

BESCHLUSSEMPFEHLUNG UND BERICHT

des Wirtschaftsausschusses (5. Ausschuss)

**zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung
- Drucksache 7/4300 -**

**Entwurf eines Gesetzes zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in
Bereichen mit besonderem öffentlichen Bedarf des Landes Mecklenburg-
Vorpommern (Landarztgesetz Mecklenburg-Vorpommern - LAG M-V)**

A Problem

In den kommenden Jahren droht in den ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns ein Mangel an Hausärzten. Zudem ist zukünftig insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung von einem zunehmenden Behandlungsbedarf pro Einwohner und einem größeren Bedarf an hausärztlichen Behandlungen auszugehen. Die Sicherstellung der wohnortnahen hausärztlichen Versorgung und die damit einhergehende Vermeidung eines vor allem im ländlichen Raum drohenden Ärztemangels stellen - auch mit Blick auf die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse für die Menschen in der Bundesrepublik Deutschland - große Herausforderungen für das Gesundheitssystem dar. Die Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern setzt sich unter Beachtung der Ziele der Nummern 347 und 348 der Koalitionsvereinbarung 2016 bis 2021 dafür ein, für die Menschen im Land eine bestmögliche wohnortnahe medizinische Versorgung langfristig zu sichern, und hat hierzu schon vielfältige Maßnahmen durchgeführt (z. B. Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin, Ausreichung von Stipendien für Medizinstudierende und Förderung von Medizinstudierenden im Praktischen Jahr ihrer Ausbildung). Allerdings gestaltet sich - bedingt durch verschiedene gesellschaftliche Faktoren wie einer zunehmenden Urbanisierung und einer sich ändernden Lebensplanung der Menschen mit einer größeren zeitlichen Ausgewogenheit in den Bereichen Arbeit, Familie und Freizeit - vor allem die Nachbesetzung von Landarztpraxen immer schwieriger.

Derzeit sind etwa 35 Prozent der im Land praktizierenden 1.200 Hausärzte zwischen 50 und 59 Jahre alt und gehen voraussichtlich in den nächsten sechs bis 15 Jahren in den Ruhestand, sodass in 15 von 27 Bedarfsplanungsbereichen im hausärztlichen Bereich eine Unterversorgung, die bereits in einem Bedarfsplanungsbereich besteht, zu erwarten ist.

Daher ist es wichtig, möglichst frühzeitig Medizinstudierende für eine Hausarztstätigkeit im Land zu gewinnen. Auch der Landtag Mecklenburg-Vorpommern hat mit Beschluss vom 13. Dezember 2018 auf der Grundlage eines Antrages der Fraktionen der CDU und SPD (Drucksache 7/2913) die Landesregierung aufgefordert, die im Staatsvertrag für Hochschulzulassung vorgesehenen Möglichkeiten zur Erfüllung einer Landarztquote zu nutzen.

B Lösung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf erhält das Land eine Steuerungsmöglichkeit, schon bei der Auswahl der Medizinstudierenden darauf hinzuwirken, diese als Hausärzte für Mecklenburg-Vorpommern zu gewinnen und damit eine ausreichende medizinische Versorgung der Menschen im ländlichen Raum sicherzustellen. Zu den wichtigen Schlüsselfaktoren des ärztlichen Berufes gehören die Orientierung an den Bedürfnissen des Patienten sowie Empathie und Sozialkompetenz. Daher sollten bei der Zulassung zum Studium neben der Abiturnote, die allein noch kein Garant für qualifizierte Ärzte ist, auch andere Auswahlkriterien wie die fachliche und persönliche Eignung sowie die Bereitschaft für die hausärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum berücksichtigt werden. Hier soll die Landarztquote ansetzen. Nach derzeit geltendem Recht, dem Staatsvertrag über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung und der darauf beruhenden Verordnung über die zentrale Vergabe von Studienplätzen des Landes Mecklenburg-Vorpommern ist die Höhe für eine Landarztquote auf einen Wert von 7,6 Prozent begrenzt, soll jedoch auf 7,8 Prozent angehoben werden. Somit könnten im Land jährlich 32 Medizinstudienplätze nach dem Landarztgesetz vergeben werden. Spätestens mit Beginn des Wintersemesters 2021 soll eine Vorabquote für die Bewerber des Studiums der Humanmedizin, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und einer entsprechenden fachärztlichen Weiterbildung für zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns tätig zu sein, eingeführt werden.

Der Wirtschaftsausschuss empfiehlt, den Gesetzentwurf der Landesregierung mit zwei Änderungen aus redaktionellen und rechtsförmlichen Gründen und im Übrigen unverändert anzunehmen sowie einer Entschließung zuzustimmen.

Einvernehmen im Ausschuss

C Alternativen

Keine.

D Kosten

Die nach § 6 des Gesetzes durch Rechtsverordnung noch zu bestimmende zuständige Stelle wird für die Durchführung des Gesetzes Personalkosten in Höhe von 130.000 Euro in Rechnung stellen. Die Hochschulen, die in Kooperation mit der zuständigen Stelle das Auswahlverfahren durchführen sollen, werden für diese Leistungen ebenfalls Kosten geltend machen.

Daneben werden weitere Kosten für die Beteiligung der Stiftung für Hochschulzulassung entstehen, die u. a. sicherstellen muss, dass erfolgreiche Bewerber auf die Landarztquote im Vorabzugsverfahren nicht auch im regulären Hauptverfahren berücksichtigt werden, sowie den Abgleich der Bewerberlisten vornehmen und Zulassungsbescheide erstellen muss. Unter Berücksichtigung des Betrages, den die Stiftung dem Land Nordrhein-Westfalen für die Beteiligung an der Durchführung des dortigen Landarztgesetzes in Rechnung stellt, ist mit einer Forderung von ca. 19.200 Euro (300 bis 600 Euro je Fall bei 32 zu vergebenden Studienplätzen) zu rechnen. Im Doppelhaushalt 2020/2021 und in der Mittelfristen Finanzplanung werden für den Fall, dass für die Umsetzungsschritte des Gesetzes Kosten entstehen, bis zu 250.000 Euro pro Jahr für den Einzelplan 06 zur Verfügung gestellt.

Beschlussempfehlung

Der Landtag möge beschließen,

I. den Gesetzentwurf der Landesregierung auf Drucksache 7/4300 mit folgenden Maßgaben und im Übrigen unverändert anzunehmen:

1. In § 2 Satz 1 wird nach der Angabe „(GVOBl. M-V S. 164)“ ein Komma eingefügt.
2. In § 4 Absatz 3 wird nach dem Wort „Landeshaushaltsordnung“ das Wort „Mecklenburg-Vorpommern“ eingefügt.

II. folgender EntschlieÙung zuzustimmen:

- „1. Der Landtag begrüÙt das Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen mit besonderem öffentlichen Bedarf des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Landarztgesetz Mecklenburg-Vorpommern - LAG M-V) und sieht in dem Gesetz einen wichtigen Beitrag zur mittelfristigen Sicherstellung der Bedarfe für ärztliche Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns.
2. Der Landtag empfiehlt der Landesregierung, das Landarztgesetz zu gegebener Zeit insbesondere vor dem Hintergrund der Frage seiner Wirkung zu evaluieren; dabei soll eine Ausdehnung der Zielsetzung des Gesetzes auch auf andere gesundheitspolitisch relevante Bereiche wie etwa die Zahnmedizin erwogen werden.“

Schwerin, den 16. Januar 2020

Der Wirtschaftsausschuss

Dietmar Eifler

Vorsitzender und Berichterstatter

Bericht des Abgeordneten Dietmar Eifler

I. Allgemeines

Der Landtag hat in seiner 75. Sitzung am 13. November 2019 den Gesetzentwurf der Landesregierung auf Drucksache 7/4300 in Erster Lesung beraten und diesen zur federführenden Beratung an den Wirtschaftsausschuss sowie zur Mitberatung an den Finanzausschuss, Bildungsausschuss und Sozialausschuss überwiesen.

Der Wirtschaftsausschuss hat den Gesetzentwurf in seiner 70. Sitzung am 21. November 2019 und abschließend in seiner 74. Sitzung am 16. Januar 2020 beraten und einvernehmlich die vorliegende Beschlussempfehlung angenommen.

Der Wirtschaftsausschuss hat in seiner 72. Sitzung am 5. Dezember 2019 eine öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf durchgeführt.

II. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

1. Finanzausschuss

Der Finanzausschuss hat den Gesetzentwurf in seiner 71. Sitzung am 5. Dezember 2019 abschließend beraten und einvernehmlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, CDU und AfD bei Enthaltung seitens der Fraktion DIE LINKE aus finanzpolitischer Sicht empfohlen, den Gesetzentwurf mit folgender Maßgabe und im Übrigen unverändert anzunehmen:

„In § 4 Absatz 3 wird nach dem Wort ‚Landeshaushaltsordnung‘ das Wort ‚Mecklenburg-Vorpommern‘ eingefügt.“

2. Bildungsausschuss

Der Bildungsausschuss hat den Gesetzentwurf in seiner 64. Sitzung am 4. Dezember 2019 und abschließend in seiner 65. Sitzung am 15. Januar 2020 beraten und einvernehmlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, CDU und AfD bei Enthaltung seitens der Fraktion DIE LINKE im Rahmen seiner Zuständigkeit empfohlen, den Gesetzentwurf unverändert anzunehmen.

3. Sozialausschuss

Der Sozialausschuss hat den Gesetzentwurf in seiner 85. Sitzung am 27. November 2019 und abschließend in seiner 88. Sitzung am 15. Januar 2020 beraten und mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und CDU gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE bei Enthaltung seitens der Fraktion der AfD empfohlen, den Gesetzentwurf unverändert anzunehmen

III. Wesentliche Ergebnisse der öffentlichen Anhörung

Der Wirtschaftsausschuss hat zu dem Gesetzentwurf eine öffentliche Anhörung durchgeführt und die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern e. V., die Universitätsmedizin Rostock, die Universitätsmedizin Greifswald, das Institut für Community Medicine Greifswald, die Hochschule Neubrandenburg, den Hausärzterverband Mecklenburg-Vorpommern e. V., eine Fachärztin für Allgemeinmedizin, die BARMER Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, den Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern e. V. sowie den Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern e. V. um eine Stellungnahme gebeten. Das Institut für Community Medicine Greifswald hat nicht an der Anhörung teilgenommen.

Die Sachverständigen haben den Gesetzentwurf als einen weiteren wichtigen Schritt zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im Land einhellig begrüßt.

Der stellvertretende Vorsitzende des Städte- und Gemeindetages Mecklenburg-Vorpommern e. V. hat ausgeführt, dass mit dem Gesetzentwurf ein weiterer Versuch unternommen werde, die hausärztliche Versorgung in den nächsten Jahren zu verbessern. In einigen ländlichen Regionen bestehe bereits eine Unterversorgung. In drei bis vier Jahren werde sich die Situation weiter verschärfen. Gemeinsam mit dem Landkreistag sei das Positionspapier „Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“ erarbeitet worden. Die Kassenärztliche Vereinigung sei gesetzlich verpflichtet, die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Jeder Hausarzt habe die Möglichkeit, eine Weiterbildungsermächtigung zu erhalten. Allerdings nähmen insbesondere Hausärzte in unterversorgten Bereichen diese Möglichkeit nicht wahr. Daher müsse die Kassenärztliche Vereinigung stärker darauf hinwirken, dass sich Ärzte im unterversorgten Bereich um eine Weiterbildungsermächtigung bemühten. Wichtig sei die Entwicklung eines Kontakthalteprogrammes, um Medizinstudierende darin zu bestärken, eine langfristige Bindung zur Region aufzubauen mit dem Ziel, sich nach dem Studium als Hausarzt in den ländlichen Regionen niederzulassen. Gerade für junge Ärzte spiele die Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine große Rolle. Die unterversorgten Bereiche seien unattraktiv für junge Ärzte, da sie hier häufiger den Bereitschaftsdienst übernehmen und große Gebiete abdecken müssten. Daher entschieden sich junge Ärzte vorrangig für eine Tätigkeit in einer Stadt. Die Krankenhäuser der Grundversorgung im ländlichen Raum sollten die Möglichkeit einer ambulanten Versorgung erhalten. Darüber hinaus müsse die Erreichbarkeit der Arztpraxen im ländlichen Raum, insbesondere für ältere Menschen, gewährleistet sein. Hierzu könnten eine entsprechende Ausgestaltung des ÖPNV und der Ausbau alternativer Modelle einen wesentlichen Beitrag leisten. Die Kommunen könnten auf der Grundlage von Förderprogrammen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder Praxen einrichten. Eine schleichende Übertragung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung auf die Kommunen werde abgelehnt.

Der Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat u. a. darauf hingewiesen, dass die Fixierung auf die Allgemeinmedizin nicht ausreichend sei. Zum einen werde die hausärztliche Versorgung in der Fläche heute schon von hausärztlichen Internisten sichergestellt. Zum anderen bestehe nicht nur im hausärztlichen Bereich ein Ärztemangel, sondern auch in anderen grundversorgenden Fachgebieten, wie Dermatologie, Gynäkologie, Augenheilkunde, Innere Medizin und Chirurgie. Der Gesetzentwurf sehe für die Zeit der Weiterbildung keine räumliche Bindung vor. Dies sei jedoch wichtig, damit die jungen Ärzte im Land blieben. Zudem sollte eine Reduzierung der Strafzahlung in dem Fall erwogen werden, in dem der Betroffene nach Abschluss der Weiterbildung nicht vollumfänglich zehn Jahre die hausärztliche Tätigkeit ausübe. Das Gesetz werde frühestens im Jahr 2031 Wirkungen zeigen. Allerdings müssten Auszeiten wie Schwangerschaften oder Familiengründungen berücksichtigt werden, die zu einem Zeitverzug führten. Die Anzahl der Ärzte sei in Mecklenburg-Vorpommern von mehr als 5.000 Ärzten im Jahr 1990 auf 11.107 Ärzte im November 2019 gestiegen. Die Arbeitszeit sei deutlich gesunken. Die jungen Ärzte arbeiteten überwiegend in Teilzeit. Es sei eine Studie mit einer Online-Befragung von 252 Medizinstudierenden zu ihrer beruflichen Perspektive und Motivation für eine Tätigkeit auf dem Land durchgeführt worden. Danach würden 33,7 Prozent der Befragten auf das Land ziehen. Den Wunsch nach Selbstständigkeit würden 9,1 Prozent der Befragten realisieren. 19,4 Prozent der Befragten könnten sich vorstellen, bei angemessenen Arbeitszeiten als Hausarzt im ländlichen Raum zu praktizieren. 61 Prozent der Befragten gaben an, bei einer möglichen Praxisübernahme auf das Land zu ziehen. Die Ärztekammer erarbeite derzeit gemeinsam mit dem Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universitätsmedizin Rostock einen Fragebogen, um die Einflussfaktoren auf die Karriereplanung von Medizinstudierenden zu untersuchen. Im Übrigen belegten Studien, dass nicht derjenige, der sein Abitur mit der Note 1 abgeschlossen habe, auch ein guter Arzt werde. Es müssten entsprechende Auswahlkriterien herangezogen und es sollte möglichst eine Privilegierung von Landeskindern vorgesehen werden. Empathie, der Umgang mit Menschen und das soziale Verhalten spielten eine wichtige Rolle. Die Medizinstudienplätze seien derzeit nicht ausreichend. Es müssten mehr Studienplätze geschaffen und das Personal an den Universitäten sowie die Zahl der auszubildenden Ärzte erhöht werden. Er hat vorgeschlagen, ein Netzwerk zur Gewinnung von Ärzten nach dem Vorbild „Ärzte für Sachsen“ aufzubauen und in Einzelfällen gegebenenfalls über die Möglichkeit des Medizinstudiums gegen die Zahlung einer „Gebühr“ nachzudenken. Die Gewinnung von ausländischen Ärzten sei bei der Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses bedeutsam, allerdings sei die Abwanderungsquote der im Land approbierten Ärzte aus Drittstaaten hoch (2017: 76 Prozent, 2018: 51 Prozent). Die Ärztekammer habe am 30. November 2019 einen Beschluss zur Telemedizin gefasst. Danach könne jeder Arzt eine telemedizinische Behandlung durchführen, wenn dies im Einzelfall sinnvoll sei (z. B. Behandlung von chronisch kranken Patienten). Bei Unsicherheiten sollte vor der Diagnosestellung ein Arzt-Patienten-Kontakt stattfinden. Voraussetzungen für die telemedizinische Behandlung seien insbesondere die digitale Erreichbarkeit der Ärzte untereinander, eine ungehinderte Datenübertragung und die Gewährleistung der Datensicherheit. Zudem habe die Ärztekammer einstimmig beschlossen, die Politik aufzufordern, sich im Rahmen einer Bundesratsinitiative dafür einzusetzen, dass die Zulassung für MVZ künftig arztgebunden sei.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern e. V. hat dargelegt, dass die Kassenärztliche Vereinigung bereits seit Jahren in vielfältiger Art und Weise die Medizinstudierenden fördere (z. B. Förderung von Famulaturen, des Praktischen Jahres, von Block-Praktika, von Ärzten in der Weiterbildung sowie der Niederlassung und Anstellung). Das Land besitze mit den beiden Universitäten in Rostock und Greifswald und ihren Lehrstühlen für Allgemeinmedizin eine ausgezeichnete Position für die Gewinnung von medizinischem Nachwuchs. Allerdings kehre ein Großteil der Absolventen nach dem Studium in ihre Heimatländer zurück. Die Kassenärztliche Vereinigung betreibe gemeinsam mit den beiden Lehrstühlen für Allgemeinmedizin in Rostock und Greifswald, der Ärztekammer und der Krankenhausgesellschaft das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin. Die Strukturen, die die Kassenärztliche Vereinigung als Selbstverwaltung aufgebaut habe, reichten nicht aus, um den Hausarztmangel zukünftig zu bewältigen. Hier seien weitere Maßnahmen notwendig. Derzeit sei der Numerus clausus das alleinige Kriterium für die Zulassung zum Medizinstudium. Der Numerus clausus sei geeignet, die Lernbereitschaft und den Fleiß eines Abiturienten, nicht aber Sozialkompetenzen und Empathie, die für eine spätere Tätigkeit als Arzt, insbesondere als Hausarzt in ländlichen Regionen, wichtig seien, einzuschätzen. Die Kassenärztliche Vereinigung sei in Gesprächen mit den Lehrstühlen der Allgemeinmedizin in Greifswald und Rostock und versuche, ein Programm zu entwickeln, um die Persönlichkeitsmerkmale einschätzen zu können. Es zeichneten sich gegenwärtig auch Versorgungsdefizite im Bereich der fachärztlichen Grundversorgung ab (z. B. Pädiater, Augenärzte, Dermatologen, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Neurologen und Psychiater). Das äußere sich in Wartezeiten, Terminanfragen und zunehmender Kritik von Patienten und Kommunen. Es sei eine neue Bedarfsplanung beschlossen worden. Ab 2020 könnten auch neue Stellen für die zuvor genannten Fachgruppen im ländlichen Raum ausgewiesen werden. Es bestehe innerhalb der Ärzteschaft ein Trend zur Anstellung. Derzeit seien 20 Prozent aller Ärzte im ambulanten Bereich überwiegend in Teilzeit (im Durchschnitt 25 Stunden pro Woche) angestellt. Im Vergleich dazu arbeite ein niedergelassener Arzt im Bundesdurchschnitt etwa 52 Stunden. Die Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern versorgten ca. 20 bis 30 Prozent mehr Patienten als die Ärzte im Bundesdurchschnitt. Gegenwärtig und zukünftig seien mehr Ärzte erforderlich, um die gleiche Patientenzahl zu versorgen. Daher müsse über eine Erhöhung der Anzahl der Medizinstudienplätze nachgedacht werden, da die derzeitigen Studienplätze nicht ausreichten.

Der Ärztliche Vorstand der Universitätsmedizin Rostock hat mitgeteilt, dass der Gesetzentwurf eine Vorabquote für Bewerber des Medizinstudiums festlege, die ihre besondere fachliche und persönliche Eignung zur hausärztlichen Tätigkeit in einem Auswahlverfahren nachgewiesen hätten. Die Bewerber würden verpflichtet, nach Abschluss des Studiums und einer entsprechenden fachärztlichen Weiterbildung für zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns tätig zu sein. Es könnten 32 Medizinstudienplätze nach dem Landarztgesetz vergeben werden. Ein vergleichbares Gesetz sei in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2018 verabschiedet worden. Dort sei die Bewerberzahl im Jahr 2019 auf das Dreifache der vorhandenen Medizinstudienplätze angestiegen. Möglicherweise bestehe bei einer Vertragsstrafe in Höhe von 250.000 Euro die Gefahr, dass sich junge Ärzte „freikaufen“, um in anderen Regionen tätig zu werden. Durch die langjährige Verpflichtung könne eine Verbindlichkeit geschaffen werden. Eine Flankierung des Gesetzes mit verschiedenen weiteren Maßnahmen sei sinnvoll.

So könnte das Gesetz mit Förderprogrammen für Ärzte, die freiwillig im ländlichen Raum arbeiten möchten, verbunden werden. Zudem könnten Studienplätze für Landeskinder besonders gefördert und soziales Engagement sowie die Teilnahme an Kursen der Medizinischen Fakultäten während der schulischen Ausbildung berücksichtigt werden. Für junge Menschen sei es eine Herausforderung, schon zum Zeitpunkt des Einschreibens zum Studium abzuschätzen, ob sie später Hausärzte werden wollten, ohne die klinischen Fächer kennengelernt zu haben. Es sei ein „Masterplan Medizinstudium 2020“ von den Gesundheits- und Kultusministern Deutschlands beschlossen worden, der eine Verbesserung des Stellenwertes der Allgemeinmedizin im Studium sowie eine bessere Ausbildung an den Universitäten mit mehr Professoren und mehr Kursen für Allgemeinmedizin vorsehe. In vielen anderen klinischen Fächern bestünden ähnliche Herausforderungen wie bei den Hausärzten. So werde etwa die Hälfte der Dermatologen im Land in den nächsten fünf Jahren in Rente gehen. Es müsse darüber nachgedacht werden, ob und wie die Generation Y dazu bewegt werden könnte, als Hausarzt in ländlichen Regionen tätig zu sein. Dabei spielten insbesondere digitale Anbindungen und attraktive Angebote auf dem Land eine entscheidende Rolle. Möglicherweise sollten die Versorgungsmodelle überdacht werden. In Holland seien die Fachärzte in den Krankenhäusern tätig, während der Hausarzt der erste Ansprechpartner für den Patienten sei. Damit habe der Hausarzt in Holland einen ganz anderen Stellenwert als in Deutschland. Auch die Poliklinik biete sich möglicherweise für die Gewährleistung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung an. Gegebenenfalls sollten die Fachärzte in der stationären Versorgung verpflichtet werden, die ärztliche Versorgung in den ländlichen Bereichen sicherzustellen.

Der Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Greifswald hat u. a. darauf verwiesen, dass sich erste positive Effekte des Gesetzes frühestens nach 12 bis 14 Jahren einstellen. Das Gesetz allein sei nicht ausreichend und könnte ggf. zu negativen Effekten führen, wenn die Anforderungen an die Studienplätze gesenkt würden. Um bei der Bevölkerung nicht den Eindruck entstehen zu lassen, dass weniger gut geeignete Ärzte ausgewählt worden seien, sollte mit Unterstützung des Landes und unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer und der Universitäten ein attraktives Begleitprogramm auf den Weg gebracht werden, um die Studierenden schon während des Studiums auf die Herausforderungen in der Versorgung auf dem Land vorzubereiten. Insbesondere sollten begleitende Ausbildungsprogramme mit geschulten Landärzten als Mentoren eingeführt werden. Das Begleitprogramm sollte über das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin, dem die Ärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung, die Universitäten und der Hausärzterverband angehörten, im Rahmen der Weiterbildung der Ärzte fortgesetzt werden. Derzeit sei für Studierende die Durchführung von Praktika und Famulaturen in ländlichen Regionen aufgrund der erheblichen Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Fahrtkosten nicht attraktiv. Daher sei eine Unterstützung der Studierenden für die kostenintensiven Famulaturen in Landarztpraxen sinnvoll. Insgesamt seien zusätzliches Personal und Geld erforderlich. Im Übrigen müssten die jungen Menschen für eine hausärztliche Tätigkeit im ländlichen Raum begeistert werden. Die Attraktivität des hausärztlichen Berufes müsse gesteigert werden. Die Möglichkeit des Austausches zwischen Ärzten spiele eine wichtige Rolle. Im Gesetzentwurf sei nicht festgelegt worden, in welchem Umfang die zehnjährige hausärztliche Tätigkeit auf dem Land auszuführen sei. Es könnten Umstände eintreten, durch die die Möglichkeit zur Vollzeittätigkeit eingeschränkt sei (z. B. Schwangerschaft, Kindererziehungszeiten, Pflege von Angehörigen oder Krankheit). Diese vorhersehbaren Ereignisse sollten in Ausführungsbestimmungen näher geregelt werden. Die Kommunen sollten attraktive Tätigkeiten für die Partner der jungen Ärzte anbieten („dual career“-Programme), um eine Niederlassung von jungen Hausärzten im ländlichen Raum zu ermöglichen.

Die meisten jungen Ärzte wollten heute nicht mehr allein, sondern in einer Gemeinschaftspraxis oder in einer Gruppe arbeiten. Es stünden aber überwiegend Einzelpraxen vor der Übergabe. Daher sollte überlegt werden, wie ältere Ärzte, die bisher allein gearbeitet hätten, dazu bewegt werden könnten, mit anderen Ärzten zusammenzuarbeiten, um damit eine attraktive Struktur für junge Ärzte zu schaffen. Insoweit sei ein Förderprogramm zur Stärkung ärztlicher Kooperationsmöglichkeiten (z. B. durch die Umwandlung von Einzelpraxen in Gemeinschaftspraxen) sinnvoll.

Der Vertreter der Hochschule Neubrandenburg hat berichtet, er habe im Rahmen einer Bachelorarbeit an der Hochschule Neubrandenburg eine Befragung von Medizinstudierenden zu ihren Zukunftsplänen im Kontext der Sicherstellung der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern betreut. Es seien alle Absolventen vor dem Übertritt in das Praktische Jahr in Greifswald befragt worden. Das Ergebnis der Befragung habe gezeigt, dass die Bereitschaft, als Hausarzt im ländlichen Raum tätig zu sein, nicht sehr ausgeprägt sei. Nicht alle Medizinstudierenden, die kurz vor dem Abschluss ihres Studiums standen, hätten schon eine abschließende Facharztwahl getroffen. Seit Jahren würden Diskussionen über verschiedene Modelle in der Gesundheitsversorgung geführt. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen habe für eine breite Palette an Modellkonzeptionen mit sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen plädiert. Der Gesetzentwurf stütze sich auf die Regelungen des Landarztgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen. Das Land Bayern plane ebenfalls entsprechende Regelungen. Zu überlegen und zu prüfen sei, ob der Gesetzentwurf auch auf den übrigen fachärztlichen Bereich ausgeweitet werden sollte, wenn hier eine Unterversorgung drohe. Aufgrund der fehlenden Attraktivität sei es problematisch, Hausarztsitze im ländlichen Raum zu besetzen. Hier müsste an verschiedenen Stellen einiges getan werden, um die Attraktivität zu steigern (z. B. ÖPNV, weiterbildende Schulen für die Kinder und Arbeitsplätze für den Ehepartner). Die Kassenärztliche Vereinigung habe seines Wissens nach in der Vergangenheit mit vergleichbaren Fördermodellen weniger gute Erfahrungen gemacht, sodass Sanktionsregelungen grundsätzlich erforderlich seien. Ob sich die Höhe der Vertragsstrafe von 250.000 Euro im Streitfall juristisch durchsetzen lasse, müsse zunächst abgewartet werden. Sofern sich eine zahnärztliche Unterversorgung abzeichnen sollte, sei eine Ausweitung des Gesetzentwurfes auf die Zahnmedizin sinnvoll. Seinem Verständnis nach erhöhe das Landarztgesetz nicht den Bedarf an Medizinstudienplätzen.

Der Vorsitzende des Hausärzterverbandes Mecklenburg-Vorpommern e. V. hat festgestellt, dass die derzeit in den ländlichen Regionen noch tätigen Hausärzte die Gesundheitsversorgung trotz des bestehenden Ärztemangels aufrechterhielten. Die Kassenärztliche Vereinigung und das Land förderten bisher u. a. Niederlassungen, Anstellungen, Weiterbildungen, das Praktische Jahr und Famulaturen. Es sei konsequent, den Zugang zum Studium für junge Menschen, für die eine hausärztliche Tätigkeit in ländlichen Regionen in Frage komme, ebenfalls zu fördern.

Wenn Studierende ihr zweiwöchiges Blockpraktikum in einer Hausarztpraxis im ländlichen Raum absolvierten, seien sie regelmäßig von dem dort angebotenen breiten Behandlungsspektrum beeindruckt. 80 Prozent der Behandlungsfälle würden abschließend in der Hausarztpraxis versorgt. Das Image des Hausarztes als alleiniger Lotse sollte begrenzt und seine fachliche Kompetenz in der Gesundheitsversorgung mehr in den Blickpunkt gelangen. Daher sei das vorgeschlagene Begleitprogramm wichtig, um eine gute hausärztliche Versorgung weiterhin aufrechtzuerhalten. Es müssten persönliche Kontakte zu den Patienten und Hausärzten in ländlichen Regionen aufgenommen werden. Die bereits in den Auswahlgesprächen geprüften sozialen Kompetenzen und die Empathie könnten dort weiter gestärkt werden.

Im Rahmen des Auswahlverfahrens sollte auch ein Votum der erfahrenen Hausärzte aus den betroffenen Regionen eingeholt werden. Die Anstellung von Hausärzten sei für verschiedene Lebensphasen (z. B. zum Beginn und Ende des Berufslebens) durchaus sinnvoll. Er hat ange-regt, im Rahmen einer Bundesratsinitiative auf eine Gleichbehandlung von MVZ und nieder-gelassenen Praxen hinzuwirken, indem der Zulassungsausschuss auch für Nachbesetzungen von Sitzen in MVZ zuständig sein und der Kassenarztsitz nicht an das MVZ, sondern an den Arzt gekoppelt werden sollte. Ein Arzt im MVZ versorge im Durchschnitt weniger Patienten und es bestehe dort eine hohe Fluktuation, wodurch die Kontinuität der Patientenversorgung, die ein Kernmerkmal der hausärztlichen Versorgung sei, nicht gegeben sei. Eine Vertrags-strafe sei notwendig, es stelle sich jedoch die Frage, ob die vorgesehene Höhe möglicherweise Bewerber aus schwächeren sozialen Verhältnissen, die bereit wären, ein Medizinstudium auf-zunehmen und sich in den ländlichen Regionen niederzulassen, abschrecken könnte. In den Kommunen sollten für die Lebenspartner der Hausärzte Beschäftigungsangebote geschaffen und die Infrastruktur verbessert werden (z. B. Kindertagesstätten und Schulen). Es sei wichtig, von Anfang an persönliche Beziehungen der Studierenden zu den Regionen aufzu-bauen, in denen sie zukünftig arbeiten und leben könnten.

Eine Fachärztin für Allgemeinmedizin hat im Wesentlichen zum Ausdruck gebracht, dass im Rahmen der Auswahlgespräche mit den Bewerbern herausgefunden werden könne, ob sie bereit seien, im ländlichen Raum zu praktizieren. Die durchschnittliche Arbeitszeit der Ärzte im Land betrage mehr als 50 Stunden pro Woche. Die Anzahl der versorgten Patienten liege 20 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Die Ärzte arbeiteten an der Belastungsgrenze. Immer mehr Ärzte gingen ohne Nachfolger in Rente. Die Situation verschärfe sich in den kommenden Jahren. Das Gesetz werde erst in etwa elf Jahren Wirkungen zeigen. Ärzte litten an einer Überreglementierung und Budgetierung mit Regressandrohung. Das führe dazu, dass insbesondere jüngere Ärzte nur budgetentsprechend (in der Regel 38 bis 40 Stunden) arbeiteten. 20 Prozent der Ärzte seien in Teilzeit angestellt. Der Kassenärztliche Bereit-schaftsdienst sei ein Hindernis für eine Niederlassung im ländlichen Bereich. Auf dem Land beteiligten sich deutlich weniger Ärzte am Bereitschaftsdienst als in der Stadt. Ärzte auf dem Land führten derzeit fünf bis sechs Bereitschaftsdienste von 24 Stunden am Wochenende bzw. 12 bis 18 Stunden pro Quartal durch. Das Honorar für diese Dienste betrage 18 Euro pro Stunde zuzüglich Kostenanteil für die Einsätze. Die Situation um den Bereitschaftsdienst sei für viele, vor allem ältere Ärzte, ein Grund, die Praxis vorzeitig abzugeben. Insbesondere für jüngere Ärzte sei die Work-Life-Balance zunehmend wichtig. Sie bevorzugten eine Tätigkeit in einer größeren Stadt mit selteneren Bereitschaftsdiensten. Die Lösung dieses Problems sei nicht allein über die Selbstverwaltung möglich. In der Vertreterversammlung der gesamten Kassenärzteschaft seien Hausärzte aus unterversorgten Bereichen deutlich unterrepräsentiert. Eine Änderung der Honorierung mit der Möglichkeit, einen Vertreter zu bestellen, bedeute eine Honorarumverteilung zulasten der Ärzte in den großen Städten. Insofern würde ein Handeln vonseiten der Politik und der Krankenkassen begrüßt. Schleswig-Holstein, Brandenburg und Sachsen hätten entsprechende Änderungen erfolgreich umgesetzt.

Der Landesgeschäftsführer der BARMER Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern hat erklärt, dass es für die Menschen, die hier lebten und die ins Land kämen, wichtig sei zu wissen, dass in Mecklenburg-Vorpommern auch zukünftig eine gute ärztliche Versorgung gewährleistet werde. Sanktionsregeln dürften die zukünftige Berufsfreiheit der Studierenden nicht unverhältnismäßig einschränken. Zwei Medizinstudierende der Universität Rostock, die kurz vor dem Abschluss stünden, hätten mit Blick auf die vorgesehene Vertragsstrafe in Höhe von 250.000 Euro geäußert, länger auf den Studienplatz zu warten, da sie noch nicht wüssten, ob sie später tatsächlich als Hausarzt im ländlichen Raum tätig werden wollten. Es zeichne sich auch in anderen grundversorgenden Bereichen ein Facharztmangel ab. Daher sollte ggf. eine Regelung aufgenommen werden, die die Rechtsfolgen festlege, wenn sich ein Bewerber nach Abschluss seiner Facharztausbildung nicht als Hausarzt im ländlichen Raum niederlasse, sondern als Facharzt eines anderen grundversorgenden Bereiches. Es seien mittel- und langfristige Wirkungen des Gesetzes zu erwarten. Im Ergebnis einer im Jahr 2018 von der BARMER im Rahmen des Norddeutschen Dialoges durchgeführten Befragung von Studierenden der Universitäten Greifswald, Rostock, Hamburg und Lübeck zur hausärztlichen Tätigkeit in ländlichen Regionen konnten sich die Befragten eine Tätigkeit in einer Einzelpraxis nicht vorstellen und hätten sich für eine Tätigkeit im MVZ und in einer Gemeinschaftspraxis ausgesprochen, die aber nicht zwingend in Vollzeit erfolgen sollte. Deshalb müssten Anreize für die Niederlassung in ländlichen Regionen geschaffen und den Ärzten eine gezielte Unterstützung für eine strukturierte Weiterbildung gewährt werden. Der weitere Ausbau der Delegation von ärztlichen Leistungen und des Einsatzes von telemedizinischen Anwendungen sei sinnvoll, um die medizinische Versorgung in den ländlichen Regionen sicherzustellen. Die Digitalisierung erhöhe die Attraktivität des Hausarztberufes für junge Mediziner und sichere die Anbindung des ländlichen Raumes an Innovationen. Das Land habe eine große Chance, als eines der ersten Bundesländer eine sektorenübergreifende Versorgung zu etablieren. Dadurch könnte eine bessere Versorgung durch die ländlichen Krankenhäuser erreicht und die ambulante Versorgung besser aufgestellt werden. Möglicherweise könnte aus dem Land eine Initiative gestartet werden, das Zulassungsrecht dahingehend zu ändern, dass in einer von Unterversorgung bedrohten oder unterversorgten Region ein Krankenhaus einen Kassenarztsitz mit wechselnden Ärzten besetzen könne. Das sei derzeit nicht möglich. Ein möglichst fraktionsübergreifendes Handeln in Bezug auf die allgemeine Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Versorgung im Land wäre zu begrüßen.

Der Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat betont, dass die zahnmedizinische und die hausärztliche Versorgung wichtige Pfeiler der medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung seien. Das Land sei durch ein negatives Bevölkerungswachstum gekennzeichnet. Die Zahl der älteren Patienten nehme zu. Diese Entwicklung stelle die Zahnmedizin vor weitere Herausforderungen. Die Behandlungsanforderungen in der Zahnmedizin wuchsen mit zunehmendem Lebensalter. Die Behandlungsfälle würden komplexer. Die Mobilitätseinschränkungen, unter denen insbesondere ältere Patienten litten, erschwerten den Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung. Der demografische Wandel wirke sich auch auf die Zahnärzteschaft aus. Die Situation in der zahnmedizinischen Versorgung stelle sich zeitlich verzögert in etwa fünf bis sechs Jahren analog zur hausärztlichen Versorgung dar. Der Altersdurchschnitt der niedergelassenen Zahnärzte im Land liege bei 54,06 Jahren. 60 Prozent aller niedergelassenen Zahnärzte gingen voraussichtlich in den nächsten fünf bis zehn Jahren in den Ruhestand. Derzeit bestehe in keinem Zulassungsbereich eine Gefährdung der zahnärztlichen Versorgung, allerdings zeichne sich langfristig ein solcher Trend ab. Es drohe bereits eine Unterversorgung in den Bereichen Wismar und Ludwigslust.

Vor allem die Notdienstbereiche im ländlichen Raum und im Osten des Landes seien von einer Unterversorgung bedroht. Die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte gehe zurück, während die Zahl der angestellten Zahnärzte steige, die aber nicht den sinkenden Bereich der Niederlassung kompensiere. Der Anteil an über 58-jährigen Zahnärzten sei hoch. In einzelnen Regionen seien mehr als 50 Prozent der Zahnärzte älter als 58 Jahre. In Straßburg liege das Durchschnittsalter der Zahnärzte bei 61,1 Jahren. Der Notdienst stelle auch die Zahnmediziner zunehmend vor Herausforderungen. Es gebe bereits Beschwerden von Patienten, dass die Wege zum Notdienst-Zahnarzt im ländlichen Raum sehr weit seien. Die Belastung durch den Notdienst im ländlichen Raum sei höher als in der Stadt. Die Feminisierung des Berufsstandes und die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben führten zu einer Reduzierung der Arbeitszeit. Aber auch bei älteren Zahnärzten sei ausweislich einer Umfrage eine sinkende Arbeitszeit zu verzeichnen, z. B. aufgrund der Pflege von Angehörigen. In den Jahren 2014 bis 2019 lag der durchschnittliche Anteil der Zahnmedizin-studierenden aus Mecklenburg-Vorpommern an der Universität Greifswald bei 19 Prozent und an der Universität Rostock bei 26 Prozent. Nach soziologischen Erkenntnissen sei die soziale Bindungsstruktur wichtig für die Gestaltung des späteren beruflichen Umfeldes. Er hat für eine Ausweitung des Gesetzentwurfes auf den Bereich der Zahnmedizin plädiert. Parallel dazu müsste die Attraktivität einer Tätigkeit im ländlichen Raum gesteigert werden.

Vonseiten des Landkreistages Mecklenburg-Vorpommern e. V. ist darauf verwiesen worden, dass bereits Anfang 2017 beim Deutschen Landkreistag eine Arbeitsgruppe gebildet worden sei, um die Verbesserung der medizinischen Versorgung mit Instrumenten zu unterlegen. Ende 2017 sei ein Schreiben an die Landesgesundheitsminister verfasst worden, in dem diese Instrumente, u. a. eine Landarztquote, vorgestellt worden seien. Die Landesregierung habe im Jahr 2019 beschlossen, die Landarztquote umzusetzen. Eine weitere Forderung aus diesem Papier betreffe die Erhöhung der Anzahl der Medizinstudierenden im Land um mindestens 20 Prozent, um dem Fachkräftemangel ganzheitlich entgegenzuwirken. Wenn sich junge Menschen verpflichteten, als Hausarzt im ländlichen Raum tätig zu sein, sollten dort Weiterbildungsermächtigungen erteilt werden. Die Erfahrung habe gezeigt, dass Ärzte sich oft dort niederließen, wo sie ihre Weiterbildung zum Facharzt absolviert hätten. Im Übrigen hätten junge Ärzte trotz der Familiengründung Ambitionen zur Weiterbildung. Vor dem Hintergrund, dass eine Beschäftigung in einem Krankenhaus, in der Wissenschaft oder in der Pharmabranche durchaus lukrativ sein könne, sollten mindestens 20 Prozent mehr Medizin-studienplätze angeboten werden.

Die Vertragsstrafe in Höhe von 250.000 Euro werde nicht als Hindernis gesehen, die bestehende Verpflichtung aufzugeben. Das gelte nicht nur für wohl situierte Studierende, sondern auch für Berufsanfänger, deren konkurrierende Arbeitgeber diese Vertragsstrafe in Kauf nähmen. Bei der Steigerung der Attraktivität der Niederlassung im ländlichen Raum seien auch die Kommunen gefragt. Die Kommunen bemühten sich, die Erreichbarkeit der Arztpraxen im ländlichen Raum mit dem ÖPNV sicherzustellen und eine adäquate Infrastrukturausstattung vorzuhalten. Der Breitbandausbau könne für telemedizinische Anwendungen genutzt werden. Telemedizin und die Übertragung von Aufgaben auf nicht medizinisches Personal könnten Prozesse in unterversorgten Gebieten optimieren und unterstützen. Sie seien aber kein Ersatz des Arztes, sondern nur eine sinnvolle Ergänzung.

Seitens der Fraktion DIE LINKE ist hinterfragt worden, in welchem Format eine Begleitung des Gesetzes und eine Weiterentwicklung der von den Sachverständigen geäußerten Überlegungen möglich sei und ob es realistisch sei, die Ärzte der Reha-Kliniken in den Bereitschaftsdienst einzubeziehen. Um die Attraktivität zu erhöhen und die Arbeitsbedingungen zu verbessern, sei ein politisches Handeln unabdingbar.

Der Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Greifswald hat empfohlen, Gespräche mit dem Studiendekan der Universitätsmedizin Rostock und ihm zu führen, um das Begleitprogramm an den Universitäten auf den Weg zu bringen. Zudem sollten der Hausärzterverband, die Ärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenhausgesellschaft und gegebenenfalls die Kommunen bei der Frage der Weiterentwicklung und besseren Strukturierung der Weiterbildung eingebunden werden. Es sollte getrennt betrachtet werden, welche Maßnahmen für Studierende und welche Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Weiterbildung durchgeführt werden sollten. Für die Teilnahme am Notdienst werde eine Stundenpauschale von 18 Euro, eine Kilometerpauschale sowie ein Betrag in Höhe von 24 Euro für jeden Patientenbesuch gewährt. Ärzte im Notdienst legten teilweise erhebliche Strecken zu den Patienten zurück. Bei der Hinzuziehung anderer Ärzte zum Notdienst sollte überlegt werden, ob diese Ärzte über die für den Notdienst erforderlichen Kompetenzen verfügten. Wenn der Notdienst nur auf Hausärzte übertragen werde, würde der Beruf des Hausarztes noch unattraktiver. Die Reha-Kliniken hätten ebenfalls Probleme bei der Gewinnung von Ärzten. Würden diese Ärzte zusätzlich zur Teilnahme am Notdienst verpflichtet, verliere auch dieser Beruf an Attraktivität. Er hat vorgeschlagen, zusätzliche finanzielle Anreize zu schaffen.

Der Präsident der Ärztekammer hat darauf verwiesen, dass das Land über 61 Reha-Kliniken verfüge. Dort könnte eine Anlaufpraxis mit einer zweistündigen Sprechstunde am Abend eingerichtet werden. In jeder Reha-Klinik sei ein Arzt (z. B. Internist, Chirurg oder Allgemeinmediziner) über Nacht im Dienst. Dort träten in der Regel nicht so viele Notfälle auf. Finanzielle Anreize für die Tätigkeit im Notdienst seien sinnvoll.

Der Präsident der Zahnärztekammer hat darüber informiert, dass die Universitätsmedizin Rostock eine Berufszufriedenheitsstudie für den ärztlichen Bereich durchgeführt habe. Auch für die Zahnmedizin werde eine entsprechende Studie erstellt, welche die hemmenden und fördernden Bedingungen für die zahnmedizinische Versorgung im Land ermitteln solle. Aus diesen Erkenntnissen sollten die erforderlichen Maßnahmen der Selbstverwaltung, z. B. im Bereich der Aus- und Fortbildung, und die politischen Rahmenbedingungen abgeleitet werden.

Der Vorsitzende des Hausärzterverbandes hat festgestellt, dass es mit dem Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin schon ein gewisses Begleitprogramm für die Facharztweiterbildung gebe. Die Facharztabschlüsse in der Allgemeinmedizin nähmen kontinuierlich zu. Die Universitäten des Landes hätten bereits gute Erfahrungen mit diesem Programm gesammelt. Auch für Studierende sollte ein entsprechendes Programm geschaffen werden, um sie von Anfang an zu begleiten und auf die Besonderheiten der hausärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum vorzubereiten. Der Notdienst werde als Hürde angesehen, um sich als Hausarzt auf dem Land niederzulassen. In anderen Bundesländern gebe es die Idee, privatärztlich tätige Ärzte zu verpflichten, am Notdienst teilzunehmen. Seiner Ansicht nach sei es nicht sinnvoll, den Kreis der Notdienstpflichtigen zu erweitern.

Wer sich als Kassenärztlicher Vertragsarzt niederlasse, sei in gewisser Weise privilegiert und übernehme damit auch eine Dienstpflicht. Die Aufgabe sehe er vorrangig im Bereich der Selbstverwaltung. Die angesprochene Stundenpauschale in Höhe von 18 Euro werde ab dem 1. Januar 2020 auf 50 Euro erhöht.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung hat empfohlen, bei der Ausgestaltung der Begleitprogramme (z. B. Mentoring oder Unterstützung von Praxen) auf die bewährten Strukturen der Selbstverwaltung zurückzugreifen. Die Kassenärztliche Vereinigung habe einschlägige Erfahrungen im Bereich der Sanktionen mit eigenen Förderprogrammen seit 2008. Seitdem seien etwa 180 Förderungen gewährt worden. Nur in ganz wenigen Fällen hätten die Betroffenen ihre Verpflichtungen nicht vollumfänglich erfüllt. In der Regel sei unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles eine anteilige Rückforderung geltend gemacht worden. Die Einbindung von Reha- oder anderen Ärzten in den Notdienst sei nicht grundsätzlich ausgeschlossen und auch heute schon der Fall. In Heringsdorf auf der Insel Usedom nähmen Reha-Einrichtungen am Notdienst teil. Ein approbierter Arzt könne den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst übernehmen. Im Notfall müsse ein Arzt in der Lage sein, dem Patienten zu helfen. Die Kassenärztliche Vereinigung biete Ärzten zweimal im Jahr Kurse zum Bereitschafts- und Notdienst an. Die Vergütung des Notdienstes werde ab Januar 2020 angehoben.

Vonseiten der Fraktion der CDU ist um nähere Ausführungen zu der Auffassung, dass die Weiterbildung zum Facharzt im Land stattfinden sollte, um eine „Abwanderung“ zu vermeiden, gebeten und geäußert worden, dass es unerheblich sein dürfte, wo der Arzt seine Weiterbildung absolviere, da er sich nach dem Landarztgesetz verpflichte, zehn Jahre im Land zu bleiben.

Der Präsident der Ärztekammer hat geantwortet, dass das Studium und die Weiterbildung im Land die Bindung zum Land festigten. Die Gefahr des „Abwanderns“ sei viel größer, wenn die Weiterbildung in einem anderen Bundesland absolviert werde. In Mecklenburg-Vorpommern werde eine Verbundweiterbildung angeboten. Möglicherweise könnte ein „Runder Tisch“ beim zuständigen Ministerium gebildet werden, an dem das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin, die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung und die (Zahn-)Ärztekammer beteiligt werden sollten.

Die Fraktion der CDU hat nachgefragt, ob hierzu eine Regelung im Landarztgesetz oder an anderer Stelle getroffen werden sollte.

Der Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Greifswald hat erwidert, dass in Mecklenburg-Vorpommern ausreichend Hausärzte eine Weiterbildungsbefugnis besäßen. Die Anzahl der Weiterbildungsbefugten sei höher als die Nachfrage. In der Regel seien die Weiterbildungsbefugten nicht diejenigen, die einen Nachfolger benötigten. Eine nicht digitalisierte Praxis ohne Internet sei für einen jungen Arzt nicht attraktiv. Wichtig sei, dass sich Ärzte, die ihre Praxis übergeben wollten, frühzeitig in der Weiterbildung und im Medizinstudium engagierten, mit der Universitätsmedizin kooperierten oder Angebote des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin annähmen. Es sei zu spät, wenn sich ein Arzt erst im Alter von 65 Jahren um die Nachfolge kümmere. Die jungen Ärzte favorisierten eine Tätigkeit in einer Praxis, in der sie nicht dem starken Druck der Praxisübernahme ausgesetzt seien.

Die Fraktion der SPD hat mit Blick auf das vorgeschlagene Begleitprogramm ausgeführt, dass es sinnvoll sei, bestehende Strukturen weiterhin zu nutzen. Es wurde hinterfragt, ob und inwieweit der Städte- und Gemeindetag, der Landkreistag oder Unternehmensverbände bei dem Begleitprogramm einbezogen würden, um attraktive Rahmenbedingungen vor Ort zu schaffen, inwieweit die telemedizinische Behandlung die Arbeitsbedingungen und die Möglichkeiten zur effizienteren Versorgung beeinflusse und welche zukünftigen Erwartungen damit verknüpft seien. Zudem wurde um nähere Ausführungen zur veränderten ambulanten Bedarfsplanung, insbesondere zur Frage, inwieweit sich diese auf die tatsächliche Struktur der unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebiete im Land auswirke, gebeten.

Der Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Greifswald hat dargelegt, dass das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin gemäß § 75a SGB V von den Krankenkassen finanziert werde. Dem Kompetenzzentrum stünden etwa 250.000 Euro für die Weiterbildung im Land zur Verfügung. Mit diesen Mitteln würden insbesondere Weiterbildungstage, der Erwerb von didaktischen Kompetenzen für Weiterbilder oder Mentorenprogramme durchgeführt. Das Land und die Kassenärztliche Vereinigung förderten das Kompetenzzentrum zusätzlich mit 30.000 Euro. Um die Arbeit des Kompetenzzentrums zu verbessern, sollte die Förderung erhöht werden. Das Kompetenzzentrum werde für die nächsten drei Jahre gefördert und sei daran interessiert, dass Ärzte in Weiterbildung am Landarztprogramm teilnahmen. Mit den Universitäten, die primär für die Studierenden zuständig seien, müssten Gespräche geführt werden, wenn es darum gehe, dass die Studierenden das Land erlebten.

Der Präsident der Ärztekammer hat darauf hingewiesen, dass eine telemedizinische Versorgung im Einzelfall sinnvoll sein könne (z. B. Behandlung von chronisch kranken Patienten oder Überwachung von Herzschrittmachern), in unklaren Fällen aber ein direkter Patientenkontakt stattfinden sollte.

Der Vorsitzende des Hausärzteverbandes hat ergänzt, dass in den meisten Hausarztpraxen Medizinische Fachangestellte, die sich zu Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis qualifiziert hätten, oder nichtärztliche Praxisassistenten tätig seien, die Teilbereiche der häuslichen hausärztlichen Versorgung, z. B. Bestimmung der Blutwerte, übernehmen und diese digital in die Praxis übermitteln könnten, sodass der Hausarzt sofort antworten und damit eine (digitale) Versorgung vor Ort erfolgen könne. Dadurch habe der Hausarzt mehr Zeit für Notfälle.

Der Ärztliche Vorstand der Universitätsmedizin Rostock hat berichtet, dass bei dem Innovationsfondsprojekt „Herz-Effekt“ in Rostock 162 Ärzte beteiligt worden seien. Weniger als 7 Prozent der Praxen halte Technik vor, die eine digitale Anbindung ermöglichten. Damit sei man sehr weit davon entfernt, Telemedizin in den Praxen zu etablieren.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung hat mitgeteilt, dass seit Mitte des Jahres 2019 eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft sei. Nach der bisherigen Bedarfsplanung sei es nicht möglich gewesen, offene Stellen im Bereich der Fachärzte (z. B. Augenärzte, Dermatologen, HNO-Ärzte oder Nervenärzte) in den ländlichen Regionen auszuweisen. Das sei inzwischen geändert worden. Es könnten nun 40 neue Facharztstellen im ländlichen Raum ausgewiesen werden, wovon etwa die Hälfte Nervenärzte und Psychotherapeuten seien. Oberzentren in Rostock, Schwerin, Neubrandenburg und Greifswald blieben nach wie vor gesperrt oder erhielten nur geringe Öffnungen. Durch die Planung könnten Anreize geschaffen werden, in welchen Bereichen Ärzte benötigt würden, und Förderungen gestaltet werden. Es sei mit 110 offenen Hausarztstellen zu rechnen.

15 von 27 Mittelbereichen seien nach der Bedarfsplanung drohend unterversorgt. Aufgrund der drohenden Unterversorgung würden seit einigen Jahren Förderungen gewährt (z. B. Förderung von Investitionskosten, Anstellungen oder Nebenbetriebsstellen).

Der Vorsitzende des Hausärzterverbandes hat klargestellt, dass jede Hausarztpraxis über Computertechnik verfüge, die an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sei. Wenn telemedizinische Anwendungen noch nicht griffen, habe dies andere Gründe.

Die Fraktion der AfD hat hinterfragt, nach welchen Kriterien die Kandidaten, die für die Landarztquote in Betracht kämen, ausgesucht werden könnten, ohne dass hier juristische Probleme aufträten.

Der Ärztliche Vorstand der Universitätsmedizin Rostock hat mitgeteilt, dass das Kriterium „Landeskinder“ in Erwägung gezogen werden könnte. Zudem könnte berücksichtigt werden, ob sich der Kandidat bereits während der Schulzeit an der Universität oder sozial in der Region engagiert habe. Ggf. könnten im Vorfeld Themenblöcke definiert werden, die bei der Vergabe eines Medizinstudienplatzes nach dem Landarztgesetz herangezogen werden sollten.

Der Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Greifswald hat dargelegt, dass juristische Auseinandersetzungen nicht vermieden werden könnten. Bei den Auswahlkriterien dürften die ländliche Herkunft und das Abitur eine Rolle spielen. Etwa 20 bis 30 Prozent der Studierenden würden das Physikum nicht bestehen. Das Abitur sei der beste Prädiktor für den erfolgreichen Studienabschluss. Ein Begleitprogramm sei sinnvoll. Wer in seinem Studium die Möglichkeit habe, das Land zu erleben, könne eher davon überzeugt werden, als Hausarzt im ländlichen Raum tätig zu sein. Ob dies bereits bei einem 18-jährigen festgestellt werden könne, sei sehr schwierig.

Die Fraktion DIE LINKE hat unter Bezugnahme auf die schriftliche Stellungnahme des Leiters der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Greifswald um Darlegung der Gründe gebeten, warum ein Notendurchschnitt von 2,5 und besser gefordert worden sei. Zudem wurde nachgefragt, ob die vom Landkreistag genannte Erhöhung der Studienplätze um 20 Prozent angestrebt werden sollte, ob die Verpflichtung zur Niederlassung im ländlichen Raum für zehn Jahre die Bewerber abschrecken würde und ob neben der im Gesetzentwurf vorgesehenen „zuständigen Stelle“ noch eine weitere Stelle im Bereich „dual career“ geschaffen werden sollte.

Die Leiterin des Studiendekanats der Universitätsmedizin Greifswald hat erläutert, dass das Landarztgesetz ein zweistufiges Verfahren vorsehe. Nach dem Vorauswahlverfahren, in dem die Abiturnote, Studierfähigkeitstests, berufliche Vorerfahrungen und Dienste berücksichtigt würden, erfolge in zweiter Stufe ein strukturiertes Interview-Verfahren, an dem die besten Bewerber teilnahmen. Im Interview-Verfahren würden die Sozialkompetenzen geprüft. Es stelle sich die Frage, ob das Kriterium „Landeskinder“ vor dem Hintergrund des Gleichbehandlungsgrundsatzes verwirklicht werden könne. Nach den Erfahrungen im Land Nordrhein-Westfalen werde die Bewerberzahl wesentlich höher sein als die Anzahl der verfügbaren Studienplätze.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der langjährigen Erfahrungen aus den Auswahlverfahren an der Universitätsmedizin Greifswald sowie der Erkenntnis, dass die Abiturnote ein wesentlicher Prädiktor für den Studienerfolg sei, werde empfohlen, die Notengrenze bei 2,5 anzusetzen, um das Bewerberfeld nicht zu sehr auszuweiten und den administrativen Aufwand nicht zu stark zu erhöhen. Zudem solle vermieden werden, dass der Eindruck eines Landarztes „2. Klasse“ entstehe. Vielmehr gehe es um die Gewinnung von qualitativ hochwertigen Landärzten.

Der Ärztliche Vorstand der Universitätsmedizin Rostock hat ausgeführt, dass eine Erhöhung der Anzahl der Studienplätze um 20 Prozent zu begrüßen wäre, da hierdurch ein größerer Pool für mögliche Hausärzte im ländlichen Raum zur Verfügung stehe. Es entstünden Mehrkosten, da zusätzliche Professoren, Räumlichkeiten und insgesamt eine Kapazitätsausweitung erforderlich wären.

Die Leiterin des Studiendekanats der Universitätsmedizin Greifswald hat ergänzt, dass eine Kapazitätserhöhung erhebliche Kosten verursachen würde. Im Übrigen bestünden nur eingeschränkte personelle Ressourcen und räumliche Kapazitäten. Eine Ausweitung um 20 Prozent bedeute 40 zusätzliche Studienplätze an der Universitätsmedizin Greifswald und damit zwei zusätzliche Seminargruppen. Die Hörsäle umfassten allerdings nur etwa 200 Studierende. In der Klinik liege der Engpass in der Patientenzahl. Überdies hat sie auf die bevorstehende Novellierung der Approbationsordnung verwiesen.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung hat darauf aufmerksam gemacht, dass die Frage, wie sichergestellt werden könne, dass sich Ärzte in Weiterbildung künftig in ländlichen Regionen niederließen und ihre Partner dort eine adäquate Tätigkeit fänden (Partnerprogramm „dual career“) in der Stelle „Verbundweiterbildung“, die die Ärzte durch die Weiterbildung führe, diskutiert werde. Die Kassenärztliche Vereinigung spreche die Kommunen vor Ort an und erörtere auch die Möglichkeiten einer Beschäftigung des Partners. Es würden Gespräche über die Einrichtung einer Informationsstelle beim Städte- und Gemeindetag oder bei der Kassenärztlichen Vereinigung geführt, die über die verschiedenen Möglichkeiten der Förderung informieren solle.

IV. Wesentliche Ergebnisse der Beratungen des Wirtschaftsausschusses

1. Allgemeines

Vonseiten des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit ist ausgeführt worden, dass mit dem Gesetzentwurf dem drohenden Ärztemangel im Land begegnet und die medizinische Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum sichergestellt werden sollte. Der Gesetzentwurf sehe vor, in Mecklenburg-Vorpommern 7,8 Prozent der Medizinstudienplätze (32 Medizinstudienplätze) an Bewerbende zu vergeben, die das Abitur nicht mit der Note 1 abgeschlossen hätten, aber über Sozialkompetenzen verfügten und fachlich geeignet seien, wenn sie sich verpflichteten, als Hausarzt im Land tätig zu sein. Das Land halte an seinen beiden Universitäten in Rostock und Greifswald insgesamt 408 Medizinstudienplätze vor. Die medizinische Ausbildung an den Universitäten in Rostock und Greifswald genieße deutschlandweit hohe Anerkennung. Das Land verfüge damit über gute Rahmenbedingungen. Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern sei als zuständige Stelle im Sinne des Gesetzentwurfes vorgesehen, da sie die Hausärzte (und Fachärzte) repräsentiere und die erforderliche Erfahrung habe. Diese Stelle sollte sich u. a. mit Fällen beschäftigen, in denen Bewerber abgelehnt worden seien und den Klageweg beschreiten würden.

Es sei pro Jahr mit etwa 100 bis 200 Bewerbungen auf die nach dem Landarztgesetz zu vergebenden 32 Medizinstudienplätze zu rechnen. Das Auswahlverfahren werde durch die beiden Lehrstühle der Universitätsmedizin Rostock und Greifswald unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer durchgeführt. Mecklenburg-Vorpommern sei eines der ersten Bundesländer, die ein Landarztgesetz auf den Weg bringen würden. Viele Regelungen seien aus dem Landarztgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen übernommen worden. Im Übrigen gewähre die Landesregierung Medizinstudierenden eine Förderung im Praktischen Jahr ihrer Ausbildung und reiche Stipendien aus. Mehr als 200 Ärzte im Land führten eine Fort- und Weiterbildung zum Facharzt durch.

Seitens der Fraktion DIE LINKE ist hinterfragt worden, aus welchen Gründen eine Vertragsstrafe in Höhe von 250.000 Euro gewählt worden sei und ob der im Gesetzentwurf implementierte Gedanke auch auf den Bereich der Pharmazie ausgedehnt werden könne.

Das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit hat dargelegt, dass eine Vertragsstrafe in Höhe von 250.000 Euro vorgesehen sei, um Missbrauch zu verhindern. Zudem sei eine Härtefallklausel aufgenommen worden. Die Zahlung der Vertragsstrafe solle den Bewerbern nicht in eine existenzielle Bedrängnis (Privatinsolvenz) bringen. Grundsätzlich sei eine Ausdehnung des Gesetzentwurfes auf den Bereich der Pharmazie vorstellbar, weil auch hier Engpässe zu erwarten seien. Allerdings seien diese Engpässe nicht so gravierend wie bei den Hausärzten.

2. Zu den Paragraphen 1 bis 7

Die Fraktion DIE LINKE hatte beantragt,

1. dem § 1 folgenden Artikel 1 voranzustellen:

„Artikel 1

Gesetz zur Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie der Versorgung mit Apothekerinnen und Apothekern in Bereichen mit besonderem öffentlichen Bedarf des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Haus- und Facharzt- sowie Apothekergesetz Mecklenburg-Vorpommern - HaFaApoG M-V)“.

2. § 1 wie folgt zu fassen:

„§ 1 Zielsetzung

Dieses Gesetz dient der dauerhaften und flächendeckenden Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie der Versorgung mit Apothekerinnen und Apothekern in unterversorgten bzw. von Unterversorgung bedrohten Gebieten des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Land) gemäß § 3.“

3. § 2 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Medizin“ die Wörter „oder Pharmazie“ eingefügt.
- b) In Satz 1 Nummer 1 werden nach dem Wort „hausärztlichen“ die Wörter „bzw. fachärztlichen“ eingefügt.

- c) In Satz 1 Nummer 1 werden nach dem Wort „Tätigkeit“ die Wörter „bzw. zur Tätigkeit als Apothekerin oder Apotheker“ eingefügt.
- d) In Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a werden nach dem Wort „Weiterbildung“ die Wörter „in Mecklenburg-Vorpommern“ eingefügt.
- e) In Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b werden nach dem Wort „Tätigkeit“ die Wörter „bzw. eine fachärztliche Tätigkeit oder eine Tätigkeit als Apothekerin oder Apotheker“ eingefügt.
4. § 3 wie folgt zu ändern:
- a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „getroffen“ die Wörter „und für Apothekerinnen und Apotheker die Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern einen Bedarf festgestellt“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 werden die Wörter „hausärztlicher Versorgung“ durch die Wörter „haus- oder fachärztlicher Versorgung sowie Versorgung mit Apothekerinnen und Apothekern“ ersetzt.
5. § 4 wie folgt zu ändern:
- a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „hausärztlichen Tätigkeit“ durch die Wörter „haus- oder fachärztlichen Tätigkeit bzw. Tätigkeit als Apothekerin oder Apotheker“ ersetzt.
- b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
- „Die Strafzahlung ist ratierlich zu berechnen und hat bereits abgeleistete Zeiträume zu berücksichtigen.“
6. § 5 wie folgt zu ändern:
- In Absatz 2 Nummer 3 werden nach dem Wort „Humanmedizin“ die Wörter „bzw. Pharmazie“ eingefügt.
7. § 7 wie folgt zu ändern:
- Die Angabe „§ 7“ wird durch die Angabe „Artikel 2“ ersetzt.

Zur Begründung ist ausgeführt worden, dass die Stellungnahmen und die Anhörung zum Gesetzentwurf sowie Gespräche mit der Apothekerkammer Mecklenburg-Vorpommern deutlich gemacht hätten, dass es in den nächsten zehn Jahren nicht nur bei den Hausärzten, sondern auch bei Fachärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern zu personellen Engpässen kommen werde bzw. es diese schon gebe. Das Gesetz werde erst in etwa zehn Jahren seine Wirkung entfalten können. Bis dahin würden ausweislich der Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage (Drucksache 7/3986) etwas mehr als ein Viertel der aktuell ca. 1.000 Apothekerinnen und Apothekern aus dem Beruf ausgeschieden sein. Zudem würden immer mehr Apothekerinnen und Apotheker eine Tätigkeit in den Zentren bevorzugen.

Vor diesem Hintergrund sollte der persönliche Anwendungsbereich des Gesetzes erweitert werden. Überdies werde entsprechend der Anregung der Ärztekammer vorgeschlagen, die Weiterbildung in Mecklenburg-Vorpommern durchzuführen, und empfohlen, bei den Sanktionen eine Ratenzahlung vorzusehen sowie bereits abgeleistete Zeiträume zu berücksichtigen.

Der Ausschuss hat den Änderungsantrag mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, CDU und AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE abgelehnt.

Der Ausschuss hat einvernehmlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, CDU und AfD bei Enthaltung seitens der Fraktion DIE LINKE beschlossen, die Überschrift und die §§ 1, 3 und 5 bis 7 unverändert anzunehmen.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden hat der Ausschuss einvernehmlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, CDU und AfD bei Enthaltung seitens der Fraktion DIE LINKE beschlossen, in § 2 Satz 1 nach der Angabe „(GVOBl. M-V S. 164)“ ein Komma einzufügen.

Der Ausschuss hat entsprechend der Empfehlung des Finanzausschusses einvernehmlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD und CDU bei Enthaltung seitens der Fraktionen der AfD und DIE LINKE beschlossen, in § 4 Absatz 3 nach dem Wort „Landeshaushaltsordnung“ das Wort „Mecklenburg-Vorpommern“ einzufügen.

3. Zum Gesetzentwurf insgesamt

Der Ausschuss hat einvernehmlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, CDU und AfD bei Enthaltung seitens der Fraktion DIE LINKE beschlossen, dem Landtag zu empfehlen, den Gesetzentwurf der Landesregierung auf Drucksache 7/4300 mit den zuvor beschlossenen Änderungen und im Übrigen unverändert anzunehmen.

4. Entschlüsse

Die Fraktion DIE LINKE hatte die Annahme folgender Entschlüsse beantragt:

- „1. Der Landtag stellt fest, dass mit dem Landarztgesetz ein zwar verspäteter, aber richtiger Schritt zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern gegangen wird, dieser allein und nur bezogen auf den Hausarztberuf jedoch nicht ausreicht und frühestens ab dem Jahr 2031 seine Wirkung entfaltet. Notwendig ist unter anderem die Ausweitung der Anwendung des Instrumentes der Quotierung auch auf Facharztberufe sowie Apothekerinnen und Apotheker, eine Bedarfsanalyse für ärztliches und nichtärztliches Personal für das Land zu entwickeln, die Anzahl der Studienplätze zu erhöhen und die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit als Ärztin bzw. Arzt sowie als Apothekerin bzw. Apotheker zu verbessern.“

2. Der Landtag fordert die Landesregierung auf,
 - a) zeitnah eine Analyse über die Entwicklung des Bedarfes an ärztlichem und nichtärztlichem Personal sowie an Apothekerinnen und Apothekern zu erarbeiten,
 - b) die Anwendung der Quotierung auf Facharztberufe sowie Apothekerinnen bzw. Apotheker auszuweiten,
 - c) entsprechend der Analyse die Anzahl der Studienplätze für die Studienrichtungen Medizin und Pharmazie anzupassen,
 - d) zeitnah eine Studie der Ärztekammer zur Steigerung der Attraktivität des Hausarztberufes zu fördern,
 - e) die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit als Ärztin bzw. Arzt sowie als Apothekerin bzw. Apotheker in Mecklenburg-Vorpommern insgesamt sowie insbesondere in den Regionen mit besonderem Bedarf zu verbessern und sich auch auf Bundesebene dafür einzusetzen,
 - f) die Gewinnung und Zulassung ausländischer Ärztinnen und Ärzte zu intensivieren.“

Zur Begründung ist insbesondere dargelegt worden, es sei in der Anhörung zum Ausdruck gekommen, dass Rahmenbedingungen zur Erhöhung der Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit im ländlichen Raum geschaffen werden müssten. Insoweit wurde auf entsprechende Modelle in Brandenburg und Schleswig-Holstein verwiesen. Zudem sollte die Anzahl der Medizinstudienplätze erhöht werden.

Allerdings habe die Anhörung auch gezeigt, dass aufgrund der räumlichen und personellen Kapazitäten von einem Zeitraum von deutlich mehr als fünf Jahren auszugehen sei, um die erforderlichen Rahmenbedingungen für die Erhöhung der Anzahl der Medizinstudienplätze an den Universitäten im Land zu schaffen.

Der Ausschuss hat den Entschließungsantrag mehrheitlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, CDU und einer Stimme seitens der Fraktion der AfD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE bei einer Enthaltung seitens der Fraktion der AfD abgelehnt.

Die Fraktionen der CDU und SPD haben die Annahme folgender Entschließung beantragt:

- „1. Der Landtag begrüßt das Gesetz zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Bereichen mit besonderem öffentlichen Bedarf des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Landarztgesetz Mecklenburg-Vorpommern - LAG M-V) und sieht in dem Gesetz einen wichtigen Beitrag zur mittelfristigen Sicherstellung der Bedarfe für ärztliche Versorgung insbesondere in den ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns.
2. Der Landtag empfiehlt der Landesregierung, das Landarztgesetz zu gegebener Zeit insbesondere vor dem Hintergrund der Frage seiner Wirkung zu evaluieren; dabei soll eine Ausdehnung der Zielsetzung des Gesetzes auch auf andere gesundheitspolitisch relevante Bereiche wie etwa die Zahnmedizin erwogen werden.“

Zur Begründung ist ausgeführt worden, dass das Landarztgesetz erst nach einer gewissen Zeit Wirkung zeigen werde. Daher sei es wichtig, eine Evaluierung durchzuführen. Zudem sollten weitere Bereiche der medizinischen Versorgung im Rahmen der Evaluierung berücksichtigt werden. In der Anhörung sei beispielhaft der Bereich der Zahnmedizin angesprochen worden.

Der Ausschuss hat den Entschließungsantrag einvernehmlich mit den Stimmen der Fraktionen der SPD, CDU und DIE LINKE bei Enthaltung seitens der Fraktion der AfD angenommen.

Schwerin, den 16. Januar 2020

Dietmar Eifler
Berichterstatter