

## **Stenografischer Bericht**

(ohne Beschlussprotokoll)

## **öffentliche Anhörung**

66. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

25. November 2021, 14:02 bis 19:26 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  
Lisa Gnadl  
Stephan Grüger  
Dr. Daniela Sommer  
Turgut Yüksel

#### **AfD**

Arno Enners  
Volker Richter

#### **Freie Demokraten**

Yanki Pürsün

#### **DIE LINKE**

Christiane Böhm

**Fraktionsassistentinnen und -assistenten:**

CDU: Dr. Carla Thiel  
 SPD: Bettina Kaltenborn  
 DIE LINKE: Thomas Völker

**Landesregierung, Rechnungshof, Datenschutz, Landtagskanzlei:**

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amtsbezeichnung	Ministerium, Behörde
Alice Janc	ST/S	HSMI
Franziska Arnold	VA	HMSI
Stefan Hob	RI	HMSI
Katrin Bött	Ref	HMSI
Jörg Gruno	MR	HMSI

**Anzuhörende****Gruppe 1**

<b>Institution</b>	<b>Name (Position innerhalb der Institution)</b>
Hessischer Städtetag	Dr. Jürgen Dieter (Geschäftsführender Direktor)
Hessischer Städte- und Gemeindebund	Alexandra Rauscher
Institut für Allgemeinmedizin Goethe Universität Frankfurt	Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH (Direktor)
Dekanat des Fachbereichs Medizin Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität	Studiendekan Prof. Dr. Udo Rolle
Projekt „Landpartie 2.0.“ des Instituts für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt a. M.	Dr. Sandra Herkelmann

**Gruppe 2**

<b>Institution</b>	<b>Name (Position innerhalb der Institution)</b>
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin Philipps-Universität Marburg	Prof. Dr. med. Annette Becker (Studiendekanin)
Institut für Primärärztliche Versorgung und Hausärztliche Medizin Justus-Liebig-Universität-Gießen	Prof. Dr. med Joachim Kreuder (Leiter)
BVMD Bundesvertretungen der Medizinstudierenden in Deutschland	Tobias Henke Felix Beetz
Fachschaft Humanmedizin Justus-Liebig-Universität Gießen	Stella Schayan-Araghi Moritz Eßlinger

**Gruppe 3**

<b>Institution</b>	<b>Name (Position innerhalb der Institution)</b>
Berufsverband Deutscher Internisten e. V.	Dr. Wolf Andreas Fach (Vorsitzender des LV Hessen)  Bastian Schroeder (stellv. Geschäftsführer)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin	Dr. Marcel Schorlepp (Vorsitzender der AG Hausärztliche Internisten der DGIM)  Professor Georg Ertl (Generalsekretär der DGIM)
Hausärzteverband Hessen	Michael Thomas Knoll (2. Vorsitzender)
Hess. Krankenhausgesellschaft e. V.	Susanne Schober (Geschäftsbereichsleiterin)
Kassenärztliche Vereinigung Hessen	Frank Dastych (Vorstandsvorsitzender)
Klinikverbund Hessen e. V.	Reinhard Schaffert (Geschäftsführer)

**Gruppe 4**

<b>Institution</b>	<b>Name (Position innerhalb der Institution)</b>
Landesärztekammer Hessen	Dr. med. Edgar Pinkowski (Präsident)  Manuel Maier (Justitiar der Landesärztekammer Hessen)
Marburger Bund Hessen e. V.	Dr. Christian Schwark (Landesverbands- vorsitzender)
Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V.	Christine Neumann-Grutzeck Tilo Radau
VdeK Landesvertretung Hessen	Claudia Ackermann (Leiterin)
VdPK – Landesverband der Privatkliniken in Hessen e. V.	Aguedita Afemann (Landesgeschäftsführerin)
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V.	Hubert Connemann (Geschäftsführer)

**Gruppe 5**

<b>Institution</b>	<b>Name (Position innerhalb der Institution)</b>
Liga der freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.	Bianca Lingnau
Ärzte mit Zukunft – Förderverein Ärztenetz Rhein-Main e. V.	Dr Armin Schütz
Weiterbündungsverbund Nordhessen Allgemein- medizin	Dr. med. Philipp Klapsing
Wetteraukreis/ Der Kreisausschuss	Stephanie Becker-Bösch (Erste Kreisbeigeordnete)
Hartmannbund	Svenja Krück

Protokollführung: Maximilian Sadkowiak, Sonja Samulowitz, Rainer Klemann

## Öffentliche mündliche Anhörung

1. **Gesetzentwurf**  
**Landesregierung**  
**Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des**  
**Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen sowie zur An-**  
**passung weiterer Rechtsvorschriften**  
– Drucks. [20/6367](#) –

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden  
– Ausschussvorlage SIA 20/64 –

(Teil 1 verteilt am 18.11.2021, Teil 2 verteilt am 18.11.2021, Teil 3 verteilt am 18.11.2021, Teil 4 verteilt am 18.11.2021, Teil 5 verteilt am 22.11.2021, Teil 6 verteilt am 29.11.2021)

**Vorsitzender:** Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich heiße Sie herzlich willkommen zur 66. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses. Ich darf auch Staatssekretärin Janz ganz herzlich in unserer Mitte begrüßen.

Zunächst zum Ablauf: Wir haben die Anzuhörenden in fünf Gruppen eingeteilt. Jeder Anzuhörende hat zunächst zwei Minuten Zeit, das Wesentliche seiner zuvor schriftlich eingereichten Stellungnahme darzulegen. Im Anschluss haben die Abgeordneten Gelegenheit, den Anzuhörenden Fragen zu stellen. Gehen Sie davon aus, dass die hessischen Abgeordneten die fleißigsten sind und daher alle brav Ihre Stellungnahmen gelesen haben. Den Anzuhörenden steht es frei, von der Besuchertribüne aus den weiteren Verlauf der Anhörung zu verfolgen. Die Anzuhörenden der Gruppe, die jeweils an der Reihe ist, werden gebeten, von der Besuchertribüne in den Plenarsaal zu kommen.

Ich rufe die erste Gruppe der Anzuhörenden auf und darf dem Geschäftsführenden Direktor des Hessischen Städtetages, Herrn Dr. Dieter, das Wort geben. Bitte.

Herr **Dr. Dieter:** Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Ich verweise auf unsere schriftliche Stellungnahme und bitte um Nachsicht, dass sie aus Gründen, die bei uns liegen, erst sehr kurzfristig eingetroffen ist. Ich will nur zwei Aspekte unterstreichen.

Der eine Aspekt ist der Sicherstellungsauftrag im Bereich unterhalb der kreisfreien Städte. Dieser Sicherstellungsauftrag ist sinnvoll, um alle möglichen Vorschriften, auch das Beihilferecht betreffend, in ein geordnetes System zu bringen. Deshalb bitten wir darum, dass dies eingearbeitet wird und dass auch kreisangehörige Städte mit Krankenhäusern entsprechend optieren können.

Der andere Aspekt: Im Übrigen betonen wir, dass eine Weitergabe des Sicherstellungsauftrags an die Kommunen durchaus nicht unproblematisch ist, was Finanzierungsfragen betrifft. Deswegen haben wir diese Stellungnahme dazu genutzt, um noch einmal zu unterstreichen, dass wir die derzeitige Krankenhausfinanzierung als nicht auskömmlich erachten, dass – jenseits der Corona-Pandemie-Zeiten – die strukturelle Unterstützung in finanzieller Hinsicht viel stärker sein muss und dass das Land in der Pflicht ist, eine stärkere Finanzierung vorzunehmen.

Zum Verfahren – ich habe es dem Vorsitzenden schon angedeutet –: Ich muss die Anhörung zeitig verlassen, weil ich in der Videokonferenz mit dem Ministerpräsidenten anwesend sein muss.

Frau **Rauscher**: Ich bedanke mich dafür, dass ich doch recht spontan hierherkommen konnte. Der Fehler lag vermutlich in unserem Haus ich will es diesmal nicht auf die Post schieben. Aber ich war etwas überrascht, dass unsere Stellungnahme nicht eingegangen ist. Sie wurde Ihnen heute noch zugeleitet – relativ kurzfristig, weswegen Sie sie noch nicht gelesen haben können.

Zunächst: Wir haben drei Punkte. Wir begrüßen, dass erkannt wurde, dass der ländliche Raum einen Bedarf an medizinischer Versorgung hat. Gerade während der Corona-Pandemie ist noch einmal aufgefallen, dass da grundsätzliche Bedarfe bestehen.

Wir üben an zwei Punkten Kritik am Gesetzentwurf. Zum einen haben wir Bedenken, wie das mit den langen Bindungsfristen und den Vertragsstrafen bei den Studienbewerbern zu sehen ist. Was die langen Bindungsfristen von zehn Jahren bei der hausärztlichen Versorgung betrifft: Wenn man dann die normale Studiendauer hinzurechnet, stellt man fest, dass sich der Zeitraum auf bis zu 20 Jahre ausdehnen kann.

Die Vertragsstrafe ist mit 250.000 € relativ hoch angesetzt. Ja, sie soll die Regelung absichern, aber wir befürchten, dass man nur wenige Menschen findet, die sich für so lange Zeit binden, aufgrund der Unwägbarkeiten, die sich im persönlichen oder auch im beruflichen Bereich auftun können: Vielleicht stelle ich im Laufe des Studiums fest, dass mir Kardiologie viel besser gefällt? – Da haben wir Bedenken. Wir befürchten, dass wir, wenn die Regelungen so hart sind, für den hausärztlichen Bereich nicht die Guten und die Willigen bekommen, sondern diejenigen, die sonst in dem Fach niemals einen Studienplatz bekommen hätten. Das sind die Bedenken, die wir in unserem Bereich haben.



Als positiv sehen wir an, dass erkannt wurde, dass wir in die Beantwortung der Frage einzubeziehen sind, wie künftig die Deckung der öffentlichen Bedarfe zu organisieren ist. Allerdings sehen wir hier keine Bringpflicht für die Kommunalen Spitzenverbände, sondern die Träger sind nach dem HGöGD das Land, die Landkreise und die kreisfreien Städte, nicht aber die Kommunalen Spitzenverbände. Für eine Einbindung sind wir grundsätzlich dankbar, aber wir sehen für die Kommunalen Spitzenverbände keine Bringpflicht bei der Ermittlung der Bedarfe.

Das war es. Ich entschuldige mich noch einmal ausdrücklich dafür, dass Ihnen die schriftliche Stellungnahme so spät zugegangen ist. Es ist auch nicht so viel; es sind nicht ganz drei Seiten. Ich hoffe also, Sie können sie im Nachgang durchlesen. – Vielen Dank.

Herr **Prof. Dr. Gerlach**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordneten! Ich spreche für die drei Fachbereiche für Medizin in Hessen, nämlich Frankfurt, Marburg und Gießen, also für die drei hausärztlichen bzw. allgemeinmedizinischen Institute und Abteilungen. Sie alle haben die Stellungnahme vorliegen. Wir machen das mit verteilten Rollen. Ich möchte aus Zeitgründen auf einen Punkt besonders eingehen, der gar nicht im Gesetzentwurf steht, aber in Ihrer Landtagsdebatte mehrfach angesprochen und auch in verschiedenen Stellungnahmen erwähnt wurde. Da hieß es nämlich: Hat man hier nicht die Fachärzte für Innere Medizin vergessen? Die sind doch auch hausärztlich tätig? Sollten die nicht auch unter die Landarztquote fallen? – Ich möchte Ihnen im Folgenden erläutern, warum das keine gute Idee wäre.

Vorwegschicken will ich: Wir schätzen die Internisten sehr, insbesondere die, die jetzt in der hausärztlichen Versorgung tätig sind. Aber es geht jetzt um die Frage – und die müssen Sie beantworten –: Wer soll zukünftig einen dieser 65 Plätze bekommen? Wie soll er optimalerweise qualifiziert sein? – Ich erinnere an die Stellungnahme der KV: Die Landarztquote wird erst in zehn bis 15 Jahren wirken, und sie wird nicht ausreichen. Das heißt, es kommt wirklich darauf an, die Richtigen für diese 65 Plätze auszuwählen.

In der Allgemeinmedizin ist es so – das muss ich kurz skizzieren –: Jemand, der Facharzt für Allgemeinmedizin werden will, muss zwölf Monate im Gebiet Innere Medizin in der stationären Akutversorgung und 24 Monate ambulante hausärztliche Versorgung bei einem zur Weiterbildung befugten Hausarzt absolvieren. Weitere sechs Monate muss er in mindestens einem anderen Fach der unmittelbaren Patientenversorgung absolvieren, also nicht in der Inneren oder in der Allgemeinmedizin. Ferner müssen eine 18-monatige Weiterbildung in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung gemacht und ein 80-stündiger Kurs zur psychosomatischen Grundversorgung belegt werden. Das ist ein breites Qualifizierungsprogramm in Kliniken und Praxen.

Jetzt werfen wir einmal einen Blick auf die Fachärzte für Innere Medizin. Erstens ist das kein Mangelfach. In keinem anderen Fach in Deutschland gibt es so viele Abschlüsse wie in der Inneren Medizin. Im Jahr 2020 waren laut Bundesärztekammer 2.149 Abschlüsse in dem Fach Innere Medizin zu verzeichnen. Es gibt überhaupt keinen Mangel an Internisten. Im Gegenteil, wir sehen

in dem Fach eine starke Tendenz zur Subspezialisierung. Es gibt ungefähr ein Dutzend Subspezialitäten: Gastroenterologen, Kardiologen, Rheumatologen, Nephrologen usw.

Jetzt kommt der nächste Punkt: Etwa 30 % aller Anliegen, mit denen Bürgerinnen und Bürger – Patientinnen und Patienten – typischerweise eine Hausarztpraxis aufsuchen, sind im Bereich der Inneren Medizin angesiedelt. Umgekehrt heißt das, 70 % der Anliegen sind es nicht, z. B. Störungen des Bewegungsapparats, Rückenschmerzen, die Versorgung kleiner Wunden. Das muss ein Hausarzt auf dem Land können. Kleinere Fächer, psychosomatische Grundversorgung – all das ist nicht Bestandteil der klinischen Weiterbildung im Fach Innere Medizin. Außerdem kann ein Facharzt für Innere Medizin seine gesamte Weiterbildung durchlaufen, ohne einen einzigen Tag in einer Praxis gewesen zu sein. Das ist in der Weiterbildung gar nicht vorgesehen. Fragen Sie sich bitte, ob zukünftig Hausärzte über die Landarztquote tätig werden sollen, ohne dass sie einen einzigen Tag in der Praxis gewesen sind.

Hinzu kommt, dass sie in der Klinik die wichtigen Kompetenzen, die ein Hausarzt braucht, nicht erwerben können. Es gibt in der Klinik keine Früherkennungsuntersuchungen, keine Langzeitversorgung chronisch Kranker, keine Hausbesuche, keine Pflegeheimbesuche. In der Klinik wird noch nicht einmal geimpft. Da wird gegen Tetanus geimpft, aber all die anderen Impfungen kommen dort nicht vor.

Wenn Fachärzte für Innere Medizin dann doch in die hausärztliche Versorgung gehen, erleben sie regelhaft einen sogenannten Praxisschock. Sie kommen aus der Klinik und finden sich plötzlich in der vertragsärztlichen Praxis wieder. Sie brauchen Jahre – das berichtet jeder –, bis sie sich an diese Situation angepasst und sich daran gewöhnt haben. Damit steigt aber, bezogen auf die Landarztquote, das Risiko, dass sie frustriert sind und auf die Aufgabe nicht vorbereitet sind, dass sie abbrechen und es nicht mit vollem Elan machen.

Jetzt noch ein Punkt: Dass es in Deutschland Fachärzte für Innere Medizin in der hausärztlichen Versorgung gibt, ist ein Fakt. International ist das aber die absolute Ausnahme. So gibt es das nur in Deutschland. International gilt der General Practitioner – oder in Nordamerika der Family Doctor – mit einer breiten Weiterbildung als der am besten qualifizierte Allgemeinarzt. Sie müssen entscheiden, wie Sie die 65 Plätze vergeben. Wir sind davon überzeugt, dass das, was in dem vorliegenden Gesetzentwurf steht, genau richtig ist: Fachärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde. – Vielen Dank.

Herr **Prof. Dr. Rolle**: Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Ich möchte nur noch kurz auf zwei Punkte eingehen. Sie haben unsere schriftliche Stellungnahme vorliegen. Vielen Dank für die Möglichkeit, sie kurz zu erläutern.

Erstens. Wir sprechen uns dafür aus, dass nicht nur ein Schwerpunktcurriculum für die über die Landarztquote und die ÖGD-Quote Studierenden entwickelt wird, sondern dass man die Inhalte

dieses Curriculums auch als Pflichtveranstaltung für die Studierenden vermittelt. Eine verpflichtende Teilnahme an den Veranstaltungen des Schwerpunktcurriculums für die über die Landarzt- und die ÖGD-Quote Studierenden ist unserer Meinung nach wichtig. Wir können damit garantieren, dass die Studierenden longitudinal begleitet werden und dass sie sich mit diesem Fach identifizieren. Es ist eine Forderung der Politik, dass wir speziell Landärztinnen und -ärzte sowie ÖGD-Ärztinnen und -ärzte ausbilden. Daher muss dieses Curriculum auch als Pflichtbestandteil verankert werden. Wir hoffen auch, dass sich die Abbruchquote verringert, wenn die Studierenden konsequent begleitet werden.

Das Zweite, worauf wir hinweisen wollen: Wir bitten darum, dass die Ausbildung der über die Landarztquote und die ÖGD-Quote Studierenden evaluiert wird und dass diese Evaluation verpflichtend ist. Das ist zunächst aus wissenschaftlichem Interesse angezeigt: Wir sollten nachweisen können, dass diese Maßnahme funktioniert. Außerdem ist eine Evaluation eine wichtige valide und nutzbare Datenerhebung. – Vielen Dank.

**Frau Dr. Herkelmann:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Neben der Leitung des Projekts „Landpartie 2.0“ am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität habe ich die Stellungnahme der drei hessischen medizinführenden Universitäten mit koordiniert und stehe dementsprechend auch als Ansprechpartnerin für die Vorbereitung der Umsetzung der Landarztquote zur Verfügung.

Die „Landpartie 2.0“ ist ein freiwilliges, über mehrere Semester begleitendes Lehrprogramm für Medizinstudierende mit dem Ziel, die Allgemeinmedizin auf dem Land kennenzulernen. Wir blicken schon auf fünf Jahre Expertise mit ca. 75 Studierenden zurück. Das Programm erfreut sich großer Beliebtheit; mittlerweile gibt es mehr Bewerberinnen und Bewerber als Plätze. Aus diesen Erfahrungen heraus möchte ich betonen, welche Schlüsselrolle das Schwerpunktcurriculum des „hessischen Wegs“ für die Nachwuchsförderung spielt. Dieses Lehrangebot soll zusätzlich interessierten Studierenden der Regelzulassung gemacht werden. Somit kann Nachwuchs über die begrenzte Zahl der Plätze der Landarzt- und der ÖGD-Quote hinaus gewonnen werden.

Darüber hinaus möchte ich zwei weitere wichtige Punkte aus unserer gemeinsamen Stellungnahme anführen. Zu § 7 des Gesetzentwurfs: Hier halten wir aus juristischen und aus inhaltlichen Gründen hinsichtlich des Auswahlverfahrens Stufe 2 eine Trennung der Supervision von der Durchführung für notwendig. Die Auswahlkommission sollte aus unserer Sicht als Aufsichts- und Kontrollgremium fungieren. Die Zuständigkeit für die Durchführung wiederum sollte regelhaft – nicht nur im Sonderfall, wie es im Entwurf beschrieben ist – bei den Universitäten liegen; denn so kann wissenschaftlich basiert ein Konzept entwickelt, umgesetzt und vor allem auch kontinuierlich bedarfsgerecht adaptiert werden.

Des Weiteren empfehlen wir, zusätzlich zu den bisher aufgeführten Kriterien, die Hinzunahme der Hochschulzugangsberechtigung zu den Auswahlkriterien der Stufe 1 mit einer geringen Ge-

wichtung von ca. 20 %. Damit soll, im Vergleich zu den Ergebnissen eines an einem Tag durchgeführten punktuellen Tests, eine langfristige kognitive Aussage getroffen werden. Um eine Überbewertung der Hochschulzugangsberechtigung zu minimieren, soll sie mit dem Studierfähigkeits-test kombiniert werden. Beide gemeinsam haben die beste Aussagekraft für den Studienerfolg. Natürlich soll sie auch mit den anderen Kriterien kombiniert werden.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass die von uns in der Stellungnahme angeführten Punkte für die Wirksamkeit der beiden Vorabquoten eine wichtige Rolle spielen, um den Verbleib der benötigten Ärzte in den betreffenden Regionen zu sichern. – Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. – Wir kommen zur Fragerunde. Mir liegen aktuell zwei Wortmeldungen vor. Als Erste die Kollegin Böhm, bitte.

Abg. **Christiane Böhm:** Schönen Dank für die Stellungnahmen und auch für die mündlichen Erläuterungen dazu. Meine Fragen an Herrn Dr. Dieter sind: Sie haben sich in Ihrer Stellungnahme auch mit der Krankenhausumlage beschäftigt. Mir ist nicht bekannt – vielleicht können sie mir da weiterhelfen –, ob die in anderen Ländern originär aus Landesmitteln finanziert wird oder ob es da unterschiedliche Strukturen gibt. Wie kann die von Ihnen beschriebene Mehrfachbelastung der kreisangehörigen Kommunen gemindert werden, wenn sie Defizite haben und die Krankenhausumlage tragen? – Da wir auch über das Krankenhausgesetz sprechen, wäre es mir wichtig, darauf zu schauen, was in diesem Gesetz grundsätzlich geändert werden müsste.

Da die Universitäten eine gemeinsame Stellungnahme verfasst haben, richten sich meine Fragen an alle hier anwesenden Vertreterinnen und Vertreter der Universitäten; das kann ich nicht immer personenspezifisch zuordnen. Ich habe die Stellungnahme mit der im letzten Jahr eingereichten verglichen, als wir über die Landarztquote gesprochen haben. Wenn wir jetzt darüber sprechen, stelle ich fest: Natürlich gibt es da Änderungen – es liegt auch ein anderer Gesetzentwurf vor –, aber der Unterschied zwischen der Deutlichkeit, mit der man sich damals gegen die Landarztquote ausgesprochen hat, und der Deutlichkeit, mit der man sie heute begrüßt, ist doch eine Frage wert.

Meine Frage betrifft das Schwerpunktcurriculum. Gerade Prof. Dr. Gerlach hat damals sehr eindrücklich – es ist mir auf jeden Fall gut in Erinnerung – das für Sie Entscheidende betont. Ich habe eine Nachfrage zu einem Punkt, den ich gar nicht verstanden habe: Soll jetzt ein Curriculum – Hausarzt, ÖGD – pro Universität angeboten werden, oder sollen an den Universitäten beide Curricula angeboten werden? – Das habe ich nicht ganz verstanden. Es stellt sich die Frage, ob nicht alle Medizinstudierenden stärker dazu verpflichtet werden sollten, zumindest Teile ihrer Ausbildung in der Allgemeinmedizin und im ÖGD-Bereich zu absolvieren. Welche Teile der Ausbildung sind schon vorgesehen, und bei welchen Teilen der Ausbildung wäre es sinnvoll, um von vornherein mehr Studierende für diese Richtung zu interessieren? – Ich bedanke mich.

Abg. **Felix Martin:** Bevor ich meine Fragen stelle, möchte ich drei kurze Vorbemerkungen machen, die sich auch an die erst später Anzuhörenden richten.

Erste Vorbemerkung. Ich habe in den Unterlagen gelesen, dass viele von Ihnen erklärt haben, es handele sich nur um einen Baustein. Ja, das ist so, und das, was wir Ihnen vorschlagen, ist auch nicht die Lösung für alles, sondern eine Lösung für ein Problem.

Zweite Vorbemerkung. Es ist eine langfristig wirkende Lösung. Auch das ist unbestritten der Fall.

Dritte Vorbemerkung. Es wurde gefragt, ob das Gesetz 2028 außer Kraft tritt. Nein, das ist nicht der Fall. Wir befristen alle Gesetze ganz regulär. Die Gesetze treten dann nicht außer Kraft, sondern es handelt sich lediglich darum, dass wir uns selbst verpflichten, sie uns zeitnah noch einmal vorzunehmen. Aber selbstverständlich wird ihre Geltungsdauer dann verlängert.

Ich habe eine Frage an Frau Rauscher. Sie haben sinngemäß gesagt, Sie glauben, dass es vielen jungen Menschen schwerfallen wird, sich auf so lange Zeit zu verpflichten. Ich kann durchaus nachvollziehen, wie Sie auf diesen Gedanken kommen, und ich finde auch, dass er naheliegt. Allerdings wissen wir, dass dies in den Ländern, in denen es bereits eine Landarztquote gibt, nicht der Fall ist. Alle Daten, die ich kenne, weisen darauf hin – das schreibt beispielsweise auch der Hausärzterverband in seiner Stellungnahme –, dass es in den Ländern, die bereits eine Quote haben, ein hohes Interesse der Studierenden an dieser Zulassungsmöglichkeit gibt und dass sich zum Teil drei Interessenten auf einen solchen Platz bewerben. Mich würde interessieren, ob das jetzt ein Empfinden war, das Sie beschrieben und vorgetragen haben oder ob Sie andere Daten haben, die wir vielleicht noch berücksichtigen müssen.

Dann habe ich eine Frage an die Vertreterinnen und Vertreter der Universitäten – Sie können sich überlegen, wer konkret darauf antwortet –, die ein Stück weit über den Gesetzentwurf hinausgeht. Das, was wir bei der Zulassung jetzt machen, ist, dass wir nicht nur auf den Numerus clausus, also auf die Abiturnote, schauen, sondern auch andere Dinge einbeziehen, von denen wir glauben, dass sie für die Tätigkeit der Hausärztin bzw. des Hausarztes eine Relevanz haben. Wie schätzen Sie das generell ein? Sollten wir über das, was in dem Gesetzentwurf steht, hinaus weitere Kriterien bei der Auswahl berücksichtigen? – Ich weiß, dass die Universitäten das teilweise schon machen, nach meiner Wahrnehmung allerdings noch nicht flächendeckend.

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Zunächst habe ich eine Anmerkung und eine Frage in Richtung der kommunalen Familie. Wir wollten nicht so verstanden werden, dass die kommunale Familie die Verpflichtung und die Verantwortung hat, die Bedarfe zu berechnen und sie der Politik mitzuteilen. Wir wollen es eher so verstanden wissen, dass Sie uns entsprechende Anregungen geben und darauf hinweisen, wo Mitgliedskommunen einen Bedarf haben, der nicht gedeckt ist.

In diesem Kontext habe ich folgende Frage: Wir haben vor sieben bis acht Jahren die Zahl der Zulassungsbezirke für die hausärztliche Versorgung von etwa 26 auf 72 erhöht, um der Zentralisierungstendenz bei einem Praxisinhaberwechsel entgegenzuwirken. Wir hören aus der einen oder anderen Kommune, dass dies noch nicht ausreichend ist und dass ein weiterer Schritt sinnvoll wäre. Es gibt nämlich Zulassungsbezirke mit Gebietskörperschaften, in denen ein Teil der Bevölkerung eher wohlhabend und gebildet ist – wo sich sehr viele Ärzte niederlassen –, und mit Gebietskörperschaften, in denen dies erkennbar nicht der Fall ist. Eine Teilung wäre hier sinnvoll.

Halten Sie es für sinnvoll, dass wir, die kommunale Familie und das Land, gemeinsam beim GBA auf der Bundesebene eine Initiative ergreifen mit dem Ziel, dass der Zuschnitt der Zulassungsbezirke reformiert wird? Wären Sie bereit, uns die entsprechenden Argumente und Zahlen an die Hand zu geben, die zeigen, wo Sie das für sinnvoll erachten? – Ich vermute, Sie verfügen im Vergleich zu uns über größere Kenntnisse. – Das ist meine Frage an die Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Familie.

An die Vertreterinnen und Vertreter der Allgemeinmedizin gerichtet zunächst einmal: Herr Prof. Gerlach, ich oute mich als der Abgeordnete, der dies in seiner Rede in die Diskussion eingebracht hat. Es war für mich natürlich ein riesengroßes Erfolgserlebnis, dass eine Rede nachgelesen wurde und dass man aus ihr zitiert hat. Das hat man nicht jeden Tag. Ich nehme die Argumente sehr ernst und will auch die Position, die ich hier vorgebracht habe, noch einmal überdenken und die Argumente abwägen. – Das sage ich, um damit ein Signal zu geben.

Hinsichtlich des Einwandes, dass man versäumt habe, in den Gesetzentwurf zu schreiben, dass diese Veranstaltungen für die Studierenden, die den Studienplatz über die Landarztquote erhalten haben, obligatorisch sein sollten, sage ich: Wenn das so ist, müssen wir das nachbessern. Da gebe ich Ihnen völlig recht. Nur damit wir jetzt wissen, was wir verändern sollen: Für diejenigen, die über die Landarztquote einen Studienplatz erhalten, soll ein bestimmter Teil der Praktika und der Lehrveranstaltungen obligatorisch sein. Ein anderer Teil wird fakultativ angeboten; das bleibt als Angebot. Für die – hoffentlich sehr zahlreichen – Studierenden, die nicht über die Landarztquote hineingekommen sind und an diesen Veranstaltungen teilnehmen, bleibt das selbstverständlich freiwillig. Habe ich das richtig verstanden? Sehen Sie das genauso?

Abg. **Volker Richter**: Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Dieter. Die Finanzierung wurde oft angesprochen; Sie selbst haben auch über die Finanzfragen geredet. Ich hätte gern eine Aussage von Ihnen, wie Sie sich das vorstellen; denn wir erleben auf der Ebene der kommunalen Selbstverwaltung, z. B. im Kreistag des Landkreises Kassel, dass die Umlagen, also die Kosten für die Bürger über die kommunalen Steuern, immer höher werden. Wie stellt sich der Städtetag vor, dass wir aus dieser Situation herauskommen? Das, was wir jetzt sehen, ist nicht ausreichend.

Abg. **Yanki Pürsün:** Ich habe zwei Fragen. Die eine Frage bezieht sich auf die Sonderstatusstädte. Da war bislang nichts vorgesehen. Warum ist es jetzt einmal sinnvoll, obwohl es zuvor nicht vorgesehen und somit auch nicht sinnvoll war? Warum ist es sinnvoll, sich quasi nur um die zu kümmern, an denen man einen Anteil hat, statt um alle Krankenhäuser, die es am eigenen Ort geben kann?

Die andere Frage richtet sich an die Vertreterinnen und Vertreter der Universitäten: Wenn man die Stellungnahme durchliest – was wir natürlich gemacht haben –, stellt man fest, dass ein Fokus auf der Ausbildung zu liegen scheint. Sie haben es auch gerade angesprochen. Es ist nicht die einzige Rückmeldung, dass das, worüber wir in den Plenardebatten diskutieren, sehr ernst genommen und verfolgt wird und dass man auch daraus zitiert.

In Ihrer Stellungnahme und auch in Ihren Vorträgen hier äußern Sie sich aber nicht grundsätzlich zu der, wie ich es einmal sagen möchte, „Landquote“ – ich streiche das Wort „Arzt“ –; das ist mir da ebenfalls aufgefallen. Es stellt sich die Frage, ob das grundsätzlich die richtige Lösung ist – auch wenn hier gesagt wird, das ist nur ein Schritt. Aber wir hatten vorher schon einmal eine Anhörung, in der wir deutlich gemacht haben, dass viele Probleme ursächlich dafür sind, dass es im ländlichen Raum einen Mangel an Ärzten gibt. Ist das aus Ihrer Sicht der richtige Weg, oder haben Sie im Prinzip nur argumentiert, dass man, wenn man es schon so macht, zumindest nicht den Fehler X begehen sollte? – Es ist schließlich auch teilweise angeklungen, dass zehn plus zehn Jahre eine sehr lange Zeit sind, für die man sich festlegt. Die Wissenschaft entwickelt sich weiter; die Menschen entwickeln sich weiter. Das ist eine sehr starke Einschränkung für die Menschen, die es betrifft.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. – Weitere Wortmeldungen der Abgeordneten liegen mir nicht vor. Da die Vertreterinnen und Vertreter aller Institutionen angesprochen wurden, schlage ich vor, dass Sie in der Reihenfolge, in der ich Sie schon einmal aufgerufen habe, drankommen. Ich beginne mit Herrn Dr. Dieter. Bitte.

Herr **Dr. Dieter:** Die Frage nach der Finanzierung ist an mich gestellt worden. Die Finanzierung in Hessen erfolgt nicht allein über Umlagen, sondern ein Teil der Mittel für die Krankenhausinvestitionen – nicht ganz exakt hälftig – wird aus der Umlage gezogen, und mit dem anderen Teil wird der Kommunale Finanzausgleich belastet. Das zusammen ergibt die Finanzierung. Das Land beteiligt sich mit einem sehr geringen Betrag. Jetzt, im Corona-Jahr, wird die Beteiligung des Landes ein bisschen stärker, auch durch die Finanzierung aus dem Sondervermögen. Das ist aber ein temporärer Effekt. Strukturell bleibt es dabei, dass die finanziellen Hilfeleistungen des Landes deutlich zu gering sind.

Nach unserer Überzeugung – das geht aus dem Ländervergleich hervor – gibt es nur ein Land, das da unter Umständen noch schlechter finanziert, nämlich Baden-Württemberg, wobei wir, zugegeben, die dortige Finanzierung nicht ganz durchschauen. Es kann durchaus sein, dass selbst Baden-Württemberg noch mehr leistet. Jedenfalls leisten alle anderen Flächenländer einen größeren Beitrag zu den Krankenhausinvestitionen als Hessen. Allerdings kann ich Ihnen nicht im Einzelnen referieren, wie die das machen, wie weit also Umlageanteile, Kommunaler Finanzausgleich und andere Strukturen eine Rolle spielen. Das Ergebnis ist jedenfalls: Die originären Landesmittel sind in anderen Bundesländern deutlich höher.

Das wäre auch die Antwort auf die weitere Frage, die Sie gestellt haben. Wir erwarten schlicht – Sie wollten wissen, wie wir das beheben –, dass sich das Land stärker mit originären Landesmitteln an der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen beteiligt und sich nicht in der Weise zurückhält, wie das bisher der Fall ist. Wir sagen das allemal mit Blick auf die Zukunft; denn wir werden bei den Krankenhausinvestitionen wachsende Bedarfe haben, ganz gleich, wie wir die Struktur der Krankenhäuser künftig darstellen.

Wir warten auch auf einen Krankenhausgipfel, auf jeden Fall aber auf eine Besprechung, in der sich die Vertreter von Land und Kommunen mit diesen Strukturfragen auseinandersetzen. Wir haben den Eindruck, dass die Landesregierung auf unseren Wunsch eingeht, über die Strukturen und die Finanzierung zu sprechen. Eine ganz sichere Zusage haben wir allerdings noch nicht.

Die Situation der Sonderstatusstädte ist wohl tatsächlich erklärungsbedürftig. Aber es ist letztlich sehr einfach: Die Sonderstatusstädte wollen dort, wo sie selbst Krankenhäuser tragen, der Erwartung der Bevölkerung gerecht werden, dass sie die Krankenhäuser gegebenenfalls unterstützen können, ohne dass es dabei zu Verwerfungen kommt. Das geht sauber und klar am ehesten dadurch – vielleicht sogar ausschließlich –, dass sie ebenso wie kreisfreie Städte und die Landkreise einen Sicherstellungsauftrag bekommen. Das ist der ausdrückliche Wunsch der Sonderstatusstädte; das kommt von dort. Wir haben dem Wunsch unserer Mitglieder Rechnung getragen und dies beim Land vorgebracht.

Frau **Rauscher**: Ich habe mir zwei Fragen aufgeschrieben. Zum einen kam die Frage, ob das, was wir sagen, eher auf einem Empfinden beruht oder ob wir eine Datenlage haben. Das ist tatsächlich mehr ein Empfinden; eine Datenlage gibt es dazu nicht. Wir haben – wir sind mehrere Personen, die im Haus beschäftigt sind – bei den jungen Leuten im Bekanntenkreis nachgefragt, was sie davon halten, sich so lange zu binden. Tatsächlich ist das keine empirische Erhebung, sondern ein Empfinden, das man mit den Ergebnissen der Gespräche im persönlichen Bereich abgeglichen hat.

Zum anderen kam eine Frage nach den Zulassungsbezirken. Ja, deren Zahl wurde schon erhöht. Das ist uns auch aufgefallen. Wir würden es begrüßen, wenn wir zumindest darüber nachdächten, uns da zusammzusetzen; denn wir haben, häufig aus ländlicheren Gebieten, Rückmeldungen, wonach sich die Ärzte im vorderen Teil eines Bereichs ballen, während es, wenn man



Pech hat, im hinteren Teil des Bereichs genau andersherum ist und man einige Kilometer zurücklegen muss, um einen Hausarzt aufzusuchen. Man versucht, das Problem über kommunale Ärztezentren zu lösen. Wir sind aber nicht ganz sicher, ob dies das Gelbe vom Ei ist. Ich kann Ihnen also nicht sagen, ob eine weitere Teilung der Zulassungsbezirke sinnvoll ist, aber es ist mit Sicherheit gut, darüber zu sprechen. Man müsste sich dann aber auch die Zuschnitte der Gebiete anschauen – nicht dass man ein Gebiet zuschneidet, und dann ballen sich die Ärzte wieder nur am äußeren Rand. Das muss man sich auf jeden Fall anschauen.

Herr **Prof. Dr. Gerlach**: Ich beantworte die Fragen von Frau Böhm, Herrn Bartelt und Herrn Pürsün. Die Frage von Herrn Martin wird Frau Dr. Herkelmann beantworten.

Frau Böhm, Sie haben zu Recht gefragt, wieso wir die Landarztquote jetzt begrüßen, obwohl wir bei der letzten Anhörung, als es um den SPD-Gesetzentwurf ging, gesagt haben, sie sei keine gute Idee. Das ist erläuterungsbedürftig. Wir sind nach wie vor fest davon überzeugt, dass eine freiwillige Lösung, die auf intrinsischer Motivation und auf einem attraktiven Angebot beruht, der beste Weg wäre. Aber wir sehen auch, dass es einen entsprechenden politischen Willen gibt. Die großen Fraktionen in diesem Haus, die die Mehrheit bilden – SPD, GRÜNE, CDU –, wollen die Landarztquote, und es wird so kommen. Jetzt geht es tatsächlich um diesen Punkt – Herr Pürsün hat das so zusammengefasst –: Wenn man es schon macht, dann aber bitte richtig.

Wir sehen auch, dass alle Flächenbundesländer in Deutschland eine Landarztquote entweder schon eingeführt haben oder sie einführen werden. Sie werden wahrscheinlich auch politisch ganz schwer darum herumkommen. Also geht es darum, das jetzt gut zu machen.

Ich komme jetzt auf die Frage von Herrn Pürsün zurück: Natürlich ist die Latenz extrem hoch – zu hoch. Das war einer unserer Kritikpunkte. Bedenken Sie bitte, wir fangen jetzt an. Sie legen einen Gesetzentwurf vor. Frühestens im nächsten Herbst geht es los. Dann ist schon wieder ein Jahr vorbei. Das Studium hat eine Mindestdauer von sechs Jahren. Dann kommt die Weiterbildung, die mindestens fünf Jahre dauert. Nach unseren Befragungen dauert sie aber wegen Kindererziehung, Teilzeitarbeit usw. im Durchschnitt achteinhalb Jahre. Das heißt, von heute an gerechnet werden Sie in 15 Jahren, also im Jahr 2036, den ersten Landarzt gebacken haben. Das ist eine lange Latenz. Das heißt nicht, dass man das nicht machen sollte. Aber man muss sich klar werden, dass es bis dahin quantitativ auf keinen Fall reicht. Die KV Hessen hat das sehr schön berechnet. Quantitativ müssen wir mehr tun.

Ich gehe zunächst einmal auf das ein, was Herr Pürsün gesagt hat; denn das passt inhaltlich dazu. Wir müssen gleichzeitig strukturelle Änderungen auf den Weg bringen: eine andere Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Wir brauchen neue, attraktive Tätigkeitsmodelle, etwa Arbeiten im Team. Die Zukunftspraxis ist eine Teampraxis. Es muss möglich sein, angestellt tätig zu sein. Es muss möglich sein, Teilzeit zu arbeiten, und es muss vielleicht eine Kinderbetreuung angeboten werden. Wir brauchen eine andere Verzahnung mit Zentren, auch auf dem digitalen Weg. Wir brauchen eine andere Vergütung.

Im Koalitionsvertrag ist von der „Entbudgetierung in der hausärztlichen Versorgung“ die Rede. Das begrüßen wir. Wir brauchen aber auch Vergütungsanreize im ländlichen Raum. All das muss zusammen mit einer Reform der Krankenhausstrukturen auf den Weg gebracht werden, damit die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum attraktiv wird.

Zurück zu den Fragen von Frau Böhm: Wir wollen das Schwerpunktcurriculum tatsächlich an allen Universitäten anbieten. Die Universitäten in Marburg, Gießen und Frankfurt arbeiten ganz eng zusammen. Wir haben uns auch inhaltliche Schwerpunkte überlegt. Übrigens kooperieren wir auch schon mit den Vertretern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes; denn wir denken, dass es bei beiden Quoten eine gewisse Überlappung geben kann. Es ist vorgesehen, dass es in ganz Hessen digitale Konferenzräume in den Landkreisen und an den Universitäten gibt, sodass auch eine räumliche Distanzen überbrückende Verzahnung möglich wird. Zum Beispiel wird ein Seminar, das an der Universität in Gießen zu dem Thema „Kinder- und jugendmedizinische Versorgung in Praxen“ durchgeführt wird, an alle Standorte übertragen. Da haben wir wirklich eine enge Verzahnung vor. Frau Böhm, das soll aus unserer Sicht nicht für alle Medizinstudierenden verpflichtend sein – so wird darüber nicht diskutiert, und so ist das bisher nicht vorgesehen –, sondern für die, die über die Landarztquote kommen.

Im Übrigen muss man das im Kontext mit dem Masterplan Medizinstudium 2020 und der neuen Approbationsordnung sehen. In dieser wird es – zwar mit Verzögerung, aber ich bin überzeugt, dass es so kommen wird – weitere Veränderungen geben. Das Fach Allgemeinmedizin wird ein sechswöchiges Praktikum bekommen, sodass alle Studierenden in verschiedenen Phasen des Medizinstudiums in hausärztlichen Praxen sind. Die Allgemeinmedizin wird über ein PJ-Quartal, das obligatorisch in vertragsärztlichen Praxen durchgeführt wird, gestärkt sowie dadurch, dass alle in diesem Fach geprüft werden.

Herr Bartelt, Sie müssen sich jetzt klarmachen, dass dieses Schwerpunktcurriculum 5 bis etwa 10 % des Studiums umfasst. Es ist nicht so, dass dann alle nur noch studieren, um Landarzt zu werden, sondern es wird ein Teil der Ausbildung dort absolviert. Wir verknüpfen das auch mit den Pflichtangeboten. Das heißt, alle müssen ein Blockpraktikum machen. Alle müssen ein Praktisches Jahr absolvieren. Der Unterschied ist, dass die Studierenden im Schwerpunktcurriculum Landarztquote diesen Teil in ländlichen Praxen sowie in ländlichen Kliniken absolvieren, dass dies in entsprechenden Seminaren vor- und nachbereitet wird und dass die Studierenden von Mentoren begleitet werden. Sie haben praktisch einen speziellen Fokus auf die Ausbildung zum Landarzt, aber das ist kein anderes Studium. Das ist in das normale Studium voll integriert.

Herr Bartelt, ich habe es außerdem so verstanden, dass Sie Ihre Äußerung in der Debatte – die wir in der Tat vernommen haben – inzwischen überdacht haben. Ich höre bei Ihnen eine gewisse Zustimmung zu dem heraus, was wir zu dem Thema „Auswahl der Fachgebiete“ gesagt haben. Es sollten eben Fachgebiete sein, die auf die Tätigkeit des Landarztes, also die Grundversorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum, optimal vorbereiten. Da muss man einfach klar sagen: Wir schätzen und brauchen die Internisten sehr, aber sie sollten nicht unter die Landarztquote für die Grundversorgung fallen.

Zu Herrn Pürsün: Die Landarztquote ist – ich kann mich da nur wiederholen –, wenn sie jetzt so eingeführt wird, grundsätzlich etwas, was Hessen nach vorne bringen kann; denn das, was Sie jetzt in dem Gesetzentwurf stehen haben, gibt es in dieser Form in anderen Bundesländern nicht. In anderen Bundesländern hat man ein Gesetz beschlossen. Auf dieser Basis müssen Studieninteressierte einen Vertrag unterschreiben, mit dem sie sich verpflichten, im Anschluss an das Studium zehn Jahre im ländlichen Raum zu arbeiten. Aber es gibt keine Vorbereitung und keine Begleitung.

Ich möchte wetten – ich kann es jetzt nicht beweisen –, dass wir in Hessen die niedrigsten Abbruchquoten sowie die am höchsten motivierten und am besten vorbereiteten Studierenden haben werden und dass andere das nachmachen werden. Wir haben jetzt schon Anfragen aus Nordrhein-Westfalen und aus – ich glaube – Baden-Württemberg. Dort interessiert man sich dafür und überlegt, das zu übernehmen. Hessen ist an der Stelle wirklich vorn. Wir machen das zwar später als andere, aber wir haben – davon bin ich überzeugt – das beste Konzept.

**Frau Dr. Herkelmann:** Herr Martin, Sie haben eine Frage zu den Auswahlkriterien in der Stufe 1 gestellt: ob wir da Änderungen empfehlen. Auf die Hinzunahme der Hochschulzugangsberechtigung bin ich schon eingegangen. Dadurch soll in Kombination mit den anderen Kriterien, die bisher schon vorgesehen sind, der langfristige Studienerfolg sichergestellt werden.

Wir haben in der Stellungnahme noch zwei Formulierungsvorschläge gemacht, zum einen hinsichtlich des Ehrenamtes, um das an das Gesetz über die Zulassung zum Hochschulstudium in Hessen anzugleichen und auch praktische Tätigkeiten, etwa Freiwilligendienste, zu erfassen. Zum anderen würden wir eine Berufsausbildung ab der Dauer von einem Jahr einbeziehen, um die Bewerberinnen und Bewerber nicht auszuschließen, die ihre Berufsausbildung zugunsten des Studiums vorzeitig beenden. Vor allem zeigt sich an dem Punkt noch einmal die Relevanz der Evaluation; denn das Evaluationskonzept ist longitudinal und umfasst alle Module des hessischen Weges, also auch des Auswahlverfahrens. Wir werden das Auswahlverfahren evaluieren und könnten die Kriterien nach den Ergebnissen gegebenenfalls anpassen, sie z. B. anders gewichten, und dementsprechend andere Empfehlungen aussprechen.

**Vorsitzender:** Weitere Wortmeldungen dazu sehe ich nicht. – Dann darf ich mich bei den Anzuhörenden der Gruppe 1 ganz herzlich für ihre Ausführungen bedanken. Wenn Sie Interesse haben, können Sie die Anhörung gern auf der Besuchertribüne weiterverfolgen.

Ich darf nunmehr die Anzuhörenden der Gruppe 2 nach unten bitten. Als Vertreterin der ersten hier aufgeführten Institution, der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Philipps-Universität Marburg, erteile ich Prof. Annette Becker das Wort.

Frau **Prof. Dr. Becker**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank, dass ich hier sprechen darf. Ich bin Studiendekanin an der Philipps-Universität Marburg und Leiterin der Abteilung für Allgemeinmedizin. Insofern habe ich mehrere Hüte auf. Wie schon Herr Gerlach gesagt hat, sprechen wir gleichzeitig für alle drei hessischen Fachbereiche für Medizin in Gießen, Frankfurt und Marburg; denn wir sind uns einig, dass wir mit dem Gesetzentwurf auf einem sehr guten Weg sind, insbesondere durch die Kombination mit dem „hessischen Weg“.

Sie haben schon ganz viel gehört; ich will das nicht wiederholen. Vielmehr möchte ich Sie auf eine Studie hinweisen, die im Mai 2021 von kanadischen Wissenschaftlern veröffentlicht worden ist. Sie haben alle Belege dafür zusammengetragen, dass wir über eine frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Fach Allgemeinmedizin – mit der Primärversorgung – hinsichtlich der späteren Wahl eines Fachs für die fachärztliche Weiterbildung tatsächlich etwas erreichen. Elf Studien hat man zusammengetragen, und es ist ganz klar: Wir haben einen Effekt, wenn wir die Studierenden ganz früh abholen und sie möglichst wiederholt mit Praktika, also mit einem sogenannten Längsschnittpraktikum, auf die Tätigkeit im ländlichen Raum vorbereiten. Das heißt, die Evidenz ist – wie wir Wissenschaftler immer sagen – ganz eindeutig.

Ich glaube, vor dem Hintergrund kann man sagen, dass wir in Hessen hoch innovativ sind und mit dem „hessischen Weg“, den wir hier skizziert haben, deutschlandweit beispielhaft sein können. Wir dürfen die Studierenden auf diesem Weg nicht alleinlassen. Wir müssen darauf achten, dass wir keine Stigmatisierung vornehmen, und wir müssen darauf achten, dass die Studierenden eine qualitativ hochwertige Ausbildung erhalten, sodass andere eher neidisch sind, statt sich abfällig zu äußern. Ich habe gehört, dass man an anderen Standorten durchaus von den „Landeiern“ spricht. So etwas darf auf keinen Fall passieren.

Vor dem Hintergrund haben wir mehrere Rückmeldungen gegeben. Wir haben vier Schwerpunkte, die auf dieser Zielsetzung basieren. Wir bitten darum, dass das Schwerpunktcurriculum – die Begleitung durch eine gute curriculare Ausbildung – verpflichtend wird. Herr Gerlach, Frau Herkelmann und Herr Rolle haben das schon gesagt. Wir möchten, dass unser Curriculum evaluiert wird und immer wieder angepasst werden kann, damit es optimal ist. Außerdem sollten wir die Hochschulzugangsberechtigung in die Auswahlkriterien aufnehmen. – So viel von meiner Seite.

Herr **Prof. Dr. Kreuder**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Möglichkeit, uns als Vertreter der dritten Partneruniversität – das klingt eben schon an – zu dem Gesetzentwurf zu äußern. Ich denke, es ist klar geworden, hierbei handelt es sich um eine Stellungnahme, die nicht aus politischen, sondern aus inhaltlichen Gründen von den jeweiligen Fachinstituten, Abteilungen und Universitäten auf den Weg gebracht wurde.

Frau Becker hat schon wichtige Punkte angesprochen. Ich möchte noch einmal hervorheben, wie wichtig es uns ist, dass wir die Studierenden dort mitnehmen. Das Stichwort „Stigmatisierung“ ist

eben gefallen. Wir haben ausführlich und intensiv darüber gesprochen. Das, was jetzt vorgesehen ist, nämlich dass wir ein Schwerpunktcurriculum mit einem Wahl- und einem Pflichtanteil gestalten, ist eine der Möglichkeiten. Es ist ganz wichtig, dass bei den dort vorgesehenen Veranstaltungen zur Förderung der Allgemeinmedizin auch die – wenn man so will – Nicht-Landarztstudierenden einbezogen werden.

Wir können – ich glaube, das ist ein Vorteil der Planungsphase – ein sehr breites Spektrum an Veranstaltungen anbieten. Wie Herr Prof. Gerlach schon sagte, können die Universitäten dort einzelne Schwerpunkte setzen. In Marburg wird es das interprofessionelle Arbeiten sein, in Frankfurt die Digitalisierung. In Gießen legen wir einen Schwerpunkt auf die grundversorgende Kinder- und Jugendmedizin. Genau diese Lehrveranstaltungen sollen standortübergreifend genutzt werden können. Wir haben dann zwar einen Pflichtanteil und auch eine Verpflichtung, aber wir tun wirklich alles – wir haben sehr intensiv darüber gesprochen –, um den Studierenden den Weg in eine erfolgreiche Weiterbildung bahnen zu können. – Herzlichen Dank.

Herr **Henke**: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung. Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden setzt sich als legitimierte Interessenvertretung für die Interessen der 100.000 Medizinstudierenden in Deutschland ein. Wir haben gemeinsam mit den medizinischen Fachschaften in Hessen dieses Papier verfasst.

Zunächst einmal ist zu sagen, dass eine Landarztquote vom Grundsatz her kein geeignetes Mittel zur Lösung des Kapazitätsproblems darstellt; denn – das wurde eingangs schon angemerkt – sie zielt nicht auf den richtigen Zeitpunkt ab. Das Problem, um das es geht, haben wir jetzt und in den kommenden Jahren. Wirksam wird die Landarztquote aufgrund der Dauer der Aus- und Weiterbildung frühestens in 15 Jahren. Was sie aber jetzt schon bewirkt, ist, dass sie den positiven Dialog, den wir haben wollen, um zu zeigen, es kann attraktiv sein, im ländlichen Raum zu arbeiten, und es kann attraktiv sein, im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu arbeiten, konterkariert, indem der Eindruck entsteht, dass man von vornherein auf Zwang setzt und dass das Umfeld so unattraktiv ist, dass man das Problem nur noch über eine Quote lösen könne. Deswegen möchten wir unabhängig von konkreten Vorhaben an alle appellieren, die positiven Seiten dieser Berufsfelder in den Vordergrund zu stellen. Das ist für die Menschen meiner Altersgruppe relevant.

Hinzu kommt, dass die Quote einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsfreiheit junger Menschen darstellt. Wenn sich Menschen für ein Studium über die Landarztquote entscheiden, verpflichten sie sich für einen Zeitraum, der länger ist als ihr bisheriges Leben.

Außerdem ist die Quote sozialpolitisch in hohem Maße ungerecht. Wer reiche Eltern oder einen wohlhabenden Hintergrund hat, kann sich durch die Zahlung der Vertragsstrafe herauskaufen.

All das sind maßgebliche Argumente gegen eine Landarztquote. Dennoch sehen wir auch den politischen Willen, der zurzeit besteht, und möchten deswegen einige konkrete Vorschläge zum Vorgehen machen.

Zunächst ist es aus unserer Sicht wichtig, bei dem Gebot, die Weiterbildung unverzüglich aufzunehmen, zumindest in der Gesetzesbegründung einige Realitäten des Medizinstudiums zu betrachten. Viele Studierende benötigen am Ende ihres Studiums noch einige Monate Zeit, z. B. um ihre Promotion oder einen Auslandsaufenthalt abzuschließen. Dieser Zeitraum darf nicht als schuldhaftes Verzögern und damit als Auslöser der Vertragsstrafe gewertet werden.

Außerdem ist es wichtig, dass wir für die Zulassung ein strukturiertes Verfahren wählen, das standardisiert ist und auf validierte Verfahren setzt. Ich studiere in Baden-Württemberg. Dort setzen wir in den Auswahlverfahren auf sogenannte Multiple Mini Interviews. Diese sind standardisiert und gewährleisten auch über Gruppen hinweg ein vergleichbares Auswahlverfahren, das dadurch nicht nur ein faires Verfahren für die Bewerberinnen und Bewerber darstellt, sondern vor allem auch Rechtssicherheit für Ihre Seite schafft. Studienbewerberinnen und -bewerber können so am Ende nicht sagen, das Auswahlverfahren sei gar nicht valide gewesen.

Details zum Auswahlverfahren – das ist uns bewusst – werden in einer nachfolgenden Rechtsverordnung festgeschrieben werden müssen. Das ist schon in § 11 des vorliegenden Gesetzentwurfs festgehalten. Wir möchten herausstellen, dass es wichtig sein wird, eine Anhörung der Verbände durchzuführen – wir wissen, dass eine solche Anhörung in anderen Ländern durchgeführt wurde –; denn in der Rechtsverordnung werden maßgebliche Details zur Durchführung verankert werden müssen. Deswegen wird es maßgeblich sein, die unterschiedlichen Gruppen auch dazu anzuhören.

Wir als Studierende stehen jeweils für eine weitere Anhörung und überhaupt für den weiteren Prozess gern zur Verfügung. Wir bitten darum, dass man uns als Gruppe berücksichtigt; denn wir sind diejenigen, um die es bei diesem Vorhaben im Kern geht. – Vielen Dank.

Herr **Eßlinger**: Sehr geehrte Damen und Herren! Ich vertrete die Fachschaft Humanmedizin der Universität in Gießen. Wir haben unsere Stellungnahme zusammen mit den BVMD und allen anderen Fachschaften in Gießen verfasst. Genauso wie unsere Universitäten und unsere Dekanate haben wir uns abgesprochen. Dementsprechend kann ich jetzt nur noch in die Kerben schlagen, in die schon mehrfach geschlagen wurde.

Die Landarztquote läuft so, wie Sie darstellen, große Gefahr, dass dadurch der Beruf des Landarztes und der Beruf des Hausarztes als etwas nicht Erstrebenswertes stigmatisiert werden. Das haben wir jetzt schon mehrfach gehört. Außerdem besteht die Gefahr – das haben wir schon von den Anzuhörenden der ersten Gruppe gehört –, dass Studierende, die Plätze über die Quote erhalten haben, am Ende zu hören bekommen, dass sie nur über die Quote hineingekommen seien, und das Gefühl haben, Studierende zweiter Wahl zu sein. Das darf auf keinen Fall passieren. Ich glaube, es ist auch nicht das, was Sie wollen. Daher müssen Sie unserer Meinung nach die Platzvergabe über die Quote verbessern und das Angebot somit attraktiver machen, sodass jeder Studierende, der einen Platz über die Quote erhält, sagen kann: Ich habe das nicht nur gewählt, weil ich keine andere Chance hatte, Medizin zu studieren.

Dafür kämen für uns hauptsächlich zwei Punkte infrage. Frau Schayan-Araghi wird gleich etwas zum Stipendium sagen. Ich möchte wieder einmal auf das Schwerpunktcurriculum Bezug nehmen. Wir finden es absolut essenziell, dass hier angesetzt wird, um eine adäquate, gute und gut finanzierte Lehre zu machen. Unsere Dekanate stehen unter anderem mit uns im Kontakt, um das auszuarbeiten. Es muss ganz klar sein, dass es genug Plätze gibt, sodass auch Studierende, die nicht über die Quote hineingekommen sind, sondern einfach so einen Medizinstudienplatz erhalten haben, daran teilnehmen können. Ich glaube nämlich, dass Sie so sehr viel mehr Studierende für den Beruf des Landarztes begeistern können als über die Quote. Das sind eigentlich die Maßnahmen, die wir uns zusammen mit unseren Dekanaten vorstellen.

Frau **Schayan-Araghi**: Meine Damen und Herren! Zunächst einmal vielen Dank von uns aus Gießen, dass wir als Medizinstudierende und daher als direkt Betroffene in den Prozess einbezogen werden, damit wir hier miteinander und nicht nur übereinander reden und gemeinsam sinnvolle Lösungen finden können.

Als ich nach meinem Bundesfreiwilligendienst mit 19 Jahren mein Medizinstudium in Gießen begonnen habe, wusste ich noch nicht, als was und, vor allem, wo ich die nächsten 25 Jahre meines Lebens arbeiten würde. Wenn ich über die Landarztquote hineingekommen wäre, hätte ich mich für einen Zeitraum – alles in allem 25 Jahre – verpflichtet, der tatsächlich viel länger als mein bisheriges Leben gewesen wäre. Eine Verpflichtung für diesen unverhältnismäßig langen Zeitraum wird aber in der aktuellen Fassung des Gesetzentwurfs – zehn Jahre Verpflichtung im Anschluss an die Ausbildung – tatsächlich verlangt.

Damit aber die von meinen Vorrednern genannten Maßnahmen wirklich Früchte tragen, müssen unserer Meinung nach wir als zukünftige Ärztinnen und Ärzte die Entscheidung für die Arbeit auf dem Land aktiv treffen; denn nur so bleiben die tatsächlich motivierten und engagierten Ärztinnen und Ärzte den Regionen langfristig erhalten. Das wird durch Zwang kaum möglich sein.

Um das aufgrund des Landarztcurriculums zusätzlich sehr aufwendige Studium gut bewältigen zu können, sollten Studierende finanziell unabhängig sein. Das muss – nicht „kann“, wie es im aktuellen Entwurf steht – durch ein Stipendium sichergestellt werden. Die Zeit, die durch das Wegfallen von Nebenjobs eingespart wird, kann in Praktika, verschiedene Mentoringprogramme und andere Maßnahmen investiert werden. Diese führen dazu, dass Studierende frühzeitig die Arbeitsweisen und die Orte auf dem Land jenseits der Universitätsstädte kennenlernen, sodass sie sie in den Bann ziehen und motivieren können, langfristig dort zu bleiben.

Das Auswahlverfahren haben Herr Prof. Rolle und Frau Dr. Herkelmann schon angesprochen. Es muss evidenzbasiert sein und im Sinne der Qualitätssicherung und der Chancengleichheit regelmäßig evaluiert werden. Was den weiteren Prozess betrifft, halten wir es ebenso wie die BVMD für wichtig, dass wir als studentische Betroffene und verschiedene Verbände gerade auch bei der Formulierung der Detailregelungen und der Ausgestaltung der Verordnung weiter eingebunden werden. Wir freuen uns auf einen konstruktiven und sachlichen Diskurs, um das Problem

der landärztlichen Unterversorgung bestmöglich – und natürlich auch multimodal, wie bereits angesprochen - in Angriff zu nehmen. – Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Besten Dank. – Mir liegen aktuell zwei Wortmeldungen vor. Als Erste hat die Kollegin Böhm das Wort.

Abg. **Christiane Böhm:** Herzlichen Dank auch für Ihre Stellungnahmen und für Ihre mündlichen Erläuterungen. Ich möchte Fragen an die Vertreter der Fachbereiche Medizin an den Universitäten Marburg und Gießen stellen. Sie haben eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben. Ich bitte Sie, selbst zu entscheiden, wer jeweils darauf antwortet oder ob beide antworten wollen – was mir auch recht ist.

Zunächst einmal: Ich verstehe es, nachdem ich auch schon Fragen an die Vertreter der Uni Frankfurt gestellt habe, so, dass Sie sagen, das Schwerpunktcurriculum sei so wichtig, dass es gut ausgestaltet werden soll. Ich möchte mich an dieser Stelle sehr herzlich bei Ihnen allen bedanken, die Sie daran gearbeitet haben. Ich denke bzw. ich erwarte, dass das ein Fortschritt ist. Auch den Stellungnahmen der Studierenden kann man entnehmen, dass hier Schritte gegangen werden, die in eine richtige und gute Richtung führen.

An die Vertreter der Universitäten habe ich zwei Fragen, die sich auf die Auswahlkommission und die Auswahlverfahren beziehen. Die Auswahlverfahren sind in dem Gesetzentwurf ein bisschen intensiver beschrieben. Ist das ein Fortschritt? Wie sehen Sie das insgesamt? Wie soll diese Auswahl Ihrer Meinung nach zustande kommen? – Sie hatten Bedenken bezüglich des Treffens der Auswahl. Hier ist daran gedacht, dass die zuständige Stelle, also das Landesprüfungsamt, eine Auswahlkommission bilden soll. Das ist bei Ihnen aber nicht auf Zustimmung gestoßen. Vielleicht können Sie die Gründe dafür erläutern; denn das ist in der bisherigen Diskussion noch gar nicht oder zu wenig aufgegriffen worden. Was befürchten Sie, wenn es so gemacht wird, wie es im vorliegenden Gesetzentwurf steht? Welche Bedenken haben Sie?

Bei meiner zweiten Frage an Sie geht es um Folgendes: Wir haben in diesem Ausschuss gerade einen Gesetzgebungsmarathon. Ich glaube, das ist innerhalb von zwei Wochen der vierte oder fünfte Gesetzentwurf, zu dem wir eine Anhörung durchführen. Letzte Woche ging es unter anderem um das PsychKHG. Da wurde sehr stark betont, dass wir einen großen Mangel an Psychiaterinnen und Psychiatern haben. Wie sehen Sie das? Zeigt sich das in Ihrer Universität tatsächlich schon während des Studiums deutlich, oder wo verschwinden die? Wäre das nicht auch eine Berufsgruppe, die man fördern müsste, oder ist das noch nicht so dramatisch, weil es sich um eine kleinere Gruppe von Ärztinnen und Ärzten handelt? – Allerdings sehen wir, gerade wenn es um Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater geht, ein großes Problem bei der Versorgung.



Meine Frage an die Medizinstudierenden ist – Sie entscheiden bitte auch selbst, wer die am besten beantworten kann –: Sie sind auch auf die Stipendien eingegangen. Erwarten Sie mehr Erfolg durch die Stipendien als durch die Landarztquote, oder müsste etwas Konkreteres in das Gesetz geschrieben werden, um darüber Studierende zu finden, die von Haus aus keine Möglichkeit haben, ein Studium in diesem Bereich zu beginnen, das schließlich, wie wir heute gehört haben und natürlich auch schon wussten, sehr lange dauert?

Sie haben auch etwas zu der Auswahl der Medizinstudierenden gesagt, insbesondere auf Baden-Württemberg bezogen. Sehen Sie es mir bitte nach, aber ich kenne dieses Multiple Mini Interviews-Verfahren nicht. Möglicherweise ist es zu kompliziert, um es hier darzustellen. Aber vielleicht können Sie zwei oder drei Sätze dazu sagen, sodass ich es mir im Nachhinein anschauen kann. Das würde mich interessieren.

Ich habe es so verstanden, dass dieses Schwerpunktcurriculum auch von Ihnen sehr stark befürwortet wird. Sagen Sie: „Wenn wir das Schwerpunktcurriculum bekommen, können wir die Landarztquote sozusagen mitnehmen“, oder sagen Sie: „Das eine wäre gut, und das andere wäre wenig hilfreich“? Dazu hätte ich von Ihnen gern eine Aussage. – Ich bedanke mich.

Abg. **Volker Richter**: Ich habe eine Frage an Herrn Henke. Es sind alle auf die Verpflichtungen eingegangen, und so, wie ich das mitbekommen habe, liegen die etwas schwerer im Magen. Bei denjenigen, die keine Verpflichtung eingehen, besteht natürlich ein gewisses Risiko dahin gehend, dass sie eventuell gar nicht in diesen Bereich gehen, sondern andere Angebote annehmen, ob die nun aus dem Ausland kommen oder ob es um eine Direktanstellung in einem stadtnahen Klinikum geht, in dem die Lebensumstände und vielleicht auch die Freizeitmöglichkeiten besser sind. Für wie hoch schätzen Sie das Risiko ein, dass die Quote nicht erfüllt wird, wenn es keine solche Verpflichtung gibt? Welche Anreize freiwilliger Art würden Sie setzen, damit so etwas nicht passiert? – Das würde mich interessieren; denn einerseits kann ich das verstehen, und andererseits würde dann die Quote eventuell nicht erreicht werden, und dabei gibt es ein gewisses Problem.

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt**: Ich habe als Erstes eine Frage an die Vertreter der Lehre der Allgemeinmedizin. Vorausschicken möchte ich meinen Dank dafür, was Sie alles für die Allgemeinmedizin geleistet haben. Ich habe Mitte/Ende der Siebzigerjahre Medizin studiert. Da steckte die Allgemeinmedizin noch in den Kinderschuhen. Die Lehre der Allgemeinmedizin begann mit einer Person und einem kleinen Büro am Rande des Klinikgeländes. Seitdem hat es doch eine enorme Entwicklung gegeben. Daher einen herzlichen Dank für Ihr großes Engagement!

Nun zu meinen Fragen: Sie haben die kritischen Äußerungen der Studierenden gehört. Das deckt sich mit dem, was wir in vielen einzelnen Gesprächen gehört haben, die wir alle geführt haben.

Wir müssen die Studierenden noch mehr mitnehmen. Das ist in Abwägung der unterschiedlichen Interessen schwierig, aber es muss uns gelingen.

Damit ist die Frage verbunden: Sie beraten sich auch mit anderen Lehrenden der Medizin. Wir verlangen sehr viel von den Studierenden. Die Allgemeinmedizin soll mit aufgenommen werden, und die jungen Leute sollen mehr über Psychiatrie wissen. Das sind alles sehr berechtigte Forderungen. Aber wie weit beraten Sie sich mit den anderen Lehrenden über eine Entschlackung des Medizinstudiums? – Über ein bestimmtes spezialisiertes Wissen, das in den Gegenstandskatalogen aufgeführt ist – ich glaube, heute heißt das ein bisschen anders –, muss nicht unbedingt jeder Mediziner der Allgemeinmedizin verfügen. Das braucht auch nicht unbedingt prüfungsrelevant zu sein. Wir sind auf Ihr Fachwissen angewiesen und darauf, dass Sie sich in diesen Konferenzen und Beratungen damit auseinandersetzen, auch hinsichtlich des Masterplans 2020 – das Jahr ist zwar vorbei, aber der Masterplan heißt immer noch so – und der Änderung der Approbationsordnung. Da werden jetzt vorsichtig die Jahre 2024/2025 angepeilt. Inwieweit kommunizieren Sie mit den anderen Hochschullehrern darüber, dass man die Lehrpläne wirklich entschlacken kann? – Das würde mich interessieren.

Zweite Frage. Heutzutage haben wir es vornehmlich im ländlichen Raum mit einer Unterversorgung in der ambulanten Medizin zu tun. Wir wissen aber nicht, wie sich das entwickelt, wenn die ersten Landarztstudierenden ins Berufsleben eintreten. Es ist nicht ganz unwahrscheinlich, dass zu den unterversorgten Gebieten dann auch – ich drücke mich einmal so aus – Stadtteile von Großstädten mit einer problematischen Sozialstruktur gehören. Inwieweit werden die Studierenden präventiv auf diese Form der Medizin vorbereitet – Stichwörter: Migration; Menschen, die keinen strukturierten Tagesablauf haben? Haben Sie da schon irgendwelche Ideen? – Das sind meine zwei Fragen an die Lehrenden der Allgemeinmedizin.

Jetzt habe ich noch zwei Fragen an die Vertreter der Studierenden. Wir nehmen Ihre Argumente sehr ernst, und wir freuen uns sehr, dass Sie sagen, Sie wollten in einen kritischen, durchaus auch kontroversen Dialog eintreten. Dieser Dialog ist zwingend notwendig.

Erste Frage. Sie sprachen von einer standardisierten Form der Auswahlgespräche. Was ich noch nicht ganz verstanden habe: Halten Sie es für richtig, dass bestimmte Ausbildungen in medizinischen Berufen als positives Kriterium einbezogen werden sollen? Wenn ja, welches Gewicht würden Sie dem beimessen? – Ihre Haltung dazu würde mich interessieren.

Zweite Frage. Selbstverständlich ist die Forderung nach mehr Medizinstudienplätzen völlig berechtigt. Dennoch – das ist zumindest meine Meinung – müssen gewisse regulatorische Dinge im Hinblick auf die unterversorgten Gebiete sein. Die Landarztquote soll schließlich nur ein kleiner Baustein sein. Haben Sie da irgendwelche Ideen? Welche regulatorischen Dinge wollen Sie in die politische Diskussion einbringen – nicht um einen Gegensatz zur Landarztquote aufzubauen, sondern einfach um das Spektrum der Diskussion zu erweitern?

Abg. **Stephan Grüger:** Ich richte meine Frage an Frau Schayan-Araghi von der Fachschaft Humanmedizin. Sie haben gesagt, es sei jungen Leuten im Alter von 19 Jahren nicht zumutbar, sich für zehn Jahre zu binden. Ist Ihnen bekannt, dass man sich, wenn man bei der Bundeswehr Medizin studieren will, für 17 Jahre verpflichten muss? – Man kann auch viele andere Sachen nur machen, wenn man sich für einen längeren Zeitraum verpflichtet. Insofern ist es völlig gängig, von volljährigen Menschen zu erwarten, dass sie sich mit Blick auf das, was sie gern machen würden, und mit Blick auf ihre beruflichen Aussichten für längere Zeit verpflichten. Zehn Jahre finde ich einen durchaus überschaubaren Zeitraum.

Abg. **Turgut Yüksel:** Meine Frage und meine Anmerkungen richten sich hauptsächlich an die Studierenden. Ich habe das Gefühl, dass ein gewisser Neid eine Rolle spielt. Dann sollten Sie, wie Herr Bartelt gesagt hat, Alternativen aufzeigen, wie wir das Problem lösen können. Meine persönliche Vorstellung ist, dass der NC geändert wird, sodass man nicht unbedingt einen Notendurchschnitt von 1 oder 1,3 haben muss, um Medizin studieren zu dürfen. Das sage ich auch aus ganz persönlichen Gründen: Mein Sohn hatte einen Notendurchschnitt von 2,4, und er hat sieben Jahre gewartet, um einen Medizinstudienplatz zu bekommen. Aber er hat jetzt einen bekommen, und er ist ein sehr fleißiger und sehr guter Student und wird bald fertig sein. Er wäre, wenn es diese Regelung vor sieben Jahren gegeben hätte, auch bereit gewesen, auf dem Land zu arbeiten.

Zu der Stigmatisierung: Ich meine, das sollte auch das Problem der Betroffenen sein, wenn sie sagen: Ich mache das. – Bei der Bundeswehr ist das ebenfalls möglich, und viele machen das auch. Deshalb halte ich das für einen guten Weg, um dieses Problem zu lösen.

Was die Finanzierung betrifft: Dieses Problem haben nicht nur die Studenten, über die wir reden, sondern auch die, die jetzt Medizin studieren. Diejenigen, die ihr Abitur mit der Note 1 gemacht und mit 19 Jahren angefangen haben, zu studieren, haben ebenfalls Probleme mit der Finanzierung. Das heißt, dann können nur die, die Geld haben, ihr Medizinstudium in der regulären Zeit absolvieren. Dann sollten alle anderen Studenten andere Finanzierungsmöglichkeiten bekommen.

Abg. **Yanki Pürsün:** Vielen Dank für die Stellungnahmen, die sich, was die Vertreter und die Vertreterin der Studierenden betrifft, mit unseren Einschätzungen sehr stark decken. Ich habe eine Frage an die Vertreterin und den Vertreter der Universitäten, freue mich aber auch auf Rückmeldungen der Vertreterin und der Vertreter der Studierenden.

Der erste Punkt ist die Dauer. Im Gegensatz zu meinen Vorrednern halte ich zehn Jahre für eine sehr lange Zeit, und vor allem halte ich diese Verpflichtung für einen erheblichen Eingriff – die Berufsfreiheit ist schon erwähnt worden – in die Freiheitsrechte. Ich habe die Frage, ob das Modell „Landquote“ nur dann funktionieren kann, wenn es eine Verpflichtung für den Zeitraum von

zehn Jahren gibt, und ob sich gar kein Erfolg einstellen würde, wenn es sich um einen kürzeren Zeitraum handelte, z. B. um ein oder zwei Jahre. Ist das also eine *Conditio sine qua non*?

Die zweite Frage bezieht sich auf die Härtefallregelung in dem Gesetzentwurf. Die besagt im Prinzip, dass, wenn eine Person nicht in der Lage ist, den Beruf auszuüben, die Strafe erlassen werden kann. Ist das die einzig denkbare Härte, bei der man das in Erwägung ziehen sollte? Was wäre, wenn man zu dem Ergebnis käme, dass diese Person zwar den Beruf ausüben kann, aber total ungeeignet für exakt diese Tätigkeit ist, oder wenn jemand sagte, er könne zwar die wichtige Aufgabe eines Hausarztes im ländlichen Raum wahrnehmen, aber er könne auch Nobelpreisträger werden und die Menschheit an diesem oder jenem Punkt retten? Wäre das nicht auch eine Härte, die man berücksichtigen sollte? – Im Prinzip ist nur vorgesehen, dass derjenige, der den Beruf nicht ausüben kann, nicht zu zahlen braucht. Dass es Versuche geben kann, sich da irgendwie herauszumogeln, ist klar. Aber das scheint nicht vorgesehen zu sein.

**Vorsitzender:** Ich schlage vor, dass wir bei der Antwortrunde in derselben Reihenfolge vorgehen wie vorhin. Frau Prof. Becker, bitte.

**Frau Prof. Dr. Becker:** Frau Böhm, Sie haben die ersten Fragen gestellt, aber Herr Kreuder und ich haben untereinander ganz schnell ein bisschen aufgeteilt, wer welche Fragen beantwortet. Insofern gehe ich nicht gleich auf Ihre erste Frage ein, sondern beziehe mich auf die Frage nach den Psychiatern. Ich muss dazusagen, dass ich auf eine Frage nach der Situation in der Psychiatrie nicht vorbereitet bin. Das heißt, ich habe die Zahlen nicht parat. Ich weiß aber, dass es in vielen Fächern Nachwuchsprobleme gibt. Insofern will ich das überhaupt nicht abstreiten.

Ich glaube, die landärztliche Versorgung ist ein Spezialfall; denn die Universitäten befinden sich in den großen Städten, und an den Universitäten sind alle großen Fächer vertreten. Lange Zeit hatten wir keine Allgemeinmedizin an den Universitäten. In den letzten 20 Jahren hat sich das deutlich verbessert. Man weiß genau: Seitdem die Allgemeinmedizin an den Universitäten vertreten ist – was man früher für Mumpitz hielt –, gehen auch mehr Studierende in diese Richtung und entscheiden sich für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin.

Die Landärzte sind an den Universitäten erst einmal nicht vertreten – nur indirekt über das Blockpraktikum Allgemeinmedizin. Wir arbeiten mit ländlichen Praxen zusammen. Es ist aber ein großer Aufwand für die Studierenden. Man muss es mögen, eine Stunde hinaus aufs Land zu fahren. Oft bieten unsere kooperierenden Ärzte eine Unterkunft an, um das überhaupt zu ermöglichen. Was wir also für die Versorgung im ländlichen Raum erreichen können, ist, dass man sich möglichst früh mit einer Tätigkeit auf dem Land auseinandersetzt und über diese Zusammenarbeit anfängt, dort vernetzt zu sein.

Andere Fächer an der Universität können ganz anders für ihre Inhalte werben. Es passiert auch viel. Ich muss dazusagen, dass wir noch andere Schwerpunktcurricula haben. In Marburg z. B. gibt es das Schwerpunktcurriculum Onkologie. Die verbringen jetzt – sie hatten es zumindest geplant – ein Wochenende in Rauischholzhausen, um dort über onkologische Themen zu sprechen. Das heißt, da gibt es viele Maßnahmen. Die können eben an den Universitäten durchgeführt werden. Bei der Versorgung im ländlichen Raum ist das deutlich schwieriger. Das heißt, wir müssen – um es so auszudrücken – das Land an die Universitäten bringen. Deswegen glaube ich, dass diese Vorabquote sinnvoll ist.

Die andere Frage, die ich übernehme, bezieht sich auf die Stadtteile mit einer problematischen Sozialstruktur, die Sie angesprochen haben: Wie ist das mit dem Thema Migration und dem Thema Sozialfragen im Studium? – Ja, die Themen kommen vor. Aber seien wir ehrlich: Sie kommen oft indirekt vor. Sie kommen vielleicht deshalb vor, weil Blockpraktika in Praxen durchgeführt, die sich in solchen Regionen befinden. Sie kommen über das Fach Sozialmedizin, das gelehrt wird, vor – allerdings nicht wirklich systematisch. Ich sehe da tatsächlich ein ganz großes Potenzial in Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, mit dem wir dann gemeinsame Veranstaltungen hätten. Ich glaube, da gibt es einen zusätzlichen Gewinn für das, was wir jetzt planen.

Herr **Prof. Dr. Kreuder**: Ich komme gern auf die Fragen zurück. Frau Böhm, die Beantwortung Ihrer Fragen haben wir untereinander aufgeteilt. Zum Auswahlverfahren: Das ist tatsächlich ein relativ komplexer Prozess. Es wird zwischen der Stufe 1 und der Stufe 2 differenziert. In der Stufe 1 wird – wenn man so will – nach der Faktenlage entschieden; es geht also um die Leistungsnachweise, die erbracht wurden. Aber im Gesetzentwurf werden nur die entsprechenden Kriterien aufgeführt.

Die Wichtigkeit der Abiturnote hat Frau Herkelmann schon herausgestellt. Es ist wichtig, dass wir dort zu einem Mix der verschiedenen Kriterien kommen, der langfristig sicherstellt, dass die notwendigen kognitiven Fähigkeiten tatsächlich vorhanden sind. Es gibt mittlerweile auch einige kritische Hinweise aus den Bundesländern, die schon länger mit der Landarztquote und den entsprechenden Verfahren arbeiten. Auf der anderen Seite berücksichtigen wir Vorleistungen, z. B. soziales Engagement. Das ist ein Abwägungsprozess. Wenn wir z. B. die Berufsausbildung zu stark gewichten, führt das zu etwas, was wir überhaupt nicht wollen, nämlich dass dadurch aus dem Pflegebereich geeignete Personen abgezogen werden. Das wäre natürlich absolut kontraproduktiv. Deshalb halte ich die Anregung für wichtig, dass wir, wenn wir die Verordnung formulieren, in der die Prozentsätze festgelegt werden müssen, noch einmal eine Stellungnahme der Verbände einholen und das vertiefen.

Der zweite Teil besteht aus dem, worüber im Zusammenhang mit Ihrer Frage aus Baden-Württemberg berichtet wurde, nämlich aus den MMIs – Multiple Mini Interviews. Letztendlich handelt es sich um ein Verfahren, bei dem die Bewerberinnen und Bewerber einen Parcours durchlaufen und an bestimmten Prüfungsstationen Simulationsszenarien oder Fragesituationen ausgesetzt

sind. Sehr sorgfältig machen das die Kolleginnen und Kollegen aus Nordrhein-Westfalen, mit denen wir in einem engen Kontakt stehen. Sie haben in Münster einen Parcours über zehn Stationen aufgebaut; Sie sind die Einzigen, die das so ausführlich machen. Das ist ein sehr validiertes, wissenschaftlich fundiertes Konzept.

Wir sind in engem Kontakt mit den Kolleginnen und Kollegen in Nordrhein-Westfalen und planen, wenn auch in einer etwas kleineren Form – das ist eine Ressourcenfrage –, in Hessen ebenfalls so etwas auf den Weg zu bringen. Das ist auch ein Punkt, den wir im Rahmen der Verordnung klären müssen. Es geht darum, in der persönlichen Begegnung mit den Bewerberinnen und Bewerbern etwas über ihre Persönlichkeitseigenschaften zu erfahren, mit dem Blick darauf, was die zukünftigen Kolleginnen und Kollegen für ihre Tätigkeit im hausärztlichen Bereich brauchen. Das soll ein Fokus sein. Die Jurorinnen und Juroren sollen zum einen über medizinische und psychologische Sachkunde verfügen. Aber es ist uns ganz wichtig, dass wir zum anderen Kolleginnen und Kollegen, die schon lange als Hausärzte arbeiten, einbeziehen, sodass aus der Praxis heraus ein Blick darauf geworfen wird, ob jemand für eine solche Tätigkeit geeignet ist. Aber das ist ein ziemlich komplexer Prozess, über den wir im Austausch sind. – Ich hoffe, ich habe Ihre Frage ausreichend beantwortet.

Herr Bartelt, zu dem Punkt, den Sie angesprochen haben: Wird das nicht mittlerweile alles zu viel im Studium? – Jetzt sind wir in der etwas glücklichen Situation, dass Frau Prof. Becker und ich im Rahmen der Erstellung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin – kurz: NKLM; das ist ein Kürzel, das einem, wenn man sich damit beschäftigt, irgendwann leicht über die Lippen geht – an vorderster Front mit dabei sind. Wir sind beide Mitglieder entsprechender Arbeitsgruppen. Es gibt eine Arbeitsgruppe, die sich mit der Weiterentwicklung und der Implementierung dieses Katalogs beschäftigt, der nach der jetzigen Planung 80 % des Studieninhalts beschreiben soll. Frau Becker und ich sind die Ko-Sprecher dieser Arbeitsgruppe. Das heißt, wir haben zumindest die Finger am Puls der Zeit. Ob wir jetzt den Puls mit triggern können, wissen wir noch nicht.

Wir geben uns viel Mühe, um genau dieser Überfrachtung des Studiums entgegenzuwirken. Die neue Approbationsordnung wird wesentlich mehr Möglichkeiten bieten, den individuellen Gestaltungswünschen, auch der Studierenden, entgegenzukommen. Es ist geplant, dass der Wahlbereich 20 % des Studieninhalts umfasst. Das wird auch dazu führen, dass Fächer, die im Moment in dem vollgepackten Studium zu kurz kommen, besser gestaltet werden können, z. B. die Psychiatrie. Das gilt auch für die Allgemeinmedizin. Wir werden in diesem Bereich Schwerpunktregelungen schaffen, und damit ist schon klar, dass das auch einen Wahlfachanteil beinhalten muss. Wir sind gut dabei. Es ist wahrscheinlich eine glückliche Fügung, dass Hessen allgemeinmedizinisch und kinderärztlich – ich bin von Haus aus Kinderarzt – da so vertreten ist. Wir versuchen, das in dem Sinne zu beeinflussen.

Herr Pürsün, Sie haben nach der Verpflichtung für zehn Jahre gefragt. Alle anderen haben auch einen Zeitraum von zehn Jahren. Das ist natürlich kein gutes Argument; das ist klar. Ein bis zwei Jahre sind zu kurz. Es gibt keine Daten, die Aufschluss darüber geben, ob vielleicht ein Zeitraum von fünf Jahren ausreicht. Deshalb ist es uns so wichtig, dass wir den Evaluationsprozess – der

nicht nachgeordnet sein, sondern permanent mitlaufen soll – mit hineinnehmen. Möglicherweise sieht man, dass es nach fünf Jahren plötzlich bestimmte Häufungen gibt. Oder wir sehen positive Voten.

Ich muss dazu etwas erläutern: Für die Weiterbildung gibt es in Hessen das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin, das ein bisschen wie ein Schwerpunktcurriculum ist. Es begleitet die Kolleginnen und Kollegen während ihrer Weiterbildungszeit. Das heißt, es gibt einen ganz intensiven kommunikativen und fachlichen Austausch, den man in anderen Fächern nicht in dem Ausmaß hat. Man wird also möglicherweise relativ früh erkennen können, in welche Richtung das steuert. Meine persönliche Meinung ist: Wenn wir mit einem Zeitraum von fünf Jahren hinkommen, nehme ich gern fünf Jahre. Aber ich glaube, im Moment ist das mit einer gewissen Unsicherheit verbunden. Dass zehn Jahre ein akzeptabler Zeitraum sein können, wurde vorhin schon gesagt. Ich glaube, das ist jetzt ein Abwägen. Das muss man ganz ehrlich sagen.

Was die Härtefallregelung betrifft: Ich nehme das als Anregung mit. Das ist nichts, wozu wir in unserem Statement primär Stellung genommen haben; denn wir an den Universitäten können nicht entscheiden, ob ein Härtefall vorliegt oder nicht. Das muss eine ganz andere Stelle machen. Ich nehme das als Anregung dafür mit, inwieweit wir das in unsere Überlegungen aufnehmen müssen.

Herr **Henke**: Meine Damen und Herren Abgeordnete, da die Frage mehrfach kam: Sehr gerne versuche ich, bei Ihnen Begeisterung dafür zu entfachen, sich zu überlegen, was es an Alternativen und Ergänzungen geben kann; denn das Potenzial dafür ist riesig. Wir wissen aus einer Erhebung unter allen Medizinstudierenden in Deutschland, dass sich am Anfang ihres Studiums 35 % der Medizinstudierenden vorstellen können, in die Allgemeinmedizin zu gehen. Da gibt es also überhaupt noch keinen Mangel. Vielmehr verlieren wir diese Studierenden im Laufe des Studiums, weil die Tätigkeit eines Landarztes an vielen Stellen mit dem Bild, das ein moderner Medizinstudierender hat, kollidiert. Man findet im ländlichen Raum häufig keinen Job für den Lebenspartner; man begegnet einer großen Bürokratie. Das Image der Allgemeinmedizin im ländlichen Raum ist wirklich negativ.

Bei all diesen Dingen gibt es Ansatzmöglichkeiten, das Ganze positiv zu gestalten. Die müssen aber nicht mit einer Landarztquote zusammenhängen. Die einfachste und am dringendsten umzusetzende Möglichkeit wäre: Setzen Sie sich seitens des Landes für eine schnelle und zügige Umsetzung der Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung ein. Darin enthalten sind eine massive Stärkung der Allgemeinmedizin und ein massiver Imageaufwuchs für die Lehre in der Allgemeinmedizin und in der Primärversorgung. Das ist eine extrem effektive Maßnahme; dazu kann ich wirklich mit Nachdruck raten.

Hinzu kommen weitere Maßnahmen. Mit der Schaffung von Praxisnetzwerken gelingt es, dem einzelnen Hausarzt etwas von der Verantwortung zu nehmen und das Aufkommen des Gefühls zu verhindern, man sei auf alle Zeit alleine für ein großes Kollektiv an Patientinnen und Patienten

zuständig. Schaffen Sie die Möglichkeit, Rotationsmodelle zu entwickeln: dass man eine Woche im ländlichen Raum arbeitet, dann aber auch seine Karriere in einem Forschungskontext an der Universität verfolgen kann. Das sind attraktive Arbeitsmodelle. Schaffen Sie auch Arbeitsmodelle mit Anstellungsmöglichkeiten, sodass, etwa im Rahmen von integrierten Versorgungszentren, Familie und Beruf vereinbart werden können. All das sind konkrete Möglichkeiten, die man nutzen könnte. Ich kann sie aus zeitlichen Gründen nicht im Detail ausführen. Sie finden sich aber alle im Positionspapier „Primärversorgung“ der Bundesvertretungen der Medizinstudierenden. – Das ist der erste Punkt.

Zweiter Punkt. Die Frage, warum wir gegenüber dem Landesprüfungsamt als zuständiger Stelle skeptisch sind, kann ich, denke ich, ganz kurz beantworten. Das Landesprüfungsamt ist keine Institution der Bedarfsplanung, und deswegen ist es am Ende des Tages für den Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht die Stelle, die das Ganze planen sollte. Deswegen sind die Institutionen, die im vorhergehenden Absatz angesprochen worden sind, besser geeignet, und deswegen würden wir diese gern in den Vordergrund stellen.

Es wurde die Frage gestellt, ob man, wenn in der Psychiatrie ebenfalls ein Mangel herrscht, nicht auch dafür eine Förderung braucht bzw. ob man – um es konkreter zu sagen – nicht auch dort eine Quotierung einführen sollte. Das ist genau die Gefahr, vor der wir seit Jahren warnen. Wir können nicht in jedem Fachbereich, bei dem wir sehen, dass es ein Problem gibt und dass die Menschen aus irgendeinem Grund nicht dorthin wollen, die Diskussion darüber vermeiden, wie man das Ganze attraktiver gestalten kann, und stattdessen sagen: Wir quotieren alles durch. – Das lässt zum einen das Bundesverfassungsgericht nicht zu, das in seinem Zulassungsentscheid klar geschrieben hat, dass nur eine bestimmte Zahl von Studienplätzen quotierbar vergeben werden kann. Zum anderen ist das kein realistischer Vorschlag, weil er auf Problemvermeidung setzt. – So viel zu diesem Punkt.

Es wurden – das ist mein letzter großer Punkt – auch einige Fragen zum Auswahlverfahren gestellt. Vorab zu der Anmerkung zum Numerus clausus, die freundlicherweise kam: Ich glaube, hier muss man noch einmal feststellen, dass der Numerus clausus nicht etwas ist, was von irgendjemandem festgelegt wird, und dass nicht alle, die dieses Kriterium erfüllen, den Zugang zum Studium erhalten. Vielmehr ergibt sich der Numerus clausus aus dem Leistungskollektiv der Studienbewerberinnen und -bewerber. Das heißt, wenn 100 Plätze zur Verfügung stehen und der 100. Bewerber in der Leistungsreihung die Note 1,3 hat, liegt der Numerus clausus bei 1,3. Wenn der 100. Bewerber in der Leistungsreihung die Note 2,7 hat, liegt der Numerus clausus bei 2,7. Das ist also kein willkürlich festlegbarer Wert, sondern er hängt von Angebot und Nachfrage ab.

Ganz konkret zu den Multiple Mini Interviews: Es wurde schon sehr gut ausgeführt, wo die Stärken dieses Formats liegen und wie es funktioniert. Ich denke, man kann ergänzen, dass es international extrem verbreitet ist. Im gesamten Vereinigten Königreich beispielsweise wird bei der Studierendenauswahl in der Breite auf dieses Format gesetzt. Es hat den Vorteil, dass es das einzige Verfahren ist, das mir bekannt ist, im Rahmen dessen man soziale Fähigkeiten statistisch valide abfragen kann.



In Münster ging es auch um das, was wir „Interrater-Reliabilität“ nennen, also das Ausmaß, in dem zwei Bewertende bei der Einschätzung ein und derselben Leistung übereinstimmen. Ein Bewertender gewinnt immer auch ein Stück weit einen subjektiven Eindruck. Dieses Ausmaß an Subjektivität will man möglichst gering halten: möglichst viel objektiv, möglichst wenig subjektiv. Im Hinblick auf genau diesen Aspekt, der ein Problem von Tests aller Art ist, zeigen die Multiple Mini Interviews ihre besondere Stärke, und wir bekommen damit ein standardisiertes Auswahlverfahren hin. Wir können uns gern noch einmal im Detail darüber unterhalten. Ich glaube, in diesem Rahmen können wir es nur anreißen.

Insofern gibt es auch von unserer Seite übergreifend einen konkreten Vorschlag, wie wir in Bezug auf die Auswahl vorgehen könnten. Das haben wir für andere Länder schon entwickelt. Es wird noch die nachfolgende Rechtsverordnung geben. In dem Zusammenhang sind wir sehr gern bereit, auch über konkrete Punktesysteme zu sprechen und unsere Vorstellungen darzulegen.

Herr **Beetz**: Aus zeitlichen Gründen haben wir uns bei den Ausführungen im Vortragsteil auf eine Person fokussiert; in der Antwortrunde trennen wir das. Es wurden zwischendurch Stipendien angesprochen: wie sie die Leute zum Medizinstudium motivieren können. Es gibt viele Varianten bei der Vergabe solcher Stipendien. Hier geht es konkret um Stipendien für die Studierenden, die über diese Quote hineingekommen sind. Da sehen wir den Punkt, dass die Studierenden aufgrund des vorgegebenen Schwerpunkts in der Primärversorgung generell mehr gefordert sind als andere Studierende und dass es sich, je nachdem wie das Auswahlverfahren verläuft, potenziell um Studierende handelt, die in diesem Studium mehr gefordert werden. Das heißt, dass die etwas mehr Unterstützung benötigen. Generell ist es absoluter Usus, dass Medizinstudierende – Studierende überhaupt – während ihres Studiums einen Job haben, um sich während finanziell abzusichern.

Daher sind wir sehr stark dafür, dass Medizinstudierende bzw. diejenigen, die sich über diese Quote darauf bewerben, von Anfang an sicher sein können, dass sie eine Förderung bekommen. Ansonsten sehen wir die Gefahr, dass die Menschen, die über diese Quote hineinkommen, das Studium nicht erfolgreich abschließen. Das ist sicherlich eine Variante, wie man ein erfolgreiches Studium unterstützen kann. Deswegen plädieren wir sehr stark dafür, dass hier von einer Kann- zu einer Sollregelung gewechselt wird. Allerdings erfolgt die konkrete Ausgestaltung anschließend im Rahmen der Formulierung der Verordnung.

Es wurde die Frage gestellt, ob man sich nicht einmal generell mit der finanziellen Situation von Studierenden befassen sollte. Das ist nicht der konkrete Punkt, um den es geht. Damit ist natürlich das BAföG im weitesten Sinne angesprochen. In diesem Rahmen kann man sich natürlich auch damit befassen. Ich glaube, es ist allgemein bekannt, dass es da Defizite gibt. Aber das soll die Unterstützung dieser konkreten Medizinstudierenden nicht konterkarieren.

Ein weiterer Punkt, der angesprochen worden ist, ist das Schwerpunktcurriculum im Verbund mit der Landarztquote. Das Schwerpunktcurriculum finden wir sehr gut. Ich glaube, das haben wir

mehrfach ausgeführt. Allerdings ist es nicht zwingend notwendig, das miteinander zu kombinieren. Dass man das eine, das unserer Meinung nach kein verhältnismäßiges Mittel ist, mit dem anderen kombiniert: Am besten wäre es, wenn man das separat betrachtete und das Schwerpunktcurriculum voranstellte.

Eine weitere Frage bezog sich darauf, was passieren könnte, wenn man die Verpflichtung für einen bestimmten Zeitraum komplett aufheben würde. Klar, wenn man die Verpflichtung komplett aufheben würde, wäre der gesamte Vertrag etwas irreführend. Daher verstehen wir, dass hier eine gewisse Verpflichtung gewollt ist. Das muss aber auch verhältnismäßig sein. Beispielsweise ist die Vertragsstrafe mit 250.000 € deutlich höher als die bei der Bundeswehr vorgesehene. Diese beträgt nur die Hälfte. Daher setzen wir uns sehr stark dafür ein, dass die Summe reduziert wird.

Eine Verpflichtung führt natürlich dazu, dass die Leute irgendwie dorthin gehen. Aber dass das tatsächlich die Leute sind, die man dort haben möchte oder die dann dort sein wollen, würde ich bezweifeln. Das Medizinstudium ist ein sehr begehrtes Studium. Es gibt viele Bewerber; viele Leute wollen einen Studienplatz haben. Aber dass das tatsächlich die Leute sind, die aufs Land gehen wollen, würde ich erst einmal infrage stellen.

Es gibt andere Konzepte – wiederum mit Stipendien verbunden –, wie man die Leute dorthin bringen könnte, die sich während ihres Studiums für ein Stipendium entscheiden. Man kann sie fördern und dazu motivieren, aufs Land zu gehen. Hier ist auch eine Mobilitätsförderung während des Studiums zu nennen. Über die Lehre kann man die Leute für diese Berufe motivieren. Ich habe während meines Studiums eine Famulatur im landärztlichen Bereich gemacht. Davor habe ich mir gedacht: Nein, das ist nichts für mich. – Danach habe ich gedacht: Das könnte ich mir tatsächlich vorstellen. – Das war gut, es hat Spaß gemacht, und ich habe viel gelernt. Genau das muss man fördern. Deswegen gehört das in die Lehre.

Herr **Eßlinger**: Ich habe eigentlich gerade gedacht, dass ich nichts mehr sagen muss. Aber ich möchte Ihnen doch einen kurzen Abriss meines persönlichen Werdegangs geben. Ich habe eine Ausbildung gemacht – ich bin Rettungsassistent – und habe mit 24 Jahren angefangen, Medizin zu studieren. Schon damals gab es Diskussionen über eine Landarztquote. Ich habe mir damals überlegt, dass ich es machen würde, wenn es so etwas wie eine Landarztquote gäbe.

Lebensplanungstechnisch kommt das für mich und für viele meiner Kommilitonen nicht ganz so infrage, wie Sie sich das vorstellen. Ich persönlich stelle mir nämlich vor, dass ich während meiner ersten Zeit als Arzt im Krankenhaus tätig sein möchte. Ich möchte Forschung betreiben, während ich noch jung bin, ich möchte mich in dieser Hinsicht mit interessanten Themen auseinandersetzen, und ich möchte meinen Lebensabend durchaus als Hausarzt verbringen. Insofern ist das die falsche Reihenfolge.

Umgekehrt möchte ich Ihnen berichten, wie viel Kontakt ich im Studium – ich bin im 6. Semester – bislang mit Landärzten hatte und worin meine Probleme bestehen. Ich habe kein Auto. Das bedeutet, ich komme nicht einfach so aufs Land. Aus der einen Stunde Fahrt werden für mich mit dem Öffentlichen Nahverkehr schnell zwei Stunden. Ja, es gibt Praxen, die eine Unterkunft anbieten. Es gibt schon eine Förderung. Aber es ist nur sehr schwer möglich, in Famulaturen auf dem Land zu arbeiten. Das bedeutet, im Studium ist mein Kontakt mit Landärzten gleich null, wenn ich dem nicht aktiv hinterherrenne. Da sehen wir den Masterplan 2020, den NKLM und die Novellierung der Approbationsordnung als die viel effektiveren Maßnahmen an. Dort arbeitet eine Kommilitonin von mir. Sie hat extra ein Freisemester genommen, um sich da einzubringen. Von dort kommen die eigentlichen Vorschläge; Sie hatten nach neuen Vorschlägen gefragt. Ich glaube, die liegen mittlerweile alle auf dem Tisch. Allerdings liegen sie nicht hier auf dem Tisch, sondern sie sind im NKLM und im Masterplan zu finden.

Frau **Schayan-Araghi**: Die meisten Fragen wurden schon beantwortet. Ich werde, auch aus zeitlichen Gründen, versuchen, nichts zu wiederholen. Auf ein paar Punkte möchte ich aber gesondert eingehen. Ich versuche, das chronologisch zu machen.

Herr Dr. Bartelt, ganz lieben Dank dafür, dass Sie darauf eingegangen sind, dass das Medizinstudium völlig überfrachtet ist. Das medizinische Wissen verdoppelt sich, wenn ich mich nicht irre, alle 73 Tage. Das alles können wir nicht in sechs Jahren lernen. Daher ist es extrem wichtig, dass der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin jetzt verpflichtend für alle Fakultäten umgesetzt wird. Da sind, wie Herr Henke von den BVMD bereits gesagt hat, Sie als Landespolitiker gefordert, die Approbationsordnung – wenn die neue Regierung tatsächlich handlungsfähig ist – schnellstmöglich umzusetzen und Ihren Willen zum Ausdruck zu bringen, dass sich das Medizinstudium und die ärztliche Versorgung auf dem Land verbessern, indem Sie das ausreichend finanzieren.

Zur Kapazitätsfrage: Die eindeutige Antwort darauf ist, dass die Qualität der Ausbildung sichergestellt werden muss. Es ist natürlich wichtig, dass für die Studierenden Angebote in ausreichender Zahl da sind. Aber die Angebote müssen auch Spaß machen, sodass die Studierenden dorthin gehen, wie Herr Eßlinger gerade gesagt hat. Frau Prof. Becker hat es schon angesprochen: Eine Unterkunft muss gestellt werden. Das Problem ist: Wir wissen als Studierende einfach nicht, wie es auf dem Land ist. Wir kennen nur die Uni von innen. Das ist eben der Ansatz. Die Quote wird das nicht ändern, sondern das wird durch die freiwilligen Angebote geschehen, über die hier wirklich ausreichend diskutiert worden ist.

Auf die Verpflichtung für einen Zeitraum von zehn Jahren möchte ich noch eingehen. Die Frage kam, glaube ich, von Herrn Grüger. Ja, das ist eine Verpflichtung für zehn Jahre im Anschluss an das Studium. Aber insgesamt, also ab dem Zeitpunkt gerechnet, zu dem ich mich entscheide, das Studium über die Landarztquote aufzunehmen, sind es 25 Jahre. Der Gesamtverpflichtungszeitraum der Bundeswehr erstreckt sich über 17 Jahre. Das ist ein großer Unterschied.

Zum Auswahlverfahren wurde genug gesagt. Ich denke, da ist es wichtig, festzuhalten, dass wir als Studierende bei den weiteren Anhörungen einbezogen werden möchten. Es gibt ein bundesweites Forschungsvorhaben, den sogenannten Studierendenauswahlverbund – das haben wir in unserer Stellungnahme auch ausgeführt –, bei dem man sich genau damit beschäftigt. Dort werden auch die Multiple Mini Interviews besprochen und wissenschaftlich erfasst. Das ist die Message: Es muss evidenzbasiert sein, und es muss regelmäßig longitudinal evaluiert werden. Das Problem der ärztlichen Versorgung auf dem Land wird nicht durch die Quote behoben, sondern es wird ein Gesamtpaket an Maßnahmen sein, um das Leben und Arbeiten auf dem Land insgesamt attraktiver zu machen. Auch für Ehepartnerinnen und Ehepartner sowie für Kinder muss eine Infrastruktur vorhanden sein.

**Vorsitzender:** Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Damit darf ich mich auch bei den Anzuhörenden der Gruppe 2 ganz herzlich für ihre Ausführungen bedanken, insbesondere bei der Vertreterin und den Vertretern der Studentenschaft. Ich finde es ganz besonders bemerkenswert, was für ein Engagement Sie an den Tag legen, und wünsche Ihnen für Ihr weiteres Studium alles erdenklich Gute.

Dann darf ich nunmehr die Anzuhörenden der Gruppe 3 nach unten bitten. Als erste Institution rufe ich den Berufsverband deutscher Internisten e. V. auf: Dr. Fach und Bastian Schröder. Bitte.

Herr **Dr. Fach:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr verehrte Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank, dass Sie uns heute Nachmittag zuhören. Ich bin Landesvorsitzender des Bundesverbands deutscher Internistinnen und Internisten; einen zweiten Hut habe ich als Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen auf. Warum führe ich das so ein? – Weil ich auf die Vorreden gar nicht weiter einzugehen brauche. Sie haben schon viel über die Ausbildung der Kolleginnen und Kollegen, über die Zulassungsregeln usw. erfahren.

Aber das ist nicht alles. Es geht anschließend in Klinik und Praxis weiter. Da sind – sage ich einmal – hausärztliche Internistinnen und Internisten und allgemeinärztlich tätige Kolleginnen und Kollegen eigentlich sehr nah beieinander. Im ersten Beitrag in der ersten Runde ist da sehr stark unterschieden worden. Ich darf einmal sagen: Es waren vielleicht auch ein paar berufspolitische Gründe dabei.

Es ist so, dass die Innere Medizin eigentlich die Mutter der Medizin ist. Die Allgemeinmedizin hat sich entwickelt. Wenn Sie sich die Weiterbildungsordnung anschauen, stellen Sie fest, dass von den fünf Jahren Weiterbildung, die sich an das Staatsexamen anschließen, 24 Monate auf die Allgemeinmedizin entfallen. Der Rest ist ganz viel Innere Medizin plus ein weiteres Fach. Umgekehrt haben die hausärztlichen Internistinnen und Internisten die Möglichkeit, 24 Monate lang ambulant tätig zu sein. Sie sehen, da gibt es eine ganz große Überschneidung. So wundert es einen nicht, dass derzeit letzten Endes ein Drittel der hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen

aus dem internistischen Bereich kommt. Die anderen sind Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte und – das dürfen wir nicht vergessen – Kinder- und Jugendärzte, die ein bisschen eine eigene Rolle haben; denn Kinder sind eben etwas Eigenes. Auf der anderen Seite gibt es den ÖGD, der sicherlich auch unterstützenswert ist.

Was will ich damit sagen? – Mit der angedachten scharfen Trennung mit dem Ziel, nur für Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte eine Vorabquote zu gestalten, gehen Sie eigentlich fehl. Wenn Sie das Gesetz so ausgestalten, dass Sie sagen: „Wir haben Vertragsstrafen, und wir wollen das über eine langfristige Verpflichtung regeln“ – das ist alles schon erörtert worden –, ist es logisch, die hausärztlichen Internistinnen und Internisten bei dieser Verpflichtung einzubeziehen. Es ist die gleiche Verpflichtung, die sie eingehen, nämlich dann landärztlich tätig zu werden. Die hausärztlichen Internistinnen und Internisten würde ich auf jeden Fall einbeziehen. Das steht auch im Vorspann des Gesetzentwurfs. Bei den Ausführungsbestimmungen sind sie herausgenommen worden.

Ich denke, inhaltlich ist das nicht sinnvoll. Vielleicht wird das nachher auch von dem Vertreter der KV bestätigt. Die Vergütung ist die gleiche; die Abrechnungsmöglichkeiten und die inhaltliche Tätigkeit sind die gleichen. Dass einer dann ein bisschen mehr Chirurgie macht oder auch nicht, sei dahingestellt. Auch viele allgemeinärztliche Kolleginnen und Kollegen – da verrate ich jetzt kein Geheimnis – machen keine richtige Chirurgie mehr, sondern schicken die Betroffenen zum chirurgischen Facharzt weiter. Lassen Sie also die Gruppe der hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen, zu der Allgemeinärztinnen und -ärzte, hausärztliche Internistinnen und Internisten sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte gehören, als Gruppe bestehen. Wenn Sie sagen, Sie wollen sie fördern, fördern Sie sie bitte gemeinsam. – Vielen Dank.

Herr **Schroeder**: Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Als Ergänzung dazu möchte ich sagen: Die Regelung, die wir vorschlagen, ist in dem Sinne kein Sonderfall. Wenn Sie sich die Landarztquoten in anderen Bundesländern anschauen, stellen Sie fest, dass Ihre Kolleginnen und Kollegen in anderen Landtagen, z. B. in Baden-Württemberg, Quoten entworfen haben, die sich am SGB V orientieren. Darin sind alle drei Fachgruppen aufgeführt.

Als letzte Ergänzung: Die mit der Quote verbundenen Anforderungen müssen nicht nur von den Studierenden erfüllt werden, sondern Sie brauchen auch Hausärztinnen und Hausärzte in der Versorgung, deren Praxen als Lehrpraxen fungieren und die die Kolleginnen und Kollegen vor Ort weiterbilden. In Hessen sind ziemlich genau 28 % der Hausärztinnen und Hausärzte Internistinnen und Internisten. Aus unserer Sicht wäre es auch stilistisch ein Affront, diese Kolleginnen und Kollegen außen vor zu lassen. Auf der anderen Seite ist es für die Aus- und Weiterbildung der angehenden Kolleginnen und Kollegen zwingend notwendig, dass sich auch diese Praxen beteiligen. Aus unserer Sicht ist es deshalb zwingend notwendig, dass Internistinnen und Internisten ohne Schwerpunkt, die hausärztlich tätig sind, in der Quote aufgeführt werden. – Vielen Dank.

Herr **Dr. Schorrlepp**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank, dass wir als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin – die ihren Sitz übrigens in Wiesbaden hat – hier sprechen dürfen. Zu meiner Person: Ich bin Hausarzt und Internist. Sie können sich bestimmt ein bisschen vorstellen, was in der Praxis gerade los ist. Deswegen: Auch da haben wir es mit einem Mangel zu tun.

Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Gesetzentwurf geht es um einen Mangel, der uns schon jetzt beschäftigen muss, weil er zum Teil bereits eingetreten ist und in den nächsten Jahren besonders im ländlichen Raum noch viel evidentere werden wird. Das von Ihnen zu beschließende Gesetz soll eine Maßnahme sein, um dem etwas Einhalt zu gebieten oder etwas entgegenzusetzen. Wir haben überhaupt keine Zeit für irgendwelche Eitelkeiten, sondern es geht darum, dass wir gemeinsam eine Lösung finden müssen, wie es weitergehen kann.

Nun ist es so – Sie haben schon davon gehört –, dass die hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten etwa ein Drittel der hausärztlichen Versorgung übernehmen. Das ist die Realität nicht nur in Hessen, sondern auch bundesweit. Das wird immer ein bisschen vergessen. An diesem Drittel vorbeizuorganisieren und vorbeizuplanen wäre sträflich. Wir wollen uns auch nicht von anderen Gruppen auseinanderdividieren lassen.

In § 2 Ihres Gesetzentwurfs werden als Zulassungsvoraussetzung lediglich die Weiterbildung Allgemeinmedizin und die Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin verpflichtend festgeschrieben. In diesem Fall hätten also Bewerberinnen und Bewerber nicht die Möglichkeit, das Fach Innere Medizin zu studieren und daraufhin in eine Landarztpraxis oder in eine Hausarztpraxis zu gehen, so, wie ich das gemacht habe. Ich wiederhole: Ein Drittel aller Hausärztinnen und Hausärzte sind Internisten – bestens ausgebildet auch für die älter und kränker werdende Gesellschaft mit den komplexer werdenden Krankheitsbildern, die wir haben, und mit den komplexer werdenden medikamentösen Therapien, die wir haben. Wir Internisten wissen sehr gut, was Intensivmedizin ist. Wir können erklären, was eine ECMO ist. Das alles sind Fragen, die im Moment von großer Brisanz sind und die die Leute interessieren, z. B. auch in einer Beratung zu einer Patientenverfugung.

Ich empfehle also dringend, die Weiterbildung Innere Medizin in diesen Passus mit aufzunehmen. Wenn die Landarztquote erfolgreich sein soll, dann muss auch der Zugang dazu breit aufgestellt werden. Alles andere würde den beabsichtigten Erfolg dieses Gesetzentwurfs nur schmälern. – Herzlichen Dank.

Herr **Prof. Dr. Ertl**: Nur wenige Worte: Die Zeitschiene ist schon mehrfach erwähnt worden. Wir brauchen die Internisten heute in der allgemeinmedizinischen oder hausärztlichen Versorgung. Herr Prof. Gerlach hat darauf hingewiesen, dass wir die Internisten als Allgemeinmediziner brauchen. Das ist im Prinzip ein enger Schulterschluss, über den die hausärztliche Versorgung sichergestellt wird. Ich selbst bin Internist. Mein Vater war Hausarzt. Ich habe ihn oft vertreten, und es hat mir Freude gemacht. Es ist jetzt anders gekommen, aber ich hätte das sicherlich auch

gerne und gut gemacht. Chirurgie lernen wir auch im Praktischen Jahr. Vier Monate sind dafür vorgesehen. Das wird im Allgemeinen ausreichen, um diese Aspekte abzudecken.

Nächster Punkt. Normalerweise lässt sich ein Facharzt, wenn er Facharzt geworden ist, nicht unmittelbar nieder, sondern er befasst sich dann eigentlich noch einmal mit den Dingen, die ihn speziell auf das vorbereiten, was er später machen möchte. Wenn wir die Internisten also brauchen, sollen sie an jeder Stelle dieses Gesetzes gleich behandelt werden. Dafür plädiert die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin.

Herr **Knoll**: Liebe Abgeordnete, ich bin der Typ Landarzt, um den es jetzt geht. Seit 30 Jahren bin ich auf dem Land tätig. Ich habe in den letzten Jahren gemerkt, dass viel geklatscht und viel geredet wird. Jetzt hat Staatsminister Klose das in die Hand genommen und gesagt: Nun machen wir einmal etwas Praktisches. – Deshalb ist dieser Gesetzentwurf vorgelegt worden. Ich muss aber sagen, dass der Vorschlag nicht ganz neu ist. Eine Fraktion in diesem Hause hat sich das früher schon einmal ausgedacht. Wahrscheinlich beruht der Vorschlag auf einem Konsens des kompletten Hauses.

Deswegen kann ich sagen: Das ist sicher ein erster Schritt. Aber die folgenden Schritte müssen kommen, sonst gibt es den GAU. Die Vertreter der KV Hessen und der Landesärztekammer werden nachher hier die entsprechenden Schritte darlegen. Quintessenz: Die Hausärzte in Hessen sind für diesen Vorschlag. – Vielen Dank.

Frau **Schober**: Sehr geehrter Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete! Ich komme über eine völlig andere Schiene als meine Vorredner. Ich bin von Haus aus keine Medizinerin, sondern Juristin und darf heute hier in meiner Funktion als Leiterin des Referats II – Krankenhausplanung, Politik und Kommunikation – auftreten. Herrn Prof. Dr. Gramminger, unseren Geschäftsführenden Direktor, darf ich an dieser Stelle entschuldigen. Aus terminlichen Gründen war ihm heute eine Teilnahme nicht möglich.

Wir möchten heute insgesamt drei wesentliche Punkte vortragen, die Sie auch schon unserer schriftlichen Stellungnahme entnehmen konnten. Zum GHVÖG wurde heute schon sehr viel gesagt. Ich wiederhole einiges von dem, was meine Vorredner gesagt haben. Das Ziel ist die mittelfristige Sicherung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten und letztlich auch im ÖGD.

Auch wir haben verfassungsrechtliche Bedenken, was diese lange Bindungszeit von zehn Jahren und die Vertragsstrafe in Höhe von 250.000 € angeht. Zudem werden unseres Erachtens die Fachärzte für Innere Medizin nicht berücksichtigt. Aus Sicht der Juristen tangiert das vor allem Art. 12 GG, in dem es um die Freiheit der Berufsausübung geht. Da muss man sich immer den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz vor Augen führen. Ein Punkt der Prüfung, die dort stattfindet, ist:

Ist diese Maßnahme überhaupt geeignet, um das Ziel zu erreichen? – Ich habe mir die Jahre 2028/2029 notiert, ohne dabei die Ausbildung im Fokus zu haben. Also verlängert sich das Ganze noch einmal um einige Jahre.

Wir wünschen uns eine generelle Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze und letztlich auch das Entfallen des Numerus clausus. In unserer Stellungnahme haben wir nicht nur diesen Vorschlag unterbreitet, sondern auch weitere Maßnahmen empfohlen, die Sie unserem Thesenpapier entnehmen können, von dem ich hoffe, dass es Sie alle erreicht hat.

Neben der Schaffung der Studienplätze sollte der Personaleinsatz als unmittelbar zu ergreifende Maßnahme schon jetzt effizienter ausgestaltet sein. Das bedeutet, wir müssen die Digitalisierung vorantreiben. Das ist durch das KHZG und auch durch die Fördermaßnahmen, die seitens des Landes in diesem Zusammenhang ergriffen worden sind, jetzt schon geschehen. Aber das reicht noch nicht. Nur dadurch kann letztlich der Behandlungsverlauf optimiert werden.

Auch plädieren wir für Kooperationen in einer sektorenfreien Versorgung. Das heißt, hier muss ein Umdenken stattfinden. Wir haben versucht, das durch unser Thesenpapier mit anzustoßen. Auf der Bundesebene geschieht da momentan sehr viel. Wir können das nur unterstützen.

Letztlich bedarf es einer Entbürokratisierung. Die Behandlung der Patienten in unseren Krankenhäusern wird durch die Formulare, die auszufüllen sind, gehemmt. Ich denke dabei wieder an die Testungen und an die aktuelle Änderung der Testverordnung, die veröffentlicht worden ist. Das ist wieder ein Formular, das der Arbeitgeber und damit auch unsere Krankenhäuser ausfüllen müssen. Das bindet Personal, wobei es nicht nur um die Ärzte, sondern auch um die Pflegekräfte geht.

Jetzt komme ich zu einem völlig anderen Punkt, der heute noch nicht angesprochen wurde: das Hessische Krankenhausgesetz, das im Rahmen dieses Gesetzesvorhabens auch geändert werden soll. Vorgeschlagen wird – das begrüßen wir sehr –, dass zusätzliche Investitionsbewertungsrelationen geschaffen werden. Zumindest haben wir den Gesetzentwurf so verstanden. Es soll also nicht nur eine Umverteilung geben.

Kritisch sehen wir die Regelung, dass alle ab dem 1. Januar 2000 gegründeten Verbände berücksichtigt werden. In der bisherigen Fassung des Gesetzes wird noch der 31. Dezember 1993 angegeben. Wir haben uns die Frage gestellt, was mit den Verbänden ist, die zwischen 1994 und 2000 geschaffen wurden. Die wurden jetzt herausgenommen. Für uns ist das nicht nachzuvollziehen und nicht erklärlich.

Das, worüber in unserem Haus, in unseren Mitgliedseinrichtungen und auch im Vorstand heiß diskutiert wurde, ist der Sonderstatus für kommunale Häuser. Unserer Meinung nach kommt es hier zu einer eklatanten Wettbewerbsverzerrung. Es ist auch systemwidrig, was hier geschehen soll. Wir sprechen uns ausdrücklich für den Erhalt der Trägervielfalt aus. Die Unterfinanzierung der zweiten Säule der Krankenhausfinanzierung, zu der es in der Vergangenheit kam, kann nicht



zum Nachteil der anderen Trägergruppen kompensiert werden. Das heißt, die kommunalen Häuser sind nicht die einzigen, die diese Probleme haben. Auch alle anderen müssen diese Dinge kompensieren. Mal gelingt das mehr, mal weniger.

Das heißt, Investitionen der Krankenhäuser können generell nur über Landesfördermittel erfolgen. So ist unsere Krankenhausfinanzierung aktuell ausgestaltet. Das ist wirklich leistungsbezogen zu verstehen. Alles, was wir in der ersten Säule erwirtschaften, ist also leistungsbezogen. Es ist kein Geld für Vorhaltekosten da. Das haben wir am Anfang der Pandemie stark zu spüren bekommen. Hier muss unseres Erachtens eine Änderung dahin gehend erfolgen, dass dies für alle Krankenhausträgergruppen gilt.

Ich darf hier, zum Ende kommend, noch einmal dafür plädieren, dass die Strukturreform geordnet durchgeführt wird. Es sollte nicht immer wieder an einzelnen Stellen gerüttelt und versucht werden, Probleme zu kaschieren oder zu lösen, sondern wir müssen uns einmal grundsätzlich Gedanken darüber machen, wie die Krankenhausversorgung der Zukunft aussehen soll. Das heißt, die unzureichende Investitionsförderung muss beendet werden. Das Verfahren, das dazu führt, dass man überhaupt in den Genuss einer Förderung kommen kann, muss beschleunigt werden. Die Krankenhäuser müssen schneller auf das Geld zugreifen können. Letztlich muss das gesamte Vergütungssystem überdacht werden. Dazu habe ich eben schon etwas gesagt. Die Vorhaltekosten in der Pandemie haben uns das noch einmal vor Augen geführt. Damit bin ich am Ende meiner Ausführungen. – Vielen Dank.

Herr **Dastych**: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren Abgeordneten! Erst einmal vielen Dank, dass wir hier sprechen können. Prof. Gerlach hat mich ein bisschen auf dem falschen Fuß erwischt: In unserer Stellungnahme haben wir für Sie die Simulation bis 2032 aufgearbeitet; Jetzt hat Ihnen Prof. Gerlach 2036 als das Jahr in Aussicht gestellt, in dem sich die ersten Landärztinnen und Landärzte niederlassen. Auf der anderen Seite nehmen Sie schon einmal diesen sehr langen Zeitraum zur Kenntnis. Wir haben uns, als wir unsere Stellungnahme verfasst haben – ich glaube, ich muss mich bei Ihnen entschuldigen; sie ist extrem zahlenlastig, mit vielen Anlagen usw. versehen –, ein bisschen als Ihre Zuarbeiter, als Backoffice, verstanden und wollten zeigen, auf welcher Basis wir überhaupt die Annahmen treffen müssen, wenn wir den zukünftigen Bedarf an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern sowie hausärztlichen Internistinnen und Internisten, also den gesamten Bedarf der Grundversorgung, in irgendeiner Form ermitteln. Wir haben überlegt, wie weit wir das überhaupt in die Zukunft projizieren können. Wenn man die Nachfolger der Nachfolger simulieren muss, geht es einfach nicht mehr. Es ist schon ein Unterschied, ob die Nachfolger der Nachfolger bei der Niederlassung 35, 40 oder 45 Jahre alt sind.

Nehmen wir einmal die 2032er-Zahlen als Idealfall: Das Gesetz greift, man absolviert das Medizinstudium so schnell wie möglich und findet sofort eine Anschlussstelle in der Weiterbildung, erst im Krankenhaus, dann in der Praxis. Dann klappt es gerade noch. Hoffentlich werden das dann so fantastische Landärzte wie der Kollege Knoll. Das liegt mir ein bisschen auf der Zunge: Ich glaube, am Kollegen Knoll sehen Sie sehr gut, dass die landärztliche Tätigkeit nicht nur etwas für

den Lebensabend ist, sondern für das ganze Leben. Dafür müssen wir unsere jungen Kolleginnen und Kollegen begeistern.

Eine andere Sache ist mir in den letzten zwei bis drei Tagen in den Sinn gekommen: Sind die Annahmen überhaupt valide? – Das hat etwas mit dem Koalitionsvertrag der Ampel zu tun. Das, was wir für Sie simuliert haben, sind Annahmen auf der Basis der bestehenden Bedarfsplanung und der bestehenden Mittelbereiche. Jetzt soll das Ganze in eine Versorgungsplanung überführt werden. Wie weit der Anteil der Krankenhäuser bei der ambulanten Versorgung berücksichtigt wird, weiß ich nicht.

Zum anderen: Wenn man diesen Vertrag mit ein bisschen Bauchgrummeln liest, könnte man auf die Idee kommen, dass zukünftig insbesondere in der ländlichen Region ein nicht unerheblicher Teil der heute von den Landärztinnen und Landärzten geschulterten Versorgung substituiert werden soll. Das hätte den großen Vorteil, dass Sie zukünftig viel weniger Ärztinnen und Ärzte brauchen. Ob das der Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen dienlich ist, lassen wir einmal dahingestellt sein.

Lassen Sie mich ein paar Punkte abschichten, die bei unseren Überlegungen, warum wir die Landarztquote nicht so toll finden, eine Rolle spielen. Der erste Punkt ist die Ausbildung, also das Medizinstudium. Ich glaube, es ist heute schon alles dazu gesagt worden, wie wichtig es ist, die Allgemeinmedizin in der Ausbildung zu stärken – das begrüßen wir ausdrücklich – und bereits in der Ausbildung den Kontakt zu Landärzten herzustellen.

Der zweite Punkt ist die Weiterbildung. Man muss sagen, hier passiert eigentlich zweierlei, zum einen die Ausbildung als Fachärztin bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin oder als Fachärztin bzw. Facharzt für Innere Medizin, unter Umständen mit Zusatzqualifikationen – Gastroenterologie, Kardiologie z. B. –, und zum anderen der Aufbau eines intensiven Kontakts mit der ambulanten Versorgung.

Da sehen wir zwei Aspekte. Herr Dr. Fach ist als Vorsitzender unserer Weiterbildungskommission in der Landesärztekammer viel eher berufen, dazu etwas zu sagen, als ich. Wir erkennen in der medizinischen Weiterbildung erst einmal keine Defizite. Ich glaube, da haben wir in Deutschland einen sehr hohen Standard. Wenn Sie zukünftige Fachärzte für Allgemeinmedizin befragen, stellen Sie fest, dass kein Einziger Angst vor der Niederlassung hat, weil er befürchtet, medizinisch-fachlich überfordert zu sein. Das schaffen die.

Der andere Aspekt ist aber: In einer Praxis sind Sie – als angestellter Arzt, als angestellte Ärztin partiell, als selbstständiger Inhaber einer Praxis und in einer Einzelpraxis sowieso –, je nachdem wie groß Ihre Praxis ist, in der Regel ein mittelständischer Unternehmer mit allem, was eine solche Praxisführung mit sich bringt. Das ist, wenn Sie so wollen, eine zweite Weiterbildung, nämlich die Weiterbildung zum Praxisinhaber. Insbesondere die Untersuchungen der apoBank machen sehr deutlich, dass da die Hürden sind, dass da die Bedenken sind und dass da die Ängste sind. Da sehen wir einen Handlungsbedarf für die Kassenärztliche Vereinigung; denn wir haben die hohe Professionalität, um jungen Kolleginnen und Kollegen das für den Weg in die Niederlassung

erforderliche Wissen zu vermitteln. Deswegen plädieren wir dafür: Wenn Sie sich für die Landarztquote entscheiden, sollten sie diesen Teil verbindlich in die Strukturen implementieren, die zu einer späteren Niederlassung führen sollen.

Letzter Punkt. Ich war sehr traurig, dass die Medizinstudierenden ein so negatives Bild vom Beruf des Landarztes gezeichnet haben. Ich kann es mir nur so erklären, dass es bisher doch nicht genug Kontakt zur ambulanten Versorgung gibt. Dann haben wir tatsächlich ein Problem bei der Auswahl – das hat nichts mit dem Numerus clausus zu tun –: dass andere Dinge im Leben offensichtlich wichtiger sind. Ich glaube, Michael Knoll, Andreas Fach, die internistischen Kollegen und ich, wir alle kommen aus einer anderen Welt. Uns hat man in unserer Weiterbildung vermittelt, dass man als Arzt kein Libero ist, dass man als Arzt in erster Linie dem Patienten dienen muss und dass man als Arzt seine Lebensplanung ein bisschen unter diese Prämisse stellen muss. Ich glaube, wir alle sind sehr gut damit gefahren. Wer das verinnerlicht, geht auch dahin, wo er gebraucht wird, wo der Patient einen braucht.

Liebe Frau Abg. Ravensburg, ich bin kein Hesse, sondern ein Waldecker. Damit bin ich nicht nur, wie der Kollege Knoll, Land-Hausarzt, sondern Land-HNO-Arzt. Da kann man sehr gut leben. Das ist ein guter Ort für die Familie, und man kann da auch sehr glücklich sein. Ich kann aus meiner eigenen Lebenserfahrung für das Leben und Arbeiten auf dem Land plädieren. Langer Rede kurzer Sinn: Wir müssen daran arbeiten, solche völlig falschen Vorstellungen aufzubrechen.

Aber das liegt zum Teil auch daran – deshalb sage ich, dass Sie den dritten und den vierten Schritt vor dem ersten machen –, was wir mit den „Doktors“ da draußen tun. Im Moment ist die Bürokratie nebensächlich, im Moment ist die Qualitätssicherung nebensächlich, und im Moment ist auch die Plausibilisierung von Arbeitszeiten nebensächlich. Jeder ist froh, wenn die „Doktors“ zwei, drei, vier Stunden am Tag mehr impfen und daneben die Routineversorgung aufrechterhalten. Irgendwelche Mindestmengen bei Arthroskopien braucht plötzlich auch kein Mensch mehr.

Trotzdem werden unsere Praxen im Prinzip von Bürokratie überlastet. Das negativste Beispiel erleben wir im Moment in den Prüfverfahren, die von den gesetzlichen Krankenkassen losgetrennt werden. Aktuell bekommen wir über ein datengestütztes Verfahren jeden Monat etwa 45.000 Prüfanträge. Die kann die KV auf der Ebene der Verwaltung gar nicht bewältigen; die müssen wir an die Praxen weiterleiten. Sie können sich natürlich vorstellen, wie viel Spaß es macht, sich in der aktuellen pandemischen Situation auch noch mit Prüfanträgen zu befassen, bei denen es um 20, 25 oder 30 € geht. Wer zukünftig gute und motivierte Landärzte haben will, muss dafür sorgen, dass die Medizin machen und keine Bürokratie.

Ich glaube, alles Weitere haben wir im Zusammenhang mit den Zahlen ausgeführt, insbesondere was den Bedarf angeht. Da schließe ich mich der Stellungnahme der Hessischen Krankenhausgesellschaft an: Wir haben wirklich viel zu wenige Medizinstudienplätze, wie wir feststellen, wenn wir uns die demografische Entwicklung und die damit einhergehende Zunahme von Morbidität und chronischen Erkrankungen bei älteren Menschen anschauen. Dieser Versorgungsherausforderung müssen wir uns stellen.

Ich sage auch, der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung kommt da an seine Grenzen, wo es keine Hausärztinnen und Hausärzte mehr gibt. Ich sehe das tiefenentspannt. Ich muss irgendwie für alle da sein. Für mich ist es dann kein großer Unterschied mehr, ob es eine Fachärztin oder ein Facharzt für Allgemeinmedizin oder für Innere Medizin ist. Wenn ich sie nicht habe, dann habe ich sie nicht. Ich brauche sie aber. Sie können unserer Stellungnahme entnehmen, dass wir allein aufgrund des zusätzlichen Bedarfs bis 2032 weitere 500 Hausärztinnen und Hausärzte in Hessen brauchen – zusätzlich zu dem Nachbesetzungsbedarf. Das heißt, ich brauche bis 2032 mehr als 2.500 Hausärzte. Das ist die Herausforderung, die ich sehe. Die Lösung sehe ich nicht in der Landarztquote, sondern wir müssten uns eigentlich über kurz- bis mittelfristige Maßnahmen unterhalten. – Vielen Dank.

Herr **Schaffert**: Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete! Ich freue mich, dass ich hier sein kann, und bedanke mich, dass ich im Namen des Klinikverbundes Hessen zu diesem Gesetzentwurf Stellung nehmen kann. Der Klinikverbund Hessen ist der Verband der öffentlichen und kommunal getragenen Kliniken in Hessen.

Zu Art. 1 – Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen – ist, was die Zeitspanne betrifft, schon sehr viel gesagt worden. Herr Dr. Dastych hat das sehr schön dargestellt. Um den Bedarf, den wir heute haben, zu decken, kommt das Gesetz letztlich zu spät. Ich habe im Übrigen auch die Medizinstudierenden ein bisschen anders verstanden. Ich habe es nicht so verstanden, als hätten sie ein schlechtes Bild von der hausärztlichen Tätigkeit. Ich habe es eher so verstanden, dass die Notwendigkeit eines solchen Gesetzes ein schlechtes Bild entstehen lässt. Ansonsten kann ich mich dem, was die Medizinstudierenden gesagt haben, in vielen Punkten anschließen.

Ich möchte aber schwerpunktmäßig auf Art. 3 – Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 – eingehen. Zunächst zu § 3 Abs. 1 HKHG, in dem es um die Einbeziehung der Sonderstatusstädte, die Krankenhäuser betreiben, in die Sicherstellung der Krankenhausversorgung geht. Einige Krankenhäuser in solchen Sonderstatusstädten, um die es hier geht, gehören zu unseren Mitgliedern. Insofern habe ich eine etwas andere Sicht als die HKG. Ich halte das in diesem Zusammenhang für eine Gleichstellung der kommunalen Träger insgesamt; denn in den diese Städte umgebenden Landkreisen gibt es durchaus noch andere kommunale Krankenhäuser, die dem Landkreis gehören und an denen die Stadt über den Landkreis mittelbar ein Stück weit beteiligt ist. Aber sie kann sich quasi nicht um ihr eigenes Krankenhaus kümmern. Im Hinblick auf diese Gleichstellung halte ich es für positiv, dass dieser Absatz aufgenommen wird.

Ich gebe Ihnen aber völlig recht, wenn Sie sagen, dass man bei der Krankenhausfinanzierung nicht darauf angewiesen sein sollte – darum geht es meiner Ansicht nach nicht unbedingt –, dass die kommunalen Träger jetzt ihre Krankenhäuser unterstützen. Ich halte das für ganz schlecht. Das ist letztlich eine Doppelbelastung für die Steuerzahler an dem jeweiligen Ort, weil sie einerseits über ihre Beiträge zur Krankenversicherung und ihre Steuern die normale Krankenhausfi-

finanzierung unterstützen und andererseits noch einmal über die Kommune selbst, wenn sie gezwungen ist, das Krankenhaus zu unterstützen. Dass sie gezwungen ist, ihre Krankenhäuser zu unterstützen, weist darauf hin, dass die Krankenhausfinanzierung insgesamt nicht ausreichend ist.

Hier ist das Land Hessen insofern angesprochen – Frau Schober hat es schon ausgeführt –, als die Investitionsfinanzierung im Grunde nicht ausreichend ist, auch wenn man jetzt, in Corona-Zeiten, noch etwas draufgelegt hat. Aber grundsätzlich muss die Krankenhausfinanzierung so gestaltet sein, dass das Krankenhaus in der wirtschaftlichen Betriebsführung und in der Sicherstellung seiner Aufgaben durch seine Leistungen refinanziert ist. Das ist eben strukturell nicht der Fall. Man kann sich auch darüber streiten, ob die Sicherstellung – da beziehe ich ausdrücklich die Versorgungsplanung insgesamt ein – auf der Kreisebene bzw. auf der kommunalen Ebene richtig angesiedelt ist oder ob wir im Hinblick auf die Versorgungsstrukturen insgesamt und auf die Veränderungen, denen wir uns da in Zukunft stellen müssen, nicht doch einmal über eine Neugestaltung der Sicherstellung und der Versorgungsplanung reden müssen. Natürlich muss sie regional sein, aber sie braucht nicht unbedingt an den Kreisgrenzen zu enden. Das möchte ich Ihnen als Anregung mitgeben.

Ich möchte auf einen Punkt eingehen, der noch nicht genannt worden ist. Er betrifft die Änderung des § 12 HKHG: die Verpflichtung zur datenschutzgerechten Sicherung von Patientendaten im Falle einer Schließung des betreffenden Krankenhauses. Hier fehlt mir ein Hinweis darauf, wie das in Konkurs gehende Krankenhaus das finanzieren soll. Für solche Fälle müssen quasi jetzt schon Rückstellungen gemacht werden, die letzten Endes nicht in der Krankenhausfinanzierung abgebildet sind.

Zur Änderung des § 22 Abs. 5 HKGH: Pauschalfördermittel bzw. die Förderung von Verbänden. Auch hier schließe ich mich Frau Schober an: Der genannte Stichtag weicht von dem ab, was vorher angegeben worden ist. Ab wann zählt es also, dass ein Verbund gegründet worden ist? – Hier empfehle ich, es im Sinne der Kontinuität bei dem alten Datum zu belassen. Außerdem möchte ich die grundsätzliche Frage stellen, ob das Ziel, das laut Begründung damit verbunden ist, nämlich durch die Verbundbildung eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung zu haben, wirklich über gesellschaftsrechtliche Verbände zu erreichen ist oder ob man nicht andere förderungswürdige Kriterien finden sollte, um z. B. trägerübergreifend eine Abstimmung und eine Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern zu ermöglichen. Ich glaube, das ist ein Thema, bei dem wir in Zukunft deutlich vorankommen müssen. Auch im Thesenpapier der HKG steht, dass wir trägerübergreifend eine stärker abgestimmte und auch eine stärker abgestufte Versorgung der Krankenhäuser brauchen. – Vielen Dank.

**Vorsitzender:** Vielen Dank für Ihre Ausführungen. – Aktuell liegen mir fünf Wortmeldungen vor. Als Erste hat die Kollegin Dr. Sommer das Wort.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Herzlichen Dank an die Anzuhörenden für ihre mündlichen und auch für ihre schriftlichen Stellungnahmen. Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Dr. Fach, Herrn Dr. Schorrlepp und Herrn Dr. Schröder. Herr Dr. Ertl, sehen Sie es mir nach, aber ich habe Prof. Gerlachs Stellungnahme ein bisschen anders verstanden als Sie: Das war kein Schulterchluss, sondern er hat ganz dezidiert gesagt, die Internisten hätten in diesem Gesetz nichts zu suchen.

Deswegen die Frage an Sie drei: Sie sehen es anders als Prof. Dr. Gerlach, und Sie haben auch gesagt, 28 % derjenigen, die hausärztlich tätig sind, seien Internisten. Herr Prof. Gerlach begründete es damit, dass nur 30 % der Expertise etwas mit dem Fachgebiet Innere Medizin zu tun hätten, während 70 % eben nicht darauf entfielen. Sehen Sie das genauso? Wo sehen Sie einen positiven Effekt, wenn man Internisten mit berücksichtigt, zumal sie, wie Prof. Dr. Gerlach sagte, nicht dafür ausgebildet sind, die älter werdenden Gesellschaften mit ihren Bedürfnissen und Krankheiten zu versorgen? – Aber Sie, Herr Dr. Schorrlepp, haben gesagt, dass auch die Internisten dafür ausgebildet seien, eine älter werdende Gesellschaft gut zu versorgen. Vielleicht können Sie uns mitteilen, wie Sie das sehen, und uns ein bisschen schlauer machen.

Die zweite Frage, die ich habe, richtet sich an Herrn Knoll. Herr Knoll, Sie sagten, dass Sie Hausarzt sind und dass Sie – so habe ich es jedenfalls verstanden – Ihren Beruf gern ausüben. Jetzt haben wir ganz viel über mehr Bürokratie, über zusätzliche Impfungen und über Routineversorgung gehört sowie darüber, dass eine Praxisführung nicht so einfach ist. Deswegen würde ich von Ihnen gerne wissen: Was sind denn attraktive Rahmenbedingungen für eine Hausarztpraxis? Wie sieht es eigentlich mit den vielen Plausibilitätsprüfungen und den Regressen aus, wenn man zu viele Hausbesuche macht oder wenn man zu oft für die Patienten da ist? Sollte man Hausbesuche dann ablehnen oder die Sprechstundenzeiten reduzieren? Das kann nicht Sinn der Sache sein. Was muss hier passieren, damit Hausärzte attraktive Arbeitsbedingungen haben und ihren Patienten nicht die Tür vor der Nase zuschlagen müssen? – Ich meine, das machen sie sowieso nicht. Aber sie müssen dann Regresse zahlen, und das, finde ich, kann nicht Sinn der Sache sein. Deswegen habe ich diese Frage an Sie.

Dann habe ich noch eine Frage an Frau Schober: Sie sagten, es müsse mehr Medizinstudiplätze geben. Das ist schon seit Langem ein Anliegen der SPD-Fraktion. Wir stellen jedes Jahr Haushaltsanträge, in denen es darum geht, mehr Studienplätze einrichten zu können. Aber wir werden bei unserem Anliegen leider nie unterstützt. Wie viele Studienplätze benötigen wir denn? Können Sie das quantifizieren?

An Sie habe ich auch folgende Frage: Sie haben ebenso wie Herr Schaffert von den Vorhaltekosten und den Investitionskosten gesprochen. Nur 18,4 Millionen € der 300 bis 400 Millionen € Investitionskosten werden vom Land bezahlt. Also nur 18,4 Millionen € sind originäres Landesgeld. Wie würden Sie das aufgestockt haben wollen? Was braucht es mehr an Unterstützung vom Land? – Das sind meine Fragen.

Abg. **Christiane Böhm**: Danke an die Anzuhörenden für ihre schriftlichen und mündlichen Ausführungen. Es ist immer ein Vorteil, wenn Frau Dr. Sommer vor mir redet. Dann brauche ich nichts zu wiederholen. Ich habe eine Frage an Frau Schober: Frau Schober, Sie haben den Passus im Gesetzentwurf so verstanden, dass der Investitionszuschlag für die Verbundkrankenhäuser additiv sein soll. Auf welche Erkenntnis führen Sie das zurück? – Wir haben in der kursorischen Lesung diesbezüglich nachgefragt. Damals konnte man uns noch nichts dazu sagen. Wir warten schon die ganze Zeit auf weitere Ausführungen. Die haben wir aber noch nicht bekommen. Vielleicht wissen Sie mehr darüber. Dann würde ich schlauer werden. – Das ist meine erste Frage.

Zweite Frage. Ich verstehe es gut, dass Sie die Landesinvestitionsförderung auch insgesamt kritisieren. Ich denke, das ist klar. Aber wir haben sozusagen eine Notlösung im Gesetzentwurf stehen, wonach die kommunalen Träger auch Defizite ausgleichen. Sind Sie der Meinung, dass andere, nicht kommunale Kliniken, die ebenfalls defizitär sind – es sollen durchaus auch andere Kliniken defizitär sein; man spricht von ungefähr 50 % –, von ihren Trägern keinen Defizitausgleich bekommen, ob es nun freigemeinnützige oder private Träger sind? – Ich habe nicht so ganz verstanden, worin da jetzt die Ungleichheit besteht. Aber natürlich verstehe ich gut, dass Sie darauf bestehen, dass die Investitionsförderungen insgesamt und auch die Krankenhausfinanzierung auf eine andere Basis gestellt werden.

Die nächste Frage geht an Herrn Dastych. Ich habe sie vorhin schon einmal gestellt; ich weiß nicht, ob Sie das mitbekommen haben. Sie haben gesagt, bei weiteren Arztgruppen sei eine Unterversorgung festzustellen. Uns sind letzte Woche mit aller Deutlichkeit die Psychiaterinnen und Psychiater ans Herz gelegt worden. Wie sehen Sie das? Müsste man da nicht auch eine Maßnahme entwickeln, mit der man für eine bessere Versorgung sorgt? – Übrigens gibt es auch Fachärztinnen und Fachärzte auf dem Land. Ich habe heute in einer Diskussion gehört, es gebe dort nur Hausärztinnen und Hausärzte. Ich denke z. B. an den Psychiater im Odenwald, der zwar super engagiert ist, aber auch das Alter weit überschritten hat, das man in dem Beruf normalerweise haben sollte.

Herr Dastych, eine weitere Frage an Sie bezieht sich auf die ÖGD-Ärztinnen und -ärzte. Ich habe Ihre Kritik nicht so ganz verstanden. Sie sagen, die Quote sei da zu hoch. Wir haben 250 ÖGD-Ärztinnen und -ärzte und müssen davon ausgehen, dass das deutlich zu wenige sind. Wir hatten letzte Woche eine Anhörung zu dem Entwurf für ein Drittes Gesetz zur Änderung des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst und eine Anhörung zu dem Entwurf für ein Gesetz zur Änderung des PsychKHG. Beide Gesetze behandeln Sachverhalte, bei denen wir im ÖGD einen riesengroßen Nachholbedarf haben.

Aber ist es nicht notwendig, dass wir da so weit aufstocken – nicht erst in 14 oder in 24 Jahren, sondern unmittelbar –, dass wir irgendwann eine Nachbesetzung vornehmen können? – Da muss man sich schon an die nächste Generation wenden. Im ÖGD haben wir nicht die Situation, dass die Leute bis zum Alter von 70 Jahren weiterarbeiten, sondern die gehen normalerweise in Rente, wenn sie das Renteneintrittsalter erreicht haben.

An alle Anzuhörenden habe ich eine Frage zu den Studienplätzen – Frau Dr. Sommer hat das schon gesagt –: Gibt es außer den finanziellen noch irgendwelche anderen Gründe, die die Landesregierung daran hindern, weitere Medizinstudienplätze zu schaffen?

An Herrn Schaffert habe ich die Frage: In einer Stellungnahme wurde darauf hingewiesen – ich glaube, es wurde heute auch schon einmal gesagt –, dass es in Hessen einen Krankenhausgipfel geben könnte. Meinen Sie, dass man mit einer Herangehensweise, die zwischen dem Land und den Beteiligten im Gesundheitssystem abgestimmt ist, auf der Landesebene zu Erfolgen kommen kann, wie das beispielsweise vor einigen Jahren in Thüringen der Fall war? – Das waren meine Fragen.

Abg. **Yanki Pürsün**: Ich habe drei Fragen. Die erste Frage bezieht sich auf die Innere Medizin. Wir haben von Prof. Gerlach, einem Anzuhörenden aus der ersten Gruppe, gehört, dass es da keinen Mangel gibt und dass man die Innere Medizin daher konsequenterweise nicht berücksichtigen sollte. Können Sie das noch einmal erläutern? – Wenn es da keinen Mangel gibt, würde ich unterstellen, dass es auch bei der Versorgung im ländlichen Raum keinen Mangel gibt. Dann stellt sich natürlich die Frage, warum man eine Landarztquote braucht, wenn es da keinen Mangel gibt. Was wären die Konsequenzen, wenn man sich für das eine oder für das andere entscheiden würde? Können Sie nachvollziehen, dass es da keinen Mangel gibt?

Zweite Frage. Ich habe, als die Anzuhörenden der zweiten Gruppe an der Reihe waren, die Frage gestellt, ob man das bei einer solchen Landarztquote nur über eine Verpflichtung für zehn Jahre regeln kann. Ich habe einen Zeitraum von ein oder zwei Jahren erwähnt. Mir stellt sich nämlich die Frage, ob folgendes Bild vorherrscht: Wir definieren, der ländliche Raum ist so unattraktiv, dass man ihn nach diesem Einsatz sofort verlässt. – Wenn das so wäre, müsste man die Leute eigentlich für 20 oder 30 Jahre verpflichten, quasi ein ganzes Berufsleben lang. Ich habe eigentlich die Vorstellung – das haben schon in der vorigen Anhörung viele von Ihnen gesagt –, dass der ländliche Raum insgesamt attraktiv gemacht werden muss. Wenn eine Person in den ländlichen Raum kommt, sich quasi in ihn verliebt und dort bleiben möchte, ist es gar nicht notwendig, das Bild zu zeichnen, dass die Leute für einen langen Zeitraum verpflichtet werden müssen, weil sie sonst gar nicht dorthin ziehen würden. Bei den Abgeordneten kann jetzt ein falscher Eindruck entstehen.

Von den Anzuhörenden der zweiten Gruppe ist auf den ÖPNV hingewiesen worden. Wir Landtagsabgeordnete sind zu 99 % mit einem Fahrzeug ausgestattet und können es uns wahrscheinlich gar nicht vorstellen, dass es Zeit kostet, wenn man mit dem ÖPNV von A nach B möchte. Das ist schon öfter angesprochen worden.

Dritter Punkt. Die Formulierung in dem Gesetzentwurf lautet: „Die vertragsärztliche Tätigkeit ist unverzüglich aufzunehmen.“ Inwieweit stimmt das mit der Lebensrealität von Absolventen überein? – Zum einen beziehe ich mich auf die „unverzügliche“ Aufnahme: Ist es so, dass man –



Stand heute, ohne diese Verpflichtung – unverzüglich einsteigt, oder macht man im Leben zwischendrin noch etwas anderes, ohne dass man den Entschluss gefasst hat, die Berufstätigkeit erst gar nicht aufzunehmen? – Zum anderen beziehe ich mich auf die vertragsärztliche Tätigkeit: Ist das so umfassend wie die Lebensrealität heute, oder ist das sehr einschränkend? – Wir wissen, der andere demografische Mix bei den Studierenden und die Vorstellung von einer Work-Life-Balance führen dazu, dass die Niederlassung – auch weil sie durch die Politik unattraktiv gemacht wurde – nicht mehr die erste Wahl ist, wie es noch vor 20 oder 30 Jahren der Fall war. Sind diese Formulierungen wirklich realistisch, also die Lebensrealität der Menschen abbildend?

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Die ersten Fragen richten sich an das Team der hausärztlich tätigen Internisten. Sie haben mit guten Gründen vorgetragen, warum die hausärztlich tätigen Internisten in diese Quote einbezogen werden sollen. Herr Prof. Gerlach hat mit ebenso guten Gründen vorgetragen, warum das eher nicht der Fall sein sollte. Unsere Aufgabe ist es, das irgendwie zusammenzubringen. Das ist nicht immer ganz einfach. Aber das Ziel muss es wenigstens sein, dass alle, die an der hausärztlichen Versorgung teilhaben, da mitgenommen werden.

Die Fragen, die Frau Dr. Sommer gestellt hat, werden Sie gleich vom Fachlichen, vom Patientengut und von den Diagnosen her beantworten. Von Prof. Gerlach wurde noch das Argument vorgetragen, dass der Internist in seiner Weiterbildung kaum je eine Praxis gesehen hat, bevor er sich niederlässt. Nun muss jeder sich niederlassende Arzt als Vorbereitung mindestens ein halbes Jahr lang irgendwie in einer Praxis tätig gewesen sein.

(Zuruf: Nicht mehr!)

– Nein? Nicht mehr? Dann nehme ich das zurück. Zu meiner Zeit war das noch so. – Können Sie das Argument entkräften, z. B. indem Sie sagen: „In der Regel hat so jemand aber Praxiserfahrung“, oder wäre es eine Möglichkeit und ein Kompromiss, in den Gesetzentwurf die Formulierung einzufügen: „Eine Praxiserfahrung von einem Jahr ist notwendig“? Wie kann man das zusammenbringen? – Vielleicht kann uns Herr Dastych noch einen Hinweis geben. Herr Dastych ist erstens sehr erfahren und zweitens – wie Sie jetzt gesagt haben, lieber Herr Dastych – auch ein sehr glücklicher Mensch. Demzufolge ist er auch ein sehr ausgleichender Mensch. Vielleicht kann man das irgendwie zusammenführen.

Damit leite ich gleich zu meinen Fragen an Herrn Dastych über. Die erste Frage bezieht sich auf die Vermittlung bei dem Konflikt zwischen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten bei der Versorgung. Die zweite Frage bezieht sich auf die Unterversorgung bzw. auf die Mangelversorgung. Keiner weiß da so gut Bescheid wie die KV. Keiner verfügt auch über so viel Datenmaterial.

In der Diskussion über die Landarztquote wurde uns von dem einen oder anderen Kommunalpolitiker vorgetragen: Ja, wir haben Zulassungsbezirke, die in einem Gebiet eine Normal- oder gar Überversorgung und in einem anderen Teil eher eine Unterversorgung aufweisen; denn innerhalb

des Zulassungsbezirkes sind die sozialen Strukturen unterschiedlich. – Teilen Sie diese Einschätzung? Würden Sie eine Initiative wie die vor sieben oder acht Jahren befürworten, als wir die Zahl der Zulassungsbezirke in Hessen von 26 auf 72 erhöht haben? Halten Sie so etwas für prüfenswert und sinnvoll? – Ihre Meinung dazu würde mich sehr interessieren.

Die dritte Frage betrifft die Krankenhäuser und die zusätzliche Förderung: die Erhöhung der Pauschale bei den im Rahmen von Verbundstrukturen arbeitenden Krankenhäusern. Sie haben auf die Stichtagsregelung aufmerksam gemacht: ab 1993 oder ab 2000. Ja, das müssen wir überprüfen. Die Kritik scheint mir prima vista plausibel zu sein. Da es um Geld und entsprechende Berechnungen geht: Können Sie uns sagen, wie viele Krankenhäuser in diesem Zeitraum begonnen haben, in einer Verbundstruktur zu arbeiten? Um welche Größenordnung handelt es sich, die wir, wenn wir es korrigieren würden, bei einer entsprechenden Neuberechnung berücksichtigen müssten?

**Vorsitzender:** Ich entnehme meinen Notizen, dass wiederum die Vertreterinnen und Vertreter aller Institutionen angesprochen wurden. Daher gebe ich als Erstem Herrn Dr. Fach das Wort. Bitte.

Herr **Dr. Fach:** Frau Dr. Sommer, Sie haben völlig recht. Prof. Gerlach hat das sehr scharf getrennt. Dazu darf ich jetzt ganz locker sagen: Das ist seine Aufgabe. Er ist Vorsitzender des Instituts für Allgemeinmedizin, er ist an der Universität tätig, und er ist in der Ausbildung tätig. Es ist durchaus richtig, und darin stimme ich ihm völlig zu, die Ausbildung zum Allgemeinmediziner – das ist ein Stück weit etwas Neues – im Studium zu befördern. Ich bin sofort dafür. Ich habe meine schönste Famulatur in der Allgemeinmedizin gemacht. Das ist jetzt 40 Jahre her.

Aber danach geht das Leben weiter, und es gibt eine Weiterbildungsordnung. Die haben wir sehr breit aufgestellt. Es gibt eine Weiterbildungsordnung, und es gibt, hinterlegt, sogenannte fachlich empfohlene Weiterbildungspläne. Dort steht – das haben wir von der Bundesärztekammer aus erarbeitet –, was so einer können muss, um die Facharztprüfung abzulegen. Das ist schon relativ dezidiert formuliert. Wenn man die Anforderungen der Allgemeinmedizin und die der Inneren Medizin einander gegenüberstellt, sieht man, dass es da eine ganz breite Überlappung gibt.

Wenn Sie die Internisten betrachten, stellen Sie fest, es gibt da ein großes Spektrum, das von den hausärztlich tätigen Internisten über die Facharztinternisten bis zum Universitätsmediziner wie dem Prof. Ertl reicht. Dazwischen liegen Lichtjahre; das ist völlig richtig. Hier geht es aber um die hausärztliche Versorgung, und die Kolleginnen und Kollegen machen haargenau das Gleiche wie ihre allgemeinärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Sie sind nur auf einem etwas anderen Weg dorthin gekommen. Das passiert aber auch, wenn ein Anästhesist nach fünf oder zehn Jah-

ren in der Klinik keine Lust mehr hat, Nachtdienste, Wochenenddienste oder sonst etwas zu machen, und sagt: Nein, liebe Leute, ich kriege jetzt die Kurve, mache Allgemeinmedizin, absolviere eine Zusatzweiterbildung und gehe dann in die hausärztliche Versorgung.

Insofern gibt es da ganz unterschiedliche Zugangswege. Das ist gar nicht so zu trennen. Ich denke, das verbindet mich auch ein Stück weit mit dem Kollegen Knoll. Wir alle sind da ein Stück weit realistisch. Das ist die normative Kraft des Faktischen: Ein Drittel der Kolleginnen und Kollegen sind jetzt eben Internisten in der hausärztlichen Versorgung. Das ist einfach so. Ich denke, das kann man gut akzeptieren.

Herr Pürsün, natürlich können Sie sagen: Es gibt doch genug Internisten. Warum müssen wir die fördern? – Ich denke, Ihr Ziel ist es, die hausärztliche Versorgung zu fördern. Die Kolleginnen und Kollegen, die dorthin wollen oder auf diesem Ticket studieren, müssen diesen Vertrag unterschreiben und sich verpflichten. Da können Sie den einen nicht besser oder schlechter behandeln als den anderen. Sie werden natürlich Internistinnen und Internisten bekommen, die, aus welchen Gründen auch immer, später in die hausärztliche Versorgung gehen. Aber wenn Sie die gezielt fördern wollen, ist es, denke ich, ganz klar, dass sie dort einbezogen werden müssen.

Der BDI hat vorgeschlagen, dass man diese Verpflichtungsregelung degressiv gestalten und sagen könnte: Für jedes Jahr, in dem eine Kollegin oder ein Kollege in der hausärztlichen Versorgung auf dem Land tätig ist, wird diese Vertragsstrafe um einen bestimmten Betrag gemindert. – Das ist ein Gestaltungsspielraum, über den Sie verfügen. Da will ich mich gar nicht so weit vorwagen.

Herr Kollege Dr. Bartelt, bei den hausärztlichen Internisten – das habe ich schon ausgeführt – gibt es ein breites Spektrum. Ich glaube, ein Großteil der Kolleginnen und Kollegen, die sich dann niederlassen, geht für die letzten zwei Jahre der Weiterbildung, die sie in der ambulanten Versorgung machen können, in die Praxis und sieht sich dort alles genau an. Die Landesärztekammer hat diese Möglichkeit extra noch einmal ausgeweitet. Die gab es vorher schon, aber die Dauer wurde auf 24 Monate ausgeweitet; denn wir sehen heute, dass im ambulanten Bereich eine sehr qualifizierte Weiterbildung erfolgen kann. Viele Zahlen, die es stationär gar nicht mehr gibt, hat man im ambulanten Bereich. Die Dermatologie ist ein gutes Beispiel. Große Kliniken gibt es da kaum noch. Der ambulante Bereich geht vor.

Die Innere Medizin ist insgesamt breit aufgestellt. Ein Vorbereitungsjahr – der Kollege Dastych ist schon darauf eingegangen – benötigt man in der Form nicht mehr. Einige werden es aber sicherlich machen. Da gibt es eben auch ganz unterschiedliche Karrieren. Es gibt sicherlich Internistinnen und Internisten, die eine Zeit lang in der Klinik tätig sind und dann sagen – die Arbeitssituationen haben sich sehr verschlechtert; dass muss ich hier noch einmal deutlich machen –: Nur Nachtdienst, nur Notdienst, nur Arbeiten bis zum Anschlag – liebe Leute, ich habe es satt und schaue, dass ich mich jetzt hausärztlich niederlasse, da kann ich meinen Arbeitsalltag selbst regeln. – Das muss nicht minder engagiert sein. Insofern gibt es da ganz unterschiedliche Karrieren. Manche gehen sofort in die Niederlassung.

Insofern würde ich die Regelung, dass die Niederlassung unverzüglich zu erfolgen habe, dahin gehend ändern, dass sie in den ersten ein bis zwei Jahren aufgeweicht wird. Wenn Sie ein fertiger Facharzt sind, können Sie nämlich noch nicht richtig operieren. Sie sind gerade einmal fertig. Sie brauchen noch ein bisschen Erfahrung, und Sie müssen lernen, Eigenverantwortung zu übernehmen. Vorher hatten Sie immer jemanden, den Sie fragen konnten. Es ist nicht schlecht, wenn man noch einmal eine Zeit lang als Oberarzt – wie auch immer – in verantwortlicher Position gearbeitet hat und sich dann erst niederlässt und sagt: Jetzt habe ich vieles gesehen, jetzt habe ich viele Sachen selbst entschieden und kann mich in aller Ruhe und mit Verantwortung gegenüber den Patientinnen und Patienten niederlassen. – Es ist unser Ziel, dass die gut versorgt werden.

Herr **Schroeder**: Ich fasse meine Antwort ganz kurz. Frau Dr. Sommer, Sie haben schon sehr gut erkannt, dass es da eine gewisse Differenz gibt. Ich möchte noch einmal betonen, dass aus unserer Sicht ganz klar ein integrativer, kooperativer Ansatz im Vordergrund steht. Es geht darum – dieses Ziel haben alle hier, glaube ich –, ein Versorgungsproblem zu lösen. Aus unserer Sicht – die Zahlen belegen das ja auch – können wir dieses Problem nur gemeinsam lösen. Hausärzte und Hausärztinnen setzen sich in Deutschland aus drei Fachgruppen zusammen. Sie stellen das sicher und machen das gemeinsam gut. Wir sind davon überzeugt, dass es sich auch bei Lösungsvorschlägen immer um einen gemeinsamen Lösungsvorschlag handeln muss. Politisch ist es vielleicht für den einen oder anderen opportun, das alleine machen zu wollen. Aus versorgungstechnischer Sicht wäre dies aber kontraproduktiv. Deswegen werben wir dafür, eine gemeinsame Lösung zu kreieren.

Herr **Dr. Schorlepp**: Frau Sommer, Sie haben gefragt, wie viele Überschneidungen es denn gibt oder woran es in diesem Bereich fehlt. Die Realität sieht so aus, dass wir im Grunde überall genau das Gleiche machen. Natürlich gibt es eine Menge orthopädische Anfragen wegen Rückenschmerzen. Wir haben sehr gute allgemeinmedizinische Kollegen, die sich mit Chiropraktik beschäftigen, weil sie einfach Spaß daran haben, und sehr gute internistische Kolleginnen, die das Gleiche machen und sich auf diesem Gebiet ebenfalls zu Hause fühlen. Auch die internistische Expertise ist so gut, dass ich, wenn vorhanden, Ihre Schilddrüsenstörung behandeln kann und die Werte profund kontrollieren kann. Hier und da gibt es auch ein auffälliges Blutbild, das eingeschätzt werden muss. Müssen Sie damit heute zum Facharzt gehen oder nicht? Das bekomme ich aus der Hämatologie natürlich mit. Die fortgeschrittene Herzinsuffizienz kann ich differenziert zu Hause behandeln. Natürlich machen wir auch Hausbesuche. Alles andere geht doch wirklich an der Realität vorbei. Insofern halte ich fest: Wenn es darum geht, das strukturelle Problem der Hausärzte auf dem Land zu lösen, wäre es unklug, dabei auf die hausärztlichen Internistinnen und Internisten zu verzichten.

Herr Bartelt hat gefragt: Wie ist das denn mit dem Praxisteil? – Ich frage zurück: Wie ist das denn mit dem Allgemeinmediziner, wenn er sich zur Teilnahme an diesem Programm bereit erklärt oder

für dieses Programm unterschreibt? Hat er dann schon seine Praxiserfahrung gesammelt? – Alle Teilnehmer dieses Programm stehen ja ohne Praxiserfahrung da. Sie unterschreiben, dass sie das machen. Im Übrigen ist es für die Internisten selbstverständlich möglich, diese Praxiserfahrung zu sammeln, aber andererseits genauso gut möglich, direkt in die Praxis einzusteigen. Das ist also gar nicht so eine hohe Hürde. Wer sich damit beschäftigt, in die Praxis zu gehen, fühlt natürlich vorher vor. Er kümmert sich entweder privat darum oder macht entsprechende Famulaturen bzw. Praktika und spricht auch mit anderen. Wer diesen Schritt dann doch nicht machen möchte, stellt das dabei sofort fest.

Einen Mangel an Internisten – danach hatten Sie gefragt – haben wir überhaupt nicht. Das ganz Positive ist, dass wir tendenziell deutlich mehr Internisten in der Ausbildung haben oder dass es immer mehr Internistinnen und Internisten gibt. Auf der anderen Seite haben wir leider immer weniger Allgemeinmediziner, wie Sie an den Zahlen sehen. Vor diesem Hintergrund kann es doch nur von Vorteil sein, zu sagen: Warum soll ich diese Möglichkeit nicht auch Willigen aus diesem Pool anbieten? – Ohne dieses Angebot werden Sie die Landarztquote, die Sie hier zur Verfügung stellen, nicht ausschöpfen können, befürchte ich.

Herr **Prof. Dr. Ertl**: Nur ergänzend: Der Schulterschluss, Frau Dr. Sommer, findet außerhalb von hier bei der Versorgung unserer Patienten statt. So war das gemeint. Da teilen sich Allgemeinärzte, Innere Mediziner und Kinderärzte die Versorgung. Das funktioniert. Es wird aber immer knapper. Deshalb kann man nicht einen wesentlichen Pfeiler aus dieser Versorgung herausnehmen oder Leute demotivieren, indem man ihnen sagt, sie seien die Hausärzte zweiter Klasse.

Dann gab es die Frage zu den Studienplätzen. Ja, eigentlich wären die Fakultäten alle bereit, mehr Studienplätze einzurichten. Es ist im Wesentlichen tatsächlich eine Geldfrage, denke ich. Am Ende fehlen uns aber unsere Ärztinnen und Ärzte nicht nur wegen der Studienplätze, sondern auch deshalb, weil bestimmte Bereiche für junge Familien wenig attraktiv sind. Genau darum geht es ja. Den Schritt in die Niederlassung macht man meistens in einem Lebensstadium, in dem die Familie gegründet wird oder gerade gegründet ist. Dann ist es auf dem Land einfach schwierig. Da müssen wir uns neue Modelle einfallen lassen. Das wird kommen müssen. Ich glaube, dass das am Ende auch möglich ist.

Dass kein Mangel an Internisten besteht, ist schon gesagt worden. Aber letztlich fehlt im ländlichen Bereich dann doch die Niederlassung. Insofern kann man auf die Internistinnen und Internisten ohnehin nicht verzichten.

Was die Länge der Verpflichtung angeht, haben wir uns schon ein bisschen etwas zugerufen. Eigentlich wäre das natürlich der Witz der Sache. Wenn ich in die Praxis meines Vaters gegangen wäre, hätte ich das nicht für fünf Jahre und auch nicht für zehn Jahre gemacht; denn das ist ein super Beruf, der schön ist und Spaß macht. Wie gesagt – ich komme wieder auf den Punkt vorher zurück –, muss es halt funktionieren. Wir haben heute nicht mehr die Hausfrau zu Hause. Beide Partner müssen es entsprechend in der Praxis umsetzen können. Das muss gewährleistet sein.

Die Frage von Herrn Dr. Bartelt zur Praxiserfahrung ist schon beantwortet, glaube ich. Die jungen Kolleginnen und Kollegen, die bei uns in die Praxis gingen, gingen erst einmal als Assistent oder als Teilhaber hinein. Das ist wahrscheinlich auch insgesamt die Zukunft in den Praxen.

Herr **Knoll**: Frau Sommer, Sie haben die Bürokratie angesprochen. Vielleicht kann ich es so machen, dass ich einfach schildere, wie das bei mir war. Ich habe mich im April 1993 niedergelassen. Nach vier Wochen der Niederlassung wurde ich schon in die KV bestellt, weil da Probleme aufgetreten sind. Ich habe Elektrotherapie gemacht und war ganz schnell über den bestimmten Bereich hinaus. Nach vier Wochen war ich also schon beim Chef vorgeladen – nicht bei ihm, nicht bei Herrn Dastych; wir hätten ein schönes Gespräch daraus gemacht. Aber damals herrschte bei den Kollegen permanente Angst. Ich denke immer noch an meinen seinerzeitigen Geschäftsführer. Viele von Ihnen kennen die alten Rama-Kartons oder auch Bananenkartons. Darin waren Bücher mit den Vorschriften. Er zeigte mit dem Finger darauf und sagte: Das liest du jetzt in den nächsten vier Wochen. – Ich habe ihn gefragt: Und fragen Sie mich dann ab? – Nein. Aber das war dann die Reaktion. Nach vier Wochen wurde man schon beguckt.

Wenn man länger dabei ist, merkt man natürlich, dass man sich an viele Dinge, an die man sich halten muss, auch halten kann. Aber man muss eben alles bedenken. Dann überlegt man sich als Arzt natürlich, was man macht. Oder man überlegt sich gar nichts, sondern behandelt und macht es einfach. So ist mein Prinzip; ich mache alles, was der Patient braucht. Hinterher sieht man dann: Oha, jetzt hast du natürlich etwas falsch gemacht. – Aber der Patient ist zufrieden, und das ist für uns Hausärzte erst einmal das Wichtigste.

Diese Ängste gibt es aber. Bei Herrn Dastych ging es gerade um den aktuellen Fall, dass die Krankenkassen Dinge – ich meine, 45.000, also sehr viele Sachen – durch ein Computerprogramm durchlaufen lassen. Das ist mir auch widerfahren. So wurde z. B. vor sechs Jahren eingeführt, dass man Cremes, Hustenmittel usw. nicht mehr über die gesetzliche Krankenkasse verordnen kann, sondern ein Privatrezept schreiben muss. Wenn einem dann etwas durchgerutscht ist, bekommt man ein Verfahren. Das ist mir auch passiert. Ich hatte Rheumasalbe auf Kasse verordnet; irgendwie war das durchgerutscht. Dann schickt die Prüfstelle dir ein Schreiben und teilt dir mit, dass du das zurückzahlen musst – bzw. es wird dann einfach vom Honorar abgezogen.

Diese bürokratischen Dinge – da kann ich Medikamente nennen; da kann ich Heilmittel aufführen – kritisiere ich. Nun komme ich vom Berufsverband. Herr Dastych ist Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung. Das ist eine wichtige Körperschaft. Diese Körperschaft muss das natürlich machen. Wir Ärzte denken immer, das seien die Gauner aus der KV. Nein, das steht im Sozialgesetzbuch V, ist also Gesetz und muss entsprechend umgesetzt werden.

Ich erinnere mich noch an 1996. Damals hatten wir eine ganz gute Sache. Ich weiß nicht mehr, ob es schon Ulla Schmidt oder noch ihre Vorgängerin als Gesundheitsministerin, Andrea Fischer von den Grünen, war. Irgendjemand hat damals jedenfalls gesagt, die Ärzte sollten mehr mit den

Patienten sprechen. Und da komme ich zu den Internisten, Herr Schorrlepp. Ich könnte jetzt stundenlang mit euch streiten. Das will ich aber gar nicht. Herr Prof. Gerlach hat das genau auf den Punkt gebracht. Natürlich arbeiten wir in der Versorgung zusammen. Mir geht es aber darum, dass es genug Internisten gibt, wie wir vorhin auch gehört haben. Ich war damals beim hessischen Internistenchef. Der hat gesagt: Wir haben so viele Internisten. Die können nicht alle Fachinternisten werden. Können wir da nicht irgendetwas machen? – Das war also damals schon so. Damit ist natürlich auch ein Versorgungsproblem für die ganzen allgemeinen Internisten verbunden. Nicht umsonst sind heute die Verbände der Internisten mit vier Leuten angerückt, um das den Abgeordneten hier klar und deutlich zu machen.

Frau Sommer, das sind alles Dinge, bei denen ihr Politiker auch gefordert seid – hier im Land natürlich nicht; das Sozialgesetzbuch V ist Bundessache. Aber ihr könnt die Initiative ergreifen und diese Dinge einmal daraufhin durchforsten, dass das praktikabel ist. Die Krankenkassen bekommen dadurch von jedem Arzt vielleicht 20 €; denn bezüglich der großen Regresse konnten wir ja schon Erfolge verzeichnen. Ich habe mich nach 1996 auch entsprechend eingesetzt und gesagt: Das geht nicht. – Dann wurde ich Vertreter in der KV. Von da an habe ich probiert und probiert und probiert. Man hat nur ganz kleine Schritte erreicht. Frank Dastych steckt natürlich in dem Korsett der Körperschaft. Wenn er könnte, würde er auch etwas anderes machen und für die Kollegen mehr schaffen, also mehr Gewerkschaft sein. Früher ging das vielleicht. Aber wir merken, dass die KV nicht Gewerkschaft sein kann. Da gibt es dann andere wie uns als Hausärzterverband oder den Marburger Bund, für den Herr Schwark nachher noch sprechen wird. Das sind also Dinge, Frau Sommer, die wir irgendwie angehen müssen.

Wir zerbrechen uns ja auch den Kopf darüber, warum es im ländlichen Bereich so schwierig ist. Ein kleines Beispiel: In Ulrichstein – manche kennen dieses schöne Städtchen; Herr Becher kennt es, weil es in seinem Bereich liegt –, einem ganz tollen Städtchen, sind die Hausärzte langsam de facto wirklich ausgestorben. Der eine ist plötzlich zu Tode gekommen, und der andere hat gesagt: Um Gottes willen, jetzt muss ich den halben Vogelsberg versorgen; ich gehe wieder dahin, woher ich gekommen bin, nämlich nach Bayern. – Dann war auf einmal kein Hausarzt mehr da. Daraufhin hat man dort einen Fachinternisten hingesetzt. Der wollte im Vogelsberg Stresschos machen. Die dörfliche Bevölkerung wusste erst einmal nicht, was das ist, und dann haben alle gesagt: Mit dem können wir hier nichts anfangen. – Daraufhin ist er wieder ins Krankenhaus gegangen und hat da seine Herzkatheter gemacht.

Man kann also nicht jeden Internisten aufs Land schicken. Da sind wir ja dabei. Aber Herr Gerlach hat völlig recht: Wir brauchen mehr Allgemeinmediziner, und die Internisten helfen uns so lange, bis genug Allgemeinmediziner da sind.

Frau **Schober**: Frau Dr. Sommer, Sie haben mich gefragt, wie viele Medizinstudienplätze wir brauchen. Diese Frage kann ich Ihnen leider nicht beantworten. Ich glaube, dass auch die beste Umfrage nicht eine konkrete Zahl ergeben würde. Wir können Ihnen aber Folgendes mitgeben:

In unserer Gesellschaft gibt es immer mehr ältere Menschen, die dadurch natürlich auch behandlungsbedürftiger sind. Aber auch von den Ärzten sind immer mehr älteren Alters. Die Kategorie der Hausärzte, die bis 82 tätig sind, wird es in Zukunft so auch nicht mehr geben, glaube ich. Das heißt: Da wird momentan noch ganz viel am Leben erhalten, was schon viel gravierender aussehen würde, wenn diese Herrschaften sich an der Rentengrenze von 65 oder 67 Jahren orientieren würden.

Genau vor diesem Hintergrund haben wir gesagt, dass wir mehr Medizinstudierende brauchen. Auch ist zu verzeichnen, dass jüngere Menschen sich öfter auf die Work-Life-Balance berufen oder auch, männlich wie weiblich, Elternzeit in Anspruch nehmen. Alles das, diese ganze Gemengelage, plus gesetzgeberische Anforderungen wie die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes in unseren Krankenhäusern, verstärkt durch die MD-Strukturprüfungen mit der 30-minütigen Erreichbarkeit, die uns auferlegt wurde, forciert noch den Drang nach mehr Personal nicht nur in unseren Krankenhäusern, sondern auch im niedergelassenen Bereich.

Sehr gut gefallen hat mir ein Begriff, der heute öfter gefallen ist: der Schulterschluss. Ich möchte hier noch einmal hervorheben: Wir suchen den Schulterschluss genau zum ambulanten Bereich. Ich glaube, dass man den Mangel an Hausärzten im ländlichen Gebiet durch eine Kombination – wir haben es in unserem Thesenpapier „Gesundheitszentren“ genannt – kurz- und mittelfristig zwar nicht beheben, aber verbessern könnte. Man könnte nämlich Ressourcen zusammenziehen und Lücken füllen. Vielleicht könnte man auch attraktivere Arbeitsplatzbedingungen schaffen. Das ist vorhin von der Fachschaft oder den jüngeren Studenten gewünscht worden. Attraktivität der Arbeitsplätze könnte man auch dadurch schaffen, dass man ihnen im ländlichen Bereich Krankenhausstrukturen bietet.

Frau Böhm, Sie haben sich erkundigt, wie ich auf den additiven Zuschlag komme. Erst einmal haben wir uns natürlich an dem Wortlaut orientiert. Da steht „erhöht“ und nicht, dass es sich bei den anderen um diesen Betrag verringert. Gleichzeitig schwang dabei auch eine gewisse Hoffnung oder, um es zu forcieren, Erwartungshaltung seitens der Krankenhäuser mit. Das heißt: Wir brauchen diese Landesfördermittel dringend. Nur eine Umverteilung wird uns an dieser Stelle nicht helfen.

In der nächsten Frage ging es um den Ausgleich der Defizite. In diesem Zusammenhang muss ich darauf hinweisen, dass Krankenhausfinanzierung nicht in Trägergruppen unterteilt ist. Für die kommunalen Häuser gilt keine andere Krankenhausfinanzierung als für alle anderen Trägergruppen auch, sondern das ist überall das Gleiche. Auch alle anderen Trägergruppen leiden durch diese Unterfinanzierung in der zweiten Säule der vergangenen Jahre. Alle Trägergruppen haben Probleme, bauliche Modernisierungsmaßnahmen, die dringend erforderlich sind, umzusetzen und Digitalisierung aus eigenen Mitteln zu stemmen. Das wird nicht funktionieren; denn so ist die Krankenhausfinanzierung nicht aufgestellt, zumindest aktuell noch nicht. Deswegen haben alle Häuser das gleiche Problem. Frau Afemann wird das vielleicht noch für die privaten Träger darstellen. Einige Häuser können das durch Zentralisierung kompensieren, andere wiederum aber nicht. Gerade bei den privaten Trägern wird die Rechtsabteilung für den gesamten Klinikverbund



zusammengelegt; das macht auch Sinn. Ein kleineres Haus kann sich vielleicht gar keinen eigenen Juristen leisten und muss dann Mittel aufnehmen, um externe Anwälte einzuschalten. Das ist nur ein Beispiel für solche Dinge. Alle kämpfen also im Prinzip mit den gleichen Problemen; nur manche können sie lösen und aus – in Führungszeichen – eigenen Mitteln kompensieren.

Herr Dr. Bartelt, die Frage, wie viele Krankenhäuser von 1993 bis 2000 im Verbund gegründet wurden, kann ich Ihnen leider nicht beantworten. Da muss ich passen. Das müsste ich erfragen. Ich weiß gar nicht, ob wir das tatsächlich durch Umfragen oder anderweitig generieren könnten. Aber vielleicht kann Herr Schaffert etwas dazu sagen. – Dann verweise ich an Herrn Schaffert.

Herr **Dastych**: Frau Abgeordnete Böhm, ich bin gerührt. Vielen Dank, dass Sie auf die Fachärzte hingewiesen haben. Wir haben das in unserer Stellungnahme angesprochen. Aus Zeitgründen bin ich hier nicht im Detail darauf eingegangen. Das ist für mich ein bisschen ein Déjà-vu. Denn ich habe noch die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt erlebt und hatte mit ihr auch eine Korrespondenz zu einem spannenden Thema, in der es von ihrer Seite hieß: Das gibt es ja gar nicht. Wie kommen Sie denn darauf? Nein, da gehen Sie von völlig falschen Voraussetzungen aus. – Ich hatte ihr nämlich vor ungefähr 16, 17 oder 18 Jahren geschrieben: Sehr geehrte Frau Bundesministerin, ich sehe einen Hausarztmangel auf uns zukommen. – Das konnte ja gar nicht sein.

Genauso fühle ich mich jetzt manchmal als einsamer Rufer in der Wüste, wenn ich, übrigens schon seit ein paar Jahren, sage: Wir haben auch einen zunehmenden Mangel an grundversorgenden Fachärzten. – Schauen Sie sich nur einmal die Krankenhausstruktur in Hessen an. Natürlich haben Sie, wie vorhin erwähnt worden ist, an den Universitätskliniken alle großen Fächer und auch die kleinen Fächer. Das liegt nun einmal an dem Lehrauftrag und dem Versorgungsauftrag. An den Krankenhäusern der Maximalversorgung haben Sie in der Regel auch noch fast alle Fachabteilungen. Aber dann hört es fast schon auf. Kollege Bartelt vertritt als Dermatologe ja auch ein vermeintlich kleines Fach, obwohl die Haut das größte Organ des Menschen ist. Wir haben in Hessen vielleicht ein Dutzend dermatologische Hauptabteilungen und zwei Dutzend HNO-Hauptabteilungen. Bei den Augenärzten sieht es genauso aus.

Die eigentliche fachärztliche Grundversorgung in der Fläche machen also niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, sehr oft auch in Co-Funktion – im Bereich der HNO, im Bereich der Urologie, im Bereich der Gynäkologie – mit belegärztlicher Tätigkeit. Dort sehen wir auch eine zunehmende Mangelsituation. Wir sehen das noch nicht in der Bedarfsplanung, weil wir da eine gewisse Überversorgung haben, und auf dem Papier. Ich gehe gleich noch einmal darauf ein, weil Sie ja auch die unterversorgten und Überversorgten Gebiete angesprochen haben. Die Gründe dafür sind etwas andere als bei der Allgemeinmedizin. Darauf sollte man aber intensiv achten. Deswegen haben wir in unserer Stellungnahme auch geschrieben, dass wir eigentlich eine Art Hessen-Quote brauchen. Alles das, was wir zur Sicherstellung ärztlicher Versorgung in den ländlichen Regionen benötigen, müssten wir eigentlich unter diese Quote oder unter diesen Deckel fassen.

Warum sehen wir das noch nicht in der Bedarfsplanung? Sie sind ja zum Teil schon viele Jahre in der Gesundheitspolitik unterwegs und wissen alle noch, wie die Bedarfsplanung entstanden ist. Hoch wissenschaftlich, evidenzbasiert, mit knallharten Fakten hinterlegt? Nein. Herr Seehofer hat 1994 einfach gesagt: Was da ist, ist 100 %. – So kann man das natürlich auch machen. Entsprechend haben sich dann auch die Strukturen weiterentwickelt. „Was da ist, ist 100 %“ hieß eben nicht – es wurde damals in Planungsbezirke eingeteilt –, dass in jedem Planungsbezirk eine Gleichverteilung da war. Vielmehr hat man dann einen Schlüssel ausgerechnet. Nehmen wir einmal an, dass es in Hessen 400 HNO-Ärzte gab. In Hessen haben wir ungefähr 6,3 Millionen Einwohner. Wenn Sie 6,3 Millionen durch 400 teilen, kommen Sie auf einen Schlüssel von rund 15.000 Einwohnern je HNO-Arzt. Jetzt übertragen Sie diesen Schlüssel wieder auf die damals geschaffenen Planungsbereiche. Dann haben Sie Bereiche gehabt, die bei 90 % oder bei 100 % lagen; manche Bereiche lagen bei 130 % oder 140 %. So sind diese Zahlen überhaupt entstanden.

Als man dann im Rahmen der Bedarfsplanungs-Novelle Mittelbereiche für die Hausärzte eingezogen hat, ist der gleiche Effekt noch einmal aufgetreten. Deswegen haben wir da vermeintlich eine Asymmetrie. Sie wirkt aber oftmals gar nicht so stark, weil das historisch gewachsene Strukturen sind. Hausärzte sind keine umherziehenden Bader und Barbieri, die zwei Jahre im Städtchen A tätig sind, anschließend ein Jahr im Städtchen B arbeiten und dann mit einem Bauchladen über Land ziehen. Selbstverständlich sind das historisch gewachsene Strukturen. Da sind auch Patientenwege vorgebahnt.

Deswegen sehe ich jetzt nicht unbedingt einen richtigen Bedarf, noch einmal eine Novelle anzugehen. Das Ganze ist auch hochgefährlich, muss man sehr klar sagen. Ich weiß, dass von Wiesbaden, aber auch von Kassel und insbesondere von Frankfurt Begehrlichkeiten da sind. Es ist natürlich unglücklich – auch hier verweise ich auf unsere Stellungnahme –, im Mittelbereich Sontra fünf Hausärzte und im Mittelbereich Frankfurt über 700 Hausärzte zu haben. Das macht die Sache nicht einfacher.

Würden Sie jetzt anfangen, Frankfurt in Mittelbereiche mit 40.000 oder 50.000 Einwohnern einzuteilen, käme es mit Sicherheit zu einem Effekt, der durch die unterschiedliche Struktur der Stadt Frankfurt bedingt ist. In den dann entstehenden 15 bis 20 Mittelbereichen hätten Sie nämlich plötzlich einen erheblichen Teil, der möglicherweise unterversorgt ist. Das heißt, dass Sie über diesen Mechanismus die Bedarfsplanung für die Großstädte aufmachen. Und dann brauchen wir uns nicht zu überlegen, wohin in den nächsten drei, vier oder fünf Jahren der Großteil der niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzte geht.

Das tut mir zwar für Frankfurt ein bisschen weh. Aber ich sage einmal ganz salopp: Der Unterschied des Waldeckers und des Frankfurters besteht darin, dass der Frankfurter zwei Straßenbahnhaltestellen mehr als deutliches Mehr an Entfernung wahrnimmt, während wir in Waldeck vielleicht davon sprechen, wenn wir 20 oder 30 km mehr fahren müssen. – Es hängt also auch sehr viel an der subjektiven Wahrnehmung der Patienten. Wir machen das eher daran fest, ob wir wirklich eine signifikante Anzahl an Beschwerden bekommen. Die bekommen wir in strukturschwachen Regionen. Deswegen fährt unser Medibus in Nordosthessen.

Insofern bin ich sehr vorsichtig, was die gegenwärtige Bedarfsplanung angeht. Vielleicht können wir Ihnen einmal in diesem Ausschuss, wenn der Ausschussvorsitzende das auch möchte, in einem offeneren Format einen neuen Ansatz vorstellen, den wir gerade in der KV Hessen entwickeln, nämlich die sozioökonomische Bedarfsplanung mit einer Mobilitätsgewichtung. Und dann wird es spannend. Dann schauen wir uns nämlich an: Wie sehen die Bevölkerungsstrukturen in den Regionen aus, und wie ist die Krankheitslast verteilt? – Wenn man an eine neue Bedarfsplanung herangehen möchte, dann würden wir vorschlagen, dass man eher diese Aspekte in den Vordergrund stellt.

Was den ÖGD angeht, liebe Frau Böhm, kann man unterschiedlicher Meinung sein. Das hängt immer davon ab, welche Aufgaben Sie dem ÖGD zuweisen, die unbedingt ärztlich erledigt werden müssen. Ich habe mich mit vielen ÖGD-Medizinern unterhalten. Insbesondere in der Pandemie war nicht das primäre Problem des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, dass es dort zu wenige Ärztinnen und Ärzte gab – gute sowieso; die haben sie –, sondern es war insgesamt die Personaldecke, die den ÖGD an die Belastungsgrenze brachte, was die Kontaktkettennachverfolgung anging. Aber da kann man unterschiedlicher Meinung sein. Wir können wirklich ganz intensiv darüber diskutieren. In diesem Zusammenhang müsste man eigentlich auch noch die Kinderärzte berücksichtigen, die in der Quote mit enthalten sind. Da können sich unter Umständen auch konterkarierende Effekte ergeben.

Man muss natürlich auch sehen – das geht dann in Richtung des Abgeordneten Pürsün –, dass zehn Jahre nach Facharztweiterbildung eine verdammt lange Zeit sind. Ich bin auch nicht glücklich mit der Idee, vor dem Hintergrund, dass es in Nordrhein-Westfalen trotz der zehn Jahre dreimal so viele Bewerber wie Studienplätze gibt, 15 Jahre oder sogar 20 Jahre daraus zu machen. Dann werden Sie mit Sicherheit immer noch zwei- bis dreimal so viele Bewerber auf die Zahl der Studienplätze haben. Medizin ist nun einmal begehrt. Welche Effekte das auf Dauer hat, ob Sie durch diesen Mechanismus junge Kolleginnen und Kollegen also wirklich auf Dauer motiviert bekommen, ist noch eine andere Frage. Auch dagegen spricht die Lebensrealität. Wir kommen vielleicht aus einer anderen Zeit – Studium, Facharztweiterbildung, noch eine Zeit als Oberarzt und dann Niederlassung. Das ist heute längst nicht mehr so. Deswegen ist der vorhin hier schon diskutierte Begriff des Unverzöglichen auch aus unserer Sicht ein bisschen problematisch. Wir sind in unserer Stellungnahme darauf eingegangen.

Kein Problem sehe ich hingegen beim Übergang aus dem stationären Bereich in die Praxis. Denn das, was bis 1994, also bis zu der Zulassungssperre mit der Einführung der Bedarfsplanung, sehr häufig passiert ist, nämlich die Praxisneugründung, ist heutzutage eher die Ausnahme. Man geht in eine bestehende Praxisstruktur. Es gibt ein Handover. Wir haben auch im Bereich des Zulassungsrechts Instrumente und genehmigen für ein halbes Jahr, manchmal mit ein bisschen Verlängerung, einen sogenannten Übernahmeassistenten. Das heißt auf gut Deutsch, dass der Praxisinhaber und sein Nachfolger für ein halbes Jahr oder ein Dreivierteljahr parallel arbeiten können, ohne dass die Leistungen der Praxis unverhältnismäßig ausgeweitet werden. So kommt beides zusammen; es kommt die Übergabe der Praxis mit Praxiserfahrung zusammen. Und das ist heute eigentlich die Realität. Deswegen sehe ich das nicht als großes Problem an.

Dann gab es die spannende Frage: Mangel oder Überschuss an Internisten? Es ist immer die Frage: Wie viele Internisten brauchen wir eigentlich? Marktwirtschaftlich gesehen, ist das ja eine Frage von Angebot und Nachfrage. Das Angebot sind die Internisten, und die Nachfrage sind die Erkrankungen der Patienten, die internistisch oder allgemeinmedizinisch abgebildet werden müssen. Das ist in der Tat eine spannende Frage. Denn das Gros der insbesondere altersbedingten Erkrankungen ist nun einmal internistischer und damit auch allgemeinmedizinischer und orthopädischer Art. Es ist einfach so. Das heißt, dass wir in dem Bereich auch entsprechend viele Doktoren brauchen. Leider beißt sich das an einer Stelle. Wenn wir wirklich so viele Internisten hätten, hätten wir keine unbesetzten Hausarztsitze. Denn sie könnten sich doch alle irgendwie niederlassen, wenn man sie an einer anderen Stelle nicht auch brauchen würde. Mit der These, es gebe zu viele Internisten, tue ich mich also ein bisschen schwer; abgesehen davon, dass ich, wenn dieser Begriff nicht historisch ein wenig belastet wäre, sowieso sagen würde: Ich habe sie doch beide lieb. – Denn ich brauche sie beide. Ich brauche auch die Internisten in der ambulanten Versorgung auf der hausärztlichen Versorgungsebene. Obwohl manche sagen, es gebe zu viele Internisten – wobei wohl völlig unbestritten ist, dass es zu wenige Allgemeinmediziner gibt –, haben wir trotzdem viele freie Arztsitze.

Das ist auch der entscheidende Knackpunkt. Ich habe es damals selber erlebt, als ich 1995 in die Praxis gegangen bin. Zwar hatte ich das große Glück, dass ich als Oberarzt in Bad Lippspringe in der HNO-Klinik die Ambulanz geleitet hatte und dadurch schon viel ambulante Medizin mitbekommen hatte. Aber ich habe dann auch mit einem Kollegen zusammengearbeitet. Ich bin in eine Zweierpraxis gegangen. Die Berufsausübungsgemeinschaften sind heute auch eher der Standard. Da haben wir also nicht mehr das große Problem.

Was haben wir sonst noch? Zu Überversorgung bzw. Unterversorgung hatte ich schon etwas gesagt. Dann möchte ich zumindest noch eine Zahl in den Raum stellen. Wir haben bereits heute eine Änderung des Berufsbildes zu verzeichnen. Die Medizin wird weiblicher. Das ist schön. Die Medizin wird arbeitsteiliger. Das ist auch gut. Aber wir haben auch sehr viel Teilzeit. Wir haben eine andere Verbindung des Berufsumfeldes der Medizin mit dem privaten und familiären Umfeld. Das heißt, dass den Patientinnen und Patienten faktisch weniger Arbeitszeit pro Mediziner, männlich wie weiblich, zur Verfügung gestellt wird. Es ist sicher gut, dass man Beruf und Familie in der Medizin inzwischen besser vereinbaren kann. Für mich, der die Versorgung sicherstellen muss, ist das aber schlecht. Wir haben diese ganzen Faktoren einmal hochgerechnet. Den Mehrbedarf in den Krankenhäusern können wir allerdings nur schwer beurteilen. Wir wissen nicht, was an Krankenhausreform auf uns zukommt. Zusammen mit unseren Freunden der Hessischen Krankenhausgesellschaft sind wir der Meinung, dass das Finanzierungssystem der Krankenhäuser geändert werden muss. Dieses Hamsterrad, in das man die Krankenhäuser im Moment weiter hineintreibt, muss ein Ende haben, zumal dieses Hamsterrad auch sehr viele ärztliche Kapazitäten bindet. Im Endergebnis sind wir damit aber tatsächlich auf ein Mehr von 5.000 Medizinstudienplätzen gekommen.

Das schockiert natürlich, Frau Dr. Sommer. Die Haushälter sagen dann: Das können wir uns nicht leisten. – Da sage ich: Überlegen Sie sich das einmal. Es wird für Sie nie billiger als dann, wenn

große Teile dieser Studierenden Hausärzte werden. Denn wenn wir einen Mangel in der Grundversorgung bekommen, setzt das Ganze eine Kettenreaktion bis hin zu einem deutlich gesteigerten Hospitalisierungsindex in Gang, und dann wird es im System sehr viel teurer.

Das ist auch der Knackpunkt in Bezug auf die zehn Jahre. Das kann man moralisch, emotional und gesundheitsökonomisch betrachten. Wir haben folgenden Kompromiss vorgeschlagen: Wenn die Weiterbildung zum Facharzt bereits in einer Landarztpraxis erfolgt, sollten diese Jahre darauf angerechnet werden. Das heißt: Wenn eine angehende Allgemeinmedizinerin nach dem Studium erst für zwei Jahre in ein Krankenhaus und dann für drei Jahre in eine Landarztpraxis geht, werden ihr diese drei Jahre angerechnet. Das würden wir als fairen Kompromiss sehen.

Zu der Höhe der Entschädigung möchte ich mich nicht einlassen. Da sollten Sie Herrn Naumann zu Grünberg anrufen. Dieser sehr bekannte Anwalt aus Hamburg vermittelt Ihnen für 120.000 € bis 150.000 € einen Medizinstudienplatz in einem Staat der EU. Typischerweise stehen da Ungarn und die Baltischen Staaten ganz oben auf der Liste. Insofern glaube ich, dass das weder im positiven noch im negativen Sinne Auswirkungen auf die Landarztquote haben wird. – Ich hoffe, dass ich jetzt nichts vergessen habe.

Herr **Schaffert**: Frau Dr. Sommer, mehr Studienplätze brauchen wir aus den genannten Gründen, aber auch deshalb, weil wir uns in allen Versorgungsbereichen, und zwar gerade auf dem Land, im Wettbewerb um die Absolventinnen und Absolventen befinden. Das betrifft den ÖGD; das betrifft die Hausärzte; das betrifft die niedergelassenen Fachärzte; das betrifft die Krankenhäuser; das betrifft den Medizinischen Dienst. Alle suchen Ärzte. Im Übrigen gibt es etliche Ärzte – auch in diesem Hohen Haus; auf mich selbst trifft das ebenfalls zu –, die nicht mehr ärztlich tätig sind. Wir befinden uns also im Wettbewerb um Ärzte. Wenn wir einen Teil von ihnen für einen speziellen Bereich reservieren, fehlen sie natürlich in den anderen Bereichen. Das gilt insbesondere im ländlichen Raum. Wie bereits angesprochen worden ist, sind die Infrastruktur und die Attraktivität des ländlichen Raumes ein Stück weit ein Problem. Ich selbst lebe auch auf dem Land. An der einen oder anderen Stelle würde ich mir dort durchaus eine Verbesserung und die Herstellung der sogenannten gleichwertigen Lebensverhältnisse wünschen.

Frau Böhm, wie viel an Investitionsmitteln genau fehlt, kann ich Ihnen aus dem Stand nicht sagen. Dazu gibt es auch entsprechende Mitteilungen und Forderungen oder Berechnungen der Hessischen Krankenhausgesellschaft. Ich kann Ihnen auf jeden Fall sagen, dass ein ganzer Batzen fehlt. Nach meiner Überzeugung hätten wir fast alle Verrenkungen, die wir auf Bundesebene jetzt bezüglich der Krankenhausfinanzierung gemacht haben – Ausgliederung des Pflegebudgets und Ähnliches –, nicht gebraucht, wenn die Investitionsmittel ausreichend wären. Das betrifft im Übrigen alle Länder. Hessen steht da ja im Verhältnis noch ganz gut da. Es ist trotzdem zu wenig. Daher waren die Krankenhäuser gezwungen, aus den für die Krankenhausbehandlung erzielten Erlösen ihre Investitionen mitzufinanzieren. Das ist der Knackpunkt. Darum werden jetzt viele gesetzliche Regelungen auf Bundesebene getroffen, die das Ganze aber nur noch verkomplizieren und das eigentliche Problem nicht lösen.

Wie viele Krankenhäuser gibt es, die vor 2000 einen Verbund gegründet haben? Eine genaue Zahl kann ich Ihnen nicht nennen. Ich kann Ihnen sagen, dass es in meinem Mitgliedsbereich mindestens eines gibt. Es werden aber insgesamt nicht mehr als zehn sein. Sie wollen ja wahrscheinlich wissen, was uns das kostet. So viel mehr wird das also nicht sein. Aber ich weiß, dass ein Krankenhaus von dieser Verschiebung des Stichtags betroffen wäre, Herr Bartelt.

Zu Herrn Pürsün und den 20 bis 30 Jahren nur folgende Anmerkung: Bei 30 Jahren wird es insgesamt schon mit der Lebensarbeitszeit knapp, wenn man das Studium usw. hinzurechnet.

Grundsätzlich sollte das Ziel natürlich sein, dass der Kontakt – das haben die Medizinstudierenden ja auch gesagt – mit der Tätigkeit in der Landarztpraxis schon dazu führt, dass man sagt: Ja, das ist das, was ich will – oder vielleicht auch zu der Erkenntnis, dass das nicht das Richtige für einen ist. Denn es gibt durchaus auch Menschen – das wurde ja im Block 2 angesprochen –, die dann irgendwann wahrnehmen: Das passt jetzt doch nicht.

**Vorsitzender:** Besten Dank. – Mir liegen keine weiteren Wortmeldungen vor. Dann darf ich mich auch bei den Anzuhörenden der Gruppe 3 ganz herzlich für ihre Ausführungen bedanken und nunmehr die Gruppe 4 nach unten bitten. – Jetzt können wir mit den Statements der Anzuhörenden der Gruppe 4 starten.

Herr **Dr. Pinkowski:** Guten Tag, sehr geehrter Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Sie haben die ganze Zeit über das Landarztgesetz gesprochen. Weil dazu bislang schon sehr viel gesagt wurde, möchte ich mich dazu weniger auslassen, sondern einmal einen Blick auf den Omnibus werfen, der in diesem Gesetzespaket enthalten ist; denn darin geht es um das Heilberufsgesetz, das für uns als Kammer neben der Bundesärzteordnung das Hauptstandbein ist. Insofern will ich einmal das Thema ein wenig wechseln; denn dazu sind auch einige aus unserer Sicht spannende Anmerkungen zu machen.

Beginnen möchte ich trotzdem mit einigen Anmerkungen zum Landarztgesetz. Die Intention des Gesetzgebers, die landärztliche Versorgung oder die Versorgung auf dem Land zu stärken, finden wir grundsätzlich gut. Wie hier bereits angeklungen ist, haben wir es dort aber nicht nur mit der hausärztlichen Unterversorgung zu tun, sondern auch mit einer beginnenden fachärztlichen Unterversorgung. Sie sollten immer im Blick haben, dass es bei der grundversorgenden Facharztschiene ebenfalls einen Mangel auf dem Land geben wird. Dieser Mangel wird sich in den nächsten Jahren deutlich verstärken.

Aus unserer Sicht ist das Gesetz, über das wir hier diskutieren und das Sie später im Landtag beschließen werden, nicht geeignet, das Ziel, das Sie vorgeben, zu erreichen. Das eigentliche Problem – das ist hier auch schon angeklungen – sind zu wenige Medizinstudienplätze. Vorhin

ist aus Ihrer Runde die Frage aufgeworfen worden, wie viele Medizinstudienplätze wir denn brauchen. Die genaue Zahl kann ich Ihnen ad hoc auch nicht nennen. Aber ich kann Ihnen sagen: Wir haben heute weniger Studienplätze, als wir zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung, also 1989, in der alten BRD hatten. Dazu ist dann noch die ehemalige DDR gekommen. Das ist heute unser Staat. In dieser Bundesrepublik haben wir jetzt weniger Studienplätze als damals in der alten BRD. Das muss man berücksichtigen.

Das Ganze ist inzwischen 30 Jahre, also eine Generation, her. In diesen 30 Jahren hat sich die Vorstellung, wie ein ärztliches Leben ablaufen kann, wie sich der ärztliche Alltag auswirkt und wie ich ihn für mich gestalten will, durchaus sehr verändert. Zur damaligen Zeit war ich schon in der medizinischen Versorgung tätig. Für uns war es normal, 60 Stunden zu arbeiten. Da hat sich keiner beklagt. Das war in der Klinik so, und das war im niedergelassenen Bereich so. Heute ist das nicht mehr üblich. Heute ist das Modell, teilweise in Teilzeit zu arbeiten oder in sehr hohem Maße in Teilzeit zu arbeiten. Deswegen brauchen wir, um den Abgang eines in Vollzeit tätigen Arztes zu ersetzen, heute zwei bis drei junge Ärzte, weil sie nicht mehr bereit sind, diese Arbeitszeit abzudecken. Ich kann das verstehen. Das müssen wir aber in der Ausbildung berücksichtigen. Für die Hausärzte ist es mittlerweile fünf nach zwölf. Für die Fachärzte ist es noch fünf vor zwölf. Dabei muss man wissen – auch das haben wir vorhin gehört –, wie lange die Ausbildung dauert: sechs Jahre Studium und anschließend fünf bis sechs Jahre Facharztweiterbildung, wenn sie denn in Vollzeit erfolgt. Erfolgt sie in Teilzeit, wird sie sich entsprechend verlängern.

Das, was Sie vorhaben, verschärft eigentlich das Problem. Es wäre zumindest in Hessen für das von Ihnen verfolgte Ziel der Stützung der ländlichen Versorgung im hausärztlichen Bereich sinnvoll, nicht eine Vorabquote von den vorhandenen Plätzen zu nehmen, sondern eine Zusatzquote einzuführen. Das wäre wenigstens schon einmal ein Anfang. Herr Dastych hat vorhin die Zahl von 3.200 Allgemeinmediziner, die er bis 2032 braucht, in den Raum geworfen. Das schaffen wir damit nicht. Da ist also viel zu tun. Dabei darf man nicht vergessen, dass wir immer eine Vorlaufzeit von zwölf Jahren haben.

Wir haben eine eigene Studie durchgeführt – vorhin hieß es ja, das mit der Quote klappe alles sehr gut – und haben das Glück, mittlerweile über eine ganze Studienlänge eine Befragung am Anfang und am Ende vorlegen zu können. Am Studienbeginn waren 8 % der Studienanfänger perspektivisch bereit, sich als Hausarzt irgendwo – das war noch nicht auf den ländlichen Raum bezogen – niederzulassen. Am Ende des Studiums wollen nur noch 37 % dieser 8 % weiterhin Hausarzt werden. Die anderen zwei Drittel orientieren sich anders. Auch das muss man sehen.

In diesem Zusammenhang kann ich der jungen Kollegin nur recht geben. Für viele, die 19 oder 20 Jahre alt sind und gerade ihr Abitur in der Tasche haben, ist es überhaupt noch nicht machbar, eine solche Entscheidung zu treffen und bereits festzulegen, wo sie die nächsten 25 Jahre oder länger leben. Sie wollen ja auch die Welt kennenlernen, und sie wollen Erfahrungen sammeln. Da kann ich mich nicht schon für den Rest meines Lebens in den tiefsten Vogelsberg verdingen. Das sehe ich sehr ähnlich wie die Studentin.

Die Schaffung von spezifischen Curricula und besonderen Angeboten, um das Interesse für die Allgemeinmedizin zu wecken, ist vollkommen richtig. Dazu braucht man aber keine Quote.

Über den Einbezug der hausärztlichen Internisten haben wir schon viel gehört und diskutiert. Auch das macht Sinn. Die hausärztlichen Internisten machen bei der hausärztlichen Versorgung nämlich einen Anteil von 30 % aus. Ich musste als gelernter Anästhesist und Notfallmediziner am Anfang dieser Anhörung eine neue Schockform kennenlernen: den Praxisschock. Ich sage in diesen Zeiten, in denen viel von Fake News geredet wird, einmal salopp: Das war eine Fake News; denn einen Praxisschock kennen wir aus unserer Sicht nicht. – So viel zum Hausarztgesetz.

Der Gesetzentwurf enthält aber auch einen Art. 2 mit den Änderungen des Heilberufsgesetzes. Darauf komme ich jetzt zu sprechen.

Den Namen „Psychotherapeutenkammer Hessen“ lehnen wir vehement ab. Ich möchte Ihnen auch erklären, warum wir das tun. Es gibt ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, das die Approbation zum Psychotherapeuten enthält. Dieser Weg ist letztes Jahr neu geschaffen worden. Die LPPKJP hat jedoch bislang keine Psychotherapeuten als Mitglieder. Der LPPKJP gehören derzeit zwei Berufsgruppen an, nämlich psychologische Psychotherapeuten mit Psychologiestudium sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Pädagogikstudium und drei Jahren Ausbildung als Kinder- und Jugendpsychologen. Teilweise sind sie, wenn sie vor 1999 in den Beruf gegangen sind, noch mit einer Unbedenklichkeitsbescheinigung nach dem Heilpraktikergesetz in den Beruf gelassen worden. Diese Berufsgruppen dürfen die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ überhaupt nicht führen. Erst in fünf Jahren wird es nach der heute gültigen Approbationsordnung die ersten wirklichen Psychotherapeuten in der LPPKJP geben.

Da sehen wir eine erhebliche Verwechslungsgefahr mit den ärztlichen Psychotherapeuten. Aus diesem Grund schlagen wir vor, diese Kammer besser „Landeskammer der nichtärztlichen Psychotherapeuten Hessen“ zu nennen. Ansonsten bestünde durchaus die Möglichkeit, dass ärztliche Psychotherapeuten – und die haben wir bei 39.000 Ärzten in Hessen in mindestens der gleichen Zahl wie die Psychotherapeutenkammer Mitglieder – künftig Mitglieder dieser Kammer wären oder vielleicht sogar werden müssten. Dann käme es zu einer Doppelmitgliedschaft. Auch das sollte vermieden werden und in dem Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden.

Mit der Änderung von § 29 Abs. 5 soll eine Weiterbildung in Teilzeit von 25 % ermöglicht werden. Im Übrigen teilt die Bundesärztekammer, die von Ihnen ja auch aufgefordert war, dazu Stellung zu nehmen, die rechtlichen Bedenken, die ich hier äußere. Aus unserer Sicht verstößt dieser Paragraph gegen EU-Recht und Ausbildungsrecht. Mindestens 50 % einer Vollzeittätigkeit wird in der einschlägigen EU-Vorschrift gefordert, nämlich in der Berufsanerkennungsrichtlinie. Darin steht, dass die in Weiterbildung befindliche Person sich voll auf die Weiterbildung zu konzentrieren hat und eine entsprechende berufliche Verdichtungsphase haben muss. Sowohl rechtlich als auch qualitativ ist es keine Weiterbildung, wenn man nur ein Viertel der vollen Arbeitszeit der Weiterbildung widmen kann. Es fehlt am planvollen Bildungsziel.



Ich komme an dieser Stelle noch einmal auf das Hausärztegesetz zurück. Stellen Sie sich vor, dass die Allgemeinärzte, die Sie jetzt mit Ihrem Gesetz produzieren wollen, auf einer 25-%-Stelle tätig sind. Dann werden sie 20 Jahre nach dem Studium fertig. Da können sie schon fast in Rente gehen. Das wäre aus meiner Sicht ein volkswirtschaftlicher GAU. Auch aus diesem Grunde macht das keinen Sinn. Und jeder von uns weiß: Wenn ich etwas nur tröpfchenweise lerne, habe ich das Erste vergessen, bevor ich das letzte Tröpfchen abbekommen habe. – Insofern kann es also überhaupt nicht funktionieren.

Das hat der Bundesgesetzgeber in § 7a des Berufsbildungsgesetzes übrigens genauso gesehen. Selbst für einen nichtakademischen Ausbildungsberuf, z. B. unsere Medizinische Fachangestellte, ist eine mindestens 50%ige Ausbildungszeit der Vollarbeitszeit vorgeschrieben. Sie darf nicht unterschritten werden.

Insoweit die LPPKJP auf eine solche Regelung nicht verzichten will – was für mich absolut unverständlich ist, weil die entsprechenden Psychotherapeuten dann auch nicht rechtzeitig in den Beruf und in die Versorgungslandschaft kommen –, sollte sie zumindest aus dem allgemeinen Teil der Weiterbildung im Heilberufsgesetz herausgenommen werden und im besonderen Teil der psychotherapeutischen Weiterbildung untergebracht werden. – So viel zum Heilberufsgesetz.

Noch kurz zu Art. 3, der Änderung des Hessischen Krankenhausgesetzes: Dass die Insolvenzsicherung der Patientendokumentation in Krankenhäusern nach diesem Gesetz gesichert werden soll, begrüßen wir ausdrücklich. Das ist vorhin am Rande kurz angesprochen worden. Allerdings vermissen wir eine Regelung dazu, wie es finanziert werden soll. Denn ein insolventes Krankenhaus wird keine Mittel mehr haben, um diese Daten zu sichern. Dafür muss man also eine Regelung finden – und wenn es der Steuerzahler übernimmt, oder wie auch immer. Aber es muss aus unserer Sicht eine Regelung geben. Die Sicherung dieser Daten ist existenziell wichtig. Dies muss auch unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erfolgen. Man kann das nicht in irgendeinen Keller stellen, wie es in der Vergangenheit das eine oder andere Mal passiert ist.

Ich habe Sie jetzt einmal auf einen anderen Weg gehoben und bin mit meinen Ausführungen fertig. Fragen beantworte ich nachher gerne. Ansonsten haben wir ja auch bereits schriftlich ausführlich argumentiert.

Herr **Dr. Schwark**: Guten Tag, Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete! Vielen Dank für Ihre Geduld. Herr Martin, Sie haben vorhin gesagt, dies sei eine von vielen Maßnahmen, die noch in Angriff genommen würden. Das kann ich nur begrüßen. Die Ernsthaftigkeit, mit der Sie sich mit dem Thema auseinandersetzen, sehe ich an Ihrer Geduld und Ihrer Ausdauer heute. Ich kann das nur begrüßen und Ihnen dazu gratulieren. Sie haben viele Meinungen gehört und müssen sich auf dieser Grundlage ein Bild machen. Ich werde jetzt nicht alles wiederholen. Das könnten wir natürlich machen. Aber dann müsste ich Ihre Geduld über die Maßen strapazieren.

Die Maßnahmen bezüglich der sogenannten Landärztinnen- und Landarztquote sind, wenn ich das richtig sehe, im Wesentlichen so beschlossen und werden auch umgesetzt werden. Die Bedenken sind hier ausführlich argumentiert worden. Ich möchte nur daran erinnern, dass man immer, wenn man etwas Neues ausprobiert, es auch gründlich überprüfen sollte. Deswegen würde ich wirklich vorschlagen, dass man bereits während des Studiums die Studierenden regelmäßig dazu befragt, wenn man es schon verabschiedet. Herr Prof. Gerlach hat ja gesagt, dass er das auch begleiten wird.

Ich unterstütze und wir als Verband unterstützen auch die Einbeziehung der hausärztlich tätigen Internisten. Dazu nur ganz kurz Folgendes: Herr Bartelt, Sie haben ja auch irgendwann einmal mit dem Studium angefangen. Ich habe das auch gemacht und wollte immer Chirurg werden. Jetzt bin ich Neurologe – das ist nun am anderen Ende des Spektrums dessen, was man sich im Studium so vorstellen kann – und fühle mich da ausgesprochen wohl. Ich bin jetzt seit 26 Jahren dabei und habe das auch nie bereut. Hätte ich mich aber am Anfang des Studiums festgelegt, täte mir der Rücken jetzt noch mehr weh, als er das ohnehin schon tut. Damit will ich deutlich machen, dass man seine Ansichten durchaus während eines Ausbildungsprozesses ändert. Das sollte man auch berücksichtigen.

Was momentan noch etwas zu kurz gekommen ist, ist der Öffentliche Gesundheitsdienst, der meines Erachtens eine der Säulen unserer Versorgung der Bevölkerung sein sollte, weil er insbesondere in der Prävention und Vermeidung von größeren Katastrophen tätig sein sollte. Der Öffentliche Gesundheitsdienst wird aber häufig genug nicht auch in seiner ärztlichen Tätigkeit wahrgenommen. Als Verband fordern wir schon seit vielen Jahren, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst deswegen einen vernünftigen Tarifvertrag bekommen soll. Das ist im Koalitionspapier der Ampelkoalition jetzt auch niedergelegt. Ich möchte auch an dieses Haus den Appell richten, dass man den Öffentlichen Gesundheitsdienst tariflich in seiner Tätigkeit unterstützt und auch noch einmal unterschreibt, dass das Ärztinnen und Ärzte sind, die einen der wichtigsten Versorgungsaufträge unserer Bevölkerung wahrnehmen, nämlich die Vorsorge.

Genau das sehen wir ja in dieser Lage, in der wir uns jetzt alle befinden. Ich bin nicht ganz der gleichen Meinung wie Herr Dastych, der die Auffassung vertritt, wir hätten genug Kolleginnen und Kollegen im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Es dürften durchaus mehr sein. Der Anreiz ist auch besser, wenn man zu vernünftigen Bedingungen arbeiten kann und als Ärztin und Arzt arbeiten kann. Leider wird das immer wieder in Abrede gestellt und gesagt: Ihr seid ja mehr oder weniger Verwaltungsangestellte. – Das ist nicht der Fall. Dies ist genuine ärztliche Tätigkeit und aus meiner Sicht eine der wichtigsten ärztlichen Tätigkeiten überhaupt.

Das schließt letztlich auch den Zirkel zu der Landarztquote. Die Anreize, die man schaffen muss, sind natürlich zum einen finanzieller Natur. Das ist aber nicht der Hauptanreiz. Der Hauptanreiz ist das, was wir im Tarifgeschehen als den sogenannten Mantel bezeichnen, nämlich das Umfeld. Es sind also die Bedingungen, zu denen man arbeitet. Daher geht es darum, dass man für den hausärztlich tätigen Kollegen, also den genuine Allgemeinmediziner, der als Hausarzt arbeitet, aber auch für alle anderen vernünftige Bedingungen schafft, dass man ihnen vielleicht auch

Räumlichkeiten mit anderen fachärztlich tätigen Kollegen zur Verfügung stellt – alle solche Dinge, die die Struktur betreffen.

An dieser Stelle sind wir wieder bei dem, was Herr Martin eingangs als Stellungnahme gesagt hat. Das Ganze ist ein großes Thema. Ich möchte jetzt nicht allzu viele Bedenken äußern. Man muss bei großen Kuchen mit dem ersten Stück anfangen, und das machen Sie hier. Deswegen würde ich wirklich darum bitten, dass man vor allem die Rahmenbedingungen stärkt und die Maßnahmen auch hier in diesem qualifizierten Kreis regelmäßig evaluiert und überdenkt. Man sollte sie dann gegebenenfalls auch anpassen und nicht erst in fünf oder sechs Jahren nachsteuern, sondern in kürzeren Zeiträumen überlegen, ob Feinjustierungen vorzunehmen sind.

Bezüglich der Krankenhausfinanzierung kann ich aus eigener leidgeprüfter Erfahrung als Krankenhausarzt sagen – das ist dann auch mein letzter Punkt –: Helfen Sie uns mit der Infrastrukturfinanzierung. Wir machen das momentan tatsächlich im Wesentlichen aus Erlösen aus der Krankenversorgung. Damit müssen wir eigentlich unser Personal refinanzieren. Das können wir aber nicht in vollem Umfang, weil wir Geld davon abzweigen müssen, um unsere Infrastruktur aufrechtzuerhalten. Und ein Klinikgebäude, das Sie nicht regelmäßig warten und nicht hin und wieder auch sanieren, müssen Sie irgendwann abreißen. Dann wird es erst recht teuer.

Frau **Neumann-Grutzeck**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank, dass Sie uns heute Abend auch noch hören. Ich schließe mich dem Kollegen Schwark an. Für Ihre Geduld und die Ernsthaftigkeit, mit der Sie sich heute mit diesem Thema beschäftigen, möchte ich Ihnen ganz herzlich danken.

Vielleicht haben Sie in Ihren Unterlagen gesucht, wo denn die Stellungnahme des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands ist. Ich kann Ihnen sagen, dass der Spitzenverband sich der Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Internisten, der auch dem Spitzenverband angehört, angeschlossen hat und gerade in dem Fehlen der hausärztlichen Internisten in Ihrer geplanten Landarztquote das große Problem sieht.

Was sind die Gründe dafür? Wir haben heute schon viel gehört. Sie wollen ein Problem angehen. Wir haben gehört – das ist auch unsere Meinung –, dass alleine mit einer Landarztquote nicht alle Probleme auf dem Land gelöst werden. Da sind wir uns auch einig, glaube ich. Dazu gehören Rahmenbedingungen. Dazu gehört auch der Wille, dort leben zu wollen. Dazu gehört, dass man die äußeren Bedingungen für Familien schafft. Wie Sie alle wissen – ich bin ja auch ein Beispiel dafür –, wird die Medizin weiblicher. Der Großteil der Studierenden sind mittlerweile Frauen. In der Medizin sehen wir das ganz deutlich. Der Nachwuchs ist weiblich. Das ist ein ganz wichtiger Part.

Ich bin übrigens auch hausärztliche Internistin. Insofern könnte ich Ihnen dazu eine ganze Menge erzählen. Wichtig ist aber, dass Sie, wenn Sie diese Quote schaffen, versuchen, sie so attraktiv wie möglich zu machen, indem Sie eine gute Auswahl anbieten. Wenn man als junger Mensch

die Chance hat, auf diesem Weg einen Studienplatz zu bekommen, aber immer noch die Auswahl hat, Allgemeinmediziner, Internist oder Kinder- und Jugendmediziner – die weibliche Form immer eingeschlossen – werden zu können, haben Sie sicherlich etwas Attraktiveres geschaffen als dann, wenn Sie nur eine reduzierte Auswahl der hausärztlichen Versorgung gemäß den Paragraphen des SGB V anbieten.

Als hausärztliche Internistin bedaure ich es sehr, wenn aus der Allgemeinmedizin ein Affront gegen hausärztliche Internisten erfolgt. Da fühle ich mich fast schon selber angesprochen und frage mich gerade: Kann ich meinen Job gut machen? – In einer Praxis sind häufig beide Fachgruppen vertreten. Das ist nicht nur bei uns so. Die Zukunft wird nicht mehr die Einzelpraxis sein. Die meisten Kolleginnen versuchen, gemeinsam Praxen aufzumachen, weil es dann entsprechende Möglichkeiten gibt. Die Work-Life-Balance ist genannt worden. Die Familie mit dem Beruf vereinbaren zu können, ist ebenfalls ein ganz wichtiges Thema. Wir wollen ja die jungen Frauen in der Medizin halten. Im Moment sehen wir leider ein großes Abwandern. Das wäre dramatisch. Denn wir brauchen eher mehr Ärzte und Ärztinnen als weniger. Insofern ist es wichtig, sie zu halten. Dieses Gemeinschaftliche spielt eine große Rolle. Ich möchte auch, dass eine Allgemeinmedizinerin mit einer Internistin zusammenarbeiten kann und beide auch auf diesem Weg dahin gelangt sein können. Insofern halte ich das für einen wichtigen Part. Das sehen wir genauso.

Der Praxisschock – dazu muss ich auch noch etwas sagen – beruht sicherlich nicht auf den Erkrankungen, mit denen man es zu tun hat, sondern eher auf dem, was wir vorhin gehört haben, nämlich dem Herumärgern mit irgendwelchen Anfragen, allen Formularen, der Frage von Regressen und Ähnlichem. Und das hat nichts damit zu tun, ob ich Internistin oder Allgemeinmedizinerin bin, sondern liegt in unserem Gesundheitssystem begründet. An dieser Stelle können wir sicherlich noch ein ganzes Stück besser werden, um die Arbeit attraktiver zu machen. Denn warum werden wir Ärztinnen oder Ärzte? Weil wir Patienten behandeln wollen und nicht, weil wir uns um Krankenkassenanfragen, KV-Regresse oder Ähnliches kümmern wollen. Die Behandlung von Patienten ist doch unser Hauptziel.

Insofern bleibt aus meiner Sicht festzuhalten: Gehen Sie diesen Weg. Es darf auf keinen Fall der einzige sein. Aber wenn Sie ihn gehen, dann gehen Sie ihn richtig und beziehen die hausärztlichen Internistinnen und Internisten mit ein. Das wäre unser Wunsch.

Herr **Radau**: Ich beschränke mich auf wenige Sätze. – Es entstand bei mir als Zuhörer in den letzten nun schon vier Stunden der Eindruck, dass wir womöglich unterschiedliche Definitionen von Hausarzt oder Landarzt oder dergleichen haben. Ich möchte das nur noch einmal schärfen. Es gibt im Sozialgesetzbuch V eine Definition der Fachgruppen, die die hausärztliche Versorgung sicherstellen. Daher sollten wir aufpassen, dass nicht womöglich jeder mit einer anderen Intention im Hinterkopf sagt, wer Hausarzt ist und wer Facharzt ist. Hausarzt sind Allgemeinmediziner, Fachärzte für Inneres und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

Insofern finde ich es nicht wirklich hilfreich, wenn die Allgemeinmediziner hier, so engagiert sie auch vortragen, doch ein eher tradiertes Bild der Versorgung malen. Es ist auch nicht hilfreich, wenn Herr Prof. Gerlach sagt, im hausärztlichen Versorgungsgebiet gebe es nur 30 % internistische Erkrankungen. Das ist schlichtweg falsch. Es sind über 75 %.

Die Zeit – das möchte ich Ihnen noch mit auf den Weg geben – hat sich wesentlich weitergedreht. Inzwischen gibt es eine sehr enge Zusammenarbeit von Allgemeinmedizinern, Fachärzten für Inneres und selbstverständlich auch Kinder- und Jugendärzten. Wenn Sie diesen politisch richtigen Weg zur Bekämpfung des Hausärztemangels gehen, sollten Sie daher auch das komplette Versorgungspotenzial ausschöpfen. Insofern plädieren wir noch einmal eindringlich dafür, die Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin im hausärztlichen Versorgungsbereich hier unbedingt mit einzuschließen; denn sonst – das wurde vorhin schon gesagt – schränken Sie sich nur unnötig ein.

Frau **Ackermann**: Ich spreche hier für die gesetzlichen Krankenkassen in Hessen und möchte mich mit Blick auf die Zeit, Ihre Geduld und die Punkte, die Sie nachher noch auf der Tagesordnung haben, auch kurzfassen.

Die Ersatzkassen und die Verbände der Krankenkassen in Hessen unterstützen das mit dem Gesetzentwurf verbundene Anliegen, den hausärztlichen Bereich, den kinder- und jugendärztlichen Bereich und auch den ÖGD zu unterstützen. Das kann man, wie es jetzt vorgeschlagen wurde, über Anreizsysteme tun. Ich werde die Vor- und Nachteile des Ganzen, die Sie alle gehört haben, nicht wiederholen. Das fällt auch nicht in das Feld unserer größten Fachexpertise. Aber es ist sicherlich ein möglicher Weg. Wir empfehlen, auch sehr genau in andere Bundesländer zu schauen, die zum Teil früher mit vergleichbaren Anreizsystemen angefangen haben. Aus ihren Erfahrungen kann man womöglich für den hessischen Weg lernen. Das finden wir wichtig. Sie wissen auch, dass es eine Ansiedlungsförderung aus dem Strukturfonds gibt, den die gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung finanzieren und verwalten. Insofern – es ist vorhin schon gesagt worden – ist auch dieses Gesetz unseres Erachtens ein Baustein.

Ein kleiner Hinweis am Rande: Wir bitten, zu bedenken, ob eine Vertragsstrafe nicht womöglich eine Privilegierung von entsprechend finanzstarken Studierenden bedeuten könnte. Insofern sollte man noch einmal überlegen, ob das wirklich der richtige Anreiz ist oder ob es zu einer Ungleichbehandlung von Studierenden führt. Man könnte auch einmal schauen, ob sich in anderen Bundesländern, in denen bereits ähnliche Regelungen existieren, unter Umständen ein Missbrauchspotenzial zeigt.

Abschließend – alles andere ist meines Erachtens schon aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet worden – möchte ich noch etwas zu dem Thema „Erweiterung der finanziellen Unterstützung von Sonderstatus-Städten“ sagen. Das finden wir dem Grunde nach überlegenswert; denn

es betont noch einmal die finanzielle Verantwortung für eine duale Finanzierung der Krankenhäuser durch die öffentliche Hand, durch das Land. Wir denken – das wissen Sie alle – ähnlich wie die Vertreter der Krankenhäuser und der Krankenhausorganisationen, dass bezüglich der Investitionskostenfinanzierung viel zu wenig passiert. Das ist ein kleiner Baustein. Allerdings empfehlen wir, bei der Förderung von Verbundstrukturen, die definitiv zu begrüßen sind, darauf zu achten, dass nicht z. B. zwei Krankenhäuser, die ohnehin nicht bedarfsnotwendig sind, jetzt einen Verbund gründen und dafür noch eine zusätzliche Förderung bekommen. Das heißt: Wir müssen an dieser Stelle auch das Thema Krankenhausstrukturen – welche Krankenhäuser sind hier erforderlich und nötig? – mitdenken und darauf achten, dass wir da nicht die falschen Schwerpunkte setzen.

Ansonsten haben wir den Eindruck, dass die datenschutzrechtlichen Regelungen angemessen sind – dazu ist auch schon etwas gesagt worden –, und sind sehr gespannt, wie der weitere Gesetzgebungsprozess läuft.

Frau **Afemann**: Guten Tag, Herr Vorsitzender, sehr geehrte Abgeordnete! Ich muss zuerst den Kollegen John entschuldigen. Zeitlich hat es jetzt nicht mehr hingehauen. Er hatte noch andere Termine. Aber er grüßt Sie herzlich.

Ich möchte gleich den Ball aufgreifen, den Frau Ackermann mir zugeworfen hat. Wir möchten vonseiten unseres Verbandes vor allen Dingen auf den Art. 3, die Änderung zu den Sonderstatus-Städten, eingehen. Wir begrüßen diese Regelung ausdrücklich nicht; denn wir sehen darin eine Zementierung der Defizitfinanzierung. Das ist quasi eine dritte Säule, die sich hier auftut, und zwar systemwidrig, wie die Krankenhausgesellschaft auch schon dargestellt hat.

Unser Krankenhausmarkt ist ein Markt, auf dem die Trägerpluralität gilt. Alle Träger unterliegen den gleichen Rahmenbedingungen. Das ist die duale Finanzierung; d. h., die Investitionskosten kommen von den Ländern, und die Betriebskosten werden durch die Krankenkassen finanziert. Wie der Kollege vom Marburger Bund schon dargestellt hat, ist in den letzten Jahren die Investitionskostenfinanzierung durch die Länder leider nicht ausreichend gewesen, sodass alle Träger notwendige Investitionen aus den Betriebsmitteln tätigen müssen. Mit diesen schwierigen Rahmenbedingungen haben alle Träger zu kämpfen.

In Hessen gab es 2012/2013 einen sehr guten Ansatz zu der Idee, kommunale Klinikverbände zu schaffen. Acht Jahre später muss man sich jetzt doch fragen: Was ist eigentlich daraus geworden? Besteht kein Veränderungsdruck auf der kommunalen Seite? Wieso ist es nicht gelungen, in eine solche Verbundstruktur zu gehen? Wäre das nicht ein Ausweg gewesen, um nicht über die Jahre noch zusätzliche Mittel von den Kommunen zu benötigen? – Das sollte man kritisch hinterfragen, denke ich. Denn wir brauchen eine abgestufte Versorgung in Hessen. Da macht es keinen Sinn, wenn Häuser autark durch die Gegend laufen. Vielmehr ist Kooperation angezeigt, zumal das Personal begrenzt ist, wie wir gesehen haben, und die finanziellen Mittel auch sehr begrenzt sind.

Insofern begrüßen wir aber die im § 22 vorgesehene Regelung, dass die Verbundstrukturen weiter gefördert werden. Allerdings sollte die Fristsetzung vielleicht noch einmal überdacht werden. Herr Dr. Bartelt, Sie hatten das seinerzeit angesprochen und 2018 darauf hingewiesen, dass beispielsweise das Haus im Main-Kinzig-Kreis betroffen wäre. Insofern sollte man überlegen, ob man da nicht noch nachbessert.

Abschließend zu dem Bereich des Krankenhaussektors: Sie alle haben von der Hessischen Krankenhausgesellschaft, bei der wir mit unseren Häusern auch Mitglied sind, ein Papier bekommen, dem zu entnehmen ist, wie die Gesundheitsversorgung in Hessen gestaltet werden könnte. Auch wir sind gerne bereit, uns da einzubringen. Der Hessische Städtetag hatte auch wiederholt gefördert, zuletzt noch in diesem Monat, vielleicht einen Krankenhauspipfel auf Landesebene zu etablieren. In dem gestern veröffentlichten Koalitionsvertrag ist auch verankert, dass es eine Bundesländer-Gruppe geben soll, die sich Gedanken macht, wie eine gestufte Versorgung in Deutschland aussehen kann. Es wäre doch an der Zeit, dass man sich Anfang 2022 zusammensetzt und überlegt: Wie könnte die Gesundheitsversorgung in Hessen aussehen? – Wir regen an, dass wir dazu alle Beteiligten im Gesundheitswesen ins Boot holen. Denn für uns ist die Gesundheitsversorgung der Zukunft sektorenfrei. Wir sehen da viele Möglichkeiten der Kooperation. Meines Erachtens sollten wir nicht unbedingt dem Bund überlassen, zu bestimmen, wie die Versorgung in Hessen aussieht. Vielmehr sollte der Hesse vorangehen – Achtung, die Hessen kommen! Gleich spielt ja die Eintracht. Auch das ist sicherlich ein Punkt, an dem man sich von vornherein engagieren sollte.

Zu dem Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung wurde schon viel gesagt. Das ist ein Baustein, denke ich. Kritikpunkte haben ja vor allen Dingen die ärztlichen Vertreter angebracht. Wir würden auch Folgendes anregen: Bis es die Allgemeinmediziner gibt, sollte man erwägen, ob man nicht die Krankenhäuser, vor allen Dingen die Krankenhäuser im ländlichen Bereich, weiter für die ambulante Versorgung öffnet, um damit auch Unterversorgung vorzubeugen. Das wäre ein Ansatz, bis man die neuen ausgebildeten Kräfte hat.

Was den ÖGD angeht, unterstütze ich in gewisser Weise natürlich den Marburger Bund. Ich denke, dass das ein monetäres Problem ist. Das zeigt die Diskussion, die man der Presse entnehmen kann. Meines Erachtens haben es dann die Städte und Kommunen in der Hand, hier nachzubessern und für genügend Nachwuchs im ÖGD zu sorgen.

Herr **Connemann**: Herzlichen Dank, dass der VKD, der Verband der Krankenhausdirektoren und damit der Krankenhauspraktiker, hier auch Stellung nehmen darf. – Ich finde es mehr als bewundernswert, wie lange Sie jetzt schon ausharren. Insofern will ich als Praktiker Sie auch nicht noch lange Ihrer Zeit berauben.

Unser Verband ist hier in Hessen mit 200 Mitgliedern aufgestellt. Es sind persönliche Mitgliedschaften, insbesondere der Geschäftsführungen und Verwaltungsleitungen. Wir werden immer

wieder gerne angefragt, auch aus der Politik, weil wir praxisorientiert sind und wissen, wo die Probleme im Krankenhaus liegen.

Das Krankenhaus ist der große Weiterbilder in der ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung. Das kommt häufig zu kurz. Insofern möchte ich, die Hinweise von Frau Afemann aufgreifend, noch einmal betonen, dass auch im ländlichen Bereich die Krankenhäuser entsprechend aufgestellt sein sollten, um auch in der Ausbildung und Weiterbildung dabei zu sein. Das Fachpersonal ist der Erfolgsfaktor. Wer das Personal hat – wer es bekommt, wer es halten kann –, ist dann auch der Gewinner im System.

Wir hatten bereits im Mai letzten Jahres hier in diesem Hause eine Begrifflichkeit geboren – sie ist heute auch schon mehrfach genannt worden –: die sektorenfreie Gesundheitsbasisversorgung. Es kann, glaube ich, in der Tat zur Attraktivitätssteigerung für den ärztlichen Beruf und auch für den Landarztberuf genutzt werden, dass die in Weiterbildung befindlichen Ärzte dann relativ weite Räume und Spielräume haben.

Dass wir gemeinsam die Sorge haben, die Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge sicherzustellen, kann man so konstatieren. Aktuell zeigt die Pandemie, dass die ländlichen Regionen eine gewisse Renaissance erfahren. Man erfährt allenthalben, dass der Speckgürtel um die Zentren immer weiter wächst bzw. man auch in Ortschaften in der Ferne geht, weil man nicht mehr täglich zur Arbeit fahren muss. Das muss man auch bei den Versorgungsüberlegungen berücksichtigen.

Wir befinden uns in der Tat in einer dualen Krankenhausfinanzierung, wie hier auch schon mehrfach ausgeführt wurde. Wir als Verband der Krankenhausdirektoren, Landesgruppe Hessen, werben dafür, dass wir auch in diesem System bleiben – also die Investitionskosten über das Land bzw. die Länder und die Betriebskosten über die Krankenkassen – und sich keine dritte Säule etabliert. Denn eine dritte Säule wäre wettbewerbsverzerrend und den anderen Trägergruppen gegenüber nicht fair. Außerdem muss man berücksichtigen, dass ein Steuer-Euro nur einmal ausgegeben werden kann und dann an anderer Stelle fehlt.

Wir begrüßen außerordentlich, dass auch die Verbundstrukturen gefördert werden sollen. Wir gehen davon aus – auch das ist bereits gesagt worden –, dass der Fördertopf noch entsprechend angehoben wird, um die 10%ige Anhebung für die anderen Krankenhäuser und Krankenhausträger dann auch neutral zu finanzieren. – Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit und stehe Ihnen gern für Fragen zur Verfügung.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. – Frau Bänisch-Richter-Hansen vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte ist nicht anwesend. Damit sind wir am Ende der Statements der Gruppe 4 angelangt. – Mir liegen drei Wortmeldungen vor.



Abg. **Christiane Böhm**: Vielen Dank für die Stellungnahmen, schriftlich wie mündlich, und vielen Dank für Ihre Geduld. Wir sind es ja gewohnt, hier öfters länger zu sitzen. Aber Sie haben jetzt wirklich lange ausgeharrt, und die nächste Gruppe muss noch geduldiger sein. Herzlichen Dank dafür. – Ich will mich bei meinen Fragen auch beschränken, weil der Abend schon fortgeschritten ist und wir nachher noch eine lange Tagesordnung haben.

Frau Afemann, Ihren Impuls für den Krankenhausgipfel und für die sektorenfreie Gesundheitsversorgung nehme ich gerne mit. Darüber haben wir hier im Landtag schon debattiert. Wir hatten das als LINKE eingebracht. Es ist natürlich interessant, dass private Krankenhäuser und LINKE gemeinsam zumindest den Bedarf benennen. Das ist eine notwendige Diskussion. Ob wir zu denselben Ergebnissen kommen, müssen wir dann einmal sehen. Aber wie ist denn die Reaktion? Sie haben einige angeführt, die schon auf diese Frage der Krankenhausgesellschaft reagiert haben. Wie ist denn die Reaktion vonseiten der Landesregierung? Gibt es bereits eine Rückmeldung dazu? Das würde mich jetzt doch am meisten interessieren. Denn die Landesregierung müsste ja der Initiator sein. Immerhin handelt es sich um das Krankenhausgesetz des Landes Hessen.

Herr Connemann, können Sie noch einmal darstellen, wie die Landarztversorgung durch die sektorenfreie Gesundheitsversorgung befördert werden könnte? Ich habe zwar ein paar Ideen im Kopf, weiß aber nicht, ob es dieselben sind wie Ihre.

Des Weiteren habe ich Sie so verstanden, dass Sie geschrieben oder gesagt haben, die Landarztquote komme on top zu den Studienplätzen dazu. Aber die Plätze für diese Quote sind ja nicht on top. Oder haben Sie da eine andere Information? Gibt es dazu noch etwas Neues?

Abg. **Yanki Pürsün**: Auch ich bedanke mich für Ihre Ausdauer bei dieser Anhörung. – In verschiedenen Runden ging es bereits um die Thematik „Innere Medizin“. Da sind wir schon ausreichend mit Informationen versorgt, um uns ein Bild machen zu können, glaube ich. Vielen Dank auch für die Ausführungen von dieser Gruppe.

Ich habe eine Frage zum HKHG. Sehen Sie den Aspekt der Wettbewerbsverzerrung nur nach der Ausweitung auf Sonderstatus-Städte oder auch schon vorher beim Status quo? Die Unterstützung gab es ja schon. Jetzt ist die Idee, dass es unter dem beihilferechtlichen Gesichtspunkt nicht beklagt werden kann, wenn die Ausweitung erfolgt. Aber es geht doch um die Krankenhausversorgung, sofern dort ein Krankenhaus betrieben wird. Eigentlich müsste man dann doch neutral sein und unabhängig davon, wer der Träger ist, Krankenhäuser entweder unterstützen oder nicht unterstützen. Will jetzt der Zufall, dass in Sonderstatus-Städten alle Krankenhäuser der jeweiligen Sonderstatus-Stadt gehören? Oder gibt es da auch andere Trägerschaften? Das heißt: Warum ist in den Sonderstatus-Städten die kommunale Hand nicht neutral? Warum handelt sie nicht unabhängig davon, wer der Träger ist? – Es wäre schön, wenn Sie unter dem Aspekt der Wettbewerbsverzerrung etwas dazu sagen könnten, was da vor Ort stattfindet.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Auch von mir ein herzliches Dankeschön für all Ihre Stellungnahmen, vor allen Dingen auch an Herrn Dr. Schwark und Frau Neumann-Grutzeck. Sie haben mir teilweise wirklich aus dem Herzen gesprochen. Wenn wir das ein bisschen mehr verinnerlichen, kommen wir sicherlich auch ein Stück weiter. Vielen Dank dafür.

Meine Frage geht aber an Frau Afemann. Frau Afemann, Sie haben neben der Defizitfinanzierung, die Sie in Nr. 2, Änderung § 3 Abs. 1 HKHG, deutlich gemacht haben, auch noch allgemein zu den Investitionen ausgeführt, dass vieles aus den DRGs bzw. aus den Betriebskosten bezahlt werden muss, weil die Investitionsmittel nicht ausreichen. Wir haben das ja mit den Anzuhörenden in den vorigen Runden auch schon thematisiert. Die Frage ist noch einmal: Die Landesregierung sieht 18,4 Millionen € an originären Mitteln vor, während der Bedarf bei 300 bis 400 Millionen € liegt. Wie viel müsste das Land nach Ihrer Vorstellung noch draufpacken?

Sehr spannend fand ich, dass Sie in der schriftlichen Stellungnahme vorgeschlagen haben, neben denjenigen, die sich vielleicht niederlassen wollen, auch Festanstellungen bei Niedergelassenen in dem Gesetz zu berücksichtigen. Das war einmal ein ganz anderer Aspekt, der so in allen anderen Stellungnahmen nicht vorkam. Daher möchte ich Sie bitten, das noch einmal kurz zu konkretisieren.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. – Weitere Wortmeldungen liegen mir nicht vor. Dann eröffne ich die Antwortrunde.

Frau **Afemann:** Frau Böhm, Sie haben eine Frage zum Krankenhausgipfel gestellt. Ich bin selbst in einigen Arbeitsgruppen des Landeskrankenhausausschusses Mitglied und kann Ihnen sagen, dass wir in den letzten zwei Jahren dort sehr intensiv an den unterschiedlichen Fachkonzepten und an dem Krankenhausplan gearbeitet haben. Ich bin davon überzeugt, dass das Ministerium die Idee jetzt auch durch die neue Bundesregierung aufgreifen wird und sicherlich im Rahmen des Landeskrankenhausausschusses auf uns zukommen wird. – Sie lachen. Aber ich hoffe darauf, und ich bin mir sicher, dass die Mitarbeiter das machen.

In den letzten Monaten war das angesichts der Pandemie allerdings sehr schwierig. Da blieb wenig Zeit, sich mit der Zukunft zu beschäftigen: Was kommt denn dann 2030? Welche neuen Ideen kann ich einbringen? – Die HKG und auch wir selbst haben ja dieses Papier mit erarbeitet. Im Sommer dieses Jahres, glaube ich, haben wir es erstmals unter die Leute gebracht. Insofern denke ich, dass wir jetzt etwas Zeit brauchen. Aber unser Verband und auch die HKG würden sich sehr freuen, wenn wir das neue Jahr nutzen, um uns 2022 mit der Zukunft der Versorgung in Hessen zu beschäftigen.

Herr Pürsün, Sie haben natürlich recht; das Gesetz ist schon jetzt in dem § 3 Abs. 1 im Grunde genommen wettbewerbswidrig. Aufgrund dieser aktuellen Änderung haben wir die Gelegenheit

genutzt, noch einmal darauf hinzuweisen, dass wir hier eine dritte Säule der Defizitfinanzierung legitimieren und damit die beihilferechtlichen Hindernisse aus dem Weg räumen. Ihre Frage zielte darauf ab, inwieweit in einer Stadt, in der vielleicht ein privater oder freigemeinnütziger Träger tätig ist, einheitlich gehandelt werden könnte. Ich habe auch recherchiert, inwieweit das möglich wäre. Oft sprechen die gesellschaftsrechtlichen Verträge dagegen, glaube ich, sodass die Stadt gar nicht sagen kann: Lieber privater Träger, wenn du ein Problem hast, unterstütze ich dich finanziell. – Das müsste man vielleicht noch einmal prüfen lassen. Meines Wissens ist das nicht möglich oder jedenfalls so einfach nicht möglich.

Ich kann Ihnen zumindest von unseren großen Trägergruppen sagen – die meisten privaten Träger, die sich im Akutsektor tummeln, sind natürlich die großen Klinikkonzerne –, dass man schon aus dem Unternehmen heraus dafür sorgt, dass man sich gegenseitig unterstützt. Das ist der Vorteil, wenn man in einer großen Verbundstruktur ist.

Diesen Vorteil könnten auch die kommunalen Träger genießen, wenn sie sich zusammenschließen würden. Man muss sich ja einmal fragen – das habe ich in unserer Stellungnahme auch erwähnt –, wieso es eigentlich auch innerhalb der kommunalen Familie so einen großen Wettbewerb gibt. Schließlich werden nicht nur die Privaten und Freigemeinnützigen im Wettbewerb geschädigt, wenn jemand Drittes immer das Defizit ausgleicht, sondern unter Umständen auch große Häuser der Schwerpunktversorgung im kommunalen Bereich, die mit kleineren kommunalen Häusern in Konkurrenz treten, weil das kleine kommunale Haus versucht, sein Leistungsspektrum zu erweitern, um dann mehr Erlöse zu erwirtschaften. Das kann es doch auch nicht sein. Da sollte man eher solidarisch sein und schauen: Wo können wir uns ergänzen, um unsere kommunale Trägerschaft zu stärken?

In der Tat geht es darum, die kommunale Trägerschaft zu stützen, damit wir unsere Trägerpluralität in Deutschland bewahren. Dass es die Freigemeinnützigen, die Privaten und die Kommunen gibt, hat sich in den letzten Jahrzehnten nämlich sehr bewährt. Es kommt auch dem Patienten zugute, dass er im Grunde genommen zwischen den unterschiedlichen Trägergruppen wählen kann.

Frau Dr. Sommer, zur Krankenhausfinanzierung: Ich hatte mir die Zahlen zu unserem Papier bei der HKG für 2021 herausgesucht. Generell orientieren wir uns da an der vom InEK ermittelten Fördersumme. Für 2021 sind das 460 Millionen € gewesen. Das Land Hessen hat eine Pauschalförderung von 283 Millionen € zur Verfügung gestellt. Dazu kam noch Geld aus dem Corona-Kommunalpaket in Höhe von 120 Millionen €. Außerdem gab es eine Länderbeteiligung zum Strukturfonds. Insgesamt kommen wir auf 438 Millionen €. Damit steht das Land Hessen im Vergleich mit den anderen Bundesländern weit oben. Nichtsdestotrotz wird das Geld aus dem Corona-Kommunalpaket wahrscheinlich im nächsten Jahr fehlen. Daher rechnen wir für 2022 mit einer Lücke von 140 Millionen €.

Nun komme ich zu dem Thema MVZs. Wie man immer wieder liest und auch den verschiedenen Umfragen, die unter den Ärzten durchgeführt werden, entnehmen kann, sehen viele Ärzte nicht mehr das Ziel in der Niederlassung, sondern möchten lieber angestellt sein, beispielsweise in

einem MVZ. Im Koalitionsvertrag findet sich auch wieder – das betrifft jetzt die Kommunalen –, dass man die kommunalen MVZs fördern möchte. Warum sehen viele Ärzte eher in der Anstellung ihre berufliche Zukunft? Zum einen ist das wohl besser mit Familie, Freizeit und was auch immer zu vereinbaren. Zum anderen hat man auch nicht den betriebswirtschaftlichen Druck oder den Rattenschwanz, der an einer Niederlassung noch dranhängt. Herr Dastych hat ja erklärt, dass man als niedergelassener Arzt im Grunde genommen ein mittelständischer Unternehmer ist. Man macht nicht nur die Medizin, sondern auch viel administrative Arbeit. Letztere haben Sie natürlich nicht, wenn Sie im MVZ angestellt sind.

Insofern sollte man dies vielleicht noch als zusätzliche Möglichkeit in das Gesetz aufnehmen. Ich habe gesehen, dass in Nordrhein-Westfalen – dort ist das Gesetz ja ähnlich aufgebaut – als vertragsärztliche Versorgung auch, zumindest in dem öffentlich-rechtlichen Vertrag, eine Anstellung bei einem Hausarzt in einem unterversorgten Gebiet auf die Zehnjahresfrist angerechnet wird. Für mich geht aus dem hier vorliegenden Gesetzentwurf nicht klar hervor, dass das auch möglich ist. Ich halte dies für eine sinnvolle Ergänzung. Denn dann kann man demjenigen freistellen, was am besten passt. Es kann auch gut sein – hier wurde ja argumentiert, es sei keinem jungen Menschen zuzumuten, sich für zehn Jahre an einen Ort zu binden –, dass jemand sagt: Ich arbeite die ersten fünf Jahre in einem MVZ in Homberg an der Efze und die nächsten fünf Jahre irgendwo im Odenwald. – Es kann ja sein, dass man da seine beruflichen Erfahrungen sammeln will, oder so kommen, dass man in der Zeit vielleicht privat jemanden kennenlernt, der woanders wohnt und auch in einem unterversorgten Gebiet seinen Lebensmittelpunkt hat. Da sollte man doch eine flexible Regelung schaffen.

Herr **Connemann**: Frau Böhm, vielen Dank für die Frage. Vielleicht habe ich mich unglücklich ausgedrückt. Die Landarztquote war bei mir nicht Thema. Es war die Investitionsquote. Das heißt, dass ich davon ausgehe oder dass wir davon ausgehen, dass die 10 % on top kommen, was die Fördermittel angeht.

Sie hatten ergänzend gefragt, was ich mir unter einer sektorenfreien Gesundheitsversorgung vorstelle und inwieweit das für angehende Mediziner interessant oder interessanter sein könnte. Heute erleben wir, dass die Sektorengrenzen undurchlässig sind, insbesondere bezüglich der Finanzierung. Das führt leider auch dazu, dass eine stringente Patientenführung und Therapieführung nicht unbedingt immer gegeben ist. Insofern kann ich mir gut vorstellen, dass ein Mediziner unter diesen Gesichtspunkten die sektorenfreie Versorgung als sehr angenehm empfindet, weil er den Patienten von der ambulanten bis zur stationären Versorgung und zurück immer betreuen und durchgängig begleiten kann, also ohne Friktionen. Das ist ein großer Vorteil, den man nicht unterschätzen darf – sowohl für die Versorgung von Patienten als auch für den Mediziner, der dann ständig den Blick darauf haben kann.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. – Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen. Dann darf ich mich auch bei den Anzuhörenden der Gruppe 4 ganz herzlich für ihre Ausführungen bedanken und nunmehr die Gruppe 5 nach unten bitten. – Jetzt können wir mit den Statements der Anzuhörenden der Gruppe 5 starten.

Frau **Lingnau:** Vielen Dank dafür, heute Abend hier sprechen zu dürfen. Die Zeit ist in der Tat fortgeschritten. – Als Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen möchten wir an dieser Stelle gerne mitteilen, dass wir diese Gesetzesinitiative ausdrücklich befürworten.

Wir sehen darin tatsächlich die Möglichkeit zur Stärkung und zur Förderung bezüglich unseres dringenden Nachholbedarfs an Ärztinnen und Ärzten, gerade auch im ländlichen Gebiet sowie im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Zur medizinischen und präventiven Behandlung unserer Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Altenhilfe sowie unserer Patientinnen und Patienten in der ambulanten Altenhilfe ist das ein essenzieller Schritt, um weiterhin die medizinische Versorgung für unsere Bewohnerinnen und Bewohner sowie Patientinnen und Patienten zu sichern.

Wir sehen aber auch den großen Vorteil, dass wir im Bereich des Krankenhauses primäre Fehlbelegungen durch eine Ambulantisierung sowie unnötige Drehtüreffekte in unseren Krankenhäusern vermeiden können. Wir sind als Liga der Freien Wohlfahrtspflege der Auffassung, dass jegliche Form der Ambulantisierung weiterhin einer stärkeren Förderung bedarf und weiterhin ausgebaut werden muss. Sie machen sich derzeit mit der Gesetzesinitiative auf den Weg dahin.

Die medizinische Akut- und Langzeitversorgung unserer Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohner konstant sicherzustellen, zu stabilisieren und zu optimieren, ist uns ein wichtiges Anliegen. Bedauerlicherweise stellen wir heute allerdings fest, dass die medizinische Versorgungslandschaft nur begrenzt flexibel und zeitnah auf die individuellen Belange unserer Klienten eingehen kann. Es sind gerade zum Beispiel Neuaufnahmen in Hausarztpraxen schwer. Diese gestalten sich oftmals als eine schwierige Aufgabe. Reibungslose Prozesse sehen für uns ein bisschen anders aus. Das gilt beispielsweise im operativen Geschäft der stationären Altenhilfe.

Des Weiteren führt dies leider indirekt zu der Konsequenz, dass häufig unnötige Versorgungsbrüche und Versorgungslücken im ambulanten pflegerischen Bereich auftauchen. Auch gestaltet sich die medizinische Versorgung für unsere Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Langzeitpflege häufig als kräftezehrender Akt für die Pflegekräfte vor Ort. Es ist ausdrücklich – das möchte ich hier gerne betonen – dem hohen und besonderen Engagement von ohnehin schon überlasteten Hausärztinnen und Hausärzten zu verdanken, dass diese Versorgungsprozesse weiterhin so gut funktionieren, wie sie denn funktionieren. Dafür sage ich an dieser Stelle einen herzlichen Dank.

Wir regen zudem an, dass die Zulassungsvoraussetzungen für die Weiterbildung im Fach der Inneren Medizin – dazu haben Sie heute schon sehr viel gehört – weiterhin Bestand haben sollen und in der Gesetzesinitiative mitberücksichtigt werden, weil wir der Auffassung sind, dass das für junge Menschen, die sich nicht nur für den Bereich der Allgemeinmedizin interessieren, sondern auch für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin, durchaus attraktivitätssteigernd sein kann, wir aber ganz klar sehen, dass unsere vulnerablen Bewohnergruppen der stationären und akuten Langzeitpflege in den Heimen und zu Hause dringend versorgt werden müssen.

Herr **Dr. Schütz**: Ich spreche hier als Vorsitzender des Ärztenetzes und eines Weiterbildungsverbundes. In dieser Funktion haben wir in den letzten Jahren zwölf Ärzte für Allgemeinmedizin weitergebildet. Persönlich habe ich sechs davon weitergebildet. Leider sind von diesen sechs nur zwei wirklich in die Niederlassung gegangen. Die anderen vier sind in MVZs tätig oder arbeiten in Teilzeit.

Der Hintergrund für diese Problematik ist, dass die Anforderungen, sich als Arzt niederzulassen und selbstständig tätig zu sein, deutlich zugenommen haben. Das schreckt die meisten Kollegen und Kolleginnen ab. Zudem haben sie auch Angst vor den doch öfters auftretenden Regressen.

Daher sehe ich, dass die Optimierung der hausärztlichen Versorgung vor allem in einem Bereich erfolgen könnte, zu dem Sie relativ wenig beitragen können. Deshalb finden wir das, was Sie maximal leisten können, nämlich mit diesem Gesetz eine Hausarztquote einzuführen, schon richtig.

Bei der Hausarztquote oder Landarztquote wäre es allerdings wichtig, dann auch die optimal geeigneten Kandidaten dafür zu finden. Das sage ich, weil ich in meiner Funktion zusätzlich auch Akademische Lehrpraxis bin. Wir sehen im Jahr ungefähr acht Studenten der Universität Mainz und müssen einfach sagen: Sie haben bestimmt eine fantastische Studierfähigkeit und einen tollen Studienerfolg. Darauf wurde initial auch mehrfach von den Gremien hingewiesen. Aber Hausarzt oder Landarzt zu sein, bedeutet deutlich mehr, als nur ein guter Naturwissenschaftler zu sein.

Deshalb glaube ich, dass im Moment die Kriterien, nach denen diejenigen ausgesucht werden, nicht unbedingt geeignet sind. Dazu gehört neben der schon angesprochenen sozialen Kompetenz auch ein bisschen unternehmerisches Blut. Dieser Aspekt wurde noch gar nicht angesprochen. Wenn das fehlt, wird es immer mehr dazu kommen, dass im Prinzip die Strukturen nur noch durch größere MVZs dargestellt werden. Ich sehe wirklich das Problem, dass dann die Einzelpraxis im ländlichen Bereich eher aussterben wird.

Herr **Dr. Klapsing**: Vielen Dank für die Einladung. – Ich bin auch Hausarzt und Sprecher eines Weiterbildungsverbundes für Allgemeinmedizin, wie mein Kollege, aber am anderen Ende von Hessen. Wir befürworten die Einführung dieser Quote grundsätzlich, weil wir denken, dass das

ein kleiner Baustein ist. Die Betonung liegt auf „klein“, weil wir damit noch nicht annähernd den Bedarf an Hausärzten decken, den wir in Zukunft in ländlichen Regionen in Hessen haben werden. Das ist heute alles schon ausreichend skizziert worden. Die demografische Entwicklung spricht dafür. Auch die Orientierung hin zu den Städten macht es vielleicht doch notwendig, eine solche Quote als minimalen Eingriff vorzunehmen.

Es ist aber sicherlich nicht die einzige Maßnahme. Wie von Kollegen bereits angesprochen wurde, schrecken Regresse natürlich die Leute ab.

Bei der letzten Gruppe ging es in der Diskussion unter anderem darum, dass eine Anstellung vielleicht der Realität gerechter wird. Auch ich stelle mir die Frage, ob man nicht dieses Kriterium mit einfügen sollte.

Natürlich würde ich mir wünschen, dass alle diejenigen, die durch eine solche Quote zu einem Studienplatz kommen, hinterher einen Vollzeitversorgungsauftrag als Vertragsärzte wahrnehmen. Aber meine Erfahrung – sowohl aus Gesprächen mit Studenten, die in unsere Akademische Lehrpraxis kommen, als auch mit Leuten, die bei uns als Weiterbildungsassistenten tätig sind – ist, dass es sich schon während der Weiterbildung in der Regel um Teilzeitanstellungen handelt. Das wird sich mit Sicherheit auch nach dem Abschluss dieser Tätigkeit für viele mit ihrer Lebensplanung dann nur schwerlich in Vollzeit realisieren lassen. An der Stelle geht das Gesetz derzeit noch nicht genug auf die Lebensrealität der Menschen ein, glaube ich.

Teilzeitvertragsarztstätigkeit ist sicherlich auch in vielen ländlichen Regionen schwierig. Bei der Übernahme einer Einzelpraxis kann ich mir nicht vorstellen, dass es ohne Probleme gelingen wird, diesen Sitz zu teilen und dann hälftig zu versorgen. Denn das sind Strukturen mit einem entsprechenden Bedarf. Ich müsste erst einmal jemanden finden, den halben Sitz übernimmt und sich eine Parallelstruktur an Verwaltungsaufwand aufbaut.

Daher geht meiner Meinung nach an größeren Kooperationsgemeinschaften – das muss kein MVZ sein, sondern kann auch eine Berufsausübungsgemeinschaft sein – in Zukunft immer weniger ein Weg vorbei.

Vielleicht sollte das Gesetz auch noch einmal dahin gehend überarbeitet werden – das fand ich in der sehr langen Diskussion einen interessanten Punkt, auf den ich auch nicht eingegangen war –, dass man auch die Anstellung als Facharzt in ländlichen Regionen mit aufnimmt. Diesen Vorschlag fand ich gut.

Wir als Weiterbildungsverbund und auch ich persönlich würden uns wünschen, dass man tatsächlich mehr Studienplätze schafft. Vor dem Hintergrund des bestehenden Bedarfs wird dies nämlich nur ein etwas größerer Tropfen auf den heißen Stein sein. Wir kommen nicht umhin, hier Studienplätze zu schaffen. Das wurde auch schon mehrfach gesagt.

Wenn ich den Gesetzentwurf richtig gelesen habe, ist darin nur die Rede davon, dass nach Abschluss der Weiterbildung eine Tätigkeit in Gebieten mit drohender oder tatsächlicher Unterversorgung für einen Zeitraum von zehn Jahren vorgesehen ist. Meiner Meinung nach sollte man aber – dieser Vorschlag wurde einmal gemacht – auch die Zeit anrechnen, in der die Leute in der Weiterbildung auch schon in einem solchen Gebiet tätig sind. Denn was nützt es, wenn man die Weiterbildung in Frankfurt oder in Wiesbaden macht und dann die ländlichen Regionen gar nicht kennt? Man muss sich ja auch schon während der Weiterbildung mit den Besonderheiten im ländlichen Raum auseinandersetzen. Ich mag jetzt falsch liegen; aber so, wie ich den Gesetzentwurf gelesen habe, ist das nicht vorgesehen. Das heißt, dass man bei einem Maximalversorger seine Weiterbildung als Internist macht und dann nach fünf oder sechs Jahren aufs Land geht, zum Beispiel nach Nordhessen. Ich weiß nicht, ob das der richtige Weg ist. Man sollte noch einmal darüber nachdenken, ob die Weiterbildung nicht zumindest zum Teil schon auf dem Land stattfinden sollte. Ich würde mir das als Idealfall so wünschen. Dann würden sich vielleicht auch von vornherein die richtigen Kandidaten dafür entscheiden, weil sie von vornherein wissen, was das bedeutet.

**Frau Becker-Bösch:** Ich habe die heutige Veranstaltung bisher auf der Tribüne verfolgt und gebe zu, dass ich einen etwas anderen Blickwinkel mitbringe. Ich schaue nämlich nicht aus medizinischer Sicht darauf, sondern aus Sicht der Landkreise, und zwar des Wetteraukreises und – für meinen Kollegen – des Schwalm-Eder-Kreises.

Für den Wetteraukreis – wir sind ein Flächenkreis in der Nähe von Frankfurt; im Speckgürtel, wie man so schön sagt – kann man anhand der Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigung jetzt schon sagen, dass wir bis 2035 tatsächlich 60 bis 65 % unserer niedergelassenen Ärzte – und damit meine ich nicht nur die Hausärzte, sondern auch die Fachärzte – verlieren werden. Es wird keinen Nachwuchs geben, wenn wir nicht sofort anfangen, etwas umzusetzen.

Insofern ist diese Gesetzesinitiative sicherlich ein erster Schritt. Aber ich muss leider sagen, dass die Vorabquote, die in diesem Gesetz enthalten ist, bei Weitem nicht ausreichend ist. Bei uns fehlen neben Hausärzten und Landärzten auch Gynäkologen, Augenärzte, Kinderärzte und Urologen. Sie fehlen heute schon und werden auch zukünftig fehlen. Daher brauchen wir Studentinnen und Studenten, die jetzt beginnen, in dieses Arbeitsfeld einzutreten, damit wir – das haben wir heute ausführlich hier gehört – in 15 Jahren fertig ausgebildete Ärzte haben, die dann wiederum auch die Möglichkeit haben, sich in den entsprechenden Landkreisen niederzulassen.

Wir haben von Frau Prof. Becker sehr schön dargestellt bekommen, dass es für einen jungen Menschen viel einfacher ist, wenn er in der Stadt bleibt. Natürlich ist ein Landkreis wie der Wetteraukreis, in dem ich von einem Ort bis zum anderen 60 km fahre und innerhalb eines Ortes möglicherweise schon 20 km zurücklegen muss, um von einem Ortsteil zum anderen zu gelangen, nicht unbedingt attraktiv. Deswegen brauche ich eine große Anzahl von jungen Menschen, die tatsächlich in diesem Berufsfeld arbeiten wollen und dann auch bereit sind, aus der Stadt in die Fläche – sprich: zu uns in die Landkreise – hineinzugehen.



Aus diesem Grund fordern wir als Landkreise eine Erhöhung der Zahl der Studierenden um mindestens 20 %. An dieser Stelle sollte durchaus auch darüber nachgedacht werden, ob der Numerus clausus in der derzeit zur Anwendung kommenden Form noch gerechtfertigt ist. Denn wir alle wissen – ich bin zwar Juristin; die Lehrer werden mir aber an der einen oder anderen Stelle sicherlich recht geben –, dass Noten im Leben nicht alles sind. Am Ende geht es darum, dass ein Arzt oder eine Ärztin sich mit seinen oder ihren Patienten identifiziert und den gesamten Menschen sieht. Insofern wäre das sicherlich eine Möglichkeit, zusätzliche junge Menschen mit in dieses Berufsfeld zu integrieren.

Für uns als Landkreise ist auch besonders wichtig, dass der § 3 noch einmal überarbeitet wird. Im § 3 steht – der Kollege hat es gerade schon ausgeführt –, dass eingetretene oder drohende Unterversorgung berücksichtigt werden soll. Wenn ich nach den Zahlen gehe, die mir die Kassenärztliche Vereinigung liefert, haben wir im westlichen Kreisgebiet des Wetteraukreises, in unseren starken, großen Kommunen, heute eine Unterbesetzung und eine Unterversorgung. Tatsache ist aber, dass mir im östlichen Kreisgebiet unseres Kreises schon heute die Ärzte fehlen und Menschen zum Teil 20, 25 oder 30 km bis zum nächsten Hausarzt zurücklegen müssen. Insofern muss an dieser Stelle noch einmal deutlich nachgebessert werden, um dem ländlichen Raum auch wirklich gerecht zu werden. Es muss an der Struktur der Landkreise festgemacht werden – nicht an der Struktur der Kommunen, nicht an der Struktur der Städte, sondern tatsächlich am echten ländlichen Raum.

Die Förderung durch Stipendien wurde bereits angesprochen. Auch hier sollte man eine regelhafte Förderung überdenken, wenn man junge Menschen motivieren möchte, in dieses Berufsfeld einzutreten. Natürlich kostet alles im Leben Geld. Sie wissen aber selbst, dass wir alle auch in irgendeiner Form unsere Haushalte ermöglichen müssen. Trotzdem ist es für uns als Landkreise enorm schwierig, vor Ort Unterstützungsleistungen zu bieten, um Ärzte z. B. in Medizinischen Versorgungszentren einzugliedern. Hier sind noch lange nicht die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass wir als Landkreise das finanziell darstellen können. Daher ist es wichtig, dass dieses Gesetz auf jeden Fall eine Möglichkeit bietet, die Studierenden auch direkt mit einem Stipendium auszustatten und so den Anreiz zu erhalten.

Frau **Krück**: Ich spreche hier für den Hartmannbund, einen Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, und bin, glaube ich, die erste Vertreterin derjenigen, über die wir heute die ganze Zeit reden. Ich bin nämlich junge Ärztin in den letzten Zügen meiner Weiterbildung zur Kinder- und Jugendmedizinerin.

Lassen Sie mich erst einmal Folgendes betonen: Wir haben heute schon oft darüber gesprochen, dass es einen Mangel gibt. Natürlich gibt es einen Mangel insbesondere von jungen Ärztinnen auf dem Land. Aber es gibt aktuell in jedem Bereich der Medizin einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten. Wenn wir jetzt sagen, dass ein gewisser Teil der werdenden Kolleginnen und Kollegen als Grundversorger aufs Land gehen soll, schaffen wir eine aggravierte Mangelsituation an den Krankenhäusern. Dann schaffen wir eine aggravierte Mangelsituation in anderen Fachbereichen,

z. B. in der Anästhesie, einem großen Fach, das uns zurzeit in der Pandemie wirklich einen großen Gefallen mit der ärztlichen Arbeit tut, aber auch in kleineren Fachbereichen, z. B. in der Gynäkologie, die auch wichtig ist und in der es ebenfalls einen bestehenden Mangel gibt, und in ganz vielen anderen Fachgebieten auch.

Dieser Mangel, der besteht, kann langfristig nur durch zusätzliche Studienplätze behoben werden. Ich kann Ihnen nicht sagen, wie viele es sein müssen. Das müsste berechnet werden. Aber es ist ein Mangel, der jetzt schon besteht und den ich jeden Tag durch unbezahlte Überstunden ausgleiche, und es ist ein Mangel, den wir uns alle auch bewusst machen müssen.

Eine Frage stellt sich mir heute die ganze Zeit. Wir haben hier viele Meinungen gehört, insbesondere von älteren Kollegen von mir, woran es liegt, dass die jungen Ärztinnen nicht mehr aufs Land wollen. Das ist ein Problem, das wir schon seit Längerem kennen. Es ist auch sicherlich richtig, dass Sie sich hier und heute darum kümmern. Bei vielen Dingen, die heute als Gründe genannt worden sind, handelt es sich um, vorsichtig formuliert, Gerüchte. Wir hören immer wieder von der Work-Life-Balance, die eingefordert wird. Ich kann Ihnen sagen: Die meisten von uns jungen Ärztinnen und Ärzten sind aus Berufung Ärztinnen und Ärzte. Bei den meisten von uns mangelt es also nicht an Motivation. Für uns ist die Arbeit das Leben. Da hat man immer eine gute Work-Life-Balance.

Es liegt mehr daran, dass es an der Zahl mangelt, dass die Arbeitsbedingungen relativ schwierig sind und dass wir in den letzten Jahren die Arbeit auf dem Land auch nicht wirklich als attraktiv angeboten bekommen haben. Ich persönlich sehe das ein bisschen anders. Ich komme auch aus einer Landarztfamilie. Ich kenne auch den Kollegen Knoll, den wir vorhin kennengelernt haben. Ich weiß, was für ein Auto er fährt. Für mich wäre das auch eine Perspektive. Es sind andere Probleme, die es derzeit in dem Bereich gibt.

Ich kann kurz von mir selbst berichten. Ich gehöre zu den Leuten, die tatsächlich ein Einserabitur hatten. Ich würde mich trotzdem als sozial kompetent betrachten und habe deshalb auch einen guten Ehemann, nämlich einen Kollegen, abbekommen. Er ist Arzt für Innere Medizin und Kardiologie. Wir könnten uns jederzeit niederlassen, sobald ich selbst Fachärztin bin, und dann eine Praxis für Allgemeine Medizin – wegen meines Ehemanns, der Innere Medizin macht – mit kardiologischer Sprechstunde und Kinder- und Jugendmedizin mit kardiologischer Sprechstunde – denn ich werde Kinderkardiologin – eröffnen. Das ist also schon umfangreich. Wir beide kommen aus dem Norden, aus Schleswig-Holstein bzw. Mecklenburg-Vorpommern, und kennen uns mit nicht so dicht besiedelten Landkreisen aus. Da würden wir tatsächlich auch ganz gerne wohnen. Wir würden uns auch gerne ein großes Haus mit großem Grundstück kaufen und uns da ein schönes Leben machen.

Wir haben nur ein großes Problem. Was uns daran hindert, ist zwei Jahre alt und hört auf den Namen Julius. Wir haben aktuell keine entsprechende Kinderbetreuung. Das trifft nicht nur meinen Mann und mich, sondern alle Kolleginnen und Kollegen. Wir haben keine Kinderbetreuung, die auf Ärztinnen und Ärzte, also auf Leute, die Überstunden machen und in Schichten arbeiten, ausgerichtet ist. Das ist ein gravierendes Problem. Wir vom Hartmannbund fragen oftmals bei

den jungen Kolleginnen und Kollegen ab: Was ist aktuell euer größtes Problem? – Sobald die jungen Kolleginnen und Kollegen Kinder bekommen, ist die Kinderbetreuung das Problem.

Ich selbst muss in Teilzeit arbeiten – aktuell in 50 % Teilzeit; wie Sie sicherlich wissen, hat die Corona-Pandemie das Problem bei den Betreuungen aggraviert. Aber das mache ich natürlich nicht, weil ich gerne Kastanienfiguren bastle und mit Fingerfarben male, sondern, weil mein Kind mit zwei Jahren nicht allein zu Hause bleiben kann.

Aktuell – ich bin auch Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer – haben wir mehr Ärzte als je zuvor, seit wir zählen, was wir schon länger als 100 Jahre tun, also mehr Köpfe. Aber wir haben einen starken Mangel. Wenn Sie dieses Problem, das auch heute schon akut ist, lösen möchten, sollten Sie schauen – das wäre mein Vorschlag; darum würde ich Sie bitten –, ob Sie nicht vielleicht die Ärztinnen und Ärzte, die da sind, in den Beruf zurückbringen können. Das gelingt durch Kinderbetreuung.

Ich bin mir nicht ganz sicher, ob die Quote, über die wir hier reden, eine Wirkung hat. Wie wir heute schon öfter gehört haben, kann man sich mit 250.000 € daraus freikaufen. Ich finde das unmoralisch, würde es für meinen Sohn aber auch jederzeit tun. Es ist sicherlich so, dass einige Studierende den hier vorgesehenen Weg gehen möchten. Andere müssen ihn gehen. Wiederum andere können sich nachher aussuchen, was sie machen, weil sie genug Geld mitbringen.

Ich persönlich würde Ihnen davon abraten, die Quote so, wie sie vorgeschlagen ist, einzuführen. Bitte tun Sie das nur additiv zu den jetzt vorhandenen Studienplätzen. Vermehren Sie also die Studienplätze gegebenenfalls durch eine Quote. Kümmern Sie sich um die Kinderbetreuung.

Einen Punkt möchte ich noch ansprechen. Im Gesetzentwurf habe ich gelesen, dass die Zeit, die man für die Weiterbildung braucht, noch verlängert werden könnte, weil die Teilzeit auf 25 % herabgesetzt werden soll. In dem Moment, als ich das gelesen habe, dachte ich: Jetzt machen wir einen Rückschritt – einen Rückschritt, was die Gleichstellung von Frauen im Beruf angeht. Denn es ist keine Frauenförderung, Weiterbildung auch in 25 % Teilzeit anzubieten. Es ist Frauenförderung, Kinderbetreuung und Weiterbildung in Vollzeit anzubieten.

**Vorsitzender:** Vielen Dank für Ihre Ausführungen. – Mir liegen vier Wortmeldungen vor.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Ich habe eine Frage an Herrn Klapsing. Frau Krück und Frau Becker-Bösch sprachen davon, dass die Zahl der Medizinstudienplätze erhöht werden müsse. Frau Krück sagte, sie könne nicht quantifizieren, wie viele es sein sollten. Frau Becker-Bösch meinte, um 20 %. Haben Sie als jemand, der die Weiterbildung in Nordhessen forciert, denn eine Vorstellung, um wie viel Prozent wir die Zahl der Medizinstudienplätze erhöhen müssten? Wir haben hier ja

schon mehrmals darüber gesprochen, dass die Quote nicht dazu führt, dass mehr Medizinstudienplätze geschaffen werden. Aber wir wissen alle, dass es notwendig ist, dass mehr Studienplätze da sind. Vielleicht können Sie uns eine Antwort liefern.

**Abg. Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Ich habe eine Frage an die Vertreterin der kommunalen Familie aus dem Wetteraukreis. Eine Vorbemerkung: Was die Quotierung anbelangt, sind wir an den Staatsvertrag aus dem Jahr 2019 gebunden. Das heißt, dass wir da limitiert sind. Wir haben das mit unseren 6,5 plus 1,3 % weitgehend ausgeschöpft. Basierend auf dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zwei Jahre vorher, also 2017, gab es auch Anhaltspunkte dafür, wie die Studienplätze zu verteilen sind – Aufhebung der Warteliste und entsprechende Regelungen.

Nun zu meiner Frage: Sie haben völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass innerhalb eines Kreises sehr unterschiedliche Strukturen vorhanden sind. Sind Sie in der Lage, uns einen Vorschlag zu machen, wie – nur bezogen auf Ihren Kreis – die Zulassungsbezirke verändert werden sollten? Dabei muss man ja zwischen Hausärzten und Fachärzten differenzieren.

Für die hausärztliche Zulassung haben Sie drei Bezirke. Würden Sie vorschlagen, dies etwa auf fünf zu erhöhen? Dann würden wir uns das gerne zu eigen machen und es dann auch politisch fordern. Aber es muss ja aus der kommunalen Familie kommen. Am Ende muss es doch sinnvoll sein. Das waren auch Kritikpunkte oder Anmerkungspunkte von zahlreichen Vertretern aus der kommunalen Familie. Wir würden das sehr gerne aufnehmen.

Im fachärztlichen Bereich gilt der Kreis insgesamt als Zulassungsbezirk. Sollte es dabei bleiben? Oder sollte das verändert werden? Dabei kann durchaus auch eine Differenzierung erfolgen. Ich kann mir Fachgebiete vorstellen, bei denen man sagt, um auch das Betriebswirtschaftliche in der Praxis zu berücksichtigen, dass es weiterhin auf Kreisebene berechnet werden soll. In anderen Fachgebieten, die eine gewisse Nähe zur Regelversorgung haben – z. B. Gynäkologie –, könnte eine Veränderung sinnvoll sein. Wir wären außerordentlich dankbar, wenn wir entsprechende Vorschläge bekommen würden.

Nun wende ich mich an die Vertreter der hausärztlichen Versorgung. Erst einmal vielen Dank für Ihre Anregungen und für Ihre praktischen Schilderungen. Wir werden das überprüfen, was Sie angeregt haben. Ich halte es für durchaus sinnvoll, in unterversorgten Gebieten die Tätigkeit im Angestelltenverhältnis mit einzubeziehen. Dann müsste allerdings auch eine Bindung an einen Kassenarztsitz vorliegen. Wenn Ärzte sich zusammentun, Kassenarztsitze erwerben, ein MVZ in Trägerschaft von Ärzten gründen und dann Ärztinnen und Ärzte anstellen, sollte das – zumindest ist das unsere Intention – auch entsprechend möglich sein. Es sollte durchaus auch ermöglicht werden – das wurde im letzten Block angesprochen –, von einem unterversorgten Gebiet in ein anderes unterversorgtes Gebiet zu wechseln. Aber wir nehmen Ihre Anregung gerne mit. Wir bedanken uns für die Anregung und werden, als größtenteils Nichtjuristen, noch einmal nachschauen, ob das auch wirklich so in dem Gesetzestext abgebildet sein wird. – So weit das Signal.

Und wenn Sie diesbezüglich konkrete Vorschläge haben, an bestimmten Stellen des Gesetzestextes etwas zu überprüfen oder zu ändern, sind wir dafür durchaus offen und dankbar.

Abg. **Christiane Böhm**: Danke für die Stellungnahmen und auch für Ihre große Geduld. Deshalb werde ich auch nur wenige Fragen stellen. – Herr Schütz, Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass die Berufsausübungsgemeinschaften besser unterstützt werden sollten. Können Sie uns einen Tipp geben, in welche Richtung das gehen sollte?

Frau Krück, vielen Dank für Ihre eindrückliche Schilderung. Ich kann das gut nachvollziehen. Aber wie würde denn eine Kinderbetreuung aussehen müssen, die Ihren Arbeitsbedingungen entspricht? Es hängt natürlich auch vom Ort ab. Mir ist jetzt nicht bekannt, wo Sie wohnen. Wir wissen natürlich, dass es an vielen Ecken in Hessen inzwischen an den Kinderbetreuungsmöglichkeiten hapert. Aber ist denn die Kita-Pflege da nicht so flexibel, oder kann sie das nicht leisten? Und wie müsste es aussehen, damit es tatsächlich möglich wäre, dass Sie beide arbeiten gehen könnten?

Abg. **Claudia Ravensburg**: Ich habe auch eine Frage an Frau Krück, weil ich mich doch ein bisschen gewundert habe. Sie sprechen – neben Ihrer sehr eindrücklichen Darstellung Ihres Lebenslaufes – ja auch für den Hartmannbund. Ich komme aus Nordhessen. Wir haben – völlig egal, von welchem Landkreis Sie reden – bereits jetzt von der KV festgestellte unterversorgte Bereiche. Dort baut z. B. eine Kommune ein Ärztehaus, damit ein junger Arzt aus Frankfurt, der dann auch tatsächlich kommt, dort selber keine Investitionen tätigen muss und in diese wunderbare neue Praxis als Mieter einziehen kann. In Bad Wildungen, einer Gesundheitsstadt mit sehr vielen Ärzten und Ärztinnen, gibt es eine Kinderbetreuung, die sich „Mäusenest“ nennt. Das ist eine extra auf Ärzte und Krankenpflegepersonal zugeschnittene Kinderbetreuung, die auch Randzeiten von morgens bis abends abdeckt, damit die Betreuungszeiten mit den Klinikzeiten übereinstimmen. Wir haben dort Bürgermeister und Landräte sowie Gesundheitsnetze, die eine Infrastruktur bauen, um jeden Arzt, der sich dort niederlässt, individuell zu betreuen.

Wir haben einen Mangel an Kinderärzten. Beispielsweise in der Stadt Korbach ist er im Moment ganz prägnant. Dort sucht der jetzige, über die Altersgrenze hinaus arbeitende Kinderarzt dringend eine Nachfolgerin. Das heißt, dass wir Sie dort mit offenen Armen empfangen würden. Wir würden auch eine Infrastruktur schaffen, mit der wir versuchen, alle diese Probleme zu lösen, die Sie haben. Ich will das nicht zu 100 % zusagen; denn das sollte man nicht versprechen.

Insofern habe ich das Gefühl, dass es ein bisschen an der Kommunikation mangelt. Einerseits befürchten Sie – ich weiß nicht, ob Sie das so bestätigen können –, im ländlichen Raum manches nicht vorzufinden. Andererseits hat der ländliche Raum aber längst verstanden, dass er dafür sorgen muss.

Daher ist die Frage: Gibt es z. B. mit dem Hartmannbund Gesprächsebenen? Oder sollte man das vielleicht einmal anbahnen?

Deshalb würde ich auch gern die Kreisbeigeordnete aus dem Wetteraukreis, der jetzt noch nicht ganz so sehr betroffen ist wie der Schwalm-Eder-Kreis, der Landkreis Waldeck-Frankenberg oder der Werra-Meißner-Kreis, aber sicherlich in diese Richtung geht, fragen: Sollte man nicht Gesprächsebenen mit jungen Ärzten aufbauen, um ihnen besser darzustellen, welche Möglichkeiten sie bei der Niederlassung in einem ländlichen Raum hätten, und auch Familien dort herzlich willkommen heißen?

**Vorsitzender:** Vielen Dank. – Weitere Fragen liegen mir nicht vor. Dann bitte ich die Anzuhörenden um Beantwortung.

Herr **Dr. Schütz:** Frau Böhm, Sie haben gefragt, welche Möglichkeiten wir sehen, z. B. Kollegen einzubeziehen, die eine Berufsausbildung haben. Ich kann aus eigener Erfahrung sagen, dass wir mehrere Medizinische Fachangestellte haben, die über extrem gute organisatorische und soziale Kompetenzen verfügen, die eine hohe Motivation haben und die vor allem den Beruf kennen. Einen Teil von ihnen haben wir jetzt in der Pandemie insbesondere an größere Labore verloren. Ich hätte mir genauso gut vorstellen können, dass sie über einen Quereinstieg im Rahmen einer Landarztquote ebenfalls so etwas machen könnten. Denn sie haben schon bewiesen, dass sie nicht diesen Praxisschock bekommen. Sie wissen, was hausärztliche Versorgung bedeutet. Nach meinem Gefühl sind viele der Studierenden, die wir sehen und die vorher noch keinen Kontakt hatten, da eher abwehrend. Ich könnte mir vorstellen, dass diese Kollegen hierfür geeignet sind.

Herr **Dr. Klapsing:** Ich möchte versuchen, die Frage, wie viele zusätzliche Studienplätze wir benötigen, erst einmal für die Hausärzte oder Landärzte zu beantworten. Wenn wir davon ausgehen – ich habe diese Zahlen auch nur aus der Gesetzesbegründung entnommen –, dass wir derzeit 2.100 Hausärzte in den ländlichen Regionen haben und bis 2030 ungefähr 950 davon nicht mehr tätig sein werden, haben wir einen Bedarf von rund 100 Ärzten pro Jahr, die – in Anführungszeichen – „ersetzt“ werden müssen. Im Schnitt werden die neuen Ärzte 50 % arbeiten, sage ich jetzt einmal pauschal. Das ist mein Gefühl. Vielleicht sind es auch 75 %. Einige Leute werden Vollzeit arbeiten. Ein großer Teil wird aber Teilzeit arbeiten, vielleicht sogar nach Abschluss der Weiterbildung weniger als 50 %. Insofern müssen wir von einem Bedarf von 200 Ärzten pro Jahr ausgehen. Das ist jetzt eine grobe Schätzung, die ich einfach einmal so in den Raum stellen möchte. Wenn wir 65 zusätzliche Studienplätze haben – ich finde das gut; das ist besser als nichts –, fehlen 135. Ich denke, dass 150 zusätzliche Studienplätze notwendig wären, um im hausärztlichen Bereich den Stand von heute zu halten. Natürlich müssen wir wieder die Latenz

mit einrechnen. Wenn sich die Entwicklung noch verschärft, kann es auch sein, dass man noch mehr braucht.

Zusätzlich haben wir, wie wir heute auch gehört haben, zu wenige Psychiater, zu wenige Kinder- und Jugendmediziner, zu wenige Gynäkologen usw. Ich bin zwar erst einmal nur für den hausärztlichen Bereich zuständig. Die dort benötigten Ärzte müssten Sie aber noch auf die 150 draufschlagen. Die 150 gelten auch nur, wenn sich diese Studierenden dann über eine Landarztquote direkt in die Landarztstätigkeit als Hausarzt begeben. Wenn es allgemeine Studienplätze sind, können wir davon ausgehen, dass die Absolventen auch noch in andere Bereiche gehen, in denen sie gar nicht unbedingt so dringend gebraucht werden, in denen ihnen aber die Bedingungen vielleicht attraktiver erscheinen. Zusammengefasst heißt das, dass wir eine ganze Menge Studienplätze brauchen.

Wir sollten auch etwas dafür tun, dass man vielleicht von diesem Zwang wekommt. Hier fühle ich mich an die Corona-Diskussion erinnert. Wir brauchen jetzt, zumindest in manchen Bereichen, eine Impfpflicht, weil die Leute nicht von alleine so handeln. Die Quote ist ja auch eine starre Regelung. Die Leute machen das nicht unbedingt, weil sie so begeistert davon sind, diesen Job auszuüben. Manche tun das vielleicht schon. Aber es ist auch ein gewisser Druck, der dafür sorgen soll, dass man die Leute dorthin bekommt, wo man sie haben möchte. Jeder, der hier Verantwortung trägt, sollte dafür Sorge tragen, dass wir diese Tätigkeit, die ich persönlich liebe und toll finde, wieder attraktiver machen. Das ist, denke ich, auch der große Auftrag. So etwas kann natürlich durch dieses Gesetz auch nur zum Teil realisiert werden.

**Frau Becker-Bösch:** Frau Dr. Sommer, Sie haben mich auf die 20 % angesprochen. Der Kollege hat es eigentlich schon begründet. Wir haben von der Kassenärztlichen Vereinigung mitgeteilt bekommen, wie ich eingangs gesagt hatte, dass wir davon ausgehen müssen, dass wir bis 2035 ca. 60 bis 65 % unserer niedergelassenen Ärzte aufgrund von Ruhestand verlieren werden. Wenn ich diese Zahl auf die entsprechenden Studienplätze hochrechne, komme ich auf mindestens 20 % zusätzliche Studienplätze, die gebraucht werden, um das allein bei uns auffangen zu können. Gerade wurde schon gesagt, dass wir als Wetteraukreis momentan im Verhältnis noch ganz gut ausgestattet sind. In den nördlichen Kreisen von Hessen sieht es schon jetzt noch viel rigorer aus. Daher ist es ganz wichtig, dass die Anzahl der Studienplätze bzw. der Studierenden deutlich erhöht wird.

Herr Dr. Bartelt, Sie haben eine Frage zu den Zulassungsbezirken gestellt. Kurzfristig – da gebe ich Ihnen recht – würde es natürlich gerade Flächenlandkreisen wie dem Wetteraukreis helfen, wenn wir die Zulassungsbezirke anders zugeschnitten bekämen und vor allen Dingen auch mehrere Bezirke hätten. Allerdings mache ich auch keinen Hehl daraus, dass wir in einigen Abschnitten des Kreisgebietes zurzeit schon nicht besetzte kassenärztliche Sitze haben. Das heißt: Kurzfristig würde uns das eine gewisse Hilfestellung bieten, weil sich Ärzte zusammenschließen könnten und Ärztehäuser oder Dependancen bilden könnten. Aber mittelfristig und langfristig fehlen uns dennoch einfach die Ärzte. Es fehlen uns die Menschen, die diesen Beruf ausüben.

Daran wird auch ein Zuschnitt mit etwas kleineren Facharztzulassungsbezirken nicht viel ändern. Im Wetteraukreis mit 310.000 Einwohnern haben wir momentan 13 niedergelassene Augenärzte. Sie sitzen alle in unseren großen Kommunen mit 40.000 bis herunter zu 25.000 Einwohnern. In den anderen Gebieten gibt es keine Augenärzte mehr. Ob veränderte Zuschnitte, wenn man sie einführen würde, daran unbedingt etwas ändern würden, wage ich zu bezweifeln, weil dahinter natürlich immer auch ein gewisses wirtschaftliches Interesse steht, was ich auch verstehen kann.

Daher würde dies, wie gesagt, kurzfristig eine Erleichterung bringen, weil eine veränderte Zusammenarbeit möglich wäre, was von dem einen oder anderen in unserem Kreisgebiet auch gewünscht ist. Es gibt durchaus junge Ärztinnen, die gerne in Teilzeit arbeiten möchten, weil sie den bürokratischen Aufwand nicht haben wollen, und sich gerne in Form von Dependancen zusammenschließen würden, was aber aufgrund der Zuschnitte nicht möglich ist. Das wäre kurzfristig machbar. Aber für die Zukunft ab 2030 oder 2035 brauchen wir einfach wieder die Köpfe.

Frau **Krück**: Ich kann mich meinen Vorrednern nur anschließen. Die Zahl der benötigten zusätzlichen Studienplätze hängt auch davon ab, wie motiviert die Ärzte sind. Wenn wir Ärztinnen und Ärzte haben, die, sagen wir einmal vorsichtig, durch eine Quote zum Studium gekommen sind und gar nicht den Job ausüben, den sie eigentlich ausüben möchten, schlägt sich das in der Stundenzahl nieder. Wir haben vorhin gehört, dass es seinerzeit eine durchschnittliche Wochenstundenzahl von 60 Stunden gab. Die gibt es immer noch, kann ich Ihnen berichten. Aber wenn ich das nicht möchte, kann ich das auch reduzieren. Deshalb ist es wichtig, dass die Arbeitsbedingungen stimmen.

Die Frage zur Kinderbetreuung, die jetzt an mich gestellt wurde, ist gar nicht so einfach zu beantworten. Ich kann Ihnen erzählen, dass ich aus Gießen komme, dort an der Universitätsklinik arbeite und mein Kind im Kindergarten der Universitätsklinik habe. Er hat die weitreichendsten Öffnungszeiten – von 7 bis 17 Uhr. Weiterhin kann ich Ihnen berichten, dass damit keine einzige meiner Schichten abgedeckt ist. Ich arbeite in der Regel von 7:30 Uhr bis 19:00 Uhr. Da sind meine Überstunden schon mit eingerechnet. Aber meine Überstunden muss ich machen. Denn ich kann meine Patienten nicht einfach liegen lassen und gucken, ob sie morgen noch leben; das geht nicht.

Eine Kinderbetreuung für Ärztinnen und Ärzte muss so aussehen, wie Sie sich das vielleicht schon gedacht haben: Sie muss Nächte mit einschließen. Sie muss Randstunden mit einschließen, die Sie vielleicht sonst nicht als Randstunden betrachten würden – bis 20 Uhr am Abend und morgens ab 6 Uhr. Sie muss insbesondere auch leicht und mittelschwer erkrankte Kinder abdecken. Das heißt, dass es eine Sonderbetreuung für leicht und mittelschwer erkrankte Kinder braucht. Natürlich kann ich ein schwer erkranktes Kind nicht in der Betreuung lassen; denn es braucht auch mal eine Mama oder einen Papa. Aber ich kann morgens mein Kind angucken und bewerten, wie krank es ist.



Heute war es übrigens ein bisschen krank – eine schöne Konjunktivitis. Ich habe eine Augensalbe aufgetragen und das Kind dem Au-pair gegeben. Das ist kein Problem für mich. Ich kann so gut arbeiten gehen. Auch viele andere Kolleginnen und Kollegen können das. Das muss nur möglich sein.

Mein Kindergarten und mein Au-pair, die mir insgesamt eine 70%-Stelle ermöglichen, kosten mich im Monat 1.500 €. Ich behaupte einmal, dass das bei einem Job, der mir 2.000 € bringt, vielleicht nicht ganz angemessen ist. Aktuell ist meine Arbeit also, muss ich leider sagen, ein ganz schön teures Hobby für mich.

Das muss man ändern, wenn wir motivierte Ärztinnen haben möchten – und natürlich auch Ärzte; es trifft auch männliche Kollegen.

**Vorsitzender:** Vielen Dank. – Gibt es weitere Rückfragen? – Das ist offensichtlich nicht der Fall. Der guten Ordnung halber frage ich: Ist noch eine Institution anwesend, die noch nicht gehört wurde? – Das ist offensichtlich auch nicht der Fall.

Dann darf ich mich auch bei Ihnen als letzter Gruppe herzlich bedanken. Sie haben ja tatsächlich den ganzen Nachmittag hier ausgeharrt. Herzlichen Dank dafür.

(Allgemeiner Beifall)

Ich schließe hiermit die 66. Sitzung und werde um 19:30 Uhr, also in knapp fünf Minuten, die 67. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses eröffnen.

**Beschluss:**

SIA 20/66 – 25.11.2021

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

Wiesbaden, 17. Januar 2022

Protokollführung:

Vorsitz:

Maximilian Sadkowiak

Moritz Promny