



## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (37.) und Wissenschaftsausschuss (21.)**

### **Gemeinsame Sitzung (öffentlich)**

21. November 2018

Düsseldorf – Haus des Landtags

13:00 Uhr bis 15:00 Uhr

Vorsitz: Heike Gebhard (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

### **Verhandlungspunkt:**

**Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in den  
Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs des Landes Nordrhein-  
Westfalen (Landarztgesetz Nordrhein-Westfalen – LAG NRW)**

**3**

Gesetzentwurf  
der Landesregierung  
Drucksache 17/3037

– Anhörung von Sachverständigen –

*(Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage 1 + Folie der  
Ärztekammer Westfalen-Lippe Anlage 2)*

\* \* \*



**Vorsitzende Heike Gebhard:** Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich darf Sie alle ganz herzlich begrüßen, insbesondere die Mitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales und des Wissenschaftsausschusses, der sich pflichtig an der Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales beteiligt, und natürlich auch die Vertreterinnen und Vertreter der Landesregierung. Ganz besonders herzlich begrüße ich die Damen und Herren Sachverständigen sowie auch weitere Zuhörerinnen und Gäste und unseren Sitzungsdokumentarischen Dienst.

Die Einladung zu der heutigen Anhörung ist Ihnen mit der Nummer E 17/528 bekanntgegeben worden.

Wir behandeln heute:

**Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in den Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs des Landes Nordrhein-Westfalen (Landarztgesetz Nordrhein-Westfalen – LAG NRW)**

Gesetzentwurf  
der Landesregierung  
Drucksache 17/3037

– Anhörung von Sachverständigen –

*(Teilnehmende Sachverständige und Stellungnahmen siehe Anlage 1 + Folie der Ärztekammer Westfalen-Lippe Anlage 2)*

Das Plenum hat uns diesen Gesetzentwurf am 11. Juli 2018 nach erster Lesung federführend überwiesen. Der Wissenschaftsausschuss ist, wie bereits bei der Begrüßung erwähnt, mitberatend.

Am 5. September 2018 hat der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales eine Anhörung beschlossen. Da der Wissenschaftsausschuss beteiligt ist, darf ich an meiner rechten Seite dessen Ausschussvorsitzenden Herrn Seifen begrüßen. Er wird jedoch wegen der Teilnahme an einer weiteren Anhörung, die noch im Hause stattfindet, nur etwa 30 Minuten an dieser Sitzung teilnehmen können.

Ich darf mich ganz herzlich bei den Sachverständigen dafür bedanken, dass Sie uns Ihre Stellungnahmen schriftlich zugeleitet haben, und darf darauf hinweisen, dass Ausdrucke der Stellungnahmen noch am Eingang zur Mitnahme zur Verfügung stehen.

Ferner darf ich darauf aufmerksam machen, dass von dieser Anhörung ein Wortprotokoll erstellt wird. Auch das wird später öffentlich zugänglich sein.

Aufgrund des begrenzten Zeitrahmens, dies ist für uns als Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales heute schon die zweite Anhörung und anschließend folgt noch die Ausschusssitzung selbst, haben wir uns darauf verständigt, auf einzuführende Statements zu verzichten und direkt mit Fragen an Sie aus den Ausschüssen heraus

zu beginnen. Wir halten es so, dass wir zunächst einmal die Fragen sämtlicher Fraktionen, soweit gewünscht, die an Sie gerichtet werden, hören und anschließend zu einer gemeinsamen Antwortrunde starten.

Wenn ich Ihnen das Wort erteile, darf ich Sie herzlich bitten, das Mikrofon, das Sie sich bitte mit Ihrem Nachbarn teilen, einzuschalten.

Wir kommen nun zur ersten Fragerunde, die vom Kollegen Preuß eröffnet wird.

**Peter Preuß (CDU):** Frau Vorsitzende! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Auch von unserer Seite herzlichen Dank an die Sachverständigen für die vorliegenden Stellungnahmen. Es ergeben sich daraus natürlich noch einige Fragen bzw. Klärungsbedarf, den wir hier gerne erörtern möchten.

Zunächst habe ich eine Frage an Herrn Professor Huster, die das überspannende Rechtsthema betrifft. Es geht mir um die rechtstechnischen Probleme, die sich aus der vorgesehenen Quote, den Kriterien für die Studienplatzvergabe und insbesondere aus der Berufsausübung bzw. der Verpflichtung auf zehn Jahre ergeben. Außerdem möchte ich von Ihnen gerne wissen, wie Sie die vorgesehenen Sanktionen rechtlich beurteilen.

Darüber hinaus habe ich eine Frage an Herrn Dr. Nordmann. Sie haben in Ihrer Stellungnahme den „Klebeeffekt“ erwähnt. Wie ist dieser Effekt zu beziffern? Was verstehen Sie unter der „Campus-Praxis“, die Sie ebenfalls angesprochen haben?

An Herrn Dr. Bergmann möchte ich die Frage richten, was zu den Inhalten des Konzeptes zur Niederlassungsbegleitung für Fachärzte für innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, also sogenannte Allgemeininternisten zu sagen wäre. Vielleicht können Sie das noch einmal beschreiben.

Herrn Dr. Bergmann und Herrn Dr. Nordmann möchte ich jeweils als Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen fragen: Können Sie bitte darstellen bzw. ausführen, welche umfassenden und vielfältigen Maßnahmen die KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe bereits heute schon durchführen und planen, um die hausärztliche Versorgung in Nordrhein-Westfalen dauerhaft zu gewährleisten?

**Angela Lück (SPD):** Auch von meiner Fraktion ein herzliches Dankeschön für die von Ihnen eingereichten Stellungnahmen. Schön, dass Sie heute da sind und unsere Fragen beantworten.

Ich möchte gerne von den Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und den Ärztekammern wie auch vom Hausärzterverband und von Frau Hempen wissen: Wie beurteilen Sie die Vorauswahl für einen Studienplatz? Welche Punkte halten Sie bei den Auswahlkriterien für zentral zur Prüfung der Bewerberinnen und Bewerber? Wo sollte das Ihrer Meinung nach angesiedelt sein?

Zu welchen weiteren Maßnahmen raten Sie, um die Hausärztequote zu erhöhen? Welche Mittel halten Sie für erfolgversprechend, um die Niederlassung auf dem Land attraktiver zu gestalten? In diesem Zusammenhang habe ich auch die Frage: Wie ist

das, wenn man für diese Bereiche die Budgetierung aussetzen oder eine andere Regelung finden würde?

Wenn das Landarztgesetz bei uns in Kraft tritt, wird es frühestens 2030 eine Entlastung geben. Das reicht aber nicht. Wir alle wissen, dass der Ärztebedarf vorher schon gravierender wird. Welche Maßnahmen können Sie sich vorstellen, die ergriffen werden können, um hierfür frühzeitig Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen.

Noch eine Frage: Sehen Sie eigentlich die Fokussierung auf den Landarzt wirklich als gegeben an oder gibt es Ihrer Meinung nach nicht auch Großstadtquartiere oder Praxen, in denen bereits jetzt ein eklatanter Mangel zu verzeichnen ist? Wie sehen Sie das in Bezug auf die Fachärzte? Was müsste da getan werden? – Das sind meine ersten Fragen.

**Vorsitzende Heike Gebhard:** An wen richteten sich die letzten Fragen.

**Angela Lück (SPD):** An die Ärztekammern, an den Hausärzteverband, die Kassenärztliche Vereinigung sowie an Frau Hempten.

**Susanne Schneider (FDP):** Frau Vorsitzende! Werte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Damen und Herren Sachverständige! Auch im Namen der FDP-Landtagsfraktion danke ich Ihnen für Ihre ausführlichen Stellungnahmen. Es bleiben jetzt gar nicht mehr so viele Fragen offen.

Meine Fragen richten sich an Frau Professor Schwalen, an Herrn Dr. Bergmann und Herrn Dr. Nordmann und an Frau Richter-Scheer. Bitte erläutern Sie uns die Entwicklung in der hausärztlichen Versorgung, die bis zum Jahr 2030 Versorgungsdefizite bringen würde. Wie kann diese geplante Landarztquote hilfreich sein? Was halten Sie beispielsweise von ergänzenden Maßnahmen wie Stipendien, die die Kommunen teilweise überlegen zu vergeben, die von manchen Kreisen schon gewährt werden? Wie beurteilen Sie konkret das Angebot bzw. die Maßnahme der Landesregierung in Zusammenarbeit mit Ihnen, dass man versucht, Quereinsteiger in die hausärztliche Tätigkeit hineinzubringen? Als Beispiel möchte ich den Anästhesisten, der 20 Jahre im Krankenhaus gearbeitet hatte und sich nun niederlassen möchte, nennen. Wie bewerten Sie das?

Ich habe noch eine weitere Frage an Frau Richter-Scheer. Sie schlagen in Ihrer Stellungnahme eine Abstaffelung der Vertragsstrafe vor. Begründen Sie mir bitte diese Position und erläutern Sie bitte auch kurz die zu erwartenden Auswirkungen.

**Dr. Martin Vincentz (AfD):** Frau Vorsitzende! Auch von unserer Seite aus natürlich ein großes Dankeschön für die Stellungnahmen. Viele Fragen sind jetzt schon gestellt worden. Trotzdem habe ich noch einige. An Frau Vontz-Liesegang vom Städte- tag.NRW habe ich die Frage: Sie führen in Ihrer Stellungnahme richtigerweise aus, dass es auch andere fachärztliche Disziplinen gibt, insbesondere den Öffentlichen Gesundheitsdienst, der unter einem starken Mangel leidet. Sehen Sie durch diese Quote

Begehrlichkeiten auch bei anderen Facharzttrichtungen geweckt oder erkennen Sie dort gegebenenfalls Nachholbedarf?

Meine nächste Frage richtet sich an Frau Richter-Scheer. Es ist kein Geheimnis, das habe ich schon häufiger hier im Ausschuss andiskutiert, dass ich bei diesen Quoten ein wenig Bauchweh habe, insbesondere bei den hohen Verpflichtungen, die eingegangen werden, falls der Vertrag nicht erfüllt werden sollte. In Ihrer Stellungnahme schreiben Sie richtigerweise, dass es dort vielleicht eine Abstufung geben sollte. Wie würden Sie es begründen, wenn sich jemand elf Jahre, bevor er letztlich in den relativ speziellen Beruf des Hausarztes wechselt, sich schon vorher auf den Beruf des Hausarztes festlegen muss? Halten Sie das gerade bei dem eigentlich sehr attraktiven und sehr speziellen Beruf des Hausarztes für sinnvoll, das so früh festzulegen und dann vertraglich mit so empfindlichen Strafen zu staffeln?

Eine Frage habe ich noch an die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Ärztekammern. Ich denke, wir sind uns alle einig, dass das Landarztgesetz, das jetzt auf den Weg geht, ein Baustein ist, aber allein von seinem Umfang her gar nicht die Probleme abfedern kann, die auf uns zukommen. Welche anderen Wege sind aus Ihrer Sicht vorstellbar, wünschenswert, die gegangen werden müssen, um diese Probleme, die auf uns zukommen, abzufedern?

**Dietmar Bell (SPD):** Herzlichen Dank auch von meiner Seite an die Sachverständigen für Ihr Kommen. Ich bin der wissenschaftspolitische Sprecher der SPD-Fraktion und habe deswegen weniger den Versorgungsaspekt im Blick – da bitte ich um Verständnis –, sondern die Frage der Umsetzung des Bundesverfassungsurteils, weil das meines Erachtens bei der Frage der rechtlichen Organisation von Auswahlentscheidungen im Rahmen des Vorverfahrens eine nicht unerhebliche Rolle spielt.

Herr Achelpöhlner hat in seiner Stellungnahme ausgeführt, dass er die Verordnungsermächtigung für zweifelhaft hält. Dazu hätte ich gerne nähere Informationen. Auch Herrn Professor Dr. Huster möchte ich fragen, ob er diese rechtliche Einschätzung teilt, weil das für die Frage der Durchführung nicht unerheblich ist bei der Überlegung, was an operativen Dingen getan werden muss, damit man ein sachgerechtes Verfahren entsprechend abwickeln kann.

Die zweite Frage betrifft die Festlegung der Auswahlkriterien. Ich habe aus dem Verordnungsentwurf zur Kenntnis nehmen können, dass 40 % für berufserfahrene Studieninteressierte vorgehalten werden sollen. Das will ich jetzt inhaltlich gar nicht bewerten. Ich bin selber Krankenpfleger und kenne viele Kolleginnen und Kollegen, die auch Medizin studiert haben. Das Bundesverfassungsgericht hatte ja in seiner Entscheidung hinsichtlich der Bewertung der Kriterien diese Fragen der Festlegung unter anderem bei der Wartezeit, wo ja häufig die beruflich Erfahrenen subsummiert waren, so ausgeführt, dass dem keine verfassungsrechtlichen Bedenken entgegenstehen, wenn die Quote von 20 % nicht gerissen würde. – Dazu hätte ich gerne eine Einschätzung von Ihnen, ob die Quote von 40 % der Berufserfahrenen möglicherweise juristisch angreifbar ist und wir möglicherweise Schwierigkeiten bekommen. Ich würde gerne Rechtssicherheit in dem bestimmten Verfahren schaffen.

Der letzte Punkt betrifft die Vergleichbarkeit der Abiturnoten. In der Stellungnahme von Herrn Achelpöhler wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Bundesverfassungsgericht hier seine Hausaufgaben gemacht hat. Der Staatsvertrag zwischen den Bundesländern ist in der finalen Abstimmung. Meine diesbezügliche Frage an die Herren Professor Dr. Huster und Herrn Achelpöhler lautet: Inwieweit müssten entsprechende Auswahlkriterien diese Dinge berücksichtigen? Ich habe nämlich den Stellungnahmen entnommen, dass eine reine Beschränkung auf NRW bei Studienbewerberinnen und -bewerbern verfassungsmäßig nicht zulässig wäre. So habe ich die Stellungnahmen verstanden.

**Matthi Bolte-Richter (GRÜNE):** Auch von der Grünenfraktion herzlichen Dank an die Sachverständigen für Ihre Stellungnahmen und für Ihre Teilnahme an der heutigen Sitzung. Von meinen Vorrednern sind tatsächlich schon viele Punkte angesprochen worden. Ich möchte gerne drei Aspekte ergänzen.

Meine erste Frage möchte ich an Frau Professorin Schwalen und Herrn Dr. Windhorst richten. Herr Professor Huster hat in seinem Gutachten abgewogen, ob diese Landarztquote ein milderer Mittel sei oder andere Maßnahmen vorzuziehen seien? Herr Huster kommt zu dem Ergebnis, dass der Ausbau der Medizinstudienplätze oder die Förderung der Telemedizin, Fortbildung von nichtärztlichem Personal usw. als weniger zielführend zur Erreichung des Zwecks anzusehen sei. Ihre Bewertung dieser Aussage würde mich interessieren.

Herrn Professor Huster und Herrn Achelpöhler möchte ich fragen, da Sie ja für die rechtlichen Fragen hier sind: Wenn wir davon ausgehen, dass die Landarztquote kommt – viele Vorredner sind ja schon darauf eingegangen –, was wäre aus Ihrer Sicht an dem vorliegenden Gesetzentwurf konkret zu ändern, um alle rechtlichen Unsicherheiten und alle juristischen Fragestellungen auszuräumen, damit es auf jeden Fall verfassungskonform ist und keine rechtlichen Beanstandungen zu treffen sind?

Meine dritte und letzte Frage geht an Herrn Achelpöhler. Sie haben in Ihrer Stellungnahme auch das Stichwort „Medizinstudienplätze“ und die Frage, wie kommen Studierende an ihre Ausbildungskapazitäten bei den Professoren, angesprochen. Dazu haben Sie ja einiges gesagt. Wenn Sie das noch einmal ausführen könnten, würde mich das sehr freuen.

**Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE):** Ich möchte noch gerne zwei Punkte ergänzen. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat ja auch relativ ausführlich darauf abgestellt, dass es sich bei den Landärzten möglicherweise nicht nur um die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner handelt, sondern auch um andere Berufsgruppen, wie die Kinder- und Jugendärzte, die abzugrenzen sind. Hierzu hätte ich gerne eine Einschätzung auch der anderen Sachverständigen der Kammern und der Kassenärztlichen Vereinigung gehört, wie Sie den Datenbestand einschätzen. Ist das tatsächlich so?

Die Kollegin hat ja auch eine ganz wichtige Frage gestellt, nämlich die Frage der Finanzierung. Wenn die Budgetgrenzen angehoben würden – als eine Möglichkeit – oder auch die Terminvergaben ausgeweitet würden, könnte das zumindest kurzfristig

eine Rolle spielen. Ich will das sachlich nicht näher einschätzen. Könnten Sie uns hierzu Ihre Meinung sagen?

Mein zweiter Punkt ist quasi eine Präzisierung dessen, was Herr Kollege Bolte-Richter Herrn Achelpöhler gefragt hatte. Ich fand es ja sehr spannend, was ich in Ihrer Stellungnahme zu dem Status der Lehrenden gelesen habe. Offensichtlich ist er entscheidend dafür, wieviel Lehrtätigkeit von ihnen erbracht wird, ob eine Festanstellung oder eine befristete Anstellung besteht. Welche Kapazitäten wären Ihrer Meinung nach da noch herauszuholen? Ich möchte auch Herrn Professor Huster hierzu um seine Einschätzung bitten.

Die letzte Frage möchte ich gerne an die kommunalen Spitzenverbände richten. Hier geht es um das Landarztprogramm, das jetzt auf Orte von max. 25.000 Einwohnern beschränkt werden soll. Sehen Sie dies als den richtigen Schritt an? Welche Schritte sieht die kommunale Seite – das hat der Kollege Preuß am Anfang schon gefragt – als sinnvoll an?

**Vorsitzende Heike Gebhard:** Ich muss noch einen Hinweis geben, den ich zu Anfang versäumt habe, zu erwähnen. Es ist mir deutlich geworden, als der Kollege Bell auf die Eckpunkte hingewiesen hat. Eingangs hatte ich erwähnt, dass die Grundlage dieser Anhörung der Gesetzentwurf ist. Dieser Gesetzentwurf enthält den Hinweis auf eine Ermächtigung zu einer Rechtsverordnung. Diese liegt uns noch nicht vor. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat uns aber freundlicherweise schon einige Eckpunkte dazu unterbreitet. Ich habe mir erlaubt, dieses auch den Sachverständigen – das sollten die Mitglieder beider Ausschüsse wissen – zum Wochenende hin zur Kenntnis zu geben, sodass Sie, wie ich hoffe, in der Lage sind, die Inhalte dieses Papieres in Ihre Statements mit einzubeziehen.

Wir kommen jetzt zur Beantwortung der Fragen. Ich schlage vor, dass wir diese in der Reihenfolge, wie sie auf dem Tableau ausgewiesen ist, vornehmen. Wir beginnen zunächst mit den kommunalen Spitzenverbänden. Bitte verständigen Sie sich untereinander, wer zu welchem Punkt sprechen möchte.

**Andrea Vontz-Liesegang (Städtetag NRW):** Das Eingangsstatement werde ich übernehmen, und die Kollegen würden dann entsprechend ergänzen.

Zunächst möchte ich auf die Frage, was der Anknüpfungspunkt sein muss, eingehen. Der Anknüpfungspunkt muss aus unserer Sicht das Bestehen eines besonderen öffentlichen Bedarfs sein. Das ist insbesondere die Position des Städtetages, dass ein besonderer öffentlicher Bedarf nicht nur im ländlichen Raum gegeben sein muss, sondern dass er auch im städtischen Bereich durchaus schon teilweise gegeben ist bzw. sich abzeichnet.

Man sollte das Gesetz so ausgestalten, dass – wie gesagt – der Anknüpfungspunkt immer das Bestehen des öffentlichen Bedarfs ist.

Die weitere Frage lautete: Welche ärztlichen Tätigkeiten sind nach dem Entwurf davon erfasst? – Es ist der hausärztliche Bereich. Nach unserer Kenntnis zeichnet es sich

aber auch in anderen Facharzt Disziplinen bereits ab, dass es zu Mangelsituationen kommt, sodass zumindest für den Bereich der kinder- und jugendärztlichen Versorgung, aber auch bei der psychotherapeutischen Versorgung usw. vergleichbare Mangelsituationen vorzufinden sind. Das sollte aus unserer Sicht mit einbezogen werden.

Als Letztes möchte ich den Punkt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der natürlich unmittelbares kommunales Interesse ist, besonders ansprechen. Da haben wir bereits heute schon erhebliche Probleme. Diese werden sich in den nächsten Jahren deutlich verstärken. Die Altersstruktur ist so, dass wir damit rechnen müssen, sehr viele Stellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht mehr besetzen zu können bei einem gleichzeitigen Anwachsen des Aufgabenspektrums. Vor diesem Hintergrund fänden wir es sehr sinnvoll, wenn auch der Öffentliche Gesundheitsdienst mit einbezogen würde.

**Thomas Krämer (Landkreistag NRW):** Auch im Namen des Landkreistages möchte ich mich für die Möglichkeit, an dieser Anhörung teilnehmen zu können, bedanken. Wir sehen grundsätzlich, wie wir auch in der Stellungnahme ausgeführt haben, das Instrument der Vorabquote als durchaus geeignet an, um der medizinischen Unterversorgung langfristig begegnen zu können.

Das, was Herr Dr. Vincentz aber zurecht gefragt hat, bezog sich darauf, ob dies auch für weitere Facharztgruppen sinnvoll sein könnte bzw. dort Begehrlichkeiten wecken könnte, wie Sie ausgeführt haben. Dazu ist zu sagen, dass der unmittelbare Bedarf bei bestimmten Facharztgruppen so ausweislich vorhanden ist, dass man zumindest dieses sehr wirksame Instrument der Vorabquote auch dafür andenken müsste.

Wir haben uns bereits seit Längerem auch gegenüber dem Land so verhalten, dass wir insbesondere für uns selbst als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und für eine Vorabquote der betreffenden Facharztgruppe der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst stark gemacht haben. Wir halten das insbesondere auch in der Zusammenarbeit mit dem Land für eine mehr als notwendige Ergänzung, selbst wenn wir jetzt einsehen, dass wir Stück für Stück vorangehen müssen. Das ist das Gesetz, das die hausärztliche Versorgung verbessern soll, und das unterstützen wir. Auch wenn wir darauf hingewiesen haben, dass das Instrument wahrscheinlich erst in zehn bis zwölf Jahren effektiv Wirkung zeigen wird, ist es doch ein Anfang. Bevor man letztlich die fehlenden weiteren Maßnahmen kritisiert, muss man zunächst loben, dass es einen Anfang gibt.

Nichtsdestotrotz haben wir einen konkreten Vorschlag gemacht. Es hat bereits einmal ein sogenanntes Regierungsmedizinalpraktikanten-Programm gegeben. Das war ein Programm, das es in Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und dem Land ermöglicht hat, Ärzte für den ÖGD auszubilden. Herr Dr. Lange ist der Gesundheitsamtsleiter des Kreises Mettmann und ist seinerzeit aus diesem Programm hervorgegangen. Er kann noch ein paar Sätze zu der Idee dieses Programms als Gedankenanstoß ausführen.

**Dr. Rudolf Lange (Gesundheitsamt Kreis Mettmann):** Frau Vorsitzende! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich bedanke mich für diese Möglichkeit. Sie sehen hier

vor sich einen sogenannten Ex-Regierungsmedizinalpraktikanten. Die Idee einer Quote für das Studium ist ja wirklich nicht neu. Ich habe in den 70er-Jahren die Möglichkeit gehabt, über ein Auswahlprogramm zu studieren, obwohl mein Numerus – das ist ja heute das A und O – ein ganz klein wenig zu schlecht war. Ich wusste von Anfang an, wenn ich mich in dieses Programm gebe, dass ich mich für eine Tätigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verpflichten soll. Ich wusste durch ein Vorpraktikum, was entsprechend organisiert wurde, welche Tätigkeiten in Zukunft auf mich zukommen können. Ich konnte mich vor allem während des Studiums – das ist sicherlich nicht zu unterschätzen – auch darauf vorbereiten, was mich in späterer beruflicher Tätigkeit erwartet – und habe diese Laufbahn jetzt einige Jahrzehnte, meine ich, ganz erfolgreich bewältigt.

Wenn ich mir den Kollegenkreis im Öffentlichen Gesundheitsdienst anschau, dann weiß ich, dass mit mir eine ganze Reihe von ebenfalls Ex-Regierungsmedizinalpraktikanten bis einschließlich zum Ministerium in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen werden. Den Bedarf haben wir genauso, wie er im Landärztereich besteht, und ich denke – das möchte ich jetzt nicht gewichten –, den spüren wir an manchen Stellen noch viel stärker, weil es uns schwerfällt, überhaupt Ärzte für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu gewinnen. Ein Kollege sagte eben „den wenig attraktiven Bereich“. Wenn der Beruf des Hausarztes schon wenig attraktiv erscheint, erscheint vielen Ärzten der Öffentliche Gesundheitsdienst – übrigens völlig fälschlich – als noch weniger attraktiv. Dem kann ich nur widersprechen.

Insoweit darf ich ergänzend an Sie appellieren, die Thematik nicht nur auf Landärzte zu beschränken, sondern auf die Bereiche, in denen ein klarer erkennbarer öffentlicher Bedarf besteht. Geeignete Auswahlverfahren hat es in der Vergangenheit gegeben. Man wird sie sicherlich modernisieren müssen, Varianten kann man dazu gestalten. Aber der Bedarf ist eminent.

**Dr. Matthias Menzel (Städte- und Gemeindebund NRW):** Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Herr Mostofizadeh hatte nach dem Landarztprogramm und unserer Meinung hierzu gefragt. In der Tat ist es so, dass das Landarztprogramm, das Mitte des Jahres vonseiten des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales überarbeitet worden ist, seinen Fokus auf Kommunen bis zur Schwelle von 25.000 Einwohnern setzt. Oberhalb von 40.000 Einwohnern ist es so, dass überhaupt keine Förderung mehr in Betracht kommt.

Den Blick auf kleinere Kommunen zu richten, halten wir grundsätzlich für vertretbar und sinnvoll, weil in vielen kleineren Kommunen der Bedarf sehr groß ist. Ich denke da an den lippischen Bereich, an das Sauerland oder Teile des Münsterlandes. Allerdings stellt sich diese Problematik nicht alleine in Kommunen bis ca. 25.000 oder 40.000 Einwohnern. Es gibt größere kreisangehörige Städte, bei denen sich diese Probleme ergeben. In noch größeren Kommunen stellt sich dies dann als Stadtteilproblematik dar. Deshalb möchte ich an dieser Stelle noch einmal an das Land, an

Sie, appellieren, dass Sie sich gegenüber dem MAGS dafür einsetzen, dass die Richtlinie etwas angepasst wird. Wir stellen uns schon vor, dass die Richtlinie auch für größere Kommunen im Bedarfsfall zumindest geöffnet wird.

**Prof. Dr. Susanne Schwalen (Ärztammer Nordrhein, Düsseldorf):** Ich möchte gerne als Erstes auf die Frage zu den Kriterien eingehen und die Begründung des Gesetzentwurfs näher betrachten. Hier wird nämlich ausgeführt, dass der Kandidat seine fachliche und persönliche Eignung für die hausärztliche Tätigkeit auf dem Land zeigen soll.

Außerdem werde ich das Gutachten von Herrn Huster ansprechen, in dem er sagt, Kriterien müssten einerseits der erfolgreiche Studienabschluss und die hinreichend qualitätsvolle Tätigkeit als Landarzt sein. Insofern möchte ich darauf aufmerksam machen, dass wir Hinweise darauf haben, welche Auswahlkriterien es gibt, um einen erfolgreichen Studienabschluss gewährleisten zu können, was sich ja auch in den letzten Jahren tatsächlich bewahrheitet hat. Die Abbrecherquoten sind extrem gering und sind nur am Anfang des Studiums zu sehen. Wir haben keine validierten Kriterien, was einen guten Hausarzt ausmacht. Wir haben kein validiertes Kriterium, was einen guten Hausarzt auf dem Land auszeichnet. Insofern finde ich es hochproblematisch, prognostisch elfeinhalb Jahre im Voraus zu überlegen, anhand welcher Kriterien ich in Auswahlgesprächen die einzelnen Personen selektiere.

In dem, was Sie uns geschickt haben, ist darauf hingewiesen worden, dass bestimmte Kompetenzen erfragt werden sollen. Zum Beispiel sollen Aspekte wie Entscheidungsfähigkeit, Belastbarkeit, Selbstständigkeit und Kooperationsbereitschaft erfasst werden. Ich kann klar sagen, dass dies alles Kompetenzen sind, die jeder Arzt haben muss. Die zeichnen jetzt nicht den Landarzt aus. Insofern würde ich jetzt dahinter ein großes Fragezeichen setzen. Wenn wir standardisierte Auswahlgespräche durchführen, müssen wir wissen, welche Kriterien vorzugeben sind; validierte haben wir nicht. Wir haben auch keine Kriterien, die über diese Zeiträume überhaupt Stand halten können; denn wir wissen, dass es auch Interessensverschiebungen gibt.

Man könnte an dieser Stelle überlegen, sich der Entwicklung, die auf Bundesebene für die Auswahlkriterien stattfindet, anzuschließen und eine Vorabquote festzulegen, um dann die Besten herauszuholen. Das hätte auch den Charme, dass es sehr ressourcensparend wäre. Die Kosten für vier Vollzeitstellen im Landesgesundheitszentrum werden uns finanziert. Das ist jedoch nicht alles, denn das sind lediglich die Stellen für die Organisation, aber nicht die, die für die Durchführung der Auswahlgespräche erforderlich sind. Insofern werden noch erheblich weitere Ressourcen benötigt, um die Auswahlgespräche abwickeln zu können.

Hinsichtlich der Entwicklung der hausärztlichen Versorgung wird Herr Dr. Windhorst etwas sagen.

Welche mildereren Faktoren gibt es? – Sicherlich würden wir uns wünschen, dass die Allgemeinmedizin auch in der Ausbildung noch weiter gestärkt wird. Der Weg zu Lehr-

stuhlinhabern in der Allgemeinmedizin an den Universitäten in NRW war sehr mühsam. Die Bereiche sind noch weiterhin sehr klein. Wenn Sie sich vorstellen, dass ein Student – ich kann es nicht genau sagen – geschätzt 50 Fächer in den sechs Jahren durchläuft, von denen eines die Allgemeinmedizin ist, kann man nicht glauben, dass 50 % der Studenten daran „kleben“ bleiben, wenn sie gleichzeitig noch die Bedeutung des Faches an den Universitäten sehen. Insofern mein Plädoyer: Weitere Stärkung der Bedeutung der Allgemeinmedizin auch an den Universitäten.

Wir sind meines Erachtens auf dem Weg auch was die weitere finanzielle Unterstützung betrifft. Natürlich ist das ein Weg, um Leute für bestimmte Regionen, die nicht so attraktiv sind, zu gewinnen.

Der Quereinstieg, der ja gleich noch adressiert werden wird, wurde über die KV gestartet. Ich denke, das ist ein sehr gutes Mittel, um noch weitere Interessenten in der Breite zu bekommen.

Die letzte Frage bezog sich auf die Telemedizin. In einer unserer Stellungnahmen haben wir den Hinweis darauf mit der Frage verbunden, wie wir es erreichen, insgesamt mehr Leistung auch kurzfristig in die Breite zu bekommen, da wir über die Landarztquote frühestens in elfeinhalb – günstigstenfalls – Jahren die ersten Ärzte bekommen werden, die dann in diesen Regionen tätig sein können. Wir wissen ja jetzt schon, dass wir dieses Loch schon vorher haben werden, übrigens – und das sehe ich genauso wie der Städtetag – nicht nur auf dem Land, sondern auch in vielen städtischen Regionen. Insgesamt sind wir als Land da auf einem guten Weg. Das Land hat die Digitalstrategie aufgelegt. Es ist klar gesagt worden, mehr Ressourcen in die Digitalisierung geben zu wollen. Wir werden da sicherlich bestimmte Bereiche, wenn wir die nächsten Schritte gehen, schneller abdecken können, als wenn wir darauf warten, was in zwölf Jahren aus den Universitäten herauskommt.

Eine Sache möchte ich noch ansprechen. Warum sage ich immer „Günstigstenfalls elfeinhalb Jahre“? Sie sollten berücksichtigen: Wir haben 13 Semester Regelstudienzeit für die Medizin. Es schließt sich eine Weiterbildung an, und wir haben eine zunehmende Zahl an Weiterbildungsassistenten, die sich in Teilzeit weiterbilden. Es gibt Chefärzte, die mir sagen: Ich bin der einzige, der in meiner Abteilung Vollzeit im Krankenhaus arbeitet. – Das ist nicht abwegig. Das bedeutet jedoch, dass die Dauer, bis die Menschen Ihre Ausbildung abgeschlossen haben, noch länger ist als diese elfeinhalb Jahre. Das wäre der Optimalfall. Zählen Sie ruhig noch einmal zwei, drei Jahre hinzu. Außerdem haben wir die zunehmende Feminisierung im Bereich der Medizin. Es ist wirklich mehr als üblich, dass – die Gespräche führe ich ständig – natürlich die Ärztinnen dann auch Kinder bekommen wollen. So ist das nun einmal. Was machen die dann? – Die nehmen ein Jahr Auszeit und fangen anschließend mit 30 % der normalen Arbeitszeit wieder an. Auch das liegt in der Weiterbildungszeit, bevor sie überhaupt als Landarzt tätig werden können. Deswegen sollten Sie die Zeiten noch einmal gehört haben.

**Dr. Theodor Windhorst (Ärztchamber Westfalen-Lippe):** Das ist ein guter Aufschlag, denn die Realität sieht genauso aus. Wir werden mit dem Zeitprogramm in die

Verlängerung gehen müssen. Trotzdem muss man einen Marathon immer mit dem ersten Schritt anfangen. Wir haben es bereits von den kommunalen Spitzenverbänden gehört, dass wir den öffentlichen Bedarf so gut beobachten, dass wir auch reagieren dürfen müssen. Es gibt natürlich viele, viele Dinge, die zu regeln sind. Ein Punkt ist die Landarztquote in dem Gesamtpaket, das wir andenken. Wir haben von Soft Skills, von der Telemedizin und von all diesen Dingen in dem Zusammenhang gehört.

Auch wenn das Ganze aufgrund der Teilzeitverträge zwischen 11 und 15 Jahren dauern wird, brauchen wir meines Erachtens als Erstes, und ich sage es, auch wenn Sie es nicht hören wollen, mehr Studienplätze für den Arzt. Wir haben eine Kriteriensammlung, die ich Ihnen zeigen kann. Wir haben in den letzten 20 Jahren die Zahl der Medizinstudienplätze um 1.000 nur in Nordrhein-Westfalen heruntersetzt. Früher gingen wir in Bochum mit 660 Studenten an, heute sind es 300, in Münster startete das Erstsemester mit ungefähr 500 Studenten, heute sind es 250.

(Zuruf: Wann war das?)

– Vor 20 Jahren. Es ist schon länger her, aber es ist ein stetiger Abbau gewesen. Das muss man einmal deutlich in dieser Weise sagen.

Ich befürworte die Landarztquote jetzt, nachdem ich zuvor hier Kritik geübt habe, weil sie eine ganz besondere Funktion erreicht hat. Sie hat einerseits in der Rechtssystematik vom Bundesverfassungsgericht einen kleinen Stempel mit „positiv“ erhalten und andererseits kann sie helfen, dem Landarztmangel entgegen zu wirken.

Wir haben gehört, dass wir ungefähr 15 Jahre für die Umsetzung brauchen werden. Daher möchte ich Ihnen dieses Schaubild kurz zeigen.

(Die Grafik „Altersstruktur nach Staatsangehörigkeit“ ist als Anlage beigefügt)

Die Grafik stellt die Altersstruktur der deutschen und ausländischen Ärzte in Ostwestfalen-Lippe dar. Bis zu einem Alter von 42 Jahren steigt die Zahl der Ärzte an, dann folgt eine Delle. Das sind die Ärzte, die wir in dem Alter nicht mehr haben, die wir aber viele Jahre zuvor noch hatten, wie wir bei den 53- bis 60-Jährigen sehen. Erst ab einem Alter von ca. 48 Jahren nimmt die Zahl der Ärzte wieder zu. Das heißt, wir haben noch ungefähr 20 Jahre, bevor der Mangel kommt.

Die grünen Balken stellt die Zahl der ausländischen Ärzte, die vorwiegend im Krankenhaus arbeiten und gerade in der Altersstruktur bis 42 Jahren einen erheblichen Teil ausmachen, dar. Sie werden sich jedoch eins nicht antun, und zwar die Niederlassung, die Freiberuflichkeit. Daher können Sie das System hierdurch auch nicht stärken.

Sie können diese Zahlen haben, sie sind nicht erdacht und mit Hilfe der KV zusammengestellt worden. Wir gehen ja noch weiter in dieses Konstrukt.

Was machen wir, damit unsere Kinder und Kindeskinde uns später nicht sagen: Ihr habt ja nichts gemacht. Ihr habt zugesehen, wie das Ganze den Bach heruntergegangen ist.

Ich bin eindeutig für die Landarztquote. Die erforderlichen Kriterien müssen wir aber an die Approbationsordnung andocken. Die Approbationsordnung besagt, dass mit der medizinischen Ausbildung an den Universitäten der approbierte Arzt geschaffen wird. Es ist weder der approbierte Hausarzt noch der approbierte ÖGDler oder wer auch immer. Wir müssen vorsichtig sein, dass wir nicht viel zu früh eine Weichenstellung versuchen zu erzwingen, die uns hinterher in der gesamten Beurteilung des öffentlichen Bedarfs nicht erreicht.

Ich habe versucht, mit meinen Juristen die Eckpunkteverordnung dahin gehend zu untersuchen, ob Sie nun ausschließlich den Allgemeinmediziner, also den Facharzt für Allgemeinmedizin, wollen. Dem SGB V, auf das Sie sich beziehen, kann ich schon entnehmen, dass nicht nur der Allgemeinmediziner, sondern auch der Kinder- und Jugendarzt und der hausärztliche Internist damit gemeint ist, was ich als positiv empfinde. Da haben sich die Kolleginnen und Kollegen, wie wir gerade gehört haben, viel zu früh entscheiden müssen.

Zu meiner Zeit gab es auch den Regierungsmedizinpraktikanten. Wir hatten entsprechende Kollegen im Studium, ganze nette Menschen übrigens. Sie haben von ihrem Charme nichts verloren. Es gab jedoch einige, die geklagt haben, woraufhin damals die Gerichte festgestellt haben, dass es sittenwidrig ist, die Studenten so früh zu fixieren. Das hat sich aber jetzt durch die Vorbereitung im Rahmen der Gesetzesänderung und der Rechtsverordnung geändert. Ich finde, das ist positiv zu bewerten.

Wir haben den Ärztemangel in bestimmten Bereichen, den Sie gerade benannt haben, das ist richtig. Wir haben einen Mangel bei den Kinder- und Jugendärzten, bei den Psychiatern. Wir haben derzeit in Nordrhein-Westfalen 2.800 Ärzte zu wenig, 1.100 in Westfalen-Lippe und 1.700 in Nordrhein. Diese Zahlen habe ich aus der Zeitung, die werden auch ihre Quellen haben. Es ist auf jeden Fall ein Mangel vorhanden.

Bielefeld zum Beispiel hat 35 freie Arztsitze. Es ist eine Stadt von 330.000 Einwohnern mit 35 freien Arztsitzen. Die muss man auch irgendwie besetzen. Das erreichen wir aber nicht mit der Landarztquote.

Den „Klebeeffekt“ möchte ich vorwegnehmen. Die Frage war an meine Kollegen gerichtet, ich werde auch nur kurz darauf eingehen. Im Rahmen meiner Studien habe ich versucht zu verdeutlichen, wo es diesen Effekt gibt, und zwar in Dresden, in Trier, in Münster. Diese Informationen kann man auch den Daten der KBV entnehmen. Mir ist nur wichtig zu erwähnen: Als Ergebnis der Recherchen über den Ärztemangel können Sie feststellen, dass es in Münster keinen Mangel gibt. Das Gleiche trifft für Bochum zu. Das kann ja nur etwas mit der Universität zu tun haben. Bielefeld hat eine Universität und ist eine große Stadt, hat aber 35 offene Arztplätze. Man muss sich fragen, wie wir im universitären Raum mit einer Medizinerfakultät diesen Klebeeffekt verfestigen.

Frau Professor Schwalen hatte gerade von Zahlen gesprochen. Auch in 15 Jahren können wir noch einiges regeln, wenn wir nicht anderes unterlassen. Wir müssen die Universitäten dahin bringen, dass sie eine Angebotspalette bereithalten, die fachlich

nicht schlecht geredet wird, sondern die von einer ganz besonderen Güte ist. Die allgemeinmedizinischen Lehrstühle müssten mittlerweile so gut ausgerichtet sein, dass man auch mit denen arbeiten kann. Da gibt es zwei, drei Universitäten in unserem Zirkel der sieben großen Universitäten, wo es noch nicht so ganz klappt, aber man soll ja die Hoffnung nicht aufgeben.

Es ist ein ganz wichtiger Mediator, dass man dort im allgemeinmedizinischen Bereich die Möglichkeit hat, die Doktorarbeit zu schreiben, dass man sieht, dass die Qualifizierung für den sogenannten Generalisten eine ganz wichtige ist.

Mittlerweile haben wir, Frau Schwalen hat es angedeutet, immer mehr Teilzeitärzte. Vor ungefähr fünf Jahren haben wir eine Untersuchung durchgeführt. Um 1.000 Vollzeitstellen zu besetzen, brauchten wir seinerzeit 1.300 Kolleginnen und Kollegen, die die Arbeit übernehmen, mittlerweile sind es 1.500. Es werden immer mehr benötigt; denn wir haben jetzt nicht nur Halbtagskräfte, sondern auch schon Drittelkräfte. Auf den Intensivstationen haben wir teilweise Anästhesisten, die nur stundenweise kommen. Da gibt es fünf- bis sechsmal eine Übergabe, was sich in der Schnittstellenproblematik, in der Weitergabe von Informationen niederschlägt.

Wir brauchen eine Änderung unseres Denkens, und das kann man am besten schaffen, wenn man die Ausbildung so gut gestaltet, dass man die Kolleginnen und Kollegen von vornherein auf ihren Beruf vorbereitet.

Jetzt zu der Zeit: Kann man es verantworten, dass man die jungen Leute in diesen Bereich drängt? – Wir müssten dann ja beginnen, mit dem Numerus Clausus zu hadern. Die jungen Leute werden heute schon in der Schule darauf gedrillt und fixiert, den NC zu erreichen und gut zu sein. Bei den Damen haben wir noch eine andere hormonelle Grundsituation, die ich gar nicht kritisieren, die jedoch vorhanden ist. Wenn man billigend in Kauf nimmt, dass man durch den NC einen Teil der Jugend aussondert und sie in einen konzentrierenden Vorwärtsgang drängt, um später etwas zu erreichen, dann kann man das ruhig mit dieser Vorlaufzeit machen.

Was können wir uns im Zusammenhang mit diesem Paket noch weiter vorstellen? – Da gibt es den Quereinstieg, dazu wird die KV Stellung nehmen, wir haben hierzu im Ministerium zusammengearbeitet. Ich befürworte das in jedem Fall. Wir dürfen es jedoch nicht überziehen, und das sage ich ganz deutlich, indem man beispielsweise dem Anästhesisten sagt: Ob du nun Anästhesist bist, mit dem Schnorchel und mit dem Überwachen, oder ob du eine Praxis der Allgemeinmedizin leitest. – Denn wir haben Gesundheitsfachberufe, die gerne in den medizinischen hausärztlichen Bereich hereingrätchen. Wenn wir die Qualifikation des Hausarztes reduzieren, haben wir das Pech, dass wir eine Schattenwirtschaft aufbauen, die wir definitiv nicht wollen. Wir brauchen den Hausarzt von seiner fachlichen Qualifikation. Falls wir einen Quereinstieg gewähren, muss derjenige die gleichen Kriterien erfüllen, die er für die Prüfungszulassung benötigt. Dann prüfen ihn Allgemeinmediziner. Er wird mit dem Quereinstieg nicht gleich seinen Beruf wechseln können.

Auch haben wir das Problem, dass im Krankenhaus nicht so viele Ärzte über sind, ich sagte das gerade im Zusammenhang mit den ausländischen Kolleginnen und Kollegen. Es gibt aber viele Kolleginnen und Kollegen, die sich mit dem System im Krankenhaus besser auseinandersetzen können und sich deshalb innerlich für eine Niederlassung abgemeldet haben. Denen können wir eine Chance geben, aber nur mit Leistung, Eignung und dem Lernen der Kriterien, die für das Führen einer Hausarztpraxis erforderlich sind.

Ich könnte jetzt noch weiterreden.

**Vorsitzende Heike Gebhard:** Das wissen wir. Wir haben aber um 15:30 Uhr die nächste Sitzung, und die anderen Experten möchten den gleichen zeitlichen Raum bekommen.

**Dr. Gerhard Nordmann (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe):** Herr Windhorst hat wie immer in einem großen Rundumschlag vieles angesprochen und vieles vorweggenommen.

Ich möchte das klar und deutlich erklären. An der Basis steht natürlich die Kammer, aber an der nackten Basis, an der Front stehen die Kassenärztlichen Vereinigungen. Man könnte jetzt sagen, dass in den letzten Jahren einiges verschlafen wurde, aber da muss ich auch an die Basis zurückgehen. Man hat uns viele, viele Ausbildungsplätze weggenommen, und zwar in einer Zeit, in der eine Ärzteschwemme drohte, ähnlich wie es bei den Lehrern war. Als Student zu Beginn der 70er-Jahre führen die Lehrer, die nicht unterkamen, Taxi, und hinterher hat man die Quereinsteiger, wie heute auch, dringend gebeten zu kommen. Damals waren es die Mikätzchen, heute sind es andere Wege, es wird ja sogar im Rundfunk und auch im Fernsehen dafür geworben.

Das war die Ausgangssituation. Sie hat uns am Anfang kaum gestört, weil immer noch genug Ärzte im Dienst waren, aber im Laufe der Zeit ist es zu dieser Problematik gekommen. Wir haben seit Jahren schon versucht, dagegen zu steuern. Ich sage es immer wieder: Wenn Sie niemanden haben, den Sie auf irgendeinen Vertragsarztposten setzen können, dann fällt es Ihnen schwer, Abhilfe zu schaffen. Denn eins ist sicher: Ärzte brauchen wir, ohne Ärzte gibt es keine ärztliche Versorgung. Deswegen müssen wir all die Dinge tun, die notwendig sind.

Bedenkenträger haben wir hier genügend. Sie können machen, was Sie wollen, es werden immer Tausend Bedenken formuliert. Ich persönlich gehöre nicht zu den Bedenkenträgern, sondern ich gehöre zu denen, die vorantreiben, die die Dinge in Gang setzen wollen. Ich sitze hier als ein klarer und deutlicher Fürsprecher dieser Quote.

Die Quote ist kein Allheilmittel, das wird sie nie werden. Sie ist ein Baustein im großen Paket der Dinge, die wir angehen und angreifen wollen. Wir haben in Westfalen-Lippe seit Jahren schon ein riesiges Programm aufgelegt und versuchen mit großer Energie, die Löcher zu stopfen, die nicht immer stopfbar sind. Im Moment haben wir diese Versorgungslücken nicht in den Großstädten, das möchte ich klar und deutlich sagen. Wir haben sie auf dem Lande. Wir haben echte Probleme, das betrifft das Münsterland,

besonders das westliche Münsterland, Ostwestfalen, Höxter und Umgebung. Wir haben sie im Sauerland, da gibt es echte Notstände. Da helfen wir uns mit vielen, vielen Tricks, um die ärztliche Versorgung noch zu gewährleisten. Im fachärztlichen Bereich haben wir nur einen einzigen Bereich, in dem nicht sämtliche Fachrichtungen besetzt werden konnten.

Natürlich trifft uns da in Zukunft auch die Altersproblematik. Aber wir sind da noch versorgt. Versorgung und Menge der Versorgung richten sich ja nicht danach, ob wir als KV jemanden niederlassen wollen oder nicht, ob wir den Kinderärzten, die momentan politisch sehr aktiv sind, sicherlich auch zu Recht – nun weitere Sitze vorenthalten oder nicht, sondern es gibt eine Bedarfsplanung. Eine Planung, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegeben ist. Das sind Rechtsnormen, an denen wir nicht vorbeikommen.

In einigen Städten, zum Beispiel in Bielefeld, haben wir versucht, durch Sonderzulassungen die Problematiken zu lösen. Was passiert dann vor Ort? – Es ist eine ausreichende Besetzung. Wenn wir eine Sonderzulassung erteilen wollen, müssen alle, die in Bielefeld niedergelassen sind, dem zustimmen. Zunächst sind alle damit einverstanden. Wenn ich aber auf die Konsequenzen hinweise, dass die niedergelassenen Ärzte auch das Honorar des neuen Kollegen bezahlen müssen und nicht die KV als Gemeinschaftseinrichtung, dann kommt genau die andere Antwort.

Ich habe in einigen Bereichen versucht, ausländische Kollegen, die hervorragend Deutsch sprechen, hier unterzubringen. Dann hat den Kollegen vor Ort die Nase nicht gepasst, woraufhin er dann abgelehnt wurde. Ich konnte daher dem Kollegen nicht zumuten, sich dorthin zu bewegen. Das als kurze Einlassung.

Klebeeffekt, danach hatte Herr Preuß gefragt, und Herr Windhorst hat es blumig erklärt. Ich kann mich dem nur anschließen.

Ich komme zur Campus-Praxis. Was ist eine Campus-Praxis? – Ich arbeite meinen Fragenkatalog ab und gebe gleich an Sie, Herr Dr. Bergmann, weiter. Wir haben in Münster auf Bitten der Universität fünf Jahre lang verhandelt, weil die Universität die Allgemeinmedizin neben der Exzellenzmedizin fördern wollte. Sie wollte, dass die jungen Studenten eine allgemeinmedizinische Praxis kennenlernen. Dem haben wir zugestimmt.

Nach fünf Jahren intensiver Verhandlungen mussten wir die Verhandlungen abbrechen, weil sich die niedergelassenen Ärzte, die Krankenhausärzte und die Verwaltung der Universität nicht einigen konnten. Dann habe ich ein sehr ernstes Wort mit dem damaligen Direktor gesprochen. Ich sagte ihm, dass es zwei Möglichkeiten der Niederlassungen gebe, von denen er eine wählen könne. Sofern er sich entscheiden könne, würden wir es machen. – Es ist inzwischen gelungen. Die Universität hat inzwischen eine Praxis gekauft und hat diese mit eigenen Leuten besetzt unter der Oberherrschaft des Professor Maisel, der sich sehr intensiv darum kümmert. Die Praxis wird sehr gut angenommen. Es ist keine ganz klassische allgemeinmedizinische Praxis, weil sehr viele Bedienstete der Universität und Studenten dorthin gehen. Wenn man so will, ist es schon ein gewisses selektives Krankengut. Die alte Frau mit 85, der alte

Mann mit 85 sind dort relativ selten vertreten. Aber es bewährt sich, ich höre nur gute Kritiken. Sie wird angenommen. Viele junge Kolleginnen und Kollegen sind begeistert, dass sie endlich vor Ort arbeiten und sich mit alltäglichen Gesundheitsproblemen beschäftigen können.

Genau das wollen wir auch in Bielefeld aufziehen. Herr Professor Sagerer, der Rektor der Universität, und ich haben beschlossen, dieses durchzuführen, sobald die Universität die Arbeit aufnimmt. Wir haben auch schon einen Ortsteil ausgesucht. Eben war die Frage, ob man die Förderung nicht auf Städte, mittelgroße Städte oder auf Ortsteile ausdehnen sollte. Genau das werden wir in Bielefeld das erste Mal tun und dort eine sogenannte Campus – von Universität -Praxis eröffnen und betreiben. Ich hoffe, dass wir den gleichen großen Erfolg haben werden, den wir in Münster gehabt haben.

Ich greife jetzt das auf, was Dr. Windhorst angesprochen hat. Wir müssen die Ausbildung an den Universitäten mehr in den Vordergrund stellen. Die Exzellenzausbildungen sind wichtig, die möchte ich überhaupt nicht beschneiden, aber wir brauchen eine ganz intensive, eine qualitativ hochwertige Ausbildung für die Hausärzte. Das ist nicht der „Dr. Light“, der da ausgebildet werden soll, nach dem Motto „Die Klugen bleiben an der Uni, die Doofen gehen aufs Land“, sondern das ist ein hochqualifizierter Kollege. Ich habe ein wunderbares Beispiel. Wenn Sie dieses Namensschild nehmen, dann verdeutlicht die breite Seite den Hausarzt, nicht ganz hochspezifisch, aber sehr breit gefächert, er muss ein unheimliches Wissen haben, um auf dem Lande die Probleme der Patienten betreuen zu können. Ein ganz wichtiger Mann, für mich ist er der Hochspezialist. Dann gibt es die Klinischen, die Exzellenzen. Da ist es genau andersherum. Die sitzen hier unten, haben ein hochspezifisches Wissen, aber nicht sehr breit. Wenn Sie einen ärztlichen Notfalldienst haben und an einen Hautarzt geraten, würde ich Ihnen empfehlen, lieber noch einen Tag zu warten und den Notdienst nicht in Anspruch zu nehmen. Ich finde dieses Beispiel wunderbar und es erklärt vieles. Daran müssen wir arbeiten. Wir brauchen Lehrstühle an den Hochschulen, das ist die eine Sache.

Zur NC-Problematik. Dieses sture Festhalten – ich sage es als Praktiker, die Juristen werden das vielleicht ein bisschen anders beurteilen, aber nichtsdestotrotz bin ich jemand, der mitten im Leben steht – an dem NC ist das falsche Auswahlkriterium, wie ich es beispielsweise an der Universität in Münster immer wieder feststelle. Das sage ich hier ganz klar und deutlich, weil wir zu viel unterwegs lassen.

Einer von Ihnen ist Krankenpfleger gewesen oder ist es noch immer. Ich habe so viele Anfragen von Kolleginnen und Kollegen aus dem Pflegebereich, aus dem Sanitätsbereichen, aus den Bereichen der Unfallversorgung, die liebend gerne studieren würden, weil sie alle Voraussetzungen erfüllen. Sie können aber nicht studieren, weil sie mit Ihrem Abischnitt von 3,3 oder 2,4 nicht den nötigen NC haben. Das ist für mich nicht zielführend. Als ich damals studieren wollte, hatte ich einen Schnitt von 2,2. Wie ich es geschafft habe, einen Studienplatz zu bekommen, weiß ich nicht. Damals wurden noch in Hamburg, in der Edmund-Siemers-Allee, die Plätze zentral zugeteilt.

Ich kann auch nicht bestätigen, dass diejenigen, die nicht den NC haben, die sind, die die höchsten Abbrecherquoten vorzuweisen haben. Das sind in Regel Menschen, die

die Empathie haben, Hausarzt zu werden. Das sind die Menschen, die versorgen können, die jetzt schon hohe Erfahrungen in der Altersversorgung haben. Die liegen mir immer besonders am Herzen. Das sind für mich diejenigen, die ich gerne durch die Landarztquote fördern will. Ich brauche nicht den Einser-Kandidaten.

Ich könnte noch einiges sagen, aber Herr Dr. Bergmann, Sie könnten jetzt übernehmen.

**Dr. Frank Bergmann (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein):** Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Vieles ist ja schon gesagt worden. Ich will versuchen, Doppelungen zu vermeiden. Vielleicht vorweg: Es ist ja schon aus unserer schriftlichen Stellungnahme hervorgegangen, dass wir als KV Nordrhein durchaus das Landarztgesetz und die Möglichkeit dieser Förderung als einen Baustein unterstützen und das ausdrücklich begrüßen. Ich will Ihnen erläutern, was wir, ähnlich wie Westfalen-Lippe in der KV Nordrhein ganz konkret tun. Das ist ein umfangreiches Programm, eigentlich auf allen Ebenen, um Ärzte für die Niederlassungen, insbesondere Hausärzte, zu gewinnen und davon zu überzeugen, dass das eine für sie gute Tätigkeit in Zukunft ist.

Das beginnt natürlich mit einem umfangreichen Beratungsangebot. Schon an den Universitäten besuchen die Studierenden entsprechende Vorlesungen und Informationsveranstaltungen. Wie Frau Schwalen und Herr Windhorst es ja eben schon beschrieben haben, stellen wir fest, dass es bei jungen Ärztinnen und Ärzten viele Unsicherheiten bei den Fragen gibt: Schaffe ich das? Kann ich das? Welche Probleme kommen auf mich zu? Hier sind wesentlich mehr Ängste als wir das früher beobachtet haben. Daher haben wir mit einem Praxislotsenprogramm gestartet, das heißt wir begleiten die jungen Ärzte über einige Jahre, nehmen sie quasi an die Hand, um ihnen sozusagen die Möglichkeit zu geben, Step by Step auch in eine solche selbständige Tätigkeit zu finden. Wir unterstützen sie bei neuen Arbeitsformen, ob das Jobsharing ist, ob das Teilzulassungen sind, ob das Zweigpraxen sind.

Es gibt ja verschiedene Klebeeffekte. Wir setzen auf eine Form des Klebeeffekts, indem wir Wahltertile im praktischen Jahr am Ende des Studiums unterstützen. 100 mögliche Stipendien gab es im Jahr 2018, fast 90, genau 87, sind abgerufen worden. Es werden einige Tausend Euro dafür zur Verfügung gestellt.

Wir fördern, auch das muss ich erwähnen, die Weiterbildung in unseren Praxen zusammen mit den Krankenkassen. Das kostet uns sehr viel Geld, das wir aus unserer Gesamtvergütung zur Verfügung stellen müssen. Das ist nicht wenig. Das sind jetzt 16 Millionen Euro im Jahr gemeinsam mit den Kassen. Dafür fördern wir jetzt in Köpfen, 578 Ärzte in der Allgemeinmedizin in Nordrhein und 177 grundversorgende Fachärzte, natürlich in der Hoffnung, dass die dort Weitergebildeten dann auch in den Praxen oder in der Nähe dieser Praxen tätig sind.

Wir haben zudem in Nordrhein seit November 2017 einen Strukturfonds auf der entsprechenden gesetzlichen Grundlage, der ja Anreize schaffen soll, Nachwuchskräfte zu gewinnen. Die ersten Fördermaßnahmen können bei uns jetzt seit Oktober bean-

tragt werden. Das sind Investitionskostenzuschüsse von bis zu 70.000 Euro, Praxis-hospitalisationen, die wir auch mit einigen Tausend Euro unterstützen; und auch hier sind die ersten Anträge bereits eingegangen.

Der nächste Baustein, das ist eben auch schon zur Sprache gekommen, ist der Quereinstieg. Dazu haben wir gemeinsam mit der KV Westfalen-Lippe und gemeinsam mit beiden Kammern und dem Ministerium ein entsprechendes Programm und Papier erarbeitet. Dazu gehört aber auch, je nachdem aus welcher Fachrichtung jemand kommt – Herr Windhorst hatte eben das Beispiel des Anästhesisten –, eine entsprechende Weiterbildung und Qualifikation, weil für uns eigentlich die oberste Maßgabe in diesen Besprechungen und Verhandlungen, da waren wir uns alle einig, gewesen ist, dass die Qualität nicht leiden darf, egal, über welche Maßnahme jemand sozusagen in die hausärztliche Tätigkeit kommt.

Sie hatten auch nach dem Allgemeininternisten gefragt. Da ist ja die Besonderheit, dass wir bei den Internisten verschiedene Gruppen haben: spezialisierte Internisten, also Gastroenterologen, Kardiologen, Rheumatologen und so weiter. Es gibt eben die Allgemeininternisten ohne einen spezifischen Schwerpunkt, die sich auch heute mit dieser Weiterbildung niederlassen könnten, denen wir aber trotzdem optional auch eine Weiterbildung und eine entsprechende Qualifizierung für eine hausärztliche Tätigkeit anbieten.

Sie sehen, es ist ein relativ breiter Baukasten, an dem wir arbeiten. Uns ist völlig klar, dass es nicht die einzelne Maßnahme gibt, die uns hier helfen wird, und das in einer Situation, in der wir jetzt in Nordrhein knapp 300 offene Hausarztsitze haben. Die befinden sich im Wesentlichen im ländlichen Bereich und an den Grenzen, zum Beispiel in Richtung Niederlande.

Das betrifft zum Teil auch die Pädiater. Dort haben wir bisher, ähnlich wie das Herr Dr. Nordmann für Westfalen-Lippe beschrieben hat, Probleme über Sonderzulassungen lösen können. Aber es zeichnet sich ab, dass hier durchaus auch größere Bedarfe in den nächsten Jahren entstehen werden, zumal es zum einen ja so ist, dass wieder mehr Kinder geboren werden. Da hat sich der Trend etwas umgekehrt. Zum anderen ist es natürlich so, dass sich das Spektrum der pädiatrischen Tätigkeiten durch eine ganze Reihe von Vorsorgeuntersuchungen, den sogenannten U-Untersuchungen, die in den pädiatrischen Praxen durchgeführt werden, natürlich auch sehr viel Kapazitäten gebunden werden, sodass letztlich der Bedarf an pädiatrischen Leistungen dadurch angestiegen ist.

Ich will vielleicht noch ein weiteres sagen. Die Maßnahmen, die wir als KV im Rahmen unserer Sicherstellung treffen, und davon habe ich Ihnen jetzt eine ganze Reihe berichtet, sind natürlich das, was wir im engeren Sinne als Körperschaften, als KVen, tun können. Wir sind in einem sehr intensiven Gespräch mit den Kreisen, den Gemeinden und den Kommunen, die wir regelmäßig besuchen, die wir auch eingeladen haben. Wir haben einen Dialog begonnen, den wir jetzt regelmäßig fortsetzen würden, weil uns eigentlich gemeinsam deutlich geworden ist: Das sind vielerorts Probleme, die wir nur gemeinsam lösen können. Denn das Ärztliche und das, was wir als KV tun können, ist das eine.

Vieles gehört natürlich in die allgemeine Daseinsvorsorge. Das sind aber Fragen, die die potentiellen Interessenten oder ihre Angehörigen betreffen, also die Fragen des öffentlichen Nahverkehrs, der Anbindung, die Einkaufsmöglichkeiten, die Schulen, welche Arbeitsmöglichkeiten bestehen für die Partner und – das muss man natürlich wiederholen, es ist eben schon Stichwort gewesen – die Digitalisierungsstrategie. Das ist natürlich, wenn wir über ländliche Bereiche sprechen, ein ganz, ganz großes Thema. Denn entweder wollen die Betroffenen selber gut angebunden sein oder ihre Angehörigen. Dann reden wir ebenfalls über Telearbeitsplätze, Videosprechstunden, all diese Dinge. Dafür brauchen wir natürlich ein hervorragend ausgebautes Netz, was das dann wirklich möglich macht und das Arbeiten vereinfacht.

Wir starten in den KVen jetzt mit telemedizinischen Angeboten. Da ist das Telekonzil zwischen Hausärzten und Fachärzten, was wir gerade in Nordrhein gestartet haben. Sie haben, glaube ich, ähnliche Projekte wie Videosprechstunden. Aber all diese Dinge, die ja noch ganz klein und am Anfang sind und die wir im Sinne einer Förderung gerade in Richtung Peripherie ausbauen wollen, was in Anbindung an die großen Kompetenzzentren erfolgt, erfordert natürlich einen entsprechenden Ausbau der Netzkapazitäten.

Jetzt hoffe ich, dass ich keine Frage vergessen habe. Vielleicht noch ein Punkt: Es ist in der Tat so, das ist ja ein fließender Übergang, dass wir auf der einen Seite im Moment die Hauptprobleme insbesondere in den kleineren Kommunen haben Richtung Grenze. Wir sehen aber schon jetzt auch im Hinblick auf die Altersstruktur in den einzelnen Bereichen, dass wir über kurz oder lang auch in mittelgroßen Städten die nächsten Lücken haben werden.

Angesprochen ist die Problematik ebenfalls in großen Städten wie Düsseldorf, Köln, Aachen, in sozialen Brennpunkten und so weiter. Über die Verteilungsproblematik werden wir noch einmal nachdenken müssen. Da ist es eigentlich weniger das grundsätzlich kapazitive Problem, also die Tatsache, dass keiner da ist. Hier sind wir zwar zahlenmäßig eigentlich gut aufgestellt, müssen aber vielmehr kleinräumig nach Lösungen suchen: Wie können wir Anreize setzen, dass jemand dann gerade in die Gebiete geht, während wir auf dem Land ja eher das kapazitive Problem haben, dass überhaupt jemand da ist.

**Wilhelm Achelpöhler (Fachanwalt):** Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! Ich bedanke mich für die Einladung. Ich komme gleich zu den an mich gerichteten Fragen. Das war zunächst: Wie ist das mit dem Auswahlverfahren? – Das Auswahlverfahren für medizinische Studienplätze war ja Gegenstand der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 19. Dezember letzten Jahres. Das Urteil war für viele eine Überraschung, weil das Gericht dort sehr hohe Anforderungen an den Gesetzgeber gestellt hat. Der Gesetzgeber muss viel mehr regeln als er bisher dachte, regeln zu müssen. Bis zu diesem Urteil dachte jeder, die Hochschulen könnten Auswahlkriterien erfinden. Das Bundesverfassungsgericht hat jedoch klargestellt: Das ist Aufgabe des Gesetzgebers.

Da kommt dem Gesetzgeber eine ganz neue Bedeutung zu. Der Gesetzesvorbehalt erhält durch dieses Urteil ein größeres Gewicht. Da stellt sich dann die Frage: Wie ist das hier mit dem Vergabeverfahren der Studienplätze? Wie ist das Auswahlverfahren, muss das der Gesetzgeber genauer vorgeben, oder kann er es so beibehalten, wie er es hier getan hat? – Er regelt es insofern genauer, als er die Kriterien festlegt, nach denen die Studienplätze vergeben werden, während in den Hauptquoten des Vergabeverfahrens die Hochschulen unter denen vom Gesetzgeber erlaubten Kriterien einzelne auswählen können. Also diese Auswahlentscheidung, welche Kriterien sind zugrunde zu legen, trifft hier der Gesetzgeber. Das ist insofern ein bisschen enger.

Für mich stellt sich trotzdem die Frage: Muss der Gesetzgeber nicht mehr regeln, muss er nicht das Gewicht der einzelnen Auswahlkriterien festlegen? Was war der Grund, weshalb das Bundesverfassungsgericht gesagt hat, die Hochschulen können hier einen größeren Spielraum haben? – Das Bundesverfassungsgericht hat zwei Punkte genannt: erstens die besondere Sachkunde der Hochschulen, und zweitens die Wissenschaftsfreiheit, die den Hochschulen zukommt. Beides trifft auf den Fall hier eigentlich so nicht zu. Da meine ich diese politische Entscheidung, nach welchen Kriterien die Plätze vergeben werden – Das spricht eigentlich eher dafür, dass das der Gesetzgeber machen sollte.

Jetzt zu den einzelnen Auswahlkriterien. Die Hochschulzugangsberechtigung, die Note des Abiturs. Das Bundesverfassungsgericht hat gesagt, es gibt signifikante Unterschiede im Abiturniveau zwischen verschiedenen Bundesländern. 0,5 unterscheidet sich da der Durchschnitt. Und 0,5 kann bedeuten – um es auf die Spitze zu treiben – Gießen oder Riga für den einzelnen Studienbewerber. Das ist der Unterschied 0,5. Komme ich aus Niedersachsen, komme ich aus Thüringen, lande ich in Gießen oder lande ich in Riga. Das ist der große Unterschied.

Das bedeutet, diese Unterschiede im Abiturniveau müssen berücksichtigt werden. Das wird auch durch den neuen Staatsvertrag berücksichtigt, und es gibt deshalb keine Gründe der Verwaltungsvereinfachung, die meines Erachtens dazu führen könnten, dass man diese Unterschiede im Abiturniveau bei der Vergabe der Landarztplätze nicht berücksichtigt. Da sollte man sich an den Kriterien orientieren, die auch nach dem Staatsvertrag zugrunde gelegt werden.

Wichtiger Punkt zu dem Kriterium: Welche Bedeutung hat die Abiturnote? – Auch da können wir aus der Verhandlung vor dem Bundesverfassungsgericht lernen. Das Bundesverfassungsgericht hatte dazu Experten befragt, wie sich das ausgewirkt hat. Die waren sich einig, dass es in der Vorklinik einen großen Unterschied zwischen Studienbewerbern, die über die Wartezeit und denen, die über die Abiturnote kommen, gibt. Im klinischen Bereich trifft das aber nicht zu. Das heißt, in der praktischen Ausbildung, spielen – was Dr. Nordmann angesprochen hat – diese Punkte quasi kaum eine Rolle: Jemand, der sich auf den Arztberuf vorbereitet und hoch motiviert ist, kann im klinischen Bereich genauso gut studieren wie die Leute mit einem NC von 1,0. Das ist eigentlich für den späteren Arztberuf viel aussagekräftiger. Deshalb meine ich, dass die Bedeutung der Hochschulzugangsberechtigung jetzt überschätzt wird. Das ist einfach so.

Der zweite Punkt, der Studierfähigkeitstest, ist gar nicht so einfach. Das Bundesverfassungsgericht sprach in dem Urteil immer von hochschuleigenen Studierfähigkeitstests. Es gibt aber nicht nur hochschuleigene Studierfähigkeitstests, sondern es gibt auch den TMS-Test. Der wird von einer Schweizer Firma angeboten, und im Unterschied zu normalen Hochschulprüfungen und so weiter haben Sie da kein Akteneinsichtsrecht, können das Ergebnis nicht überprüfen. Ob das jetzt so ein ganz rechtsstaatliches Testverfahren ist, möchte ich mal bezweifeln.

Berufsausbildung ist ein Punkt, der natürlich hier zu Recht ein gewisses Gewicht hat, wobei es da natürlich eine Schranke gibt. Das Bundesverfassungsgericht hat gesagt: Mehr als vier Jahre wird irgendwann mal kontraproduktiv. Aber das kann man ja alles regeln.

Bei dem strukturierten Auswahlgespräch möchte ich vor einem Punkt warnen. Auswahlgespräche sind extrem aufwendig. Auswahlgespräche mit einer großen Zahl von Bewerbern zu führen, kostet viel Zeit. Wer auswählen will, der muss das auch machen, und deshalb begrenzen die Hochschulen die Teilnahme an Auswahlgesprächen. Vielleicht verspricht man sich von diesen Kriterien zu viel. – Soweit zu diesen Regelungen für das Auswahlverfahren.

Ich komme zu dem zweiten Punkt, der von Herrn Dr. Windhorst auch angesprochen wurde, den Studienplätzen. Wir haben heute in Deutschland 2.000 Studienplätze weniger als 1990. Man muss dann noch sehen: die Ärzte, die 1990 produziert worden sind, sind andere als die, die heute ausgebildet werden. Denn eine Arztstelle im Krankenhaus im Jahr 1990 ist etwas anderes als eine Arztstelle im Krankenhaus 2018. Darauf wurde ja schon hingewiesen. Der Bedarf ist größer geworden. Wie wird das kompensiert? – Das wird dadurch kompensiert, dass Ärzte aus dem Ausland importiert werden. Über 3.000 Ärzte werden jedes Jahr aus anderen Ländern importiert, mit dem Ergebnis, dass wir in Kliniken in Höxter unter den Krankenhausärzten einen Ausländeranteil von 80 % haben, in Bielefeld liegt er bei 50 %. So wirkt sich diese Reduzierung der Studienplätze aus.

Das führt aus meiner Sicht zu abstrusen Entwicklungen, zum Beispiel der, dass am Evangelischen Krankenhaus in Bielefeld die praktische Ausbildung von Studenten stattfindet, die an der Universität Pécs in Ungarn studieren. Das sind aber keine Ungarn, die da studieren, sondern Landeskinder aus Nordrhein-Westfalen, die wegen des NCs keinen Studienplatz in Deutschland bekommen haben, deshalb gegen teures Geld nach Pécs gehen und dann ihre praktische Ausbildung am Evangelischen Krankenhaus in Bielefeld gegen Studiengebühren durchführen. Die Gebühren werden dann mit der Hoffnung, dass die Leute hinterher am Evangelischen Krankenhaus auch arbeiten, etwas reduziert.

Viel einfacher wäre es doch aus meiner Sicht, dass man überlegt, wie man in Nordrhein-Westfalen mehr für die Leute tun kann. Herr Bolte-Richte hatte ja gefragt, was man für mehr Studienplätze tun könne. – Mehr Geld will ich jetzt gar nicht sagen. Ich will nur Vorschläge, wie man mit den vorhandenen Geldmitteln mehr erreichen kann, wie man das viel effizienter einsetzen kann, unterbreiten. Aus meiner Sicht gibt es da nämlich echte Probleme.

Wir haben zwei Engstellen für die Ausbildung. Die eine Engstelle ist die personelle Kapazität, das ist das Problem der Vorklinik. Auf der anderen Seite haben wir das Problem der patientenbezogenen Ausbildungskapazität, das ist das Problem der Klinik. Das sind die beiden Problemfelder, die wir haben.

Im Bereich der Vorklinik hängt es sehr stark davon ab, wie viele Stellen befristet und wie viele unbefristet sind, weil die Stelleninhaber noch mit der eigenen Weiterbildung beschäftigt sind. Dieses Verhältnis von befristeten zu unbefristeten Stellen ist von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich. In Bayern und Baden-Württemberg zum Beispiel gibt es ein ganz anderes Verhältnis als in Nordrhein-Westfalen.

In Nordrhein-Westfalen, insbesondere in Köln, gibt es sehr viel mehr befristete Stellen als an den Unikliniken in Süddeutschland. Hätte man in Nordrhein-Westfalen dasselbe Verhältnis von befristeten zu unbefristeten Stellen, hätte man 170 Studienplätze mehr, ohne dass das einen Cent mehr gekostet hätte. Ein bisschen mehr würde es kosten, weil die Leute natürlich länger da beschäftigt sind und das Gehalt dann steigt, aber allein der hohe Anteil befristeter Stellen im Bereich der Unikliniken führt dazu, dass wir hier deutlich weniger Studienplätze in der Vorklinik haben.

Der zweite Punkt ist der Bereich der klinischen Ausbildung, und da wird es noch extremer. Diese Zahlen kann man kaum glauben. Herr Dr. Windhorst hat gesagt, wir haben in Münster 250 Studienplätze. Das ist richtig. Wie wäre die Ausbildungskapazität, wenn alle Hochschullehrer, die im klinischen Bereich der Ausbildung tätig sind, ihre Ausbildungsverpflichtung erfüllen würden? Wenn wir also nur nach der personellen Kapazität rechnen würden? Jeder Hochschullehrer muss Seminare halten, im Hörsaal stehen, Ausbildung machen und so weiter. Jetzt sehen wir uns die Kliniken an: Wenn wir nur die klinische Ausbildungskapazität in Münster nehmen würden, hätten wir in Münster 1.468 Studienplätze.

Man kann das auch umgekehrt rechnen. Man kann sagen, von fünf Hochschullehrern, die das Land Nordrhein-Westfalen bezahlt, erfüllt nur einer seine Lehrverpflichtung und die vier anderen machen gar keine Lehre. Das ist die Realität. Was machen die? – Die machen Krankenversorgung mit den Stellen, die eigentlich für die Ausbildung von Studenten am Patienten an den Universitätskliniken vorgesehen sind. Das ist der Witz. Diesen Engpass in der Klinik kann man dadurch bewältigen, indem man mehr patientenbezogene Ausbildung ermöglicht.

Ist das schwierig? – Nein, das ist gar nicht schwierig. Die Universitätsklinik Münster hat sich an mehreren Kliniken im Münsterland beteiligt. Findet dort Ausbildung statt? – Nein! Da findet keine Ausbildung statt. Und da liegt aus meiner Sicht der Schlüssel, wie man im klinischen Bereich deutlich mehr Studienplätze schaffen könnte, indem man nämlich die Universitätskliniken verpflichtet, gerade im ländlichen Bereich mit Kliniken zu kooperieren. Teilweise gehören die ihnen ja sogar. Man muss mit diesen Kliniken mehr kooperieren, um auf diese Weise dieses eklatante Missverhältnis zwischen personeller Ausbildungskapazität und patientenbezogener Ausbildungskapazität so wieder ein bisschen in die Waage zu bringen. Das kostet kein Geld, schafft aber sogar

relativ schnell zusätzliche Studienplätze. In dem Moment, in dem wir hier mehr klinische Studienplätze haben, sind wir ja zwei Jahre schneller, weil die Leute die Vorklinik ja nicht durchlaufen müssen.

Also, da liegt für das Land ein großes Potenzial. Ich habe das für viele verschiedene Hochschulen einmal durchgerechnet, also in Münster haben wir 252 Studienplätze, wir hätten personell 1.468. In Essen haben wir 278, wir hätten 666. In Bonn haben wir 187, wir hätten von der personellen Kapazität her 1.053. Mit anderen Worten, das Land bezahlt massenweise Hochschullehrer, ohne dass sie Hochschullehrer sind. Das muss man sich mal vorstellen. Das, finde ich, ist jedenfalls ein eklatanter Mangel, der behoben werden muss, um zusätzliche Studienplätze zu schaffen; denn das ist ja die Schattenseite der Landarztquote. Man verteilt eigentlich die wenigen Plätze, den Mangel, nur anders. Das Problem ist der Mangel selbst. Und den kann man eigentlich mit den Punkten, die ich da angesprochen habe, lösen.

Da war noch, meine ich, eine Frage, die ich jetzt vergessen hatte. Bewerber aus NRW kann man im Rahmen dieser Quote nicht bevorzugt behandeln. Und ich glaube, bei dieser Quote lag ein kleines Missverständnis vor. Es ist nicht so, dass die Landärzte zu 20 % nach dem Kriterium oder nach dem Kriterium vergeben werden, sondern das wird wohl so gedacht sein, dass man sagt, aufgrund der Note gibt es einen bestimmten Punktwert, aufgrund der Berufserfahrung gibt es einen bestimmten Punktwert, und dann bekommt jeder eine Punktzahl. Und aus dieser Punktzahl wird dann ein Ranking ermittelt. So ist das, vermute ich, zu verstehen. Aber wie gesagt, mein Plädoyer ist: Einfach mal überlegen, was man mit den vorhandenen Ressourcen besser anstellen kann. Vielleicht sollte man einmal mit den Unikliniken ein ernstes Wort reden, was die patientenbezogene Ausbildung betrifft.

**Annette Hempfen (MuM Medizin und Mehr eG):** Bevor ich mit der Stellungnahme von MuM Medizin und Mehr starte, möchte ich kurz erklären, was sich dahinter verbirgt, weil viele vielleicht MuM Medizin und Mehr nicht kennen. Das ist das älteste Ärztenetz Deutschlands. Bundesweit sind etwa ein Drittel aller Ärzte in Netzen organisiert, und es gibt etwa 400 Ärztenetze. Die KVL ist das Land der Ärztenetze, sage ich jetzt mal, weil es da die meisten zertifizierten Netze gibt. Wir werden nach § 87b SGB V zertifiziert. Wer das noch nicht weiß, kann das vielleicht nachlesen. Die Ärztenetze kümmern sich um die Optimierung der Versorgung in der Region. Das sind oft ländliche Regionen, das ist in Bünde auch der Fall. Deshalb fühlen wir uns berufen, weil wir tagtäglich mit der Problematik, über die wir heute sprechen, zu tun haben.

Zunächst möchte ich zum Thema „Auswahlkriterien der Bewerber“ sprechen. Da kann ich nur Herrn Dr. Nordmann beipflichten. Das Thema NC ist nicht das Thema, was wir auf dem Land brauchen. Unserer Auffassung nach ist der NC auch nicht das beste Auswahlkriterium für qualifizierte Allgemeinmediziner. Frau Professor Schwalen hat schon vorhin zum Thema „validiertes Verfahren für Allgemeinmediziner“ ausgeführt. Ich denke, ein solches gibt es eben nicht. Ich würde aber vielleicht den Hinweis geben, was ich für ein gutes Verfahren halten würde. Die Auswahlgespräche sind aufwendig, das stimmt. Aber sie sind meines Erachtens trotzdem gut. Das Bundesministerium für

Bildung und Forschung hat zum Beispiel ein sehr gutes Programm, um die Durchlässigkeit des Bildungssystems zu verbessern, nämlich die Programme der Stipendien, Aufstiegs-, Weiterbildungsstipendien usw. Seit über zehn Jahren gibt es schon ein validiertes und evaluiertes Gesprächsverfahren. Da könnte man sich informieren, wie die das machen.

Dann war die Frage: Betrifft das nur die ländlichen Regionen? Das wurde eigentlich schon beantwortet. Bielefeld ist sicher keine ländliche Region, da haben wir jedoch auch schon eine Versorgungslücke. Insofern muss man eigentlich eher von minder- oder unterversorgten Regionen sprechen. Es betrifft nicht nur die Allgemeinmediziner, uns trifft es jetzt einfach nur als erstes. Es wird auch die Fachärzte betreffen. Einige Facharztgruppen wurden schon genannt: Kinderärzte, die, wie gesagt, schon gute Lobbyarbeit machen, das ist richtig. Aber es wird auch noch andere Ärzte betreffen. Wir merken jetzt schon, dass wir bei bestimmten Facharzttrichtungen die Sitze nicht mehr nachbesetzen können. Ich will die Neurologen nennen, Augenärzte in bestimmten Regionen oder auch HNO-Ärzte. Das wird alle Fachgruppen irgendwann betreffen. Man sollte also nicht nur versuchen, die Unterversorgung mit Allgemeinmedizinern oder Hausärzten zu beseitigen, wir sollten jetzt auch schon über Möglichkeiten zur künftigen Fachärzteversorgung nachdenken.

Herr Dr. Nordmann hat es vorhin so ein bisschen komisch hinsichtlich des Notdienstes ausgedrückt, ich kann ihm jedoch beipflichten. Wenn Sie im Notdienst zum Dermatologen gehen, haben Sie ein Problem. Ein Hausarzt oder der Allgemeinmediziner kann wahrscheinlich das dermatologische Problem zumindest in Ansätzen beantworten. Deshalb will ich ein Plädoyer für die Hausärzte halten: Allgemeinmediziner können vielleicht die Fachärzte zum gewissen Maß – ersetzen ist falsch –, aber zumindest ergänzen oder die Grundversorgung übernehmen, anders herum nicht.

Hinsicht der weiteren Maßnahmen, wie man die Niederlassung auf dem Land fördern und welche Anreize man geben könnte, möchte ich auf die Stellungnahme verweisen. Dort können Sie nachlesen, was sich die Ärztenetze dazu überlegt haben.

Wir würden gerne noch ein paar Strukturvorschläge unter anderem zu dem Thema – hierzu gibt es verschiedene Begrifflichkeiten – „Gründerstatus“ oder „Leistungserbringerstatus“ machen, darüber wird unterschiedlich diskutiert. Die Ärztenetze machen Versorgung und versuchen auch schon in diese Lücken hereinzuspringen. Wir machen das in Bünde auch schon. Da wäre die Idee, dass man – ich sage mal – Netzpraxen, so ein bisschen analog zu den Campus-Praxen, gründet, in denen junge Ärzte, die Lust auf Niederlassung haben, aber aus verschiedenen Gründen diesen Sprung ins Risiko noch nicht gewagt haben, fördern, ausbilden kann, um sie dann für die Niederlassung zu qualifizieren.

Es gibt schon ein entsprechendes Modellprojekt in Worms. Das habe ich mir angesehen, und da kann ich Ihnen sagen: Es funktioniert. Wie bereits gesagt wurde, haben wir eine Feminisierung der Ärzteschaft. Es gibt viele junge Frauen, die vielleicht gerade in der Familienphase sind, die Lust auf Niederlassung haben. Aber sie wollen nicht in Vollzeit oder vielleicht sogar dem Gefühl nach 24/7 für ihre Patienten da sein. Das können sie auch nicht, weil sie ihre Familie noch haben. Junge Väter wollen ebenfalls

heute Elternzeit haben. Diese Art der Möglichkeit der Anstellung in einer gewissen Phase und auch, um zu lernen, was man in so einer Praxis machen muss, ist die Idee, die hinter solchen Netzpraxen neben einer Campus-Praxis, die ich ebenfalls für gute halte, steht.

Ich möchte bitte noch darauf hinweisen, dass wir das Thema Intersektoralität nicht vergessen, es wurde bisher noch gar nicht angesprochen. Es gibt hierzu ein Sachverständigengutachten, das ich Ihnen ebenfalls empfehle zu lesen. Es gibt die INZ, also diese Integrierten Notfallzentren. Wir haben ebenfalls Probleme in den Notfallpraxen, in den Ambulanzen der Krankenhäuser, weil wir eben jetzt schon ein Bedarfsproblem haben. Wir sollten versuchen, diese Intersektoralität weiter zu stärken. Da gibt es bestimmt viele Ansätze. Das Problem ist jedoch, dass wir die Finanzierungsunterscheidung zwischen den beiden Sektoren haben. Dieses Problem muss man unbedingt angehen, wenn man über die Bedarfe in der Zukunft denkt.

Als Nächstes möchte ich auf das Thema „Telemedizin“ eingehen. Das wurde auch schon genannt. Das Problem, das wir hier haben, ist das schlechte Netz. Wir brauchen Struktur. Wir brauchen den Netzausbau, und zwar schnell. Das europäische Ausland hängt uns da schon ab. Im Moment – ich weiß nicht, ob das hier der richtige Rahmen ist, aber ich sage es jetzt einfach – haben wir eine wirtschaftlich gute Situation. Wir sollten jetzt die vorhandenen Ressourcen in die Zukunft investieren, weil wir nämlich dann diese Probleme eher in den Griff bekommen können.

Es ist vielleicht ganz verrückt, so etwas zu denken, aber wir haben derzeit große Kassenüberschüsse, und es wird immer darüber diskutiert, die Beiträge zu senken. Aber man kann ja überlegen, ob man diese Überschüsse nutzt, um Struktur für solche Fälle zu schaffen.

Dann möchte ich noch über das Thema „Motivatoren“ sprechen. Gerade habe ich schon kurz die Hemmnisse für die Niederlassungen erwähnt. Es gibt viele junge Ärztinnen und Ärzte, die eigentlich Lust auf Niederlassung haben, es aber aus Angst nicht angehen. Vielleicht sind sie auch nicht immer so super informiert. Aber was lernt man auf der Universität? – Man hört ja auch nur das, was in den Medien ist. Die Studierenden müssen ja zunächst Medizin lernen und sich nicht damit beschäftigen, was ein Regress ist. Sie hören immer: Ach, da gibt es Regresse, und da muss man Geld zurückzahlen. Aber das Thema „Regress“ ist wieder aktueller denn je. Es gibt eine Petition eines Schwesternnetzes in Lippe, die demnächst eingereicht wird, bei der das Thema „Regress“ wieder hochkocht. Die KV, das will ich betonen, unterstützt uns da. Aber die Kassen spielen da Dinge aus, wo man mal reingrätschen muss. Das geht nicht. Das verhindert Versorgung – so will ich es einmal bezeichnen.

Ich komme nun zum Thema „Budgetierung“, was wir vorhin schon hatten. In einer minder- oder unterversorgten Region, in der wir Ärzte haben, die versuchen, diesen Mangel aufzufangen – und das ist bei uns in Bünde der Fall –, möchte ich Sie bitten, sich die Fallzahlen der einzelnen Ärzte anzusehen. Die Hausärzte rufen mich an und sagen: Ich kann keine Patienten mehr nehmen. Ich kann nicht mehr, ich habe schon so viele Patienten, ich erhalte so viele Anfragen von weiteren Menschen, die einen Hausarzt suchen. Ich kann aber keine mehr übernehmen. Ich arbeite schon so viel. – Und

wenn diese Ärzte, die schon über ihre eigenen Grenzen gehen und viele, viele Stunden arbeiten – Sie können sich die Fallzahlen anschauen – diese Fälle nicht bezahlt bekommen, ist das einfach nicht produktiv.

Das kann nicht sein. Jeder Handwerker wird für seine Arbeit bezahlt, und jeder Arzt sollte für seine Arbeit auch Geld bekommen. Unser System setzt jedoch den Anreiz, am Ende des Quartals zwei Wochen Urlaub zu machen.

Ich plädiere nicht dafür, die Budgetierung auszusetzen. Das ist keine Lösung. Das ist völlig klar. Es wäre völlig naiv, das zu denken. Aber man könnte darüber nachdenken, diese auf Antrag für einen Zeitraum für bestimmte unterversorgte Regionen auszusetzen. Ich gebe das einfach mal so in die Runde.

Schließlich möchte ich das Thema „Bürokratie“ noch ansprechen. Wir haben viel zu viel Bürokratie bei den Ärzten. Auch das wird viele Jungärzte von der Niederlassung abschrecken. Man hört ja immer, was alles dokumentiert werden muss. Auch da muss ich die KV in Schutz nehmen, weil sie versucht, für Entbürokratisierung zu sorgen. Dies wird jedoch immer wieder von den Kassen torpediert. Ich möchte als bestes Beispiel den neuesten Pflegeheimvertrag nennen, wo wieder von den Kassen so viel bürokratischer Wahnsinn gefordert wird. – Ich glaube, ich habe alle Fragen beantwortet.

**Professor Dr. Stefan Huster (Ruhr-Universität Bochum):** Frau Vorsitzende! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich kann als Jurist nichts zu den sicherlich auch sehr wichtigen gesundheitspolitischen Fragen sagen, zu den Fragen, ob eine derartige Quote ihren Zweck am Ende erfüllen wird. Ich will aber auf Folgendes hinweisen: Der Umstand, dass wir es hier in gewisser Weise mit einem kleinen Sozialexperiment zu tun haben, bei dem man erst in zehn Jahren sehen wird, was dabei herauskommt, hat schon eine juristische Konsequenz. Denn wenn man so etwas einführt, wird es sicherlich eine Art Beobachtungspflicht geben müssen. Wenn Sie zum Beispiel feststellen, dass viele derjenigen, die Sie über die Landarztquote ins Studium aufgenommen haben, abbrechen, weil sie gar nicht studiengerecht sind, dann müssen Sie da irgendwie nachsteuern.

Jetzt komme ich zum ersten Punkt, ein ganz grundsätzlicher Punkt, der erklärt, warum das alles rechtstechnisch so schwierig ist. Es ist wohl vornehmlich deshalb so schwierig, weil das eine Gratwanderung ist. Auf der einen Seite darf man natürlich diejenigen, die sich auf diese Vorabquote für die Landärzte bewerben, mit dieser Strafzahlung nicht über Gebühr belasten und auch nicht übermäßig für den Rest ihres Lebens in ihrer Berufsfreiheit einschränken.

Auf der anderen Seite müssen Sie aber die Vorabquote legitimieren, da dadurch Studienplätze belegt werden, die für andere nicht mehr zur Verfügung stehen. Das heißt, Sie dürfen die Studierenden auch nicht zu leicht aus dem Vertrag entlassen. Das ist sozusagen die Gratwanderung: Auf der einen Seite darf es keine übermäßige Belastung oder, wie die Rechtsprechung gesagt hat, keine existenzielle Belastung geben.

Es darf nicht so sein, dass man den Rest seines Lebens nicht mehr aus der Verpflichtung herauskommt. Aber es muss schon ein ernstes Hindernis sein, sodass sich die Interessierten das überlegen.

Hinsichtlich der Ausgestaltung hat der Gesetzgeber sicherlich einen großen Beurteilungsspielraum. Im Gesetzentwurf ist ja eine Summe für die Strafzahlung genannt. Man kann sich da an der Rechtsprechung, am durchschnittlichen Arzteinkommen und an den Ausbildungskosten und was man ansonsten alles heranziehen mag, orientieren, wobei die Ausbildungskosten wahrscheinlich noch der unplausibelste Aspekt ist. Es sollte jedoch so sein, dass der durchschnittliche Arzt in der Lage sein sollte, diese Summe im Laufe einiger Jahre irgendwie wieder zurückzuzahlen, wenn er partout nicht Landarzt oder Hausarzt werden will. Aber wie gesagt, man darf es ihm nicht zu leicht machen, da sonst die Vorabquote gegenüber den anderen Bewerbern überhaupt nicht mehr gerechtfertigt ist.

Noch kurz ein Punkt. Wenn Sie sich den Gesetzentwurf durchlesen, dann ist ja im Moment vom ländlichen Raum oder dergleichen überhaupt keine Rede. Es wird nur von „unterversorgten Gebieten“ gesprochen. Sollten diese unterversorgten Gebiete eben auch in den Städten sein, wird das durch dieses Gesetz durchaus aufgefangen. Das Ganze wird dann sozusagen operationalisiert durch eine Prognose im § 3 und schließt aus, dass nur sehr kurzfristige Unterversorgungseffekte, die natürlich auch manchmal in Städten entstehen können, dazu führen, dass diese Plätze dazu gerechnet werden. Von daher, finde ich, hat man an der Stelle eigentlich kein Problem.

Sie hatten zwei im engeren Sinne juristische Punkte nachgefragt: Sie wollten wissen, ob § 6 der Verordnungsermächtigung ausreiche. – Da gibt es sozusagen die Meinung, Sie reiche vielleicht nicht aus. Ich finde aber, der hochgeschätzte juristische Kollege hat das eigentliche Gegenargument schon benannt, denn als das Verfassungsgericht geurteilt hat, der Gesetzgeber selber muss die Auswahlkriterien regeln, hat er sich gegen dieses Kriterienerfindungsrecht der Hochschulen gewandt. Das Verfassungsgericht hat hierzu auch ausdrücklich gesagt: Die Art der Kriterien muss der Gesetzgeber selber festlegen. Das hat er in diesem Gesetz getan. Es gibt hier kein Kriterienerfindungsrecht der Stelle, die dann später die Auswahl vornimmt, sondern es gibt eine gewisse Konkretisierungskompetenz. Es scheint mir möglich zu sein, das der Rechtsverordnung zu überlassen.

Außerdem muss man ja mal sehen: Auf der einen Seite reden wir über das Ministerium, das eine Rechtsverordnung vorbereitet, in der die Kriterien konkretisiert werden, und auf der anderen Seite sprechen wir über die Hochschulen. Das ist natürlich eine ganz andere Situation. Bei den Hochschulen sind wir raus aus der Staatsverwaltung, da sind wir im Bereich der Selbstverwaltung. Das Ministerium ist an der Stelle für die Entscheidung sicherlich demokratisch viel besser legitimiert, sodass man sagen muss, dass die Verordnungsermächtigung an der Stelle ausreichend ist. Natürlich ist da jetzt nicht die besondere Sachkunde gegeben, die man bei den Hochschulen in ganz anderer Weise voraussetzen kann. Aber ich denke, dass es die Ministerialverwaltung selber ist, die die entsprechende Verordnung erlässt. Damit hätte ich kein Problem.

Ein weiterer Punkt, der etwas schwieriger ist, ist die Frage der Abiturnote, der Uneinheitlichkeit hinsichtlich der unterschiedlichen Standards der einzelnen Länder. Tatsächlich könnte man darüber nachdenken, diese Uneinheitlichkeit im Rahmen der Auswahl, im Rahmen der Vorabquote noch zu berücksichtigen und es sozusagen zu verrechnen. Das wird nur sehr schwierig. Das hängt damit zusammen, dass Sie große Probleme haben werden, das alleine mathematisch darzustellen. Wenn Sie relativ wenige Plätze haben, dann erhalten Sie auf diese Weise ganz absurde Rundungseffekte. Stellen Sie sich vor, Sie würden bei 200 zu verteilenden Plätzen 16 bundesländerspezifische Töpfe aufmachen. Das wird an der Stelle, vermute ich, gar nicht mehr gut funktionieren.

Man muss auch sehen, wie sich die Bewerberzahlen überhaupt entwickeln werden. Die Uneinheitlichkeit der Abiturnoten spielt natürlich eine viel größere Rolle, wenn Sie viele Bewerber haben, die so bei 1,0, 1,1, 1,2 liegen. Wir wissen ja gar nicht, ob das bei den Bewerbungen auf die Vorabquote so sein wird. Wenn Sie jedoch Bewerber haben, deren Note bei 1,5 versus 2,0 oder 1,3 versus 2,8 oder ähnlich liegt, dann spielt eigentlich die Frage, wie es sich mit der Uneinheitlichkeit der Länder verhält, gar nicht mehr so eine große Rolle.

Man muss ja auch sagen: Die Abiturnote hat jetzt hier in dem Verfahren eine relativ begrenzte Bedeutung. Hinsichtlich dieser kleinen Zahl scheint mir das auch verfassungsrechtlich vertretbar zu sein, auf eine länderspezifische Gewichtung der Abiturnoten zu verzichten.

Ich denke, eine sachhaltige Landeskinderklausel wird nicht möglich sein. Das könnte man ja eigentlich in den Katalog mit aufnehmen, weil man vermuten könnte, die Bewerber haben eine besondere Beziehung zu dem Raum, aus dem sie kommen. Aber das juristisch einwandfrei zu formulieren, ist zu schwierig. Entweder ist die Quote zu weich, indem Sie da einfach irgendeinen Wohnort als Grundlage nehmen, oder die Quote ist zu stark, wenn Sie dann wirklich an die Herkunft anknüpfen. Das wird aus verfassungsrechtlichen Gründen ganz schwierig.

Bei dieser Quote von 40 %, auf die die Berufstätigkeit, Berufserfahrung angerechnet werden soll, sehe ich kein Problem. Das scheint mir gerade mit Blick auf die Feststellung einer speziellen Qualifikation für die hausärztliche Tätigkeit durchaus sinnvoll und möglich zu sein. Der entscheidende Punkt ist ja, dass Sie sachangemessene Kriterien für die jeweilige Auswahl haben. Es geht ja darum, jemanden zu suchen, der tatsächlich diese Art von Tätigkeit übernimmt und jetzt schon in der Versorgung tätig ist, und nicht jemanden, der sich sozusagen nur für die High-Tech-Forschung interessiert. Das scheint mir an der Stelle plausibel zu sein und auf jeden Fall vom gesetzgeberischen Beurteilungsspielraum gedeckt.

Auch für die Frage der Auswahlverfahren wird dies meines Erachtens gelten. Das ist sicherlich schwierig. Wenn Sie aber ein spezielles Versorgungsproblem an der Stelle haben, wird es dem Gesetzgeber von vorneherein sicher nicht verwehrt sein zu versuchen, entsprechende Verfahren einzusetzen und strukturierte Auswahlgespräche durchzuführen. Natürlich sind die auch aufwendig. Aber das Verfahren ist ja wohl so gedacht, dass es eine Vorauswahl gibt und nur diejenigen, die diese Vorauswahl, die

wohl die doppelte Zahl der zur Verfügung stehenden Studienplätzen, ausmachen wird, überstanden haben, dann in die strukturierten Auswahlgespräche gehen. Also nicht jeder, der sich bewirbt, durchläuft das strukturierte Auswahlgespräch. Es wird vielmehr eine Vorselektion geben. Damit wird dieses Problem auf jeden Fall überschaubar.

Letzter Punkt. Sie haben mich ganz generell gefragt, was ich an diesem Entwurf, wie er jetzt vorliegt, ändern würde. Das Problem ist, dass man zu vielen inhaltlichen Fragen im Moment noch gar nichts sagen kann, weil diese in der Rechtsverordnung irgendwie geklärt werden sollen. Aber den jetzigen Gesetzentwurf halte ich für stimmig und ausreichend, gebe aber auch zu bedenken, dass Sie das vielleicht nicht allzu ernst nehmen sollten, weil dieser in vielerlei Hinsicht auf dem Gutachten, das ja schon Mitte des Jahres fertig war, beruht. – Danke.

**Anke Richter-Scheer (Hausärzteverband Westfalen-Lippe e.V.):** Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Vielen Dank. Dies ist heute meine erste Anhörung. Als letzte Rednerin werde ich mich vielen Sachen natürlich anschließen können, aber vielleicht auf den einen oder anderen Aspekt, der noch nicht gesagt wurde, hinweisen. Viele der hier genannten Dinge treffen auf mich selber zu. Ich fange vielleicht ganz einfach an. Ich hatte einen Abiturdurchschnitt von 2,7 und musste zwei Jahre warten, bis ich über den damaligen Intelligenztest am Ende eines Semesters einen Platz bekommen habe. Während meines Studiums habe ich zeitgleich in Krankenhäusern gearbeitet und meinen Internisten nach alter Weiterbildungsordnung gemacht. Im Jahr 2002 habe ich eine völlig heruntergewirtschaftete Praxis in einem kleinen Ort auf dem Land übernommen. Wenn ich aufhöre, sind 50 % aller Hausärzte im gleichen Ort weg.

Ich bin jetzt auf dem Land, und da musste ich gerade so ein bisschen schmunzeln, weil Sie das mit den Lehrpraxen auf dem Land sagten. Ich führe seit einem Jahr eine Lehrpraxis, habe vorher aber auch schon ausgebildet. Jetzt wurde meine Praxis begutachtet, der zuständige Professor sagte: Frau Richter, eine Lage! Der Blick! Wie kriegen wir aber hier Studenten hin? – Das ist genau der Punkt.

Von daher gesehen ist diese Landarztquote ein erster Schritt. Wir müssen aber weiter denken. Für den Masterplan 2020 wünschten wir uns die Umsetzung. Denn wie lerne ich Hausarztmedizin? – Ich habe jetzt den Vorteil gegenüber der KV-Kammer: Ich brauche nur die Hausarztmedizin zu vertreten, indem ich einfach praktische Erfahrungen mache. Die jungen Kollegen, die in die Hausarztpraxen kommen, sagen immer wieder: Das haben wir aber an der Uni nicht gehört, das wussten wir gar nicht! Ach, so wird das gemacht!

Dass die Studienplatzvergabe anhand von Auswahlkriterien erfolgen soll, unterstütze ich. Hier wünschte ich mir, dass gerade in der Hausarztmedizin die soziale Kompetenz, die Empathie und auch das Übernehmen von Verantwortung ganz stichhaltige Argumente sind und bei den Kriterien eine Rolle spielen sollten. Da unterscheiden wir uns schon von den Spezialisten, was ich überhaupt nicht abwertend meine. Aber wir müssen in den Hausarztpraxen oftmals Entscheidungen treffen, bei denen wir den Patienten und das soziale Umfeld einfach kennen müssen. Wir müssen uns in den Patienten hineinversetzen können, und zwar mehr als andere Kollegen.

Von daher gesehen muss der Landarzt auch Verantwortung übernehmen können, die im Übrigen auf dem Land mehr gefragt ist als in der Stadt. Das sind so kleine Feinheiten, die aber oftmals entscheidend sind. In der Stadt kann ich zum Beispiel, einen Patienten zum Facharzt schicken und bekomme relativ schnell einen Termin. Auf dem Land muss ich oftmals Entscheidungen selber treffen. Nichtsdestotrotz sehe ich die Entwicklung – danach wurde auch gefragt – durchaus als positiv an. Wir merken vom Verband her, dass das Interesse an Allgemeinmedizin deutlich zunimmt. Wir leisten sehr viel Nachwuchsarbeit, aber die Allgemeinmedizin wurde bis jetzt einfach schlechtgeredet.

Wir müssen umdenken. Wir haben jahrelang gejammert: Es wird zu wenig verdient, wir haben zu wenig Zeit. – Es ist viel gemacht worden, der Notdienst ist umgesetzt worden, und das müssen wir auch sagen: Der Hausarztberuf ist positiv.

Die Kollegin sprach eben die Bürokratie an. Natürlich ist das ein Aufwand. Aber da hilft es nicht, zu jammern. Wir haben in allen Berufen unsere Bürokratie. Das begleitet uns ein bisschen. Wir müssen die Bürokratie positiv reden beziehungsweise ihm im Rahmen von Fortbildungen Hilfestellung geben.

Wir haben vom Verband aus – ohne Werbung machen zu wollen – einen Werkzeugkasten für junge Kollegen entwickelt. Das sind acht, neun Module, und ein Modul behandelt nur diese ganzen Formalien, nur dieses Papier. Nach diesem Seminar sind sie einfach ganz begeistert und können sich eine eigene Praxis vorstellen. Wir müssen also mehr Nachwuchsarbeit leisten.

Ich habe immer mal versucht, einen der vielen Kollegen zu finden, der mit in die Praxis einsteigen könnte. Die Kollegen, die direkt aus der Klinik kommen sind eine Katastrophe. Das muss man wirklich sagen. Weil denen einfach vieles – nicht das Wissen, das Fachwissen – fehlt. Sie fragen, wie sie mit dem Patienten in der Praxis umgehen sollen, wie es sich mit den Therapien verhält. Mir geht es auch um die Inhalte, auf die wir eingehen müssen. Deswegen kann ich immer wieder nur für die Hausarztmedizin plädieren: Wir müssen anfangen, in den Universitäten und gegebenenfalls auch schon in den Auswahlkriterien mehr für die Allgemeinmedizin zu tun und den Beruf positiv darstellen. Dann bin ich davon überzeugt, dass das Ganze klappen wird.

Dann bin ich speziell noch gefragt worden, warum ich die Zahlung der 250.000 abschaffen möchte. Aus diesem Grunde: Mit 17, 18 Jahren, muss man sich für den Beruf entscheiden. Wie viele 17-, 18-Jährigen wissen überhaupt schon, was sie beruflich machen wollen? Sie müssen dann gleich die Verantwortung übernehmen: Wenn ich diesen Studienplatz bekomme, muss ich mich aber verpflichten, nach dem Studium zehn Jahre aufs Land zu gehen. Es kann so viel dazwischenkommen. Man kann einen Partner kennenlernen oder man stellt während des Studiums fest, dass man es doch nicht machen will, dass man sich nicht dafür interessiert. Ich weiß nicht, ob man diese Entscheidung, bei so einem wichtigen Beruf im medizinischen Bereich so früh treffen sollte. Was habe ich davon, wenn ich hinterher einen Hausarzt habe, der lieber etwas anderes machen würde? Das spiegelt sich dann auch im Umgang mit den Patienten wieder.

Es gibt natürlich auch viele soziale Fälle. Auch wenn ich nach fünf Jahren aufgrund eines Notfalls beispielsweise eines Todesfalls umziehen muss und noch kein Vermögen, keine Reserven aufgebaut habe, muss ich, obwohl ich bereits fünf Jahre als Landarzt „abgeleistet“ habe, die gesamten 250.000 Euro zahlen. Das kann schon an die Substanz gehen. Man sollte hier über eine Staffelung nachdenken. Nichtsdestotrotz gebe ich Ihnen recht: Es muss auf jeden Fall eine finanzielle Konsequenz haben. Sonst kommen viele Kollegen hinzu.

Es wurde noch nach den Stipendien und Ähnlichem gefragt. Ja, Stipendien hören sich toll an, das muss aber sicherlich auch kritisch hinterfragt werden. Daraus würde ich immer eine Einzelfallentscheidungen machen. Ich kenne eine junge Frau, die seit ihrem zwölften Lebensjahr weiß, dass sie Medizin studieren will. Die Mutter ist alleinerziehend, weil der Vater sehr früh verstorben ist. Mittlerweile hat sie zwei Jahre lang in Kliniken gejobbt, ist jetzt wieder nicht zum Studium zugelassen worden. Daher fängt sie jetzt mit einer Hebammenausbildung an, will aber unbedingt Medizin studieren. Diese junge Frau ist geeignet! Sie macht Praktiken, ist ständig bei mir in der Praxis und guckt, was sie noch lernen kann. Da wäre zum Beispiel ein Stipendium aus meiner Sicht angebracht. Also, das ist sicherlich eine Einzelfallentscheidung. – Vielen Dank.

**Vorsitzende Heike Gebhard:** Herzlichen Dank. – Ich frage die Abgeordneten, ob Sie all Ihre Fragen beantwortet fanden oder ob etwas offengeblieben ist. Herrn Mostofizadeh und Herrn Dr. Vincentz habe ich registriert. Bitte.

**Mehrdad Mostofizadeh (GRÜNE):** Frau Vorsitzende, ich würde gern noch eine Frage stellen, weil die so eine systematische Logik hat. Ich würde sie gern von der Kassenärztlichen Vereinigung in erster Linie und dann vielleicht noch von den Ärztekammern beantwortet haben. Wenn wir 300 Studienplätze nicht mehr nach Numerus Clausus vergeben, dann bekommen sie eben 300 andere Studierende. Das ist ja sehr treffend eben auch vorgetragen worden.

Wenn wir in zehn Jahren hoffentlich 200, 300, 400 mehr Allgemeinmediziner haben, müssen die auch von der Kassenärztlichen Vereinigung versorgt werden. Sie haben ja eben davon gesprochen, dass 300 Allgemeinarztplätze offen sind. Nach der Logik muss die KV ja eigentlich im Geld schwimmen, es sei denn, dass andere die Arbeit übernehmen. – Nein, ich will das gar nicht karikieren, aber am Ende des Tages muss es jemand bezahlen. Deswegen würde ich die Frage, die ich vorhin gestellt habe, wiederholen wollen: Bestehen nicht auch Kapazitäten im bestehenden System für gewisse Ausgleichs? Die Budgetgrenze im kassenärztlichen Bereich wurde ja angesprochen, oder auch die Möglichkeit, Kapazitäten innerhalb des Systems, Termine und anderes besser zu verteilen, um die ärztliche Versorgung sicherzustellen.

Dritte Variante: Man könnte auch Versorgungskooperationen eingehen. Wer beispielsweise in Dinslaken oder in Duisburg eine Praxis hat, muss eben auch einen Versorgungsanspruch in Alpen wahrnehmen, um eben diese Unterschiede auszugleichen. Alternativ könnte er dafür beispielsweise auch Zuschläge bezahlen. Das ist alles nicht

schön und hat mit Freiem Beruf auch nicht ganz so viel zu tun. Die Frage ist ja nur, aus welchem Topf kann man schöpfen?

**Dr. Martin Vincentz (AfD):** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Zwei kurze Rückfragen, einmal an die Kollegen Dr. Bergmann und Dr. Nordmann. Sie haben richtigerweise gesagt, dass der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin dann auch in diesen Bereich fallen würde und festgestellt, dass es dort einen Mangel gibt, insbesondere in sozialen Brennpunkten. Das ist nicht wegzureden. Aus dem Gefühl heraus, was ich jetzt mitbringe, habe ich eher den Eindruck, dass der Flaschenhals ein anderer ist.

Wenn Sie sich für die innere Medizin oder für Viszeralchirurgie auf eine Stelle bewerben – beides Felder, die relativ unterbesetzt sind –, dann bekommen Sie gleich zwei. Bei der Kinder- und Jugendmedizin hatte ich immer den Eindruck, auch wenn ich mich privat mit Kollegen unterhalten habe, dass es da sehr viele gibt, die in der Kinder- und Jugendmedizin den Facharzt ergreifen oder sich gerne auf entsprechende Stellen bewerben würden. In den Kliniken sind die Abteilungen der Kinder- und Jugendmedizin eher klein, sodass dort die Assistenzarztstellen sehr rar gesät sind. Das ist jetzt das Gefühl. Zahlen habe ich dazu nicht. Da würde ich Sie jetzt fragen wollen, ob das nicht eine andere Gewichtung der Schwere ist. Das ist meine erste Frage.

Die andere Frage möchte ich an Herrn Achelpöhler richten. Um eine Lanze für die Universitätsmedizin zu brechen: Ich hatte immer den Eindruck, dieser Triathlon, den Universitätsmediziner bewältigen müssen zwischen Forschung, Patientenbetreuung und Lehre, ich schwierig. Es ist viel Arbeit, die da auf die Leute zukommt. Meinen eigenen Doktorvater konnte ich immer am besten zwischen ein und zwei Uhr nachts erreichen, weil da etwas weniger Arbeit anfiel. Also Arbeit ist genug da. Wo würden Sie anders gewichten? Was muss Ihrer Meinung nach in Deutschland verändert werden? Was ist in anderen Ländern anders? Wo sehen Sie die Möglichkeit, mehr Raum für Lehre zu gewinnen?

**Vorsitzende Heike Gebhard:** Weitere Fragen sehe ich nicht. Dann gehen wir dieses Mal in der umgekehrten Reihenfolge vor. Herr Achelpöhler, fangen Sie doch bitte an.

**Wilhelm Achelpöhler:** Die letzte Frage war ja: Wie würde man das anders gewichten? Ich würde das gar nicht anders gewichten. Ich würde einfach nur dafür plädieren, dass man das Ausbildungssystem im klinischen Bereich so gestaltet, dass die Hochschulen ihre Lehrverpflichtung überhaupt erfüllen können. Die Professoren haben eine Lehrverpflichtung von neun Semesterwochenstunden. Und diese Lehrverpflichtung erfüllt – ich hatte ja die Zahlen genannt – im Prinzip nur einer von fünf. Die anderen vier machen gar keine Lehre, weil es keine Patienten gibt. Daher: Geben Sie den Hochschullehrern die Chance, damit sie das, was in der Lehrverpflichtungsverordnung steht, auch tatsächlich an Lehre leisten können.

Das geht nur, wenn die patientenbezogene Ausbildungskapazität ausgeweitet wird. Da muss man sich dann mit den Universitätskliniken kurzschließen. Es ist ja nicht nachvollziehbar, dass sich das Universitätsklinikum Münster an den Kliniken in Rheine,

Borghorst und Steinfurt beteiligt, dort aber keine Ausbildung stattfindet. Das kann nicht richtig sein. Ohne dass man an diesem System oder an der Lehrverpflichtung etwas ändern muss, kann man dadurch in deutliches Mehr an Studienplätzen schaffen.

**Dr. Frank Bergmann (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein):** Ich gehe auf Ihre Frage ein. Sie haben ja an der Stelle gesagt, wir hätten genug Geld, und haben das Budget angesprochen. Dazu muss man Folgendes sagen: Unsere Gesamtvergütung wird ja danach errechnet, wie viele Leistungsanforderungen es gibt. Das heißt, wenn 300, 400 oder 500 weniger Ärzte Leistungen erbringen, ist auch die Gesamtvergütung entsprechend klein. Die bleibt ja nicht automatisch groß aufgrund einer fiktiven Anzahl von Ärzten, sondern richtet sich nach den erbrachten Leistungen. Das ist das eine.

Das Zweite ist, dass wir ja – ich habe es gerade schon gesagt – zurzeit fast 600 Ärzte in der Weiterbildung mit knapp 5.000 Euro pro Kopf finanzieren. Das sind erhebliche Gelder, die wir aus der Gesamtvergütung nehmen müssen.

Es kommt hinzu, dass wir – um das ein bisschen zu differenzieren –, ein Problem nicht haben, und zwar das Problem, dass eine Ärztin oder ein Arzt, der auf dem Land tätig ist, ein Umsatzproblem haben könnte. Die Praxis ist ja vom ersten Tag an voll. Die haben eher das Problem, dass sie den Ansturm kaum begrenzen können und dass sie weit mehr als 50 Stunden arbeiten, wenn sie ihren Patienten gerecht werden wollen. Diese Praxen sind vom ersten Tag an voll, von morgens früh bis abends spät.

Grundsätzlich sind wir der Meinung, dass wir die Niederlassung, das gilt aber ganz allgemein und jetzt nicht nur speziell für den ländlichen Bereich, attraktiver machen könnten, wenn wir die Budgets abschaffen und wenn wir erreichen würden, dass wir die Leistungen, die die Hausärzte und Fachärzte erbringen, auch wirklich voll bezahlen. Das gelingt im Bereich der hausärztlichen Versorgung aufgrund unterschiedlicher Mechanismen zu mittlerweile ca. 97 %, im Bereich der fachärztlichen Versorgung liegen wir deutlich darunter. Das ist ein allgemeines Problem, was die Budgetfrage angeht. Aber an den finanziellen Möglichkeiten, Umsatzmöglichkeiten scheitert keine Tätigkeit auf dem Lande. Das sind andere Faktoren.

**Dr. Gerhard Nordmann (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe):** Diese Mechanismen, wie es funktioniert, muss man natürlich kennen. Ich habe es eben schon, glaube ich, auch zweimal gesagt. Wir haben Vorgaben. Das ist die sogenannte Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Das ist eine untergesetzliche Norm. An diese Vorgaben müssen wir uns halten.

Jetzt komme ich zu dem Thema, was Sie angesprochen haben. Nehmen wir als Beispiel Bielefeld, das reizt mich ja immer und deswegen spreche ich gerne darüber. Bielefeld hat eine ausreichende Versorgung von 130 % bei den Kinderärzten, aber nicht in jedem Stadtteil. Da gibt es Stadtteile, vor allem in der Innenstadt, in denen die Versorgung mehr als gut ist. Auf der anderen Seite gibt es gewisse Bezirke, in die keiner gehen will, wo wir eine miserable Versorgung haben. Und jetzt kommen die Bielefelder Ärzte und sagen: Hier muss etwas geschehen. – Das sehen wir auch ein.

Das ist völlig in Ordnung. Wir können bei der Sonderzulassung die Normen auch brechen und regeln, dass mehr Honorar in diesen Bezirk fließt. Das wird natürlich nicht gerne gewollt. Das ist der budgetäre Punkt.

Der zweite Punkt ist natürlich die Ausbildung. Da haben Sie völlig Recht. Sehr viele Fachärzte, deutsche Fachärzte, bleiben gerne in den Kliniken. Die werden gerne Oberarzt und bleiben eine ganze Weile dort, oft noch zehn Jahre, bis vielleicht ein Chefarztwechsel ist und der dann sagt: Jetzt könntest du mal weichen, damit wir auch hier junge Leute ausbilden können. – Uns fehlen die ausgebildeten Fachärzte aus den Kliniken, weil in den Kliniken nicht für die Niederlassung ausgebildet wird, sondern für die Klinik selber. Das wird unser zweites Problem, und das ist bei den Kinderärzten ebenfalls besonders ausgeprägt.

Die finanzielle Seite der Kinderärzte wurde angesprochen. Es gab einmal eine Zeit, in der die Kinderärzte die am schlechtesten bezahlten Kollegen waren. Das ist lange, lange vorbei. Die Kinderärzte liegen mit im oberen Mittelfeld. Da brauchen Sie nicht den Kopf zu schütteln, ich kann Ihnen das beweisen. Die Kinderärzte sind da ganz besonders gefördert worden, und haben kein Finanzproblem. Die haben ein Mengenproblem, das ist richtig. Das Problem liegt in der Zusammenarbeit zwischen Klinik und der Niederlassung. Viele Kollegen sind nicht bereit, in diesen Moloch Praxis zu gehen, sondern sind lieber in dem angenehmeren Bereich in der Klinik als Oberärzte tätig. Auch da versuchen wir, etwas zu tun.

Wir haben vorhin das Quereinsteigermodell erwähnt. Mit dem wollen wir ja eventuell Klinikärzte zu uns in den ambulanten Bereich herüber holen. Wenn Sie das öffentlich sagen, haben Sie sofort die Opposition – nicht hier im Hause die Opposition, sondern die Opposition unter den Ärzten – die dann sagt, die KVen wollen die Kliniken ausdünsten; sie wollen unsere ausgebildeten Mediziner klauen und sie wollen die dann in die Versorgung stecken.

Sie sind immer in einem Konflikt. Auf der einen Seite können Sie das Türmchen bauen, und dann drehen Sie sich um und das Türmchen ist wieder umgefallen. Das ist so unser Alltag.

**Dr. Theodor Windhorst (Ärztekammer Westfalen-Lippe):** Ich wollte nur ganz kurz, weil ich eben ja so lange gesprochen habe, Ihre Frage beantworten: In der Kinder- und Jugendmedizin inklusive Schwerpunkte haben wir eigentlich seit 2006 eine konstante Zahl, die sich in Höhe der Facharztproduktion bewegt und zwischen 60 und 70 Kolleginnen und Kollegen liegt. Da gibt es keine Schwierigkeit. Im Vorstandsbericht haben wir das auf die Befugten heruntergerechnet. Wir haben Befugte, die zum Teil Plätze frei haben, um Kolleginnen und Kollegen für die Kinder- und Jugendmedizin aufzunehmen. Das ist also noch ausbaubar.

**Vorsitzende Heike Gebhard:** Vielen Dank. Ich sehe keine weiteren Fragen mehr. Dann darf ich mich ganz herzlich bei allen unseren Damen und Herren Sachverständigen dafür bedanken, dass Sie uns hier Rede und Antwort gestanden haben. Ich

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (37.) und  
Wissenschaftsausschuss (21.)  
Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

21.11.2018

wünsche Ihnen einen angenehmen Heimweg. In einer halben Stunde werden wir mit unserer Ausschusssitzung beginnen.

gez. Heike Gebhard  
Vorsitzende

**2 Anlagen**

30.11.2018/30.11.2018

93



**Anhörung von Sachverständigen**  
Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
und des Wissenschaftsausschusses  
**Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in den Bereichen besonderen öffentlichen  
Bedarfs des Landes Nordrhein-Westfalen**  
**(Landarztgesetz Nordrhein-Westfalen – LAG NRW)**

Gesetzentwurf der Landesregierung - Drucksache 17/3037

am Mittwoch, dem 21. November 2018  
13.00 bis ca. 15.00 Uhr, Raum E 3 D 01

## Tableau

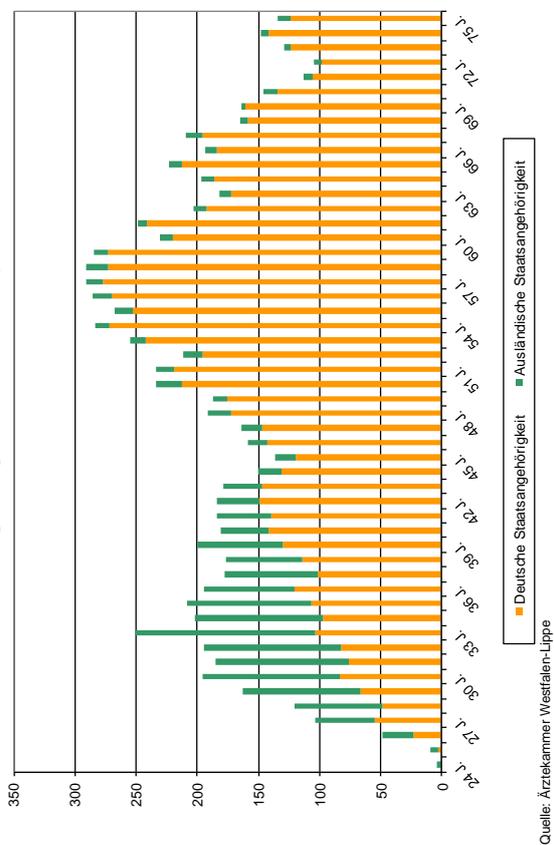
eingeladene Sachverständige/ Institutionen	Redner/in Weitere Teilnehmer/-innen	Stellungnahme
Landkreistag NRW, Düsseldorf	<b>Thomas Krämer</b> Dr. Rudolf Lange (Kreis Mettmann)	<b>17/967</b>
Städte- und Gemeindebund NRW, Düsseldorf	<b>Dr. Matthias Menzel</b>	
Städtetag NRW, Köln	<b>Andrea Vontz-Liesegang</b>	<b>17/965</b>
Ärztetkammer Nordrhein, Düsseldorf	<b>Professor Dr. Susanne Schwalen</b>	<b>17/954</b>
Ärztetkammer Westfalen-Lippe, Münster	<b>Dr. Theodor Windhorst</b>	<b>-/-</b>
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf	<b>Dr. Frank Bergmann</b>	<b>17/966</b>
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund	<b>Dr. Gerhard Nordmann</b>	<b>17/953</b>
Wilhelm Achelpöhler Fachanwalt für Verwaltungsrecht sowie für Urheber- und Medienrecht, Münster	<b>Wilhelm Achelpöhler</b>	<b>17/964</b>
MuM Medizin und Mehr eG, Bünde	<b>Annette Hempen</b>	<b>17/973</b>
Ruhr-Universität Bochum, Bochum	<b>Professor Dr. Stefan Huster</b>	<b>17/955</b>
Hausärzteverband Westfalen-Lippe e.V., Unna	<b>Anke Richter-Scheer</b>	<b>17/956</b>



ÄRZTEKAMMER  
WESTFALEN-LIPPE



**Situation in Ostwestfalen-Lippe noch dramatischer ...**  
Altersstruktur nach Staatsangehörigkeit, Stand: 7. September 2018



Quelle: Ärztekammer Westfalen-Lippe