

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

17. Wahlperiode

**Ausschuss für Wissenschaft, Weiterbildung
und Kultur**

21. Sitzung am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –

Protokoll

Beginn der Sitzung: 13:04 Uhr
Unterbrechung der Sitzung: 15:06 Uhr bis 15:11 Uhr
Ende der Sitzung: 15:30 Uhr

Tagesordnung:

1. Mehr Studienplätze für Humanmedizin in Rheinland-Pfalz schaffen, um dem Landarztmangel entgegenzuwirken
Antrag
Fraktion der CDU
– Drucksache 17/5147 –
2. Stipendienprogramm für Medizinstudierende kombiniert mit einer Landarztquote
Antrag
Fraktion der CDU
– Drucksache 17/6246 –
3. Antisemitismus entschlossen bekämpfen
Antrag
Fraktion der CDU
– Drucksache 17/5437 –
4. Budgetbericht der Landesregierung zum 31. Dezember 2017
Bericht (Unterrichtung)
Landesregierung
– Drucksache 17/6124 –

Ergebnis:

Anhörung durchgeführt;
Vertagt
(S. 4 – 31)

Vertagt
(S. 32)

Annahmempfehlung
angeschlossen
(S. 33)

Kenntnisnahme
(S. 34)

Tagesordnung (Fortsetzung):

- | | Ergebnis: |
|--|--|
| 5. OER@RLP
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der FDP
– Vorlage 17/3083 – | Erledigt mit der Maßgabe schriftlicher Berichterstattung
(S. 3) |
| 6. Kooperation zwischen Hochschule Kaiserslautern und Oberlandesgericht Zweibrücken
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der FDP
– Vorlage 17/3084 – | Erledigt
(S. 35 – 36) |
| 7. Ergebnisse der Bologna-Konferenz
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Vorlage 17/3227 – | Erledigt
(S. 37) |
| 8. Einrichtung einer Juristischen sowie Medizinischen Fakultät an der Universität Koblenz-Landau und möglicher Ausbau zur Volluniversität
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/3241 – | Erledigt mit der Maßgabe schriftlicher Berichterstattung
(S. 3) |
| 9. Miro-Fußballschulen in der Partnerregion Oppeln
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/3242 – | Erledigt
(S. 38) |
| 10. Befristete Beschäftigung in der Wissenschaft
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/3243 – | Abgesetzt
(S. 3) |
| 11. Zukunft des Mosel Musikfestivals
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3260 – | Erledigt mit der Maßgabe schriftlicher Berichterstattung
(S. 3) |
| 12. Entwicklung der Galerien in Rheinland-Pfalz
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3261 – | Abgesetzt
(S. 3) |
| 13. Entwicklung der Informatik in der rheinland-pfälzischen Hochschullandschaft
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3295 – | Abgesetzt
(S. 3) |
| 14. Deutschlandstipendien
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3296 – | Erledigt mit der Maßgabe schriftlicher Berichterstattung
(S. 3) |
| 15. Verschiedenes | (S. 39) |

Herr Vors. Abg. Geis eröffnet die Sitzung und begrüßt die Anwesenden, insbesondere die Kollegen des mit eingeladenen Ausschusses für Gesundheit, Pflege und Demografie sowie Herrn Staatssekretär Professor Dr. Barbaro.

Zur Tagesordnung:

Punkte 5, 8, 11 und 14 der Tagesordnung:

- 5. OER@RLP**
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der FDP
– Vorlage 17/3083 –
- 8. Einrichtung einer Juristischen sowie Medizinischen Fakultät an der Universität Koblenz-Landau und möglicher Ausbau zur Volluniversität**
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/3241 –
- 11. Zukunft des Mosel Musikfestivals**
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3260 –
- 14. Deutschlandstipendien**
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3296 –

Die Anträge sind erledigt mit der Maßgabe schriftlicher Berichterstattung gemäß § 76 Abs. 2 Satz 3 GOLT.

Punkte 10, 12 und 13 der Tagesordnung:

- 10. Befristete Beschäftigung in der Wissenschaft**
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der AfD
– Vorlage 17/3243 –
- 12. Entwicklung der Galerien in Rheinland-Pfalz**
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3261 –
- 13. Entwicklung der Informatik in der rheinland-pfälzischen Hochschullandschaft**
Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT
Fraktion der CDU
– Vorlage 17/3295 –

Die Anträge werden abgesetzt.

Punkt 1 der Tagesordnung:

**Mehr Studienplätze für Humanmedizin in Rheinland-Pfalz
schaffen, um dem Landarztmangel entgegenzuwirken**

Antrag

Fraktion der CDU

– Drucksache 17/5147 –

Herr Vors. Abg. Geis: Wir kommen zu Tagesordnungspunkt 1. Wir haben dazu eine Anhörung in der letzten Sitzung beschlossen. Die Anzuhörenden sind alle da. Ich begrüße Sie herzlich. Wir werden so verfahren, wie das üblich bei Anhörungen ist: Es gibt eine Redezeit von etwa zehn Minuten für alle Anzuhörenden. Wir können danach kurz Fragen stellen, aber es wird keine Diskussion geben. Es wird eine Auswertung dieser Anhörung in der nächsten Sitzung des Ausschusses geben. Das ist so üblich. Das wissen Sie. So werden wir auch heute verfahren.

Wenn es keine Bemerkungen gibt, kommen wir zum ersten Anzuhörenden. Ich würde vorschlagen, dass sich die Anzuhörenden selbst noch einmal kurz vorstellen. Wir, die Ausschussmitglieder, haben zwar alle eine Liste, aber die Gäste sind auch daran interessiert, etwas mehr zu wissen. Ich werde Sie nur mit Ihrem Namen ansprechen und Sie können das bitte selbst sagen. Okay, können wir so verfahren? – Wir beginnen mit Herrn Dr. Matheis.

Herr Dr. Matheis, bitte schön, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Günther Matheis
Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Mainz
– Vorlage 17/3288 –

Herr Dr. Matheis: Herr Vorsitzender, herzlichen Dank für die Begrüßung. Ich möchte mich kurz vorstellen. Mein Name ist Günther Matheis. Ich bin Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz im Ehrenamt. Im Hauptamt bin ich Herzchirurg und Thoraxchirurg und das seit 35 Jahren: Ich sage einmal, ein Mann von der Front. Das ist etwas, was in diesem Kontext wichtig ist, weil ich nicht nur in Mainz in der Landesärztekammer, sondern auch im Krankenhaus Zeit verbringe.

Ich darf Ihnen sagen, die Zeiten im Krankenhaus haben sich bedeutsam gewandelt: nicht nur, was das Patientengut angeht, sondern auch was die allgemeine Demografie der Ärzteschaft und den ärztlichen Nachwuchs angeht. Ich habe Gelegenheit, das seit Jahrzehnten zu verfolgen und ich weiß, dass wir in diesen Tagen gerade in speziellen Fächern, aber das gilt flächendeckend, bedeutsame Nachwuchsprobleme haben. Wir haben die Situation, dass wir kaum mehr Bewerber haben.

Das ist die Ausgangssituation. Woher kommt das oder was bedeutet das? Wir haben vor etwa zehn Jahren als Landesärztekammer zum allerersten Mal darauf hingewiesen, dass ein Ärztemangel droht. Damals hat man gesagt, nein, das kann nicht sein, wir haben genug Köpfe, und hat das zunächst aus den Augen verloren. Heute haben wir die Situation, dass wir tatsächlich jedenfalls nach unserer Lesart einen Ärztemangel haben. Es ist nicht nur ein Verteilungsproblem. Ja, es ist auch ein Verteilungsproblem, weil wir wissen, dass der ländliche Raum besonders betroffen ist. Der urbane Raum, der großstädtische Bereich, spürt das noch nicht.

Wir reden immer darüber, dass wir auf dem Land Allgemeinärzte brauchen. Meine Damen und Herren, aber ich darf Ihnen sagen, dass wir in zwei oder drei Jahren die Situation in der fachärztlichen Grundversorgung genauso aufrufen werden. Wir hatten letzte Woche oder vorletzte Woche in Mainz den Medizinischen Fakultätentag. Wir hatten eine Podiumsdiskussion. Mein Nachbar hat diese Podiumsdiskussion sicher verfolgt. Ich war ein bisschen kontrapunktisch angelegt, weil all diejenigen, die neben mir gesessen haben, behauptet haben, nein, wir haben genug Ärzte im System, wir müssen sie nur umverteilen. – Das war so der Tenor.

Ich bin völlig anderer Auffassung. Ich glaube, es wäre richtig, wenn wir auch in Rheinland-Pfalz die Anzahl der Medizinstudienplätze moderat anheben würden. Die Rede ist von 10 % oder 15 %. Davon sind wir überzeugt. Wir haben natürlich mehr Köpfe im System. Das ist alles richtig. Ich habe Ihnen in meinem Anschreiben dargelegt, dass mehr Köpfe nicht unbedingt bedeuten, dass die Arbeit sich nun auf mehr verteilt. Wir haben Teilzeitmodelle. Wir haben heute eine ganz andere Situation als noch vor 20 Jahren. Das ist alles ausdiskutiert. Das möchte ich auch hier nicht mehr darstellen.

Ein Punkt ist mir noch wichtig. Am Ende der Diskussion dieser Podiumsdiskussion hat mein dortiger Nachbar, Herr Professor Schüttler aus Erlangen, der die Erlanger Anästhesie an der Universitätsklinik leitet – also eine riesige Abteilung – gesagt, er hat vor 15 Jahren noch 300 Bewerbungen pro Jahr gehabt: sensationell. Jetzt hat er noch 20 Bewerber pro Jahr bei einer solchen riesigen Abteilung. Am Ende waren wir uns einig, dass wir gesagt haben, 10 % ist die Zahl, die auch darstellbar ist. Die brauchen wir auch.

Ich meine, die Studierenden haben vielleicht eine etwas andere Meinung, aber nur deswegen, weil sie fürchten, dass ein Mehr an Studenten die klinische Ausbildung verschlechtert: Sie haben nicht mehr fünf oder sechs Studenten am Krankenbett, sondern plötzlich zehn Studenten und die Ausbildung wird schlechter. – Das ist ein Argument, das ich auch einsehe.

Deswegen reden wir auch unter Umständen über Regionalisierung. Das ist ein Teil dieser Diskussion. Die Regionalisierung darf nicht dazu führen, dass die Qualität der klinischen Ausbildung leidet: ganz klar, das muss wirklich konsistent überprüft werden, was da läuft. Wir haben im Land ein Projekt, das unter Umständen zum Tragen kommt. Das wissen wir noch nicht, aber wir als Landesärztekammer glauben, dass wir da auf dem richtigen Weg sind.

Lassen Sie mich noch eine Bemerkung zum „Masterplan Medizinstudium 2020“ machen, den wir schon lange kennen. Wir halten alle Maßnahmen, die da aufgerufen werden, für sinnvoll, glauben aber, was

21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –

unter Finanzierungsvorbehalt steht, ist unbedingt am Ende auszufinanzieren; denn nur so kommen wir weiter. Alles andere ist – um es übertrieben zu formulieren – Hütchenspielerei. Das geht gar nicht. Wir brauchen das, was dargestellt ist und am Ende aus dem Haushalt bezahlt werden muss. Das halten wir für dringend erforderlich. Was nicht dezidiert im Masterplan steht, ist die Erhöhung der Studienplatzzahlen, aber dazu möchte ich ermuntern und dafür appellieren; die Gründe dafür liegen meines Erachtens auf der Hand.

Vielen Dank.

Herr Vors. Abg. Geis: Herr Dr. Matheis, danke schön und danke auch für die disziplinierte Form, das vorzutragen. Alle haben eine schriftliche Vorlage. Deshalb war das so vernünftig.

Gibt es dazu Fragen aus dem Ausschuss? – Frau Thelen, bitte schön.

Frau Abg. Thelen: Sehr geehrter Herr Dr. Matheis, vielen Dank, dass Sie den Blick noch einmal etwas geweitet und nicht nur die ambulante, sondern auch die stationäre Versorgung mit angeführt haben.

Sie haben die Ist-Situation dargestellt. Darf ich Sie fragen, welche Bedarfslage Sie vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der Alterung der Bevölkerung für die Zukunft und die nächsten Jahre erwarten? Diese Medizinstudienplätze würden möglicherweise erst in zehn Jahren, zwölf Jahren die fertigen Ärzte bringen.

Herr Vors. Abg. Geis: Vielleicht können wir ein bisschen sammeln. Es gibt offenbar weitere Fragen. – Herr Klomann und dann Frau Dr. Groß.

Herr Abg. Klomann: Herr Dr. Matheis, vielen Dank für Ihre Ausführungen. Wir setzen uns in dem Ausschuss mit der Fragestellung auseinander, wie wir im ländlichen Raum mehr Ärzte ansiedeln können. Das ist eine Maßnahme, die die CDU beantragt, nämlich die Erhöhung der Medizinstudienplätze als ein richtiges Mittel, um diesem Ziel entgegenzukommen.

Meine Frage an Sie: Gibt es gesicherte empirische Erkenntnisse, dass die bloße Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze dazu führt, dass wir genügend Personen im ländlichen Raum haben, die den Arztberuf ausüben?

Frau Abg. Dr. Groß: Herr Dr. Matheis, vielen Dank für Ihre Ausführungen. Welche Quote gibt es für das Kontingent an Studienplätzen in Rheinland-Pfalz: wie viele sind für ausländische Studenten, wie viele für Studenten aus anderen Bundesländern und wie viele für Studenten aus Rheinland-Pfalz?

Meine Frage an Sie: Wenn wir sagen, wir wollen die Zahl der Studienplätze um 5 % bis 15 % erhöhen, um mehr Ärzte in die ländlichen Strukturen in Rheinland-Pfalz zu bekommen: Sollen die dann rekrutiert werden? Sollen das Studenten sein, die bereits in Rheinland-Pfalz leben?

Danke.

Herr Dr. Matheis: Ich würde zuerst Frau Thelen antworten. Frau Thelen, die Demografie der Ärzte ist genauso wie unsere Demografie, wie wir hier hocken. Ich weiß, eine Erhöhung der Studienplatzzahlen wird erst einmal nicht morgen wirksam, sondern das braucht Zeit. Wir dürfen aber die Augen nicht davor verschließen, und wir müssen intelligente Modelle zwischenzeitlich konfigurieren, um dem nicht nur gefühlten Mangel auf dem Land oder der Bedarfe im Krankenhaus einfach entgegenzuwirken.

Dazu zählen solche ein bisschen unangenehmen Dinge, beispielsweise, dass wir in den Krankenhäusern sehen müssen: Brauchen wir jedes Krankenhaus noch? Können wir das so aufrechterhalten oder müssen wir das nicht zum Beispiel bündeln? In der Fläche ist es so, im ambulanten Bereich müssen wir überlegen, ob wir nicht eine Restrukturierung innerhalb der Sektorengrenzen bekommen. Das ist etwas, was wir noch einmal beleuchten müssen. Diese starren Grenzen haben viel dazu geführt, dass wir eine Situation haben wie sie sich darstellt: Dass keine breiten Tore in beiden Bereichen existieren, die von beiden Seiten eventuell begehbar sind, sondern das muss auch einmal auf den Plan; Bedarfsplanung

21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –

und all diese Dinge müssen einmal hinterfragt werden. Die Rückhaltebecken sind leer: Das ist ein Vergleich, den die Kassenärztliche Vereinigung (KV) macht. Da hat sie völlig recht. Wir müssen uns überlegen, was wir an Instrumentarium haben, um das zu lösen.

Zu Ihrer Frage möchte ich sagen: Es gibt dazu keine gesicherten empirischen Zahlen. Wir können nur mit einer Regionalisierung vielleicht hoffen, dass diejenigen, die es betrifft und aus der speziellen Region kommen, dort auch ausgebildet werden und unter Umständen dort bleiben. Aber die Kommunen und all diejenigen, die daran beteiligt sind und Aktien im Spiel haben, müssen sich auch bewegen und Anreize schaffen, damit die Landflucht – so nenne ich das einfach einmal – aufhört und unter Umständen Oberzentren auf dem Land gebildet werden, in denen nicht nur ärztliche Versorgung stattfindet, sondern der Supermarkt auf sein muss, eine Apotheke da sein muss und dieses und jenes. Das alles ist schon dargestellt. Dann kommen wir vielleicht da hin.

Wir müssen uns auch von der Einzelpraxis verabschieden. Dieses Modell ist tot. Das wird es so nicht mehr geben. Wir brauchen Zentren, egal wie man sie nennt, in denen mehrere tätig sind, die bedarfsgerecht eingesetzt werden, in denen Teilzeit möglich ist etc. Die Kommunen haben Beispiele geliefert: Manderscheid ist ein sehr gutes Modell, das gepasst hat, sich trägt und angenommen und akzeptiert wird.

Frau Dr. Groß, zu Ihrer Frage: Den ersten Teil Ihrer Frage kann ich leider nicht so beantworten, weil mir da die Zahlen fehlen. Ich würde an Herrn Professor Dr. Kroemer verweisen, der sich mit der Verteilung und wie das gehandhabt wird ganz gut auskennt. Ich glaube, der zweite Teil Ihrer Frage ist im Prinzip schon beantwortet.

Frau Abg. Dr. Groß: Der zweite Teil meiner Frage war, ob die Studienplatzerhöhung um 5 % bis 15 %, um den ländlichen Raum zu bedienen, ausschließlich an rheinland-pfälzische Studenten vergeben werden sollte.

Herr Dr. Matheis: Das ist eine Frage, die so nicht zu beantworten ist. Wenn Sie die Landarztquote meinen, dann ist das so, wenn man das macht. Das andere verstehe ich nicht. Wollen sie an Landeskinder Studienplätze vergeben? Wie muss ich das verstehen?

Frau Abg. Dr. Groß: Sie sollten es so verstehen, wir wollen die Studenten nach dem Studium in Rheinland-Pfalz halten. Es ist wichtig, dass unsere dünn besiedelten Strukturen mit Ärzten besiedelt werden. Sollen dann die 5 % bis 15 % wirklich an rheinland-pfälzische Studenten vergeben werden?

Herr Dr. Matheis: Auch da möchte ich an Professor Dr. Kroemer verweisen, der in diesen Dingen, was Verteilung, Auswahlverfahren etc. angeht, einfach besser Bescheid weiß. Vielleicht sehen Sie in mir die übergeordnete politische Ebene. Die Fachkompetenz darin liegt vielleicht bei meinem Nebenmann.

Herr Abg. Dr. Enders: Herr Kollege Dr. Matheis, ich habe noch eine Frage an Sie. Unser Antrag wurde unterschiedlich kritisiert dahin gehend, dass die Maßnahme der Erhöhung der Studienplätze nicht die Lösung sein könnte. Würden Sie mir zustimmen, wenn man den „Masterplan Medizinstudium 2020“ in seinen über 30 Punkten in Gänze sieht, ergänzt durch eine moderate Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze, dass dann diese Gesamtheit, dieser Kontext, als Mosaik sehr wohl geeignet ist, das Problem langfristig zu lösen, aber nur dann, wenn man möglichst viele dieser Mosaiksteine zusammenfasst?

Herr Dr. Matheis: Ich stimme Ihnen vollumfänglich zu.

Herr Vors. Abg. Geis: Danke schön. Gibt es weitere Fragen im weitesten Sinne? – Das ist nicht der Fall. Herr Professor Dr. Kroemer war schon angesprochen. Er hat jetzt das Wort. – Herr Professor Dr. Kroemer, bitte schön.

Herr Professor Dr. Heyo K. Kroemer
Vorstand Forschung und Lehre, Dekan der Medizinischen Fakultät,
Universitätsmedizin, Georg-August-Universität, Göttingen

Herr Prof. Dr. Kroemer: Ich würde vielleicht so verfahren, dass ich mich kurz vorstelle, dann einsteige, dass ich Ihre Frage beantworte und dann kurz mein Statement abgebe.

Mein Name ist Heyo Kroemer. Ich bin Pharmakologe und am Universitätsklinikum in Göttingen das verantwortliche Vorstandsmitglied für Forschung und Lehre und bin außerdem Vorstandsvorsitzender an der Universitätsmedizin in Göttingen.

Bevor ich mein Statement mache, möchte ich gern ganz kurz auf Ihre Fragen eingehen. Ich glaube, es gibt nichts, was in Deutschland so reguliert ist wie die Zuteilung von Medizinstudienplätzen. Wir haben aber einen bestimmten Anteil an Studienplätzen, der nach meiner Kenntnis in der Größenordnung von 3 % oder 4 % liegt und an ausländische Studierende geht. Ausland heißt Nicht-EU-Ausland. Da die EU immer größer geworden ist, kommen die jungen Menschen, die auf diesen Plätzen sind, von immer weiter her.

Ihre zweite Frage: Diese Landeskinder-Geschichte ist immer wieder diskutiert worden. Ich glaube, es stößt an sehr starke verfassungsrechtliche Probleme, dass man Studienplätze, insbesondere begehrte Studienplätze, nur an Landeskinder gibt. Es kommen alle möglichen Definitionsfragen: Ist jemand ein Landeskind, der ein halbes Jahr in Rheinland-Pfalz wohnt oder müssen sie bestimmte Zeiten sozusagen lebend abgedient haben, um an einen solchen Studienplatz zu kommen? Das ist eine Geschichte, die man weitestgehend wieder verlassen und immer wieder diskutiert hat, aber das ist rechtlich fast unmöglich, so etwas zu machen.

Ich würde kurz zu meinem Statement kommen. Bevor ich nach Göttingen gegangen bin, war ich 14 Jahre lang Hochschullehrer und auch in einer verantwortlichen leitenden Position am Universitätsklinikum Greifswald. Ich war 14 Jahre in Mecklenburg-Vorpommern und habe Arztmangel in seiner äußersten Ausprägung und allem, was daran hängt, aus erster Hand erlebt. Sie können davon ausgehen, ich weiß, was das bedeutet.

Die Versorgungssituation ist heute fast überall kritisch, insbesondere – Herr Dr. Matheis hatte es schon gesagt – in den ländlichen Bereichen. Vergessen Sie dabei nicht, die kritische Versorgungssituation beschränkt sich mitnichten auf den niedergelassenen Bereich. Wenn sie heute – das wird in Rheinland-Pfalz auch so sein – in ein peripheres kleines Krankenhaus kommen, treffen sie faktisch auf keinen deutschsprachigen Arzt mehr. Sie haben im Prinzip eine gleiche Versorgungsproblematik auf beiden Seiten.

Ich möchte Sie unbedingt noch darauf aufmerksam machen, dass Medizin nicht nur mit Ärzten funktioniert. Behalten Sie den ganzen Pflegebereich im Blick. Denken Sie daran, dass wir am Vorabend des demografischen Wandels stehen. Ich will diese Zahlen nur noch einmal ganz kurz sagen: Wenn sie die Bevölkerung im Jahr 1960 mit der im Jahr 1975 vergleichen, dann fehlen uns 33 % der Menschen in Deutschland im Jahr 1975. Wenn ich also eine solche kleine Demografie bei uns im Haus in meiner Universitätsmedizin mache, dann habe ich in der Pflege einen ganz großen Böppel bei 1961. Ich weiß genau, sie gehen in vier Jahren in Rente. Wenn ich für uns eine Anzeige schalte, dann weiß ich genau, die Anzeige richtet sich an Personen, die niemals geboren worden sind. Das heißt, sie können das nicht ersetzen. Wir stehen wirklich – ich glaube, das war gerade sehr gut dargestellt – am Vorabend einer dramatischen Entwicklung, bei der man jetzt noch gegensteuern kann.

Bei der ärztlichen Demografie bin ich völlig anderer Ansicht, weil im Gegensatz zu der Tatsache, dass wir in endlicher Zeit viel weniger Arbeitskräfte haben werden, werden wir eine gleichbleibende Zahl an Ärzten haben. Wir bilden 11.000 im Jahr aus, und nach meiner Kenntnis ist das in der Bundesrepublik auch genau die Menge, die gesamthaft in den Ruhestand geht. Das heißt, es ist nicht so wie bei der Gesamtbevölkerung, dass viel mehr Menschen in Rente gehen als dann nachkommen, sondern wir bilden im Prinzip in der Bundesrepublik mit diesen 11.000 eine ausreichende Zahl aus.

21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –

Ich darf Ihnen sagen, dass zu diesen 11.000 im letzten Jahr nach Daten, die wir haben, noch etwa 4.000 Ärzte aus verschiedenen anderen Ländern – zum Teil aus Ländern, die diese Ärzte selbst dringlichst bräuchten, wie etwa die osteuropäischen Länder – ins Land gekommen sind, sodass wir insgesamt eine sehr große Arztzahl in Deutschland haben.

Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, das Beheben des Landarztmangels durch Studienplätze – das war von verschiedenen Seiten schon geäußert worden – führt frühestens in sechs oder sieben Jahren zu einem Erfolg. Ich glaube, man muss politisch bei jeder Maßnahme darüber nachdenken: Was mache ich, wenn das nicht funktioniert? – Ich weiß in sieben Jahren, dass etwas nicht funktioniert, was ich im Prinzip in den nächsten zwei Jahren beheben muss.

Das kann ich Ihnen sagen: Die Versorgungssituation, wie sie sich jetzt entwickelt, wird niemand die nächsten sechs, sieben Jahre politisch überleben. Man müsste sich andere Dinge überlegen. Ich fand sehr gut von Herrn Dr. Matheis herausgearbeitet, dass es ein komplexes Gesamtproblem ist.

Wenn ich in Rheinland-Pfalz etwas zu sagen hätte, würde ich mir drei Monate Zeit nehmen und die Situation im Land einmal sorgfältig analysieren. Lassen Sie sich nicht von den verschiedenen Stakeholdern sagen, wir wissen alles und wir kennen alles. Analysieren Sie die Situation einmal sorgfältig: Wie viele Ärzte haben sie? Welche Fachrichtungen haben sie? Welche Fachrichtungen hätten sie gern? Wie viele Pflegekräfte bräuchten sie, um Rheinland-Pfalz adäquat letztendlich versorgen zu können? Bei diesen Fragen kommen sie in alles, was Herr Dr. Matheis gerade nannte, nämlich strukturelle Fragen zur Gesamtkrankenversorgung.

Ich würde sehr stark dafür plädieren, eine sorgfältige Situationsanalyse zu machen und auf der Basis einer solchen Situationsanalyse zu überlegen, welche Bestandteile dazu beitragen können, um langfristig eine vernünftige Versorgung hinzubekommen.

Ich möchte Ihnen gern deutlich machen, dass der Landarztmangel heute ein ganz komplexes Problem ist. In den seltensten Fällen – das sehen Sie jeden Tag – kann man komplexe Probleme mit einfachen Maßnahmen beheben. Wir fragen zum Beispiel unsere Studierenden in Göttingen, wenn sie neu zu uns kommen: Was wollt ihr denn werden? – Am ersten Studientag sagen 16 % der Studierenden, wir würden gern Landärzte werden. Nur 4 % wollen aber noch Chirurgen werden. Das heißt, sie können zehn oder 15 Jahren weiterdenken, dann haben wir in allen möglichen Fachbereichen – das hat Herr Dr. Matheis auch schon gesagt – massive Probleme, die die Versorgung einschränken werden. Sehen Sie sich das Problem wirklich gesamthaft an.

Ich bin genauso der Ansicht, die Vorstellung von Landärzten mit eigener Praxis, die vielfach vertreten wird und eine gewisse wirtschaftliche und eine gewisse weltanschauliche Komponente hat, die man durchaus ernst nehmen soll, kontrastiert sehr stark mit dem Studium. Wir bringen ihnen heute vom ersten bis zum letzten Tag bei, im Team zu arbeiten und dann sollen wir dafür werben, dass sie irgendwie allein auf dem Land tätig sind. Das wird nicht mehr funktionieren.

Wir haben viele junge Menschen, die bereit sind, in ländliche Räume zu gehen, wenn sie zum Beispiel als Angestellte eines größeren Klinikums tätig sind, wirtschaftlich abgesichert sind und wenn sie möglicherweise ihren Wohnort ein Stück weit weg in einer größeren Stadt haben können. Es gibt eine Bereitschaft unter jungen Menschen, gerade diese praktische Medizin zu machen.

Ganz kurz zu den Maßnahmen: Ich glaube nicht, dass in irgendeiner Form Zwangsmaßnahmen helfen werden. Ich erwähne nur zwei ganz kurz. Ich bin auch sofort fertig. Diese Landarztquote und zu sagen, ihr geht jetzt aufs Land, wird mit großer Wahrscheinlichkeit bei der heutigen Jugend nicht funktionieren. Als Bürger des Landes erobert mich daran besonders, dass jetzt schon eingerechnet ist, was man bezahlen muss, wenn man hinterher nicht aufs Land geht. Wenn mein Vater dann Internist ist, bezahlt er das aus der linken Hosentasche und wenn mein Vater Hartz IV hat, dann diene ich irgendwie zwölf Jahre auf dem Land ab. Solche Maßnahmen zu treffen, widerstrebt mir zutiefst. Sie können sich einmal ansehen, wie viele Arbeitsplätze ärztlicherseits bei der Bundeswehr frei sind, um zu sehen – sie haben ein ähnliches System, man kann studieren und wenn man es sich dann anders überlegt, muss man etwas bezahlen –, was sie für Schwierigkeiten haben, ihre Plätze zu füllen.

21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –

Noch ein letztes Wort zur regionalen Bindung, weil das im Raum steht und wir im Moment in Deutschland sehr viele Überlegungen haben. Meine eigene Universitätsmedizin beteiligt sich auch daran. Ich kann Ihnen nach meinen 14 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern sagen, da gibt es zwei medizinische Fakultäten, die jedes Jahr 400 Ärzte produzieren. Man könnte mit Ärzten in Mecklenburg-Vorpommern die Straße pflastern. Da bleiben keine. Das heißt, die Vorstellung, dass jemand irgendwo studiert und regional gebunden ist, ist einfach nicht nachweisbar.

Wir haben zusammenfassend ein komplexes Problem, das gelöst werden muss. Daran geht überhaupt kein Weg vorbei. Sie müssen die politischen Weichen dafür stellen. Dieses komplexe Problem wird man nur durch eine Vielzahl von Maßnahmen lösen können, nämlich Rahmenbedingungen schaffen, die vernünftig sind. Lassen Sie sich nicht sagen, es seien schon alle Rahmenbedingungen, die gut wären, geschaffen. Das stimmt einfach nicht. Wenn Sie die Rahmenbedingungen richtig schaffen, wird man die ländlichen Räume ärztlich versorgen können.

Um die letzte Frage zu beantworten, ob es dazu nötig ist, die Ärztezahl zu erhöhen: Das kann durchaus sein. Es kann sein, dass insgesamt eine Erhöhung der Studienplatzzahl eine sinnvolle Komponente ist. Das kann man aber aus meiner Sicht nur dann entscheiden, wenn man sich das ganze Bild angesehen hat.

Vielen Dank.

Herr Vors. Abg. Geis: Herr Professor Dr. Kroemer, herzlichen Dank. Gibt es Fragen? – Frau Thelen, Herr Dr. Enders.

Frau Abg. Thelen: Herr Vorsitzender, vielen Dank. Sehr geehrter Herr Professor Dr. Kroemer, danke für die interessanten Ausführungen. Ich will für mich gern ein bisschen mehr Klarheit bekommen, was Ihre Zahlen, die Sie genannt haben, angeht. Im Prinzip bilden wir adäquat aus. Wir haben 11.000 in der Ausbildung und es werden 11.000 in Ruhestand gehen. Wir haben dazu sogar noch 4.000, die zugewandert sind.

Wir wissen aber auch alle, wir haben Ärzte ausgebildet, die abgewandert sind, also gar nicht mehr in Deutschland praktizieren. Wir haben eine völlig andere Mischung innerhalb der Studenten, beispielsweise was den Anteil der Frauen angeht. Wir haben bei jungen männlichen wie weiblichen Medizinerinnen andere Vorstellungen, was den Umfang des künftigen Arbeitseinsatzes angeht: mit einer Aussage, dass man mindestens drei neue Ärzte brauche, um zwei ausscheidende Ärzte – ich sage einmal – mit altem Berufsverständnis zu ersetzen.

Deshalb bitte ich noch einmal um Erläuterungen: Wie sehen Sie trotz dieses im Prinzip Gleichstands zwischen Versetzungen in den Ruhestand und Ausbildungszahlen die Notwendigkeit, mehr Mediziner auszubilden oder sehen Sie nur andere Lösungen?

Herr Abg. Dr. Enders: Ich habe eine kurze Nachfrage. Sie hatten zu Beginn erwähnt, dass es viele Krankenhäuser gibt, in denen es keine deutschsprachigen Ärzte mehr gibt. Ich vermute, Sie meinen Ärzte, die Deutsch als Muttersprache haben.

Noch eine Anmerkung zur Landarztquote, obwohl sie heute nicht auf der Tagesordnung unter Punkt 1, sondern Punkt 2 steht. Ich sehe es etwas anders, weil ich viele junge Menschen kenne, die gern Landarzt werden möchten. Wir diskutieren immer darüber, dass das Einser-Abitur eben nicht das Kriterium sein soll. Denen würden wir die Möglichkeit geben, dann Medizin zu studieren, wenn man eine solche Landarztquote hätte.

Im Übrigen hat die Bundeswehr ihr Personalproblem über ihre Quote erstaunlich gut gelöst, aber erst nachdem verschiedene Maßnahmen ergriffen wurden, die es verhindert haben, dass jemand irgendwann gesagt hat, ich steige aus und zahle zurück. Das hat man gänzlich unterbunden.

Herr Abg. Wäschenbach: Als Pflegepolitiker haben mich zwei Wörter aufmerksam gemacht. Herr Dr. Matheis, Sie haben von Sektorengrenzen gesprochen. Herr Professor Dr. Kroemer hat von der Systemfrage und einer neuen Arbeitsverteilung gesprochen.

Ist die Ärzteschaft bereit, das ist die konkrete Frage, im Bereich der Delegation und Substitution ärztliche Leistungen in den Pflegebereich zu verlagern? Wir denken über eine neue Pflegeausbildung und auch über eine Akademisierung der Pflege nach. Oder was haben Sie konkret damit gemeint?

Frau Abg. Dr. Machalet: Herr Professor Dr. Kroemer, Sie haben erwähnt, dass wenn Sie die Studierenden zu Beginn ihres Studiums fragen, 16 % sagen, dass sie sich vorstellen können, Landarzt zu werden und nur 4 % Chirurgen. Können Sie zum einen sagen, ob dieses Bild auch für andere Universitätsmedizinern gilt? Gibt es zum anderen auch Befragungen am Ende des Studiums, also wie viele von den 16 % sagen zu Ende ihres Studiums noch, dass sie gern aufs Land möchten?

Noch eine zweite Frage: Es gibt durchaus neben der Abiturnote andere Auswahlmechanismen, um Studierende auszuwählen. Können Sie da noch einmal etwas zur prozentualen Verteilung sagen, also wie viele werden rein nach der Abiturnote ausgewählt und wie viele werden wirklich nach anderen Kriterien ausgewählt?

Frau Abg. Schneid: Generell ist dieses Problem des Ärztemangels auch anderen Bundesländern bekannt. Insofern ist meine Frage, wie andere Bundesländer darauf reagieren bzw. denken Sie ebenfalls darüber nach, ob man mehr Studienplätze darstellt, oder gibt es dafür schon andere Lösungen?

Danke schön.

Herr Prof. Dr. Kroemer: Ich würde das der Reihe nach abarbeiten. Die erste Frage begann damit, wie viele Ärzte Deutschland verlassen. Das hatten Sie gefragt. Da stand immer so ein bisschen das Mysterium im Raum, es gehen alle möglichen in die Industrie und keiner will mehr in die Klinik gehen. Es gibt dazu vernünftige Zahlen, die heute sagen, dass weit über 90 % der Absolventen, die wir produzieren, in eine ärztliche Tätigkeit direkt am Patienten gehen. Das heißt, die Vorstellung, dass sie alle irgendwohin verschwinden, stimmt so nicht. Dazu gibt es mittlerweile Zahlen.

Den anderen Punkt, den Sie gemacht haben, finde ich enorm wichtig, nämlich diese Verschiebung aufgrund der individuellen Aktivitäten, der Bereitschaft zu arbeiten und Teilzeit. Wir haben heute in manchen Fächern, etwa in der Anästhesie bei uns, bei den Männern praktisch ähnliche Teilzeitquoten wie bei Frauen. Das heißt, das gleicht sich sehr stark an. Natürlich spielt es eine Rolle, wie viel Arbeitszeit und Arbeitsleistung erbracht werden kann.

Deswegen – ich muss das vielleicht noch einmal deutlicher sagen – würde ich mich gar nicht dagegen aussprechen, dass sie die Zahlen erhöhen. Ich würde mir nur eine vernünftige solide Informationsbasis gerade da besorgen: Wie viele Ärzte gibt es in Rheinland-Pfalz, und wie viele davon sind in Teilzeit? Wie viele sind das in den letzten Jahren mehr geworden, und mit wie vielen rechnen wir in ein paar Jahren? Sie hätten eine solide Basis zu sagen, ich erhöhe das nicht um 10 % oder um 5 % oder irgendetwas, was ich mir greife, sondern ich hätte eine Möglichkeit, solide zu argumentieren.

Hinsichtlich Deutsch als Muttersprache ist mir, ehrlich gesagt, vollkommen egal, wenn jemand gut Deutsch kann, ob das die Muttersprache ist oder ob er das bei uns gelernt hat. Das Problem ist, dass wir in den ländlichen Bereichen – das kenne ich noch gut aus Mecklenburg-Vorpommern – schlichte Kommunikationsprobleme zwischen Patienten und Ärzten hatten und sie immer gravierender wurden, insbesondere wenn sie mit einer älteren Population zu tun haben.

Über die Vor- und Nachteile eines Einser-Abiturs könnte ich Ihnen einen abendfüllenden Vortrag halten. Ich möchte Sie nur darauf hinweisen, wenn sie im Rahmen der Landarztquote – Bayern macht das jetzt – 5 % oder mehr Prozent der Studienplätze herausnehmen, dann müssen sie sie nach irgendwelchen Kriterien vergeben. Wenn wir annehmen, dass sich auch auf diese 5 % mehr Personen bewerben als es Plätze gibt, müssen sie sie irgendwie aussuchen. Auf den Tag, an dem Empathie gerichtsfest wird, warte ich noch. Ich habe jedes halbe Jahr ungefähr 200 Klagen auf Studienplätze, die persönlich gegen mich gerichtet sind. Dahinter steht eine ganze Anwaltsindustrie. Also unterschätzen Sie nicht das Problem zu sagen, wir nehmen Studienplätze heraus, einen solchen bekommt der nette Junge von nebenan, den ich schon immer kannte und der sicher Landarzt in Rheinland-Pfalz wird. Wir sind in einem ganz hoch komplexen juristischen Gebiet, das man auf gar keinen Fall unterschätzen sollte.

Zum Thema Substitution habe ich möglicherweise unterschiedliches als Kollegen, die hier am Tisch sitzen: Ich glaube, man wird um die Substitutionsfrage gar nicht herumkommen. Es wird keine Diskussionen geben. Ich sage dazu immer, ich bin ein paar Jahre in Amerika gewesen, den Ultraschall bei meinem ältesten Sohn hat auch eine Schwester gemacht und der ist heute Assistenzarzt. Also es hat auch irgendwie geklappt. Das ist aber nicht mein Hauptthema.

Bei anderen Unimedizinen weiß ich nicht detailliert, wie sich diese Prozentsätze verhalten. Am Ende des Studiums will ein deutlich geringerer Anteil an jungen Menschen Landarzt werden. Das hat bei uns damit zu tun: Wir haben ein ganz ausgeprägtes Allgemeinmedizin-Programm in Göttingen und wir haben einen Lehrstuhl Allgemeinmedizin mit einer enorm engagierten Kollegin. Wir haben ganz viele Praxen, mit denen wir zusammenarbeiten. Das heißt, wir geben vielen jungen Menschen die Möglichkeit, die Realität landärztlicher Tätigkeit heute zu sehen. Wenn sie wiederkommen, sind sie in Teilen schlicht und ergreifend schon ernüchtert über das, was sie da gesehen haben.

Ich glaube, über die Abiturnote hatten wir gesprochen.

Die letzte Frage war zu den anderen Bundesländern. Es gibt überall gleiche Runden und gleiche Diskussionen. Sie sind alle von einer nachvollziehbaren, aber gewissen strategischen Hilflosigkeit geprägt, weil man einem ganz akuten Problem ausgesetzt ist: Es ist faktisch unerträglich, wenn in einem Bereich die Versorgung zusammenbricht. Das ist so weit, dass das passiert. Der Umgang damit ist enorm schwierig, weil man von Ihnen schnelle Lösungen für ein Problem verlangt, das man nur dann erfolgreich lösen kann, wenn man es sich gesamthaft ansieht.

Herr Vors. Abg. Geis: Danke schön. Wir haben noch zwei weitere Fragen. Wir geraten völlig aus unserem Zeitplan, aber das ist eben so. – Frau Dr. Groß und dann Frau Binz.

Frau Abg. Dr. Groß: Herr Professor Dr. Kroemer, danke schön für Ihre Erläuterungen. Wir reden sehr oft darüber, den Landarzt aufzuwerten. Es gibt Fernsehsendungen, die nicht unbedingt von hohem Niveau kreiert sind und den Landarzt behandeln. Der Landarzt, der Hausarzt, ist eigentlich ein Facharzt für Allgemeinmedizin. Es wäre doch vielleicht schon einmal ein Anfang – ich frage Sie, ob Sie mit mir da konform gehen –, dass man einfach nicht mehr von den Landärzten spricht, sondern man sagt, wir brauchen Fachärzte für Allgemeinmedizin in ländlichen Strukturen.

Danke schön.

Frau Abg. Binz: Wir haben auch eine schriftliche Stellungnahme von Frau Professor Dr. Jana Jünger bekommen, in der ich die Zahl finde, dass es 117.633 fertig ausgebildete Mediziner und Medizinerinnen im Jahr 2016 gab oder gibt, die nicht ärztlich tätig waren, also ein riesengroßes Potenzial an ausgebildetem Fachpersonal. Welche Möglichkeiten sehen Sie, von diesem Potenzial noch einen Anteil zu heben? Welche Maßnahmen müsste man dafür ergreifen?

Herr Abg. Dr. Gensch: Sehr geehrter Herr Professor Dr. Kroemer, ich hoffe für Sie, dass Sie niemals in eine Lage kommen, dass der Ultraschall, der an Ihnen durchgeführt wird, von einer anderen Person als einem Mediziner durchgeführt wird, weil das mit Sicherheit eine der Leistungen ist, die wir nicht delegieren sollten.

Zu meiner Frage: Sie haben vorhin – Frau Thelen ist schon darauf eingegangen – erwähnt, dass 11.000 Studenten pro Jahr fertig werden und eine äquivalente Anzahl von Medizinern in Rente geht.

Die kurze Nachfrage noch einmal: Vertreten Sie die Ansicht, dass dieses Verhältnis ein ausgewogenes ist und dass das die Versorgungssicherheit zukünftig in Deutschland und in Rheinland-Pfalz sicherstellen wird? – Auch vor dem Hintergrund, dass wir unter anderem wissen, junge Kollegen nehmen aus einer Vielzahl von Gründen im Schnitt nur noch 0,57 Versorgungsaufträge wahr und unterscheiden sich von der Arbeitsweise und der Arbeitsintensität doch deutlich von Vorgängergenerationen.

Ich danke Ihnen.

Herr Prof. Dr. Kroemer: Wir wissen alle, Sprache schafft in einem gewissen Rahmen Realität. Insofern könnte man selbstverständlich die Allgemeinmediziner auch als solche bezeichnen. Alle anderen einfachen Maßnahmen wie materielle Verbesserung haben in der Vergangenheit nicht gut funktioniert. Wenn sie die heutige Ärztegeneration fragen, was sie gern haben möchte, dann kommt interessanterweise – womit man gar nicht rechnen würde – eine vernünftige Vergütung erst an dritter oder vierter Stelle. Das hat sich in den letzten paar Jahren sehr stark geändert.

Diese 117.000, das wusste ich nicht, können sie heben, wenn sie attraktive Arbeitsplätze anbieten, die wir im Prinzip anzubieten haben oder anbieten könnten.

Beim Ultraschall bin ich wirklich anderer Meinung. Sie wissen, es gibt andere Länder, in denen sie Koloskopien delegiert haben. Es gibt umfangreiche Studien, dass die medizinische Versorgungsqualität in diesen Ländern nicht gefallen ist.

Zum zweiten Teil Ihrer Frage würde ich gern noch einmal ganz deutlich sagen: Ich würde auf gar keinen Fall sagen, dass es numerisch ausreicht. Ich habe versucht deutlich zu machen, dass nur die Situation in der ärztlichen Demografie ganz anders ist. Bei allen anderen gehen ganz viele in Rente und es kommen weniger nach. Das ist bei den Ärzten eindeutig nicht so, sondern die absoluten Zahlen bleiben gleich. Sie gehen nur nicht dahin, wo wir sie bisher hatten und wo wir sie wollen.

Die anderen Punkte, die Sie genannt haben, sind absolut richtig. Sie arbeiten weniger intensiv und nicht mehr 14 Stunden am Tag wie die Vorgängergeneration das gemacht hat. Es ist nahe liegend zu überlegen, wenn in der Summe eine geringere Arbeitsleistung angeboten wird: Ich glaube, die Kassenärztlichen Vereinigungen rechnen bei einer Frau mittlerweile über das Leben betrachtet etwa mit 70 % der Arbeitsleistung im Vergleich zu einem männlichen Kollegen im Schnitt.

(Herr Dr. Heinz: Wir haben 80 % Frauen!)

– Klar, wir haben einen enormen Frauenanteil. Insofern kann ich Ihnen mit dem zweiten Teil nur völlig recht geben. Die Erhöhung der Studienplätze kann eine durchaus sinnvolle Maßnahme sein, um die Punkte, die Sie genannt haben, zu kompensieren. Da bin ich völlig bei Ihnen.

Frau Abg. Thelen: Ich habe nur noch eine Nachfrage, weil ich den Eindruck hatte, Sie gehen davon aus, dass wir bei der aktiven Ärzteschaft, die also vor der Ruhestandsversetzung steht, quasi eine kontinuierliche Entwicklung haben. Wir haben in Rheinland-Pfalz mit einer Großen Anfrage die Altersstruktur unserer niedergelassenen Ärzte abgefragt. Der Anteil der praktizierenden Ärzte aus den geburtenstarken Jahrgängen, die also in den nächsten 15 Jahren in Rente gehen, ist schon enorm. Eine kontinuierliche Entwicklung sieht für mich anders aus. Meines Erachtens stehen wir vor einem Berg von Versetzungen in den Ruhestand und uns fehlt auf der anderen Seite die Welle an ausgebildeten Mediziner.

Herr Prof. Dr. Kroemer: Darf ich direkt etwas dazu sagen? Der Unterschied zu der allgemeinen Demografie ist eine wichtige Frage. Bei den Medizinerinnen hätten sie theoretisch genug Personen. In den anderen Berufen haben sie nicht einmal theoretisch genug Personen, weil sie gar nicht auf die Welt gekommen sind.

Das Problem, das wir haben, haben Sie ganz deutlich beschrieben und ist die segmentale Unterschiedlichkeit. Sie betrifft nicht nur die niedergelassenen Ärzte, die sie unmittelbar in der peripheren Versorgung brauchen. Der durchschnittliche deutsche Pathologie-Facharzt ist mittlerweile Anfang 50. Das heißt, sie können sich ausrechnen, wann wir keine Pathologen mehr haben werden. Das heißt, diese Einzelsegmente anzusehen, ist eine ganz wichtige Geschichte, die aber davon zu separieren ist, wie viele ich am Anfang gesamt habe. Das ist unterschiedlich zur Bevölkerung. Die Kernfrage, die Sie stellen, ist doch, wie bekomme ich die Menschen dahin, wo ich sie brauche.

Frau Abg. Dr. Groß: Noch eine Frage, weil uns der jüngere Unterbau fehlt: Steht die Situation, die wir jetzt bezüglich der Altersstruktur unserer Ärzte haben, in einem Zusammenhang mit der 1992 stattgefundenen Zulassungssperre und dem damit verbundenen „Seehofer-Bauch“? Fehlt damit verbunden möglicherweise eine ganze jüngere Generation? Sehen Sie da einen Zusammenhang?

Herr Prof. Dr. Kroemer: Ich würde mir gern ein Beispiel an Herrn Kollegen Dr. Matheis nehmen und die Frage an jemanden weitergeben, der davon mehr versteht als ich.

Herr Vors. Abg. Geis: Danke schön. Es fühlt sich niemand bis jetzt direkt angesprochen. – Herr Dr. Heinz, bitte.

Herr Dr. Heinz: Ich kann dazu sagen, das ist genau das Phänomen, das wir beobachten. Der „Seehofer-Bauch“ ist die Situation, dass im verzweifelten Kampf gegen die Ärzteschwemme in den 1990er Jahren Herr Seehofer gesagt hat: Okay, wir machen eine Bedarfsplanung. – Die Bedarfsplanung war nichts anderes als eine Niederlassungsverhinderungsplanung. Da wurde gesagt, demnächst wird sie scharf geschaltet. Eine riesige Welle von Ärzten hat sich niedergelassen. Diese Welle ist langsam durchgewandert und geht jetzt in den Ruhestand. Sie wird ersatzlos verschwinden, weil sie niemanden ersetzt hat als sie ins System hereinkam. Das macht die nächsten fünf Jahre richtig spannend.

Herr Abg. Dr. Gensch: Noch eine kurze Frage: Herr Professor Dr. Kroemer, Sie haben von Ihrer Zeit in Greifswald berichtet und dass trotz der Tatsache, dass dort 400 Studienplätze an den Universitäten sind, das Land Mecklenburg-Vorpommern nicht im Geringsten davon profitiert hat.

Ich selbst habe Medizin an der Universität in Homburg studiert. Das ist auch nicht der bundesrepublikanische Hotspot. Wir hatten das eine oder andere sogenannte ZVS-Opfer, das es an die Universität verschlagen hat, weil man sonst keine Studienplätze bekam. Nichtsdestotrotz waren diese Kommilitonen in einer entscheidenden Phase ihres Lebens über mehrere Jahre in unserer Region: Man geht Partnerschaften ein, man hat dort eine Wohnung, man schließt Freundschaften.

Würden Sie vor diesem Hintergrund der Aussage zustimmen, dass Studienplätze in einem Bundesland vor Ort durchaus in der Region die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass sich doch Studenten in der Region niederlassen und dort die zukünftige ärztliche Versorgung verbessern?

Herr Prof. Dr. Kroemer: Ich glaube, das ist ganz schwer vorhersagbar. Ich greife noch einmal auf meine eigene Erfahrung zurück: Es ist natürlich so, dass die Ärzteschaft, die jetzt in Mecklenburg-Vorpommern ist, überwiegend in Greifswald und Rostock ausgebildet wurde. Nur das, was wir numerisch gemacht haben, steht in keiner Relation zur Zahl der verfügbaren Ärzte.

Ich würde gern wieder den Punkt machen: Die ärztliche Versorgung auf dem Land ist ein kompliziertes Problem, das man nur durch eine Vielzahl von Maßnahmen löst. Es kann sehr wohl sein, dass vereinzelt Menschen, die sie in periphere Häuser bringen, dort hängen bleiben, sodass es einen Beitrag zur Lösung der Gesamtproblematik leistet. Ich würde mich aber nicht darauf verlassen, dass ich die Gesamtproblematik in einem Raum dadurch in den Griff bekomme, dass ich da eine Außenstelle der Universitätsmedizin in Mainz mache.

Herr Vors. Abg. Geis: Danke schön. Es gibt keine weitere Frage mehr. Wir kommen zur nächsten Anzuhörenden. Frau Siech, bitte schön, Sie haben das Wort.

Frau Carolin Siech
Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V., Berlin
– Vorlage 17/3330 –

Frau Siech: Sehr geehrte Damen und Herren, ich bedanke mich an der Stelle noch einmal für die Einladung und freue mich, dass ich Ihnen im Namen des geschäftsführenden Vorstands der Bundesvertretung der Medizinstudierenden die Perspektive der Studierenden nahelegen kann.

Wenn wir uns mit der Frage beschäftigen, wie viele Ärzte das Land braucht, müssen wir uns am Bedarf orientieren. Es ist ganz klar – wie die CDU-Fraktion auch sagt –, die junge Generation hat den Wunsch, weniger zu arbeiten: im Sinne einer Erhöhung der Work-Life-Balance, es wird mehr in Teilzeit gearbeitet und es finden familiäre Erwerbsunterbrechungen statt.

Wir haben neue Arbeitszeitrichtlinien, die geregelte Arbeitszeiten ermöglichen und wir haben systematische Arbeitszeiterfassungen. Das führt ganz klar zu einer Reduktion des Arbeitszeitvolumens und auch dazu, dass quasi das Arbeitszeitvolumen erwerbstätiger Ärztinnen und Ärzte sinkt.

Auf der anderen Seite haben wir aber seit Jahren eine Zunahme der Ärztinnen und Ärzte. Es steigt nicht nur die Anzahl der älteren Ärztinnen und Ärzte, sondern auch die Anzahl der jungen Ärztinnen und Ärzte. Wir haben nicht, wie Herr Professor Dr. Kroemer gesagt hat, eine Nullrechnung, sondern wir haben jährlich ein Plus von 6.000 Ärzten im Bundesgebiet.

Nicht nur die Zahl der Ärztinnen und Ärzte steigt, sondern auch die Anzahl der Medizinstudierenden steigt. Wir haben schon längst mehr als 90.000 Medizinstudierende im Bundesgebiet, was dem Niveau nach der Wiedervereinigung von West und Ost entspricht.

Das heißt, wir haben zudem in Deutschland einen allgemeinen Bevölkerungsrückgang. Wir haben die Digitalisierung, die uns die Chance gibt, neue IT-Systeme zu nutzen und somit Verwaltungsprozesse zu optimieren. Wir haben die Möglichkeit, durch neue Arbeitszeitverteilung im Sinne der Delegation von ärztlicher Leistung dazu beizutragen, die junge Generation zu entlasten. Somit ist die Entscheidung, mehr Studienplätze in der Medizin zu schaffen, eine Entscheidung mit großer gesellschaftlicher Verantwortung; denn eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten ist keine Garantie dafür, dass die Absolventinnen und Absolventen ihre medizinische Tätigkeit in der Versorgung in Rheinland-Pfalz auch tätigen werden.

Wenn wir 10 % mehr Studienplätze schaffen, würde das in Rheinland-Pfalz bei rund 2.800 Studierenden eine Anzahl von konkret 280 weiteren Studierenden bedeuten. Da bleibt die Frage: Wo sollen diese Studierenden ausgebildet werden? Die Praktikumsplätze in Mainz sind begrenzt. Die Ärzte sind schon jetzt mit der Ausbildung ausgelastet. Wenn wir mehr Studierende in die Hörsäle oder Kleingruppen setzen, würde das bedeuten, dass wir ein schlechteres Ausbildungsverhältnis hätten und somit direkt eine Reduktion der Qualität der Ausbildung.

Die Universitätsmedizin Mainz hat bereits Verhandlungen mit Trier zur Idee einer Dezentralisierung – wie es in Bochum mit dem Standort in Minden geschehen ist – geführt. Es bleiben aber viele Fragen offen, wie das Ganze realisiert werden soll.

Somit bleibt vor allem auch die Frage, wie das Ganze finanziert werden soll; denn was auf jeden Fall klar ist, es entstehen gesellschaftliche Folgekosten. Wenn wir jetzt mehr Ärzte schaffen, haben wir Ärzte, die 40 Jahre lang im System sind und somit auch mehr Kosten im Gesundheitswesen verursachen. Somit sind mehr Studienplätze nicht allein eine Lösung für Rheinland-Pfalz.

Die WHO-Metaanalyse, die ich auch in meiner Stellungnahme angerissen habe, sagt ganz klar: Einzelmaßnahmen sind keine Lösung, um Gesundheitsprobleme zu lösen. Wie die CDU-Fraktion auch sagt, wir brauchen ein Bündel an Maßnahmen. Bisher gibt es kein geeignetes Konzept für die Sicherstellung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz. Da müssen wir anpacken.

Veränderungen allein in der Ausbildung sind dabei keine Lösungen. Es ist im Interesse der zukünftigen Ärztegeneration, Fehlversorgung, Unterversorgung und Überversorgung anzupacken, Ineffizienz im

Gesundheitssystem zu optimieren und die intrinsische Motivation für die Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt anzugehen.

Wir müssen die vorhandenen Ressourcen nutzen. Wir müssen es schaffen, dass das Arbeitszeitvolumen der ausgebildeten, der bereits vorhandenen Ärztinnen und Ärzte durch eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf und durch einen leichteren Wiedereinstieg nach Unterbrechungen steigt. Wir müssen es schaffen, die Attraktivität der kurativen Tätigkeit, zum Beispiel durch flache Hierarchien oder durch flexible Arbeitszeitmodelle zu erhöhen, sodass wir keine Fehlinvestitionen auf Kosten der zukünftigen Generation oder aufgrund von anderen gesellschaftlichen Fragen tätigen.

Somit bleibt die Frage, was die nächsten Schritte sind, die wir ergreifen müssen. Medizinstudienplätze allein zu erhöhen, ist dabei keine Lösung. Wir müssen gemeinsam ein Gesamtkonzept erarbeiten, das ein fundierter evidenzbasierter breit aufgestellter Strategieplan ist und unter der Beteiligung vieler Stakeholder stattfindet. Wir brauchen ein Gesamtkonzept, das Maßnahmen auf drei Gebieten umfasst: nicht nur die medizinische Ausbildung und das Studium, sondern wir müssen uns mit der Infrastruktur in ländlichen Räumen beschäftigen und wir müssen uns mit der medizinischen Versorgung und den Versorgungsstrukturen beschäftigen. Wir müssen uns auch mit den regionalen Bedürfnissen beschäftigen.

Das ist die Perspektive, die ich Ihnen gern nahelegen möchte. Vielen Dank und ich freue mich auf Ihre Fragen.

Herr Vors. Abg. Geis: Frau Siech, danke schön. – Frau Lerch hat sich gemeldet.

Frau Abg. Lerch: Herr Vorsitzender, vielen Dank. Frau Siech, ein Satz, den Sie geäußert haben, hat mich getroffen, nämlich der Satz: je mehr Ärzte, je mehr Kosten im Gesundheitswesen. Das erinnert mich an die Situation: Je mehr Rechtsanwälte, desto mehr juristische Prozesse haben wir. Ich habe in meiner naiven Betrachtungsweise des Gesundheitswesens immer geglaubt, die Gesunderhaltung der Bevölkerung wäre der Maßstab. Könnten Sie etwas dazu sagen, wie Sie diesen Satz meinen, damit ich ihn verstehe?

Frau Abg. Thelen: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Frau Siech, erst einmal vielen Dank auch für die ausführliche Stellungnahme, die das noch einmal ein bisschen ausführlicher begründet. Trotzdem möchte ich noch einmal darauf hinweisen. Sie haben gesagt, Sie müssen sich insgesamt mehr mit den Versorgungsstrukturen und den Dingen beschäftigen. Das machen wir in Rheinland-Pfalz schon sehr lange. Wir haben mit einer Großen Anfrage die Situation unserer Ärzte, die Altersstruktur, abgefragt.

An dem Punkt will ich nachfragen, weil mir die gleiche Frage wie der Kollegin aufgestoßen ist. Wir wollen nicht mehr Ärzte produzieren, damit sie mehr Geld kosten, sondern damit sie diejenigen ersetzen, von denen sehr viele zu einem erheblichen Anteil, insbesondere im hausärztlichen Bereich, in den geburtenstarken Jahrgängen sind und demnächst aus ihrem Beruf ausscheiden. Wir brauchen einfach auch mehr Potenzial, um deren Stellen wieder zu ersetzen, weil wir auch sehen, dass es nicht so einfach ist wie es von dem geschätzten Herrn Dr. Heinz eingeworfen wurde: Sie verschwinden einfach so aus dem System wie sie einmal hereingekommen sind, ohne einen zu ersetzen.

Die Struktur der Gesellschaft und sicherlich auch das Anspruchsdenken, das Erwarten von gesundheitlicher Betreuung durch Ärzte, haben sich geändert. Deshalb die Frage an Sie als Vertreterin der Medizinstudierenden: Wie schätzen Sie die Einstellung Ihrer Kommilitonen und Ihres Verbandes zu der Frage, wie wir Ausscheidende besser ersetzen können, ein?

Herr Abg. Dr. Gensch: Frau Siech, auch ich möchte mich für Ihre ausführliche Stellungnahme bedanken. Das sind 20 Seiten, die Sie uns zugesandt haben. Es ist zu erkennen, wie intensiv Sie sich mit der Problematik auseinandergesetzt haben und wie detailliert Sie alles aufgeführt haben.

Ich will Ihnen aber nicht verschweigen, es hat mich durchaus überrascht, dass die Bundesvertretung der Medizinstudenten mit die einzige Stellungnahme ist, die es rundheraus ablehnt, dass eine Erhöhung der Medizinstudentenzahlen zumindest zu einer Teillösung beitragen kann. Das hat mich verwundert.

21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –

Sie haben vorhin davon gesprochen, dass wir eine Überversorgung von Medizinern hätten, also 6.000 Ärzte pro Jahr zu viel. So habe ich sie zumindest verstanden. Meine Frage wäre, wo diese sind.

Meine zweite Frage ist dazu, wenn wir davon sprechen, dass wir zu viele Mediziner haben. Das Centrum für Hochschulentwicklung hat zum Beispiel festgestellt, dass sich die Zahl der Gesamtstudienplätze in Deutschland seit der Jahrtausendwende von 350.000 auf 500.000 erhöht hat. Dieser Trend ist zum Beispiel an der Medizin völlig vorbeigegangen. Gerade im Hinblick auf zunehmende Spezialisierung und der Ausweitung von Facharztentitäten und den Dingen, die wir vorhin schon angesprochen haben – Arbeitsteilung und die Tatsache, dass die jüngere Generation ein anderes Arbeitsverständnis hat – noch einmal die Frage: Stehen Sie zu dieser Aussage, dass wir zu viele Mediziner haben? Bitte begründen Sie mir das noch einmal.

Frau Abg. Binz: Frau Siech, vielen Dank. Auch ich möchte mich noch einmal für die ausführliche schriftliche Stellungnahme bedanken. Ich glaube, Sie haben viele Daten zusammengetragen, die noch einmal in vielerlei Hinsicht einen guten Überblick bieten.

Ich habe mehrere Fragen. Das eine ist, Sie haben das Thema regionalisierte Ausbildung angesprochen und auf einige Probleme, aber auch auf offene Fragen, hingewiesen. Vielleicht könnten Sie darauf noch ein bisschen näher eingehen und es vor allem aus studentischer Perspektive darstellen.

Aus der Perspektive der Studierenden würde mich interessieren, wie Sie zu der Landarztquote und der ganzen Diskussion stehen.

Sie hatten in Ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass Sie ein Verteilungsproblem sehen, und zwar nicht nur regionaler Art, sondern auch unter den Disziplinen. Aus Ihrer Perspektive würde mich interessieren, welche Anreize bereits im Studium gesetzt werden können, um das anders zu regeln und die Anreize so zu setzen, dass sich mehr Studierende für die Allgemeinmedizin entscheiden.

Frau Abg. Dr. Groß: Frau Siech, ich lese in Ihrer Stellungnahme, dass es in Deutschland überdurchschnittliche Fallzahlen gibt und die stationäre Notfallversorgung durch die weltweit höchste Anzahl an stationären Aufnahmen gekennzeichnet ist. Ich lese, dass es bedingt durch die überdurchschnittlich hohen Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern in Deutschland einen Mangel an Ärzten im Verhältnis zu den Belegungstagen gibt.

Lese ich zwischen den Zeilen richtig, dass wir einen Ärztemangel durch die überdurchschnittlich hohen Fallzahlen und die überdurchschnittliche Leistungsnachfrage produzieren?

Danke schön.

Frau Siech: Ich möchte der Reihenfolge nach auf die Fragen eingehen. Wir haben zunächst einmal die Frage gehabt, ob mehr Ärzte mehr Kosten produzieren. Es geht darum, wenn wir uns mit der Frage beschäftigen, wie viele Ärzte wir brauchen, uns an dem Bedarf zu orientieren. Wenn wir mehr Ärzte zur Verfügung haben, können wir auch mehr Fallzahlen haben. Wir haben die Möglichkeit, mehr Kosten dahin gehend zu produzieren, indem wir mehr Fälle haben. Das ist genau der Punkt, an dem Sie, Frau Dr. Groß, angegriffen haben: Wir schaffen uns durch diese Fehlanreize und durch unsere Probleme im Versorgungssystem massive Fallzahlen. Dadurch schaffen wir uns auch den Mangel.

Der Punkt ist, wie schaffen wir es, die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu erhöhen. Das geschieht vor allem durch die Nutzung von vorhandenen Ressourcen. Ich habe nicht gesagt, dass wir zu viele Ärztinnen und Ärzte haben. Ich habe nur gesagt, wir haben 6.000 Ärzte als Zuwachs jedes Jahr. Ich sage nicht, das sind zu viele, sondern ich sage, wir sehen schon den Trend. Wenn wir jetzt unkontrolliert und unbedacht – ohne zu kalkulieren, was der Bedarf ist – Studienplätze erhöhen, dann haben wir die Konsequenz, dass wir irgendwann immer mehr Studienplätze schaffen.

Wir haben andere Bundesländer wie Bayern, die durch eine Fakultät in Augsburg einen Zuwachs von 15 % schaffen. Wir haben in Bielefeld die nächste Fakultät, die aus dem Boden sprießt. Wir haben in Brandenburg eine Fakultät, die gegründet wurde. Es gibt sehr viele Bestrebungen. Unbedacht Studienplätze zu erhöhen, hat Konsequenzen für die komplette Gesellschaft.

21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –

Die Frage, wie wir die Ausscheidenden ersetzen können, ist eine sehr wichtige Frage. Es gilt zu sagen, wie die kurative Tätigkeit aussieht und wie die Praxis aussieht. Man muss den Studierenden die Möglichkeit geben, im Studium die Praxis kennenzulernen: nicht nur die stationäre Versorgung, sondern auch die ambulante Versorgung. Man muss ihnen zum Beispiel im Praktischen Jahr die Möglichkeit geben, nicht nur Studienabschnitte in der Klinik, sondern auch in der Praxis zu absolvieren, um ihnen die Möglichkeiten zur Niederlassung zu erleichtern. Man muss ihnen zeigen, was es bedeutet, in einer Praxis zu arbeiten. Das ist etwas komplett anderes als in der klinischen Tätigkeit. Man muss ihnen so zeigen, was es bedeutet, Führungskompetenzen zu haben und was es bedeutet, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu führen. Man muss ihnen die Möglichkeiten im Sinne von ökonomischem Verständnis und im Sinne von juristischem Denken mit an die Hand geben, damit sie den Schritt gehen, sich niederzulassen und nicht sagen, okay, dann lasse ich mich anstellen, sondern die Möglichkeit nutzen, in der kurativen Tätigkeit zu arbeiten. So können wir es auch schaffen, die älteren und ausscheidenden Ärzte zu ersetzen.

Ich habe gesagt, wir haben eine Fehlverteilung: nicht nur nach Regionen, also nicht nur in den Gebieten rund um Mainz, sondern wir haben auch eine Fehlverteilung nach Fachgebieten. Das heißt, wir müssen, wenn wir uns darauf beziehen, was wir im Studium ändern müssen, dass sich mehr Menschen für die Grundversorgung, das heißt die Tätigkeit in der Allgemeinmedizin oder in der Kinder- und Jugendmedizin, die vor allem die hausärztliche Versorgung leisten, entscheiden, nicht Zwangsmaßnahmen ergreifen, sondern wir müssen uns dafür entscheiden, dass wir Wahlmöglichkeiten schaffen. Wir müssen longitudinal über den kompletten Studienablauf Optionen schaffen, dass Studierende die ambulante Medizin und die hausärztliche Versorgung kennenlernen und vor allem die Allgemeinmedizin stärken und nicht den Studierenden das Gefühl geben, das ist ein solches zwingendes Objekt, dass ich irgendwo im Studium einmal absolvieren muss, sondern ihnen zeigen, dass es ein wichtiger Bestandteil ist, um die Versorgung in Deutschland sicherzustellen.

Auf die Frage der Regionalisierung der Ausbildung und was dazu unsere offenen Fragen sind möchte ich an der Stelle noch einmal eingehen. Es fängt schon damit an, wie die Zulassung aussieht und wie man es schafft, die Studierenden so auszuwählen, dass man nicht Studierende zwingen muss, in die anderen Fakultäten zu gehen. In Minden war es zum Beispiel so, dass die Studierenden für die Fakultät in Bochum zugelassen wurden. Dann haben sich nicht genug Freiwillige gefunden und so wurden Studierende zwangsversetzt, also ein verpflichtender Standortwechsel, der dazu geführt hat, dass Studierende ungleich behandelt wurden. Diese Frage muss man klären.

Man muss sich damit beschäftigen, wie man es schafft, die Uniinfrastruktur aufzubauen: Wie sollen Hörsäle gebaut werden? Wie soll das Dekanat aussehen? Wie sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefunden werden? Wie soll die Lehre aussehen, vor allem in der Umsetzung im Rahmen des Masterplans? Soll es ein longitudinales Curriculum geben? Wie schafft man es dann, eine Ausbildung an zwei Standorten sicherzustellen, damit nicht ständig Dozierende und Studierende von Standort 1 zu Standort 2 hin und her pendeln? Wie schafft man es, vor allem die praktischen und theoretischen Fächer an der Zweifakultät umzusetzen? Wie schafft man es, neben der Krankenversorgung und der Lehre die Forschung umzusetzen? Wie schafft man es, dass die Wissenschaftlichkeit im Studium auch an diesen Zweifakultäten sichergestellt wird? Wie verhindert man, dass die Dezentralisierung zu einer Schwächung der Forschungsstrukturen führt? Das sind alles Fragen, die aus unserer Sicht noch offen sind und die man vorab klären muss, wenn man sich damit beschäftigen möchte.

Ich habe vergessen, noch an der Stelle auf die Landarztquote einzugehen. Die Landarztquote ist einer dieser Faktoren, die versuchen möchten, durch Zwang mehr Menschen für die Tätigkeit auf dem Land zu gewinnen. Auf der anderen Seite ist es doch wichtig, genau die motivierten Ärztinnen und Ärzte für das Land zu gewinnen und nicht irgendjemanden. Das ist ein bisschen der Charakter von Zwangsverpflichtung. Man muss es schaffen, die Infrastruktur so attraktiv zu machen.

Wir haben nicht nur unter den Ärztinnen und Ärzten einen Schwund auf dem Land. Wir haben dies auch in vielen anderen Gebieten. Nur gerade im Gesundheitswesen ist es der Punkt, an dem alle Menschen aufschreien. Da müssen wir anknüpfen und die Attraktivität der Standorte steigern. Wir müssen sagen, es lohnt sich dort zu arbeiten, es lohnt sich dort zu wohnen und es ist schön, dort zu arbeiten. Da müssen wir ansetzen, und es reicht nicht, die Menschen zu zwingen, dorthin zu gehen. Sonst wird es so sein, dass die Studierenden beispielsweise durch Klinikkonzerne freigekauft werden, egal wie hoch die Zahl ist, die man als Entschädigung zahlen muss, wenn man der Verpflichtung nicht nachkommt, nach zehn

Jahren Ausbildung sich zehn Jahre irgendwo niederzulassen. Wir sehen nicht, dass diese Maßnahme greifen und erfolgreich sein wird.

Herr Abg. Dr. Gensch: Frau Siech, herzlichen Dank noch einmal für Ihre Erläuterungen. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme unter dem Punkt „Statistische Eckdaten“ einiges aufgeführt. Sie kommen unter anderem zum Schluss, wie Sie es schon erwähnt haben: „Zusammengefasst steht das deutsche Gesundheitssystem insbesondere vor einer Fehlverteilung von medizinischem Personal nach Region und Disziplin, keinesfalls aber vor einem Kapazitätsproblem.“

Sie führen oben verschiedenste Daten an, wie sich die Arztanzahl über die letzten 20 bis 30 Jahre entwickelt hat. Ich bin unter anderem auf die Altersstruktur gestoßen. Die Daten unterscheiden sich doch deutlich von dem, was ich aus Rheinland-Pfalz kenne. Sie schreiben, dass nicht nur die Anzahl der alten Ärztinnen und Ärzte steige, also der Ärzte, die über 65 Jahre alt sind. Das seien 2,5 % im Jahr 2006 und 6,9 % im Jahr 2017 gewesen. In Rheinland-Pfalz sind 38,8 % der Hausärzte über 60 Jahre alt und davon noch einmal fast 20 % über 65 Jahre alt. Bei den Fachärzten sieht diese Struktur nur unwesentlich besser aus. Das heißt, ich würde Sie bitten, mir einmal zu erklären, woher diese Diskrepanz kommt und ob vor diesem Hintergrund dieser doch deutlich dramatischer wirkenden Altersstrukturdaten nicht auch Maßnahmen getroffen werden müssen.

Zweitens führen Sie aus, dass auch der Anteil der unter 35-jährigen Ärztinnen und Ärzte an allen berufstätigen Ärzten seit 2005 kontinuierlich zunehme: von 15,9 % im Jahr 2006 auf 18,9 % im Jahr 2017. Sie führen an, dass eine Entwicklung zu erkennen sei, die die Problematik nicht so gravierend erscheinen lasse. Vor dem Hintergrund, dass wir aber noch in den 1990er Jahren 27 % bis 30 % der Ärzte unter 35 Jahren hatten, würde ich Sie bitten, noch zwei Sätze zur Altersstruktur und zu den Konsequenzen, die sich aus Sicht der Medizinstudierenden daraus ergeben, zu sagen.

Frau Siech: Wenn man sich damit beschäftigt, welche Ärzte in der Niederlassung tätig sind, muss man dabei bedenken, dass die Ärztinnen und Ärzte, die sich niederlassen, mindestens ein sechsjähriges Studium und mindestens eine fünfjährige Weiterbildung hinter sich haben. Somit ist es gar nicht möglich, sich unter 30 Jahren oder 35 Jahren – je nachdem, was man vor dem Studium noch gemacht hat – überhaupt niederzulassen. Dementsprechend ist der Altersdurchschnitt höher als vielleicht bei einer stationären Tätigkeit, weil man einfach später in die Niederlassung kommt.

Diese Entwicklung, dass wir durch die zusätzlichen Studienplätze, die schon geschaffen worden sind, mehr jüngere Ärztinnen und Ärzte haben, die gerade in der Facharztweiterbildung und an der Universität sind, führt dazu, dass wir langfristig betrachtet diesen Zuwachs haben. Das sind diese Daten, die ich aufgeführt habe.

Ihre zweite Frage habe ich leider vergessen. Vielleicht könnten Sie sie an der Stelle noch einmal wiederholen?

Herr Vors. Abg. Geis: Versuchen Sie es kurz zu machen.

Herr Abg. Dr. Gensch: Herr Geis, ich versuche es kurz zu machen. Ich hatte damit begonnen, dass ich Sie zitiert habe: „Zusammengefasst steht das deutsche Gesundheitssystem insbesondere vor einer Fehlverteilung von medizinischem Personal nach Region und Disziplin, keinesfalls aber vor einem Kapazitätsproblem.“ Ich denke, die andere Frage haben Sie in der Form beantwortet. Sie sehen also keine Notwendigkeit eines weiteren Zuwachses?

Frau Siech: Es ist wichtig, dass wir es schaffen, die vorhandenen Studienplätze auszufinanzieren und es schaffen, die bisher bereits ausgebildeten Ärzte zu erhöhen und nicht wahllos anfangen, Studienplätze zu erhöhen, sondern uns konkret den Bedarf anschauen und uns anschauen, wie wir vorhandene Ressourcen nutzen können.

Herr Vors. Abg. Geis: Danke schön. Ich sehe keine weiteren Fragen. Ich darf vorsichtig darauf hinweisen, dass wir schon deutlich über der Zeit sind, die wir insgesamt für die Anhörung angesetzt hatten. Wir haben erst die Hälfte der Anzuhörenden gehört. Also ich bitte um Disziplin bei den Fragen, die kommen werden. Sie haben aber natürlich das Fragerecht. – Herr Dr. Heinz, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Peter Heinz

Vorsitzender des Vorstands, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Mainz

– Vorlage 17/3233 –

Herr Dr. Heinz: Herr Vorsitzender, vielen Dank. Ich bin ein bisschen verwundert und verwirrt und habe Antworten auf einige Fragen. Ich fange einmal kurz mit der Landarztquote an. Wir stehen auf dem Standpunkt, dass die Landarztquote Studienplätze käuflich macht. Das ist für uns nicht akzeptabel. Das ist das eine.

Die KV Rheinland-Pfalz hat eine elaborierte Versorgungsforschung seit 2008/2009. Uns liegen alle Zahlen vor, die Herr Professor Dr. Kroemer gern innerhalb von drei Monaten erheben wollte. Sie sind auch alle veröffentlicht.

(Herr Prof. Dr. Kroemer: Unabhängig erheben wollte!)

– Sie müssen aber letztendlich auf die gleichen Daten zugreifen. Das kann man gern noch einmal unabhängig machen. Das ist ein Stück weit Abwehr durch Intellektualisierung.

Sie liegen alle vor. Sie werden nicht gelesen. Die Köpfe stecken im Sand. Wir haben erlebt, dass es eine Große Anfrage gab. Wir haben diese Große Anfrage bearbeitet und mussten feststellen, dass die meisten Antworten in unserem Versorgungsatlas veröffentlicht gewesen sind. Wir haben eine Maßgabe, um den zukünftigen Bedarf abzuschätzen. Das ist der Nachbesetzungsbedarf. Ich will Ihnen einfach nur die Zahlen referieren. Wir haben bei den Hausärzten bis 2023, in den nächsten fünf Jahren, einen Nachbesetzungsbedarf von 59 %. Wir haben bei den Fachärzten einen Nachbesetzungsbedarf von 61 % und bei den Psychotherapeuten ebenso einen Nachbesetzungsbedarf von 61 %. Insgesamt ist es also im Schnitt ein Nachbesetzungsbedarf von 60 %. Das sagen wir schon lange, und wir haben das Gefühl, es wird nicht gehört.

Dazu kommt, dass bei den Versorgungsleistungen von den neuen Kolleginnen und Kollegen, die ins System kommen, zwar immer von 3 : 2 gesprochen wird, aber das ist nicht realistisch. Es ist im Grunde genommen 2 : 1. Ein Arzt mit einer 1.800 Scheine-Landarztpraxis im Modus der Selbstausbeutung mit mitarbeitender Ehefrau, der versucht, seine Praxis an den Mann zu bringen, sagt: Ich finde keinen Nachfolger. – Er wird diesen Nachfolger auch niemals finden, sondern es gibt die Notwendigkeit, neue Strukturen zu finden. Er wird seine 1.800 Scheine mit einem anderen Nachbarn, der auch 1.800 Scheine hat, zusammensetzen. Dann haben wir 3.600 Scheine und dort zwei, die 3.600 versorgen. Das schaffen sie höchstens mit sechs in einer neuen Struktur, wenn die Arbeitszeiten stimmen.

Wenn wir davon ausgehen, dass die Ärzte, die aus dem Studium kommen, in der Anzahl gleich bleiben, dann haben wir ein richtiges Problem. Wir haben eine riesige Ressource, die wir als KV sehen und die auch irgendwann gehoben werden muss, auch wenn das für die Politik sehr unangenehm ist: Das ist die Ressource Überinanspruchnahme bei den Patienten. Wir haben in der Vergangenheit angesichts dieser großen Arztzahlen die Politik dazu verleitet, ein unerschöpfliches Leistungsversprechen an die Patienten zu geben. Es wird aufrechterhalten, aufrechterhalten und aufrechterhalten.

Ich halte das für zutiefst demokratisch, wenn man den Inhaber eines Solidarsystems für sein eigenes Solidarsystem mit in die Verantwortung nimmt. Von Verantwortung und Vertrauen lebt unsere Demokratie. Wenn das irgendwann verstanden ist und auch kommt, dann haben wir überhaupt keine Sorgen mit dem, was wir an Nachwuchs haben, die Versorgung zu stemmen. Ich befürchte aber, man wird noch drei, vier Jahre abwarten bis die Hütte richtig brennt und dann wird es richtig schwierig. Deswegen halten wir die Erhöhung der Studienplätze als kleinen Baustein in dem ganzen Desaster, das sich anbahnt, für absolut notwendig. Das ist unsere Haltung zu den Studienplätzen.

Ich möchte noch einmal auf die Vergütungsnotwendigkeit eingehen. Es wurde gesagt, den jungen Ärzten, die in das System kommen, geht es gar nicht ums Geld. Das sagen sie erst an dritter Stelle. Wenn sie aber zum Beispiel die 1.800-Scheine-Praxis nehmen, die in eine neue Struktur überführt werden muss, dann muss sie mit den Gebührenordnungsziffern, die sie über den EBM erwirtschaftet, diese sechs Personen bezahlen. Eine solche Struktur ist in dem Moment pleite, in dem noch jemand eingestellt wird, um den Overhead zu leisten. Dann funktioniert das nicht mehr. Das heißt, die Vergütungsfrage steht existenziell vorne dran, um überhaupt diese Strukturen darzustellen.

Ich kann Ihnen aus meiner eigenen Erfahrung sagen, ich habe ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit vier Fachgruppen und sieben angestellten, in Teilzeit tätigen Ärzten. Wir versorgen ungefähr 4.000 Patienten im Quartal. Wir machen damit einen Jahresumsatz von ungefähr 1 Million Euro. Wir zahlen keinen Cent Steuern, weil das MVZ diese ganzen Gelder für die Angestellten einfach verschlingt. Diese Strukturen funktionieren, aber laufen überall ganz knapp genährt.

Wir haben ein kommunales MVZ in Rheinland-Pfalz in Katzenelnbogen. Die Kommune hat die Gelegenheit genommen, ihre Gründereigenschaft für ein MVZ zu nutzen. Das fanden wir ganz besonders spannend. Es sind sofort Initiativbewerbungen gegeben, aber der Markt ist im Moment in Bewegung. Von den vier Ärzten, die dort angefangen haben, sind zwei wieder weg, weil sie woanders mehr Geld bekommen haben; denn jetzt entwickelt sich der Wert der ärztlichen Arbeit nach oben. Die Kommune muss auch kalkulieren und subventionierte Krankenhäuser, die ein MVZ betreiben, werben diese Kollegen ab und zahlen einfach mehr als sie über ihre Arbeit und den EBM erwirtschaften können. Das ist eine ganz spannende Entwicklung. Sie haben inzwischen wieder Bewerbungen. Wir sind guter Hoffnung, dass auch wieder besetzt wird, aber kontinuierliche Versorgung geht anders.

Ich kann nur sagen, wir werden in den nächsten vier Jahren eine spannende Zeit haben. Jeder sollte sich im Klaren darüber sein, dass er sich um die Verantwortung drückt, wenn er den Kopf in den nächsten Sandhaufen steckt. Es ist desolat, was da auf uns zukommt.

Herr Abg. Hartloff: Herr Dr. Heinz, Sie haben als eines der zentralen Probleme die Finanzierung genannt. Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, bei den Abrechnungsmodalitäten und bei den Bremsen, die im jetzigen System eingebaut sind, Veränderungen vorzunehmen?

Frau Abg. Lerch: Herr Dr. Heinz, wenn ich Sie richtig verstanden habe, haben Sie gesagt, sie wollen den Patienten in die Solidarverpflichtung nehmen. Was heißt das im Klartext?

Frau Abg. Kazungu-Haß: Herr Dr. Heinz, glauben Sie, dass eine Veränderung der KV-Bezirke auch einen Einfluss darauf haben könnte, wie sich Ärzte niederlassen, sodass sich zum Beispiel als Effekt bei einem KV-Bezirk, der aus einem Mittelzentrum und einem Umland besteht, nicht alle Ärzte im Mittelzentrum konzentrieren?

Frau Abg. Thelen: Sehr geehrter Herr Dr. Heinz, Sie haben die schwierig zu hebende Ressource Überanspruchnahme genannt. Erlauben Sie mir bitte eine Frage nach der auch für die Politik schwierig zu hebenden Ressource Unterleistung. Wir haben eine Stellungnahme von einer Dame vom Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen, die heute leider nicht zur Anhörung kommen konnte. Sie weist auch darauf hin, dass die Ärzte zum Beispiel erhebliche Zeit – Sie hat das auch ausgewiesen – für das Andienen und Ausführen von sogenannten IGeL-Leistungen erbringen.

Wir haben im deutschen Gesundheitssystem die Situation, dass wir gesetzlich Krankenversicherte und privat Krankenversicherte haben. Wir gewinnen auch aufgrund von Klagen, die uns vorgetragen werden, den Eindruck, dass der – ich formuliere es vorsichtig – Anteil der eingesetzten Arbeitszeit einiger Ärzte für die gesetzlich Krankenversicherten ausbaufähig wäre. Deshalb ist meine Frage: Welche Erkenntnisse liegen in diesem Zusammenhang der KV vor und welche Möglichkeiten sehen Sie, die Ressource im Bestand noch einmal besser für die große Zahl der Versicherten zu heben?

Frau Abg. Dr. Groß: Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch – den Paragrafen habe ich nicht aktiv vor mir – steht: Die Krankenversicherung hat als Solidargemeinschaft die Krankheiten zu verhüten, zu lindern und zu heilen. – Das ist ein aktiv. Während kurze Zeit darunter steht: Auch sollten die Bürger oder die Patienten – das steht im Konjunktiv – eine Eigenverantwortung leben. –

Herr Dr. Heinz, ich frage Sie: Ist hier schon irgendwie impliziert, dass eigentlich die Solidargemeinschaft für mich da zu sein hat? Meine Eigenverantwortung ist zweitrangig und in gewisser Weise ist ein Anspruchsdenken schon impliziert?

Herr Dr. Heinz: Ich fange einmal von hinten an. Das Anspruchsdenken ist schon ein Problem. Es ist auch nicht unbedingt so, dass die Ärzte daran nicht unschuldig sind. Wir kommen auch zu der Frage von Frau Thelen mit der medizinischen Unterleistung und IGeL-Leistungen. Das Problem ist, wir sind in einem budgetierten Bereich. Das ist die Frage, wie man Bremsen abbauen kann.

21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –

Gehen wir erst einmal auf die Budgetierung ein. Die Budgetierung ist 1993 von Herrn Seehofer gekommen und er hat gesagt, wir machen das einmal drei Jahre lang. Die Ärzte haben sich darauf eingelassen, weil es ihnen im Grunde genommen ganz gut geht und ihnen gleichzeitig die Bedarfsplanung mit den Niederlassungssperren versprochen wurde. Sie haben gesagt: Dann bekommen wir eine Portion Geld und es kommt niemand mehr in das System herein. – Das war 1993.

Trotzdem haben wir immer noch eine gedeckelte Gesamtvergütung. Wir verteilen als KV Rheinland-Pfalz 1,8 Milliarden Euro im Jahr an unsere inzwischen 8.000 Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und haben dabei ein Delta von ungefähr 6 %, von Leistungen, die wir umsonst bringen und die nicht bezahlt werden. Das heißt also, diese Rechnung wird von der Gesellschaft an uns nicht bezahlt. Es ist innerärztlich auch noch schlecht verteilt. Daran kann eine Landes-KV nichts ändern, weil das Bundesvorgaben sind.

Wir haben zum Beispiel bei den Augenärzten hervorragend verdienende Operateure und grottig Verdienende, die im konservativen Bereich arbeiten. Ich habe selbst in meinem MVZ eine Augenärztin, die sagt, ich möchte gern meine Patienten vernünftig behandeln. Ich brauche einen Termin von 15 Minuten. Das gestehen wir ihr zu, sie bekommt 15 Minuten für einen Patienten. Wenn ich das in Berlin anderen Augenärzten erzähle, zeigen sie mir einen Vogel und sagen, drei bis vier Minuten maximum, sonst legen sie drauf. Das ist diese Szenerie. Wenn ich den Anteil der konservativen Augenmedizin aus dem MVZ herausnehmen würde und würde der Kollegin sagen, den Sitz schenke ich dir und du kannst allein weitermachen, wäre sie in drei Monaten pleite. Es funktioniert nicht.

Deswegen sind solche Strukturen erst einmal hilfreich in der Versorgung. Wenn aber diese Ärzte, die dann drohen pleite zu gehen, sozusagen aus Notwehr versuchen, wie sie in diesem absurden System der Vergütung noch eine vernünftige Untersuchung an die Patienten verkaufen können, um zu ihren 20 Euro, die sie pro Quartal für den Patienten bekommen, noch ein paar Euro dazu zu bekommen, um ihre Helferinnen zu bezahlen, dann ist das die eine Sicht auf diese Sachen mit IGeL.

Es gibt noch eine andere Sicht, und es gibt Aktivitäten, die uns überhaupt nicht gefallen. Das ist so. Aus dieser Kiste kommen wir nur über eine Entbudgetierung heraus. Das ist ganz entscheidend. Die Bedarfsplanung, wie sie im Moment gelebt wird, ist überflüssig. Das ist ein Instrument gewesen, um gegen eine Ärzteschwemme zu agieren. Die gibt es nicht mehr. Der Stausee ist leer. Es fließt nur noch ein dünnes Rinnsal durch. Sie können vielleicht noch einmal die Kammer fragen, wie viele Facharztprüfungen im Moment noch laufen.

Das sind alles diametral andere Zahlen als von der Wissenschaft her kommen. Wir haben auch einen anderen Blick auf die Studenten. Wir sagen, wir hätten gern Studenten, die am Schluss versorgen. Die Wissenschaft sagt, wir hätten gern Exzellenz. Das sind zwei verschiedene Dinge, auf die Sache zu schauen. Übrigens ist die Anzahl der Medizinstudierenden nicht das Gleiche wie die Anzahl der Studienplätze. Wir haben vor der Wende ein Drittel mehr Studienplätze in Deutschland gehabt als wir jetzt haben. Wenn wir jetzt mit 10 % hochgehen, dann sollte das ein Beitrag zu den vielen anderen Beiträgen sein, um dieses hervorragende Versorgungsniveau, das wir haben, auch aufrechtzuerhalten.

Die Selbstbeteiligung bei Patienten ist ein Mittel, um Verantwortung zu übernehmen. Das muss sozial abgedeckt sein – absolut –, es darf niemand überbelastet werden, aber man darf auch keine Befreiungen machen und man darf auch keine Flatrates machen, indem man sagt, du zahlst zehn Euro und dann bekommst du alles. Das bringt keine Verantwortlichkeit. Wir brauchen unserer Einschätzung nach eine prozentuale Selbstbeteiligung vielleicht in einem Bereich von 5 %. Die soziale Abfederung wird über die Variation des Prozentsatzes dargestellt. Jemand, der mittellos ist, kann immer noch in der Woche seine drei Dialysen haben. Dann kostet die Dialyse eben einen Euro. Er kann aber nirgendwo durch dieses Land gehen und sagen, ich bekomme alles umsonst.

Das ist das, woran unsere Kollegen, die im Moment in der Versorgung arbeiten, extrem leiden: dass Patienten vor ihnen sitzen und sagen, ich habe Anspruch und ich bekomme das umsonst. Das ist auch für die Psychohygiene derjenigen, die in der Gesundheitsversorgung arbeiten, eine ganz entscheidende Sache. Wir wissen, das ist nicht gut verkaufbar und ist schwierig. Es gehört aber zu einer demokratischen Kultur einfach dazu. – Gut, das war die Selbstbeteiligung.

Zu den KV-Bezirken und dem Einfluss: Die Bedarfsplanung soll Bedarfe planen, ist aber völlig untauglich, irgendeinen Arzt irgendwohin zu bringen, weil wenn ich sage, da ist ein Sitz frei, ist der Arzt noch nicht da. Er ist nicht da. Ich hätte eine große Sympathie dafür, dass wir einfach auch als Ärzte so viel Verantwortung übernehmen, dass wir sagen, okay, wir setzen uns diesem Wind des Marktes aus. Wir brauchen keinen Konkurrenzschutz nebensächlich, sondern wir gehen auch in den Wettbewerb, auch mit der Qualität der Versorgung; denn das ist in der Vergangenheit auch nicht gelaufen.

Deswegen haben wir diese ganze Qualitätsdiskussion über uns bekommen. Das ist uns aufgezwungen worden. Sie wäre anders vielleicht auch freiwillig gekommen. Wenn sich aber ein Arzt jetzt entscheidet, sich in München in der Innenstadt als Allgemeinarzt niederzulassen, dann geht das nicht, weil die Bedarfsplanung das verhindert. Wenn wir die Bedarfsplanung aufheben würden und er sich entscheiden würde, sich in München in der Innenstadt niederzulassen, dann würde er zu seiner Bank gehen und würde fragen: Liebe apoBank, finanziert du mir die Niederlassung in München Stadt? – Da würden sie sagen: Nein, das machen wir nicht. – Er würde sich Gedanken machen, wo er sein Auskommen hat und würde sich in Deutschland umsehen. In Bleialf in der Eifel hätte er ein riesiges Auskommen. Wenn er selbstständig sein will, könnte er ein Versorgungszentrum machen.

Es ist im Grunde genommen versorgungstechnisch und arbeitstechnisch ein Paradies. Man kann sich überall niederlassen, wenn die Zahlen stimmen. Wenn man das aber blöd macht und sich in die Innenstadt setzt und wartet, dass man reich wird, dann hat man geloozt. Da würden wir uns auch dahinterstecken.

Bei der Unterversorgung ist es so: Wenn gesehen wird, die Ärzte arbeiten nicht genug, dann kommen die Politiker auf die Idee und sagen, okay, dann macht ihr noch ein paar Sprechstunden dazu. Wir haben mit Frau Widmann-Mauz gesprochen. Sie sagt: Ja, ich weiß, das ist schwierig, ihr arbeitet schon so viel, aber wir meinen die Praxen, die nur so 300 Personen versorgen und diese sollen endlich einmal mehr machen. – Wir haben gesagt: Was machen wir denn als KV, wenn sie das nicht machen? Dann nehmen wir denen die Zulassung ab und die Zulassung ist frei, wir bieten sie auf dem Markt an und sagen, wer will jetzt 800 versorgen? – Es ist niemand da. Dann haben wir die 400 auch nicht mehr versorgt, wenn wir die Zulassung kassiert haben. Es ist alles zu kurz gedacht. Politik soll sich abgewöhnen zu glauben, sie könnte Ärzte zwingen, irgendwo irgendetwas zu machen. Das gab es nur noch in Doktor Schiwago, aber das funktioniert heute nicht mehr.

Frau Abg. Dr. Groß: Wir hatten einmal die Praxisgebühr gehabt, und die Praxisgebühr hat wohl zu einem spürbaren Rückgang an ärztlichen Kontakten geführt. Die Praxisgebühr wurde wieder abgeschafft und man liest, dass der Arzt-Patienten-Kontakt wieder spürbar zugenommen hat. Das ist eine Art Stellschraube und Steuerungselement. Das kann man schon so sehen, und so war es auch gedacht. Wie bewerten Sie im Nachhinein, dass man sie abgeschafft hat?

Herr Dr. Heinz: Dass man sie abgeschafft hat, war richtig. Dass man sie aber ersatzlos abgeschafft hat, war falsch. Das Problem war, die Praxisgebühr war eine Flatrate-Gebühr. Wir hatten die Situation in den Allgemeinarztpraxen, dass am Anfang vom Quartal die Patienten gekommen sind, ihre Karte haben einlesen lassen, ihre zehn Euro bezahlt haben und mit einem Stapel an Überweisungen wieder herausgegangen sind.

Das ist einfach lästig und kein Verantwortung tragen. Deswegen sehen wir eine solche pauschale Gebühr als schwierig an. Ich denke, diese prozentuale Selbstbeteiligung über alle Gesundheitsleistungen ist auch für die Physiotherapie steuernd, sie ist für die Medikamente steuernd und man kann sehr gut Verantwortung verteilen.

Herr Vors. Abg Geis: Ich darf noch einen vorsichtigen Hinweis geben. Wir entfernen uns bei vielen Fragen und Antworten relativ weit von dem eigentlichen Thema und dem Antrag. Ich denke, wir müssen ein kleines bisschen konzentrierter fragen und antworten. Danke schön.

Wir kommen zu Herrn Weber. Bitte schön.

Herr Prof. Dr. Bernd Weber

Prodekan für Studium und Lehre, Vice Dean of Medical Education, Acting Director Center for Economics and Neuroscience, Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Universität Bonn

Herr Prof. Dr. Weber: Ich werde mich kurz fassen und entschuldige mich, dass ich keine schriftliche Stellungnahme eingesandt habe. Ich bin relativ kurzfristig angefragt worden, hier teilzunehmen. Ich habe erst am Montag die Einladung schriftlich erhalten und wusste nicht, dass ich etwas schriftlich einreichen soll. Ich kann das aber im Zweifel gern noch nachreichen. Es sind viele Punkte schon gesagt worden, die ich erwähnen wollte. Deswegen werde ich mich kurz fassen.

Ich bin seit Dezember letzten Jahres Studiendekan in Bonn. In Nordrhein-Westfalen haben wir in Bonn speziell das Projekt mit der Uni Siegen zusammen mit der Idee der landärztlichen Versorgung. Aus dem haben wir einiges an Erfahrung gezogen, indem wir uns viel mit dem Thema beschäftigt haben.

Beim Thema Landarztquote, die auf uns in NRW auch zukommt, sind wir sehr gespannt. Themen – wie das tatsächlich konkret und auch rechtssicher umgesetzt werden soll – sind schon angesprochen worden. Wir werden sehen, wie viele Klagen wir bei uns haben, um das zu erfassen: soziale Kompetenzen und ob jemand mit 17 sagen kann, dass er später in einer bestimmten Region tätig werden will und das auch durchzusetzen oder – Punkte, die schon angesprochen wurden – wer es sich leisten kann, sich nachher herauszukaufen und wer nicht. Das sind schon sicherlich große Probleme.

Was Frau Siech angesprochen hat, hat uns auch stark beschäftigt. In dem Zusammenhang möchte ich noch einmal stark darauf hinweisen: Wenn man ein solches Projekt mit einer Studienplatzerhöhung oder noch spezifischer mit einem Zweitcampus-Modell startet, muss man dies gut durchdenken und sich auch die Zeit nehmen zu planen, wie dies konkret umzusetzen ist, um die Qualität zu halten, die wir versuchen, an unserem Standort darzustellen.

Wir haben eng mit unseren Studierendenvertretern in Bonn in diesem Projekt diskutiert, und das auch mit ihnen zusammen viel diskutiert und geplant. Es stellt uns aber schon vor große Herausforderungen, das Mehr an Studierenden bei uns einfach dazu zu nehmen und die Qualität danach auch in der klinisch-theoretischen und klinisch-praktischen Ausbildung an dem Zweitcampus-Standort aufzubauen und dort auch aufrechtzuerhalten.

Auf der anderen Seite ist es so, wir merken – das merke ich auch an meiner Stellung als Studiendekan – an den Rückmeldungen der Kliniken, dass es bei uns in der Universitätsmedizin, so ähnlich wie es aus Göttingen geschildert wurde, ein Problem des Nachwuchses gibt. Als ich in den 1990er Jahren Medizin studiert habe, wurde mir noch gesagt, vielleicht findest du gar keinen Job. Es gab stapelweise Bewerbungen. Jetzt ist es wirklich schwierig, auch an einer Universitätsklinik, den Nachwuchs zu finden geschweige denn dann wirklich in ländlicheren Regionen.

Die Frage ist: Was können wir als Fakultäten dazu beitragen? Wir erhöhen durch dieses Projekt mit Siegen die Studienplatzkapazität um ca. 10 %, also wir nehmen derzeit 300 Studierende auf und jetzt 25 Studierende mehr mit den damit zusammenhängenden logistischen Problemen und Qualitätsproblemen. Ich denke, man kann das nur – das ist viel schon gesagt worden – im Gesamtkontext sehen. Ich denke, das kann nur ein kleiner Baustein sein. Das wird nicht direkt dafür sorgen, dass sie die Praxen leichter besetzen können.

Ein Punkt, der das Ganze noch einmal schwieriger macht – ich gehe nicht noch auf die ganzen Zahlen, die schon alle genannt worden sind, ein –, ist die Frage, was wir im Studium machen können. Bei uns haben wir ein großes Allgemeinarzt-Netzwerk, wobei sich das schon in der Region Bonn und Umgebung befindet, was man als nicht so ländlich sehen könnte. Das könnte man weiter ausbauen, auch das, was schon gesagt wurde: longitudinal die Zusammenarbeit mit Versorgungspraxen auszubauen, was wir nicht nur im Bereich der Allgemeinmedizin, sondern auch für andere Fachbereiche planen. Das ist mit Sicherheit ein Punkt, um die Studierenden da näher heranzutragen. Auch ist die Frage, wie sich das in Prüfungen abbildet. Das ist etwas, was man sicherlich gut überlegen muss.

21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –

Ein Punkt – das ist bisher nur so am Rande neben den anderen angesprochen worden – ist die Frage: Was wir mit den Studierendenzahlen machen – das ist schon gesagt worden –, wird sich in der Versorgung vielleicht in zehn Jahren oder noch später auswirken. Es ist sehr schwer vorzusagen, wie der Bedarf tatsächlich sein wird.

Das Thema Digitalisierung ist angesprochen worden. Es gab einmal von PWC ein Gutachten dazu, die sagten, dass enorme Effizienzreserven für die Ärzte, auch durch Zeitressourcen, die dadurch gewonnen werden können, noch gehoben werden können.

Das Thema Delegation und Substitution ist sicherlich auch eines, mit dem wir uns mehr beschäftigen müssen. Wir arbeiten eng daran, diese Teamarbeit, die schon angesprochen wurde, an unsere Studierenden zu vermitteln. Interprofessionelles Arbeiten ist ein großes Thema. Das ist etwas, was wir auch stark bei den Studierenden merken: Teamarbeit und sich austauschen zu können wird auch gewollt. Deswegen bildet sich das Problem, das tatsächlich vorhanden ist, nicht so in unserem Studium ab.

Die Frage ist: Wo können wir das in einem größeren Kontext angehen? Die Punkte dazu sind gesagt worden und will ich nicht wiederholen. Ich denke, die Medizinstudierenden-Zahl ist dabei ein kleiner Baustein, aber man muss das wirklich gut durchdenken und mit den Fakultäten zusammen vernünftig planen, damit die Qualität darunter nicht leidet.

Herr Vors. Abg. Geis: Herr Professor Dr. Weber, danke schön. Herr Wäschenbach und Frau Thelen haben sich gemeldet.

Herr Abg. Wäschenbach: Herr Professor Dr. Weber, ich komme aus dem nördlichsten Rheinland-Pfalz unmittelbar an Siegen grenzend. Ich möchte Ihnen sagen, es ist für unsere Regionen im Norden von Rheinland-Pfalz ein großes Geschenk, dass es zu diesem Studiengang und der Kooperation Bonn-Siegen gekommen ist. Wir erhoffen uns als nördlichste Region in Rheinland-Pfalz einen großen Bestand an Studenten, die von den 25 vielleicht in unseren Kreis kommen.

Deshalb ist meine Frage: Es war angedacht, dass erst ab dem siebten Semester die Studenten nach Siegen kommen. Das heißt, es gab eine zeitliche Trennung und sie studieren nicht von Beginn an zwei Standorten. In letzter Zeit habe ich aber gehört, dass dieses Modell wieder eventuell infrage gestellt wird und sie nun doch schon früher nach Siegen kommen. Können Sie mir dazu vielleicht aktuell etwas sagen?

Frau Abg. Thelen: Sehr geehrter Herr Professor Dr. Weber, wir haben in der Diskussion schon darüber gesprochen, dass der Frauenanteil im Medizinstudium deutlich gestiegen ist. Es würden mich ihre Erfahrungen an ihrer Uni dazu interessieren, aber auch zu Aussagen, was die Höhe der Abbruchquoten angeht. Gerade im Medizinstudium soll sie nicht unerheblich sein. Es kommt hinzu, dass gerade die Frauen deutlich unterrepräsentiert sind, wenn es um die Facharztanerkennungen geht. Während sie noch zu zwei Dritteln im Studium vertreten sind, machen sie bei den Facharztanerkennungen nur noch weniger als die Hälfte aus.

Es geht auch um die Frage, inwieweit die Weiterbildung komplett abgebrochen wird. Von dem Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen wird genannt, dass es doch 15 % der Frauen sind, die nachher aufgrund von Familiengründung ihre Weiterbildung komplett abbrechen. Die Frage ist: Welche Erkenntnisse haben Sie aus Ihrer Universität, wie schätzen Sie die Situation ein und heißt das, dass wir im Prinzip auch mehr ausbilden müssen, um nachher noch den ausreichenden Anteil an Fachärzten zu haben?

Herr Prof. Dr. Weber: Zum Weiterbildungsbereich kann ich selbst nicht allzu viel sagen. Im Studium selbst ist es auch in Bonn so: Ich glaube, wir haben ca. zwei Drittel Medizinstudentinnen. Das hat sich stark geändert. Ich weiß nicht genau in welchem Jahr, aber vor einiger Zeit hat sich das geändert. In der Zahnmedizin ist die Differenz noch viel größer. Ich glaube, sie haben 80 % weibliche Studierende. Das hat natürlich einen Effekt mit dem, was Sie sagten.

Die Zahlen kenne ich auch aus den Weiterbildungen. Viele brauchen länger für die Weiterbildung, weil man sie teilweise in Teilzeit durchführt. Auch eine Reihe meiner Kommilitoninnen von damals hat sehr

**21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –**

lange für die Weiterbildungszeit gebraucht oder sich gegebenenfalls dafür entschieden, es ganz abzubauen. Das ist etwas, was schon gesagt wurde: Die Arzt-Arbeitszeit sinkt in dem System, wie es jetzt zumindest ist, durch den steigenden Anteil weiblicher Studierender, weil es aus verschiedenen gesellschaftlichen Gründen dazu kommt, dass die Arbeitszeit der Ärztinnen geringer ist als bei den Männern.

Soll ich auf die Frage zu Siegen noch antworten? Oder war noch eine weitere Frage?

Herr Vors. Abg. Geis: Nein.

Herr Prof. Dr. Weber: Das ist ein Thema, das wir sehr stark diskutieren. Das ist komplex. Der Studiengang Bonn-Siegen, das war uns sehr wichtig, ist als eigener Studiengang gemeldet: Dass es nicht wie bei Bochum-Minden ist und nach einer gewissen Zeit Studierende entweder selbst entscheiden müssen oder ausgelost wird, wer nach Siegen geht.

Wie schon häufiger gesagt wurde, das Medizinstudium und alles, was damit zusammenhängt, ist extrem reguliert. Die Kapazitätsverordnung für die Aufnahme der Studierenden spielt eine große Rolle. Wenn wir Studierende aus unserem Studiengang einfach nach Siegen schicken würden, würde die Bettenanzahl, die in Siegen vorhanden ist, unserer Kapazität zugeordnet werden und wir müssten doppelt so viele Studierende im klinischen Bereich ausbilden, was nicht machbar ist.

Das heißt, wir überlegen auf jeden Fall über Lehrkrankenhäuser in Siegen sobald wie möglich – die Verhandlungen laufen im Moment, das muss durch einige Gremien und Behörden laufen – PJ-Studierende nach Siegen schicken zu können. Für fakultative, also außercurriculare, Veranstaltungen geht das auch, auch aus den Studien jetzt. Ob darüber hinaus etwas möglich ist: Wir prüfen, was rechtlich machbar ist. Es ist natürlich das Interesse, dass nicht drei Jahre lang keine Medizinstudierende in Siegen sind. Aber einschränkend: Ob sie nachher in der Versorgung in Südwestfalen bleiben, muss man abwarten.

Herr Vors. Abg. Geis: Herr Professor Dr. Weber, danke schön. Ich sehe keine weiteren Fragen.

Wir kommen zum letzten Anzuhörenden. Herr Dr. Ritter, bitte schön, Sie haben das Wort.

Herr Dr. Gernot Ritter

Facharzt für Allgemeinmedizin, Anästhesie und Notfallmedizin, Halle

– Vorlage 17/3332 –

Herr Dr. Ritter: Meine Damen und Herren, schönen guten Tag. Ich bin aus dem schönen Sachsen-Anhalt angereist. Die Problematik, die Sie heute zu diskutieren haben, kennen wir in Sachsen-Anhalt schon seit über zehn Jahren. Ich bin in Sachsen-Anhalt CDU-Mitglied und war viele Jahre im Landesfachausschuss Gesundheit und Soziales. Daher kenne ich die Problematik. In Sachsen-Anhalt hat man einiges in die richtige Richtung bewegt.

Wie Sie aber meiner Stellungnahme entnehmen können, lösen mehr Studienplätze allein das Problem in Kürze und auf Dauer nicht. Ich muss auch der Studentin alle Hochachtung für die hervorragende Analyse zollen. Sie hat sich ernsthaft mit der Problematik beschäftigt. Ich glaube, es gibt ein paar wesentliche Kernaussagen, die zu wiederholen sind und die man vielleicht in seiner zukünftigen Denkweise und der Art und Weise, wie man das Problem angeht, favorisieren sollte.

Ich habe mir ein paar Notizen gemacht. Sie müssen dazu wissen, ich bin in Raguhn – das ist eine kleine Stadt neben Bitterfeld und Dessau – seit kurzem als Hausarzt tätig. Ich war vorher 20 Jahre in einer Klinik. Ich bin Anästhesist und Intensivmediziner. Insofern kenne ich die Problematik der Teamarbeit auf einer Intensivstation sehr gut. Eine Schwester ist genauso mein Team. Das muss nicht unbedingt ein ärztlicher Kollege sein. So etwas spiegelt sich auch in einer Hausarztpraxis wider. Ich habe eine Schwester, die draußen Hausbesuche fährt, und ich habe viele Kollegen in meiner Nachbarschaft. Ich muss betonen, dass wir sehr wohl auf dem Land, auch wenn sie in einer Einzelpraxis sind, in einem Team arbeiten, auch wenn sie nur per Telefon oder per Fax verbunden sind. Damit möchte ich einmal aufräumen.

Das Zweite ist, es wurde das MVZ favorisiert. Es mag sicherlich Regionen geben, in denen das funktioniert: alles gut und schön, aber versetzen Sie sich einmal in die Situation einer 75 Jahre alten Dame, die schon an einer Prädemenz leidet und senil ist. Sie bekommt alle drei Wochen, wenn sie zu ihrem Doktor kommt, einen anderen Doktor vorgesetzt, weil beim einen gerade das Kind krank ist, der andere gerade im Urlaub ist und der nächste Work-Life-Balance macht.

Wir vergessen die Sozialmedizin und die Familienmedizin auf das ganz entschiedenste. Viele Sachen in der Allgemeinmedizin – ich musste gehörig dazulernen – hängen mit der Familie, mit psychologischen Problemen und mit wirtschaftlichen Problemen zusammen. Wenn man eine Familie über viele Jahre begleitet, ist das ein enges Vertrauensverhältnis. Das entwickelt sich nur von einer Person zur anderen, maximal in einer Gemeinschaftspraxis. Ich höre von Patienten, dass sie MVZ abwählen. Wir haben in Bitterfeld am Krankenhaus ein MVZ. Sie gehen dort nicht mehr hin, weil sie ständig andere Ärzte sehen, dort ihre Problematik – immer wieder dasselbe – vortragen, obwohl eigentlich schon längst bekannt sein müsste, dass ein Todesfall in der Familie war oder eine Krebserkrankung oder eine Tochter Drogen nimmt und die Mutter sich Sorgen macht und deswegen mit der hypertensiven Krise ständig dort in dieser Praxis ist. Das ist ein kleines Beispiel.

Man darf diese Einzelpraxis nicht verteufeln, und das ist auch kein Heilmittel, aber es ist ein wichtiges Bindeglied. Bei einer Allgemeinarztpraxis – ich habe das in meinem Schreiben auch geschrieben – sind der Gesetzgeber und die Steuergesetzgebung gefordert. Wir erfüllen auch gemeinnützige Zwecke mit einer Allgemeinarztpraxis, indem wir uns um viele soziale Probleme kümmern, indem wir irgendwelche Anträge schreiben, indem unsere Schwestern telefonieren, wenn irgendwelche Termine zu machen sind, bis hin zum Bürgermeister und wenn irgendwelche anderen Probleme sind. Das ist sehr vielgestaltig.

Ich plädiere dafür, man sollte das beides im Auge behalten. Die einzelne Praxis hat Vorteile, das MVZ sicherlich auch.

Zur Wirtschaftlichkeit noch einmal zu Herrn Dr. Heinz: Wenn Sie davon reden, die Budgets aufzuheben, müssen wir darüber nachdenken und wenn wir das tun wollen, müssen wir auch die Preise dafür erhöhen. Es muss irgendwoher finanziert werden. Die Frage ist, wo hole ich es her? Wenn ich etwas gedeckelt habe – wir alle im Raum, entweder sind wir privat versichert oder gesetzlich versichert, zahlen 14 %, 15 % Beitragssatz – und wenn sie das einführen und die Budgets aufheben, dann haben sie

**21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –**

automatisch 10 %, 20 %, 30 % mehr Kosten im ambulanten Sektor. Sie müssen gegenfinanziert werden. Damit wird der Faktor Arbeit in der Bundesrepublik Deutschland noch teurer.

Wir müssen nach Lösungen suchen. So hat das die Studentin nämlich hervorragend herausgearbeitet: Es liegt im System. Wir haben genügend Ärzte, wir haben weltweit die meiste Ärztezahle pro 100.000 Einwohner und wir müssen es mit den Ressourcen, die wir jetzt haben. An der Stellschraube kann man jetzt drehen und nicht erst in zwölf Jahren, wenn die Neuen nach sechs oder sieben Jahren Studium und dann noch sechs Jahren Facharztausbildung fertig sind. Das habe ich in meinem Statement auch ausgeführt. Die Zeit haben wir nicht. Das heißt, wie der Kollege schon recht hatte, in drei, vier, fünf Jahren platzt die Bombe. Das ist in Sachsen-Anhalt genau das gleiche.

Also müssen wir an dem System etwas ändern. Ich und viele meiner Kollegen plädieren für das Primärärztsystem, und ich verweise dazu auf das Positionspapier der DEGAM, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Das möchte ich kurz ausführen und sie ein Stück weit auf eine solche Gedankenspielreise einmal mitnehmen.

Momentan ist es so, der Patient kommt in eine Allgemeinarztpraxis – ich habe eine Praxis übernommen, sie sind bestimmte Dinge dort so gewöhnt – und möchte eine Überweisung haben. Der Patient macht kein Sport, der Patient hat eine schlechte Lebensweise und möchte zum Orthopäden. Er geht alle Vierteljahr oder alle halbe Jahre einmal zum Orthopäden. Sie können reden, wie sie wollen, der Patient will seine Überweisung haben. Wenn ich ihm aber erkläre, er bekommt sie von mir nicht, weil er erst einmal das und das tun müsste und an seiner Lebensweise etwas ändern müsste, dann macht er einen großen Bogen um meine Praxis und geht direkt dorthin. Der Orthopäde wird bedient, der Orthopäde ist ein Kollege von mir, mit dem ich bekannt bin und er sagt: Mensch, schicke mir doch nicht so etwas, es gibt andere, die es dringend notwendiger haben. – Er redet genauso mit dem Patienten. Seine Praxis ist rammelvoll. Er möchte gern pro Patient eine Minute am Tag mehr reden können, um auf bestimmte Dinge hinzuweisen: Lebensweisen, dass man sich bewegt und wie man was machen kann. Die Zeit ist nicht vorhanden, weil wir unser System auf Masse und nicht auf Qualität getrimmt haben.

Es gibt Länder wie Holland, für die sie nachweisen können – es gibt Statistiken –, dass sie in Deutschland drei bis fünf Minuten pro Patient und in Holland die dreifache Zeit haben. Da können sie sich um die Familie kümmern, da können Sie die Mutter fragen: Mensch, was ist denn los, sie haben heute 240 Blutdruck, was ist denn die Ursache, ist irgendetwas passiert? – Ja, der Mann kam wieder besoffen nach Hause – kleines Beispiel. Die Zeit haben sie nicht, wenn sie eine solche Allgemeinarztpraxis haben, und auch der Orthopäde hat sie nicht.

Ich plädiere dafür, dass Weichenstellungen gemacht werden und solange wir noch Allgemeinärzte haben, dass Patienten zuerst in die Allgemeinarztpraxis kommen. Der Kollege muss dort entscheiden und muss es auch verantworten. Zur Not kann man auch eine Zweitmeinung einholen und dann wird der Patient zum Neurologen überwiesen. Ich habe einen solchen schönen Satz, bei dem immer alle, auch Kollegen, lachen: Wenn jemand dreimal in der Woche auf den Brocken rennt – das ist ein Berg, der 1142 m hoch ist –, aber alle halbe Jahr eine Überweisung zum Kardiologen braucht, frage ich ihn: Hat sich irgendetwas verändert, irgendwelche Symptome, ist etwas schlechter geworden? – Nein. Jetzt will er einen Ultraschall machen und beim nächsten Mal mache ich ein Belastungs-EKG. Das heißt, der Mann ist zweimal im Jahr für mich umsonst bei einem Kardiologen und nimmt dort einen Platz weg für einen Patienten, der drei Minuten später zur Tür hereinkommt und nach Luft schnappt.

Meine Schwester hat 45 Minuten – ich habe letztens einmal auf die Uhr geschaut – alle kardiologischen Praxen angerufen und gebraucht, um einen Kardiologen zu finden, bei dem wir den Patienten unterkriegen, obwohl wir ein System haben: Wer im Hausarztprogramm eingeschrieben ist, hat eine Art Notfallüberweisung innerhalb von 24 Stunden.

Wie gesagt, das Primärärztsystem hat riesige Vorteile. Es würde Geld sparen, würde sofort an der Stellschraube spielen, sodass wir letztendlich die Gelder zur Verfügung haben und nicht erst in zwölf Jahren.

Was noch entscheidend ist: Sie reden immer von Allgemeinmedizin. Ich fand auch gut, was Frau Dr. Groß gesagt hat: Im Kreis der Allgemeinmedizin reden die Bevölkerung und die Medien immer von Hausärzten und Fachärzten. Ich bin Facharzt für Anästhesie und ich bin Facharzt für Allgemeinmedizin. Ich finde es diskriminierend, wenn ein Hausarzt nur heruntergebrochen wird als das ist ja der Hausarzt.

**21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –**

Wir sind genauso Fachärzte. Wir haben eine breitere Aufstellung, wir haben viele, viele Fächer, die wir beachten müssen. Wir sind nicht nur Herzchirurg, sondern wir haben noch ein paar andere Sachen zu tun: Sozialmedizin, Familienmedizin. Ich denke, das sollte man aufwerten, indem man diesen Terminus endlich einmal beiseiteschiebt und sagt, wir reden von spezialisierten Ärzten und wir reden von Fachärzten oder dem Facharzt für Allgemeinmedizin. Insofern fand ich den Einwand von Frau Dr. Groß sehr gut.

Ich will noch einmal sagen, Primärarztssystem bedeutet, sie werten die hausärztliche Tätigkeit auf: für die Kollegen, die sich dafür entscheiden, an der Universität zu sagen, ich will Hausarzt werden, weil sie dann auch eine gewisse Position auf dem Land haben und gewisse Entscheidungen treffen.

Ich kann die Dinge auch mit Beispiel nennen und einmal als Plastik: Sie haben einen Kollegen, zu dem sie den Patienten hinschicken und überweisen. Sie bekommen von denen keine schriftlichen Befunde. Eine Schwester muss anrufen und sagen, ich brauche einen Befund von dem Kardiologen, dem Hautarzt beispielsweise oder dem Augenarzt – sie sind auch dafür bekannt, dass keine Befunde geschrieben werden. Ich sitze da und verplempere einen Haufen Zeit. Ich kann diese Kollegen aber nicht disziplinieren, weil sie von mir nicht abhängig sind. Wenn ich dem Patienten das nächste Mal sage, sie gehen da nicht mehr hin, ich schreibe ihnen keine Überweisung, macht er einen Bogen um meine Praxis und rennt in die nächste Allgemeinarztpraxis und holt sich von dort die Überweisung direkt an der Rezeption ab und gibt dort seine Chipkarte ab.

Sie sehen, das System würde alle ein bisschen disziplinieren, es würde vieles regulieren, es würde viel Geld sparen, es wäre eine Sache, die in kürzester Zeit umsetzbar ist. Sicherlich würde es einen Aufschrei geben. Ich kann aber auch die Fachärzte beruhigen. Einige meiner lieben Freunde sind Fachärzte. Das Geld bleibt gleich. Es ist ein Deckel. Wenn der Neurologe am Tag für das gleiche Geld nicht 50 Personen behandeln muss, sondern nur 30 behandelt, ist er auch glücklich. Wenn der Allgemeinarzt nicht mehr 100 oder 150 – so wie ich – am Tag behandeln muss, sind es eben nur 70 und er ist auch glücklich. Er möchte mit den Menschen auch sprechen. Das Vorrangige sind die sprechende Medizin und die koordinierende Medizin. Die Sozialmedizin gehört noch dazu. Dafür sind wir in der ambulanten Versorgung angetreten. Wir müssen auch die Spezialärzte entlasten, damit freie Termine da sind.

Wenn man erkannt hat, was in diesem Wort oder in diesem Papier zum Primärarztssystem steckt, ist das Sprengstoff. Klar, muss sich jeder ein Stück weit verändern: die Spezialärzte, die KV muss bestimmte Dinge berücksichtigen bis hin zu den Universitäten. Mein Statement ist klar, mit dem Primärarztssystem können wir viele, viele Probleme, die heute hier besprochen sind und vor allem Überversorgung, vermeiden.

Zu den Kliniken noch ein Hinweis: Ich war zum Schluss meiner Laufbahn in einem privaten Klinikkonzern. Ich muss Ihnen sagen, dort gibt es Stellweichen, die aus ökonomischen Gründen gestellt werden. Als Anästhesist war es mir irgendwann leid und ich musste es machen, weil sie Dienstleister sind. Ich hatte keine Lust mehr in der Nacht um 23 Uhr, 1 Uhr irgendwelche kleinen Pickel und Abszesse, die als Abszesse auf dem Rücken deklariert wurden, in Vollnarkose den Patienten auf dem Bauch zu drehen, also Hochrisiko-Narkosen in der Nacht zu machen, weil das ein Chirurg festlegt, weil er sonst am nächsten Tag Rede und Antwort bei seinem ökonomischen Direktor stehen muss. Ich gebe auch zu bedenken, ob das System – immer mehr, immer mehr, immer mehr Kohle – nicht auch dazu führt, dass wir einen Mangel, eine Überversorgung, eine Fallzahlausweitung und wie das alles heißt produzieren.

Eine Sache noch zu den Diagnosis Related Groups (DRG): Ich weiß nicht, wer sich im Raum mit der Entwicklung oder der Historie der DRGs einmal beschäftigt hat, ob jemand weiß, woher sie kommen und warum sie entwickelt wurden. Ich kann nur sagen, die DRGs sind in Deutschland nur in einer Einbahnstraße eingeführt worden. Das heißt, für eine Blinddarmoperation bekomme ich 2.000 Euro, aber für die Konsequenz aus dem Land, nämlich Australien, wo sie entwickelt wurden und ein Strafsystem dahinter steckt, wenn ich zum Beispiel jemanden zum Beispiel mit einer offenen Wunde entlasse. Ich hatte letzte Woche wieder einen Patienten mit einem offenen Bauch und MRSA in der Wunde. Er sprengt ihnen die ganze Sprechstunde. Wenn so etwas passiert und sie müssen den Patienten wieder einweisen, wird von der ersten Diagnose oder dem ersten DRG Geld abgezogen. Das passiert nur zum geringsten Teil in Deutschland und wird nicht konsequent umgesetzt.

Ein Beispiel ist auch Pneumonie. Ich habe im Rettungsdienst Menschen erlebt, die nach zwei Tagen aus dem Krankenhaus entlassen wurden und mit einer Pneumonie musste ich sie ins Krankenhaus schicken. Natürlich wollte er nicht mehr zurück in das Krankenhaus, in dem er operiert wurde, weil er da scheiße entlassen worden war. Also musste ich ihn wieder in ein anderes Krankenhaus einweisen – Ergebnis: 5.000 Euro Pneumonie-Behandlung und bei der ersten OP 12.000 Euro für die Chirurgie. Dem ersten Haus müsste etwas abgezogen werden. Nur so zwingt man auch eine gewisse Qualität in den Krankenhäusern herzustellen. Ich kenne die Anrufe vom Medizinischen Controlling, da muss entlassen werden, die sieben Tage sind herum, maximal einen Tag mehr, erledigt ist der Fall. Wir sind in einer völligen Sackgasse, indem wir nur noch Masse und nicht Klasse produzieren.

Schönen Dank.

Herr Vors. Abg. Geis: Herr Dr. Ritter, danke schön. – Herr Dr. Gensch.

Herr Abg. Dr. Gensch: Herr Dr. Ritter, vielen Dank für Ihre Stellungnahme. Ich glaube aber, dass wir uns tatsächlich noch einmal klarmachen müssen, dass wir heute im Wissenschaftsausschuss sind. Es geht grundsätzlich darum, dass wir ein Anhörverfahren durchführen, ob es Sinn ergibt, mehr Studienplätze für Humanmedizin in Rheinland-Pfalz zu schaffen und ob das ein Mittel ist, um dem Arztmangel entgegenzuwirken.

Ihre Stellungnahme ging auch in die Richtung, dass Sie viele Dinge im Gesundheitssystem kritisiert haben, die Sie durchaus auch zu Recht kritisiert haben. Meine Frage bezüglich Ihrer Ausführungen wäre: Das Primärarztmodell, das große Teile Ihrer Ausführungen ausgemacht hat, kann tatsächlich etwas bewirken. Es entlastet Fachärzte hinsichtlich Frequentierung, es reduziert unter Umständen die Anzahl der Arztkontakte. All das ist richtig. In die ähnliche Richtung geht schon dieses Konzept der Krankenkassen der hausarztzentrierten Versorgung und der Versorgungsverträge, die die Steuerfunktion des Allgemeinmediziners schon zumindest fördern sollen.

Worüber wir aber eigentlich hier sprechen, ist: Wo kommen – selbst für Ihr proklamiertes Primärarztmodell – die Primärärzte her? Das ist unser Problem. Wir sind hier, um Möglichkeiten zu diskutieren, wie wir diesen Mangel beheben können. Also wie bekommen wir gerade die Hausärzte oder in Ihrer Lesart die Primärärzte? An denen fehlt es. Ich möchte Sie noch einmal bitten: Was ist Ihr Ansatz, um die Anzahl der Hausärzte zu erhöhen? Wie stehen Sie in diesem Zusammenhang zu unserem Vorschlag, als einen kleinen Baustein die Anzahl der Medizinstudentenplätze zu erhöhen?

Herr Dr. Ritter: In meiner Stellungnahme steht es drin. Ich bin sehr wohl dafür. Zu einem geringen Prozentsatz kann man die Studiengängierzahlen erhöhen. Das ist keine Frage. Es darf natürlich nicht dazu führen, dass die Studenten vor dem Hörsaal stehen und nicht mehr in den Hörsaal hereinkommen, weil keine Plätze mehr da sind. Da nützt die beste Ausbildung auch nichts.

Das Zweite ist, eine Rationierung bzw. eine Effektivierung des Studiums insgesamt herzustellen. Ich bin dazu zum Glück in der Lage, ich habe in der DDR studiert, habe den Vorteil eines wirklich straffen Seminarbetriebenen Medizinstudiums mit all seinem Positiven und auch Negativen kennengelernt. Ich muss sagen, ich habe in Seminargruppen sehr gut gelernt. Wir hatten viele auch ausländische Kommilitonen, die wir in unsere Gruppe integriert haben. Das hat sehr gut geklappt. Einer aus Nicaragua ist mein bester Freund. Er ist Kardiologe geworden. Wir haben sie mitgezogen, sie haben uns bestimmte Dinge erklärt und unsere Sichtweise auf manche Dinge korrigiert oder eingestellt.

Das Lernen in Seminargruppen, das habe ich auch ausgeführt, führt dazu, dass die Personen bessere Studienergebnisse haben, und es entstresst das System. Wer das System nicht kennengelernt hat, der kann das schlecht nachvollziehen. Man muss sich das so vorstellen: Heute muss ein Student losrennen und sich in die Kurse und Seminare einschreiben, die irgendwann einmal zu irgendeiner X-Zeit im Internet oder an irgendeiner Tafel präsentiert werden. Wenn er das verpennt, weil er krank ist, weil er verreist ist, weil er irgendwelche anderen Probleme hat und sich dort nicht einschreibt, dann verlängert sich automatisch sein Studium. Das müsste jedem klar sein. Wenn es in Seminargruppen ist, gibt es Kontakt untereinander und man kann sich gegenseitig helfen und austauschen – also nur ein Vorschlag, das ganze Studium etwas effektiver zu machen.

**21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –**

Außerdem hat die Studentin schon angesprochen, dass es dort Ressourcen gibt, die besser gestaltet werden müssen. Dabei fällt mir ein, man könnte zum Beispiel den Universitäten einen Bonus zahlen für jeden Studenten, der es schafft, die Universität erfolgreich abzuschließen oder noch eine Facharztausbildung zu machen. Das wäre noch einmal ein System, in dem die Hochschulen im Nachhinein für ihre Absolventen, die sie letztendlich produziert haben, belohnt werden.

Das andere, was Sie zum Primärarztssystem sagten und wo sie herkommen sollen: Wenn Sie die Allgemeinmedizin aufwerten und das Primärarztssystem favorisieren, dann werden sie in kürzester Zeit erleben, dass das Ansehen deutlich nach oben geht, auch unter den jetzigen Studierenden. Die Lukrativität wird steigen, vieles im Arbeitsprozess wird sich vereinfachen und sie werden aus den jetzigen Medizinstudenten vom ersten bis zum sechsten Studienjahr doch einige gewinnen können, die sagen, ich mache das, weil sich die Weichen in die richtige Richtung gestellt haben. Sie wollen nicht mehr der Dödel auf dem Land für die anderen Fachkollegen sein: Ich muss sagen nicht alle, aber es ist sehr häufig an meinem Tag, dass viele Stunden draufgehen, weil andere Personen nur noch schnell arbeiten müssen und die Patienten die Informationen von den Schwestern bekommen, keine Aufklärung bekommen und Medikamente geändert werden. Sie können mich gern besuchen, ich kann Ihnen das zeigen. Sie können das live miterleben. Das macht keinen Spaß.

Das wollen die jungen Menschen auch nicht. Sie wollen auch nicht ein Schubladendenken, sondern sie wollen, wenn sie Allgemeinmedizin machen, Familien- und Sozialmedizin machen. Dazu muss man Bürokratie abbauen und müssen sich alle im System ein bisschen an Regeln halten. Aus dem Kreis der Studierenden könnte man schon Menschen motivieren, wenn man die Weichen stellt zu sagen, ich mache Allgemeinmedizin.

Herr Vors. Abg. Geis: Danke schön. Ich sehe keine weiteren Fragen. Damit wären wir am Ende einer intensiven Anhörung. Ich bedanke mich bei allen Beteiligten, auch bei denen, die zugehört haben. Es war eine lange Zeit, aber es war sehr intensiv. Ich danke den Anzuhörenden, dass sie so gründlich geantwortet haben, sie auch zugehört haben und geduldig Fragen beantwortet haben.

Wir werden, für alle, die daran interessiert sind, eine Auswertung bei der nächsten Ausschusssitzung haben, die am 14. August 2018 stattfindet.

Der Antrag wird vertagt.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Stipendienprogramm für Medizinstudierende kombiniert mit einer Landarztquote

Antrag

Fraktion der CDU

– Drucksache 17/6246 –

Frau Abg. Schneid führt an, die Möglichkeit eines Stipendienprogramms solle vor dem Hintergrund diskutiert werden, dass sich – wie gerade in der Anhörung deutlich geworden sei – alle darin einig seien, dass viele Maßnahmen dazu beitragen, etwas gegen den nachhaltigen Fachkräftemangel zu tun.

Es sei aber beabsichtigt, die Anhörung erst einmal intern auszuwerten. Deshalb werde darum gebeten, den Antrag zu vertagen und die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit, Demografie und Pflege zur entsprechenden Sitzung mit einzuladen.

Der Antrag wird vertagt.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Antisemitismus entschlossen bekämpfen

Antrag

Fraktion der CDU

– Drucksache 17/5437 –

Frau Abg. Schneid erklärt, es liege ein gemeinsamer Antrag vor, der in die nächste Plenarsitzung eingebracht werden solle.

Herr Abg. Klomann zeigt sich erfreut über den gemeinsamen Antrag, weshalb sich die regierungstragenden Fraktionen hinsichtlich des Antrags der CDU – wie im Rechtsausschuss – enthielten.

Der Ausschuss schließt sich der Empfehlung des federführenden Rechtsausschusses an (CDU bei Enthaltung SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, bei Abwesenheit AfD).

Punkt 4 der Tagesordnung:

Budgetbericht der Landesregierung zum 31. Dezember 2017

Bericht (Unterrichtung)

Landesregierung

– Drucksache 17/6124 –

Der Ausschuss nimmt Kenntnis.

Punkt 6 der Tagesordnung:

**Kooperation zwischen Hochschule Kaiserslautern
und Oberlandesgericht Zweibrücken**

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der FDP

– Vorlage 17/3084 –

Frau Abg. Lerch führt zur Begründung aus, durch die Kooperation der Hochschule Kaiserslautern mit dem Oberlandesgericht Zweibrücken werde Neuland betreten. Der Bachelorstudiengang „Wirtschaft und Recht“ werde nun angeboten. Die Landesregierung werde um Berichterstattung gebeten, was sich dahinter verberge und wie es angelaufen sei.

Herr Staatssekretär Prof. Dr. Barbaro berichtet, wie Frau Abgeordnete Lerch richtigerweise gesagt habe, die Kooperation sei insofern Neuland und erzeuge Aufsehen, als sie mit einem Gericht stattfinde. Ansonsten seien viele Studiengänge mit Kooperationen, auch mit Kooperationspartnerinnen und -partnern außerhalb der Hochschule, verbunden.

Der Fachbereich Betriebswirtschaft der Hochschule Kaiserslautern werde, wie der Presse zu entnehmen gewesen sei, in Kooperation mit dem pfälzischen Oberlandesgericht Zweibrücken den Bachelor-Studiengang „Wirtschaft und Recht“ einrichten und durchführen. Der betriebswirtschaftliche Studiengang „Wirtschaft und Recht“ sei weitgehend generalistisch ausgelegt und werde mit einer Vermittlung von vertiefenden Kenntnissen des Wirtschaftsrechts ausgeschmückt.

Ziel sei es, Betriebswirtinnen und Betriebswirte mit einem ausgeprägten Problembewusstsein für juristische Fragestellungen auf der Basis eines juristischen Grundverständnisses auszubilden. Das Konzept des Studiengangs sei inhaltlich zwischen dem Oberlandesgericht und der Hochschule abgestimmt worden. Zudem sei hinsichtlich der Zusammenarbeit die Kooperationsvereinbarung am 3. April 2018 in Anwesenheit der Minister Mertin und Professor Dr. Wolf unterzeichnet worden.

Das Oberlandesgericht unterstütze die Hochschule bei der Durchführung von Lehrveranstaltungen und stelle Lehrbeauftragte, in der Regel aus dem Kreis der Richterinnen und Richter des pfälzischen Oberlandesgerichts, zur Verfügung. Zur Intensivierung der Zusammenarbeit für die Qualitätskontrolle und inhaltliche Weiterentwicklung des Curriculums sehe die Kooperationsvereinbarung die Bildung eines paritätisch besetzten Beirats vor. Zudem werde das Oberlandesgericht die Hochschule thematisch bei der Auswahl von Praxissemestern und Studienabschlussarbeiten begleiten.

Mit dem Bachelor of Arts „Wirtschaft und Recht“ werde in sieben Semestern ein erster berufsqualifizierender Abschluss erworben. Im Bereich der Wirtschaftswissenschaften liege der Schwerpunkt auf den klassischen Bereichen: insbesondere BWL, aber auch etwas VWL. Im Bereich der Rechtswissenschaften liege der Fokus im Bereich des Wirtschaftsrechts; darin sei auch das Arbeitsrecht enthalten.

Die Aufnahme des Lehrbetriebs sei für das Wintersemester 2018/2019 geplant. Mit diesem Ziel werde derzeit das Akkreditierungsverfahren zumindest betrieben. Der Fachbereich der Hochschule Kaiserslautern in Zweibrücken ergänze mit dem Studiengang sein Angebot strategisch um einen weiteren betriebswirtschaftlichen Studiengang, der deutlich stärker als die anderen Studiengänge in Richtung Rechtswissenschaften orientiert sei.

Erfreulich sei, auf einem guten Weg zu sein, die Akkreditierung in den Griff zu bekommen und mit diesem modellhaften Projekt für eine Kooperation gut starten zu können.

Frau Abg. Lerch möchte wissen, ob es Überlegungen gebe, eine Ausweitung in Richtung Master vorzunehmen.

Herr Staatssekretär Prof. Dr. Barbaro erläutert zum üblichen Vorgehen, wenn etwas Neues angestoßen werde, werde erst einmal überprüft, wie damit gefahren werde. Zu denken sei dabei etwa an das Modellprojekt – auch in Kaiserslautern – zur Integration der dualen Ausbildung in das Studium bzw. des Studiums in die duale Ausbildung. Die Option einer Erweiterung auf Basis einer Evaluation werde sich ausdrücklich offengehalten.

21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –

Herr Staatssekretär Prof. Dr. Barbaro sagt auf Bitte von **Frau Abg. Schneid** zu, die Anzahl der Studierenden, die an diesem Projekt teilnehmen können, zur Verfügung zu stellen sowie ein Jahr nach Beginn des Studiengangs erneut zu berichten.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 7 der Tagesordnung:

Ergebnisse der Bologna-Konferenz

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

– Vorlage 17/3227 –

Frau Abg. Binz führt zur Begründung aus, vor drei bis vier Wochen hätten sich die Bildungsministerinnen und -minister aller Bologna-Länder und darüber hinaus viele andere Akteure aus dem Hochschulbereich bei der alle zwei Jahre stattfindenden Bologna-Konferenz getroffen. Wie zu lesen gewesen sei, habe Herr Staatsminister Professor Dr. Wolf als Teil der deutschen Delegation daran genommen. Deshalb sei es ein Anliegen, von den Erfahrungen zu hören.

Herr Staatssekretär Prof. Dr. Barbaro führt aus, die Bologna-Konferenz habe vom 23. bis 25. Mai 2018 stattgefunden. Als deutscher Vertreter für die Länderseite sei Herr Staatsminister Professor Dr. Wolf von der Kultusministerkonferenz gewählt worden. Er habe die deutsche Delegation gemeinsam mit der Bundesministerin für Bildung und Forschung Anja Karliczek angeführt.

Auf viele Ergebnisse, die der Presse zu entnehmen gewesen seien, wolle nicht eingegangen werden. Ein Punkt sei aber von besonderem rheinland-pfälzischen Interesse: Neben der Diskussion über die Fortschritte des Bologna-Prozesses habe es auch Möglichkeiten gegeben, den Vorschlag des französischen Präsidenten Emmanuel Macron, ein Netzwerk europäischer Universitäten zu etablieren, zu diskutieren. Dies sei Teil seiner europapolitischen Grundsatzrede gewesen.

Die Landesregierung habe in einem bilateralen Gespräch mit der französischen Wissenschaftsministerin Frédérique Vidal die Absicht bekräftigt, die Universität der Großregion mit den rheinland-pfälzischen Mitgliedsuniversitäten in Kaiserslautern und Trier auf den Weg zu einer europäischen Universität zu schicken und diese bei der Antragstellung auch zu unterstützen. Dies sei eine einmalige Chance, die man sich in der zusammenwachsenden europäischen Grenzregion zu Belgien, Luxemburg, Frankreich und dem Saarland nicht entgehen lassen sollte und wolle.

Die Ministerinnen und Minister hätten das Konferenz-Kommuniqué einstimmig verabschiedet, in dem neben einer Würdigung der Einzigartigkeit des europäischen Hochschulraums die gemeinsamen demokratischen Werte als das Rückgrat des Bologna-Prozesses erwähnt würden. Die gesellschaftliche Rolle der Hochschulen und ihre Aufgabe der Befähigung der Absolventen zur Teilhabe am demokratischen und inklusiven Gemeinwesen werde vor dem Hintergrund der aktuell in Europa zu beobachtenden politischen Radikalisierung, dem Erfolg populistischer Parteien und dem gewalttätigen Extremismus im Zuge der hohen Arbeitslosigkeit, der sozialen Ungleichheit und Problemen bei der Integration hervorgehoben. Im Kommuniqué bekenneten sich die Ministerinnen und Minister zur Unterstützung der Hochschulen bei der Förderung des interkulturellen Verständnisses und gesellschaftlichen Engagements und betonten die Bedeutung einer weiteren Ausweitung der Hochschulzugangsmöglichkeiten.

Der Antrag ist erledigt.

Punkt 9 der Tagesordnung:

Miro-Fußballschulen in der Partnerregion Oppeln

Antrag nach § 76 Abs. 2 GOLT

Fraktion der AfD

– Vorlage 17/3242 –

Herr Abg. Schmidt führt zur Begründung aus, Miro stehe für Miroslav Klose. Mit der an diesem Tag beginnenden Fußballweltmeisterschaft werde jeder – wahrscheinlich noch stärker, als er es im Bewusstsein habe – mitbekommen, dass Fußball doch mehr als „nur“ ein Sport sei und vieles mitschwinge. Im positiven Sinne sei Fußball und gerade ein solches großes Fußballturnier zugleich völkerverbindend und identitätsstiftend.

Der Antrag verbinde diese beiden Sachen und beziehe sich auf die Ebene der regionalen Partnerschaften. Es werde nach den Miro-Fußballschulen und ihrer Bedeutung für die Stärkung der deutschen Sprache in Oberschlesien gefragt, aber auch aus der Perspektive von Rheinland-Pfalz, welche Möglichkeiten sich für die Partnerschaft mit Oppeln aus diesen Fußballschulen ergeben könnten.

Herr Staatssekretär Prof. Dr. Barbaro verneint die erste Frage des Antrags, ob die Landesregierung in irgendeiner Form in die Entwicklung der Miro-Fußballschulen eingebunden gewesen sei oder sei. Zu allen anderen Fragen könne gesagt werden, erfreulich sei, dass Miroslav Klose weiterwirke und Fußballschulen nach ihm benannt seien.

Die Fragen könnten ansonsten nicht beantwortet werden, weil das für Wissenschaft zuständige Ministerium mit den sportpolitischen und jugendpolitischen Themen nicht auch nur ansatzweise betraut sei und der eigene Geschäftsbereich für groß genug erachtet werde. Insofern werde darum gebeten, die Fragen in den Ausschüssen zu stellen, die eine fachliche Zuständigkeit bejahen könnten.

Herr Abg. Schmitt stimmt dem Vorschlag, die Fragen auch in anderen Ausschüssen zu stellen, zu. Es sei aber von Interesse, ob nicht auch eine kulturelle Dimension gesehen werde, da es schließlich um Sprache und den regionalen Austausch gehe. Es gebe eine sportpolitische und jugendpolitische Dimension, aber nicht zuletzt auch eine kulturpolitische, weshalb der Antrag in diesen Ausschuss eingebracht worden sei.

Herr Staatssekretär Prof. Dr. Barbaro führt an, die Miro-Fußballschulen nicht aus eigener Anschauung zu kennen, weshalb zur kulturpolitischen Bedeutung einer Fußballschule nicht allzu viel beigetragen werden könne. Bei der Fußballschule seines Sohnes sei Kulturpolitik ein eher randständiges Thema, aber es wäre erfreulich, wenn es bei den Miro-Fußballschulen gänzlich anders sei.

Herr Abg. Schmitt bemerkt, sich näher mit den Miro-Fußballschulen beschäftigt zu haben, wenn auch nicht vor Ort. Es sähen sich immer wieder politische Delegationen, auch auf höheren Ebenen, diese Schulen an, weil sie einen Vorbildcharakter und eine große Ausstrahlung hätten sowie von erheblicher Bedeutung für die deutsche Sprache seien. Vielleicht sollte vonseiten des Ministeriums doch einmal ein wenig recherchiert werden, um sich zu informieren, welche Bedeutung es habe.

Die AfD-Fraktion sehe enorme Möglichkeiten für die Ausgestaltung der Partnerschaft mit der Region Oppeln – gerade mit Blick auf die Jugendabteilung in Kaiserslautern und die Fußballschulen in Rheinland-Pfalz –, die bisher offensichtlich bedauerlicherweise nicht genutzt worden seien.

Herr Staatssekretär Prof. Dr. Barbaro legt dar, nicht widersprechen zu wollen, dass für das Thema Sprachentwicklung und Sprachförderung auch eine Miro-Fußballschule einen nennenswerten Beitrag leisten könne. Allerdings sei das für Wissenschaft zuständige Ministerium mit dem Thema Spracherwerb nicht näher betraut. Dies sei als Hinweis zu verstehen, dass die Zuständigkeit nicht gegeben sei.

Der Antrag ist erledigt.

**21. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 14.06.2018
– Öffentliche Sitzung –**

Punkt 15 der Tagesordnung:

Verschiedenes

Der Ausschuss beschließt – vorbehaltlich der erforderlichen Genehmigung –, am Dienstag, 16.10.2018, ggf. ab 10 Uhr, eine auswärtige Sitzung in Trier durchzuführen. In diesem Rahmen sollen die Marx-Ausstellungen besucht werden.

Herr Staatssekretär Prof. Dr. Barbaro schlägt vor, die ebenfalls für den 16. Oktober 2018 vorgesehene Sitzung des Kuratoriums der Stiftung Rheinland-Pfalz für Kultur auch in Trier stattfinden zu lassen.

Herr Vors. Abg. Geis schließt die Sitzung mit einem Dank an die Anwesenden für die Mitarbeit.

gez. Dr. Rack
Protokollführerin

Anlage

In der Anwesenheitsliste eingetragene Abgeordnete:

Geis, Manfred	SPD
Hartloff, Jochen	SPD
Kazungu-Haß, Giorgina	SPD
Klomann, Johannes	SPD
Rehak-Nitsche, Dr. Katrin	SPD
Ernst, Guido	CDU
Oelbermann, Reinhard	CDU
Reichert, Christof	CDU
Schneid, Marion	CDU
Schmidt, Martin Louis	AfD
Lerch, Helga	FDP
Binz, Katharina	BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Zu TOP 1:

Machalet, Dr. Tanja	SPD
Enders, Dr. Peter	CDU
Gensch, Dr. Christoph	CDU
Thelen, Hedi	CDU
Wäschenbach, Michael	CDU
Groß, Dr. Sylvia	AfD

Für die Landesregierung:

Barbaro, Prof. Dr. Salvatore	Staatssekretär im Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur
------------------------------	--

Anzuhörende:

Heinz, Dr. Peter	Vorsitzender des Vorstands, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, Mainz
Kroemer, Prof. Dr. Heyo K.	Vorstand Forschung und Lehre, Dekan der Medizinischen Fakultät, Universitätsmedizin, Georg-August-Universität, Göttingen
Matheis, Dr. Günther	Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Mainz
Ritter, Dr. Gernot	Facharzt für Allgemeinmedizin, Anästhesie und Notfallmedizin, Halle
Siech, Carolin	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V., Berlin
Weber, Prof. Dr. Bernd	Prodekan für Studium und Lehre, Vice Dean of Medical Education, Acting Director Center for Economics and Neuroscience, Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Universität Bonn

Landtagsverwaltung:

Thiel, Christiane	Regierungsrätin
Rack, Dr. Katrin	Mitarbeiterin der Landtagsverwaltung (Protokollführerin)