

N i e d e r s c h r i f t
über die 23. - öffentliche - Sitzung
des Ausschusses für Wissenschaft und Kultur
am 15. April 2024
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. a) **Flächendeckende medizinische Versorgung in Niedersachsen sicherstellen:
Medizinstudienplätze konsequent ausbauen und Anreize für mehr hausärztliche
Praxen setzen!**

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/1228](#)

- b) **Medizinstudienplätze bedarfsorientiert ausbauen und die Allgemeinmedizin
innerhalb des Studiums stärken**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
[Drs. 19/3661](#)

Anhörung

- Landeshochschulkonferenz Niedersachsen (LHK).....	5
- Ärztekammer Niedersachsen.....	13
- Oberärztin Christina Reulen.....	17
- Prof. Dr. Nils Schneider	19
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN).....	25
- Niedersächsische Krankenhausgesellschaft	32
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V.	34
- Marburger Bund - Landesverband Niedersachsen	40

2. **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Hochschulgesetzes und zur Einführung eines hochschuleigenen Ordnungsrechts**
Gesetzentwurf der Fraktion der CDU - [Drs. 19/3645](#)
Verfahrensfragen..... 43

3. **Hochschulentwicklungsvertrag 2024 bis 2029 zwischen dem Land Niedersachsen und den Niedersächsischen Hochschulen**
Antrag der Landesregierung - [Drs. 19/3812](#)
Mitberatung 44
Beschluss..... 48

4. **Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand zum Themenkomplex „weitere Entwicklung beim Schloss Marienburg/Schließung bzw. Teileröffnung des Schlosses Marienburg/Aufhebung des Pachtvertrages“**
Beschluss..... 49

Anwesend:

Ausschussmitglieder:

1. Abg. Jessica Schülke (AfD), Vorsitzende
2. Abg. Antonia Hillberg (SPD)
3. Abg. Dr. Silke Lesemann (SPD)
4. Abg. Sebastian Penno (SPD)
5. Abg. Brian Baatzsch (i. V. d. Abg. Ulf Prange) (SPD)
6. Abg. Jan Henner Putzier (SPD)
7. Abg. Annette Schütze (SPD)
8. Abg. Jörg Hillmer (CDU)
9. Abg. Cindy Lutz (CDU)
10. Abg. Martina Machulla (CDU)
11. Abg. Lukas Reinken (CDU)
12. Abg. Oliver Schatta (CDU)
13. Abg. Pippa Schneider (GRÜNE)
14. Abg. Eva Viehoff (GRÜNE)

Zeitweise übernimmt stellv. Vorsitzende Abg. Eva Viehoff (GRÜNE) die Leitung der Sitzung.

Von der Landesregierung:

Staatssekretär Prof. Dr. Schachtner (MWK).

Vom Gesetzgebungs- und Beratungsdienst:

Ministerialrat Mohr.

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Messling.

Niederschrift:

Ministerialrätin Dr. Kresse,
Regierungsdirektor Dr. Bäse, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 13.35 Uhr bis 16.42 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Billigung von Niederschriften

Der **Ausschuss** billigt die Niederschrift über die 22. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

- a) **Flächendeckende medizinische Versorgung in Niedersachsen sicherstellen: Medizinstudi-
enplätze konsequent ausbauen und Anreize für mehr hausärztliche Praxen setzen!**

Antrag der Fraktion der CDU - [Drs. 19/1228](#)

- b) **Medizinstudienplätze bedarfsorientiert ausbauen und die Allgemeinmedizin innerhalb des
Studiums stärken**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - [Drs. 19/3661](#)

Zu a) *erste Beratung: 13. Plenarsitzung am 03.05.2023*

federführend: AfWuK

mitberatend: AfSAGuG

mitberatend gem. § 27 Abs. 4 Satz 1 i. V. m. § 39 Abs. 3 Satz 1 GO LT: AfHuF

Zu b) *direkt überwiesen am 07.03.2024*

AfWuK

zuletzt behandelt: 22. Sitzung am 11.03.2024

Anhörung

Landeshochschulkonferenz Niedersachsen (LHK)

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 2

Anwesend:

- Prof. Dr. Susanne Menzel-Riedl, LHK-Vorsitzende
- Prof. Dr. Michael Manns, Präsident der Medizinischen Hochschule Hannover
- Prof. Dr. Wolfgang Brück, Sprecher des Vorstands der Georg-August-Universität Göttingen
- Prof. Dr. Hans Gerd Nothwang, Dekan, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Prof. Dr. **Susanne Menzel-Riedl**: Gerne bringen wir die Perspektiven der niedersächsischen Hochschulen ein, die medizinführend und damit auch für die Ausbildung von Studierenden im Bereich Medizin an den Hochschulen verantwortlich sind. Als LHK-Vorsitzende möchte ich den geplanten Kurzvortrag rahmen und dann an die Kollegen übergeben, die für die drei Standorte ihr gemeinsames Konzept (*vgl. **Vorlage 2***) vortragen.

Aus der Perspektive der LHK darf ich fünf Aspekte als Strukturierung voranstellen:

Erstens sehen wir den Aufbau weiterer Medizinstudienplätze als dringend geboten. Wir sehen in Niedersachsen einen Bedarf für den Aufbau dieser Studienplätze, und wir sehen die Möglichkeit, diese an den drei hier vertretenen Standorten aufzubauen.

Zweitens. Die LHK und die beteiligten Hochschulen sind der Meinung, dass das Vergabeverfahren für die Plätze, die für die Landärztinnen und -ärzte vorgehalten werden, optimiert werden sollte. Im Moment wird hinterfragt, ob die Landarztquote in ihrer gegenwärtigen Form tragfähig ist, weil nicht alle Plätze vergeben worden sind. Wir regen dazu an, sich die Vergabep Praxis noch einmal kritisch anzuschauen. Beispielsweise gibt es keine Nachrückverfahren, wie sie sonst in der professionellen Studienplatzvergabe vorgesehen sind. Wir gehen davon aus, dass ein Teil der Plätze aufgrund dieses Vergabeverfahren nicht vergeben werden konnte, was nicht optimal ist. Dementsprechend plädieren wir dafür, diese Quote erst einmal so beizubehalten und den Fokus der Betrachtung auf das Vergabeverfahren zu legen.

Drittens sind wir der Meinung, dass die Anteile der Allgemeinmedizin im Studium an allen Standorten optimiert werden sollten. Wir müssen hier dringend zwischen Studium und Lehre sowie der Forschungsperspektive differenzieren. Wir befürworten, die Anteile im Bereich Studium und Lehre gerade mit dem Argument der Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten in der Fläche deutlich zu erhöhen bzw. zu konsolidieren. Davon getrennt zu sehen ist die Fokussierung mit Blick auf die Forschung.

Viertens. In der Forschung geht es darum, Netzwerke zu bilden. Das angesprochene Konzept wird entsprechende Anregungen geben. Die drei Standorte sind hier eng vernetzt und werden gemeinsam vorangehen. Es spricht nichts dagegen - das gilt auch für die Allgemeinmedizin -, eine Fokussierung über die Bildung eines Netzwerks der drei Standorte vorzunehmen und die Forschungserträge jeweils allen drei Standorten verfügbar zu machen, auch wenn die Forschungsthematiken nicht an allen drei Standorten gleichermaßen ausgebaut werden.

Fünftens. Die Peripherie muss optimiert werden, um die Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten in der Fläche sicherzustellen. Es lohnt sich sehr, nicht nur auf die Hochschulen und die zur Verfügung stehenden Plätze zu schauen, sondern auch darauf, dass das Arbeitsumfeld attraktiv wird, dass die ausgebildeten Personen in der Medizin Arbeitszeitmodelle und Facharztausbildungsperspektiven vorfinden, die es ihnen ermöglichen, in ihrem Beruf - letzten Endes am Krankenbett - tätig zu werden.

Prof. **Dr. Wolfgang Brück**: Ich möchte nun im Namen der drei Universitätsstandorte das gemeinsame Konzept, auf das wir uns geeinigt haben, vorstellen, das wir Ihnen bereits schriftlich übersandt haben. Es enthält drei verschiedene Komponenten, die Frau Menzel-Riedl in ihrer Einführung - neben anderen Aspekten - kurz umrissen hat.

Erstens zum Aufwuchs der Zahl der Studienplätze für Humanmedizin: Wir sehen ein sequentielles Vorgehen. Die erste Priorität soll die Erhöhung der Zahl der Studienplätze in Oldenburg von 120 auf 200 haben, wie es im Koalitionsvertrag vereinbart wurde. Über diese Erhöhung auf 200 hinaus bieten alle drei Standorte an, jeweils weitere 50 Studienplätze in einem gestuften Prozess aufzubauen, wobei mit diesem Aufbau Betriebskosten, Investitionskosten und Transitionskosten verbunden sind, die wir Ihnen in dem Konzept dargelegt haben. Gerne stehen wir für Fragen zur Verfügung.

Daneben müssen wir, um auch die allgemeinärztliche Ausbildung und Versorgung sicherzustellen, unsere Curricula an den drei Standorten umstellen. Das wird unabhängig davon, ob die diskutierte neue Approbationsordnung kommt oder nicht, geschehen. In der neuen Approbations-

ordnung soll die Allgemeinmedizin gestärkt werden. Aber im Moment ist es unsicher, ob sie verabschiedet wird. Wir werden auf jeden Fall versuchen, diese Elemente in eine Modernisierung unserer Curricula einzubeziehen.

Dazu gehört, dass wir unsere akademischen Lehrkrankenhäuser verstärkt in die Lehre einbeziehen müssen. Sie wissen: Mit einer Erhöhung der Zahl der Studienplätze ist auch das Erfordernis verbunden, mehr Patienten zu haben, um die Studierenden auszubilden. Ein Beispiel aus Göttingen: Wir hatten traditionell sehr viele sogenannte Teilstudienplätze, also Studienplätze bis zum Physikum. Die Studierenden konnten dann aufgrund der fehlenden klinischen Kapazität in Göttingen nicht weiterstudieren. Deshalb haben wir zusammen mit dem Medizincampus Wolfsburg die klinische Ausbildung sichergestellt und so 60 Teil- in Vollstudienplätze umgewandelt.

Wenn es zu einer weiteren Erhöhung der Zahl der Studienplätze kommen sollte, müssten alle drei Standorte dieses Netzwerk an akademischen Lehrkrankenhäusern ausbauen, um die klinische Ausbildung der Medizinstudierenden sicherzustellen.

Zweitens zur Curriculumsentwicklung, um den Schwerpunkt Primärversorgung/Allgemeinmedizin zu verstärken: Die drei Standorte haben sich darauf geeinigt, in unseren Curricula sogenannte Vertiefungstracks zu etablieren, womit Studierende auf bestimmte spezielle Fragestellungen vorbereitet werden. Momentan sehen wir drei Tracks vor, die wir in dem Konzept vorstellen. Diese drei Tracks sind zwischen unseren Standorten abgestimmt und haben die Themen

- Primärversorgung/allgemeinärztliche Versorgung,
- chirurgische Versorgung - denn auch bei den Chirurgen besteht ein Mangel - und
- wissenschaftliches Denken und Arbeiten.

Diese Schwerpunkte wollen wir an allen drei Standorten etablieren, auch wenn bei der Ausgestaltung des jeweiligen Konzepts einer der drei Standorte die Führung übernimmt. Damit können die Studierenden, die sich für eine solche Vertiefung entscheiden, auch standortübergreifend gewisse Module in den Semesterferien - wie in Summer Schools usw. - wahrnehmen, um sich auf das spätere Berufsleben vertieft vorzubereiten. Wie gesagt, auch wenn die neue Approbationsordnung nicht kommen sollte, wollen wir Elemente aus dem Vorschlag für die neue Approbationsordnung in unsere reformierten Curricula übernehmen.

Drittens. Mit der Landarztquote sammeln wir derzeit erste Erfahrungen; Frau Menzel-Riedl hat das angesprochen. Auch die Ausbildung zum Landarzt müssen wir wissenschaftlich begleiten, um zu schauen, ob diese Landarztquote ein Erfolgsmodell ist. Dazu gibt es einen gemeinsamen Vorschlag der drei Standorte zur Etablierung eines Ausbildungs- und Wissenschaftszentrums Primärversorgung. Ich gehe davon aus, dass Herr Schneider dazu nachher noch etwas sagen wird. Die Leitungsprofessuren für Allgemeinmedizin der drei Standorte haben sich getroffen, um dieses Vorgehen zu vereinbaren, damit wir auch die Forschung zur allgemeinmedizinischen Versorgung und wissenschaftsbasierte Lehre im Bereich Allgemeinmedizin an unseren drei Standorten stärken können.

Gleichzeitig sehen wir es als notwendig an, unser Lehrpraxen-Netzwerk über das gesamte Land Niedersachsen ausdehnen - regional bezogen -, sodass man sich nicht ins Gehege kommt; das ist bei den akademischen Lehrkrankenhäusern ähnlich. Das ist regional zu adaptieren.

Über das Studium hinausgehend müssen wir auch an die Weiterbildung denken. Dabei kommen auch andere Player hinzu, nämlich die Ärztekammer und die niedergelassenen Kollegen. Wir müssen einen Weiterbildungsverbund etablieren, der sicherstellt, dass jemand, der Allgemeinarzt werden will, die fünf Jahre seiner Weiterbildung von Beginn an gesichert hat und sich nicht nach jedem Jahr eine neue Stelle suchen muss - in der Chirurgie, in der Inneren, in der Praxis. Vielmehr müssen wir diese Weiterbildung im Verbund niedergelassener Krankenhäuser sicherstellen. Dazu wollen wir an den drei universitären Standorten Koordinatoren aufbauen, die diese Verbundweiterbildung für die Kolleginnen und Kollegen organisieren, die später in der Primärversorgung ärztlich tätig sein wollen, damit ein gesicherter Weg vom Studium über die Weiterbildung bis zur Niederlassung besteht.

Wie Frau Menzel-Riedl schon sagte, müssen wir uns in Zukunft auch über unterschiedliche Arbeitszeitmodelle Gedanken machen. Die jetzige Generation der Medizinstudierenden wird später nicht mehr diesen 24/7-Job an 365 Tagen im Jahr machen. Eher - so sieht es aus - werden sie es bevorzugen, Angestellte in Regionalen Gesundheitszentren oder in Medizinischen Versorgungszentren zu sein. Dadurch wird ein jetziger Hausarzt nicht eins zu eins durch einen neuen Arzt ersetzt werden können, sondern es werden mehr junge Hausärzte benötigt, um die wegfallende Kapazität zu ersetzen.

Diese Punkte haben wir in unserem Konzept dargelegt. Gerne stehen wir für Fragen zur Verfügung.

Abg. **Jörg Hillmer** (CDU): Sie sprachen von 80 Studienplätzen in Oldenburg sowie von jeweils 50 Studienplätzen an den drei Standorten. Das sind zusammen 230. Das ist die Zahl, die Sie - unter den genannten Auflagen und Bedingungen - an den drei niedersächsischen medizinischen Hochschulen für erreichbar halten?

Prof. **Dr. Wolfgang Brück**: Diese Zahl ist korrekt. Zunächst von 80 auf 200 Studienplätze, und dann 50 je Standort zusätzlich.

Abg. **Jörg Hillmer** (CDU): Sie sind kurz auf die neue Approbationsordnung zu sprechen gekommen. Droht uns dadurch, was die Kapazitäten angeht, nach Ihrer Einschätzung Ungemach? Müssen wir einkalkulieren, dass durch die neue Approbationsordnung Kapazitäten verlorengehen?

Zum Thema Studienabbrüche: Bei der jetzt genannten Zahl geht es um Studienanfängerplätze. Was ist mit denen, die im Physikum oder in der klinischen Ausbildung abbrechen? Wie viele Personen sind das? Sind diese sozusagen von der Zahl der Studienplätze abzuziehen? Oder werden freiwerdende Plätze aufgefüllt, zum Beispiel in Form von Mehraufnahmen auf der Grundlage von Erfahrungswerten? Wie stark weicht also die Zahl der Absolventen von der Zahl der Studienplätze ab? Denn nur die Absolventen können ja Ärzte werden.

Prof. **Dr. Wolfgang Brück**: Medizin ist ein kapazitätsbeschränkter Studiengang. Es können nicht mehr Studierende zugelassen werden, als es die Kapazität erlaubt. Wir können also nicht „überbuchen“. Allerdings können wir - was bei der Landarztquote nicht passiert - sofort Nachrücker benennen, wenn ein Studienplatz nicht belegt wird.

Die Plätze von Studierenden, die das Physikum nicht bestehen oder zu einem späteren Zeitpunkt exmatrikuliert werden, weil sie zum Beispiel bestimmte Klausuren nicht bestanden haben - diese Quote liegt bei rund 6 % -, werden in der Regel nicht wieder aufgefüllt. Manchmal kommt es zu

Quereinstiegen, weil jemand während des Studiums den Standort wechseln möchte. Aber es gibt keinen regulären Prozess zur Auffüllung von Studienplätzen von Exmatrikulierten.

Prof. Dr. Hans Gerd Nothwang: Unser Standort in Oldenburg ist relativ klein, weshalb die Abbrecherquote bei uns minimal ist. Bislang haben wir ein oder zwei Personen ganz am Ende verloren.

Prof. Dr. Michael Manns: Bei der MHH liegt die Quote unter 5 %; die genaue Zahl habe ich nicht im Gedächtnis. Diese Frage war vor ein oder zwei Jahren von der Presse thematisiert worden, wobei von „hohen Abbruchquoten“ die Rede war. Die haben wir aber nicht. Immer wieder sind hingegen Seiteneinsteiger zu verzeichnen, und zwar nicht nur, weil unsere Standorte so schön und beliebt sind. Darunter sind auch viele deutsche Studierende, die in Bratislava, in Tallin, in Budapest, in Szeged und anderen ausländischen Hochschulen studiert haben und dann einen Weg zurück suchen.

Die Abbruchquote ist also gering, und die Plätze von Abbrechern werden nach Möglichkeit mit Seiteneinsteigern aufgefüllt.

Prof. Dr. Wolfgang Brück: Ich darf einen anderen Aspekt ergänzen: Ich halte nicht die Abbruchquote für das Problem, sondern den Anteil derer, die das Studium abschließen, dann aber nicht ärztlich arbeiten, sondern in Beratungsunternehmen usw. gehen. Dieser Anteil liegt mit rund 20 % viel höher, wenn man den entsprechenden Erhebungen glauben kann.

Abg. Jörg Hillmer (CDU): Ich meine, in Niedersachsen gibt es 789 Studienanfängerplätze. Die Plätze derjenigen, die nach dem Physikum ausscheiden, können Sie in größenordnungsmäßig gleicher Zahl durch Seiteneinsteiger nachbesetzen. Dann gibt es noch den Anteil derjenigen, die nach dem Physikum ausfallen; aber das scheint mir der kleinere Teil zu sein.

Wir können also mehr oder weniger davon ausgehen, dass die 789 Studienanfängerplätze zu rund 98 % zu Ausbildungsabschlüssen führen? Denn am Ende müssen wir den Bedarf mit den Möglichkeiten abgleichen.

Prof. Dr. Wolfgang Brück: Ja.

Prof. Dr. Hans Gerd Nothwang: Als jemand aus der Biologie muss ich sagen: Mediziner sind Leistungsträger. In der Biologie ist die Verlustquote deutlich höher.

Prof. Dr. Michael Manns: Auch das ist wichtig: Die Ausbildungskapazität ist auch an die Zahl der Patienten gebunden. Wir haben jetzt 10 % weniger stationär behandelte Patienten als vor der Pandemie. Das ist ein bundesweiter Trend seit Beginn der Pandemie, und es zeichnet sich kein Rebound ab. Wir werden periphere Krankenhäuser in die klinische Ausbildung einbeziehen müssen. Auch das ist wichtig, um die angestrebte Erhöhung der Zahl der Studienplätze umzusetzen.

Abg. Jörg Hillmer (CDU): Hierzu habe ich eine Nachfrage: Darf ich angesichts dieses Rückgangs der Zahl der Patienten davon ausgehen, dass Sie die 230 zusätzlichen Studienplätze, die Sie für möglich halten, als Vollstudienplätze, also mit der Ausbildung am Patienten, für möglich halten?

Prof. Dr. Michael Manns: Auf jeden Fall. Aber wir werden wahrscheinlich periphere Krankenhäuser in die klinische Ausbildung einbeziehen müssen.

Abg. **Dr. Silke Lesemann** (SPD): Sie sprachen hier und auch in der schriftlichen Stellungnahme davon, dass weitere Satellitenstandorte nach dem Vorbild des Medizincampus Wolfsburg aufgebaut werden sollen. An welche Standorte haben Sie gedacht? Läuft das schon? Oder ist das noch nicht so weit?

Prof. **Dr. Wolfgang Brück**: Wir sind dabei, das Modell Wolfsburg schrittweise zu etablieren. Das funktioniert sehr gut. Die Studierenden sind begeistert, weil die Betreuung, was die Relation angeht, sehr gut ist. Deshalb ist das Ergebnis der Evaluation für den Standort Wolfsburg besser als für den „Originalstandort“ Göttingen.

Da die Zahl der Patienten zurückgegangen ist, wie Herr Manns sagte, denken wir über einen zweiten Campus nach, was aber bislang nur angesprochen und noch nicht näher diskutiert worden ist. In der Versorgungsregion Göttingen wäre Hildesheim, was die fachliche Breite angeht, der Standort, der sich für uns als zweiter Campusstandort anbietet.

Prof. **Dr. Hans Gerd Nothwang**: An der Stelle sollte man differenzieren. Oldenburg ist ein bislang kleiner Standort. Wir würden zurzeit die anderen kleinen akademischen Lehrkrankenhäuser in der Region rekrutieren, aber auch das Zentralkrankenhaus, das in Ostfriesland gegründet werden soll, mit berücksichtigen. Da wir in der Umgebung von Oldenburg sehr viele Krankenhäuser haben, die wir noch nicht mitbetreuen, die aber Interesse angemeldet haben, würden wir diese zuerst berücksichtigen.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Wir sprechen jetzt über die Zahl der Studienplätze. Im OECD-Vergleich steht Deutschland, was die Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten angeht, aber gar nicht so schlecht da. Also haben wir wohl eher ein Problem mit der Verteilung. Auch wenn das nicht Ihr Zuständigkeitsbereich ist - sehen auch Sie das so?

Prof. **Dr. Michael Manns**: Dass wir ein Verteilungsproblem haben, ist grundsätzlich richtig. Dabei muss man auch die verschiedenen Disziplinen sehen. Im internationalen Vergleich haben wir in Deutschland eine relativ hohe Ärztedichte, was die Spezialisten angeht, aber nur eine relativ geringe in der Primärversorgung. Ich halte es für einen wichtigen Punkt, dass wir mehr Wert auf die Attraktivität der Primärversorgung legen.

In diesem Kontext möchte ich auf eine Statistik hinweisen: Was die Anzahl der Pflegekräfte und der Ärzte in Bezug auf die Einwohnerzahl angeht, liegt Deutschland ziemlich weit oben. In der Hinsicht ist Deutschland im internationalen Vergleich nicht schlecht. Aber wenn man die Anzahl der Pflegekräfte und Ärzte in Bezug zur Fallzahl setzt, steht Deutschland schlecht da. Der Anspruch an das Gesundheitssystem ist in Deutschland also höher als im internationalen Vergleich. In Deutschland gibt es immer noch - trotz des 10-prozentigen Rückgangs - mehr stationäre Behandlungen in Bezug auf die Einwohnerzahl als im internationalen Durchschnitt.

Außerdem kann man in diesem Kontext über die Akademisierung der Gesundheitsberufe sprechen. Auch dieses Thema muss man im gesamten Komplex sehen. Wir können mit einer Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze unseren Beitrag leisten. Dabei ist es wichtig, dass die Studierenden das Studium nicht abbrechen und danach auch am Patienten arbeiten. Aber es muss für die Arbeit in der Primärversorgung, in der Allgemeinmedizin geworben werden; denn

dort ist der Mangel. Außerdem ist die regionale Versorgung ein wichtiger Punkt. Schließlich müssen die nicht ärztlichen Gesundheitsberufe attraktiver gemacht werden, damit die Ärzte Aufgaben übernehmen.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Ich habe in der vergangenen Woche eine Veröffentlichung des CHE gelesen. Darin hieß es, dass die Zulassungsbeschränkung für das Medizinstudium in Deutschland dazu führt, dass bis zu 7 000 Deutsche im Ausland - Ungarn, Polen, Baltikum - in einen Studiengang eingeschrieben sind, der sie nach dem Abschluss dazu befähigt, in Deutschland die Approbation zu beantragen. Diese Studiengänge sind zum Teil englischsprachig, zum Teil auch am deutschen System orientiert und auch teuer. Diese Leute studieren in der Regel nicht dort, um dort Mediziner*in zu werden, sondern um nach Deutschland zurückzukommen. Diese Gruppe wird aber in den Statistiken nicht erfasst, oder?

Prof. **Dr. Michael Manns**: Hierzu liegen uns keine konkreten Zahlen vor, aber grundsätzlich ist das richtig dargestellt; das sind durchaus Zahlen. Dabei muss man unterscheiden, ob das Studium in EU-Staaten oder außerhalb durchgeführt wird. Die Anerkennung von Studienabschlüssen aus EU-Staaten unterscheidet sich deutlich von den anderen.

Abg. **Annette Schütze** (SPD): Sie sprachen von einer Veränderung der Schwerpunktsetzung - Allgemeinmedizin in Richtung Oldenburg. Ist damit aus Ihrer Sicht auch verbunden, dass dieses Studium für die Studierenden attraktiver wird? Das kann ich mir nicht so recht vorstellen, zumal man am Anfang noch nicht so genau weiß, in welche Richtung man gehen will. Es dauert ja relativ lange, bis die Studierenden Klarheit haben. Leider entscheiden sie sich dann eher für den Facharzt. Ist es dann nicht eher ein Nachteil, wenn man das so aufteilt? Oder welche Argumente sprechen für eine solche Aufteilung? Aus der Versorgungssicht ist das vielleicht für Oldenburg gut, aber für die anderen Bereiche eher schlecht. Aber wir müssen ja ganz Niedersachsen betrachten. Welche Vorteile sehen Sie also in diesem Plan?

Prof. **Dr. Hans Gerd Nothwang**: Ich beginne mit der Antwort, die Herr Brück vielleicht ergänzen mag. Wir sprechen von einer Federführung, was die drei Schwerpunkte Primärversorgung, Chirurgie und Wissenschaftlichkeit angeht. Sie werden an jeweils einem Standort federführend vorgebracht und dann ausgerollt, sodass auch die jeweils beiden anderen Standorte integriert werden. So kann an einem Standort Know-how aufgebaut werden, auch im Sinne eines guten Umgangs mit den Ressourcen. Zur Primärversorgung wird Herr Schneider nachher unsere Überlegungen zu einem wissenschaftlichen Primärversorgungszentrum noch vorstellen, das über alle drei Standorte ausgerollt wird, um zu einem koordinierten Programm in der Primärversorgung zu kommen. Denn uns ist für alle drei Standorte völlig klar, dass das Thema brennt. Die mäßigen Erfolge der Vergangenheit zeigen aber, dass das standortübergreifend angegangen werden muss, wenn wir dieses Fach attraktiver gestalten wollen.

Prof. **Dr. Wolfgang Brück**: Da gibt es kaum etwas zu ergänzen. An dieser Stelle sollte zwischen wissenschaftlicher Schwerpunktbildung an den drei Standorten - das ist komplementär: Oldenburg mit der Versorgungsforschung, Hannover mit der Forschung zu Infektionen, Immunität und Transplantationen, Göttingen mit der Forschung zu Neuro- sowie Herz-Kreislauf-Wissenschaften - sowie den Ausbildungsschwerpunkten, die an allen drei Standorten parallel etabliert werden sollen, unterschieden werden. Auf diese Weise soll die allgemeinmedizinische Ausbildung an allen drei Standorten gestärkt werden.

Prof. **Dr. Michael Manns**: Vielen Dank für die klärende Frage. Diesen Punkt haben wir vielleicht etwas missverständlich dargestellt. Der Ursprung dieses Konzepts liegt bei einer Arbeitsgruppe beim Wissenschaftsministerium, um die Medizinstrategie Niedersachsen zu entwickeln. Dabei sind Ausbildung und Lehre ein Aspekt. Der andere Aspekt - da ist Niedersachsen nicht schlecht aufgestellt -: Wir haben 8,2 Millionen Einwohner und drei medizinische Fakultäten. Das passt eigentlich.

Damit stellt sich die Frage, wie man das weiterentwickelt: Soll jeder alles machen? Oder teilt man sich die Aufgaben, was die Federführung angeht, auf? Das heißt nicht, dass in Oldenburg nur die Allgemeinmedizin „stattfinden“ soll; die chirurgischen Fächer haben ebenfalls Nachwuchsprobleme. Auch diese Disziplin will man attraktiver machen. Dazu wurde in Göttingen Pionierarbeit geleistet, auch mit digitalen Verfahren und Hands-on-Verfahren. Das werden wir in Hannover übernehmen. Die MHH ist in der Exzellenzinitiative stark engagiert. Es geht auch darum, wissenschaftliche Module in das Studium einzubringen.

Vorhin kam auch die neue Approbationsordnung zur Sprache. Sie wird zurzeit im Bund erarbeitet, und dann wird sie von den Ländern übernommen, die dafür auch bezahlen dürfen. Ob diese neue Approbationsordnung tatsächlich kommt, werden wir sehen. Aber wir haben in unserem Arbeitskreis gesagt: Die guten Aspekte wie die Förderung der Allgemeinmedizin und die Förderung der wissenschaftlichen Module können auch vor einem Inkraftsetzen der Approbationsordnung - bzw. unabhängig von ihr - umgesetzt werden.

Abg. **Jörg Hillmer** (CDU): Herr Brück, Sie haben vorhin darauf hingewiesen, dass die Verluste an ausgebildeten Ärzten, die nach dem Studium nicht im ärztlichen Beruf ankommen, größer sind als die Verluste durch Studienabbrüche. Ich glaube, das ist das dunkelste Feld, das wir hier zu bearbeiten haben. Kennen Sie dazu genaue Zahlen? Gibt es dazu Untersuchungen, wie viele ausgebildete Ärzte am Ende nicht im ärztlichen Beruf ankommen?

Prof. **Dr. Wolfgang Brück**: Rund 20 %; dazu gibt es Untersuchungen.

Prof. **Dr. Hans Gerd Nothwang**: Allerdings ist diese Zahl wohl eher schwierig zu erheben, weil sich immer wieder die Frage stellt, wie eine nicht ärztliche Tätigkeit zu definieren ist und wofür trotz allem das ärztliche Wissen benötigt wird, ohne ärztlich tätig zu sein. Ich denke da zum Beispiel an den medizinischen Kontrolldienst. Da stellt sich also die Frage, wo man die Grenze zieht. Ab wann ist die Ausbildung sozusagen vergebens gewesen - zum Beispiel weil ein Absolvent in den Bereich des Journalismus gegangen ist? Wobei man gerade in den heutigen Zeiten fragen kann, ob es nicht sinnvoll ist, wissenschaftsbasierte und evidenzorientierte Journalisten zu haben. Man darf diesen Bereich nicht nur negativ konnotieren. An der Stelle kann sich auch ein gesellschaftlicher Mehrwert ergeben, den man aber in die gesamte Berechnung einpreisen muss.

Prof. **Dr. Michael Manns**: Hinzu kommt ein weiteres sehr komplexes Problem, nämlich die Zunahme der Teilzeittätigkeit. Der Frauenanteil im Studium beträgt derzeit über 70 %. Die Allgemeinärzte, die jetzt in den Ruhestand gehen, sind im Durchschnitt 72 Jahre alte Männer. Ihnen folgen überwiegend Frauen in der Altersgruppe 40+ nach, die Fachärztinnen sind und Familien gegründet haben oder gründen. Wir müssen, meine ich, mit einer höheren Teilzeitquote als in der Vergangenheit rechnen.

Ärztammer Niedersachsen

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 6

Anwesend:

- *Dr. Marion Charlotte Renneberg, stellvertretende Präsidentin*

Dr. Marion Charlotte Renneberg: Wie Sie bereits gehört haben, können in Niedersachsen zahlreiche Arztsitze nicht nachbesetzt werden. Dieses Problem wird sich in den kommenden Jahren verstärken. Deswegen begrüßt die Ärztekammer Niedersachsen die Bemühungen des Landes, die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in allen Region in Zukunft möglichst gewährleisten zu können.

Die Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“, in der wir die Ehre hatten, mitzuarbeiten, hat dem Land Niedersachsen empfohlen, mindestens 200 zusätzliche Humanmedizinstudienplätze einzurichten. Diese Zahl begrüßen wir weiterhin.

Wenn man auf die zunehmende Zahl von Ärztinnen und Ärzten schaut, mag das nach viel klingen. Als „aber“ folgen einige Stichworte: Multimorbidität, mehr zu pflegende Patientinnen und Patienten - das geht gerade durch die Medien -, demografische Entwicklung von Patientinnen und Patienten, aber auch von Ärztinnen und Ärzten. Und auch der Tätigkeitsumfang führt dazu, dass bereits jetzt die Ersetzung nicht mehr eins zu eins möglich ist, sondern dass bei der ersetzenden Besetzung eines Arztsitzes zwei oder sogar drei Kollegen erforderlich sind. Denn die Kolleginnen und Kollegen - Sie haben es eben gehört -, die noch 50 oder 60 Stunden je Woche in der Praxis tätig sind, gehen in den nächsten Jahren in den Ruhestand. Dieses Arbeitspensum wird zukünftig also nicht mehr von einer Person erbracht.

Zu diesem Thema habe ich in der schriftlichen Stellungnahme Zahlen aufgeführt.

Vor diesem Hintergrund befürworten wir die Ausweitung der Zahl der Studienplätze. Entsprechend der Ausweitung der Studienkapazitäten und der Bedeutung des Fachs Allgemeinmedizin - neben der Chirurgie und der inneren Medizin - sollte auch die Zahl der Professuren für Allgemeinmedizin ausgeweitet werden. Auch das ist eine Empfehlung der Enquetekommission.

Dabei sollte - wir haben gerade über Schwerpunkte gesprochen - die Allgemeinmedizin an allen drei Hochschulstandorten gleichermaßen gestärkt und gefördert werden. Niedersachsen ist ein Flächenland. Erfahrungsgemäß nimmt eine beachtliche Zahl von Studienabsolventen ihren Beruf im Dunstkreis der Heimathochschule auf. Deswegen halten wir dies für sehr wichtig, zumal die flächendeckende Versorgung mittlerweile in allen Regionen - insbesondere auf dem Lande - ausgesprochen bedroht ist.

Mittlerweile wurden im Rahmen der Landarztquote 60 Studienplätze vergeben. Das begrüßen wir. Wir wünschen, dass diese 60 Plätze wirklich an die entsprechenden Bewerber gehen. Wir haben uns beim Auswahlverfahren viel Mühe gegeben und sind der Meinung, dass es sich bei den Bewerberinnen und Bewerbern um zukünftige Kolleginnen und Kollegen handelt, die später

wirklich auf dem Land arbeiten *wollen*; sie haben nicht nur die Fähigkeiten dazu, sondern können die Kolleginnen und Kollegen, die jetzt in den ländlichen Regionen arbeiten, tatsächlich ersetzen.

Aus unserer Sicht ist zu wünschen, die im Rahmen der Landarztquote Studierenden wegen des schon angesprochenen Aspekts der Regionalität gleichmäßig auf die Hochschulen zu verteilen.

Ein weiterer Wunsch ist, die Landarztquoten-Studierenden longitudinal inhaltlich zu begleiten, um sie von Beginn ihres Studiums an optimal auf ihre spätere Tätigkeit vorzubereiten. Ein entsprechendes Curriculum - ob verpflichtend oder nicht; dazu möchte ich mich jetzt nicht äußern, denn mit einer Pflicht ist es immer schwierig - sollte aber für alle Studierenden offen sein. Denn dann hätten auch andere Studierende die Möglichkeit, sich für dieses Fachgebiet zu interessieren und später zu entscheiden.

Ferner schlagen wir vor, dass ein Mentoring, fachliche und persönliche Unterstützung sowie eine Evaluation der Landarztquoten-Studierenden bis über die Weiterbildungszeit hinaus erfolgen sollte. Natürlich sind wir dran interessiert, zu erfahren, ob das Auswahlverfahren geeignet ist: Haben wir die richtigen Studierenden bzw. Kolleginnen und Kollegen ausgewählt? Ist die Maßnahme erfolgreich? Bleiben die Kolleginnen und Kollegen später auf dem Lande? Und sind sie dort glücklich und zufrieden?

Der Masterplan Medizinstudium 2020 und die damit einhergehende Stärkung der Allgemeinmedizin begrüßen wir ebenfalls. Das Besondere dabei ist, dass unter anderem neben der Ausbildung im stationären Bereich, die im Moment in der Ausbildung im praktischen Jahr verpflichtend ist, nun auch ein Teil im ambulanten Bereich fest eingeplant ist. Das war bislang nicht der Fall. Dies könnte auch für andere Fachgebiete interessant sein; denn wir sehen einen Versorgungsengpass nicht nur im allgemeinärztlichen Bereich, sondern auch in einigen anderen fachärztlichen ambulanten Bereichen.

Aber alle genannten Vorschläge - darüber sind wir uns einig - werden ihre Auswirkungen erst auf längere Zeit zeigen: Auf 6 Jahre Studium folgen mindestens 5 Jahre ganztägige Weiterbildung - wenn sie in Teilzeit stattfindet, können es bis zu 10 Jahre werden -, weshalb es bis zu 16 Jahre dauern kann, bis die Kolleginnen und Kollegen in der niedersächsischen Peripherie ankommen. Deshalb ist es entscheidend, dass wir jetzt handeln.

Wir haben allerdings schon jetzt ein Versorgungsproblem: Deshalb sollten wir uns natürlich schon in der Zwischenzeit Gedanken machen, wie wir damit umgehen. In den Anträgen waren auch einige Punkte genannt, die darauf abzielen: Förderprogramme zur Unterstützung der Selbstständigkeit von Ärztinnen und Ärzten, eine Imagekampagne für das Fach Allgemeinmedizin, um die Niederlassungsbereitschaft insbesondere auf dem Lande zu erhöhen. Ferner könnte ich mir auch Einführungen in die Betriebswirtschaft bereits während des Studiums vorstellen. Bislang wird man während des Studiums auf das Führen einer Praxis - um es vorsichtig auszudrücken - weniger vorbereitet.

Eben ging es um Kolleginnen und Kollegen, die nicht im ärztlichen Beruf arbeiten und damit sozusagen verlorengehen. Uns in der Ärztekammer liegen darüber keine konkreten Zahlen vor. Zwar liegt hierzu eine Zahlenangabe vor, aber wir wissen nicht, ob diese Kolleginnen und Kollegen im Erziehungsurlaub oder im Mutterschutz sind. Im Ausland sind eher wenige. Vor der

Corona-Zeit hatten wir dazu eine Abfrage vorbereitet, haben sie aber nicht mehr herausgeschickt. Wir haben das aber weiterhin vor, um mehr über diese Kolleginnen und Kollegen im berufsfähigen Alter zu erfahren, verbunden mit der Frage, ob über einen Wiedereinstieg nachgedacht werden könnte und ob in diesem Zusammenhang Hospitations- und Fortbildungsangebote von Interesse wären.

In der aktuell angespannten Arbeitssituation benötigen wir dringend eine Entlastung im ärztlichen Bereich - sowohl im ambulanten als auch im stationären -, wozu ich nur einige Schlagworte nennen möchte: Bürokratieabbau, Digitalisierung, eine funktionierende IT, die uns mit stationären Pflegeeinrichtungen verbindet, sodass wir nicht über einheitliche Medikamentenpläne nachdenken müssen, sondern dass sie selbstverständlich sind.

Wichtig wäre ferner, dass Ärzte im Pflegeheim auch einen direkten Kontakt zum Beispiel zum stationären Pflegebereich haben, wobei mir bewusst ist, dass dafür separat die datenschutzrechtlichen Regelungen angepasst werden müssten. So etwas kann uns die Arbeit ganz enorm erleichtern - aber nicht nur die Arbeit, denn wir gewinnen dringend benötigte Zeit, damit wir unserem eigentlichen Beruf, nämlich Patientinnen und Patienten ärztlich zu versorgen, nachgehen können, wobei wir auch Zeit für das Gespräch brauchen; das ist etwas, was auch eine KI nicht ersetzen kann.

Dazu gehört auch die Förderung bereits vorhandener Strukturen. Viele medizinische Fachberufe werden neu geschaffen. Wir haben aber verlässliche Strukturen, insbesondere im allgemeinärztlichen Bereich, nämlich VERAH und die NÄPA, also die Versorgungsassistenz in der Hausarztpraxis und die Nichtärztliche Praxisassistenz. Auch diese Strukturen sollten gestärkt werden, da sie uns im Delegationsverfahren eine enorme Entlastung bringen.

Abg. **Jörg Hillmer** (CDU): Wir möchten zusammen mit Ihnen versuchen, dem Bedarf auf die Spur zu kommen - und zwar nicht dem heutigen, sondern dem in zwölf Jahren.

Meine erste Frage: Über welche Bereiche haben Sie als Ärztekammer qua Mitgliedschaft einen Überblick? Das sind meines Wissens die stationären und die niedergelassenen Bereiche. Aber es gibt auch die medizinischen Dienste. Sind auch die dort angestellten Ärztinnen und Ärzte in der Ärztekammer Mitglied?

Dr. Marion Charlotte Renneberg: Wir haben diesen Überblick, auch was den medizinischen Dienst angeht. Aber wir überblicken natürlich nicht alle medizinischen Berufe, sondern nur die ärztlichen Berufe. Dort, wo Ärzte und medizinische Fachangestellte arbeiten, haben wir den Überblick; denn für deren Ausbildung sind wir zuständig.

Abg. **Jörg Hillmer** (CDU): Es geht mir nur um die Ärzte. Dazu haben Sie also einen relativ umfassenden Überblick. Jetzt die kompliziertere zweite Frage: Welchen Bedarf pro Jahr sehen Sie unter Status-quo-Bedingungen für das Jahr 2036? Mich interessiert dabei der Gesamtbedarf, weil wir die Studienkapazitäten dahin gehend orientieren müssen.

Dr. Marion Charlotte Renneberg: Nach unseren Berechnungen, die wir Ihnen geliefert haben, werden pro Jahr zusätzlich rund 200 Hausärztinnen und -ärzte benötigt. Zu dem Gesamtbedarf kann ich gerne noch Zahlen nachreichen.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Verfügen Sie über Kenntnisse, wie viele derjenigen rund 7 000 Personen, die ein Medizinstudium im Ausland aufnehmen, zurückkommen und hier die Approbation beantragen? Denn diese Rückkehrer müssen wir den 780 Studienabsolventinnen und -absolventen, von denen wir hier ausgehen, eigentlich hinzuzählen.

Dr. Marion Charlotte Renneberg: Das wissen leider auch wir nicht. In diesem Bereich wird genauestens von NIZzA geprüft. Ich könnte mir vorstellen, dass man dort dazu Daten erhalten kann.

Es wurde eben ja schon gesagt: Bei diesen Leuten, die ins Ausland gehen, handelt es sich um diejenigen, die wirklich Medizin studieren wollen - und nicht um diejenigen, denen irgendwer das Studium bezahlen kann. Viele dieser Studierenden nehmen Kredite auf, damit sie das machen können, darunter übrigens ein größerer Anteil an Männern. Ein Teil dieser Studierenden nimmt schon nach dem Physikum mit deutschen Hochschulen Kontakt auf und versucht, hier einen Studienplatz zu bekommen, was erfahrungsgemäß äußerst schwierig ist. Die meisten, die im Ausland studieren, wollen aber hierher zurückkommen.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Hierzu eine Nachfrage: Die Approbation von Ärztinnen und Ärzten mit ausländischem Studienabschluss wird ja über die Behörden beantragt. Wenn sie im Arztberuf tätig sein wollen, müssen sie in einer der 17 Ärztekammern organisiert sein. Von daher müssten Sie diese Zahl doch ermitteln können, oder nicht?

Dr. Marion Charlotte Renneberg: Das liefern wir für das Land Niedersachsen nach, soweit wir das können.

Abg. **Annette Schütze** (SPD): Heute sprechen wir über den Bedarf, den wir in einigen Jahren erwarten. Dafür müssen wir planen. Schon im vorangegangenen Beitrag ist das spezielle Verhältnis zwischen Patient und Arzt angesprochen worden. Der Anspruch an die Verfügbarkeit eines Arztes scheint in Deutschland höher als anderswo zu sein. Ich betone das, weil Angehörige bestimmter anderer Gesundheitsberufe durchaus als Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten geeignet sind. Eigentlich wäre es nicht immer notwendig, mit einem Arzt zu sprechen.

Vor diesem Hintergrund frage ich: Hat sich die Ärztekammer auch mit der Frage beschäftigt, wohin sich Deutschland in der Hinsicht entwickeln wird? Schaut man in andere Länder wie Dänemark, stellt man fest, dass die Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus viel kürzer ist, und sie sind auch sonst viel seltener beim Arzt. Trotzdem sind sie am Ende nicht wesentlich kranker als die Deutschen. Gibt es dazu aus Ihrer Sicht Erkenntnisse, mit denen Sie planen? Denn das ist für unseren Blick in die Zukunft ja wichtig.

Dr. Marion Charlotte Renneberg: Wir setzen uns mit diesem Thema auseinander. Natürlich haben wir keinen Einfluss darauf, wie schnell eine Patientin oder ein Patient aus dem stationären Bereich entlassen wird. Insgesamt müssen wir die Patientinnen und Patienten nach meiner Meinung noch besser darauf aufmerksam machen, wie der Weg aussehen könnte, um gesund zu werden. Das wird eines der Themen auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag sein.

Abg. **Jörg Hillmer** (CDU): Sie hatten von einer Abfrage gesprochen, die Sie vor der Corona-Zeit vorbereitet haben und nun noch durchführen möchten. Wenn Ihnen daraus Ergebnisse vorliegen, wären wir sehr daran interessiert.

Sie sind in Ihrer schriftlichen Stellungnahme auch auf die Frage eingegangen, wie viele Ärzte man unter Berücksichtigung von Teilzeitquoten usw. benötigt. Wie viele Ärzte braucht man also zukünftig, um einen jetzigen Arzt zu ersetzen? Sie nennen hier 117 Ärztinnen und Ärzte - Stand: 2020 -, die für die Besetzung von 100 Vollarztstellen benötigt werden. Ist diese Zahl für uns in der Berechnung anwendbar? Oder gibt es weitere Effekte, die diese Zahl verändern? Denn wir wollen ja berechnen, wie viele Ärzte ausgebildet werden müssen, damit in zwölf Jahren eine noch zu benennende Zahl von Ärzten ersetzt werden kann, ohne dass es zu Verlusten für die Patienten kommt.

Dr. Marion Charlotte Renneberg: Diese Zahl stammt aus dem Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen aus dem Jahr 2020, meine ich. Ich glaube, dass sich dieser Wert mittlerweile geändert hat - aber das ist nur ein Gefühl -, weil sich unter anderem die Teilzeittätigkeit auswirkt. Das kann ich aber nicht näher belegen.

Ein Teil der Kolleginnen und Kollegen, die jetzt in den Ruhestand gehen, haben tatsächlich 50 oder 60 Stunden je Woche gearbeitet. 20 % der Hausärztinnen und Hausärzte sind älter als 65 Jahre, und zum Teil arbeiten sie immer noch so viel. Wenn sie wegfallen und jemand in Teilzeit hinzukommt, brauchen Sie zwei oder drei Kolleginnen oder Kollegen, die diese Stelle übernehmen und zahlenmäßig die gleiche Arbeitsleistung - gemessen in Stunden - erbringen.

Ein Blick auf unsere Statistik zeigt, dass wir viele Ärztinnen und Ärzte haben. In der Ärztekammer sind über 45 000 Ärztinnen und Ärzte. Das bedeutet aber nicht, dass all diejenigen, die in ihrem Beruf arbeiten, ganztags arbeiten. Die Entwicklung geht zunehmend dahin, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen - nicht nur die Frauen, auch die Männer; das ist zu begrüßen - lieber auf einer Teilzeitstelle arbeiten. Das muss für die Zukunft berücksichtigt werden.

Oberärztin Christina Reulen

Fachärztin für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Städtisches Krankenhaus Nettetal

Christina Reulen: Einleitend darf ich erwähnen, dass ich verheiratet bin und drei Kinder habe; denn das ist ein Teil der mannigfaltigen Probleme, die es bei der hausärztlichen Versorgung auf dem Land gibt, wie der Kollege Manns eben schon erwähnt hat. Ich bin nicht in einer Landarztpraxis tätig, obwohl ich das gern wäre. Im Rahmen der Weiterbildung hat mir dieser Bereich sehr gut gefallen. Ich habe die Palliativmedizin im Verlauf der Zeit oben draufsetzen wollen und bin letztlich im Krankenhaus klebengeblieben, weil man mir dort eine Oberarztstelle angeboten hat.

Dort bin ich jetzt in der Palliativstation bei einem kleinen Regelversorger. Sie hat ein Alleinstellungsmerkmal in unserer Region. Damit bin ich ziemlich zufrieden. Aber damit gehe ich natürlich dem Sektor der ambulanten Versorgung verloren, obwohl er mir eigentlich ganz gut gefallen hat.

Ich komme aus dem Rettungsdienst, ich bin auch als Notärztin unterwegs gewesen. Ich habe somit Präklinik, Klinik und den ambulanten Sektor ziemlich gut kennenlernen können.

Ich habe ein Kind im Studium bekommen, das zweite während der Klinikweiterbildung, das dritte während des ambulanten Bereichs. Ich denke, so etwas ist für viele Niedergelassene durchaus ein Problem - gar nicht mal so sehr der Mutterschutz, sondern die Erziehungszeiten geltend zu machen. Dafür muss man eine Vertretung organisieren, den Sitz ruhen lassen. Und wenn man

Angestellte hat, ist das auch nicht so ohne Weiteres möglich. Für Selbstständige ist das tatsächlich ein Problem. Das war von vornherein ein Grund, warum ich mich gegen eine Selbstständigkeit und eine Niederlassung mit eigenem Arztsitz entschieden habe. Denn damit ist man im Grunde Unternehmer.

Man trägt hohe wirtschaftliche und finanzielle Risiken, ohne dass man die Spielregeln bestimmen kann. Ein Handwerker, der fleißig ist, gute Arbeit abliefert und viel arbeitet, kann seinen Verdienst vermehren. Das kann ein Arzt nicht. Er kann natürlich trotzdem fleißig sein und gut arbeiten, aber man kann als Hausarzt viele Leistungen nicht abrechnen, obwohl man sie erbringt und die meines Erachtens dazugehören, zum Beispiel viele Gespräche und Weiteres zur Betreuung der eigenen Patienten.

Es gibt einen hohen Bürokratieaufwand. Schon in der Weiterbildung habe ich von meinen weiterbildenden Kollegen mitbekommen, dass das sehr frustrierend sein kann. Dann bot sich für mich der Ausweg über ein anderes Fach, in dem ich jetzt zum Glück auch glücklich bin. Gleichwohl sind diese Umstände schade.

Schauen wir uns die Zahlen an: Zwei Drittel der Absolventen an den Hochschulen sind weiblich. Sie alle haben die gleichen Probleme.

Ich kann von mir bekannten Kolleginnen und Kollegen, die jetzt in der Weiterbildung sind oder gerade ihren Facharzt gemacht haben, berichten. An der Stelle ist man an einer Weggabelung, an der viele aus der Klinik „flüchten“ und in den ambulanten Sektor drängen - aber lieber als angestellte Ärzte, anstelle einen eigenen Sitz zu übernehmen.

So viel möchte ich aus der Praxis schildern. Das sind die Beweggründe, die junge Frauen davon abhalten, einen landärztlichen Hausarztsitz zu übernehmen.

Abg. **Jessica Schülke** (AfD): Haben Sie für sich konkrete Vorstellungen, die Sie Politikern mitgeben könnten, was bzw. wo sie etwas ändern könnten? Wo würden Sie ansetzen?

Dr. Christina Reulen: Vieles ist bereits im Bericht der Enquetekommission, den ich gelesen habe, erwähnt. Mein Hauptbeweggrund waren, wie gesagt, die wirtschaftlichen Risiken, die ich als Alleinverdienerin in einer fünfköpfigen Familie hätte eingehen müssen. Sie wären sicherlich nicht ohne! Ich bin kein Freund einer Abschaffung der Freiberuflichkeit. Wenn sie ins Lebenskonzept passt - sie sollte auf jeden Fall erhalten werden. Aber für die Generalisten auf dem Land, die in der Familiengründungsphase sind - das gilt für die Männer ebenso wie für die Frauen, aber bei den Frauen kommt noch die Phase der Schwangerschaft hinzu -, wäre es wichtig, Sicherheit zu haben. Die Ansätze mit Gesundheitszentren oder MVZ, wo man als Angestellte arbeitet und Erziehungszeiten usw. in Anspruch nehmen kann, sind wichtig und zwingend notwendig. Sonst können Frauen in der Phase faktisch nicht in die Praxis gehen.

Prof. Dr. med. Nils Schneider

Sachverständiges Mitglied der früheren Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 3

Prof. Dr. Nils Schneider: Vorweg darf ich sagen: Ich finde beide Anträge ganz hervorragend. Sie setzen genau die richtigen Akzente für unsere Problemstellung, nämlich erstens Ausbau der Medizinstudienplätze und zweitens Ausbau der Allgemeinmedizin an allen Standorten in Niedersachsen. Auf diese beiden großen Themen möchte ich mich konzentrieren.

Erstens zum Ausbau der Medizinstudienplätze: Wie viele Plätze wir tatsächlich brauchen, ist extrem schwer zu beantworten. Ehrlich gesagt: Wir können die Frage nicht valide beantworten; denn es spielen sehr viele Faktoren da hinein. Tatsache ist, dass es in Deutschland sehr viele Ärztinnen und Ärzte gibt - so viele wie noch nie in der Geschichte Deutschlands. Es sind auch überdurchschnittlich viele im internationalen Vergleich. Tatsache ist aber auch, dass aufgrund der Altersstruktur der jetzt tätigen Ärztinnen und Ärzte in den nächsten Jahren ein hoher Nachbesetzungsbedarf bestehen wird. Tatsache ist ferner, dass unsere Bevölkerung altert und deshalb mehr ältere Menschen mit chronischen Krankheiten und Mehrfacherkrankungen - Multimorbidität - zu versorgen sind, was den Bedarf erhöhen mag.

Allerdings gibt es neben diesen zahlenbasierten Faktoren, zu denen Herr Barjenbruch sicherlich noch viel mehr berichten wird, auch noch andere Faktoren, die nicht so gut in Zahlen gefasst werden können. Dabei handelt es sich um gesundheitssystemische Faktoren.

Denken Sie daran, dass die Krankenhauslandschaft in Deutschland in 10 bis 15 Jahren anders aussehen wird als jetzt. Es wird Zusammenlegungen und damit weniger Krankenhausstandorte geben. Die Medizin wird ambulanter werden; bislang stationäre Leistungen werden dann mehr im ambulanten Bereich erbracht werden.

Denken Sie an die hoffentlich optimal fortschreitende Digitalisierung und auch an Telemedizin. Denken Sie auch an andere Gesundheitsfachberufe, die sich weiter akademisieren werden und in Teilen vielleicht ärztliche Leistungen miterbringen können. All diese Faktoren werden sich auf den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten auswirken. Aber wir können nicht mit Sicherheit und genau sagen, wie viele wir dann brauchen.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Enquetekommission viele Gedanken um den Bedarf an Medizinstudienplätzen gemacht und ist in 64 spannenden Sitzungen zum Ergebnis gekommen, dass für Niedersachsen mindestens 200 weitere Medizinstudienplätze erforderlich sind - auf dem Stand des Jahres 2021, wohl gemerkt! Seitdem gab es bereits einen gewissen Aufwuchs an Studienplätzen, sodass, wenn wir jetzt die Zahlen der Enquetekommission zugrunde legen, noch etwa mindestens weitere 150 Studienplätze nötig sind. Damit ergäben sich in der Gesamtzielsumme für Niedersachsen rund 940 Medizinstudienplätze.

Das ist eine Annäherung seitens der Enquetekommission. Ich halte sie aber für klug und ausgewogen und sehe keinen Sachgrund, von ihr als Mindestformulierung abzuweichen.

Zweitens zum Ausbau der Allgemeinmedizin an allen Standorten; denn wir dürfen nicht nur die Anzahl der Studienplätze betrachten: Wir dürfen nicht nur darauf fokussieren, *mehr* Medizinstudierende zu haben, sondern wir müssen sie auch richtig ausbilden. Was heißt hierbei „richtig“? - Am Bedarf der Menschen in Niedersachsen orientiert. An der Stelle ist zu sagen, dass die Allgemeinmedizin eines der drei großen Fächer der Medizin ist - zusammen mit innerer Medizin und Chirurgie. Der Bedarf an Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner ist aus versorgungspolitischer Sicht riesengroß.

Projizieren wir das auf die Situation an den Hochschulen, so stellen wir eine gewisse Diskrepanz fest. Die Allgemeinmedizin - als großer Fachbereich mit höchster Bedeutung für die Menschen im Land - ist ein kleiner Fachbereich an unseren Hochschulen, weit von dem Stellenwert der inneren Medizin oder der Chirurgie entfernt. Das wird zum Beispiel an der Anzahl der Professuren deutlich. Wir haben an jedem der drei Standorte jeweils eine Regelprofessur für Allgemeinmedizin. In der inneren Medizin und Chirurgie haben wir an jedem der drei Standorte zahlreiche Professuren.

Mit den Professuren steht und fällt natürlich das Standing eines Fachs an den Universitäten. Es geht dabei ja nicht nur um die Person der Professorin oder des Professors, sondern mit jeder Professur sind Mitarbeitende verbunden: wissenschaftliche und dozierende Mitarbeitende. Ferner sind damit Strukturen verbunden. Damit ist natürlich das akademische Standing an den Hochschulen verbunden. Und damit ist auch die Forschung verbunden. Das dürfen wir nicht außer Acht lassen. Die Allgemeinmedizin braucht wie jedes andere Fach in der Medizin auch die Einheit von Forschung und Lehre. Nur so kann sich das Fach wissenschaftlich weiterentwickeln. Nur so können Innovationen entstehen. Und nur so kann man die Akzeptanz innerhalb der ärztlichen Fachdisziplin und bei den Studierenden erreichen.

Ich warne ausdrücklich davor, die Allgemeinmedizin als Lehrfach zu definieren und die Forschung ein bisschen separat davon zu betrachten. Nein, wir brauchen an allen drei Standorten in Niedersachsen eine starke Allgemeinmedizin in der Einheit von Lehre und Forschung.

Nehmen wir die Studierenden in den Blick. Sie sind sechs oder sieben Jahre bei uns an den Hochschulen, aber natürlich auch in Praktika, in Praxen und Lehrkrankenhäusern. Aber die Universität, das Hochschulgefüge, sind ihr Sozialisationsbecken. Wenn sie erleben, dass die Allgemeinmedizin dort von irgendwelchen anderen großen Fächern ein bisschen in zweiter Reihe interpretiert wird, dann wird sich das auf die spätere Berufswahl auswirken. Wir müssen also die Weichen richtig stellen. Es braucht eine starke Allgemeinmedizin in Forschung und Lehre an allen drei Standorten.

Was bedeutet das konkret?

Erstens werden in den vorliegenden Anträgen mehr Professuren für die Allgemeinmedizin gefordert. Das unterstütze ich ausdrücklich. Und was heißt „mehr“? „Mehr“ heißt „mehr als eine pro Standort“. Auch dazu hat die Enquetekommission Stellung bezogen und formuliert: Jeweils drei Professuren für Allgemeinmedizin in Göttingen und Hannover und mit Zuwachs der Studierendenzahlen perspektivisch auch in Oldenburg. - Damit wären wir immer noch weit von der Zahl der Professuren im Bereich der inneren Medizin entfernt. Aber das halte ich dennoch für eine adäquate, kluge Größenordnung für die Allgemeinmedizin. Über einen solchen Weg könn-

ten sich die Universitäten abstimmen und innerhalb des Fachs Allgemeinmedizin zu einer Ausdifferenzierung von Schwerpunkten kommen. Das Fach ist so groß: Hausärzte impfen Kinder, Hausärzte versorgen schwerkranke und sterbende Menschen im Altenheim usw. Das Fach ist so groß, dass mit den Professuren durchaus auch Schwerpunktsetzungen an den Universitäten vorgenommen werden können. Das heißt, die Ausdifferenzierung, die im wissenschaftlichen Bereich nötig ist, kann innerhalb des Fachs Allgemeinmedizin erfolgen, wenn sich die Hochschulen klug abstimmen. Aber - das ist mein Kernpunkt - es muss an jeder der drei Hochschulen einen ganz klaren Sockel für Allgemeinmedizin in Forschung und Lehre geben.

Der zweite Punkt, an dem konkret gehandelt werden kann, betrifft das Studium. Hierzu will ich drei Schlagworte nennen: „viel“, „von Anfang an“ und „kontinuierlich“. Das heißt, vom ersten Studienjahr an müssen die Studierenden an die Allgemeinmedizin durch Praktika herangeführt werden. Das macht Oldenburg zum Beispiel schon ganz hervorragend. In Hannover und Göttingen setzt das etwas später ein. Dann sollte das kontinuierlich über alle Studienjahre laufen; denn steter Tropfen höhlt den Stein. Das wäre ein sinnvoller Weg.

Um diesen Weg einzuschlagen, müssen wir nicht auf die neue Approbationsordnung warten. Ob sie kommt oder nicht, dazu möchte ich nicht Stellung beziehen. Wir können einen eigenen niedersächsischen Weg einschlagen: Die vorhandene Approbationsordnung und die Möglichkeiten des Landes Niedersachsen geben uns die Freiheiten und Möglichkeiten, die vorhandenen Studiengänge in Oldenburg, Hannover und Göttingen weiterzuentwickeln und überall einen allgemeinmedizinischen Schwerpunkt einzuführen.

Mein Vorschlag ist also, zu evaluieren, welche Maßnahmen aus der vorgesehenen Approbationsordnung an manchen Hochschulen vielleicht schon umgesetzt worden sind - da sind wir an den drei Standorten unterschiedlich weit - und welche Maßnahmen mit den Möglichkeiten, die das Land Niedersachsen hat, umgesetzt werden könnten. Damit kämen wir, glaube ich, schon ziemlich weit.

Zum Abschluss zwei strategische Überlegungen.

Zuerst zum Stichwort „Regionalisierung“, das auch von Frau Renneberg angesprochen worden ist. In Niedersachsen haben wir das große Glück, dass die Hochschulen supergut verteilt sind und ganz Niedersachsen abgedeckt ist. Oldenburg liegt im Einzugsgebiet des Nordwestens und hat ein großes Lehr- und Forschungspraxennetz. Im Süden liegt Göttingen mit seinem Lehr- und Forschungspraxennetz. In der Mitte liegt Hannover, von wo aus das Weserbergland, die Heide-region, die Regionen bis nach Helmstedt im Osten und bis nach Zeven, Bremervörde und Stade im Norden abgedeckt werden, auch dort mit einem Lehr- und Forschungspraxennetz. Die Einheit von Forschung und Lehre ist auch hierbei wirklich wichtig. In der Hinsicht ist Niedersachsen also bestens aufgestellt. Aber der Schwerpunkt Allgemeinmedizin muss an allen Hochschulen vorhanden sein; denn es wäre den Hausärztinnen und -ärzten nicht zu vermitteln, wenn nur an einem Standort ein Schwerpunkt Allgemeinmedizin bestünde. Es wäre auch den Bürgerinnen und Bürgern nicht zu vermitteln, wenn dieser Schwerpunkt nicht an allen Standorten etabliert würde.

Ein kurzer abschließender Gedanke betrifft die Strategie. Wie aus den Beiträgen hier und auch aus allen Stellungnahmen deutlich geworden ist, betrifft dieses Thema natürlich die ärztliche Ausbildung - das ist der Fokus meiner Positionierung -, aber natürlich auch die Weiterbildung

und auch die Bedingungen in der Versorgung. Aus meiner Sicht brauchen wir für Niedersachsen ein ganzheitliches Konzept, das alle Ebenen in den Blick nimmt. Es gibt schon viele Einzelmaßnahmen, die aber, wie ich meine, gut zusammengeführt und integriert werden müssen. Dafür müssen Wissenschafts- und Versorgungspolitik ganz eng abgestimmt Hand in Hand gehen.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Sie sagten eben, man sollte nicht auf die neue Approbationsordnung warten, die auch die Vermittlung von Medizin von Anfang an umfassen soll. Denn bislang erfolgt diese bis zum Physikum ja nur spärlich bis gar nicht. Das ist in Oldenburg übrigens anders.

Erstens. Brauchen wir von daher einen erheblich veränderten Aufbau des Studiums, damit die jungen Menschen die Vielfalt der Medizin erkennen können und nicht nur von anderen Dingen in der Wahl ihrer Fachrichtung geprägt werden?

Ich bin kürzlich in Österreich gewesen und habe erfahren, dass es dort auch im Medizinstudium das Bachelor-Master-System gibt. Mit einem solchen System ergäbe sich hier ein Umbruch im Studium. Aber inwieweit wäre ein solches System hilfreich, die hausärztliche Ausrichtung im Studium zu pushen?

Zweitens. Alle Studienstandorte befinden sich in Städten. Wir haben erfahren, dass Absolventen gerne in der Region bleiben, wo sie studiert haben. Welche Möglichkeiten haben die Hochschulen - neben einer Beförderung der hausärztlichen Medizin - jenseits der Krankenhäuser und der hausärztlichen Praxis, gerade im ländlichen Raum nicht nur PJ- und Famulaturplätze anzubieten, sondern auch hausärztliche Tätigkeiten?

Prof. **Dr. Nils Schneider**: Zu Ihrer Frage zum Aufbau des Studiums: Die neue Approbationsordnung stellt natürlich den Königsweg dar. Ihre Einführung würde ich sehr begrüßen, weil sie für das Fach Allgemeinmedizin und darüber hinaus einen Meilenstein für die künftigen Ärztinnen und Ärzte bedeuten würde. Aber ich bin skeptisch, ob sie kommt. Deshalb ist meine Position, nicht darauf zu warten, sondern schon jetzt loszulegen.

Man könnte nun die darin enthaltenen Punkte durchgehen. Darunter befinden sich einige, die sich ohne die neue Approbationsordnung nicht umsetzen lassen, zum Beispiel eine Pflichtprüfung zum Abschluss des Studiums im Fach Allgemeinmedizin. Aber die Allgemeinmedizin im Studium von Anfang an vorzusehen, ist auch ohne die neue Approbationsordnung möglich. Das ist zum Beispiel über das Konstrukt der Modellstudiengänge möglich, was Oldenburg ja vorgemacht hat. Auch in Hannover gibt es einen Modellstudiengang, der vom ersten Tag an sehr klinisch ausgerichtet ist, aber nicht so stark allgemeinmedizinisch akzentuiert ist. Aber das kann ja noch werden! Auch in Göttingen könnte man über Wege nachdenken - das findet statt -, die Allgemeinmedizin früher und intensiver zu lehren.

Es geht also um die Allgemeinmedizin von Anfang an, aber auch um die stetige Vermittlung; denn wie gesagt: Steter Tropfen höhlt den Stein.

Zu ihrer Frage nach Studien- und Einsatzort: Ja, völlig richtig, die Studierenden möchten überwiegend in ihrer Stadt bleiben. Das erleben wir auch in Hannover intensiv. An der Stelle gibt es ein, wie ich finde, ziemlich pfiffiges Vorgehen. Die MHH hat ein Lehrpraxennetz, das rund 300 Hausarztpraxen in ganz Niedersachsen umfasst. Natürlich sind davon einige im Stadtgebiet von Hannover. Aber es gibt Lehrpraxen beispielsweise auch in Stade, Zeven, Bremervörde, Papenburg, sogar auf Langeoog. Das ist also gut verteilt.

Zudem haben wir Kooperationen mit einigen Kommunen, um sogenannte Landpartien anzubieten. Das machen wir derzeit schon mit den Landkreisen Hameln-Pyrmont und Schaumburg, die hierfür kooperieren, mit dem Heidekreis, mit Lüchow-Dannenberg und Stade. Kürzlich ging eine Anfrage aus Celle ein, wo man auch daran Interesse hat. „Landpartie“ meint, dass die Hausärzte dort niedergelassen sind, zu unseren Lehrpraxen zählen und mit Unterstützung der Kommunen, in manchen Fällen auch mit Unterstützung örtlicher Unternehmen und/oder des örtlichen Krankenhauses eine Art von Rundum-sorglos-Paket für Studierende schnüren. Das bedeutet: Wer für ein Hausarztpraktikum dorthin geht, bekommt die Unterkunft gestellt, eine Veranstaltung im örtlichen Krankenhaus, wo Krankenhaus- und Hausärzte eine gemeinsame Fortbildung machen, vielleicht den kostenlosen Eintritt ins Schwimmbad usw. Damit erreichen wir, dass derzeit rund 25 % unser Studierenden im Praktikum Allgemeinmedizin freiwillig in ländliche Regionen gehen. Es könnten mehr sein! Aber das zeigt, dass man mit attraktiven Angeboten durchaus Anziehungskraft herstellen kann.

Abg. Dr. Silke Lesemann (SPD): Gibt es eine wissenschaftliche Begleitforschung zu Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, die zu Landarztstiteln kommen?

Prof. Dr. Nils Schneider: Hierzu liegen wissenschaftliche Studien vor. Sie zeigen, dass Studierende, die in ländlichen Regionen aufgewachsen sind, später zu einer überdurchschnittlichen Wahrscheinlichkeit dort berufstätig werden. Für die Landarztquote haben wir ja auch Auswahlgespräche mit Studierenden geführt. Dabei können solche Faktoren als weiche Faktoren mit einfließen.

Mit dem regelmäßigen Erleben eines Fachs - das ist nicht an die Allgemeinmedizin geknüpft - im Studium auf hohem Niveau mit Menschen, die authentisch und gut lehren, steigt die Wahrscheinlichkeit, in diesem Bereich später berufstätig zu werden. Auch die Promotion ist in diesem Zusammenhang wichtig: Wenn man mit dem Fachgebiet der Promotion gute Erfahrungen gemacht hat, kann das die Berufswahl beeinflussen. Auch deswegen ist die Forschung in der Allgemeinmedizin so wichtig; denn auch über die Promotion kann man Menschen für diese Fachrichtung begeistern.

Abg. Dr. Silke Lesemann (SPD): Eine zweite Frage: Gibt es im Studium Module wie „Management einer Hausarztpraxis“, in der ganz praktische Fragen behandelt werden? Dazu zählen sicherlich betriebswissenschaftliche Aspekte, die Gebäudewirtschaft, aber auch Personalführung; denn man muss ja auch mit Humanressourcen umgehen können. In Zeiten knapper werdenden Personals ist auch dieser Bereich wichtig.

Prof. Dr. Nils Schneider: Das ist ein sehr wichtiger Punkt. Was das Praxismanagement im Studium angeht, habe ich eine ambivalente Meinung. Im praktischen Jahr, im letzten Jahr des Studiums, bieten wir unseren Studierenden auch Praxisökonomiekurse an, zum Teil in Kooperation mit der Ärztekammer oder der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Sie bietet zudem bei uns an der MHH auch Sprechstunden an, wo diese Aspekte den Interessenten auf Nachfrage angeboten werden. Allerdings habe ich die Erfahrung gemacht, dass es nicht so gut ist, mit solchen Themen schon in den ersten Studienjahren zu kommen; denn oftmals ändert sich die Welt schnell. Was Studienanfängern heute über Praxisökonomie beigebracht wird, kann in zehn Jahren schon ziemlich an Wert verloren haben.

Ich meine, wir müssen dafür sensibilisieren, dass ökonomische Fragen, dass Managementfragen, dass Führungsfragen wichtig sind, aber ich würde die Details noch nicht in das grundständige Studium integrieren.

Was wir allerdings machen, ist eine intensive Vermittlung von Softskills. Derzeit führen wir, ausgehend von der Allgemeinmedizin, Stressmanagementkurse für Studierende durch. Wir halten es für wirklich wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte auch eine gute Selbstfürsorge betreiben können, um ihren Patienten helfen zu können. In so etwas sind wir Ärzte nicht immer gut. An der Stelle geht es auch darum, eigene Grenzen zu erkennen, ein gutes Fehlermanagement zu haben, ein Team mit medizinischen Fachangestellten zu führen. Solche Skills vermitteln wir bereits im Studium - die ökonomischen aber eher weniger.

Abg. Annette Schütze (SPD): Ich habe eine Nachfrage. Sie hatten ausgeführt, dass Sie es für sinnvoll halten, an jedem Standort drei Professuren für Allgemeinmedizin zu haben - und nicht nur eine -, um der Bedeutung des Fachs gerecht zu werden und damit auch die Wahrnehmung der Studierenden zu verändern. Überspitzt ausgedrückt: Allgemeinmedizin hat dann wohl ein Imageproblem. Der tolle Chirurgie-Chefarzt glänzt in einem Krankenhaus anders als jemand in der inneren Medizin - und ein Allgemeinmediziner hat ein solches Spielfeld erst gar nicht; denn er hat seine Praxis. Passt das zu der Strategie, die uns im ersten Vortrag im Zusammenhang mit einer Schwerpunktbildung vorgestellt worden ist, oder steht ihr das diametral gegenüber? Denn eingangs ist von einer Schwerpunktbildung gesprochen worden. Ich hatte es so verstanden: An einer Hochschule gibt es die Expertise, und sie wird jeweils auf die anderen beiden ausgerollt, sodass es quasi einen Gleichstand gibt. Das müsste sich doch auch in den Professuren abbilden?

Prof. Dr. Nils Schneider: Da lässt sich nach meinem Verständnis ein Gleichklang herstellen. An allen Standorten, meine ich, gibt es jeweils eine sehr leistungsstarke Professur für Allgemeinmedizin: meine Kollegin in Göttingen, mein Kollege in Oldenburg und ich machen im Rahmen unserer Möglichkeiten das Bestmögliche - aber diese Möglichkeiten sind gering. Das haben Sie richtig ausgeführt: Wir in der Allgemeinmedizin gehen im inneruniversitären Spektrum der Fachrichtungen etwas unter. In der akademischen Vertretung in Forschung und Lehre sind wir nun mal ein kleines Gebiet. Das liegt teilweise daran, dass andere wie Chirurgie und innere Medizin bettenführende Abteilungen sind, die am Standort der Universitätsklinik eine andere Präsenz haben als die Allgemeinmedizin.

In meinem Studium allerdings war der Anatom in gewisser Weise der „Star“ - und auch er hat keine Betten gehabt. Das Fach kann also auch in Abteilungen, die nicht umfangreich krankenhausbettenführend sind, derart interpretiert werden, dass es wirklich ein großes Fach an den Hochschulen ist. Das ist wichtig für Forschung und Lehre. Und es ist wichtig, dass das an allen drei Hochschulen der Fall ist. Ich sehe den Punkt, dass sich die Hochschulen aus wissenschaftspolitischer oder Forschungssicht ausdifferenzieren müssen. Das ist im ersten Vortrag deutlich geworden. Allerdings bin ich der Auffassung, dass es nicht geeignet wäre, dies im Fach Allgemeinmedizin zu tun.

Das Fach Allgemeinmedizin eignet sich aus meiner Sicht nicht für unterschiedliche Schwerpunktbildungen der Hochschulen. Dafür eignen sich andere Themenfelder. Die Allgemeinmedizin ist wie Deutsch in der Schule: Das ist ein Hauptfach, das an jeder Schule konsequent unterrichtet werden muss. - Und so muss auch die Allgemeinmedizin an jeder Hochschule unterrichtet werden, und es darf nicht nur einen solchen Schwerpunkt in Niedersachsen geben.

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN)

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 1

Anwesend:

- *Mark Barjenbruch, Vorstandsvorsitzender*

Mark Barjenbruch: Der Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen besteht in der Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Was bedeutet das? - Wir müssen schon jetzt dafür sorgen, dass Fachärzte für Allgemeinmedizin und für die anderen 27 Fachgruppen der fachärztlichen Versorgung sowie die Psychotherapeuten in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.

Welche Grundlage haben wir dafür? - Das ist die Bedarfsplanung, die im SGB V festgelegt ist. Daraus ergibt sich für den Gemeinsamen Bundesausschuss in Berlin der Auftrag, eine Richtlinie für die Bedarfsplanung zu erlassen, was dieser Ausschuss auch getan hat. Auf dieser Grundlage berechnen wir, wie viele Ärzte pro Einwohner benötigt werden. Daraus ergibt sich die sogenannte Arzt-Einwohner-Relation für die jeweilige Fachgruppe. Anhand dieser Zahl stellen wir fest, ob die Versorgung in den jeweiligen Bereichen sichergestellt wird oder nicht. Als Faustformel gilt: Ein Hausarzt versorgt grundsätzlich 1 800 Bürgerinnen und Bürger. Zusätzlich sind viele Faktoren gegenzurechnen, sogenannte Morbiditätsraten, sodass sich die Relationen entsprechend verändern, aber auch Demografiefaktoren: In einem Planungsbereich mit einer überdurchschnittlich alten Bevölkerung kommt es zu einer entsprechenden Auswirkung auf diese Relation.

Schon jetzt fehlen uns anhand unserer Zahlen und nach dem derzeitigen Planungsstand 672 Ärzte: Darunter befinden sich 546 Hausärzte, 118 Fachärzte und 7 Psychotherapeuten.

Was ist die Grundlage unseres Vorgehens? - Wir können letztendlich nur diejenigen Ärzte in die jeweilige Versorgungsschiene bringen, die vorhanden sind. Wenn uns niemand zur Verfügung steht, der den Facharztstandardstatus erfüllt, dann können wir auch niemanden zulassen. Das ist schon jetzt die Schwierigkeit für uns. Wird also nicht die Grundlage geschaffen, dass Ärztinnen und Ärzte in ausreichender Zahl vorhanden sind, haben wir keine Chance, Arztstellen zu besetzen.

In den vergangenen Jahren haben wir einige Prognosen vorgelegt. Vor gut 15 Jahren haben wir angefangen, Arztlprognosen zu erstellen, um eine Grundlage für unser Handeln zur Verfügung zu haben. Schon damals stellten wir fest, dass uns in Zukunft gut 1 000 Ärztinnen und Ärzte fehlen werden. Unsere aktuelle Studie, die in dem einen oder anderen Antrag erwähnt worden ist, ist im Jahr 2020 erstellt worden und hat den Blick auf das Jahr 2035 geworfen. Demnach fehlen in Niedersachsen gut 1 300 Hausärztinnen und -ärzte, was gut 25 % der aktuellen Zahl entspricht.

Auch im fachärztlichen Bereich - das darf man nicht unterschätzen - fehlt uns inzwischen der eine oder andere Arzt. So fehlen beispielsweise im Bereich der Dermatologie und der HNO Ärzte. Natürlich hat das auch Auswirkungen auf die Hausarztmedizin: Wenn der Hausarzt nicht an den jeweiligen Facharztkollegen überweisen kann, ergibt sich ein Stau in seiner Praxis, der wiederum

dazu führt, dass mehr Leute behandelt werden müssen; denn er kann den Patienten ja nicht dorthin geben, wohin er eigentlich müsste.

Diese Angabe - 1 300 fehlenden Hausärztinnen und -ärzte - ist gerade erst durch unsere wissenschaftliche Einrichtung, das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, bestätigt worden. Es hat mit Bezug auf das Jahr 2040 kürzlich festgestellt, dass uns auf dem Planungsstand, den ich Ihnen eben genannt habe, 74 % der Ärzte fehlen.

Außerdem hat die jüngste Bevölkerungsprognose in einer Bertelsmann-Studie ergeben, dass die Bevölkerungszahl in Niedersachsen leicht steigen soll, wobei die Bevölkerung leicht altert, was zu einer höheren Behandlungsintensität führt.

Was bedeutet das derzeit anhand konkreter Zahlen? - In Niedersachsen arbeiten 14 000 Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung. 34 % von ihnen haben schon jetzt das 60. Lebensjahr erreicht bzw. überschritten; bei den Hausärzten sieht es mit 38 % noch ein bisschen schlechter aus. Das macht das Ganze nicht einfacher.

Wie Sie sicherlich auch bei sich vor Ort erfahren haben, wird die Frage der ärztlichen Versorgung immer mehr zum wichtigen Thema. Die Bevölkerung fragt nach. Das alles ist längst keine Selbstverständlichkeit mehr.

Gleichzeitig ist ein Trendwechsel zu verzeichnen: Die Arztpraxis war in der Vergangenheit davon geprägt, dass sie in Selbstständigkeit geführt wird. Inzwischen gibt es in Niedersachsen 4 000 angestellte Ärztinnen und Ärzte, von denen 2 000 in Vollzeit arbeiten. Die anderen arbeiten Teilzeit; ein Faktor, der in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat. Etwa 30 % der Teilzeitärztinnen und -ärzte arbeiten 10 bis 20 Stunden je Woche, 10 % arbeiten 20 bis 30 Stunden je Woche. Das führt dazu, dass zum Ersatz eines ausscheidenden Arztes in der Nachfolge ein anderer Arzt nicht ausreicht, sondern es werden je nach Lage zwei bis drei benötigt werden. Unsere Faustformel lautet, dass für einen ausscheidenden Arzt mit *einem* nachrückenden Arzt eigentlich nur 0,7 Ärzte nachkommen. Dementsprechend muss bei der Ausbildung reagiert werden.

Mein Vorredner hat gesagt, dass auch die Rahmenbedingungen beachtet werden müssten. Ganz aktuell ist das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz eingebracht worden, das den Fokus auf die Hausarztmedizin legt. Damit sollen die Rahmenbedingungen in der Weise verändert werden, dass die hausärztliche Leistung unbegrenzt bezahlt werden soll. Das begrüßen wir sehr. Dass man nicht mehr über die Frage der Finanzen diskutieren muss, sondern seine Leistung entsprechend bezahlt bekommt, würde die Rahmenbedingungen stärken.

Langer Rede kurzer Sinn - den Rest haben wir ja auch schon schriftlich vorgebracht -: Wenn im Vorfeld Ärztinnen und Ärzte nicht in ausreichender Zahl „produziert“ werden - um es umgangssprachlich auszudrücken -, haben wir in der KVN keine Chance, sie in die Versorgung zu bringen.

Das heißt aus meiner Sicht: Ich begrüße beide Anträge sehr, aber den einen noch mehr, weil er im Grunde gleich zur Tat schreitet und nicht erst noch ein Konzept entwickelt sehen möchte.

Abg. **Jörg Hillmer** (CDU): Sie schreiben, dass 34 % der Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung das 60. Lebensjahr überschritten haben. Ist das als besonderer „Berg“ zu werten? Ich stelle es mir im Prinzip so vor: Ein Drittel ist zwischen 50 und 60 Jahre alt, und das jüngste Drittel zwischen 40 und 50 Jahre. Wahrscheinlich sind nicht sonderlich viele jünger als 40 Jahre. Ich nehme an,

dass das ein fortschreitendes Phänomen ist, ohne dass es sich um einen Sondereffekt handelt, der sich zum Beispiel aus den geburtenstarken Jahrgängen ergibt.

Mark Barjenbruch: Der Anteil von 34 % ist insoweit ein aktueller Peak, als wir 1993 die sogenannte Bedarfsplanung per Gesetz bekommen haben. Das bedeutet, dass man sich als Arzt bis dahin überall niederlassen durfte, wo man wollte. Ab 1993 galten die Kriterien der Bedarfsplanung: Eine Niederlassung war nur noch möglich, wenn ein Arztsitz frei war. Das hat zu dem sogenannten Seehofer-Bauch geführt, benannt nach dem Gesundheitsminister, der diese Bedarfsplanung damals ins Gesetz eingebracht hatte. Dementsprechend geht in der nächsten Zeit ein „Berg“ in den Ruhestand, sodass das Drittel-Schema nicht ganz passt. In der nächsten Zeit gehen also überdurchschnittlich viele Ärzte in den Ruhestand.

Abg. **Jörg Hillmer** (CDU): Diese 34 % der Ärzte - 60 Jahre alt und älter - sind in den nächsten zwölf Jahren auf jeden Fall zu ersetzen. Wie viele Ärzte brauchen Sie im niedergelassenen Bereich? Und wie viele müssen ausgebildet werden? Dieser Frage wollen wir uns hier nähern. Diese Frage werden wir auch den Krankenhausvertretern stellen.

Ihr Vorredner sprach von 940 Medizinstudienplätzen in Niedersachsen insgesamt. Halten Sie diese Zahl für realistisch? Meinen Sie, dass Sie mit der entsprechenden Zahl von Absolventen Ihren Bedarf decken können?

Mark Barjenbruch: Auch ich kann Ihnen hierzu keine genaue Zahl nennen; denn für uns hat sich in den letzten Jahren die Schwierigkeit eingestellt, dass wir nicht mehr eins zu eins ersetzen können. Es ist schwer abschätzbar, mit welchem Arbeitszeitanteil die nachfolgende Generation in eine Niederlassung geht. Von daher plädiere ich schlicht dafür, mehr auszubilden, weil man dann mehr besetzen kann, wobei man an Teilzeitmodelle denken muss. Das macht es für das Land und damit auch für uns als Steuerzahler teurer.

Man muss auch sehen: Schon jetzt gibt es gewaltige Beschwerden, obwohl unsere statistischen Zahlen ausweisen, dass die Lage gar nicht mal so schlecht ist. Die genaue Zahl der erforderlichen Studienplätze kann auch ich Ihnen nicht nennen. Aber viel hilft viel!

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Arztsitze zu besetzen, wird ja immer schwieriger, auch im ländlichen Raum. Wie stehen Sie zur Frage der Medizinischen Versorgungszentren? Denn der Schritt in die Selbstständigkeit ist ein schwieriger Schritt. Aber als KVN könnten Sie dabei eventuell unterstützen.

Mark Barjenbruch: Uns ist es gleich, welche Gesellschafts- und Kooperationsform die Ärztinnen und Ärzte wählen. Wir freuen uns über jeden, der sich für den ambulanten Bereich in der Fläche entscheidet. Sie spielen vielleicht darauf an, dass Medizinische Versorgungszentren in der Vergangenheit zum Teil kritisch gesehen worden sind, weil man im Grunde die Einzelpraxis über alles gestellt hat. Derzeit praktizieren noch immer gut 50 % der niedergelassenen Ärzte in einer Einzelpraxis. Aber letztlich freut sich jeder, wenn er seinen Sitz an eine wie auch immer geartete Kooperationsform weitergeben kann.

Die KVN berät in die Richtung, die Einzelpraxis aufzugeben und eine Kooperation einzugehen, weil man dann im Nachgang den Sitz wesentlich leichter transferieren kann.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Zweitens eine Frage, die ich aus meinem ländlichen Raum im Umland von Bremerhaven kenne: Ich habe von einem Fall gehört - hier ein Orthopäde -, in dem sich ein Arzt im ländlichen Raum niederlassen wollte. Aber es gab keinen freien Arztsitz am gewünschten Ort bzw. die Versorgungsquote wäre nach seiner Niederlassung in dem betreffenden Bereich zu gut gewesen. Hinzu kommt im ländlichen Raum, dass die Entfernung zum Arzt oft nicht überwunden werden kann, weil es kaum öffentliche Verkehrsmittel zwischen dem Patientenwohnort und dem Arztsitz gibt. Vielmehr nehmen Patienten lieber die Bahn in die nächste große Stadt, und der Arzt in der ländlichen Gemeinde wird nicht besucht. In dem betreffenden Ort darf sich der Arzt aber aus den genannten Gründen nicht ansiedeln.

Mark Barjenbruch: Das ist das Schicksal der Planung in diesen Räumen. Die Bedarfsplanung bezieht sich nicht auf Orte, sondern auf Räume. Anhand der Arzt-Einwohner-Relation haben wir in Ihrem Fall berechnet, wie viele Orthopäden der betreffende Raum benötigt. Dabei sind wir auf eine Bedarfserfüllung von 110 % gekommen. Alle halten 110 % für perfekt, und trotzdem muss man einige Tage oder Wochen auf einen Arzttermin warten.

Die ganze Frage des öffentlichen Personennahverkehrs wird in unserer Planung komplett ausgeblendet. Wir gehen davon aus, dass man im Rahmen des Individualverkehrs die jeweilige Arztpraxis erreicht. Mir ist bewusst, wie schwierig das ist. Von daher haben wir in dem Bereich immer eine Kooperation gesucht. Aber der öffentliche Personennahverkehr hat die Schwierigkeit, in der Fläche nicht so präsent zu sein. Da sind wir Ärzte noch präsenter.

Abg. **Jörg Hillmer** (CDU): Sie zitieren aus einer KVN-Studie aus dem Jahr 2020, in der Sie für das Jahr 2035 prognostizieren, dass im Jahr 2035 im Vergleich zum Jahr 2019 in Niedersachsen ca. 1 300 weniger - ca. 25 % - Hausarztsitze zur Verfügung stehen werden. Was ist hierbei Wirkung und Ursache? Glauben Sie, dass Sie den Auftrag der KVN mit so viel weniger Arztsitzen erfüllen können? Oder replizieren Sie damit schon auf einen absehbaren Ärztemangel?

Damit ergibt sich aus unserer Sicht diese Frage: Sollen wir bei der Kapazitätsbemessung einrechnen, dass diese 1 300 benötigt werden? Oder werden sie gar nicht mehr benötigt?

Mark Barjenbruch: Anfangs haben wir diese Arztsitzprognosen selbst erstellt. Mittlerweile erarbeiten wir sie mit wissenschaftlicher Begleitung durch die Leibniz Universität. Schon in den ersten Studien vor 15 Jahren haben wir festgestellt, dass uns 1 000 Ärzte fehlen. Vorhin habe ich von 546 fehlenden Hausärzten gesprochen. Man könnte also sagen oder uns unterstellen, dass wir uns bei der Prognose um die Hälfte geirrt haben.

Natürlich nehmen auch wir all diese Faktoren zur Kenntnis und schließen daraus, dass weitere Maßnahmen ergriffen und alle Hebel in Bewegung gesetzt werden müssen, um diese 1 300 *nicht* zu erreichen. So loben wir beispielsweise Prämien von 60 000 oder 75 000 Euro aus - und versuchen damit, Ärztinnen und Ärzte aus anderen Bundesländern zu gewinnen -, wenn ein Arztsitz in einem von derzeit 46 Bereichen in Niedersachsen besetzt wird. Diese Bereiche werden jährlich neu bestimmt.

Wenn diese 1 300 Ärztinnen und Ärzte schon jetzt fehlen würden, würden wir hier nicht so friedlich miteinander sitzen, sondern Sie würden mir eine ganz andere Vorhaltung ob meines Sicherstellungsauftrags machen.

Abg. **Jörg Hillmer** (CDU): Ich möchte nachfragen: Wie viele Ärzte brauchen Sie, um Ihrem Sicherstellungsauftrag gerecht zu werden? Gelingt Ihnen das mit 1 300 Ärztinnen und Ärzten weniger? Oder brauchen Sie die volle Zahl? Was ist Ihr genauer Bedarf, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen?

Mark Barjenbruch: Auf diese direkte Frage muss ich direkt antworten: Das weiß ich nicht. Das weiß in Deutschland leider niemand, weil wir letztendlich nur eine Berechnung der Arzt-Patienten-Relation haben. Es ist nie wissenschaftlich ermittelt worden, wie viel Arzt der deutsche Bürger tatsächlich benötigt. Bis jetzt hat sich das nie ergeben. Das BMG hat sich diesen Auftrag einmal ins Gesetz geschrieben - ich glaube, das war um die Jahrtausendwende -, ihn aber bei einer Reform gestrichen. Es gibt keine Erhebung zu der Frage, wie viel Arzt wir brauchen.

Dabei ist auch das Problem um Bedarf und Bedürfnis zu berücksichtigen. Unter welchen Bedingungen geht man zum Arzt, und wann kommt man mit einer Eigenmedikation zurecht? Das alles macht es schwierig, eine genaue Zahl festzulegen, wie viele Ärztinnen und Ärzte benötigt werden.

Am Ende ist es wie im ÖPNV: Wenn kein Bus fährt, fährt niemand Bus. - Übertragen heißt das: Wenn kein Arzt da ist, kann man auch nicht zum Arzt gehen. Die Frage ist: Wie viel werden die Bürger aushalten, wenn die Versorgung durch weniger Ärzte erbracht wird?

Abg. **Annette Schütze** (SPD): Eine grundsätzliche Frage: Derzeit verwalten wir einen Mangel und müssen befürchten, dass wir das auch in Zukunft tun. Wie ist Ihr Selbstverständnis in diesem Zusammenhang? Sie haben es etwas skizziert: Vom Bund kommen die Vorgaben usw.

Mich interessiert - ohne provozieren zu wollen -: Muss nicht die KVN auch darüber nachdenken, welche Rolle sie in Zukunft spielt? Müsste dies nicht eine andere sein? Am Ende ist es ja auch unbefriedigend, diesen Mangel zu verwalten. Stichworte in diesem Zusammenhang sind: Unterstützung zur Selbstständigkeit, Finanzierung usw. Wir hatten das schon vorhin im Zusammenhang mit dem Studium angesprochen. Das sind für junge Menschen natürlich Hürden. Gibt es von daher bei der KVN Diskussionen, sich in eine Richtung zu entwickeln, um dabei hilfreich zu sein? Oder ist es das Selbstverständnis, Vorgaben umzusetzen und vorhandene Ärztinnen und Ärzte zu verteilen?

Mark Barjenbruch: Solche Diskussionen gibt es. Ich bin Ihnen für diese Frage dankbar; denn die Mangelverwaltung ist natürlich nicht das Schönste. Es ist sicherlich unser aller Anliegen, dass wir über eine funktionierende Versorgung berichten können.

Die „Spielregeln“ sind gewaltig. Der Gemeinsame Bundesausschuss und andere sind beteiligt. Da stellt sich auch die Frage, ob man tatsächlich eine Bedarfsplanung benötigt, oder ob man das dem freien Spiel der Kräfte überlässt. Im Fall der zahnärztlichen Kollegen hat man es aufgegeben. Aber vielleicht ist die Situation da auch eine etwas andere, weil wohl kaum jemand freiwillig zum Zahnarzt geht.

Letztendlich haben wir einen großen Strauß an Möglichkeiten, um den Versorgungsauftrag umzusetzen - und das möchten wir natürlich. Beispielsweise haben wir zuletzt auf der Insel Wangerooge eine Eigeneinrichtung gegründet, weil wir keine andere Struktur mehr gefunden haben, um sicherzustellen, dass eine Ärztin bzw. ein Arzt - in dem Fall jetzt eine Ärztin - auf der Insel ist,

damit nicht nur die Urlauber, sondern auch die Inselbevölkerung - auch außerhalb der Touris-
mussaison - versorgt sind. Wir betreiben eine Ansiedlungspolitik. Wir bieten Seminare an, wie
sie Herr Schneider eben angesprochen hat, um Leute zu gewinnen.

Derzeit erleben wir den Wandel vom selbstständigen Arzt in der eigenen Praxis hin zum ange-
stellten Arzt. Mittlerweile gibt es auch investorengesteuerte Praxen. Im fachärztlichen Bereich
gibt es im Braunschweiger Raum bis in den Harz hinein überwiegend radiologische Praxen, wo
Investoren die Versorgung tragen. Da ist es schon schwieriger, zu gestalten. Aber letztendlich ist
es die Aufgabe der KVN, zu versuchen, zu gestalten. Da sind wir über vielerlei Aspekte beteiligt.

Was die Frage der Ausbildung angeht - vielleicht wohnt meinem Vortrag deshalb nicht die Lei-
denschaft der KV-Welt inne -: Wenn wir keinen „produzierten“ Arzt bekommen, können wir
auch keinen in irgendeine Region Niedersachsens schicken. Er muss also „produziert“ werden.

Abg. Jörg Hillmer (CDU): Ich versuche es noch einmal. Sie haben vorhin von der bundesweiten
Vorgabe gesprochen, derzeit würde ein Hausarztsitz für 1 800 Bürgerinnen und Bürger ange-
strebt. Teilt man die Einwohnerzahl Niedersachsens durch diese Zahl, also 8 200 000 durch
1 800, kommt heraus, dass knapp 4 600 Arztsitze erforderlich wären. Das sind weniger als die
jetzt vorhandenen 5 200 Hausarztsitze. Glauben Sie, dass es dann irgendwann auf diese 4 600
hinausläuft? Oder ist auch diese Relation 1 : 1 800 im Fluss? Und wer legt sie fest?

Mark Barjenbruch: Diese Relation ergibt sich über die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesaus-
schusses, die sie anhand der Faktoren der Demografie und der Morbidität der Bevölkerung so-
wie der Betroffenen festmacht, sodass zum Beispiel ein Landkreis mit einer überdurchschnittlich
alten Bevölkerung eine niedrigere Arzt-Einwohner-Relation hat, während einer mit einer jünge-
ren Bevölkerung eine höhere Relation aufweist.

Zu Ihrer Rechnung könnte man am Schluss sagen: Passt! - Aber letztendlich ergibt sich die Frage,
wie gut man das aushalten kann. Schon jetzt ist die Bevölkerung mit der Versorgung nicht zu-
frieden. Uns erreichen sehr viele Eingaben, dass wir noch mehr „Arzt“ liefern sollen.

Man darf auch nicht die Frage der Kapazität einer Praxis verkennen: Was schafft eine Praxis
letztlich noch? Diese Relation ist nicht medizinisch begründet entwickelt worden. Sie ist letztlich
am Reißbrett nach dem Motto „Das müsste in etwa passen!“ entstanden. Salopp gesagt: Man
hat die alten Zahlen der 1990er-Jahre herangezogen und festgestellt, dass bei dieser Arzt-Ein-
wohner-Relation niemand wegen einer Unterversorgung gestorben ist, und dann wurde diese
Relation zur Grundlage der Planung gemacht. Das ist das Dilemma.

Als Schlusssatz: Auch nach der nächsten Nachfrage kann ich Ihnen nicht sagen, Herr Hillmer, wie
viel „Arzt“ man wirklich braucht, um eine wirtschaftliche, ausreichende, notwendige und zweck-
mäßige Versorgung - diese Versorgung schulden wir - zu garantieren. Das weiß ich leider nicht.

Abg. Jörg Hillmer (CDU): Hier sitzt ja in meiner Person nur der, der mit dafür verantwortlich ist,
Ihnen die Ärzte zu „produzieren“, die Sie brauchen. Aber wenn Sie es uns nicht genau sagen,
dann dürfen Sie sich hinterher auch nicht beschweren, dass es nicht gepasst hat.

Mark Barjenbruch: Aber auch Sie nicht, dass Ihre Bürger nicht versorgt sind.

Abg. **Jessica Schülke** (AfD): Ich habe eine etwas breiter gefächerte Frage. Im Jahr 2022 sind laut Statistik 1 215 Ärztinnen und Ärzte nach Deutschland eingewandert, und es sind 911 Ärztinnen und Ärzte in andere EU-Staaten abgewandert. Das ist ein Delta von 304 Ärztinnen und Ärzten.

Von sehr guten Freunden, die in der Schweiz leben, weiß ich, dass dort deutsche Ärzte sehr gern gesehen sind. Sonst kann man ja nicht so einfach in die Schweiz umsiedeln. Aber wenn man Arzt ist, gelingt das sehr oft. Diese Ärzte kommen auch nicht zurück. Es gibt auch andere Staaten wie Österreich, in die Ärzte sehr gerne auswandern.

Außerhalb des ganzen Spektrums, wie man die Ausbildung gestalten kann, welche Teilzeitmöglichkeiten man anbieten kann, dass man MVZ usw. anbieten kann: Können Sie mir eine Einschätzung geben, welche Möglichkeiten Sie sehen, Deutschland und vor allem Niedersachsen attraktiver zu machen, damit die Fachkräfte - nicht nur im medizinischen Bereich; das gilt ja generell - hier bleiben, wenn sie hier studiert haben?

Mark Barjenbruch: Sie sprechen die Rahmenbedingungen in der Versorgung an. Dazu zählt bis jetzt auch - wir warten auf die Umsetzung der diskutierten neuen gesetzlichen Regelung -, dass die Vergütung der Ärzte in einem begrenzten System läuft. Das heißt, sie erfassen ihr gesamtes Schaffen, bekommen aber im Durchschnitt 20 % ihrer Leistungen nicht bezahlt. Hausärzten werden 2 % der Leistungen nicht bezahlt, bei anderen Fachgruppen ist es mehr.

So etwas macht die Ärzte über die Jahre mürrisch. Diese Regelung ist 1993 als Übergangsregelung beschlossen worden. Jetzt sind wir im Jahr 2024, und diese Begrenzung läuft immer noch. Der Hintergrund ist natürlich die Finanzierbarkeit der Sozialversicherungsbeiträge und mehr.

Im eben angesprochenen Gesetzentwurf soll diese Budgetierung für die Hausärzte entfallen. Damit würde ein großer Punkt aus dem Weg geräumt, der die Ärzteschaft bis jetzt ärgert, verärgert und im Grunde an der Niederlassung hindert.

In dem Gesetzentwurf ist auch eine Neuregelung zu den sogenannten Arzneimittelregressen enthalten. Das bedeutet, dass Ärzte regressiert werden, wenn sie sich nicht an bestimmte Regeln gehalten haben. Hierzu soll eine Bagatellgrenze eingeführt werden, wodurch sehr viel Prüfrelevanz entfallen würde.

Ein weiterer Bereich - aber das betrifft nicht nur den niedergelassenen Bereich - ist die Bürokratie, die uns in vielen Bereichen an die Grenzen bringt. Das ist eine Frage der Vertrauenskultur, die man haben muss. Das betrifft nicht einzelne Vorschriften, sondern die Frage, was man alles dokumentiert wissen will. Das ist ein großer Punkt, der noch zu leisten ist.

Aber ich gehe davon aus, dass dieser Gesetzentwurf im Deutschen Bundestag entsprechend verabschiedet wird, sodass dann im Grunde zwei wesentliche Punkte entfallen.

Aber Geld ist nicht alles. Es kommt auch auf die Arbeitsbedingungen an. Am Schluss betrifft das auch die Region. Dazu arbeiten wir mit der kommunalen Familie zusammen, um bestimmte Bereiche attraktiv zu halten.

Abg. **Jessica Schülke** (AfD): Gibt es Wünsche, die Sie an uns als Politiker haben? Wo könnten wir intensiver einsteigen?

Mark Barjenbruch: Im Bereich der Hausarztmedizin wird die Entbudgetierung kommen. Das würde ich mir auch für die fachärztliche Versorgung wünschen. Ansonsten würde es mir für heute reichen, wenn Sie mehr Menschen die Möglichkeit gäben, Medizin zu studieren, damit wir sie in Niedersachsen in den jeweiligen Regionen einsetzen können.

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 5

Anwesend:

- Helge Engelke, Verbandsdirektor

Helge Engelke: Herzlichen Dank für die Möglichkeit, aus Sicht der Krankenhausgesellschaft zu dem Thema Stellung zu nehmen. Das mag ungewöhnlich scheinen, da es in beiden Anträgen eher um die hausärztliche Versorgung geht. Aber ich glaube, wir haben im Rahmen der Diskussion alle festgestellt, dass es letzten Endes um ein gemeinsames Problem beider Sektoren geht, nämlich den Fachkräftemangel auf allen Ebenen. Auch die allgemeinen Ärzte werden in Krankenhäusern weitergebildet. Hier gibt es bestimmte Probleme, auf die ich noch näher eingehen werde.

Zunächst einmal begrüßen wir beide vorliegenden Anträge, weil sie das Thema adressieren. Ich kann mich meinen beiden Vorrednern anschließen, mit denen ich gemeinsam in der Enquete-Kommission an diesem Thema mitgearbeitet habe. Wir haben festgestellt: Ohne eine Aufstockung von Medizinstudienplätzen werden wir nicht nachhaltig und zukunftsgerecht vorankommen. Das wäre eine längerfristige Lösung unseres Problems. Die Situation der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern und natürlich auch in der Niederlassung beschäftigt uns aber auch kurzfristig.

Ich möchte nun nicht weitere Statistiken anführen, um die Diskussion erneut zu befeuern, sondern die Frage ansprechen: Was belastet die Ärzteschaft tatsächlich? - Es ist die überbordende Bürokratie. Über das Thema Ausbildung und Studium hinaus sollten wir uns, wenn wir neue Kapazitäten generieren wollen, meines Erachtens auf jeden Fall auch damit beschäftigen, wie wir die Misstrauenskultur, die Doppelt- und Dreifacherfassung von Leistungen und das Nachfassen von dem, was getan wird, ein großes Stück weit reduzieren können. Wenn wir zu einer Entbürokratisierung kämen, würden wir allein dadurch sehr viele Arbeitskapazitäten schaffen, das heißt, wir hätten mehr Zeit für die Patienten.

Im Antrag der CDU-Fraktion ist von einer Imagekampagne die Rede. Ich glaube, es würde schon reichen, wenn wir aufhören würden, zu demotivieren, den eigentlichen Sinn und Zweck des ärztlichen Tuns wieder in den Vordergrund stellen würden und den Ärztinnen und Ärzten, aber auch allen anderen Gesundheitsfachberufen das Vertrauen aussprechen würden, dass das, was sie tun, das Richtige ist und nicht in vielen Stunden am Schreibtisch am Computer oder auf Zetteln nachgewiesen werden muss.

Nicht nur mir persönlich, sondern der Krankenhausgesellschaft insgesamt ist es ein sehr großes Anliegen, diesen Punkt nach vorne zu stellen. Wir haben deswegen gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen und dem Niedersächsischen Pflegerat im vergangenen Jahr ein Papier auf den Weg gebracht, in dem wir Forderungen zur Entbürokratisierung aufgelistet haben. Die vom Bundesgesundheitsminister angekündigte entsprechende Gesetzgebung - wie einiges andere auch - fehlt derzeit noch. Wir glauben, dass wir in diesem Zusammenhang einen sehr wichtigen, kürzerfristigen Schritt gehen könnten, um dem Arbeitskräftemangel entgegenzuwirken.

Ein weiterer Punkt - auch über das, was schon an vielen Stellen gesagt wurde, hinaus gehend - ist die Digitalisierung. Da möchte ich etwas Wasser in den Wein gießen. Es ist auf jeden Fall notwendig und richtig, hinsichtlich digitaler Instrumente sowohl im Studium als auch in der Weiterbildung, aber auch mit Blick auf die Rahmenbedingungen, um die es in der bisherigen heutigen Diskussion ging, besser zu werden. Wir müssen aber beachten: Digitalisierung heißt nicht, ein Fax einzuscannen. Digitalisierung heißt, Prozesse so aufzustellen, dass sie geschmeidiger, schneller, intuitiver abgebildet werden können. Das bringt mich wieder zu dem Punkt „keine Doppelterfassung“. Erkenntnisse müssen aus Routinedaten in den Krankenhäusern gewonnen werden können, damit eine Entlastung der Beschäftigten, und zwar nicht nur der Ärztinnen und Ärzte, erreicht werden kann.

Der Arztberuf an sich hat unserer Wahrnehmung nach kein Imageproblem im engeren Sinne. Der Run auf die Studienplätze ist groß. Insofern ist es auf jeden Fall konsequent und richtig, an dieser Stelle politisch zu agieren und zu sagen: Man sollte junge Menschen in die Lage versetzen, dieses Studium ergreifen zu können. Aber das Problem, das wir haben, betrifft den anschließenden Verbleib in dem Beruf. Wir wissen, dass es noch ein sehr großes Potenzial mit Blick auf die Ausübung des Berufs sowohl in den Praxen als auch in den Krankenhäusern gibt. Auf der einen Seite sind die historisch gewachsenen Strukturen in den Krankenhäusern durchaus schwierig und noch nicht perfekt für jüngere Menschen, die sich darin bewegen müssen. Auf der anderen Seite ist der ökonomische Druck in den letzten Jahren sehr stark gewachsen. Deswegen gibt es eine hohe Quote von Studierenden und ausgebildeten Fachärzten, die etwa in den Bereich Rechnungsprüfung oder in die Pharmaindustrie abwandern und nicht am Patienten arbeiten. Auch hier müssen wir uns wieder stärker darauf konzentrieren, wie wir es schaffen, diesen Beruf attraktiver zu machen, sodass der Verbleib in der Versorgung von Patienten gewährleistet ist.

Im Bereich der Krankenhäuser gibt es eine ambivalente Haltung zum Thema der Weiterbildung für die Allgemeinmedizin, weil die finanzielle Ausstattung für diesen Bereich, vorsichtig ausgedrückt, am Rande dessen ist, was man für wirtschaftlich vertretbar halten kann. Es gibt ein Förderprogramm für die Weiterbildung der Allgemeinmedizin mit verschiedenen Komponenten: zum einen für den vertragsärztlichen Bereich, zum anderen für den Krankenhausbereich. Das Ganze ist schon vor vielen Jahren verhandelt und vereinbart worden. Damals hat man noch von sogenannten Eh-da-Kosten gesprochen: Es kostete die Krankenhäuser nichts zusätzlich, Weiterbildung für Allgemeinmedizin anzubieten. Diese Zeiten sind schon länger vorbei, die Rahmenbedingungen sind aber dieselben. Das heißt nicht, dass wir nicht weiterbilden, wenn das Geld nicht stimmt. Es heißt nur, dass angesichts der verschiedenen Anreize, über die heute schon diskutiert wurde, immer wieder zu prüfen ist, an welcher Stelle was zu berücksichtigen ist.

Die Anerkennung ausländischer Fachkräfte, um dem Bedarf an zusätzlichem Personal entgegenkommen zu können, muss auf jeden Fall schneller und unbürokratischer werden. Wir in Niedersachsen stehen dabei in Konkurrenz zu anderen Bundesländern, in denen das - so wird es uns

jedenfalls seitens unserer Mitglieder immer wieder kommuniziert - unproblematischer geht. Das ist eine Dauerbaustelle, mit der wir uns befassen. Wir benötigen definitiv Abläufe, die es ermöglichen, das existierende Potenzial auch ausländischer Fachkräfte, entsprechende Positionen einzunehmen, hier in Deutschland zu heben.

Ein letzter Punkt: Wir stehen gerade vor einer Krankenhausreform, mit der die Leistungsstrukturen der Kliniken und die Strukturqualitätskriterien für die verschiedenen Bereiche der Ärzteschaft verändert werden sollen. Wir werden in der nächsten Zeit sehr genau prüfen müssen, welche Auswirkungen das auf die Weiterbildungsordnung und auf die Zurverfügungstellung entsprechender Kapazitäten in den Krankenhäusern haben wird - nicht nur auf die allgemeinmedizinische, sondern auch auf die fachärztliche Weiterbildung bezogen. Einige der im seit Freitag vorliegenden Referentenentwurf enthaltenen Regelungen lassen befürchten, dass wir in den nächsten Engpass hineingeraten, weil Krankenhausträger bestimmte Weiterbildungen in dieser Form unter diesen Bedingungen zukünftig sicherlich nicht mehr anbieten können.

*

Nachfragen seitens der Ausschussmitglieder ergeben sich nicht.

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V.

Schriftliche Stellungnahme: Vorlage 4

Anwesend:

- Pascal Markus Lemmer
- Jakob Kasimir Warweitzky

Jakob Kasimir Warweitzky: Zunächst möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie auch die Stimme der Studierenden in dieser wichtigen Angelegenheit hören. Das ist nicht immer der Fall, wenn Studierende betroffen sind.

Das Medizinstudium ist kein Studium wie jedes andere. Wir müssen neben dem Erlernen der naturwissenschaftlichen Grundlagen und dem akademischen Herangeführtwerden an die Erkennungs- und Heilungsmöglichkeiten verschiedenster Krankheiten und Gebrechen nicht zu vernachlässigende Anteile der Studienzeit darauf verwenden, Gespräche zu führen - erst untereinander, dann zusammen mit Schauspielpatient*innen und im weiteren Verlauf auch mit echten, tatsächlich kranken Patient*innen - und vor allem auch Untersuchungen durchzuführen, um uns in die Feinheiten des ärztlichen Denkens und Handelns hineinzufinden. Das ist ein extrem vielseitiges und abwechslungsreiches Studium. Es ist äußerst zeitaufwendig. Ich persönlich wünsche mir, dass so viele Menschen, wie es wollen, dieses Studium aufnehmen können. Dass das aufgrund begrenzter Ressourcen in allen Bereichen eher unrealistisch ist, muss ich Ihnen nicht sagen.

Aus persönlicher Erfahrung - ich bin neben meiner Tätigkeit beim BVMD Vorsitzender des AStA der MHH - kann ich sagen, dass es auch noch andere Probleme an der MHH gibt - von abgebrochenen Hörsaalbänken bis hin zu tropfenden Decken in Hörsälen und Fluren. Es überrascht bei

uns eigentlich niemanden mehr, wenn so etwas mal wieder passiert. Deswegen will ich Ihnen einen kleinen Einblick in die Seiten des Studiums geben, die sich durch einen Zuwachs an Studierenden - bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen, muss man dazusagen - gewiss nicht verbessern würden. Schon bei den aktuellen Studierendenzahlen sind die Räume, in denen die Lehre stattfinden kann, ziemlich gut ausgelastet. Wir müssen regelmäßig weite Strecken bis in die entferntesten Ecken der Klinik zurücklegen, um unseren Seminarraum zu finden.

Wenn wir diesen Seminarraum dann gefunden haben, bedeutet das noch lange nicht, dass das Seminar auch stattfinden wird. Schade ist auch, dass der wichtige Unterricht am Patienten, in dem wir praktisch-klinische Tätigkeiten lernen, immer wieder ausfällt, weil die eingeteilten Ärzt*innen schon komplett anderweitig ausgelastet sind oder schlicht nicht da sind. Mit etwas Glück können wir uns dann anderen Gruppen anschließen. Aber natürlich lernt man an einem Patienten in einer Zwölfergruppe bei Weitem nicht so gut wie in einer Sechsergruppe. Das Wissen für die Prüfungen können wir uns natürlich in der Bibliothek aneignen, aber eben nicht die wichtigen Erfahrungen, die wir mit den Patienten machen.

Wie schon angesprochen wurde, sind ausgelastete Ärzt*innen das eine - fehlende Patient*innen sind etwas ganz anderes, vor allem für das Studium. Dabei ist es auch egal, warum sie fehlen: ob die Krankenversorgung mehr und mehr ambulantisiert wird und die Patient*innen dadurch kürzere Zeit in der Klinik sind - was ja tendenziell zu begrüßen ist -, die Pflege fehlt und die Betten gesperrt sind oder weil sie schlicht nicht mehr ins Krankenhaus kommen.

Schon jetzt orientieren sich die Kliniken ins Umfeld der Standorte - aus Hannover zum Beispiel zu städtischen Krankenhäusern bis nach Celle oder Braunschweig -, sodass wir dort Praktika haben - was per se nicht schlecht sein muss, denn so lernt man viele andere Umfelder kennen. Aber schon heute sorgt es für enormen Unmut in der Studierendenschaft, dass man für einzelne Praktika längere Fahrzeiten in Kauf nehmen muss oder dass man für eine bis zwei Wochen aus dem sozialen Gefüge der Heimatuniversitätsstadt herausgerissen wird. Durch eine Erhöhung der Zahl an Studienplätzen wird dies wahrscheinlich von der Ausnahme zur Regel werden, was einen weiteren Stressfaktor in ein sowieso schon forderndes Studium bringt. Das wirkt einer guten Ausbildung von uns Studierenden selbstverständlich entgegen.

Schon bei den aktuellen Studierendenzahlen haben wir das Gefühl, dass die Lehrqualität nicht immer gewährleistet ist, weil Unterricht ausfällt oder Patient*innen fehlen. Mehr, aber schlechter ausgebildete Ärzt*innen lösen das Problem auch nicht.

Pascal Markus Lemmer: Auch uns als Bundesvertretung beschäftigt schon seit vielen Jahren die Frage, wie viele Studienplätze wir eigentlich brauchen. Dass, wie schon vielfach referiert wurde, ein Mangel an Ärzt*innen herrscht, scheint auf den ersten Blick offensichtlich. Gerade die Bevölkerung auf dem Land erlebt eine dramatische gesundheitliche Unterversorgung, lange Wartezeiten auf Facharzttermine, die erfolglose Suche nach Nachfolger*innen für viele Fach- und Hausärzt*innen. All diese Geschichten haben wir hier schon gehört und kennen sie auch schon seit Langem aus der Presse.

Allerdings zeigt sich bei genauerer Betrachtung einiger Kennzahlen des Gesundheitssystems ein anderes Bild vom vermeintlichen Ärztemangel. Zum Beispiel gab es im Jahr 1990, zur Zeit der sogenannten Ärzteschwemme - ich bin überrascht, dass diese in dem Diskurs noch nicht er-

wähnt wurde -, eine scheinbare Überversorgung und teilweise bis zu 10 000 arbeitslose Mediziner*innen. Damals kamen laut Zahlen der Bundesärztekammer ca. 335 Einwohner*innen auf eine Ärzt*in. Obwohl heute ein Mangel an Ärzt*innen zu herrschen scheint, hat sich diese Zahl fast halbiert. 2022 waren es nur noch knapp 200 Einwohner*innen pro Arzt, womit Deutschland im internationalen Vergleich sehr gut dasteht.

Dieser scheinbare Widerspruch lässt sich sehr einfach auflösen: In Deutschland herrscht kein absoluter, sondern ein relativer Ärzt*innenmangel bzw. ein Verteilungsproblem. Es gibt also nicht zu wenige Ärzt*innen, sondern diese werden eingesetzt, wo sie nicht gebraucht werden, oder sind mit Tätigkeiten beschäftigt, die entweder gar nicht erledigt werden müssten oder von anderen erledigt werden könnten. Die Lösung für die Unterversorgung der Bevölkerung ist unserer Ansicht nach darum nicht ein Mehr an Studienplätzen, sondern eine längst überfällige Restrukturierung unserer Gesundheitsversorgung. Viele der dafür notwendigen Maßnahmen werden auch im Bericht der Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen“ erwähnt.

Aus unserer Sicht am dringlichsten aber gilt es, die Digitalisierung voranzutreiben und Bürokratie abzubauen. Mindestens genauso wichtig ist es, die Voraussetzungen für die hausärztliche und ärztliche Tätigkeit generell zu verbessern. Dass viele Ärzt*innen weniger arbeiten, sich nicht niederlassen wollen oder gar eine nicht ärztliche Tätigkeit aufnehmen, hat viel mehr mit fehlender Vereinbarkeit von Beruf und Familie und der enormen Arbeitsbelastung zu tun als mit fehlender Bereitschaft, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen.

Unerlässlich sind aus unserer Sicht außerdem eine weitere Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung und die Bereitschaft, Verantwortung für Patient*innen zwischen verschiedenen Berufsgruppen sinn- und vertrauensvoll aufzuteilen, insbesondere durch Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen. So ließen sich im Zweifel auch die Zahl der Einwohner*innen pro Arzt oder die vorhin erwähnte Diskrepanz zwischen Bedarf und Bedürfnis nach ärztlicher Betreuung verringern.

Vielleicht erscheint es Ihnen müßig, in der Debatte um eine konkrete Maßnahme wie der Erhöhung der Studienplatzzahlen mit Verweis auf andere systematische Missstände in der Gesundheitsversorgung zu intervenieren. Wir sind jedoch zutiefst davon überzeugt, dass es keinen zusätzlichen Bedarf an Medizinstudienplätzen gibt bzw. dass dieser erst dann plausibel abgeschätzt werden kann, wenn andere Missstände im Gesundheitssystem angegangen werden. Ansonsten droht im schlimmsten Falle nichts weniger als eine erneute Ärzteschwemme. Denn laut Berechnungen des Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung, die heute schon erwähnt wurden, werden bei den aktuell vorhandenen Studienplätzen ab ca. 2037 mehr Mediziner*innen ausgebildet, als gebraucht werden. Diese Studie von Anfang des Jahres geht noch von einem demografisch bedingt steigenden Bedarf an ärztlicher Versorgung ohne Veränderung im Gesundheitssystem aus - genau jenem Szenario, vor dem wir ausdrücklich warnen wollen.

Einen letzten Punkt möchte ich noch betonen: Neben einer Reform der Gesundheitsversorgung bedarf es aus Sicht der Studierenden insbesondere einer qualitativen Reform der medizinischen Ausbildung. Der in den Entschließungsanträgen erwähnte Masterplan Medizinstudium und insbesondere die seit über zehn Jahren diskutierte Neuregelung der Ärztlichen Approbationsordnung wären essenzielle und längst überfällige Schritte, die wissenschaftlichen und die Versorgungsrealitäten des 21. Jahrhunderts auch in der medizinischen Ausbildung abzubilden.

Es ist aus unserer Sicht unerlässlich, Studierende frühzeitig und systematisch an Themen wie Wissenschaftlichkeit, Digitalisierung und Allgemeinmedizin heranzuführen und auch in jener ambulanten, geschlechtssensiblen und präventiven Medizin auszubilden, die in der Zukunft vollkommen zu Recht zentral in der Gesundheitsversorgung sein wird.

Wie mein Kollege will auch ich an Sie appellieren: Anstatt einen Mehrbedarf an Studienplätzen zu finanzieren, den wir noch nicht seriös ermitteln können, helfen Sie uns, den Masterplan Medizinstudium umzusetzen und damit die Qualität der medizinischen Ausbildung zu erhöhen! Denn dafür sind auch der politische Druck und Finanzierungszusagen gerade solcher Länder wie Niedersachsen zentral. Wer gute medizinische Ausbildung und Versorgung möchte, sollte nicht nach der Maxime „Viel hilft viel“ handeln, sondern es sollte „Qualität vor Quantität“ gelten. Die Bevölkerung und der medizinische Nachwuchs werden es Ihnen danken.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Danke für Ihren Vortrag und die ausführliche, informative schriftliche Stellungnahme.

Ich möchte gern mit Blick auf einige der Punkte, die Sie ausgeführt haben, wissen, was konkret sich aus Ihrer Sicht an der Mediziner*innenausbildung verbessern muss. Mehr noch als das wiederholt aufgegriffene und sicherlich auch wichtige Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf interessiert mich, was es nach der Erfahrung von Mediziner*innen braucht, um die Zahl späterer Drop-outs aus dem Beruf deutlich zu reduzieren. Das passiert ja nicht nur direkt nach Ende des Studiums - wenn ein Absolvent etwa in die reine medizinische Forschung geht, ohne Arbeit am Patienten -, sondern auch im Zuge der späteren Tätigkeit im Krankenhaus oder in der Praxis. Welche Aspekte sind besonders abschreckend, bis zur Rente als Arzt oder Ärztin zu arbeiten?

Pascal Markus Lemmer: Das ist eine sehr komplexe Frage, die sich aber durchaus auf das Thema Arbeitsbelastung herunterbrechen lässt. Selbst die mir bekannten Assistenzärzt*innen in Weiterbildung, die eine 80%-Stelle haben, arbeiten mindestens 50 Stunden pro Woche. Junge Menschen, die in die Niederlassung gehen wollen - besonders solche, die Landärzt*innen werden -, haben dann eine enorme Arbeitsbelastung von 50, 60, teilweise 70 Stunden pro Woche, weil sie der einzige Arzt oder die einzige Ärztin in dem betreffenden Landkreis sind und einen extrem hohen Bedarf abdecken müssen.

Ich denke, in gewisser Weise ist es auch eine Finanzierungsfrage. Wenn in Kliniken so budgetiert würde, dass eine 80%-Stelle auch tatsächlich eine 80%- und keine 110%-Stelle ist, dann wäre der Drop-out nach dem Medizinstudium sehr viel geringer. Und gerade weil mehr Frauen erwerbstätig sind, lässt sich viel weniger anderweitig kompensieren.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Wie groß ist unter den fortgeschrittenen Medizinstudierenden der Anteil derjenigen, die darüber nachdenken, nach ihrer Facharztausbildung im Krankenhaus vollständig in das Leiharbeitssystem zu wechseln?

Pascal Markus Lemmer: Ich habe dazu keine belastbaren Zahlen. Aber die Anzahl ist nicht gering - übrigens auch nicht bei der Pflege.

Abg. **Pippa Schneider** (GRÜNE): Sie haben gesagt, dass das Medizinstudium nicht unbedingt quantitativ ausgebaut werden muss, sondern vieles daran vor allem qualitativ ausbaufähig ist. Könnten bitte Sie konkretisieren, was Sie darunter verstehen?

Pascal Markus Lemmer: Die für den qualitativen Ausbau wichtigsten Punkte sind die, die auch im Masterplan Medizinstudium dargestellt sind.

Erstens geht es insbesondere darum, Wissenschaftlichkeit im Studium abzubilden. Aktuell hat ein sechsjähriges Medizinstudium sehr wenig mit Wissenschaftlichkeit zu tun, sondern bedeutet vor allem sehr viel Auswendiglernen. Das ist sicherlich auch notwendig. Aber Kompetenzbasierung, die die Bundesvertretung der Medizinstudierenden zusammen mit dem Medizinischen Fakultätentag immer wieder propagiert, hat viel damit zu tun, dass Wissen nicht nur durch Auswendiglernen erworben wird, sondern bedeutet auch, dass man sich gegebenenfalls später auch durch wissenschaftliches Denken selbst weiter- und fortbilden kann.

Ein zweiter wichtiger inhaltlicher Aspekt ist, dass Prävention in der medizinischen Versorgung sehr viel wichtiger werden wird, aber in der jetzigen medizinischen Ausbildung noch nicht wirklich abgebildet ist.

Drittens geht es auch um geschlechtersensible Medizin, die so noch nicht in der Ausbildung vorkommt.

Generell ist die Idee, dass das wissenschaftliche Studium kompetenzbasiert funktionieren muss und dass es ein sogenanntes Constructive Alignment zwischen dem geben muss, was im Medizinstudium gelehrt wird, und dem, was später vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in den Staatsexamina abgefragt wird. Man sollte meinen, dass das dasselbe ist, das ist aber nicht so. Jede Uni kann ihren Lernzielkatalog mehr oder weniger selbst festlegen, und dann bestimmt das IMPP in Mainz, was geprüft wird. Häufig führt das zu einem großen Auseinanderklaffen von Ausbildung und Prüfungen, was nicht ideal ist, weil so, ehrlich gesagt, Bulimielernen stark incentiviert wird.

Abg. **Cindy Lutz** (CDU): Vielen Dank für Ihre bisherigen Ausführungen und für Ihren ehrenamtlichen Einsatz in der Bundesvertretung.

Ihre Vorredner haben ausgeführt, dass zwei bis drei Ärzte notwendig sind, um einen einzelnen Arzt zu ersetzen - aufgrund der Teilzeitquote, weil mehr Frauen diesen Beruf ausüben und es heutzutage andere familiäre Situationen gibt. Wenn medizinisches Personal vermehrt heutige Arztaufgaben übernimmt - ich denke, Sie meinten damit bürokratische und ähnliche Aufgaben -, wie viel Arbeitszeit würde das prozentual einsparen, sodass der Arzt mehr anderweitige Aufgaben erfüllen könnte? Und würde das wirklich die genannte Zahl von zwei bis drei Ärzten aufwiegen, sodass wir - Stand heute - keine zusätzlichen Medizinstudienplätze bräuchten?

Pascal Markus Lemmer: Laut der schriftlichen Stellungnahme der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft könnte mit einem durchaus realistischen Bürokratieabbau die Hälfte der Arbeitszeit eines Arztes zumindest im Krankenhauskontext eingespart werden. Aber ich kann Ihre Frage nicht mit belastbaren Zahlen beantworten; wir haben leider nicht die Ressourcen, eigene, seriöse Berechnungen anzustellen.

Wir wollen vor allem darauf hinweisen, dass Berechnungen all dieser Aspekte nicht seriös möglich sind, wenn die ärztliche Substitution und Delegation darin nicht abgebildet werden. All die Veränderungen, die wir propagieren, werden in den angestellten Berechnungen nicht abgebildet. Das müsste geändert werden. Erst dann gäbe es belastbare Zahlen, um möglicherweise über aufwachsende Kapazitäten im Medizinstudium nachzudenken.

Abg. **Annette Schütze** (SPD): Sie sprachen von mehr Qualität und weniger Quantität. Für mich gibt es da einen Widerspruch. Auf der einen Seite sprachen Sie mit Blick auf die Frage, warum es nicht attraktiv ist, nach dem Studium im Arztberuf zu arbeiten, die Tatsache an, dass viele Ärzte über ihr Limit hinaus mit Arbeit belastet sind. Ich glaube, das wissen wir alle und können das sehr gut nachvollziehen. Das kann zu Burn-out und dergleichen führen, was zur Folge hat, dass es noch weniger Ärzte gibt. Auf der anderen Seite sprachen Sie auch davon, dass wir nicht mehr Ärzte ausbilden müssen.

Meine - vielleicht provokative - Frage an Sie ist: Müssten wir angesichts der bestehenden Situation nicht doch mehr Ärzte ausbilden, auch vor dem Hintergrund - Frau Lutz sprach das Thema an -, dass es viele Menschen gibt, die nicht mehr bis zum Burn-out arbeiten wollen, was vollkommen nachvollziehbar ist? Mir erschließt sich nicht, wieso in dieser Situation gesagt wird: Wir brauchen keine zusätzlichen Medizinerinnen und Mediziner.

Pascal Markus Lemmer: Ich kann die Frage gut nachvollziehen, könnte aber genauso provokativ entgegnen: Dann haben wir mehr Mediziner*innen, die wir im jetzigen System verheizen können. - Ich glaube, die Problematik ist systemisch. Für eine höhere Anzahl an Mediziner*innen muss ja trotzdem budgetiert werden; sie müssen alle angestellt werden.

Selbst in scheinbar überversorgten Regionen ist es nicht so, dass genug Ärzt*innen vorhanden wären und es deswegen keine Probleme im Krankenhausbereich gäbe. Ich selbst studiere an der Charité. Der Pool an Bewerber*innen, die dort Ärzt*in sein wollen, ist groß genug. Trotzdem bleibt es dabei, dass im System der Gesundheitsversorgung so, wie sie jetzt organisiert ist, nicht genug Geld da ist, um ausreichend Ärzt*innen anzustellen, damit die Personen, die verfügbar sind, nicht verheizt werden.

Ich vermute, im niedergelassenen Bereich dürfte es ähnlich sein. Die systemischen Probleme führen, wenn man die Arbeitsbelastung nicht auf verschiedene Schultern verteilt, wie es jetzt teilweise praktiziert wird, zu derartigen Arbeitsbedingungen, dass selbst zusätzliche Mediziner*innen das Problem an sich nicht lösen werden.

Abg. **Eva Viehoff** (GRÜNE): Sie sprachen die Entlastung durch Delegation vor dem Hintergrund der Frage an, welche Aufgaben zwingend von einem Arzt oder einer Ärztin erledigt werden müssen und welche auch von Pflegekräften assistierend erledigt werden können. Hier gibt es große Unterschiede zwischen Deutschland und anderen europäischen Ländern. Bestimmte Aufgaben, die ein Arzt oder eine Ärztin in Deutschland übernehmen muss, muss ein Arzt oder eine Ärztin beispielsweise in Schweden nicht übernehmen. Vor diesem Hintergrund würde ich gern wissen, was Sie von einer Akademisierung im Bereich Pflege halten, um hier Entlastung zu schaffen.

Pascal Markus Lemmer: Wir als Verband haben uns noch nicht umfassend zur Akademisierung der Pflege positioniert. Wir sind aber grundsätzlich dafür, dass das, was als ärztliche Aufgabe angesehen wird, auch umfassend delegiert und substituiert werden kann. Ich würde in diesem Zusammenhang auch nicht davon sprechen, dass „unwichtige“ Dinge an die Pflegekräfte abgegeben werden sollen. Auch zentrale ärztliche Kompetenzen wie zum Beispiel die Gesprächsführung müssen an Pflegekräfte oder, wie sie etwa in den Vereinigten Staaten heißen, „Community Health Nurses“ abgegeben werden können.

Ich denke, dass dafür eine Akademisierung im deutschen System notwendig ist. Ich glaube nicht, dass man unbedingt eine Uni besucht haben muss, um gute Gespräche führen zu können, meine aber, dass eine Delegation und Substitution angesichts dessen, wie unser System funktioniert, absolut notwendig sind. Das gilt übrigens nicht nur für Pflegekräfte, sondern auch für andere Gesundheitsberufe.

Marburger Bund - Landesverband Niedersachsen

Anwesend:

- *Hans Martin Wollenberg, erster Vorsitzender des Landesvorstands*

Hans Martin Wollenberg: Wir als Marburger Bund vertreten schon längere Zeit die Auffassung, dass die Anzahl der Studienplätze in Niedersachsen weiter erhöht werden sollte. Zwar gab es, wie die Studierendenvertreter eben zu Recht sagten, in den 1990er-Jahren eine gewisse Ärzteschwemme. Aber ich möchte daran erinnern, dass es danach richtungsweisende Urteile zur Arbeitszeitgestaltung auch in Krankenhäusern gab, was unmittelbar dazu geführt hat, dass es beispielsweise in Krankenhäusern einen erheblichen Mehrbedarf an Ärzten gegeben hat. Das ist aus unserer Sicht ein Meilenstein gewesen.

Heutzutage gibt es erneut eine Diskussion über die Arbeitsgestaltung, und es zeichnet sich auch in unserem Beruf vermehrt der Wunsch nach Teilzeit ab. In den Krankenhäusern und Praxen arbeiten immer mehr Frauen, und diese arbeiten mit einer größeren Selbstverständlichkeit, die ich mir manchmal auch für uns Männer wünschen würde, in Teilzeit, um Kinder besser versorgen zu können. Es kann auch passieren, dass diese Frauen längere Zeit ausscheiden und in den Krankenhäusern dann nicht mehr zur Verfügung stehen.

Zur Anzahl der Medizinstudienplätze: Wir haben wohlwollend begleitet und zur Kenntnis genommen, dass seit inzwischen über einem Jahrzehnt das Medizinstudium auch in Oldenburg ermöglicht wurde. Aber natürlich wünschen wir uns eine breite Verankerung von Medizinstudienplätzen auch an anderen Standorten. Die entsprechende Diskussion im Raum Braunschweig-Wolfsburg haben wir sehr lebhaft und interessiert begleitet. Wir finden es schade, dass der Standort Braunschweig Mühe hat, sich in diesem Bereich weiterzuentwickeln, und meinen, dass es hier ein Geben und Nehmen braucht. In Braunschweig war der Prozess damals aus unserer Sicht etwas zu zögerlich, was wir sehr bedauern. Was die Ursache dafür war, sei einmal dahingestellt. Gerade die Startphase bei der Einrichtung von entsprechenden Studienplätzen ist natürlich sehr kostenintensiv.

Zur Anzahl der Studienplätze möchte ich einen Querverweis machen: In Deutschland gibt es ungefähr 11,5 Absolventen pro 100 000 Einwohner, die dann als Ärzte zur Verfügung stehen. In Dänemark, das ansonsten mit Blick auf die Gesundheitsversorgung immer als positives Beispiel genannt wird, sind es 23 Absolventen pro 100 000 Einwohner. Das heißt, es gibt irgendwo ein Gap.

Der Blick auf die Zahlen allein wird uns aber nicht weiterbringen. Ich glaube, dass vielmehr die Gesamtsituation im Gesundheitswesen ausschlaggebend sein wird. Heute wurden bereits mehrfach die Themen Arbeitszeiten und Belastungen an den Arbeitsplätzen durch untypische Tätigkeiten angesprochen. „Entbürokratisierung“ ist das Stichwort, das Herr Engelke angeführt hat. Dabei darf Entbürokratisierung nicht mit Digitalisierung verwechselt werden. Digitalisierung bedeutet für uns in der Praxis - jetzt unter den besonderen Bedingungen der Förderung -, dass es häufig schlecht zusammenspielende Softwareprodukte gibt, die uns das Leben erst einmal schwerer machen. Durch Digitalisierung kommt von der Entbürokratisierung bei uns nichts an. Die Softwareprodukte sind häufig auch so gestaltet, dass sie Routinen nicht unterstützen, sondern einfach die bisherige Arbeit auf dem Papier nun digital stattfindet. Zum Beispiel setzt man Kreuze dann nicht mehr auf dem Papier, sondern auf digitalisierten analogen Schriftstücken im System. Das erschwert das Leben im Krankenhaus auch weiterhin.

Zur Landarztquote: Als Marburger Bund haben wir uns lange Zeit sehr kritisch dazu geäußert, und sind auch weiterhin der Meinung, dass sie das Problem des Mangels nicht lösen wird. Aber letztlich ist das erst einmal ein Weg, den man beschreiten kann, um bestimmten strukturellen Defiziten, die in der Versorgung der Fläche entstanden sind, entgegenzuwirken.

Ich persönlich habe gewisse Vorurteile, was eine solche Quotierung betrifft, denn ich war selbst einmal davon betroffen. Ich habe über die Bundeswehr studiert und meinen beruflichen Start in der Einrichtung Bundeswehr absolviert. Meine Erfahrung ist, dass man in dem Alter, in dem man sich möglicherweise für das Medizinstudium entscheidet, die Möglichkeiten, die sich im Verlauf des Studiums und auch danach in der Facharztweiterbildung und/oder mit Blick auf den beruflichen Werdegang ergeben, noch nicht absehen kann. Deshalb bin ich da sehr skeptisch.

Im Übrigen habe ich mir noch einmal die Unterlagen des Landes Niedersachsen zur Landarztquote angeschaut. Besonders unattraktiv macht eine Bewerbung aus meiner Sicht, dass auf der Seite des Niedersächsischen Zweckverbands zur Approbationserteilung (NiZzA) in Fettdruck darauf hingewiesen wird, dass eine Vertragsstrafe in Höhe von 250 000 Euro fällig wird, wenn eine der Vertragspflichten verletzt wird. Das möchte ich kritisch anmerken. Und vor dem Hintergrund, dass, wie ausgeführt viele jüngere Kolleginnen und Kollegen Teilzeittätigkeiten anstreben, wirkt sicherlich auch die Festlegung, dass die Zeit als Allgemeinmediziner in Vollzeit absolviert werden sollte, nicht gerade attraktivitätssteigernd.

Ich halte das für schwierig - wir ziehen an der einen Seite der Decke, und an der anderen ergeben sich dadurch Probleme. Damit verschieben wir den Mangel woanders hin. In beiden vorliegenden Anträgen wird tendenziell ein Mangel im hausärztlichen Bereich anerkannt. In einem Antrag wird zudem zu Recht anerkannt, dass es auch in anderen fachärztlichen Bereichen einen Mangel geben wird, und der wird sicherlich genauso eklatant sein. Der Marburger Bund hat schon vor Jahren auf der Grundlage einer Umfrage unter den Personalvertretungen darauf aufmerksam gemacht, dass auch im Bereich der Krankenhäuser um die 1 000 Kolleginnen und Kollegen fehlen. Umfragen sind sicherlich auch immer mit einer gewissen Skepsis zu betrachten, weil sie in einem gewissen Umfang auch interessengeleitet sind - es kommt darauf an, wer sie durchführt. Aber ein Fehl gibt es überall, und der Fachärztemangel wird durch eine Quotierung nicht behoben werden können.

Ich selbst arbeite als Psychiater, aber auch in meinem Bereich können zum Beispiel psychologische Psychotherapeuten, die uns dankenswerterweise unterstützen, nicht vollumfassend ärztliche Tätigkeiten ausüben. Das darf man nicht vergessen. Insofern wird der Mangel an Psychiatern im niedergelassenen Bereich sicherlich weiterhin ein Problem sein. Wir merken das in den Krankenhäusern, in den psychiatrischen Kliniken daran, dass in die psychiatrischen Institutsambulanzen gedrängt wird.

Ausländische Kollegen unterstützen uns in einem Maße, in dem ich es früher nicht für möglich gehalten hätte. Natürlich bestehen auch hier Schwierigkeiten - zum Beispiel sprachliche -, aber zu einem großen Teil handelt es sich um engagierte, motivierte Kolleginnen und Kollegen, die vielleicht etwas weniger auf das schauen, was wir heute haben wollen, die manchmal auch arbeitswilliger sind. Aber sie werden die Lücken, die sich auftun, wahrscheinlich nicht füllen können.

Letztlich glaube ich, dass man nur mit einem geschickten Mix aus attraktivitätssteigernden Maßnahmen - Stichworte „Arbeitszeit“ und „Arbeitsplatzgestaltung“ - und genügend unterstützendem Personal - sei es in der Delegation oder durch akademisierte Kräfte - für ausreichend Ärzte in den Einrichtungen sorgen kann. Allerdings weiß ich auch nicht, wo dieses Personal herkommen soll, wenn auch sonst überall der Mangel beklagt wird. Sprich: Akademische Ausbildungen dauern meistens etwas länger, und die Menschen sind dann nicht sofort dort, wo sie gebraucht werden. Ich glaube, es gibt auch noch keine klare Vorstellung, ob nun alle Pflegenden akademisiert sein sollen oder nur ein Teil. Diese Vorstellungen sind noch zu unausgegoren. Allerdings hat aus meiner Sicht die Qualität in der klinischen Pflege - deshalb setze ich ein Fragezeichen hinter das Thema Neugestaltung der pflegerischen Ausbildung - durch die generalistische Pflegeausbildung doch einen gewissen Rückschritt gemacht. Wir haben dadurch sicherlich mehr Flexibilität mit Blick auf das Verschieben von Personal gewonnen, aber letztlich hat die Qualität meiner Meinung nach zunächst darunter gelitten.

Wesentlich ist aus meiner Sicht, dass wir alle uns darüber Gedanken machen, wie wir es den Kolleginnen und Kollegen ermöglichen, autonom zu handeln, Autonomie zu erleben. Denn die ärztliche Tätigkeit macht dann Spaß, wenn man sich nicht gegängelt fühlt, sondern Freiräume und keinen Zeitdruck hat. Ich glaube, das kann man nur durch mehr Arbeitskräfte schaffen, wobei ich mir bewusst bin, dass das ein nicht unproblematisches Unterfangen ist.

*

Der **Ausschuss** kommt überein, die Anträge wieder auf die Tagesordnung zu setzen, sobald die Fraktionen die Ergebnisse der Anhörung ausgewertet haben.

Tagesordnungspunkt 2:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Hochschulgesetzes und zur Einführung eines hochschuleigenen Ordnungsrechts

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU - [Drs. 19/3645](#)

erste Beratung: 34. Plenarsitzung am 13.03.2024

federführend: AfWuK

mitberatend: AfRuV

Verfahrensfragen

Abg. **Cindy Lutz** (CDU) erinnert daran, dass Minister Mohrs den Ausschuss in seiner 20. Sitzung am 12. Februar zur Rechtslage an niedersächsischen Hochschulen bei Exmatrikulationen nach Straftatbeständen unterrichtet habe und in diesem Zusammenhang mitgeteilt habe, bei Bedarf gesetzliche Verschärfungen vorzuschlagen. Die CDU-Fraktion habe den vorliegenden Gesetzentwurf erarbeitet, weil es aus ihrer Sicht der gesetzlichen Einführung eines hochschuleigenen Ordnungsrechts tatsächlich bedürfe. Inzwischen habe das MWK in einer Pressemitteilung erklärt, nachbessern und eine Gesetzesinitiative nun doch prüfen zu wollen. Von daher schlage sie vor, sich von der Landesregierung über den Gesetzentwurf, aber auch über den aktuellen Sachstand unterrichten zu lassen.

*

Der - federführende - **Ausschuss** kommt überein, die Landesregierung um eine Unterrichtung über den aktuellen Sachstand sowie zum Gegenstand des Gesetzentwurfs in einer seiner nächsten Sitzungen zu bitten.

Tagesordnungspunkt 3:

Hochschulentwicklungsvertrag 2024 bis 2029 zwischen dem Land Niedersachsen und den Niedersächsischen Hochschulen

Antrag der Landesregierung - [Drs. 19/3812](#)

direkt überwiesen am 21.03.2024

federführend: AfHuF

mitberatend: AfWuK

Mitberatung

StS Prof. **Dr. Schachtner** (MWK) führt zur Vorstellung des Hochschulentwicklungsvertrags Folgendes aus:

Am 12. März wurde der Hochschulentwicklungsvertrag 2024 bis einschließlich 2029 von der Niedersächsischen Landesregierung und den niedersächsischen Hochschulen unterzeichnet. Am 3. April wurde er in den Ausschuss für Haushalt und Finanzen eingebracht.

Bei diesem Vertragswerk geht es insbesondere um Planungssicherheit und finanzielle Verbindlichkeit für beide Seiten.

Um deutlich zu werden: Sowohl Land wie auch Hochschulen können in den nächsten sechs Jahren in die Zukunft planen. Die Haushaltsmittel werden auf Basis des Haushaltes 2024 fortgeschrieben, und die Tarif- und Besoldungssteigerungen werden in der Laufzeit des Vertrages in vollem Umfang vom Land übernommen.

Wir schaffen damit Sicherheit in Zeiten des Wandels; wir schaffen Zukunftsperspektiven für unsere Hochschulen und deren Mitarbeiter*innen.

An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an alle Beteiligten, die in den vergangenen Monaten mit großer Leidenschaft am Zustandekommen des Hochschulentwicklungsvertrags mitgewirkt haben! Den Kolleginnen und Kollegen im MWK, aber besonders der Landeshochschulkonferenz und ihrer Vorsitzenden, Frau Professorin Menzel-Riedl, möchte ich hier noch einmal ausdrücklich danken. Vieles im Hochschulentwicklungsvertrag wäre ohne intensive Detaildebatten nicht entstanden. Der offene und stets konstruktive Austausch zwischen der Landesregierung und der Landeshochschulkonferenz hat sich bewährt und zeigt, dass hier ein Austausch auf Augenhöhe stattfindet.

In dem soeben Gesagten steckt ein Kern des Hochschulentwicklungsvertrages. Wir ermöglichen den Hochschulen mehr Freiheiten, mehr Autonomie und mehr Zukunftsperspektiven, damit sie ihre Stärken vollständig entfalten und sich noch zielgerichteter der Forschung und Lehre, aber auch dem Transfer widmen können.

Der Hochschulentwicklungsvertrag ist ein wichtiger und grundlegender Baustein eines größeren Anliegens: Wir verwirklichen mit dem Vertrag noch mehr Wissenschaftsfreiheit und Hochschul-

autonomie. Nicht, weil sich dies perfekt einreicht in das Jubiläum „75 Jahre Grundgesetz“, sondern weil es unsere tiefste Überzeugung ist, dass Wissenschaft Freiheit und Autonomie braucht, um schneller, flexibler und effektiver auf die Herausforderungen der Gegenwart zu reagieren.

Ich möchte hier die ehemalige Vorsitzende des Wissenschaftsrates, Frau Professorin Martina Brockmeier, zitieren: „Aus ihrer Freiheit bezieht Wissenschaft die Stärke, sich der Gesellschaft zu öffnen“.

Sich der Gesellschaft zu öffnen - dies trifft für mich sehr genau den Punkt, um den es auch uns als Landesregierung geht: Wir wollen die Hochschulen genau darin unterstützen, damit Sie dies bestmöglich können.

Sich zu öffnen, meint auch, sich noch stärker den Bereichen zuzuwenden, in denen wir herausgefordert sind - als Gesellschaft, als politisch Verantwortliche: Wie erhalten und schaffen wir die Arbeitsplätze der Zukunft? Wie gestalten wir den rasanten technologischen Wandel? Wie wird unsere Energieversorgung in zehn, in zwanzig Jahren und darüber hinaus aussehen? Wie finden wir Wege, um dem Klimawandel zu begegnen?

All diese Fragen sind ohne die Wissenschaft, ohne unsere Hochschulen in Niedersachsen, nicht zu beantworten. Zur Wahrheit gehört aber auch, dass wir im Hochschulentwicklungsvertrag auch - noch - Möglichkeiten zur Weiterentwicklung gelassen haben.

Wir sind noch nicht am Ziel unserer Wünsche für die Hochschulen. Zum Beispiel mit Blick auf die Anhebung der W-Besoldungen für die Professor*innen, mehr Gelder für die Sanierung der Hochschulbauten und die Erhöhung des Sachbudgets kann es künftig noch Weiterentwicklungen geben. Doch müssen wir hier auch die aktuelle Haushaltslage betrachten. Wir können nur das vertraglich zusichern, was sich sicher planen lässt. Wir haben aber auch die Hoffnung, dass künftig noch mehr möglich sein wird.

Der Hochschulentwicklungsvertrag bietet weitere Entwicklungsmöglichkeiten, so wie es der Titel schon suggeriert. Und dies ist auch gut so, denn wir brauchen Menschen, die uns die Fragen unserer Zeit beantworten, aber nicht nur an den Hochschulen, sondern auch, wenn sie diese als Absolvent*innen verlassen: als wissenschaftlich geschulte Fachkräfte, ohne die unsere Wirtschaft im internationalen Wettbewerb keine Chance hat, indem sie Start-ups gründen, Ausgründungen vorantreiben oder die Betriebe in unserem Land mit neuen Konzepten bereichern, indem sie unsere Kinder als Lehrkräfte auf die Zukunft vorbereiten oder als Mediziner*innen und nicht ärztliches Personal unsere Gesundheitsversorgung sichern. Der Hochschulentwicklungsvertrag setzt hierfür den Rahmen.

Ich glaube, dass der rasante Wandel unserer Zeit, die Transformation sämtlicher Bereiche unseres Lebens und Arbeitens, die zentrale Herausforderung der kommenden Jahre sein wird. Sie ist untrennbar verbunden mit den dafür nötigen Fachkräften.

Wir alle kennen die Folgen des demografischen Wandels, wir alle erfahren täglich den Fachkräftemangel. Wir brauchen Wissenschaft daher nicht nur an den Hochschulen. Wir brauchen sie als demokratische Gesellschaft insgesamt - als unsere Vorsorge für das Hier und Jetzt und für die Zukunft.

Aus diesem Grund hat dieser Vertrag eine Präambel, die die Herausforderungen aufzeigt und deren Bewältigung als Anliegen sowohl der Politik wie auch der Wissenschaft formuliert. Gemeinsam übernehmen wir Verantwortung - ich betone es - auf Augenhöhe.

Gleichzeitig stärken wir die Autonomie. Warum tun wir das? Weil dies den Hochschulen die Möglichkeit gibt, selbstverantwortlich zu entscheiden. So können die Hochschulen ihr Studienangebot künftig in deutlich größerem Maße selbst gestalten - und somit auf Veränderungen rascher reagieren. Dies ist angesichts von sinkenden Studierendenzahlen - gerade in den Bereichen, in denen wir Fachkräfte besonders benötigen - ein wichtiger Faktor. Ebenso soll das Berufungsrecht auf alle niedersächsischen Hochschulen übertragen werden.

Wir haben mit dem Hochschulentwicklungsvertrag mehr Freiheiten geschaffen, um im nationalen wie internationalen Wettbewerb die besten Köpfe gewinnen zu können. Dabei ist das Mehr an Autonomie aber ganz explizit kein Selbstzweck, sondern mit klaren Erwartungen verknüpft, dass die Hochschulleitungen konsequent mehr Verantwortung übernehmen und Rechenschaft ablegen.

Der Vertrag gliedert sich thematisch in fünf Kapitel. Stets geht es darum, sowohl Ziele festzulegen als auch Vereinbarungen zu treffen.

Das erste Kapitel „Fachkräfte für Wissenschaft, Wirtschaft und Gesellschaft“ fokussiert auf bedarfsgerechte und flexible Ausbildungskapazitäten an den Hochschulen. Das zweite Kapitel „Forschung, Transfer und Internationalisierung“ umfasst Ziele und Vereinbarungen, um die Wettbewerbsfähigkeit und Leistungsfähigkeit der Hochschulen in diesen zentralen Bereichen zu erhöhen. Im dritten Kapitel „Hochschulorganisation“ geht es darum, die Handlungsfähigkeit der Hochschulen durch mehr Autonomie zu verbessern und sie als Arbeitgeber attraktiv und zukunftsfähig aufzustellen. Im vierten Kapitel über die „Monetäre Entwicklung“ wird die Übernahme der Tarif- und Besoldungssteigerungen für die Laufzeit erklärt, somit der zentrale Grundstein neben der Sicherung der Globalhaushalte für die weitere finanzielle Planungssicherheit gelegt. Im fünften und letzten Kapitel „Vertragsgestaltung“ sind die formalen Vertragsdetails zusammengefasst.

Der Vertrag ist in der vorliegenden Fassung mit der Landeshochschulkonferenz diskutiert und mit dem MF abgestimmt worden. Ich möchte Sie an dieser Stelle um Ihre Zustimmung bitten.

Abg. Dr. Silke Lesemann (SPD): Vielen Dank, Herr Staatssekretär, für die Vorstellung des Hochschulentwicklungsvertrags, über den wir bereits im März-Plenum diskutiert haben. Seitens meiner Fraktion gibt es dafür nur Lob. Wir haben zwischenzeitlich viele Gespräche mit Universitäten und Hochschulen dazu geführt. Immer wieder wurde uns positiv zurückgemeldet, dass eine große Zustimmung zu dem Vertrag herrscht, und uns wurde ein Dankeschön an alle Beteiligten mitgegeben.

Da bei der Beratung des Vertrags im Haushaltsausschuss offenbar einige Irritationen hinsichtlich des Verfahrens aufgekommen sind, möchte ich an dieser Stelle darauf hinweisen, dass es sich hierbei um ein völlig übliches Verfahren handelt. Es ist übliche Praxis, dass Hochschulentwicklungsverträge zwischen den Hochschulen und der Landesregierung - vertreten durch das MWK - ausgehandelt und dann von beiden Vertragspartnern unterschrieben werden. Erst danach kann der Vertrag in den Landtag eingebracht werden und dessen Zustimmung erfolgen. Das war

schon beim Hochschulentwicklungsvertrag 2013 so, und auch in der Regierungszeit von Christian Wulff ist so verfahren worden - 2005 hieß es allerdings noch „Zukunftsvertrag“.

Nur bei der zweiten Fortschreibung des Hochschulentwicklungsvertrages für die Jahre 2022/23 wurde der Landtag vom ehemaligen Minister Thümler nicht um Zustimmung gebeten, da praktisch keine haushaltsrelevanten Veränderungen aufgenommen wurden. Deshalb wurde der Vertrag auch nicht in die Ausschüsse nach Überweisung durch das Parlament eingebracht; es fand lediglich eine Unterrichtung der Ausschüsse statt.

Insofern ist dieses Verfahren nicht kritikwürdig und die Aussage, dass es sich um ein unübliches Verfahren gehandelt hätte, zu korrigieren. Die Landesregierung hat völlig richtig gehandelt, so, wie es seit fast 20 Jahren Praxis ist.

Wir beglückwünschen Sie, dass das so gut geklappt hat, und werden darauf achten, dass der Vertrag gut umgesetzt wird.

Abg. **Pippa Schneider** (GRÜNE): Für die Fraktion der Grünen kann ich mich diesem Lob nur anschließen. Wir begrüßen besonders, dass der Vertrag im Dialog mit den Hochschulen zustande gekommen ist.

Es gibt viele Herausforderungen im Wissenschafts- und Hochschulbereich - Stichworte „Tarifsteigerungen“, „energetische Sanierung“ usw. Deshalb ist es sehr gut, dass es in diesen Bereichen finanzielle Zusagen gibt, damit hier endlich Schritte vorwärts gemacht werden können.

Wichtig ist auch die langfristige Planungssicherheit für die Hochschulen; es ist gut, dass die Laufzeit des Vertrages ein Jahr über die aktuelle Legislaturperiode hinausgeht.

Wissenschaftsfreiheit, Hochschulautonomie und Bürokratieabbau sind ebenfalls wichtige Themen, die in den Vertrag aufgenommen wurden. Gleichzeitig ist damit eine gewisse Verantwortung der Hochschulen verbunden. Auch dass Themengebiete wie Arbeitsbedingungen und Bildungsgerechtigkeit, die Rot-Grün sehr wichtig sind, aufgenommen wurden, begrüßen wir sehr.

Seitens der Fraktion der Grünen kann auch ich ankündigen, dass wir die Umsetzung eng begleiten werden.

Abg. **Cindy Lutz** (CDU): Ein Vertrag ist ja immer ein Kompromiss, und auch in diesem Fall wird es sicherlich nicht nur positive Stimmen geben, sondern manche werden ihre Vorschläge nicht ganz darin wiedergefunden haben.

Die Kritik der CDU-Fraktion am Verfahren bezog sich insbesondere darauf, dass der Hochschulentwicklungsvertrag in der Aktuellen Stunde zu einem Zeitpunkt vorgestellt wurde, als wir ihn noch gar nicht kannten. Wir hatten keine Möglichkeit, uns vor der Aktuellen Stunde damit zu befassen. Auch hätten wir uns seitens der Opposition gewünscht, nicht erst aus der Presse davon zu erfahren, sondern wir wären gerne etwas früher einbezogen worden.

Abg. **Dr. Silke Lesemann** (SPD): Der Vertrag ist bereits vor der Aktuellen Stunde veröffentlicht worden - ich meine, er war auf der Homepage sowohl des MWK als auch der Landeshochschulkonferenz eingestellt. Und wer die hochschulpolitische Szene verfolgt, der wusste, dass dieser

Vertrag in Arbeit ist. Im Übrigen ist es meistens so, dass man mit Blick auf Anträge zur Aktuellen Stunde selber ein bisschen recherchieren muss.

Beschluss

Der - mitberatende - **Ausschuss** votiert gegenüber dem - federführenden - Ausschuss für Haushalt und Finanzen dafür, dem Landtag die Annahme des Antrags zu empfehlen.

Zustimmung: SPD, CDU, GRÜNE, AfD

Ablehnung: -

Enthaltung: -

Tagesordnungspunkt 4:

Antrag auf Unterrichtung durch die Landesregierung über den aktuellen Sachstand zum Themenkomplex „weitere Entwicklung beim Schloss Marienburg/Schließung bzw. Teileröffnung des Schlosses Marienburg/Aufhebung des Pachtvertrages“

Abg. **Martina Machulla** (CDU) stellt den mit Schreiben vom 15. April 2024 eingereichten Antrag der CDU-Fraktion kurz vor.

Beschluss

Der **Ausschuss** stimmt dem Antrag zu und nimmt in Aussicht, die Unterrichtung in einer seiner nächsten Sitzungen entgegenzunehmen.
