

## Unterrichtung

Hannover, den 10.11.2022

Die Präsidentin des Niedersächsischen Landtages  
- Landtagsverwaltung -

### **Qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung auch zukünftig flächendeckend sicherstellen - ambulante Versorgung in Niedersachsen stärken und weiterentwickeln**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - Drs. 18/10732

Beschluss des Landtages vom 22.03.2022 - Drs. 18/10997 - nachfolgend abgedruckt:

### **Qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung auch zukünftig flächendeckend sicherstellen - ambulante Versorgung in Niedersachsen stärken und weiterentwickeln**

In vielen Fällen sind Arztpraxen die ersten Anlaufstellen der Bürgerinnen und Bürger bei gesundheitlichen Beschwerden. Der niedersächsischen Bevölkerung steht derzeit eine insgesamt gut erreichbare und qualitativ hochwertige ambulante Versorgung zur Verfügung. Dennoch besteht trotz der insgesamt guten Versorgungssituation im Flächenland Niedersachsen eine der primären Herausforderungen in einer zunehmenden Ungleichverteilung der Versorgungskapazitäten. Denn obwohl insgesamt ein kontinuierlicher Anstieg der Anzahl der niedergelassenen ärztlichen Leistungserbringenden zu verzeichnen ist und in vielen - insbesondere städtischen - Gebieten sogar eine Überversorgung vorliegt, werden in anderen Regionen die durch die Bedarfsplanung möglichen Praxisniederlassungen nicht erreicht. Diese geografische Ungleichverteilung der Ärzteschaft äußert sich durch eine hohe Arzt-Einwohner-Relation in Ballungsgebieten bei einer gleichzeitig geringeren Arztdichte im ländlichen Raum. Dort wird es zunehmend schwieriger, freiwerdende Kassenarztsitze neu zu besetzen. Neben der geografischen Ungleichverteilung stellt die arztgruppenspezifische Ungleichverteilung eine weitere Herausforderung für die langfristige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung dar. Nachkommende Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich zu selten für die Fachrichtung Allgemeinmedizin sowie auch immer seltener für eine Tätigkeit im ländlichen Raum. Daher bedarf es gesetzgeberischer Maßnahmen, die auf eine gleichmäßige Verteilung der ärztlichen Leistungserbringenden vor allem im ländlichen Raum abzielen. Insbesondere im hausärztlichen Bereich ist darüber hinaus eine nachhaltige Stärkung der Nachwuchsgewinnung erforderlich.

Mit dem Ausbau der Medizinstudienplätze an der European Medical School Oldenburg, der Medizinischen Hochschule Hannover sowie der Universitätsmedizin Göttingen und der Einführung einer Landarztquote hat der Landtag bereits wichtige Maßnahmen auf den Weg gebracht, um die medizinische Versorgung auch in Zukunft in der Fläche sicherzustellen.

Um den vielfältigen Herausforderungen im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung auch darüber hinausgehend zu begegnen, ist die stetige Weiterentwicklung des ambulanten Sektors in Niedersachsen notwendig. Die durch den Landtag eingesetzte Enquetekommission zur Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung bestätigt diese Notwendigkeit in ihrem Abschlussbericht. Für eine flächendeckende Sicherstellung und eine weitere Optimierung der Versorgungsqualität bei zunehmenden Herausforderungen ist es aus Sicht der Kommission unerlässlich, neben der Stärkung der Nachwuchsgewinnung vorhandene Ressourcen effizienter zu nutzen und insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte zu entlasten.

Vor diesem Hintergrund bittet der Landtag die Landesregierung,

1. sich auf Bundesebene für die Weiterentwicklung der ambulanten Bedarfsplanung einzusetzen, damit eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und flächendeckende ärztliche Versorgung in Niedersachsen auch in Zukunft sichergestellt ist. Entsprechend den Handlungsempfehlungen der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen“ ist dabei besonders zu beachten,

- a) den ambulanten und stationären Versorgungsauftrag zu definieren, um auf dieser Grundlage eine gemeinsame Versorgungsplanung zu entwickeln, die Planungskriterien wie Morbidität und Leistungsanspruchnahme berücksichtigt,
  - b) zu prüfen, wie die Bedarfsplanung in der Pflege und in den ärztlichen bzw. nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen zwischen Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung und den ausbildenden Hochschulen verbessert werden kann, sowie
  - c) die verantwortlichen Akteure bei Maßnahmen zu unterstützen, die zu einem Abbau der Überversorgung führen. Dazu zählen insbesondere die Schaffung verbindlicher Vorgaben zum Aufkauf von Arztsitzen, die Vermeidung von Nachbesetzung in überversorgten Gebieten, z. B. durch den Ankauf von Arztsitzen durch die Kassenärztliche Vereinigung, und die Drosselung von Sonderbedarfszulassungen durch Überarbeitung bzw. Konkretisierung der Kriterien für die Sonderbedarfsfeststellung.
2. die Rahmenbedingungen für die hausärztliche Tätigkeit zu verbessern und sich auf Bundesebene einzusetzen für
- a) Vergütungszuschläge bzw. Honoraranpassungen durch eine Neubewertung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM),
  - b) die Reduzierung von Fehlanreizen im Abrechnungssystem, beispielsweise durch die Einführung eines Jahresbudgets, um Überschreitungen des Quartalsbudgets ausgleichen zu können, sowie
  - c) die Überprüfung und gegebenenfalls Neuregelung von Regressen.
3. die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte in der Versorgung zu stärken und dabei besonders zu beachten,
- a) die hausärztliche Steuerungsfunktion im Sinne einer Lotsenfunktion zu verbessern,
  - b) die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) durch den Ausbau von GKV-HzV-Wahlтарifen und durch die Schaffung zusätzlicher Anreize zu stärken sowie
  - c) die Bürgerinnen und Bürger über die Vorteile hausärztlicher Versorgung aufzuklären.
4. gemeinsam mit der zuständigen KVN die Rahmenbedingungen und die Anreize für die ärztliche Tätigkeit auf dem Land zu verbessern. Dabei soll besonders beachtet werden,
- a) Praxisneugründungen durch individuelle Beratung zur Praxisplanung und -gestaltung durch die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die Ärztekammer Niedersachsen weiterhin finanziell zu unterstützen,
  - b) alternative Organisationsformen durch Unterstützung bei der Gründung von Zweitpraxen und durch eine Verbesserung der Möglichkeiten der ärztlichen Tätigkeit in Teilzeit und des Jobsharing zu fördern,
  - c) die im SGB V vorhandenen Vergütungsanreize für Arztsitze insbesondere in unterversorgten Fachrichtungen und in unterversorgten Regionen auszunutzen und deren Bekanntheit zu steigern sowie
  - d) Rahmenbedingungen und Anreize zu verbessern, um Medizinerinnen und Mediziner und Pflegepersonal in ihre Heimatregionen zurückzugewinnen.
5. die Möglichkeiten der Übertragung bzw. Delegation ärztlicher Leistungen auf andere Berufsgruppen zu stärken und auszuweiten. Dabei sind besonders zu beachten,
- a) vorhandene Delegationsmöglichkeiten auszunutzen, beispielsweise durch Modellerprobungen mit Unterstützung des Landes,
  - b) den Umfang delegierbarer Leistungen zu prüfen und gegebenenfalls zu erweitern,
  - c) delegierbare Leistungen auf grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten, die von Hausärztinnen und Hausärzten in der eigenen Praxis oder in der Häuslichkeit oder Pflegereinrichtungen behandelt werden, zu erweitern,

- d) aufsuchende Beratungs- und Versorgungsangebote durch hauptamtliche Fachkräfte einzuführen (in Anlehnung an „klassische Gemeindeschwestern“ sowie das Modell „Gemeindeschwester Plus“),
  - e) den eigenständigen Einsatz nicht-ärztlicher Heilberufe aufzuwerten und auszuweiten,
  - f) nicht-ärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten für den gemeinschaftlichen Rückgriff von ärztlichem Personal bereitzustellen,
  - g) den Einsatz von Praxisassistentinnen und -assistenten mit direkter Anbindung an bestehende ambulante Versorgungsstrukturen auszuweiten sowie
  - h) Physician Assistants auch für einen Einsatz im ambulanten Sektor zu qualifizieren und gegebenenfalls einzusetzen.
6. die Mobilität und Erreichbarkeit ärztlicher Versorgung zu fördern und dabei besonders zu beachten,
- a) landesweit Mindestreichbarkeiten für Haus- und Facharztpraxen sowie für nicht-ärztliche Heilberufe einzuführen,
  - b) die Leistungserbringung bei der Patientin bzw. dem Patienten zu fördern,
  - c) Fahrt- und Transportangebote für Patientinnen und Patienten zum Leistungserbringer wie den Patientenbus, den Bürgerbus oder das Ruf-Taxi auszuweiten sowie
  - d) digital gestützte Versorgungsangebote wie Video- und Telefonsprechstunden oder telemedizinische Anwendungen auszubauen, finanziell zu fördern sowie die dafür notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen anzupassen.
7. als Lehre aus der COVID-19-Pandemie die besonderen Herausforderungen pandemischer Lagen für die ambulante Versorgung zu berücksichtigen. Zur Bewältigung zukünftiger Pandemien sind dabei besonders zu berücksichtigen
- a) die Entwicklung klarer Regelungen zur Beschaffung und intelligenten Bevorratung von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA), Medikamenten und anderen krisenrelevanten Materialien für den ambulanten Sektor zentral durch eine staatliche Stelle zu unterstützen und zügig voranzutreiben,
  - b) gesicherte Regelungen von Zuständigkeiten, Finanzierung sowie Kommunikations- und Organisationsabläufen zwischen allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren zu entwickeln, u. a. bei der Verantwortung für Testungen,
  - c) die Entwicklung eines flächendeckenden, gestuften Versorgungsnotfallkonzepts, um medizinische Kompetenz und apparative Ausstattung in einem Planungsraum zu konzentrieren und die ambulante Versorgung im Pandemiefall zu sichern,
  - d) die Entwicklung eines Konzeptes zur niedrigschwelligen (Re-)Aktivierung und Honorierung ärztlicher Kompetenzen, um kurzfristig erforderliche zusätzliche ambulante medizinische Kapazitäten im Pandemiefall abrufen zu können, sowie
  - e) die Entwicklung klarer Regelungen für die Übergänge von Patientinnen und Patienten vom stationären Sektor in die ambulante Behandlung und umgekehrt, um die Kontinuität der Behandlung auch im Pandemiefall zu gewährleisten.
8. die Gesundheitsregionen in Niedersachsen zu stärken und dabei
- a) die Gesundheitsregionen für die Aufgabe der Vernetzung der gesundheitlichen Akteurinnen und Akteure vor Ort besser zu unterstützen,
  - b) erfolgte Projekte hinsichtlich ihrer regionalen oder landesweiten Umsetzbarkeit und Verstärkung zu evaluieren sowie
  - c) erfolgte und laufende (Modell-)Projekte und Aktivitäten öffentlich einsehbar zu dokumentieren und zu kommunizieren.

9. die Rahmenbedingungen des Medizinstudiums zu verbessern und dabei insbesondere
  - a) die Zahl der Studienplätze in Niedersachsen um mindestens 200 zu erhöhen und den Masterplan Medizinstudium 2020 in enger Abstimmung zwischen Bund und Ländern unter Beachtung der damit verbundenen Kostenwirkungen umzusetzen,
  - b) zu prüfen, ob und wie die Lehrangebote und die Professuren für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover und der Georg-August-Universität Göttingen erhöht werden können, und entsprechend dem Aufwuchs der Studierendenzahl perspektivisch auch die Lehrangebote und die Professuren an der European Medical School in Oldenburg auszubauen,
  - c) die medizinischen Fakultäten bei der Gewinnung zusätzlicher Lehrpraxen zur Sicherstellung der praktischen Ausbildungsinhalte (Blockpraktikum, Praktisches Jahr) zu unterstützen,
  - d) Mentoring- und Prä-Mentoringprogramme insbesondere zur Unterstützung der Stipendiatinnen und Stipendiaten der Landarztquote zu fördern,
  - e) auf Bundesebene die Neuregelung der ärztlichen Ausbildung, insbesondere der in Artikel 1 geregelten Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte, tatkräftig zu unterstützen und zu einem zügigen Abschluss zu bringen.
10. die Rahmenbedingungen in der Weiterbildung zu verbessern und dabei besonders zu beachten:
  - a) Weiterbildungsstellen an Krankenhäusern durch die Schaffung von Mindestzahlen für Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin pro Krankenhaus und durch den Ausbau der Verbundweiterbildungen im Zuständigkeitsbereich der Selbstverwaltung zu fördern,
  - b) flächendeckende Weiterbildungsermächtigungen auszubauen, um Praxiseinstiege und Praxisübernahmen zu fördern,
  - c) durch die KV und die ÄK ausreichende Weiterbildungsmöglichkeiten mit dem Ziel einer Erhöhung des Anteils der Allgemeinmedizin auf 25 % sicherzustellen und zu fördern und bei mangelndem Umsetzungserfolg durch staatliche Kontingentierung zu ersetzen,
  - d) einen Strukturzuschlag als Anreiz für Weiterbildungspraxen und Krankenhäuser gegenüber dem Bund einzufordern,
  - e) die Auslastung des Kompetenzzentrums zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin in Niedersachsen (KANN) durch Steigerung der Bekanntheit und Attraktivität sowie durch Verbesserung von Freistellungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung zu erhöhen,
  - f) die Möglichkeiten des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin für Ärztinnen und Ärzte mit Facharztanerkennung in einem Fachgebiet der unmittelbaren Patientenversorgung zu erleichtern, die Bekanntheit vorhandener Möglichkeiten zu steigern und diese stärker zu fördern sowie
  - g) die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Niedersachsen unter Beibehaltung hoher fachlicher und sprachlicher Anforderungen zu beschleunigen.
11. die Interessenvertretung von Hausärztinnen und Hausärzten durch die Erhöhung ihres Stimmengewichts in den Landesvertreterversammlungen analog zur Bundesvertreterversammlung § 79 SGB V zu stärken.

Antwort der Landesregierung vom 04.11.2022

Demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt führen zu erhöhtem Behandlungsbedarf im vertragsärztlichen Bereich. Zugleich trifft der demografische Wandel auch die Ärzteschaft selbst. Das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte liegt bei knapp 55 Jahren. Zur Aufrechterhaltung der flächendeckenden und qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung in Niedersachsen besteht Handlungsbedarf. Dabei stehen die Ungleichverteilung der Versorgungskapazitäten und

insbesondere der Nachwuchsmangel in der hausärztlichen Versorgung ländlicher Regionen im Fokus.

Die ambulante medizinische Versorgung wird wesentlich von der Bundesgesetzgebung (Sozialgesetzbuch [SGB] Fünftes Buch [V]) und - in der Umsetzung - von der Selbstverwaltung bestimmt. Gemäß § 72 Abs. 2 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Krankenkassen die vertragsärztliche Versorgung durch Verträge zu regeln. Neben dieser allgemeinen gemeinsamen Verantwortung der Vertragspartnerinnen und Vertragspartner verpflichtet § 75 Abs. 1 SGB V konkret die KVen, die vertragsärztliche Versorgung umfassend sicherzustellen. Auf diese bundesgesetzlich vorgegebenen Rahmenbedingungen kann die Landesregierung grundsätzlich keinen unmittelbaren Einfluss nehmen.

Dies vorausgeschickt, wird zu den Nummern 1 bis 11 der Landtagsentschließung Folgendes ausgeführt:

Zu 1 a):

Der Stärkung sektorenübergreifender Ansätze hin zu einer gemeinsamen Versorgungsplanung kommt eine zentrale Bedeutung in der zukunftsfähigen Gestaltung des Gesundheitswesens zu. Dies gilt insbesondere für strukturschwache Regionen. Bislang führen u. a. die sektoralen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens zu Unter-, Über- und Fehlversorgung. Die Umsetzung sektorenübergreifender Versorgung wird vor allem durch unterschiedliche Vergütungssysteme und Qualitätsstandards sowie sektoral getrennte Bedarfsplanungen behindert - dies alles gilt es zu vereinheitlichen.

Die wesentlichen Regelungen dazu werden vom Bundesgesetzgeber getroffen. Die Ziele des aktuellen Koalitionsvertrages von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP auf Bundesebene zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung werden unterstützt. Die vom Bund geplante Überführung der ambulanten Bedarfs- und stationären Krankenhausplanung hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung wird die Landesregierung im Interesse der niedersächsischen Patientinnen und Patienten aktiv begleiten.

Ungeachtet der primären Zuständigkeit auf Bundesebene setzt sich die Landesregierung bereits jetzt für innovative Versorgungsansätze ein, die die Potenziale sektorenübergreifender Kooperationen, Delegation, Steuerungs- und Lotsenfunktionen sowie Telemedizin nutzen (Aufbau Regionaler Gesundheitszentren, Gesundheitsregionen, Digitalisierungsprojekte mit Delegationsansätzen).

Zu 1 b):

Eine auf Bundesebene zu regelnde Berücksichtigung der Pflegeberufe und der nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe in der Bedarfsplanung wird von der Landesregierung begrüßt. Der Bedarf an Fachkräften ist insbesondere in der Pflege hoch. Deshalb müssen vielfältige Anstrengungen unternommen werden, um Fachkräfte zu gewinnen. Die von der Landesregierung initiierte Konzentrierte Aktion Pflege Niedersachsen - KAP.Ni - widmet sich diesem Ziel seit 2019 mit einem Maßnahmenpaket. Im Juni 2022 haben die KAP.Ni-Partnerinnen und -Partner eine erfolgreiche Bilanz gezogen und die erste Phase abgeschlossen. Derzeit wird ein neues Maßnahmenpaket aufgestellt. Die Gewinnung von Fachkräften wird erneut zu den Schwerpunkten der KAP.Ni Phase 2 zählen.

Eine die Pflegekräfte einbeziehende Bedarfsplanung muss gezielt auf die örtlichen Verhältnisse abgestimmt sein. Das hat der 2021 vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) vorgestellte Landespflegebericht gezeigt, dessen Schwerpunkt die Fachkräfteversorgung war. Es hat sich gezeigt, dass für die Regionen in Niedersachsen sehr unterschiedliche Entwicklungen prognostiziert werden. Die im Dezember 2021 in Kraft getretene Novelle des Niedersächsischen Pflegegesetzes - einer der Beiträge des Landes zur KAP.Ni - trägt dieser Erkenntnis Rechnung. So wurde die Rolle der Kommunen in der Versorgungsplanung durch die Novelle aufgewertet. Es sind künftig regelmäßig örtliche Pflegeberichte zu erstellen und örtliche Pflegekonferenzen abzuhalten, die Berichterstattung wird mit der Landespflegeberichterstattung und Pflegestatistik synchronisiert. So wird in Niedersachsen die Bedarfsplanung auch mit Blick auf Fachkräftebedarfe weiterentwickelt und verbessert.

Im Hinblick auf die in der Entschließung des Landtages angesprochenen unterstützenden Maßnahmen zum Abbau von Unterversorgung kann ebenfalls auf den Koalitionsvertrag auf Bundesebene zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP verwiesen werden. Danach sollen Entscheidungen

des Zulassungsausschusses künftig durch die zuständige Landesbehörde bestätigt werden. Je nach Ausgestaltung könnten sich hier erweiterte Gestaltungsspielräume für das MS in Fragen der vertragsärztlichen Zulassung ergeben.

Zu 1 c):

Hier ist zunächst auf den in der Vorbemerkung genannten Sicherstellungsauftrag der KVen zu verweisen, den diese - als Akteur der Selbstverwaltung - weitgehend selbstständig umzusetzen haben. Die Schaffung diesbezüglicher Vorgaben ist Sache des Bundesgesetzgebers. Laut Koalitionsvertrag auf Bundesebene sollen Entscheidungen des Zulassungsausschusses künftig durch die zuständige Landesbehörde bestätigt werden.<sup>1</sup> Insoweit könnten sich für das MS erweiterte Gestaltungsspielräume im Sinne der Entschließung ergeben.

Zu 2 a und b):

Die Ausgestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) fällt unter die Kompetenz der Selbstverwaltung auf Bundesebene. Der EBM wird durch den Bewertungsausschuss beschlossen, der sich aus je drei Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammensetzt. Im Falle teilweiser oder vollständiger Beschlussunfähigkeit wird der Bewertungsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden sowie zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (Erweiterter Bewertungsausschuss). Es liegt im eigenen Interesse der Selbstverwaltungspartner, über Rahmenbedingungen wie den EBM die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung zu schaffen und Fehlanreize zu minimieren. Die Rechtsaufsicht über den Bewertungsausschuss führt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Zu 2 c):

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind wie alle Leistungserbringer zur Wirtschaftlichkeit verpflichtet, d. h. die verordneten Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V).

Die Einhaltung dieses Wirtschaftlichkeitsgebots wird durch die gesetzlich vorgeschriebene Wirtschaftlichkeitsprüfung (§§ 106 ff. SGB V) sichergestellt. Zum 01.01.2017 wurden in Niedersachsen die Richtgrößenprüfungen im Arznei- und Heilmittelbereich zugunsten von Durchschnittsprüfungen abgelöst. Bei der Durchschnittsprüfung handelt es sich um eine fachgruppenbezogene statistische Vergleichsprüfung. Geprüft wird dabei nicht auf Basis verhandelter Richtgrößen, sondern auf Basis der tatsächlichen durchschnittlichen Verordnungskosten der Fachgruppe im jeweiligen Prüfzeitraum. Dadurch orientiert sich das Budget stärker an den tatsächlichen Ausgaben der Fachgruppe. Geprüft werden jeweils 5 % der Ärztinnen und Ärzte einer Fachgruppe. Aufgreifkriterium ist eine Überschreitung des Ordnungsfallwertes der jeweiligen Fach- bzw. Vergleichsgruppe um über 50 %, wenn diese nicht durch besondere Ordnungsbedarfe erklärt werden kann.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz hat weitere Erleichterungen ermöglicht, die zum 01.05.2020 auf Bundesebene umgesetzt wurden. Ärztinnen und Ärzte werden sowohl bei der Kostenhöhe als auch bei der Verfahrensfrist entlastet.

Eine komplette Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen - ohne wirksame Alternative - wird von der Landesregierung nicht unterstützt. Sie verfügt aufgrund der bundesgesetzlichen Vorgaben zudem über keine Regelungskompetenz im Bereich Vergütung und Budgetierung.

Zu 3 a bis c):

Hausärztinnen und Hausärzte können den Patientinnen und Patienten als erste Anlaufstelle Orientierung bieten, Fehlversorgung und unwirtschaftliche Leistungsanspruchnahme reduzieren und die Kommunikation verbessern.

---

<sup>1</sup> Vgl. Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, S. 66.

Die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) beinhaltet bereits diese Form der Koordination (Lotsenfunktion). Die gesetzlichen Krankenkassen haben ihren Versicherten die HzV als freiwilligen Wahltarif anzubieten. Für teilnehmende Versicherte kann die Krankenkasse als Anreiz eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen sind zwingend vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. MS steht im regelmäßigen Austausch mit den landesunmittelbaren Krankenkassen zur Frage, ob Prämienzahlungen an Versicherte angezeigt sind. Bislang ist es bei keiner landesunmittelbaren Krankenkasse zu einer Prämienzahlung gekommen. Die Schaffung zusätzlicher Anreize für HzV-Wahltarife obliegt darüber hinaus dem Bundesgesetzgeber.

Die Wahl eines HzV-Tarifs ist für Versicherte mit vielfältigen Konsequenzen verbunden. Vorteile und Nachteile (z. B. eingeschränkte Arztwahl) sind abzuwägen. Die Krankenkassen haben den Versicherten gegenüber eine gesetzlich geregelte Aufklärungs- und Beratungspflicht. Die Landesregierung sieht angesichts dieser Pflicht der Krankenkassen keine Veranlassung in diesen Aufklärungsauftrag von Landeseite zusätzlich aktiv einzugreifen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass sachbezogene Informationen über HzV-Tarife auch als Werbemaßnahme in Betracht kommen können - jedenfalls soweit dies mit der Eigenschaft der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter Berücksichtigung ihrer Aufgaben vereinbar ist.

Zu 4 a bis d):

Zur Umsetzung des ihr obliegenden Sicherstellungsauftrages nutzt die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) eine Reihe von Maßnahmen, um Ärztinnen und Ärzte bei der Niederlassung zu unterstützen, darunter umfassende Beratungsangebote sowie finanzielle Förderung aus Mitteln des Strukturfonds.

Unter dem Aspekt der Daseinsvorsorge unterstützt die Landesregierung die KVN bei der Umsetzung des Sicherstellungsauftrages u. a. mit folgenden Fördermaßnahmen:

- Stipendienprogramm von Medizinstudierenden, die sich zu einer hausärztlichen Tätigkeit in Niedersachsen verpflichten,
- Förderung von Medizinstudierenden des Wahlfaches „Allgemeinmedizin“ im Praktischen Jahr (PJ) des Medizinstudiums,
- Quereinstieg „Allgemeinmedizin“: Fachärztinnen und Fachärzte werden bei der Weiterbildung zur Hausärztin oder zum Hausarzt finanziell gefördert.

Für die Haushaltsjahre 2022 und 2023 stellt die Landesregierung in diesem Zusammenhang jeweils einer Million Euro für unterstützende Maßnahmen zur Verfügung.

Die Landesregierung hat darüber hinaus mit dem Gesetz zur Verbesserung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen die Einführung einer sogenannten Landarztquote auf den Weg gebracht. Die Möglichkeit dazu wurde den Ländern im Rahmen der Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 eröffnet. Das neue Landesgesetz schreibt vor, dass jährlich bis zu 60 der landesweit vergebenen Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben sind, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in Bereichen tätig zu sein, für die das Land im Zusammenwirken mit der KVN einen besonderen Bedarf festgestellt hat. Eine Zulassung zum Medizinstudium über die Landarztquote wird erstmals zum Wintersemester 2023/2024 erfolgen. Die Landarztquote wird auch den unter Nummer 4 d) genannten Personenkreis ansprechen sowie Möglichkeiten für die Ausübung der hausärztlichen Tätigkeit in Teilzeit umfassen.

Zu 5 a bis c):

Maßgeblich für die in der Entschließung zu diesem Bereich angesprochenen Inhalte sind im Wesentlichen bundesgesetzliche Regelungen.

Die Delegation ärztlicher Leistungen kann insbesondere in ländlichen Räumen geeignet sein, Kapazitätsproblemen zu begegnen. Ärztinnen und Ärzte werden entlastet, die Übertragung höherwertiger Aufgaben führt zudem zu einer Aufwertung nicht-ärztlicher Berufe.

Die aktuelle Rechtslage schränkt die Umsetzung von Delegationsmodellen allerdings stark ein. Die Durchführung von Gesundheitsdienstleistungen wird durch das Heilberuferecht und das Kranken- und Pflegeversicherungsrecht reguliert. Das Ausüben der Heilkunde im umfassenden Sinne ist Ärztinnen und Ärzten vorbehalten. Nicht-ärztliche Fachkräfte dürfen heilkundliche Tätigkeiten nur durchführen, wenn sie von ärztlicher Seite angeordnet und verantwortet werden (§ 15 Abs. 1 SGB V). Die Fachkraft führt die Tätigkeiten unter Anleitung der Ärztin oder des Arztes durch - die Verantwortung verbleibt bei der Ärztin oder dem Arzt (Delegation). Eine selbstständige Ausübung von Heilkunde (Substitution) ist nach derzeitiger Rechtslage nicht möglich. § 63 SGB V ermöglicht im Rahmen von Modellvorhaben die Einbeziehung weiterer Leistungserbringer.

Mit § 64 d SGB V werden die Krankenkassen verpflichtet, in jedem Bundesland ab 2023 mindestens ein Modellvorhaben zur Erprobung der Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte durchzuführen. Damit hat der Gesetzgeber darauf reagiert, dass die auf Freiwilligkeit basierende Regelung des § 63 Abs. 3 c SGB V, die bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit zur Erprobung der Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen vorsieht, kaum genutzt wurde. Zum 01.07.2022 wurde vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, den Trägervereinigungen auf Bundesebene und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Rahmenvertrag zur Durchführung der Modellvorhaben beschlossen. In einem ersten Schritt sollen Modellvorhaben in den Bereichen von drei Wahlmodulen (von insgesamt acht Wahlmodulen) durchgeführt werden: Wundversorgung, Diabetes I und II sowie Demenz. MS wird die Umsetzung auf Landesebene begleiten.

Zu 5 d bis h):

In dem vom MS initiierten Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“ werden Seniorinnen und Senioren ab 80 Jahren dabei unterstützt, möglichst lange selbstbestimmt und so eigenständig wie möglich zu leben. Die Kommunen Braunschweig, Hameln und Zetel (LK Friesland) - eine Großstadt, eine Kreisstadt sowie eine Gemeinde aus dem ländlichen Raum - sind Partner des bis 2023 befristeten Projektes. Die Hochschule Osnabrück begleitet das Projekt wissenschaftlich und wird nach der Evaluierung einen Abschlussbericht erstellen.

Im Koalitionsvertrag auf Bundesebene wird eine Reform des Heilberuferechts sowie die Etablierung des Berufsbildes „Community Health Nurse“ in Aussicht gestellt. Die Landesregierung unterstützt diese Ziele grundsätzlich. Vor dem Hintergrund der Fachkräfteknappheit sind allerdings Überlegungen zur Etablierung neuer koordinierender Fachkräftegruppen in Einklang mit dem Bedarf für Fachkräfte in der direkten Versorgung zu bringen.

Die berufsbegleitende Ausbildung zum Bachelor „Physician Assistance“ in Papenburg wird seit 2021 angeboten. Auch für diese spezifische Fachkräftegruppe der Physician Assistants gilt, dass aufgrund fehlender Regelungen zur Berufsanerkennung und Vergütung sowie relativ hoher Personalkosten ein flächendeckender Einsatz in Arztpraxen kaum praktikabel erscheint.

Die Hochschule Osnabrück plant am Standort Lingen die Einführung eines Modellstudiengangs „Multiprofessionelle Gesundheits- und Sozialversorgung“ zum Wintersemester 2022/2023. Hier sollen zukünftig in zwei Säulen Fachkräfte für ambulante medizinische sowie soziale/sozialpsychologische Versorgung ausgebildet werden.

Zu 6 a):

Die Landesregierung verfügt über keine Regelungskompetenz in diesem Bereich. In der auf Bundesebene normierten Bedarfsplanungsrichtlinie (BPL-RL) existieren grundsätzlich keine Mindeststandards zur Erreichbarkeit. Um eine angemessene Erreichbarkeit und zugleich Wirtschaftlichkeit der Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen, werden die Arztgruppen in unterschiedlicher räumlicher Auflösung beplant. Dabei werden vier verschiedene regionale Ebenen der Planungsbereiche berücksichtigt. Am kleinräumigsten werden Hausarztsitze gesteuert, da diese möglichst wohnortnah für die Bevölkerung erreichbar sein sollen.

Die Erreichbarkeit einer haus- oder fachärztlichen Praxis wird allerdings - als Ausnahmefall in der Bedarfsplanung - als ein Kriterium für die Feststellung von regionalen Besonderheiten und eines

zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen berücksichtigt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Pkw-Minutenwerte definiert, innerhalb derer der überwiegende Teil der Einwohner einer Region verschiedene Arztgruppen erreichen können soll.

Außerhalb der Bedarfsplanung ist ein neuer Mindestreichbarkeitsstandard in der Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen in § 6 der Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte festgelegt. Die zumutbare Entfernung wird über den Zeitbedarf für das Aufsuchen der/des von der Terminservicestelle vermittelten Ärztin/Arztes bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel ermittelt.

Zu 6 b):

Im Sinne der Wirtschaftlichkeit und zur Steigerung der Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit sollte das generelle Ziel sein, Ärztinnen und Ärzte von Fahrten zu entlasten. Eine Behandlung bei der Patientin bzw. dem Patienten sollte daher im Regelfall allenfalls über die Delegation erfolgen (siehe Nummer 5).

Zu 6 c):

MS prüft aktuell die Förderung von Mobilitätsangeboten, die der Gesundheitsversorgung zugutekommen sowie Möglichkeiten für die Etablierung und den Ausbau patientengerechter Beförderungsmöglichkeiten in Kombination mit dem öffentlichen Personennahverkehr.

Zu 6 d):

Vorhaben zum Ausbau von Portalen und der intersektoralen Übertragung von Informationen werden im Rahmen der „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Beschaffung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung“ (RL DigGes) mit Mitteln aus dem Sondervermögen Digitalisierung gefördert. Aus dieser Richtlinie können Projekte im Bereich Telemedizin und im Bereich Ambient Assisted Living (AAL) gefördert werden. Ziel ist es dabei, nachhaltige und tragfähige Strukturen zu schaffen, die langfristig in die Regelversorgung integriert werden können. Aus den Mitteln der Richtlinie wurde u. a. die Ausstattung von Pflegeheimen mit Tablets finanziert, um die Durchführung von Videosprechstunden oder den Kontakt mit den Angehörigen in Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Über die Wohlfahrtsrichtlinie fördert die Landesregierung das Projekt „Telemedizin und Gesundheitsfachkräfte im KV-Bereitschaftsdienst“. Zahlreiche weitere Digitalisierungsprojekte werden über die Richtlinie zur Förderung der Gesundheitsregionen unterstützt.

Zu 7 a):

Die Beschaffung und Bevorratung Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist im Rahmen des ihr obliegenden Sicherstellungsauftrages Aufgabe der KVN. Die KVN erfüllt diese Aufgabe (auch während der Corona-Pandemie) und hat sich entsprechend bevorratet. Die Landesregierung befindet sich mit der KVN im fachlichen Austausch über Art und Menge der Bevorratung. Das Land bevorratet selbst keine PSA für den vertragsärztlichen Bereich, sondern ausschließlich zur Abgabe im Rahmen des Niedersächsischen Katastrophenschutzgesetzes (NKatSG) über die Landkreise und kreisfreien Städte, die ihrerseits gegen Kostenübernahme durch die Empfänger der PSA Amtshilfeersuchen an das Land stellen. Dieses Verfahren hat sich in der Pandemie bewährt.

Zu 7 b bis e):

Die im Rahmen des Entschließungsantrags angesprochenen Aspekte für die ambulante Versorgung fallen größtenteils in die Zuständigkeit des Bundes. Dies gilt auch für die speziell angesprochene Verantwortung für Testungen (Coronavirus-Testverordnung des BMG). Niedersachsen beteiligt sich im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten an der Ausgestaltung und Umsetzung.

Generell bleibt festzustellen, dass sich das System der ambulanten Versorgung sowie der Sicherstellungsauftrag der KVN für die ambulante Versorgung der Bevölkerung in der Corona-Pandemie bewährt haben. Die Strukturen der Selbstverwaltung waren geeignet, die Pandemie im Rahmen der ärztlichen Versorgung organisatorisch und logistisch zu unterstützen. Dabei haben ambulante Behandlungen von COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten sicher auch dazu beigetragen,

dass eine Überlastung der stationären Strukturen verhindert werden konnte. Insgesamt darf aber die Behandlung z. B. chronisch erkrankter Menschen nicht vernachlässigt werden.

Im Rahmen der Versorgung der Menschen in Niedersachsen sind Impfungen nach wie vor von entscheidender Bedeutung im Kampf gegen COVID-19, weil sie das Risiko einer stationären Krankenhausbehandlung und an COVID-19 zu sterben, verringern. Die Landesregierung setzt auf den Erfolg der Schutzimpfung und wird die staatlichen Impfangebote aufrechterhalten. Grundsätzlich bleibt festzustellen: Je mehr Menschen sich impfen lassen, desto geringer ist die Gefahr einer weiteren „Corona-Welle“ im Herbst.

Im Rahmen ihrer Konferenz am 02.06.2022 haben sich die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder mit den Lehren aus der Pandemie und der Stärkung der Krisenresilienz des Staates befasst. Generell müssten im Gesundheitssektor zur Vorbereitung auf künftige Pandemien folgende Aspekte umgesetzt werden:

- eine Optimierung des Informationsaustausches unter den zentralen Akteurinnen und Akteuren (ÖGD, RKI, Ministerien, Landkreise, kreisfreie Städte u. a.),
- Planung niedrigschwelliger Strukturen im Krisenfall (z. B. Umnutzung von Rehabilitationskliniken),
- Aktualisierung der Krisen- bzw. Pandemiepläne mit entsprechenden Konzepten zur Gesundheitsversorgung.

Zudem wurde beschlossen, bis zum Herbst auf der Grundlage eines Vorschlags der Bundesregierung in enger Abstimmung die entsprechenden Vorbereitungen zu treffen. Dabei sollen die Erfahrungen bei der bisherigen Bekämpfung der Pandemie, insbesondere die Erfahrungen der Gesundheitsverwaltung in Ländern und Kommunen, die Arbeiten des Corona-Krisenstabes der Bundesregierung und die wissenschaftlichen Erkenntnisse, etwa des „Expertenrates“, berücksichtigt werden.

Zu 8 a bis c):

Aktuell werden 32 Gesundheitsregionen von der Landesregierung gefördert. Davon profitieren 38 Landkreise und kreisfreie Städte. Mittlerweile konnten 42 Projekte durch eine Förderung aus Landesmitteln realisiert werden. Damit haben sich die Gesundheitsregionen landesweit als wichtiger Impulsgeber für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung etabliert. Zusammen mit den Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern arbeitet die Landesregierung kontinuierlich an einer Weiterentwicklung der Gesundheitsregionen. Dabei geht es auch um die Frage, wie die erreichten positiven Effekte flächendeckend bestmöglich genutzt werden können. Die Projekte und Aktivitäten in den Regionen sind im Laufe der Jahre so zahlreich und vielfältig geworden, dass Maßnahmen zum Monitoring und zur Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit beschlossen wurden.

– Monitoring:

2021 wurde mit dem Aufbau eines wirkungsorientierten Monitorings begonnen. Die Ergebnisse werden einen Einblick in die Arbeit in den Regionen und einen Überblick über die vielfältigen Aktivitäten, Projekte und deren Auswirkungen ermöglichen. Durch Transparenz über die eingesetzten Mittel sollen Nutzen und Wirtschaftlichkeit der Projekte dargestellt werden. Damit sollen gegenseitige überregionale Kooperations- und Lernprozesse initiiert und Beispiele guter Praxis nutzbar gemacht werden. MS finanziert das Monitoring mit einem Betrag von 187 000 Euro.

– Website:

Die einzigartige Projektstruktur und die Ergebnisse der Gesundheitsregionen sollen künftig auch bundesweit sichtbar werden. Im April 2022 wurde mit dem Aufbau einer neuen Website der Gesundheitsregionen begonnen, auf der künftig alle regionalen Strukturen, Aktivitäten, Ansprechpersonen und Projekte ersichtlich sein sollen. Die Finanzierung (ca. 70 000 Euro) erfolgt überwiegend aus Mitteln der Kooperationspartner. Der Anteil der Landeszuwendung beträgt 12 000 Euro.

Monitoring und der Aufbau der Website werden derzeit von der Landesvereinigung für Gesundheit umgesetzt.

Zu 9 a):

Bund und Länder haben am 31.03.2017 den Masterplan Medizinstudium 2020 verabschiedet und somit ein umfangreiches Maßnahmenpaket zur Reform des Medizinstudiums beschlossen. Die Landesregierung verfolgt stetig die Umsetzung dieser Maßnahmen, insbesondere derjenigen, für die es keiner Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung bedarf. Die Landesregierung hat im Koalitionsvertrag vereinbart, dass die Anzahl der Medizinstudienplätze in Niedersachsen deutlich erhöht werden soll. Durch

- den Ausbau der Hochschulmedizin in Oldenburg (European Medical School - EMS),
- durch eine Erhöhung der Studienplätze an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und
- die Umwandlung der Teilstudienplätze in Vollstudienplätze in Göttingen (Universitätsmedizin Göttingen - UMG)

sollen bis zu 200 zusätzliche Medizinstudienplätze geschaffen werden.

Die EMS ist eine Kooperation zwischen den Universitäten Oldenburg und Groningen. Vor diesem Hintergrund ist der Ausbau der Studienplatzkapazitäten nur in enger Abstimmung mit Groningen möglich. Der Landtag hat mit der Verabschiedung des Haushaltsbegleitgesetzes im Dezember 2018 die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, um die Zahl der Studienanfängerplätze der EMS ab dem Wintersemester 2019/2020 von 40 auf 80 zu verdoppeln. Als Ergebnis der Haushaltsverhandlungen zum Doppelhaushalt 2022/2023 wird zusätzlich ermöglicht, dass bereits zum Wintersemester 2022/2023 die Zahl der Medizinstudienplätze an der EMS weiter von 80 auf 120 erhöht werden kann.

Zum Wintersemester 2020/2021 wurden an der MHH durch eine Neustrukturierung der vorhandenen Studiengangstrukturen 50 zusätzliche Medizinstudienplätze geschaffen.

Der UMG wird es nach dem Niedersächsischen Hochschulgesetz ermöglicht, mit den Trägern von besonders qualifizierten Krankenhäusern Vereinbarungen über deren Mitwirkung an der klinischen Ausbildung von Studierenden der Medizinischen Fakultät abzuschließen. Zum Aufbau eines „Medizin-campus Wolfsburg (MCW) der Universitätsmedizin Göttingen“ am Klinikum Wolfsburg wurde ein entsprechender Kooperationsvertrag von Vertreterinnen und Vertreter der UMG und der Stadt Wolfsburg unterzeichnet. Mit der Errichtung des neuen Lehrcampus am Klinikum Wolfsburg werden die klinischen Ausbildungskapazitäten der UMG ausgebaut. Die UMG verlagert ausgewählte, patientennahe Lehrveranstaltungen (Unterricht am Krankenbett) an das Klinikum in Wolfsburg. Mithilfe dieser zusätzlichen klinischen Ausbildungskapazitäten werden rund 60 Teilstudienplätze der Medizinischen Fakultät im Bereich Humanmedizin in Vollstudienplätze umgewandelt.

Zum Wintersemester 2017/2018 wurden in Niedersachsen insgesamt 598 Studienanfängerplätze für das Fach Medizin angeboten. Bis zum Wintersemester 2021/2022 konnte die Studienanfängerkapazität bereits um 147 Plätze erhöht werden. Für das Studienjahr 2022/2023 wird sich die Anzahl der Studienanfängerplätze insbesondere aufgrund der Erhöhung der Plätze an der EMS nochmals erhöhen. Es werden sodann insgesamt 789 Studienanfängerplätze für das Fach Medizin zur Verfügung stehen (MHH = 320, UMG = 349, EMS = 120). Mit den 191 zusätzlich geschaffenen Vollstudienplätzen konnte eine Steigerung des Studienangebots von über 30 % erreicht werden und die im Koalitionsvertrag gesetzte Zielzahl nahezu erreicht werden.

Zu 9 b):

#### Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

An der MHH sind die allgemeinmedizinischen Lehrangebote sehr gut ausgebaut und vom ersten bis zum letzten Studienjahr longitudinal im Modellstudiengang Hannibal verankert. Im Modul Allgemeinmedizin im 3. Studienjahr erhalten die Studierenden durch Vorlesungen, Kurse und Exkursionen Einblicke in die hausärztliche Tätigkeit. Didaktisches Kernelement ist dabei das Fall-orientierte Lernen in Kleingruppen anhand praktischer Behandlungsanlässe. Das Blockpraktikum Allgemeinmedizin im 5. Studienjahr absolvieren die Studierenden zwei Wochen in einer Hausarztpraxis; hierfür kooperiert die MHH mit 300 akademischen Lehrpraxen in Niedersachsen. Eine Besonderheit ist die „Landpartie“ in ausgewählten ländlichen Regionen Niedersachsens (Zeven/Bremervörde, Heidekreis, Hameln-Pyrmont-Schaumburg). Das praktische Jahr (PJ) absolvieren aktuell 29 Studierende im Wahlfach

Allgemeinmedizin, was einen Höchstwert seit der Erfassung im Jahr 2007 bedeutet. Neben der Lehrverantwortung für das Kernfach Allgemeinmedizin hat das zuständige Institut auch die Lehrverantwortung für die Fächer Palliativmedizin sowie Geriatrie, wodurch allgemeinmedizinische Inhalte fächerübergreifend in der Lehre zur Geltung kommen. Die Wahlfächer „Langfristige Patientenbegleitung in der hausärztlichen Praxis“ und „FIT im Studium und Beruf“ sowie die „Studentische Poliklinik“ runden das allgemeinmedizinisch geprägte Angebot ab.

An der MHH besteht eine W3-Professur für Allgemeinmedizin, die zusätzlich auch das Fach Palliativmedizin vertritt. Eine nachgeordnete W2-Professur für Versorgungsforschung mit Schwerpunkt Allgemein- und Palliativmedizin befindet sich im Berufungsverfahren. Deren Finanzierung erfolgt aus Mitteln des Niedersächsischen Vorab.

#### Universitätsmedizin Göttingen (UMG)

Die Allgemeinmedizin gestaltet in der UMG die Lehre im ersten klinischen Semester (Ärztliche Basisfertigkeiten) und im fünften klinischen Semester (Modul Allgemeinmedizin und Infektiologie sowie Querschnittsfach Prävention) maßgeblich mit. Für das Modul Allgemeinmedizin erhöht sich der Lehraufwand aufgrund des Studierendenaufwuchses ab dem Wintersemester 2023/2024 um 20 %. Dies erfordert eine deutliche Erhöhung der Lehrkapazität und somit die Erhöhung von Personalmitteln für Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, die lehrend am Institut für Allgemeinmedizin tätig werden. Der früher überwiegend und immer noch teilweise praktizierte Unterricht durch Lehrbeauftragte ist für fest angestellte Ärztinnen und Ärzte kein Ersatz, da dieser sich zunehmend schwierig umsetzbar gestaltet: Die Anforderungen bezüglich der didaktischen Qualifikation und entsprechender Teilnahme an didaktischen Fortbildungen sind ebenso gestiegen wie die Anforderungen hinsichtlich einer einheitlichen und qualitätsgesicherten Lehre. Ab dem Jahr 2023 ist daher die Einrichtung einer zusätzlichen W2 Professur für Allgemeinmedizin im Institut für Allgemeinmedizin geplant. Für einen weiteren Ausbau der allgemeinmedizinischen Lehre ist seitens der UMG eine additive (fach-)ärztliche Personalausstattung des Instituts für Allgemeinmedizin als stabile Grundausrüstung unabdingbar. Ferner übernimmt das Institut für Allgemeinmedizin in der UMG die inhaltliche Mitverantwortung und Koordination des mit dem im September 2021 in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) verankerten verpflichtenden Angebot des PJ-Wahlfachs Öffentliches Gesundheitswesen.

Die Campusbaulösung (Wolfsburg) erfordert Personal vor Ort. Angesichts der beträchtlichen räumlichen Entfernung kann ein Standort Wolfsburg seitens der Allgemeinmedizin nicht einfach mitversorgt werden - es existieren keinerlei akademische allgemeinmedizinische Strukturen vor Ort, die UMG verfügt dort weder über Lehrbeauftragte noch bisher über Lehrpraxen. Letztere müssen gewonnen und geschult werden, ebenso müssen Präsenzseminare vor Ort durch fachlich sowie didaktisch qualifiziertes Personal gehalten werden.

#### Universität Oldenburg (EMS)

In der Abteilung Allgemeinmedizin ist an der Universität Oldenburg eine Professur für Allgemeinmedizin mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung etabliert. Im Modellstudiengang Humanmedizin ist die Allgemeinmedizin ab dem 1. Semester mit Vorlesungen vertreten. Im 1. Studienjahr geht es vor allem um Kommunikation und allgemeine Aspekte der Konsultation (Diagnostik, Untersuchung u. ä.). Im 2. und 3. Studienjahr umfasst fast jede Studienwoche auch eine allgemeinmedizinische Vorlesung, die zumeist dem Wochenthema angegliedert ist. Thematisch wird sich diesbezüglich vor allem an den 20 häufigsten Beratungsanlässen orientiert. Auch in anderen Themenfeldern wie Prävention, Medizinischer Psychologie und Soziologie sowie den Metamedika-Vorlesungen ist die Abteilung Allgemeinmedizin mit Vorlesungen vertreten.

Zu 9 c):

#### Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

Die aktuelle Anzahl von rund 300 akademischen Lehrpraxen an der MHH wird als weitgehend ausreichend bewertet, da sich die praktischen Ausbildungsabschnitte (Blockpraktikum und PJ) über das Jahr verteilen. Allerdings können punktuell Engpässe auftreten, wenn vorübergehend nicht genügend Praxen Studierende aufnehmen können, z. B. bei Praxisschließzeiten um den Jahreswechsel oder im Rahmen der COVID-19-Pandemie. Eine Herausforderung besteht darin, die vorhandenen Lehrpraxen fortlaufend weiter zu qualifizieren und zu motivieren, an der Lehre teilzunehmen. Dies

bedeutet einen hohen organisatorischen und fachlich-didaktischen Aufwand. Bei einer Ausweitung der allgemeinmedizinischen Lehre, wie dies mit dem Masterplan Medizinstudium 2020 vorgesehen ist, würde sich auch der zahlenmäßige Bedarf an Lehrpraxen erhöhen.

#### Universitätsmedizin Göttingen (UMG)

Für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin vor dem fünften klinischen Semester müssen seitens der UMG bis Frühjahr 2023 15 bis 30 neue allgemeinmedizinische Lehrpraxen gewonnen, geschult und koordiniert werden, in denen dieser Ausbildungsabschnitt stattfinden wird. Da insbesondere das Lehrpraxennetz für das Blockpraktikum im städtischen Raum Göttingen recht ausgeschöpft ist und die Attraktivität ländlich gelegener Praxen ohnehin erhöht werden muss, steht die Gewinnung von Praxen im ländlichen Raum in Südniedersachsen im Fokus. Hierbei muss allerdings auch der zum Teil erhebliche Reiseaufwand der Studierenden, um die Praxen aufzusuchen, bedacht werden. Darüber hinaus müssen Praxen in der Region in und um Wolfsburg gefunden werden. Es ist zu erwarten, dass durch den Aufwuchs der Medizinstudierenden schon vor Inkrafttreten der geplanten neuen Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) ein Mehrbedarf an Plätzen für das Wahlfach Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr eintritt. Mit der Umsetzung einer neuen ÄApprO, in der das PJ in der ambulanten Medizin verpflichtend wird, ist dann ein deutlicher Anstieg des Bedarfs an PJ-Lehrpraxen zu erwarten. Je nachdem, wie sich die zu erwartende neue ÄApprO an den ursprünglichen Maßgaben des Masterplans 2020 orientiert und auch medizinische Staatsprüfungen im Fach Allgemeinmedizin umsetzt, wird darüber hinaus ein Bedarf an allgemeinmedizinischen Prüfungspraxen entstehen. Sowohl für allgemeinmedizinische Lehrpraxen für das Blockpraktikum als auch für Lehrpraxen für die medizinische Ausbildung im PJ und ggf. die medizinischen Abschlussprüfungen werden ärztliche Supervisorinnen und Supervisoren sowie Trainerinnen und Trainer mit Fach- und didaktischer Expertise benötigt, aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die koordinierende Aufgaben übernehmen.

#### Universität Oldenburg

Eine Besonderheit des Oldenburger Modellstudiengangs Humanmedizin ist die frühe praktische Erfahrung, die die Studierenden in der Allgemeinmedizin sammeln, sowie die damit verbundenen Kompetenzen. Viermal in den ersten Studienjahren hospitieren Studierende für je eine Woche in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen der Universität. Dazu kommt das Blockpraktikum im 5. Studienjahr sowie ggf. ein PJ-Tertial Allgemeinmedizin. Seitens der Abteilung Allgemeinmedizin wurde in den letzten Jahren ein Netzwerk von speziell geschulten Lehrpraxen aufgebaut. Die Schulungen werden dort konzipiert und durchgeführt. Bevor man in Oldenburg Lehrärztin bzw. Lehrarzt für das Blockpraktikum und somit akademische Lehrpraxis wird, muss man bereits erfolgreich Studierende in einer einwöchigen Hospitation betreut haben. Derzeit gibt es an der Uni Oldenburg etwa 170 aktive qualifizierte Lehrpraxen bzw. verantwortliche Lehrärztinnen und Lehrärzte. Darüber hinaus bestehen bereits spezielle Kooperationsangebote, beispielsweise mit dem Landkreis Wittmund im Rahmen der „Landpartie Harlingerland“. Diese speziellen Kooperationen zwischen kommunalen Akteuren und der medizinischen Fakultät werden zur Gewinnung von Lehrpraxen auf dem Land als hilfreich bewertet. Durch die Kooperation mit der Partneruniversität Groningen ist es den Studierenden der Universität Oldenburg außerdem möglich, das Blockpraktikum Allgemeinmedizin in Groningen zu absolvieren.

Zu 9 d):

Der Landtag hat am 22.03.2022 das Gesetz zur Verbesserung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung in Niedersachsen verabschiedet, welches am 30.03.2022 in Kraft getreten ist. Darin wird gesetzlich geregelt, dass im Rahmen der Landarztquote ab dem Wintersemester 2023/2024 insgesamt 60 Medizinstudienplätze jährlich an Bewerberinnen und Bewerber vergeben werden, die sich für zehn Jahre zu einer hausärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Regionen verpflichten. Bei dem Bewerbungsverfahren werden neben der Abiturnote auch die Art und Dauer einer einschlägigen beruflichen Vorerfahrung bewertet. Relevant für eine erfolgreiche Bewerbung sind daneben sozial-kommunikative Kompetenzen und die fachspezifische persönliche Eignung der Bewerberinnen und Bewerber, welche durch qualifizierte Personen geprüft werden. Durch dieses komplexe Auswahlverfahren wird insgesamt die Befähigung sowohl für das Medizinstudium als auch für die vorgesehene spätere Tätigkeit festgestellt. Die Studierenden dieser zweckgebundenen Studienplätze nehmen dann an dem regulären Studienangebot für Medizinstudierende teil, welches auch umfangreiche Module und Instrumente, wie z. B. die unter 9 c) angesprochenen Lehrpraxen, für die Qualifizierung

einer Tätigkeit der jungen Medizinerinnen und Mediziner auf dem Land beinhaltet. Inwieweit daneben künftig speziell auf Studierende im Rahmen der Landarztquote ausgerichtete zusätzliche qualitative Elemente (Mentoren-, Förderprogramme oder spezielle Praktika) eingeführt werden sollen, wird in Abstimmung mit den Hochschulen näher zu prüfen sein. Andere Bundesländer, die bereits über eine gesetzlich verankerte Landarztquote verfügen, haben allerdings zu einem großen Teil keine speziellen Förderprogramme für die Studierenden im Rahmen der Landarztquote vorgesehen.

Zu 9 e):

Niedersachsen bringt sich bei der Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung mit den Zielen Praxisnähe, Stärkung der Allgemeinmedizin und lebenslanges wissenschaftliches Lernen, insbesondere durch die Teilnahme an einer entsprechenden Bund-Länder-Facharbeitsgruppe, maßgeblich mit ein. Eine Arbeitsgruppe der StS-AG Gesundheit und Wissenschaft unter Leitung des BMG, in der die Landesregierung durch MS vertreten ist, strebt an, einen konsensfähigen Referentenentwurf zu entwickeln. Die Landesregierung wird sich weiter dafür einsetzen, die Novelle der ÄApprO unter Berücksichtigung der finanziellen Möglichkeiten des Landes zügig zu einem Abschluss zu bringen.

Zu 10 a):

In der Weiterbildung Tätige berichten der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN), dass die Bewerbungen auf ausgeschriebene Stellen für Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten rückläufig sind, selbst in den Hochschulen, was den Eindruck der Landesregierung bestärkt, dass es im Allgemeinen keinen Mangel an Weiterbildungsstellen gibt. In Anbetracht von über 170 Krankenhäusern und über 4 000 weiterbildungsermächtigten Ärztinnen und Ärzten in Niedersachsen bei knapp 1 200 Facharztprüfungen pro Jahr ist ein Mangel an Weiterbildungsstellen weder in Krankenhäusern noch im ambulanten Bereich gegeben. Dies könnte nur in einzelnen speziellen Fachgebieten wie Augenheilkunde und Dermatologie in Anbetracht der rückläufigen Hauptabteilungen anders sein. Auch lassen sich regionale Unterschiede nicht ausschließen. Das vorgenannte Zahlenverhältnis zeigt jedoch, dass im Großen und Ganzen eine ausreichende Zahl von Ärztinnen und Ärzten zur Weiterbildung in Niedersachsen ermächtigt ist. Mindestzahlen für Weiterbildungsstätten für Allgemeinmedizin pro Krankenhaus zu schaffen erscheint unter diesem Gesichtspunkt nicht notwendig. Schließlich muss beachtet werden, dass die Weiterbildung im Kernbereich in Hausarztpraxen durchgeführt wird (24 Monate) und es im Übrigen - abgesehen von 12 Monaten akuter Innerer Medizin - den angehenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern freigestellt ist, wo sie ihre notwendigen Kompetenzen für die hausärztliche Tätigkeit erwerben. Zwei Jahre der fünfjährigen Weiterbildung können also in diversen anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung absolviert werden, was den angehenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern einen größtmöglichen Spielraum bietet, sich entsprechende Weiterbildungsstellen zu suchen und auch zu finden. Engpässe in diesem wahlfreien Bereich sind daher ausgeschlossen. Die ÄKN ist jedoch mit der KVN stetig bemüht, Verbundweiterbildungen, die es den Weiterzubildenden erleichtern sollen, sich frühzeitig einen persönlichen Weiterbildungsgang zusammenzustellen, auszubauen. Die Nachfrage ist aufgrund der vielfältigen Weiterbildungsstellen für Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten jedoch gering.

Zu 10 b):

Wie unter Nummer 10 a) ausgeführt ist die Zahl an Weiterbildungsermächtigten viel höher als die Nachfrage, und auf Antrag erhält fast jede Hausarztpraxis eine Ermächtigung zur Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der fünfjährigen Weiterbildung im Umfang von anteilig 18 Monaten. Dies wird regelmäßig für Praxisübernahmen und Praxiseinstiege genutzt.

Zu 10 c bis d):

Wie unter Nummer 10 a) ausgeführt sind in Niedersachsen ausreichende Weiterbildungsmöglichkeiten vorhanden. Es besteht im Übrigen Einigkeit zwischen KVN und ÄKN, dass es ein nachvollziehbares Ziel ist, den Anteil der Allgemeinmedizin im Verhältnis zu allen anderen Facharztgruppen auf 25 % zu erhöhen. Hierzu bei mangelndem Erfolg eine staatliche Kontingentierung einzuführen widerspricht jedoch der freien Wahl der Berufsausübung. Die Landesregierung sieht daher derzeit keinen Anlass dafür, in diesem Bereich eine staatliche Vorgabe festzulegen.

Zu 10 e):

Das Kompetenzzentrum zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin Niedersachsen (KANN) hat sich etabliert und ist bei Interessierten sowie bei angehenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern bereits gut bekannt. Hierfür sprechen mehr als 300 Anmeldungen beim KANN im Jahr 2021 bei zuletzt ca. 150 Facharztprüfungen im Gebiet Allgemeinmedizin.

Zu 10 f):

Die Möglichkeit des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin ist bereits an sich eine Erleichterung zum Erwerb der Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin. In vielen anderen Landesärztekammern gibt es hierzu keine entsprechenden Regelungen. In Niedersachsen ist der Quereinstieg allen Fachärztinnen und Fachärzten aus einem Fachgebiet der unmittelbaren Patientenversorgung eröffnet und damit maximal zugänglich. Die restliche Mindestweiterbildungszeit ist mit 24 Monaten in der Allgemeinmedizin auf ein Minimum reduziert. Eine weitere Reduzierung wäre nicht nur europarechtlich bedenklich, sondern ist auch aus Qualitätsgründen und damit aus Gründen des Patientenschutzes nicht möglich.

Bezüglich der Weiterbildungsermächtigung für Internistinnen und Internisten in der Allgemeinmedizin differiert nach Ansicht des Weiterbildungsausschusses der ÄKN sowohl die inhaltliche Herangehensweise der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner gegenüber den Internistinnen und Internisten als auch die Grundeinstellung. Internistinnen und Internisten hätten selbst einige Kompetenzen nicht unter Anleitung erworben, wie z. B. Wundversorgung, Hausbesuche u. a. Darüber hinaus hätten sie keinen Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“ absolviert. Korrespondierend dazu ist darauf hinzuweisen, dass etwa eine Ermächtigung zur Weiterbildung nur erteilt werden kann, wenn das Kammermitglied die Bezeichnung führt sowie fachlich und persönlich geeignet ist (§ 6 Abs. 2 WBO-ÄKN). Dies müsse auch den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern zugesprochen werden.

Zu 10 g):

Die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen erfolgt in Form einer Gleichwertigkeitsprüfung am Maßstab des jeweiligen deutschen Referenzberufes. Mit dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz wurde 2020 das beschleunigte Fachkräfteverfahren nach § 81 a Aufenthaltsgesetz eingeführt. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber können in Kooperation mit der zuständigen Ausländerbehörde das Anerkennungsverfahren ihrer ausländischen Fachkräfte unterstützen. Es gelten verkürzte Bearbeitungsfristen. Diese greifen auch bei Verfahren nach den berufsbezogenen Fachgesetzen, soweit dies dort vorgesehen ist.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Berufszulassung als Ärztin oder Arzt sind vom Bundesgesetzgeber in der Bundesärzteordnung (BÄO) geregelt. Wer den ärztlichen Beruf ausüben will, bedarf grundsätzlich der Approbation, also der Berufszulassung als Ärztin bzw. Arzt oder einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs. Nur so lässt sich der Patientenschutz sicherstellen.

Bei Antragstellenden mit einer abgeschlossenen ärztlichen Ausbildung in der EU oder in einem Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes wird die Ausbildung automatisch anerkannt.

Für die Anerkennung von ärztlichen Berufsqualifikationen aus Drittstaaten ist es erforderlich, dass ein gleichwertiger Ausbildungs- oder Kenntnisstand besteht. Dies kann z. B. schon aufgrund der ausländischen Ausbildung und einer etwaigen Berufserfahrung gegeben sein. Falls nicht, muss der gleichwertige Ausbildungs- und Kenntnisstand durch eine sogenannte Kenntnisprüfung nachgewiesen werden. Hierdurch will der Bundesgesetzgeber sicherstellen, dass eine Berufszulassung von Ärztinnen und Ärzten mit einer unterwertigen Ausbildung ausgeschlossen ist.

In Niedersachsen ist der Niedersächsische Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZzA) für die Anerkennung der ausländischen Abschlüsse zuständig. Wenn alle geforderten Nachweise als amtliche Übersetzung und beglaubigte Kopien vorliegen, dauert das Verfahren zur Erteilung der Berufserlaubnis in der Regel zwischen zwei und acht Wochen. Ein Verfahren zur Approbation kann mehrere Monate dauern. Zur Überbrückung erteilt der NiZzA in solchen Fällen auf Antrag eine befristete Berufserlaubnis.

Die Richtlinie der EU und die Approbationsordnung für Ärzte verpflichtet den NiZZA, zwei Bearbeitungszeiträume zu beachten: Innerhalb eines Monats muss der NiZZA den Antragstellenden aus einem EU-/EWR-Staat oder der Schweiz sowie Personen mit Daueraufenthalts-erlaubnis-EG bzw. Familienangehörigen von EU-Staatsangehörigen den Empfang der Unterlagen bestätigen und ihnen ggf. mitteilen, welche Unterlagen nachzureichen sind. Spätestens drei Monate nach Einreichen der vollständigen Unterlagen muss der NiZZA den Antragstellenden einen begründeten Bescheid über die Berufszulassung erteilen. Über die Feststellung der wesentlichen Unterschiede, die zur Auferlegung einer Eignungsprüfung führt, ist spätestens vier Monate, nachdem dem NiZZA alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, ein rechtsmittelfähiger Bescheid zu erteilen. Diese zeitlichen Vorgaben hält der NiZZA ein. Das für die Fachaufsicht zuständige MS ist mit dem NiZZA in ständigen Kontakt, um die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen zu verbessern und zu beschleunigen.

Neben der fachlichen Qualifikation ist die Sprachkompetenz eine weitere Voraussetzung für die Berufszulassung. Die Antragstellenden müssen über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. Die sprachlichen Anforderungen an die Ausübung des ärztlichen Berufs gehen über den allgemeinen (Alltags-)Grundwortschatz hinaus. Sprache ist für die Ausübung des ärztlichen Berufs ein wesentlicher Bestandteil für die tägliche Kommunikation mit anderen Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und vor allem Patientinnen und Patienten. Deshalb ist ein umfangreiches Sprachverständnis auf den verschiedensten Sprachebenen erforderlich.

In Niedersachsen führt die Ärztekammer die Fachsprachprüfung durch. Die Fachsprachprüfung wurde wegen Klagen aus der Ärzteschaft, von Kliniken und Patienten bundesweit eingeführt, weil ausländische Ärztinnen und Ärzte, die im Besitz einer Approbation oder einer Berufserlaubnis waren, nicht über ausreichende Sprachkenntnisse verfügten. Es muss jedoch festgestellt werden, dass es im Sinne der fachlichen und sprachlichen hohen Anforderungen, aber auch im Interesse der Antragstellerinnen und Antragsteller selbst ist, die Wartezeit auf einen Termin zur Fachsprachprüfung von ca. drei Monaten bzw. auf einen Termin für die Kenntnisprüfung von ca. vier Monaten zu nutzen, um sich sachgerecht vorzubereiten und im deutschen Gesundheitssystem zu integrieren. Im Hinblick auf die angestrebte flächendeckende Versorgung mit Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmedizinern muss man hierbei berücksichtigen, dass Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland kaum das Ziel einer Tätigkeit in einer Hausarztpraxis in Deutschland anstreben, sondern spezialisierte Facharztweiterbildungen beginnen.

Zu 11:

Die Landesregierung verfügt nicht über eine Kompetenz zur Regelung dieser Frage auf der Landesebene. Die Ausweitung der paritätischen Stimmenverteilung auf die Vertretungen der Länder-KVen wurde im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom Bund geprüft und verworfen. Da Grundsatzentscheidungen mit grundlegender Bedeutung für den hausärztlichen sowie den fachärztlichen Bereich auf der Bundesebene getroffen werden, wurde als Ergebnis der damaligen Prüfung seitens des Bundes eine Regelung nur für die Kassenärztliche Bundesvereinigung als angemessen erachtet.