

11.12.2018

## Entschließungsantrag

der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung  
**Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in den Bereichen besonderen öffentlichen Bedarfs des Landes Nordrhein-Westfalen (Landarztgesetz Nordrhein-Westfalen – LAG NRW), Drucksache 17/3037**

**Eine Landarztquote alleine reicht nicht – flächendeckende Gesundheitsversorgung durch attraktive Rahmenbedingungen sichern!**

### I. Ausgangslage

Bereits heute gibt es in einigen ländlichen Regionen, aber auch in einigen städtischen Gebieten, Probleme eine hausärztliche Versorgung anbieten zu können. Aber auch in der fachärztlichen Versorgung bestehen kleinräumig oder fachgruppenspezifische Versorgungsengpässe, die auf einer nicht adäquaten Verteilung von Arztsitzen oder einem veränderten Bedarf, zum Beispiel durch die älter werdende Bevölkerung, beruhen. Dringender Handlungsbedarf zeichnet sich auch in der psychotherapeutischen Versorgung ab. Wartezeiten von zum Teil mehreren Monaten sind für die Patientinnen und Patienten eine nicht hinzunehmende Belastung in ihrer oftmals ohnehin schwierigen Lebenssituation.

Die Landesregierung versucht das Problem der in ländlichen Regionen vielerorts fehlenden Hausärztinnen und -ärzte insbesondere mit dem Landarztgesetz zu begegnen. Im Gesetzentwurf der Landesregierung ist hierzu vorgesehen, dass Bewerberinnen und Bewerber über eine Vorabquote für den Studiengang Humanmedizin zugelassen werden können, wenn sie sich verpflichten, nach ihrem Studium und einer entsprechend einschlägigen Weiterbildung in einem Bereich der ärztlichen Versorgung zehn Jahre tätig zu werden, in denen das Land einen besonderen öffentlichen Bedarf festgestellt hat.

### Aus der Anhörung

In der Anhörung zum Landarztgesetz am 21. November 2018 wurde unter anderem darauf hingewiesen, dass es nicht nur einen Mangel an Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern in ländlichen Regionen geben würde, sondern auch in zahlreichen städtischen Gebieten. Ebenso besteht nicht nur ein Mangel an Hausärztinnen und -ärzten sondern auch an Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten. Die kommunalen Spitzenverbände weisen zudem auf den

Datum des Originals: 11.12.2018/Ausgegeben: 11.12.2018

Die Veröffentlichungen des Landtags Nordrhein-Westfalen sind einzeln gegen eine Schutzgebühr beim Archiv des Landtags Nordrhein-Westfalen, 40002 Düsseldorf, Postfach 10 11 43, Telefon (0211) 884 - 2439, zu beziehen. Der kostenfreie Abruf ist auch möglich über das Internet-Angebot des Landtags Nordrhein-Westfalen unter [www.landtag.nrw.de](http://www.landtag.nrw.de)

Mangel an Ärztinnen und Ärzten für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) hin. Bei bestimmten Facharztgruppen sei der Bedarf ebenfalls sehr groß. Nicht nur bei den Hausärztinnen und -ärzten, sondern überall da, wo ein klarer Bedarf besteht, müsse gehandelt werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen gehen zudem davon aus, dass es Probleme mit der Ärzteversorgung über kurz oder lang auch in mittelgroßen Städten geben wird. Deutlich wurde, dass die Allgemeinmedizin im Medizinstudium generell gestärkt werden muss.

Deutlich wurde bei der Anhörung auch, dass der Gesetzgeber klare Kriterien für die Studienplatzvergabe gesetzlich festlegen muss. Das kann angesichts der Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 19. Dezember 2017 (1 BvL 3/14, 1 BvL 4/14) nicht den Hochschulen überlassen bleiben. Zugleich ist der Studierfähigkeitstest nicht so einfach zu bewerkstelligen, wie der Gesetzentwurf dieses voraussetzt.

Die frühzeitige Vorfestlegung der Studierenden auf eine Qualifikation und späteren beruflichen Einsatzort, so wie es der Gesetzentwurf impliziert, steht schließlich auch im Widerspruch zu der Grundausrichtung des Hochschulgesetzes.

Dabei könnten mit den vorhandenen Mitteln bereits heute mehr Medizinerinnen und Mediziner ausgebildet werden. Allein durch mehr Entfristungen beim Personal der Universitätskliniken gäbe es mehr Ausbildungskapazitäten in der Vorklinik. So seien Professorinnen und Professoren derzeit überwiegend in der Krankenversorgung und nicht in der Lehre tätig. Nur etwa ein Fünftel des vom Land bezahlten Potenzials würde genutzt. Durch patientenorientierte Lehre könne die Ausbildungskapazität erhöht werden. Hierüber könnten insgesamt 6.000 bis 7.000 Studienplätze mehr angeboten werden.

In der Anhörung wurden auch Zweifel an der Verordnungsermächtigung seitens des Sachverständigen Wilhelm Achelpöhlert laut. So sehe der Gesetzentwurf keine Konkretisierung des Vergabeverfahrens vor, sondern überlässt dies der Regelung durch eine Rechtsverordnung. Da das Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung vom 19. Dezember 2017 nochmals betont hat, dass der Gesetzgeber die wesentlichen Fragen des Hochschulzugangs selbst zu treffen hat, reicht die in § 6 vorgesehene Verordnungsermächtigung aus seiner Sicht nicht aus. Den Spielraum, den der Gesetzgeber mit dem Hochschulrahmengesetz den Hochschulen im Hochschulauswahlverfahren einräumt, habe das Bundesverfassungsgericht im Hinblick auf die Verpflichtung des Gesetzgebers wesentliche Fragen des Hochschulzugangs selbst zu regeln, wie folgt gerechtfertigt:

*„Der Gesetzgeber darf den Hochschulen allerdings gewisse Spielräume für die Konkretisierung der gesetzlich der Art nach festgelegten Kriterien lassen, anhand derer die Eignung von Studienbewerberinnen und -bewerbern beurteilt werden soll. Solche Spielräume rechtfertigen sich durch den direkten Erfahrungsbezug der Hochschulen und die grundrechtlich geschützte Freiheit von Forschung und Lehre, was die eigene Schwerpunktsetzung einschließt und damit auch eine Profilbildung ermöglicht [...]. Den Hochschulen steht nach Art. 5 Abs. 3 GG das Recht zu, ihren Studiengang nach eigenen wissenschaftlichen Kriterien zu prägen und dabei eigene Schwerpunkte zu setzen. Eine solche - begrenzte - Konkretisierungsbefugnis der Hochschulen schlägt sich insbesondere in den Ausgestaltungsmöglichkeiten hochschuleigener Eignungsprüfungen nieder, die nach geltendem Recht im Rahmen der Auswahlverfahren der Hochschule durchgeführt werden dürfen (fachspezifische Studierfähigkeitstests und Auswahlgespräche).“ (BVerfG, Urteil vom 19. Dezember 2017 – 1 BvL 3/14 –, BVerfGE 147, XX, Rn. 120).*

Diese Erwägungen könne die Verordnungsermächtigung nicht rechtfertigen.

## **II. Ansätze zur Gewinnung von Landärztinnen und Landärzten**

Um das Ziel zu erreichen, die ärztliche Versorgung in der Fläche sicherzustellen, bedarf es einer Reihe von unterschiedlichen Maßnahmen.

### **Mangel an Studienplätze begegnen**

Eine primäre Maßnahme wäre es, dem Mangel von Studienplätzen zu begegnen. Zusätzliche Studienplätze könnten unter anderem durch eine Steigerung der Lehrverpflichtungen erreicht werden zum Beispiel durch eine Steigerung der unbefristet beschäftigte Lehrenden. Da NRW in der Vergabeverordnung jedem Studierenden ein Studium von Anfang bis zum Ende garantiert, liegt der Engpass für die Ausbildung insbesondere in der Vorklinik. Hier kann mit einer einfachen Vorgabe viel erreicht werden.

Darüber hinaus könnten die Universitätskliniken stärker darauf verpflichtet werden, andere Kliniken, insbesondere im ländlichen Raum in die Ausbildung einzubeziehen. Hier könnten zum einen zusätzliche Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen werden. Hierdurch könnten die Studierenden als „angehende Landärzte und Landärztinnen“ die Region bereits während des Studiums kennenlernen und auch Kontakte knüpfen. Dieses schafft in vielen Fällen auch Bindungen, die ein Verweilen in der Region nach dem Studium, dann im Beruf befördern.

### **Attraktivitätssteigerung notwendig**

Um mehr Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sowie andere Fachärztinnen und -ärzte zu motivieren, in ländlichen Regionen sowie in städtischen strukturschwachen Gebieten zu praktizieren, bedarf es auch einer Steigerung der Attraktivität und eine Verbesserung der Rahmenbedingungen vor Ort. Für die Bindung gerade auch junger Medizinerinnen und Mediziner für eine Region und Kommune, ist die Infrastruktur vor Ort wichtig. Aber auch die Möglichkeit für besondere Maßnahmen, wie den Einsatz von Telemedizin, mit der die Vernetzung örtlicher Versorgungsstrukturen mit der High-Tech-Medizin, unter anderem der Universitätskliniken, befördert werden kann, sodass auch die Menschen im ländlichen Raum eng an der medizinischen Weiterentwicklung angebunden bleiben, spielen eine wichtige Rolle.

### **Interprofessionelle Zusammenarbeit verbessern**

Zugleich kommt auch den anderen Gesundheits- und Pflegeberufen in Zukunft eine noch wichtigere Bedeutung für die Grundversorgung zu. Hierzu gehören neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und medizinischen Assistenzberufen. Durch eine verstärkte Zusammenarbeit von Medizinerinnen/Medizinerinnen, Pflegekräften und medizinischen Assistenzberufen können Ärztinnen und Ärzte entlastet werden und diese beruflichen Tätigkeiten in ländlichen Regionen attraktiver gestaltet werden, um dadurch einer hausärztlichen Unterversorgung entgegenzuwirken.

Darüber hinaus haben insbesondere kooperative Praxisformen das Potenzial, die Attraktivität für die Versorgung im ländlichen Bereich bei Ärztinnen und Ärzten zu steigern. Die

kontinuierlich steigende Anzahl Medizinischer Versorgungszentren kann daher prinzipiell dazu beitragen, den Hausärztemangel in ländlichen Regionen zu verringern.

### **Ausschöpfung der Möglichkeiten zur Bedarfsplanung**

Grundsätzlich gilt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Sicherstellung der haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung verantwortlich sind. Für sie gilt es, die Bedarfsplanung regional auszurichten und regionale Versorgungskonzepte zu entwickeln, um punktuelle Versorgungsengpässe in bestimmten Regionen durch innovative, integrierte und sektorenübergreifende Versorgungsformen auszugleichen.

Das Versorgungsstrukturgesetz hat hier bereits zu einer Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie geführt. Sonderbedarfszulassungen sind nun genauso möglich, wie die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf. Im hausärztlichen Bereich können kleinräumigere und wohnortnähere Bedarfsplanungsregionen gebildet werden. Die damit verbundenen Gestaltungsmöglichkeiten gilt es durch die verantwortlichen Akteurinnen und Akteure, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen umfassend zu nutzen.

### **III. Feststellungen**

Der Landtag stellt fest:

- Die medizinische Versorgung auf dem Land muss sichergestellt werden. Hierzu bedarf es in allen Regionen eine wohnortnahe ärztliche, pflegerische und psychosoziale Betreuung. Ein Problem stellt die ungleiche Verteilung der Arztpraxen dar, mit einer Unterversorgung in ländlichen und weniger strukturstarke Räumen und einer Überversorgung in einigen strukturstarke Regionen. Wir wollen gleichwertige Lebensverhältnisse für alle Menschen in NRW.
- Eine frühe Festlegung der Studierenden auf den späteren Abschluss und Einsatzort ist für die Studierenden nicht sinnvoll. Den Studierenden muss die Möglichkeit geboten werden, sich im Laufe des Studiums ihre Schwerpunkte selbst zu suchen. Stattdessen muss die Attraktivität der Allgemeinmedizin gestärkt werden. Dazu brauchen Ärztinnen und Ärzte gute Rahmenbedingungen für ihren Beruf und ein auch persönliche Belange erfüllendes Arbeitsumfeld.
- Hochschulen und Universitätskliniken können durch eine attraktive Studiengestaltung und Weichenstellungen beim Personal dazu beitragen, dass mehr Menschen Medizin studieren und sich für die Allgemeinmedizin entscheiden. Hierzu gehören auch mehr unbefristete Arbeitsverträge und mehr patientenbezogene Ausbildungskapazitäten. Das Land muss dafür die angemessenen Rahmenbedingungen bieten, aber auch Möglichkeiten einfordern und überprüfen.
- Telemedizin kann die medizinische Arbeit vor Ort unterstützen, aber nicht ersetzen. Sie ermöglicht eine qualifizierte Unterstützung der medizinischen Behandlung, gerade in sehr spezifischen Bereichen, und eine bessere sektorübergreifende Zusammenarbeit. Sie sollte aber nur dort eingesetzt werden, wo sie tatsächlich die Patientenversorgung verbessert und die Arbeit erleichtert.

#### IV. Beschlussfassung

Der Landtag fordert die Landesregierung auf:

1. Sich für eine wohnortnahe ärztliche, pflegerische und psychosoziale Versorgung in allen Regionen einzusetzen.
2. Die Ausbildungskapazitäten im medizinischen Bereich deutlich zu steigern. Hierzu gehören auch eine patientenorientierte Lehre, mehr unbefristete Arbeitsverträge und eine Steigerung der patientenbezogenen Ausbildungskapazitäten.
3. Die universitäre Ausbildung nach dem Physikum gerade auch in Krankenhäusern im ländlichen und kleinstädtischen Bereich zu ermöglichen. Hierzu sollten die entsprechenden Hochschulen und vor allem die Universitätskliniken entsprechende Rahmenbedingungen und Kooperationsvereinbarungen schaffen.
4. Sich dafür einzusetzen, dass die Studiengestaltung attraktiver gestaltet und gleichsam die Allgemeinmedizin stärker gefördert wird.
5. Sich dafür einzusetzen, dass im Rahmen der Bedarfsplanung innovative, integrierte und sektorübergreifende Versorgungsformen befördert und ausgebaut werden.
6. Den Ausbau der Telemedizin zur Unterstützung der medizinischen Arbeit vor Ort mit zu befördern.
7. Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizinerinnen/Medizinern und den anderen Gesundheits- und Pflegeberufen zu unterstützen und hierzu auch weiterhin geeignete Modelle und Projekte zu fördern.

Monika Düker  
Arndt Klocke  
Verena Schäffer  
Josefine Paul  
Mehrdad Mostofizadeh  
Matthi Bolte-Richter

und Fraktion