziert, sieht man zum Beispiel nicht – den Kolleginnen und Kollegen sind wir extrem dankbar –, dass wir inzwischen in Hessen eine große Anzahl von Kolleginnen und Kollegen haben, die jenseits des 65. Lebensjahres gerade die hausärztliche Versorgung noch aufrechterhalten.

Wenn andere Bundesländer im Verhältnis zur Einwohnerzahl zum Teil auch unterdurchschnittlich viele Studienplätze anbieten, Quoten, die praktisch einen gewissen Landesprotektionismus zur Folge haben, ausloten, würde in der Konsequenz in Hessen die Zahl der Medizinstudierenden, die dann hier das Studium erfolgreich beenden, also die Approbation erhalten, für den Arbeitsmarkt von bundesweit stärkerer Bedeutung sein. Das heißt, man würde stärker auf den ärztlichen Arbeitsmarkt der hessischen Absolventen zugreifen. Das ist perspektivisch nicht günstig für die stationäre und ambulante Versorgung in Hessen. Deshalb sagen wir: Dann muss man eben gegenhalten, jedoch nicht mit einer reinen Hausarztquote.

Vor ungefähr 14 Jahren haben wir das als KV Hessen schon einmal auf der Bundesebene adressiert. Wir haben von einem drohenden Hausarztmangel gesprochen. Das wurde nicht gehört. Jetzt sehen die Zahlen in der fachärztlichen Grundversorgung, die demografischen Zahlen ähnlich kritisch aus, sodass wir sagen: Wenn eine Quote, dann bitte eine Quote für die gesamte Grundversorgung – Hausärzte, Kinderärzte und grundversorgende Fachärzte –, und dann bitte auch so praktikabel, dass sie mit den Lebensplanungen der jungen Kolleginnen und Kollegen kompatibel ist.

Es macht aus meiner Sicht nämlich einen Riesenunterschied, ob sie sich im Alter von 18, 19, 20 oder 21 Jahren – viele gehen erst noch in eine Berufsausbildung, um die Zeit zu überspringen – für das Medizinstudium entscheiden, ob sie gleichzeitig noch eine Aussage treffen sollen über die spätere Facharztweiterbildung und dann noch über eine Tätigkeit auf dem Land. Das geht zu weit. Deswegen sagen wir: Wenn, dann in Hessen eine Tätigkeit – gern auch im stationären Bereich – für – sagen wir einmal – zehn Jahre im Anschluss an das Studium – das scheint uns praktikabel zu sein – und dann in einer der grundversorgenden Disziplinen. Damit wäre langfristig eine entsprechende Sicherung oder eine Teilsicherung möglich. Dass das aber nur ein Baustein sein kann, das ist mehrfach erwähnt worden. So sehen wir das auch.

Wir brauchen auch kurz- und mittelfristig zusätzliche Maßnahmen, auf die ich hier jetzt so im Detail nicht eingegangen bin. Viele führen wir auch schon in Kooperation mit den Lehrstühlen für Allgemeinmedizin durch.

Frau **Ackermann**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrter Herr Staatsminister, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete und verbliebene Besucher! Vielen Dank, dass wir die Chance haben, uns hier kurz zu äußern. Ich leite den Verband der Ersatzkassen in Hessen, damit die größte Kassenart in Hessen mit knapp 50 %, spreche hier aber für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung. Herr Lamm, der Vorstandsvorsitzende der AOK Hessen, ist heute nicht hier, war aber angemeldet. Denken Sie sich ihn sozusagen neben mir.

Ich möchte es auch mit Blick auf die Zeit auf der Metaebene belassen. Sie haben die Stellungnahme der GKV gelesen. Natürlich – da sehe ich mich auch nicht im Widerspruch zu Vorrednern – begrüßen wir ganz grundsätzlich die Stärkung der hausärztlichen

Versorgung, weil wir da vor allem in der Zukunft, was zum Teil falsche Allokation anbe­trifft – auch das haben Vorredner schon gesagt –, durchaus Probleme sehen, die gute Versorgung – wir sehen sie immer noch als gut bis sehr gut an – aufrechtzuerhalten. Wir glauben, dass da viele Wege genutzt werden müssen, weil es so schwer ist, ans Ziel zu kommen. So will ich es einmal sagen. Auch das haben alle Vorredner auch schon sehr eindrücklich geschildert.

Wir können nicht einschätzen, ob jetzt der Gesetzentwurf von Ihnen, Frau Dr. Sommer, allein die Lösung zum Ziel ist, aber wir finden es jedenfalls überdenkenswert, es zu versu­chen und hier den Zugang für hausärztlich interessierte Studierende zu schärfen und durchaus – wenn das auch widersprüchlich diskutiert wurde – darüber hinaus auch über ein Aufstocken der Zahl der Studienplätze nachzudenken. Grundsätzlich finden wir das alles sinnvoll.

Sie gestatten mir einen kleinen Hinweis im Detail. Es gibt einen Passus, mit dem wir nicht ganz glücklich sind: Zulassungsvoraussetzungen bei besonderem öffentlichen Bedarf. Bei der Feststellung eines solchen Bedarfs durch das Land Hessen wird hier geregelt, dass die KV Hessen entsprechend tätig werden kann. Das ist gut und richtig, aber unse­res Erachtens nicht vollständig, weil wir mit dem Landesausschuss der Ärzte und Kran­kenkassen schon ein etabliertes Gremium haben. Wir sind der Meinung, dass das zu­ammen geschehen sollte. Ich vermute Sie, Herr Dastych, fänden das jetzt auch nicht ganz dramatisch.

(Herr Dastych: Ich denke mal darüber nach!)

– In Ordnung.

Dabei will ich es belassen.

Herr **Löffler**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete, sehr geehrte Damen und Herren! Ich bin als Bundeskoordinator für medizinische Ausbildung Teil des erweiterten Vorstandes der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMD). Wir sind die legitimierte Interessenvertretung aller knapp 100.000 Medizinstudie­renden in Deutschland.

Wir möchten an dieser Stelle auch betonen, wie sehr wir es begrüßen, dass sich die Poli­tik mit der ländlichen medizinischen Versorgung in den nächsten Jahren beschäftigt. Auch uns beschäftigt dies natürlich sehr, weil wir irgendwann – ich wahrscheinlich so in sechs, sieben Jahren, andere in zehn Jahren, einige vielleicht schon in zwei Jahren – in die Versorgung einsteigen werden. Um unsere Zukunft geht es und um das Gesund­heitssystem, in dem wir später einmal arbeiten möchten.

Wir möchten aber auch davor warnen, jetzt die Zulassung zum Medizinstudium mit der Versorgungspolitik zu vermischen. Die Zulassung zum Medizinstudium hat letztlich – das wurde jetzt durch das Verfassungsgericht in die Wege geleitet –, das Ziel, gute Ärztinnen und Ärzte auszubilden. Die Frage ist natürlich: Was sind gute Ärztinnen und Ärzte? Das kann man noch nicht quantifizieren und irgendwie messbar machen. Das wird in meh­reren Studien im Studierendenauswahl-Verbund versucht. Letztlich ist man sich gerade sicher, dass gute Ärzte solche sind, die das Studium gut absolvieren können. Das heißt: Das Auswahlverfahren läuft darauf hinaus, ob das Studium gut absolviert werden kann. Da hat ein Wille oder ein vermeintlicher Wille, auf dem Land zu arbeiten, oder gar die Herkunft, woher man kommt, dass man aus einem ländlichen Bereich kommt, nicht un-

bedingt Aussagekraft darüber, ob man dieses Studium gut oder schlecht oder wie auch immer abschließen wird.

Dazu – wie es jetzt in diesem Gesetzentwurf steht – sind Auswahlgespräche gefordert. Diese Auswahlgespräche dauern strukturiert fünf bis zehn Minuten, vielleicht 15 Minuten. In diesen fünf bis 15 Minuten kann eine Bewerberin, ein Bewerber alles Mögliche erzählen. Da ist noch keine wirkliche Motivation erkennbar. Davor möchten wir warnen und darauf hinweisen, dass Auswahlgespräche kein wirklich gutes Kriterium zur Auswahl darstellen.

Wenn nach dem Berufsmonitoring 2018, das wir unter 14.000 Medizinstudierenden durchgeführt haben, 42 % gesagt haben, dass sie sich eine Tätigkeit auf dem Land vorstellen können – das sind Leute, die jetzt schon Medizin studieren –, ist jetzt die Frage: Warum gehen diese Leute nicht aufs Land? Das wurde durch meine Vorredner schon besprochen. Es geht dort vor allem um Karrieremöglichkeiten, es geht um Kinderbetreuung, es geht um Infrastruktur. Alle diese Probleme sind da. Die lösen wir nicht durch eine Landarztquote. Denn diese Probleme bleiben dann einfach bestehen.

Gleichzeitig verstärkt die Landarztquote natürlich auch dieses negative Bild, das schon in den letzten Jahren durch die Lehre, durch die Presse, durch andere Maßnahmen gezeichnet wurde. Durch eine Quote, die besagt, dass die Versorgung auf dem Land nur noch durch Zwang aufrechterhalten werden kann, wird diesem Bild nur noch mehr Rechnung getragen, und das Bild wird weiterhin negativ geprägt. Davon sollten wir auf jeden Fall Abstand nehmen.

Gleichzeitig adressiert diese Quote Menschen in sehr jungen Jahren. Meist sind es Schulabgänger – diese Quote, wie sie jetzt vorgeschlagen worden ist, bevorteilt auch solche, die schon eine Ausbildung abgeschlossen haben –, die in der Findung der Fachrichtung und überhaupt letztlich des Ausbildungsortes und des Ausübungsortes des ärztlichen Berufs noch nicht gefestigt sind. Ich selbst habe zunächst eine Ausbildung absolviert und noch ein Jahr gearbeitet. Ich bin mittlerweile 28 Jahre alt. Ich habe mit 26 Jahren mein Studium angefangen. Ich dachte damals: Alles klar, ich werde Kinder- und Jugendpsychiater. Dann habe ich gearbeitet. Das fand ich super. Jetzt bin ich im siebten Semester und bin mir überhaupt nicht mehr sicher bzw. tendiere sogar schon in Richtung Allgemeinmedizin, weil ich durch gute Mentoren dorthin gelenkt wurde. Also, ich habe schon eine wissenschaftliche Arbeit in der Allgemeinmedizin gemacht. Solche Programme sollten jedenfalls weiter gefördert werden: Mentoring-Programme.

Die Allgemeinmedizin – gerade im ländlichen Bereich – muss in Lehre und Forschung sowie in der Versorgung einfach attraktiver werden, damit wir jungen Menschen uns wirklich dafür entscheiden, uns langfristig dafür entscheiden, aufs Land zu gehen, dort wirklich sein möchten – eben auch langfristig. Denn die Landkreise haben letztlich – ganz ehrlich – wirklich motivierte und langfristig engagierte Ärztinnen und Ärzte verdient und niemanden, der dort für zehn Jahre seine Zeit absitzen wird.

Frau **Lindemann**: Sehr geehrte Damen und Herren! Mein Name ist Anne Lindemann. Ich bin hier als Fachschaftsärztin der Fachschaft Medizin der Uni Gießen. Zusammen mit mir ist Herr Rudolph hier.

Wie vorhin schon angesprochen wurde, wollen Sie eine Lösung in der Frage: Wie bekommen wir mehr Medizinstudierende nach ihrem Abschluss aufs Land? Unsere klare Antwort darauf ist: Auf jeden Fall nicht mit dieser Landarztquote. Denn wir finden, dass

diese Quote zur falschen Zeit die falschen Studierenden oder die noch nicht Studierenden adressiert.

Bevor man sein Studium antritt, hat man noch gar keine Ahnung – das galt auch für mich selbst –, in welche Richtung man später möchte. Deswegen fragen wir uns auch: Wie wollen Sie die intrinsische Motivation messen, wirklich Landarzt zu werden? Woran machen Sie das fest?

Wie auch Herr Löffler schon sagte, im Auswahlgespräch können die Studieninteressierten irgendetwas erzählen. Daran die intrinsische Motivation zu messen, halten wir für sehr kritisch. Daher sehen wir den Gesetzgeber in der Pflicht, Anreize zu schaffen, statt den Studierenden eine Verpflichtung gegenüberzustellen. Wir befürworten eben nachhaltige und langfristige Anreize, aber auch Ansätze, wie sie auch schon von Herrn Professor Gerlach oder von Herrn Professor Weidner vorgeschlagen wurden, eben in solche Schwerpunktcurricula zu investieren und da die Studierenden während des Studiums abzuholen und mit einem guten Mentoring-Programm genau dahin zu bringen.

Herr **Rudolph**: Ich schließe mich erst einmal meinem studentischen Vorredner und meiner studentischen Vorrednerin uneingeschränkt an. Kurz zu mir, ich bin inzwischen im zehnten Semester und arbeite seit vielen Jahren bei uns im Gießener Programm der Studieneinführungswoche, d. h., ich kenne seit vielen Jahren die Studienanfängerinnen und -anfänger im Fach Medizin, speziell am Standort Gießen. Ich kann aus dieser Erfahrung berichten, dass die allermeisten dieser Studienanfänger eben nicht sagen können, welchen Facharzt sie machen möchten. Klar ist, dass sie Ärztin oder Arzt werden wollen. Das steht. Aber das Fach ist unfassbar breit. Es gibt unfassbar viele Fachrichtungen. Man muss nicht mehr unbedingt ärztlich tätig sein, man kann in die Politik gehen, in die Pharmaindustrie, in sämtliche Kontrollbehörden der Krankenkassen. Also der Weg ist extrem breit.

Das führt mich zu zwei Schlussfolgerungen. Zum einen, dass es nicht zielführend ist, junge Menschen, bevor sie ihr Studium anfangen, gesetzlich verpflichtet zu wollen, einen gewissen Facharzt anzustreben. Zum anderen sehe ich darin aber auch eine enorme Chance; denn wenn die Leute nicht festgefahren sind in dem, welchen Facharzt sie machen wollen, bietet das Studium über die Schwerpunktcurricula Möglichkeiten – vielfache Lösungsvorschläge wurden angesprochen –, den Beruf attraktiv zu machen und sie in ihrem Berufswunsch dafür zu generieren, aufs Land zu gehen und dort die Basisversorgung unserer Bevölkerung sicherzustellen.

Herr **Weimann**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender Promny, Herr Staatsminister Klose, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank, dass auch der Sozialverband VdK mit seinen 280.000 Mitgliedern in Hessen und Thüringen, Gelegenheit hat, zu diesem weitreichenden Gesetzentwurf Stellung zu nehmen. Ich habe die Zahl ganz bewusst genannt, weil ich damit anfangen möchte, dass wir vom Menschen ausgehen müssen. Medizin hat zwei Partner: den Patienten und den Arzt. Das muss zusammenpassen. Aus diesem Grund bin ich froh, dass ich heute dieser Anhörung eine längere Zeit folgen durfte. In dieser Zeit hat meine Tochter mündliches Abitur gemacht.

(Zuruf: Sehr gut!)

– Einen Teil. Morgen muss sie noch einmal ran. Sie hat es schwerer gehabt als ich. Ich durfte nur zuhören.

Von daher darf ich vielleicht an das anknüpfen, was ich eben gesagt habe, und auch nach hinten schauen. Man muss, wenn man das Medizinstudium aufnimmt, wissen, dass man auf eine wahnsinnig lange, jahrhundertelange, jahrtausendelange Tradition zurückblickt – bis hin zum Namensgeber des Eides. Der hat klar und deutlich gesagt: Ich bin als Mediziner für den Patienten da.

Insofern begrüßen wir den Ansatz des Gesetzentwurfs, und ich begrüße auch die entsprechende Darlegung im Koalitionsvertrag zwischen den die Regierung tragenden Parteien und ebenfalls die Aussagen, die heute im Hinblick darauf gefallen sind, dass man im Blick auf den Patienten im ländlichen Raum einen Weg findet als Möglichkeit, als Angebot, in diese Richtung zu gehen.

Ich betone es: Es ist kein Zwang. Das ist ein Angebot. Ich sage als Jurist, das ist eine vertragliche Regelung. Man kann sich dafür entscheiden oder nicht. Es gibt Leute in anderen Berufen, die Ähnliches auch am Anfang des Studiums entscheiden müssen. Bei den Wirtschaftswissenschaften, bei den Juristen ist es so, dass man durchaus von Unternehmen Angebote bekommt, ehe man ins Studium eintritt oder in den ersten zwei, drei Semestern. Das ist nichts Schlechtes. Von daher gesehen, als Angebot ist das ein richtiger Ansatz.

Zum ländlichen Raum ist vieles gesagt worden. Wir haben ein Problem, und das ist ein strukturelles Problem. Dieses strukturelle Problem ist ganz einfach festzumachen an der Infrastruktur im sozialen Bereich. Das wurde von den Kommunalpolitikern heute schon gesagt. Wir sind froh darüber, dass sich der Landkreistag, aber auch der Vertreter aus der Kommunalpolitik eindeutig positioniert haben. Genau das ist der Weg. Wir müssen diesen Weg gehen als Angebot. Wir müssen auch sehen, dass wir versuchen müssen, den Menschen vor Ort die Möglichkeit zu geben – auch in der jetzigen Krise zeigt sich das –, regelmäßig face to face zu ihren Ärzten zu gehen.

Mag sein, dass in der Zukunft die neuen Methoden, die wir jetzt über Video- und Telefonkonferenzen auch im medizinischen Bereich einsetzen, mit einem Einfluss haben werden. Aber es wird nicht der prägende Einfluss sein. Medizin ist geprägt durch den Menschen zu dem Menschen. Die Landarztquote, die in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Bayern schon verabschiedet wurde – wir haben uns im Rahmen unseres Verbandes schlaugemacht –, klappt hervorragend.

An dieser Stelle möchte ich zum Schluss noch eines sagen. Der Einser-Abiturient ist nicht unbedingt der beste Arzt, aber derjenige, der fachliche Voraussetzungen im Rahmen eines Gespräches erfüllt, der kann durchaus auch mit Berufserfahrungen ein Superarzt sein. Darüber sollten wir auch wieder einmal innovativ im Gesetzgebungsverfahren neu nachdenken. Wir würden uns außerordentlich freuen, wenn wir dann eine aus diesem Landtag herauskommende einheitliche Regelung bekämen, die dieses Ziel erreicht.

Wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme nur ein paar Kleinigkeiten untergebracht, wie z. B. die wirtschaftliche Situation bei der Verordnung von Arzneimitteln. Ich bitte, das ernst zu nehmen. Das ist natürlich abschreckend, wenn ein Arzt auf dem Land tätig ist, er sein Budget hat und dann nach Ausschöpfung des Budgets keine Arzneimittel mehr verschreiben kann. Dann hat er auch keine Einnahmen mehr. Das sind Themen, die wir rahmenbegleitend auch mit diskutieren müssen.

Ansonsten verweise ich auf unsere schriftlichen Ausführungen und bedanke mich noch einmal ganz herzlich dafür, dass ich hier vortragen durfte.

Vorsitzender: Gibt es Rückfragen? – Kollegin Dr. Sommer und Kollege Dr. Bartelt haben sich schon gemeldet. – Bitte.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Vielen Dank für die Stellungnahmen. Ich habe zunächst eine Rückfrage an Frau Lindemann. Sie haben gesagt: Es braucht mehr Anreize. Sie sind dann noch einmal auf die Schwerpunktcurricula innerhalb des Studiums eingegangen. Was bräuchte die Allgemeinmedizin innerhalb des Studiums noch, damit sie attraktiver wird – neben diesen Tracks, die jetzt geplant sind –, und was bräuchten Sie, um tatsächlich zu sagen, dass sie den Schritt machen und niederlassen? Das wäre das eine: Wie sieht es mit den Anreizen aus?

Wir haben schon viele Anreizmodelle der KV zur Niederlassungsförderung. Deswegen die Frage an Herrn Dastych: Inwiefern werden die genutzt?

In den vergangenen Runden sind immer wieder die Unter- und Überversorgung, die Fehlverteilung von Ärztinnen und Ärzten und Kassensitzen angesprochen worden. Deswegen da noch einmal an Sie, Herr Dastych, die Rückfrage, wie Sie das einordnen und einschätzen. Könnte die KV da etwas anders machen? Wie sieht es mit der Bedarfsplanung aus? Ich weiß, das liegt auf Bundesebene und beim GBA, nicht bei Ihnen. Trotzdem wäre es vielleicht sinnvoll, wenn wir beispielsweise Wiesbaden angucken. Eben war auch der Taunus angesprochen worden. Dank Ihrer Analysen „Fokus Gesundheit“ wissen wir, dass wir im Stadtteil Sonnenberg eine Versorgung von 170 % haben und in Breckenheim von 0 %. In Wiesbaden gibt es aber noch einen Stadtteil, in dem keine Hausärzte niedergelassen sind. Ich weiß nicht mehr, wie der Ortsteil heißt, aber vielleicht kann uns das Herr Dastych sagen.

(Zuruf)

– Nein, Schierstein ist es nicht.

(Herr Dastych: Ich bin Waldecker!)

– Ja, ich weiß, Sie sind auch Waldecker. Aber hier in Wiesbaden gibt es einen Stadtteil, in dem keine Hausärzte niedergelassen sind, weil dort nicht die Versicherten zu finden sind, die vielleicht das Ganze attraktiver machen würden.

Also von daher noch einmal die Frage an Sie, Herr Dastych: Wie sehen Sie das mit der Unter- und der Überversorgung, der Bedarfsplanung? Gibt es hier eine Fehlverteilung, und, wenn ja, wie kann man da gegensteuern?

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Es zeichnet sich eine Mehrheit für die Einführung einer Landarztquote ab. Auch von den Regierungsfractionen, von der Regierung wird es noch einen Gesetzentwurf zur Landarztquote geben. Aber das Ganze kann natürlich nur erfolgreich umgesetzt werden, wenn ein Konsens oder wenigstens ein Kompromiss mit den Beteiligten und an erster Stelle den niedergelassenen Ärzten, der Kassenärztlichen Vereinigung und nicht zuletzt mit den Studierenden in einem Diskussionsprozess hergestellt werden kann.

Deshalb meine Fragen. Zunächst an Sie, lieber Herr Dastych. Habe ich Sie richtig verstanden? Sie haben gesagt, Sie sind schon für eine Quotierung, aber nicht für eine enge Landarztquote. Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie gesagt haben, Sie könnten

damit leben, wenn nicht nur die Allgemeinmediziner, sondern auch – jetzt habe ich es nicht ganz verstanden – alle Fachärzte oder nur die an der Grundversorgung beteiligten Fachärzte, also die Kinderärzte und die Gynäkologen, mit einbezogen würden? Wenn Sie das vielleicht noch einmal präzisieren würden, damit wir Sie auch richtig verstanden haben und Ihr Petition dann auch in die weitere Diskussion mit einbeziehen können.

An die Vertreterin und die Vertreter der Studierenden zunächst einmal einen herzlichen Dank dafür, dass Sie sich an der Diskussion beteiligen und dass Sie auch Verständnis für unser Grundproblem haben, dass wir Rahmenbedingungen schaffen müssen, um die Versorgung im ländlichen Raum sicherzustellen. Sie haben sich sehr kritisch mit der Landarztquote auseinandergesetzt. Nun haben wir in der Vergangenheit schon über Jahre sehr viele Maßnahmen getroffen – Stipendien der Famulatur, Weiterbildungsverbände zum Facharzt. Einige Länder haben auch Stipendien in der Endphase des Studiums ausgelobt, wenn man sich dann auf dem Land niederlässt. Das wissen Sie alles. Die Erfolgsquote war – sagen wir einmal – überschaubar. Also, wir haben das politische Ziel nicht erreicht.

Wir wollen durchaus zusätzliche Maßnahmen ergreifen. Wir sehen in einer Landarztquote nicht das Allheilmittel, das das Problem vollständig mit einem Schlag löst. Wo sehen Sie aus Ihrer Sicht als Studierende zusätzliche Incentives, die dazu führen könnten, dass sich ein Teil der Studierenden auf dem Land niederlässt? In welcher Phase des Studiums sollte man entsprechende Anreize setzen, und inwieweit sollte man den Bereich Allgemeinmedizin im Medizinstudium noch ausweiten, interessanter machen?

Ich habe vor langer Zeit auch einmal Medizin studiert. Da gab es noch gar keinen Bereich Allgemeinmedizin während des Studiums. Das hat sich entwickelt. Wie kann man es noch besser machen? Wie sehen Sie das?

Abg. **Christiane Böhm:** Danke schön für die Stellungnahmen. Herr Dr. Bartelt, ich kann wieder bei Ihnen anknüpfen. Meine Frage geht auch an die Vertretungen der Medizinstudierenden. Herr Dr. Bartelt hat gefragt, in welcher Phase eine Unterstützung notwendig wäre. Meine Richtung geht jetzt so ein bisschen mehr dahin: Wie muss denn die Phase aussehen, wenn es tatsächlich in Richtung der Niederlassung geht?

Sie haben etwas von interdisziplinären Gesundheitszentren geschrieben. Sie haben aber auch etwas von der Vermittlung von Niederlassungsskills geschrieben. Vielleicht können Sie erläutern, was Sie sich darunter vorstellen und wie die Diskussion bei Ihnen verläuft. Welcher Anteil der Studierenden sagt: Na ja, unter den und den Bedingungen – den Bedingungen, die wir vorher schon in einer Runde besprochen haben – kann ich dort angestellt tätig sein bzw. wäre die Niederlassung für mich einfacher? Spielt da eher die Frage der beruflichen Perspektive eine Rolle, oder ist das wirklich im Studium das Hauptthema? Welche Gewichtung haben die beiden Maßnahmen?

Meine Frage geht an den VdK und an die KV Hessen. Da geht es auch um die Verteilung von Arztsitzen. Frau Dr. Sommer hat dazu schon etwas gesagt. Ich komme auch aus einem fast ländlichen Bereich. Wir haben da große Probleme. Da war die KV Hessen durchaus flexibel, und hat gesagt: Okay, wir müssen dafür sorgen, dass sich die Ärzte nicht nur im städtischen Bereich niederlassen, sondern dass sie dann tatsächlich auf dem Land sind. – Aber die Möglichkeiten der KV sind durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschränkt.

Was wäre denn eigentlich aus Ihrer Sicht notwendig? Wäre es notwendig, gerade für die hausärztliche Versorgung – aber ich meine damit nicht nur die Allgemeinmediziner; mein Begriff von Hausärzten hat sich heute erweitert – noch kleinräumiger zu denken, oder müssen wir bei der Zulassung flexibler sein, und sagen: Okay, wir wissen, in dem und dem Ort gibt es schon so viele Probleme und solch einen großen Mangel an ärztlicher Versorgung, dass wir der Ärztin, dem Arzt sagen, dass sie sich jetzt statt in Darmstadt z. B. in Gernsheim niederlassen muss – 15 km entfernt, aber leider schlecht angebunden? Das ist dann natürlich eine Aufgabe für die Kommunalpolitik.

Dazu hätte ich von Ihnen gern noch einmal einen Hinweis sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten wie aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte, in der Richtung weiterzudenken, weil ich meine, wir wollen heute ja ein bisschen ganzheitlicher denken. Es ist eine wichtige Herangehensweise, nicht immer auf einen Punkt zu gucken.

Abg. **Max Schad:** Ich habe noch eine Frage an Frau Ackermann. Wir hatten in den Stellungnahmen in der letzten Runde – insbesondere von den Vertretungen der Ärzteschaft – schon etwas über die Fehlallokation bei der Ärzteverteilung gehört. Jetzt würde mich einmal Ihre Einschätzung interessieren. Sie haben Fehlallokation, schlechte oder defizitäre Verteilung, angedeutet. Wie sehen sie das aus Ihrem Blickwinkel? Deckt sich das mit dem, was die Ärzteschaft gesagt hat?

Dann habe ich noch eine Frage an die Studierendenschaft. Frau Kollegin Sommer und Herr Dr. Bartelt haben eben schon über bestehende Anreizsysteme referiert, die ganz offensichtlich nicht immer zu dem Ziel geführt haben, zu dem wir kommen wollen. Wird denn bei Ihnen in der Studierendenschaft auch darüber gesprochen oder darüber nachgedacht, dass das Medizinstudium letztlich mit das teuerste Studium ist, das die Allgemeinheit finanziert, dass wir alle es gewissermaßen auch mit der Erwartung, mit der Notwendigkeit finanzieren, einen Versorgungsauftrag über das ganze Land hinweg zu erfüllen, dass wir als Politik, die steuert, auch darauf angewiesen sind, dass am Ende – allen Anreizstrukturen zum Trotz – überall jemand ist? Wird das bei Ihnen eigentlich auch gesehen, dass dieses Studium gewissermaßen eine Besonderheit ist und dass damit auch besondere Anforderungen an Einzelpersonen gestellt werden können?

Vorsitzender: Gibt es weitere Rückfragen? – Das scheint aktuell nicht der Fall zu sein. Dann kommen wir jetzt zu den Antworten.

Weil alle Institutionen angesprochen worden sind, schlage ich vor, dass wir im Verfahren wieder in der Reihenfolge der Statements vorgehen. Damit beginnen wir mit Herrn Dastych. – Bitte.

Herr **Dastych:** Ja, Frankenbergerin und Waldecker. Wir wissen um das Problem der ländlichen Versorgung. Vielen Dank, dass Sie im positiven Sinne unsere Sicherstellungsrichtlinie erwähnt haben, eine Sicherstellungsrichtlinie, die ein sehr breites Potpourri an Maßnahmen enthält, die bereits bei unseren jungen, angehenden Kolleginnen und Kollegen mit unserer Summer- & Winterschool anfangen. Wir gehen auch auf die Campi, wir informieren. Wir versuchen, nicht nur für die Allgemeinmedizin, sondern eigentlich für alle Fachdisziplinen – ich sage das auch im Vorgriff auf die Antwort auf die Frage von Herrn Dr. Bartelt – die Niederlassung als solche viel stärker in den Fokus zu rücken, weil wir da nach wie vor in der universitären Ausbildung ein erhebliches Defizit sehen. Es ist richtig – dem Kollegen Bodammer kann man da durchaus zupflichten –, dass es Sinn macht, die

Facharztausbildung oder die postgraduierte Weiterbildung eines Mediziners im Krankenhaus zu beginnen. Aber langfristig bietet die Niederlassung eigentlich in allen Fachdisziplinen so viel attraktives Arbeitsumfeld, solche Herausforderungen, dass sie aus unserer Sicht absolut gleichwertig sind. Das versuchen wir möglichst früh an die Medizinstudierenden heranzutragen. Zum späteren Zeitpunkt versuchen wir, sie bei der Facharztweiterbildung zu begleiten. Wir haben dafür eine eigene kleine medizinische Akademie. Wir wissen aus Umfragen, z. B. der apoBank, dass gewisse Dinge mit gewissen Angstmomenten besetzt sind. Denn aus der Situation im Krankenhaus heraus bin ich in einer Anstellung. Jetzt komme ich plötzlich in eine Selbstständigkeit. Ich habe eine eigene Praxis. Ich habe betriebswirtschaftliche Verantwortung. Ich bin plötzlich Arbeitgeber. Das ist in vielen Fällen mit Unsicherheiten, zum Teil mit Ängsten besetzt. Das versuchen wir in Wochenendkursen, in zusätzlichen individuellen Beratungen usw. aufzulösen.

Aber – wie der Kollege Beck, der Vorsitzende des Hausärzteverbandes, es schon gesagt hat – es fehlen einfach die Allgemeinmediziner, die sich niederlassen könnten. Es ist eine Niederlassungsförderung. Ich denke, mit dem, was wir in Hessen machen, können wir uns auch sehen lassen. Das geht bis zu 50.000 € gerade in strukturschwachen Regionen. Das wird auch angenommen. Jeder, der sich in Hessen als Allgemeinmediziner in einer strukturschwachen Region niederlassen möchte, kann das tun und wird auch gefördert. Diese Sicherstellungsrichtlinie ist – sie ist auch zusammen mit unserer Selbstverwaltung erarbeitet worden – inzwischen auch von mehreren KVs quasi eins zu eins kopiert worden. Das kann ich mit einem gewissen Stolz sagen.

Irgendwann haben wir dann gesagt, die Förderung reicht. Es gibt andere KVs – das weiß ich – wie Bayern und Sachsen, die in einer Größenordnung von 10.000 €, 20.000 €, 25.000 € darüber hinausgehen. Dabei sagen wir immer, es ist ein Startkapital, es ist eine Starthilfe. Da sind aus unserer Sicht 50.000 € ausreichend. Ansonsten sind – so glaube ich – gerade in der Allgemeinmedizin die Erlösbedingungen in der Niederlassung so gut, dass man davon perspektivisch sehr gut leben kann. Insofern muss man das auch ein bisschen umgeschichtet sehen.

Das führt eigentlich auch zur Antwort auf die Frage von Frau Böhm, auf die ich nachher eingehen werde: Welche Möglichkeiten der Steuerung hat man? Von der Seite her glaube ich, dass Hessen mit der Sicherstellungsrichtlinie – die, wie gesagt auch in Anspruch genommen wird – kein schlechter Standort ist, um sich niederzulassen – gerade auf dem Land. Es fehlen einfach an vielen Stellen die „Doktors“. Das ist das, was Herr Beck vorhin auch gesagt hat, wozu ich ihm praktisch eine Antwort schuldig bin. Wir haben inzwischen 400 offene Hausarztstühle in Hessen, und zwei Drittel der Mittelbereiche sind bereits geöffnet.

Herr Vorsitzender, gestatten Sie mir, dass ich die Antwort auf eine Frage von Frau Böhm vorwegnehme: Insofern hilft uns da auch keine kleinteiligere Bedarfsplanung mehr, wenn eh schon zwei Drittel der Bezirke geöffnet sind. Wenn Sie die noch einmal unterteilen würden, hätten Sie aus einem geöffneten Bezirk zwei.

Spannend ist die Diskussion dann, wenn Sie das auf Großstädte wie Frankfurt, Wiesbaden, aber auch auf Darmstadt, Offenbach usw. herunterbrechen. Da gibt es dann schon spannende Effekte, die aber auch zum Teil – darauf gehe ich vielleicht nachher noch ein – konterkarierend sind.

Frau **Ackermann**: Ich bin gebeten worden, meine, unsere Einschätzung zu dem Stichwort Fehlallokation, das ich vorhin eingebracht hatte, zu geben. Vielleicht ganz kurz zur

Einordnung. Sie wissen sicherlich, dass die gemeinsame Selbstverwaltung die Bedarfsplanung macht. Eine gemeinsame Selbstverwaltung ist natürlich die KV Hessen, aber sind auch die gesetzlichen Krankenkassen. Ich meine, wenn ich „gemeinsam“ sage, auch wirklich gemeinsam, weil das eine gute Zusammenarbeit an der Stelle ist.

Das, was wir feststellen – Herr Dastych hat einen Teil geschildert –, ist, dass wir in Hessen – da ist Hessen keine Insel – durchaus geöffnete Arztsitze haben, dass wir allerdings in wenigen Bereichen auch drohende Unterversorgung haben. Auf der anderen Seite – das ist von Ihnen auch angesprochen worden – haben wir gerade in den Ballungsräumen Bezirke, die extrem überversorgt sind. Das ist sozusagen genau das Spannungsfeld, in dem wir uns bewegen, und zwar gemeinsam bewegen. An der Stelle gibt es Vorgaben, die uns auf Bundesebene mitgegeben werden, die nicht alle Probleme lösen. Und was machen wir hier?

Die Geschäftsstelle des Landesausschusses, die bei der KV Hessen angesiedelt ist – das wird Herr Dastych sicher bestätigen – macht hier durchaus sehr gute Vorschläge dazu, wie man von diesen Verhältniszahlen auch abweichen kann, und zwar in beide Richtungen. Also wir haben durchaus eine Anzahl von Kreisen, in denen wir abgewichen sind, weil wir gesagt haben, da ist mehr Versorgung nötig, als die Verhältniszahlen das abbilden.

Es gibt aber genauso auch das Gegenteil, wo einfach die Infrastruktur, die Sozialstruktur, die Einkommensstruktur vor Ort so aussehen, dass man einen hohen PKV-Anteil hat und insofern auch nach unten abweichen kann. Da wird also schon eine Menge getan. Ich glaube auch, dass wir das weiter intensivieren werden.

Unter dem Strich sind wir in Hessen – so glaube ich – immer noch gut versorgt, aber wir müssen dranbleiben – das ist auch schon gesagt worden –, weil wir unter anderem auch das Thema haben, dass die Ärztinnen und Ärzte im Schnitt älter werden. Da bewegen sie sich parallel zur Bevölkerung, die auch älter wird. Da braucht es eben auch mittel- und langfristig eine Versorgung.

Das, was wir auch tun, würde ich gern noch einmal ganz schnell ausführen. Herr Dastych hat die Sicherstellungsrichtlinie der KV Hessen angesprochen. Es gibt den hessischen Pakt. Der ist bereits von Vorrednern angeführt worden. Auch bei dem ist die gesetzliche Krankenversicherung in Hessen von Beginn an mit dabei, und wir haben von Beginn an die Ansiedlung von niedergelassenen Ärzten gemeinsam gefördert und tun das – soweit wir das wissen – auch nach wie vor, Herr Dastych, über den Sicherstellungszuschlag, den die KV verwaltet, aber auch mit Geldern der GKV, und wir fördern auch die Zentren für Allgemeinmedizin. Also da tut sozusagen der andere Teil der gemeinsamen Selbstverwaltung auch einiges. Aber es reicht immer noch nicht. Wir müssen dranbleiben.

Vorsitzender: Ich hatte Herrn Dastych vorhin in seiner Erwiderung abgewürgt. Das war nicht meine Intention. Sie möchten noch zu zwei oder drei Punkten Stellung nehmen.

(Herr Dastych: Ja, bitte!)

– Bitte.

Herr **Dastych**: Weil alles zusammenhängt, gestatten Sie mir, dass ich noch die Fragen des Abg. Dr. Ralf-Norbert Bartelt und der Abg. Christiane Böhm beantworte. Das ist nicht ganz einfach; denn das könnte man jetzt sehr weit ausführen, und dann säßen wir noch morgen hier. Ich versuche aber, es so knapp wie möglich zu tun. Herr Dr. Bartelt, persönlich bin ich gegen die Quote. Aber man wird auch im Verhältnis zu den anderen Bundesländern um eine Quote nicht herumkommen. Dann muss man einfach die Versorgung sehen. Tatsächlich müssen wir über neue Versorgungsmodelle nachdenken. Die KV hat einmal eine Versorgungsanalyse gemacht – ich hatte sie, glaube ich, auch einmal in Ihrer Fraktion vorgestellt –, die sehr schön die ambulante und stationäre Versorgung zeigt – auch wenn Herr Dr. Höftberger im Moment alle Krankenhäuser ambulant öffnet. Das ist aber kein Problem. Das kriegen wir schon hin.

Sie können letztlich kein Krankenhaus, in dem Sie keine Dermatologie haben, für die ambulante dermatologische Versorgung öffnen. Wenn Sie sich das in Hessen z. B. in unserem wunderschönen Waldeck-Frankenberg – das war der touristische Werbeblock, Frau Ravensburg – anschauen, werden Sie feststellen, dass Sie gerade in den ländlichen Regionen – ich habe das Gefühl, da stehen Sie alle zusammen; für diese Regionen wollen Sie die ärztliche Versorgung verbessern – um die ambulante fachärztliche Versorgung nicht herumkommen: Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde und dann – das ist das, was als GOUDAH bekannt ist – Gynäkologie, Orthopädie, Urologie, Dermatologie, Augenheilkunde. Das „H“ ist dann die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die dazugehört.

Ich rede nicht über die Humangenetik, ich rede nicht über die Endokrinologie. Da haben wir ganz andere Verhältniszahlen, was Patienten, Ärzte usw. angeht.

Dies würde ich gern mit in der Quote sehen, und ich würde mich auch freuen, wenn man ambulante Versorgung auf dem Land stärkt, dass man, wenn man das schon mit einem Zeitfaktor hinterlegt, auch das, wenn jemand eine Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner angeht und er schon drei oder vier Jahre in einer ländlichen Praxis verbringt, darauf anrechnet. Denn sonst wird der Zeitraum unendlich.

Jetzt zum Thema – Frau Böhm, das ist eine ganz tolle Frage; vielen Dank für die Frage –: Fehlversorgung, Überversorgung, Unterversorgung. Ich würde Ihnen die Frage so gern beantworten, wenn ich endlich einmal wüsste – ich bin erst seit 20 Jahren KV-Funktionär –, was richtige Versorgung ist. Wie viel Arzt braucht der Mensch? Wie viel Hausarzt, wie viel Frauenarzt, wie viel Urologe, wie viel HNO-Arzt? Das wissen wir nicht. Trotzdem reden wir über Fehl-, Über- und Unterversorgung, und wir beziehen uns auf ein absolut statisches Machwerk. Das passen wir zwar im Landesausschuss da, wo es möglich ist, in Hessen ganz gut an, aber das ist diese unsägliche Bedarfsplanungsrichtlinie.

Wenn dort ein Planungsbereich – ob das ein Mittelbereich ist oder eine Raumordnungsregion – über 100 % liegt, dann reden wir von Überversorgung. Wenn er unter 100 % liegt, reden wir von Unterversorgung. Bei Hausärzten ist es bei 75 % und bei Fachärzten bei 50 % ganz schlimm.

Dann gucken wir noch so ein bisschen nach der räumlichen Verteilung, ohne die Frage zu definieren: Ist es zumutbar, zehn oder 15 Minuten zum Arzt fahren zu müssen? Dann haben Sie keine Diskussion – weder in Wiesbaden noch in Frankfurt –, außer die der Parkplatzsuche, zugegebenermaßen. Das ist genau der Knackpunkt.

Wenn wir das mit anderen Ländern vergleichen, dann haben wir Deutschland, was die Versorgung angeht – da bin ich ganz bei Frau Ackermann –, immer noch eine gute flächendeckende Grundversorgung und eine sicherlich sehr gute flächendeckende spe-

zialisierte fachärztliche und gesonderte fachärztliche Versorgung – bis hin zur Human-genetik. Das einzige, worüber man diskutieren kann, sind die Entfernungen. Jetzt kommt diese Diskussion, Planungsbezirke noch kleinräumiger zu machen, z. B. in Frankfurt. Das würde sicherlich gewissen Stadtteilen einen Vorteil einräumen, weil dort plötzlich z. B. hausärztliche Niederlassung möglich ist. Nur, dann sehen die Verhältnisse auf dem Land noch schlechter aus, wenn wir jetzt in den Städten durch eine noch kleinräumigere Bedarfsplanung zusätzliche Sitze generieren. Wir verschieben ja keine Sitze. Wir nehmen niemanden – das sage ich jetzt noch einmal in Richtung von Frau Dr. Sommer – vom Sonnenberg und schicken ihn nach – –

(Abg. Dr. Daniela Sommer: Breckenheim!)

– Genau. Das machen wir nicht. Das geht auch nicht. Das ist so vorgesehen. Das hat in gewissem Maße – das ist ein böses Wort – mit Besitzstandswahrung zu tun. Aber es geht auch um die Menschen, die dort in der Praxis versorgt werden. Wenn der Arzt aufhört, dann möchten wir gern auch in dieser Praxis einen Nachfolger für die Menschen haben, damit sie dort weiter versorgt sind.

Daher müsste man dann natürlich über völlig kritische Modelle wie Ablösung nachdenken. Ein Arzt scheidet aus, und die Praxis müsste abgelöst werden, um an einer anderen Stelle eine neue Praxis zu eröffnen. Aber dann ist die Frage, findet man da jemanden usw. Also das ist ziemlich problematisch. Deswegen: Wir entwickeln die Bedarfsplanung weiter, bleiben aber doch zu einem hohen Grad auf dem Status quo stehen, der auch etwas mit Patientenbindung, Patientenstrukturen zu tun hat.

Insofern muss ich ehrlich sagen: Ich tue mir mit den Begriffen Fehl-, Über- und Unterversorgung extrem schwer. Ich kann sie Ihnen nicht wirklich definieren – außer, dass man da, wo man wirklich unter 75 % hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen kommt, sagt, da ist eine echte Unterversorgung. Da versuchen wir auch zielgerichtet zu helfen.

Herr **Löffler**: Herr Dr. Bartelt, vielen Dank für Ihre Fragen. Sie hatten gerade nach den Stipendien gefragt, warum die vielleicht nicht zur Zielerreichung geführt haben. Das ist eine sehr gute Frage, die sich auch in großen Teilen mit der Landarztquote deckt. Denn für diese Stipendien ist es oft erforderlich, sich für zehn Jahre in einem landärztlichen Bereich zu verpflichten. Jetzt wundern Sie sich: Warum wollen jetzt bei einer Verpflichtung von zehn Jahren auf einmal keine Studierenden mehr dahin? Genauso ist es eben auch hier: Ich sende durch das Stipendium, das ich den Leuten mit bis zu 1.000 € pro Monat – das ist, meine ich, in Sachsen der Fall – anbiete, dann, wenn ich die Studierenden verpflichte, hinterher dorthin zu gehen, das Bild, das in diesem Landkreis etwas faul sein muss. Da möchte keiner hin. Dann sagt man: Oh Gott, da gehe ich jetzt auch nicht hin, auch nicht für 1.000 € während des Studiums. Genau das Gleiche haben Sie letztlich mit der Landarztquote auch, wenn Sie sagen, dass hier nur Zwangsmaßnahmen helfen. Dann wird es letztlich auch dort nicht weitergehen.

Die Frage ist jetzt: Wie können wir das mit anderen Dingen verbinden? Solche Stipendien machen unglaublich viel Sinn, wenn sie z. B. mit Mentorings durch einen Landarzt in diesem Bereich verbunden sind, der mir zeigen kann: Ey, so schlimm ist es hier gar nicht, du kannst hier sehr gern arbeiten, du kriegst vielleicht sogar meine Praxis noch überschrieben und mein Haus oder was auch immer – vielleicht nicht unbedingt meine Tochter. Aber das ist eine andere Frage.

Gleichzeitig muss es mit innovativen Lehrkonzepten mitgedacht werden. Also letztlich muss der Inhalt von diesen Mentorings im Studium irgendwo in der curricularen Lehre landen. Wir Studierende müssen vielleicht schon während des Studiums in der ambulanten Versorgung einbezogen werden, damit wir das dort kennenlernen – noch über die bisherigen Praktika hinaus, wenn wir das denn wollen, beispielsweise als Wahlfachtrack.

So würden wir diese Leute, die sich schon dafür interessieren – ich habe gesagt, 2018 haben sich 42 % von 14.000 befragten Medizinstudierenden dafür interessiert, aufs Land zu gehen bzw. haben mit dem Gedanken gespielt, aufs Land zu gehen –, auf jeden Fall finden, die sich in die Wahlfachtracks eintragen, um das kennenzulernen. Das wäre eine Möglichkeit, diese Stipendien mit mehr Konzepten zu verbinden, eben auch mit Inhalten im weiteren Studium.

Dann zusätzliche Incentives, die für die Studierenden geschaffen werden können. Ja, ich gehöre zur Generation Y. Ich bin mir nicht ganz sicher. Ich bin irgendwo zwischen Z und Y. Wir haben natürlich andere Vorstellungen vom Leben als ältere Menschen oder vielleicht sogar die Generation X. Ich weiß nicht, wie sie alle vorher hießen.

(Zuruf)

– Ja, Baby-Boomer. Wie auch immer, ohne hier jetzt einen Generationenkampf heraufbeschwören zu wollen.

Wir haben einfach andere Vorstellungen, die natürlich auch durch die Medien geprägt sind – gar keine Frage –, auch durch unsere Peers, die auch nicht unbedingt auf 100 % der Medizinstudierenden zutreffen. Aber trotzdem müssen wir uns davor in Acht nehmen, jetzt an alten Konzepten oder an jetzt schon bestehenden Konzepten krampfhaft festzuhalten und zu sagen: Uns fehlen zehn Ärzte, und wir brauchen auch in Zukunft noch zehn Ärzte. Vielleicht brauchen wir die gar nicht, denn wir können die Gesundheitsversorgung auch noch komplett anders denken.

Bisher ist der Arzt vor allem der Behandler von Krankheiten, gerade der Allgemeinmediziner. Da gibt es zum Beispiel schon im „gesunden“ Kinzigtal Initiativen, die das anders sehen, die den Arzt auch als Gesundheitsfürsorger sehen. Auch das ist übrigens eine ärztliche Rolle, die im Medizinstudium gerade gefördert werden soll, die auch gleich am Anfang im sogenannten NKLM, im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin, geschrieben steht, dass der Arzt auch Gesundheitsfürsorger ist. Auch dort können Konzepte geschaffen werden, wie der Arzt mit Schulen, mit anderen Institutionen interprofessionell – da knüpfe ich an Interdisziplinäre Versorgungszentren auf eine Frage von Frau Böhm an – zusammenarbeiten kann, vielleicht auch mit Landpflegerinnen oder Psychotherapeutinnen, Ergotherapeutinnen, Lehrern, Erwachsenenbildungszentren, um so für eine „gesunde“ Region zu sorgen, die durch Prävention gesünder gehalten wird.

Dadurch wird übrigens sehr viel Geld gespart, wenn die Bevölkerung nicht Diabetes bekommt und teurer Medikamente bedarf, weil sich die Menschen vorher ausreichend bewegt und gesund ernährt haben. Dann spart eine Kommune doch ordentlich Geld, auch wenn sie vorher etwas investieren muss.

Was könnte mich als jungen, angehenden Mediziner vielleicht darüber hinaus noch dazu bewegen, aufs Land zu gehen? Da steht bei uns die persönliche Entfaltung relativ weit vorn. Derzeit herrscht das Bild vor, dass Landärztinnen oder Landärzte – egal, welcher Fachrichtung – für ihr Leben lang dort gefangen sind und gar keine Möglichkeit haben, wissenschaftliche Artikel zu publizieren, sich vielleicht noch anderweitig zu en-

gagieren, an etwas zu forschen. Daran kann in jedem Fall z. B. durch Rotationsmodelle, durch eine Anbindung an Uni-Klinika gearbeitet werden, wie es bei mir der Fall ist. Ich studiere in Tübingen. Dort ist es passiert. Dort ist die Weiterbildung zusammen mit der Uni-Klinik vorangetrieben worden. Auch die ambulant tätigen Landärzte sind dort in die universitären Gremien und auch in die Lehre eingebunden. Ich würde unglaublich gern als Arzt lehrend tätig sein. Das kann ich als ambulanter Mediziner derzeit nicht verwirklichen. So würde ich mich gern entfalten können. Das wollen auch viele andere. Es wäre einfach schön, wenn das ermöglicht werden könnte.

Es ist natürlich auch ein Incentive, gleichzeitig vielleicht noch ein bisschen Versorgungsforschung machen zu können, publizieren zu können. Seinen Namen in der Welt zu hinterlassen, ist natürlich einfach auch eine Art und Weise, wie man noch aufs Land gelockt werden kann.

Dazu kommt natürlich die Kinderbetreuung, kommen die ganzen infrastrukturellen Verbesserungen, die ich hier nicht weiter ausführen muss.

Dann ging es darum, Herr Dr. Bartelt, um welche Phase des Studiums wir uns vor allem kümmern sollten. Natürlich bringt es nicht viel, sich vor dem Physikum damit zu beschäftigen. Wenn ich gerade Physik und Biochemie usw. lerne, dann befasse ich mich garantiert noch nicht damit, ob ich später einmal Landarzt werden will. Danach sieht das anders aus. Sobald ich in Patientenkontakt komme – ab dem fünften Semester –, lohnt es sich auf jeden Fall schon, Wahlfachtracks, longitudinale Tracks anzubieten, um den Medizinstudierenden Möglichkeiten zu bieten, zu zeigen, okay, so kann es laufen, und es ist eigentlich gar nicht so schlimm, auf dem Land zu arbeiten.

Für viele Studierende ist das PJ, das Praktische Jahr, ein großer Faktor – gerade im weiteren Verlauf der Berufswahl. Das ist nach dem zweiten Staatsexamen. Dort müssen wir in drei Tertialen – Innere, Chirurgie und einem Wahltertial – praktisch arbeiten, bevor wir uns dann nach dem dritten Staatsexamen approbierte Ärzte nennen dürfen. Dieses Wahltertial ist tatsächlich der größte Prädiktor für die spätere Facharztwahl.

Ich möchte noch einmal auf eine Forderung der BVMD hinweisen, und zwar auf die Forderung nach dem bezahlten PJ. Zurzeit machen wir das for free bzw. kriegen von einigen guten Uni-Klinika oder Kliniken einen kleinen Obolus. Die meisten bezahlen uns dafür aber nicht, obwohl wir Studierende sind. Selbst dann, wenn es bezahlt werden würde, würde es aufs BAföG angerechnet – wenn wir denn überhaupt BAföG bekommen, weil wir dann meistens doch schon etwas älter sind und gar kein BAföG mehr beziehen dürfen. So müssen sich Studierende im PJ teilweise überschulden. Dort können natürlich – gerade auch durch die neue Approbationsordnung, die im Arbeitsentwurf vorliegt, die auch ein verpflichtendes ambulantes Quartal vorsieht – durch Bezahlung in ambulanten Bereichen und durch Aufzeigen von innovativen Lehrkonzepten wie z. B. interprofessionellen Ausbildungspraxen, in denen Studierende schon im PJ wirklich versorgungstechnische Aufgaben übernehmen, Incentives gesetzt werden und kann die Attraktivität für den ländlichen und auch den allgemeinmedizinischen Bereich gestärkt werden.

An dieser Stelle sei noch einmal aufgeworfen: Es geht nicht nur um Allgemeinmedizin. Es geht auch um die Internisten und um die Kinder- und Jugendmediziner. Übrigens: Die Kinder- und Jugendmedizin ist so ziemlich das beliebteste Fach für alle Absolventinnen und Absolventen. Wenn Sie dort mehr Nachwuchs haben möchten, dann stellen Sie doch einfach mehr Ausbildungsplätze zur Verfügung. Denn viele Absolventen würden

sich freuen, wenn es davon mehr gäbe. Dort gibt es deutlich mehr Bewerber als Studienplätze.

Frau Böhm, Sie hatten noch nach den Niederlassungsskills gefragt. Was meinen wir damit? Bisher ist es im Studium so, dass wir in der allgemeinmedizinischen Lehre oft „Innere light“ lernen, also Innere Medizin, die noch einmal punktuell aufwirft, was vielleicht in der Allgemeinmedizin wichtig sein könnte. Allgemeinmedizin umfasst aber deutlich mehr. Sie umfasst eben auch Aspekte aus der Psychiatrie, aus der Psychosomatik, aus allen anderen weiteren Fächern, die dann dort zusammengeführt werden sollten. Das gehört einmal dazu.

Dann sind natürlich auch die allgemeinmedizinischen und die hausärztlichen Bereiche sehr dafür verantwortlich, die Patienten mit all ihren Krankheiten über einen langen Zeitraum zu begleiten. Das ist bisher nicht wirklich ausgebildet oder leider nur in seltenen Fällen ausgebildet, in denen sich die allgemeinmedizinische Lehre an Unis stark hervorgetan hat.

Gleichzeitig weiß aber niemand im Studium, was es eigentlich heißt, niedergelassen zu sein. Ich weiß es nicht, und ich habe auch schon mit genügend PJlern gesprochen, die nicht wissen, was es heißt, niedergelassen zu sein. Ja, wir haben eine ambulante Pflichtfamulatur, ein Pflichtpraktikum, aber das sind vier Wochen. Dort lernt man nicht unbedingt die Abrechnung, denn man ist doch meistens dafür da, bei den Patienten Blut abzunehmen oder Anamnesegespräche zu führen. Wirkliche Niederlassungsskills sind, die Verantwortung für Mitarbeiter zu tragen oder auch Abrechnungen zu machen, zu wissen, wie ich eigentlich als niedergelassener Arzt finanziert werde. Das ist alles sehr schwammig. Das stärkt natürlich die Angst der Medizinstudierenden vor der Niederlassung. Deswegen wäre es schön, wenn schon niedergelassene Ärzte, die eine Praxis erfolgreich führen, in die Lehre eingebunden wären. Da schlage ich jetzt wieder diese Brücke zu den ambulanten Praxen, die gern in die Lehre eingebunden werden sollten, und zwar schon ab dem fünften oder sechsten Semester, um auch diese Skills zu verbreiten.

Jetzt zu der sehr schönen Frage mit dem teuersten Studium der Welt oder Deutschlands. Ja, wir wissen, unser Studium kostet richtig viel. Unsere Ausbildung ist sehr teuer. Natürlich wissen wir auch, dass wir einen gesellschaftlichen Auftrag haben. Damit beschäftigen wir uns auch. Wir begrüßen daher, dass sich die Politik damit beschäftigt, wie in Zukunft die Versorgung aussehen kann – auch in strukturschwachen Regionen. Wir machen uns darüber auch Gedanken. Wir sehen aber leider auch die unfaire Verteilung von Mitteln und Ressourcen. Wir sind auch Menschen, die anderen Menschen helfen wollen – das ist, glaube ich, immer noch der größte Faktor, warum man überhaupt Medizin studiert –, aber wir möchten natürlich auch gleichbehandelt werden wie unsere Peers, also wie die anderen Ärzte. Wenn man da sieht, dass die allgemeinmedizinischen oder auch die primärversorgenden Bereiche anders entlohnt werden, anders dargestellt werden, anders gesehen werden, eine andere Wertschätzung erfahren, dann macht man sich eben gerade in der Facharztwahl Gedanken darüber, welches Fach man wählt.

Frau Lindemann: Frau Dr. Sommer, Sie hatten mich gefragt, welches die Anreize sind, die mich dazu bringen, in die primärärztliche Versorgung einzutreten. Man muss das von zwei Seiten sehen. Einerseits, wie kann das normale Curriculum mich als Studierende weiterbringen oder welche Anreize können da gesetzt werden, und andererseits, was kann mir – darauf aufbauend – ein Schwerpunktcurriculum bringen? Ich finde, dass es

wirklich erforderlich ist, in den klinischen Studienabschnitten nach dem Physikum im Curriculum zumindest einmal aufgezeigt zu bekommen, was es heißt, mich niederzulassen. Das alles darf nicht nur in den Wahlbereich hineinfallen. Unser Studium ist sehr theoretisch aufgebaut. Wir haben wenig Freiraum, viel zu diskutieren – auch in Seminaren nicht. Meistens geht es um reine Wissensvermittlung. Ich meine, es ist erforderlich, curriculare Seminare zu schaffen, in denen man auch diesen Raum für Diskussionen schafft. Darauf aufbauend muss ein Schwerpunktcurriculum geschaffen werden, für die Studierenden, die im Verlaufe des Studiums merken: Ah ja, das interessiert mich mehr. Ich möchte mehr in die primärärztliche Versorgung. Ich möchte auch aufs Land. – Die Vordröner von den anderen Universitäten – Frau Professorin Becker hatte das ganz gut ausgeführt – hatten das auch schon gut formuliert. Das findet sozusagen durch ehrenamtliche Parts der Lernenden statt. Die werden dafür nicht fix bezahlt. Dafür muss es unserer Meinung nach auch vom Land Mittel geben, damit genau diese Schwerpunktcurricula stattfinden können.

Ich kann einfach nicht in der normalen Zeit, die mir zur Verfügung steht, auch in andere Bereiche hineinschauen, beispielsweise das Praktikum in Psychiatrie machen. Da kann ich nicht einen Part davon wegnehmen und nur für die Allgemeinmedizin nehmen, sondern ich muss dieses zusätzliche Angebot finanzieren. Ich muss aber die Studierenden auch wirklich aufs Land bringen. Dafür braucht es finanzielle Mittel. Wie sollen die Studierenden, die meist ohne Auto sind, den Weg in diese ländlichen Regionen schaffen, wenn es dort – wie es meistens der Fall ist – an infrastrukturellen Anbindungen fehlt? Das muss ebenfalls sichergestellt werden.

Ich meine allerdings auch, dass man die Studierenden von Anfang an – schon im ersten Semester – immer wieder mit kurzen Vorträgen etc. darauf hinweisen kann, dass es die Möglichkeit gibt, und sobald sie in die Klinik kommen, darauf vermehrt sowohl curricular als auch extracurricular einzugehen.

Ich schließe mich Herrn Löffler auch darin an, dass es vor allen Dingen wichtig ist, das PJ-Tertial zu stärken und auch die Studierenden in ihrer Wahl darin zu bestärken, ihr Tertial oder ein späteres Quartal in einer allgemeinmedizinischen Praxis durchzuführen. Aber dafür müssten eben auch die entsprechenden Anreize geschaffen werden. Da muss sichergestellt werden, wie die Studierenden dahinkommen, wenn ich einen Anfahrtsweg von über zweieinhalb Stunden von Gießen in eine ländliche Region habe, dorthin mit der Bahn fahren muss. Das kann ich als Studierende morgens gar nicht leisten, wenn ich um 8 Uhr in der Praxis sein muss. Auch das muss sichergestellt werden. Wenn man es schafft, kontinuierlich im Studienverlauf diese Anreize und diese Punkte den Studierenden immer wieder zu geben und von dieser Verpflichtung abzukommen, dann, glaube ich, dass man damit auch die intrinsische Motivation, wirklich auf dem Land arbeiten zu wollen, deutlich verbessert. Sie sollten nicht am Anfang, bevor sie überhaupt das Studium kennengelernt haben, bevor sie überhaupt wissen, was es heißt, in der Vorklinik zu sein, was es heißt, in der Klinik zu sein, was kommt auf mich überhaupt zu, von vornherein darauf geprägt werden, das machen zu müssen, und eben auch nicht für viele Jahre verpflichtet werden, sondern es geht darum, ihnen während des Studiums die Wahl zu geben, das zu machen, und sie mit genügend Anreizen dahinzubringen.

Herr **Rudolph**: Nach den ausführlichen Statements werde ich mich nur noch kurz zu zwei Punkten äußern. Das ist zum einen der Punkt des teuren Medizinstudiums. Das ist den Studierenden bewusst, dass das Medizinstudium in Deutschland mit Abstand das teuerste ist. Aber das ist nicht unbedingt an idealistische Verpflichtungsgedanken gegenüber

der Gesellschaft gekoppelt. Ich verstehe, warum man so denken kann – gerade als Regierung. De facto ist es aber so, dass die meisten Studierenden oder viele von ihnen trotzdem sagen, sie wollen z. B. in die Schweiz. Denn in der Schweiz werden einfach deutlich attraktivere Lebensbedingungen für Ärztinnen und Ärzte geschaffen. Das verdeutlicht einfach nur noch einmal, dass unserer Generation von künftigen Ärzten Geld nicht so wichtig ist wie ein gutes Leben. Wenn man da infrastrukturell usw. – wie es schon mehrfach ausgeführt wurde – auch auf dem Land Abhilfe schafft, dann ist das sicherlich noch einmal ein Argument dafür, später als Arzt aufs Land zu gehen.

Ein anderer Punkt war die Frage: Was macht Allgemeinmedizin im Studium attraktiv? Persönlich glaube ich, dass praxisnahe, gute Lehre im Medizinstudium dafür sorgt, dass man sich für ein Fach interessiert. Das bedeutet, dass man mehr Allgemeinmedizin im Studium und in der Praxis haben sollte. Das wird auch im Masterplan „Medizin 2020“ berücksichtigt.

Jetzt wiederum kommen wir dadurch in das Problem, dass extrem viele Medizinstudierende extrem lange in Hausarztpraxen gehen sollen. Das wiederum bedeutet, dass Hausarztpraxen und Hausärzte, die weder didaktisch noch infrastrukturell darauf vorbereitet sind, ausgelegt sind, medizinische Lehre absolvieren sollen. Das heißt, ich muss als Student in irgendeine Praxis, die extrem weit weg ist, muss dafür einen extrem weiten Weg aufnehmen, um dann extrem schlechte Lehre zu bekommen.

Was passiert dann? Dann habe ich keine Lust mehr, Landarzt zu werden. Das heißt, man sollte Konzepte, die von den Universitäten schon vorgeschlagen wurden, gut durchdachte allgemeinmedizinische Lehrkonzepte fördern, Lehrpraxen fördern mit z. B. Geräten, Räumlichkeiten, damit Studierende in einem separaten Raum Patienten untersuchen können, und mit Untersuchungsmethoden. Das sind Dinge, die man anpacken könnte.

Herr **Weimann**: Das waren jetzt ganz schwierige, über die heutige Anhörung hinausgehende Fragen, die gestellt worden sind. Ich habe auch Verständnis dafür, dass man dazu alle möglichen Antworten hört. Ich versuche es jetzt einmal an zwei Begriffen festzumachen – darüber kann man in der Zukunft nachdenken –: Das eine ist, die jetzige Krise hat gezeigt, dass es ohne Solidarität in der Gesellschaft nicht geht. Das ist also das Stichwort Solidarität. Vielleicht sollten wir es einmal in den Vordergrund stellen. Das andere und alles andere, was eben gesagt worden ist, will ich dahintersetzen.

Der zweite Punkt ist ganz einfach: Kommunikation. Ich habe eben gehört, dass es offenbar Ansätze gibt – aber auch nur Ansätze –, im Studium darüber nachzudenken, was ein niedergelassener Arzt ist. Das weiß doch keiner.

(Zuruf)

– Ja, ich sage es einmal so deutlich.

Das Berufsbild des sogenannten Landarztes – dieser Begriff, den ich für weniger positiv halte, ist heute mehrfach gefallen – muss man durchaus unter kommunikativen Aspekten neu beleuchten. Das ist Aufgabe sowohl derjenigen, die in der Fachausbildung dafür verantwortlich sind, als auch denjenigen in der Politik und vielleicht auch bei uns im Sozialverband, dass wir das Thema einmal ganz anders „fahren“.

Solidarität und Berufsbild. Wie baue ich das ein?

Dann komme ich zum entscheidenden Punkt, den wir heute nur ansatzweise gehört haben: Mit welcher Vehemenz sind denn die Landräte und Bürgermeister unterwegs, um die leerstehenden Praxen wieder zu füllen, Nachfolger für niedergelassene Ärzte, die in die Rente gehen, zu finden? Wir kriegen das bei uns im Verband mit. Wir reden schon mit den niedergelassenen Ärzten, wenn sie zehn Jahre vor der Aufgabe des Berufes stehen. Dann fangen die schon an und machen Angebote. Diese Angebote muss man natürlich in diese breite Situation, wie wir sie heute beleuchtet haben, mit einbinden. Das heißt, der Kommunalpolitiker muss dabei sein, muss auch die Rahmenbedingungen, die infrastrukturell erforderlich sind, aufbauen.

Ich schaue auch in Richtung KV. Ich habe aus meinem ehemaligen hauptamtlichen Leben viele Diskussionen hinter mir. Die sind alle gescheitert, weil ganz einfach gesagt worden ist: Bedarfsplanungsrichtlinie. Punkt. Schluss. Aus.

Die Praxis sah anders aus. Die Praxis sieht heute teilweise noch anders aus. Diese Beispiele kann ich Ihnen aus dem Verband heraus alle nennen. Allerdings sind die Protagonisten vor Ort gefragt, dann auch die Rahmenbedingungen aufzubereiten. Das heißt, ich muss natürlich auf eine junge Medizinerin, auf einen jungen Mediziner zugehen, auf ihre bzw. auf seine Vorstellungen zum familiären Bereich, um sie oder ihn in die Niederlassung hineinwachsen zu lassen. Das wären dann ganz andere Strukturen. Da wird Teilzeit wichtig sein, da wird die Versorgung der Kinder wichtig sein, da wird die Lebensmittelversorgung wichtig sein und – das, was wir heute ein bisschen erahnt haben – Mobilität. Wie sieht denn der ÖPNV und was weiß ich noch alles aus? Das sind alles Themenbereiche, die man da mit einbauen muss.

Insofern: Selbst dieser ganze Strauß, den ich kurz in ein paar einzelnen Punkten dargestellt habe, wird nicht der Ersatz dafür sein, was wir heute diskutieren. Denn er führt derzeit noch nicht ausreichend dazu, dass tatsächlich eine adäquate Besetzung im ländlichen Raum da ist. Das ist meine Quintessenz aus dem, was ich heute aus dem Gehörten mitnehme. Aber nichtsdestotrotz, Herr Vorsitzender, müssen wir uns darüber zusammen mit Politik und vor allem mit jungen Leuten immer wieder Gedanken machen. Die sind doch unsere Zukunft, nicht wir, die wir unsere Zukunft schon fast hinter uns haben. Da muss man neue Strukturen, neue Denkeideen hineinbringen. Starre Regeln werden in der Zukunft mit Sicherheit nicht innovativ zu belegen sein, sondern es müssen neue Regelungen da sein, die auf Bedürfnisse eingehen.

Der ländliche Raum wird neu definiert werden. Der ländliche Raum wird auch neue Angebote machen müssen. Aber der ländliche Raum muss dann auch dementsprechend ausgestattet sein und dementsprechend von den Metropolregionen anerkannt werden. Das ist auch so ein Thema, das wir diskutieren. Wir reden hier über zwei Welten. Wir haben viel über Frankfurt geredet, über Wiesbaden. – Der Stadtteil in Wiesbaden, in dem die hohe Arbeitslosigkeit herrscht, heißt übrigens Schelmengraben. Da ist kein einziger Arzt. Warum? Weil es kein Geld zu verdienen gibt. Warum? Dahinter könnte ich jetzt noch viele Punkte setzen. Die Diskussionen haben wir alle geführt. Da müssen verschiedene Rahmenbedingungen neu definiert werden.

Frau Böhm, ich versuche, das jetzt einleitend so zu formulieren, dass es wie eine Antwort aussieht.

(Heiterkeit)

Kleinteiliges – das war in Ihrer Frage drin –, kleinräumiges Denken – das werden Sie gemerkt haben – ist bei mir drin. Man muss gegebenenfalls auf die Strukturen, die da sind,

frühzeitig zugehen und sagen, diese Strukturen müssen wir – die Menschen in der Kommunalpolitik, bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, bei den Sozialverbänden, in der Politik – in die Zukunft hinein begleiten. Wir werden in der Situation, die wir heute besprochen haben, neues, raumbezogenes Denken aufbereiten. Sonst bleibt es bei dem, was auch nicht so ganz gewollt ist, aber im Endeffekt wird es wahrscheinlich kommen: Das Thema, das im Gesetzentwurf steht. Das wird zumindest für eine gewisse Zeit die Diskussion mit begleiten – ich sage bewusst „mit begleiten“ –, nicht ersetzen. Dementsprechend müssen wir da herangehen.

Aber ich finde es gut, Herr Vorsitzender, dass Sie zum Schluss die Diskussion so freigegeben haben, dass man die Ansätze, die von den jungen Leuten, die hinter mir sitzen, gekommen sind, vielleicht einmal als die eigentlichen Lösungsansätze erkennt.

Bei der letzten Anhörung hatten wir ein ähnliches Problem – können Sie sich erinnern? –, dass wir im Grunde genommen diejenigen, über die wir entscheiden oder über die Sie entscheiden, in Entscheidungsstränge mit einbauen. Denn einiges kam heraus – das habe ich jetzt auch gelernt –, einiges an Kommunikationsproblemen, an Ausbildungsproblemen. Die kann man als Gesetzgeber da durchaus einmal mit begleiten und sagen: Wir gehen da einmal ein bisschen tiefer hinein.

Vorsitzender: Herzlichen Dank, Herr Weimann. – Ich denke, es ist deutlich geworden, dass alle Vergangenheit nur ein Prolog für die Zukunft ist.

(Zurufe: Oh!)

Das hat diese Anhörung gezeigt. Insofern darf ich mich bei allen Angehörten ganz herzlich bedanken, nicht zuletzt bei den Studierenden für ihre wirklich tolle Anteilnahme und Einbringung. Denn Sie sind diejenigen, die die Zukunft gestalten. In dem Sinne alles Gute und herzlichen Dank für die Teilnahme.

(Beifall)

Beschluss:

SIA 20/29 – 04.06.2020

Der Sozial- und Integrationspolitische Ausschuss hat zu dem Gesetzentwurf eine öffentliche mündliche Anhörung durchgeführt.