

Fragen an die Parteien für das Schwerpunktthema im Ärzteblatt März 2021

Antworten des SPD-Landesverbandes Rheinland-Pfalz



LANGFASSUNG

1.) Wie stehen Sie zur aktuellen Anzahl der Medizinstudienplätze in Rheinland-Pfalz? Reicht diese aus oder sind mehr Studienplätze nötig? Und wie soll dies finanziert werden?

Mit dem Wintersemester 2020/2021 haben die Universität und Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz die Studienanfängerkapazitäten weiter erhöht und bieten nun sowohl im Sommer- als auch im Wintersemester 225 Studienplätze in der Humanmedizin an. Mit den 450 Studienanfängerplätzen pro Jahr ist während der Legislaturperiode ein Aufwuchs von über 10 % der Kapazitäten gelungen. Das Land hat diesen Aufwuchs durch eine Anhebung des Zuschusses auskömmlich finanziert.

Gerade derzeit besteht der Eindruck, dass der Bedarf an medizinischem Personal – nicht nur an Ärztinnen und Ärzten noch darüber hinausgeht. Wichtig sind daneben aber auch die getroffenen Maßnahmen, damit die Absolventinnen und Absolventen nach Abschluss ihrer Ausbildung dort zur Verfügung stehen, wo sie dringend benötigt werden. Daher vergibt Rheinland-Pfalz z. B. eine feste Quote von Studienplätzen an Bewerberinnen und Bewerber, die sich verpflichten, in unterversorgten Regionen („Landarztquote“) oder im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig zu werden.

2.) Wie stellen Sie sich die Weiterentwicklung des Campus Trier vor? Ab wann sollen dort die Studierenden ab dem 5. Semester ausgebildet werden? Bedeutet dies auch eine Erhöhung der bislang vorhandenen Studienplätze?

Mit dem Medizincampus Trier ist zunächst keine Erhöhung der vorhandenen Studienplätze verbunden. Im Mittelpunkt steht vielmehr eine Entlastung in der Lehre in Mainz und das Angebot an einem weiteren Studienort. Der Medizincampus Trier ist unter den durch die Pandemie erschweren Rahmenbedingungen sehr vielversprechend mit Studierenden im 10. Fachsemester gestartet. Wie geplant, soll im Wintersemester 2021/2022 ein Start mit Studierenden im 9. Fachsemester folgen. Über einen weiteren Ausbau wird dann auf der Basis einer Evaluierung entschieden werden.

3.) Wie sehen Sie die Möglichkeit, neben Mainz und Trier einen dritten Uni-Standort für Medizinstudierende in Koblenz aufzubauen?

Aus Sicht der SPD bleibt vor einer Entscheidung über die Etablierung weiterer Standorte die Evaluierung der Umsetzung in Trier hinsichtlich der beiden letzten Fachsemester abzuwarten.

4.) Wie kann die Universitätsmedizin gestärkt werden, damit finanzielle Engpässe Lehre und Forschung nicht beeinträchtigen?

Im zweiten Nachtragshaushalt 2020 sind für die Jahre 2021 bis 2023 insgesamt 45 Mio. Euro zusätzlicher Mittel für die Universitätsmedizin vorgesehen, damit sie wichtige Projekte wie z.

B. die Anhebung der Studienplatzkapazitäten trotz der Belastungen der Pandemie durchführen kann. 10 Mio. Euro davon sind zusätzliche Investitionsmittel. Hinzu kommt ein im Haushalt 2021 um 5 Mio. Euro erhöhter Zuschuss für Forschung und Lehre. Damit schafft das Land Rheinland-Pfalz die Voraussetzungen für eine Fortschreibung der hervorragenden Leistungen der Universitätsmedizin in Forschung und Lehre. Weitere Herausforderungen – insbesondere die Umsetzung des Masterplans Medizin 2020 (vgl. nächste Frage) – sind absehbar und deren Finanzierung muss von den Ländern mit dem Bund geklärt werden.

5.) Wie bewerten Sie die Reform der Approbationsordnung? Uns interessiert hier besonders:

- Wie sehen Sie die Verschiebung der mündlichen Prüfung vom 4. ins 6. Semester mit einer gleichzeitigen Ausweitung der Prüfung?
- Wie beurteilen Sie die Ausweitung der Prüfung am Ende des Medizinstudiums?
- Ist die geplante verpflichtende wissenschaftliche Arbeit, die während des Studiums angefertigt werden muss, sinnvoll? Und woher sollen die hierfür notwendigen Betreuungskräfte rekrutiert werden?
- Wie bewerten Sie die im Praktischen Jahr vorgesehene interprofessionelle Bewertung der Medizinstudierenden durch Pflegekräfte?
- Ist es Ihrer Ansicht nach gut, dass Studiengänge für Pflege und/oder Hebammen auf das Medizinstudium angerechnet werden können?
- Wie soll die Umsetzung der geplanten reformierten Approbationsordnung finanziert werden?

Aus Sicht der SPD enthält der Entwurf für die Überarbeitung der Approbationsordnung einige Ansätze, die erheblich zu einer Modernisierung des Medizinstudiums beitragen können. Die genannten Punkte enthalten dafür einige Beispiele. Die Bewältigung des organisatorischen und finanziellen Aufwandes erfordert eine besondere Kraftanstrengung der Uniklinika, der Länder und des Bundes. Dabei ist es nach wie vor das Ziel, ein hochwertiges Medizinstudium für viele Studierende anzubieten. Die Länder werden daher intensiv mit dem Bund darüber diskutieren müssen, welche der angedachten Maßnahmen tatsächlich durchführbar sind, wo man ggf. Schwerpunkte setzt und vor allem auch, wie sich der Bund an dieser weit reichenden Reform finanziell beteiligt.

6.) Welche Pläne haben Sie, um mehr Ärzt*innen für die Versorgung zu gewinnen?

Die Sicherung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und dabei wirtschaftlichen gesundheitlichen Versorgung der Menschen im Land, ist der SPD seit vielen Jahren ein wichtiges Anliegen. Bereits im Jahr 2007 hat das SPD-geführte Rheinland-Pfalz als eines der ersten Bundesländer den Masterplan zur Stärkung der ambulanten Versorgung auf den Weg gebracht. Dazu zählen z. B. die Förderung der Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr sowie Neuniederlassungen oder Praxisübernahmen in Förderregionen, Wiedereinstiegskurse für Ärztinnen und Ärzte sowie Weiterbildungsverbände in verschiedenen – überwiegend ländlichen – Regionen und ein allgemeinmedizinisches Kompetenzzentrum an der Universitätsmedizin. Auch mit der Landarzt-Offensive unterstützen wir die wohnortnahe ärztliche Versorgung langfristig. Auch die Einführung einer Quote für den öffentlichen Gesundheitsdienst und eine Erhöhung der Medizin-Studienplätze bis zum Ende der Legislaturperiode sowie die Regionalisierung der Mediziner-Ausbildung stärken die Versorgung.

7.) Welche Maßnahmen halten Sie für geeignet, die hausärztliche Versorgung im Flächenland Rheinland-Pfalz zu stärken?

Im Rahmen unseres „Masterplans zur Stärkung der ambulanten hausärztlichen Versorgung“ haben wir in den vergangenen Jahren zahlreiche Maßnahmen auf den Weg gebracht, um die

medizinische Versorgung in der Stadt und auf dem Land zu sichern. Wir unterstützen Hausärztinnen und Hausärzte bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren und haben die Niederlassungsförderung auf Ärzteteams ausgedehnt. Damit erhöhen wir die Attraktivität einer hausärztlichen Tätigkeit und entwickeln das Hausarzt-Modell zeitgemäß weiter. Neue Chancen für die hausärztliche Gesundheitsversorgung ergeben sich durch die Nutzung digitaler Möglichkeiten. Die ärztliche Weiterbildung stärken wir mit dem „Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin“ an der Universitätsmedizin Mainz sowie fachärztlichen Weiterbildungsverbänden in der Fläche.

8.) Wie stehen Sie in diesem Zusammenhang zu den Selektivverträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung?

Ein Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung kann nach unserer Auffassung dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung in unserem Land zu verbessern. Solche Verträge ermöglichen eine bessere Honorierung der qualifizierten hausärztlichen Tätigkeit: Vor dem Hintergrund unseres Ziels, ärztlichen Nachwuchs gerade auch für den ländlichen Raum zu gewinnen, können Selektivverträge zur hausarztzentrierten Versorgung somit eine geeignete Maßnahme sein. Für Patientinnen und Patienten stärken diese Verträge das Vertrauensverhältnis zu ihrem Hausarzt. Dies kommt insbesondere chronisch Erkrankten deutlich zugute.

9.) Können Sie sich vorstellen, Strukturen im ambulanten Sektor zu fördern, die die ärztliche Selbstständigkeit - auch in größeren Praxen in Kombination mit angestellten Kolleg*innen - zum Ziel haben und nicht die Begünstigung von MVZ-Strukturen?

Wir begrüßen es, dass die Landesregierung bereits hausärztliche Niederlassungen fördert, in diesem Zusammenhang auch Niederlassungen in einem MVZ.

10.) Wie werden Sie die Krankenhauslandschaft zukunftsfest gestalten?

Rheinland-Pfalz verfügt über ein flächendeckendes und wohnortnahes Netz an Krankenhäusern. Die Rheinland-Pfälzerinnen und Rheinland-Pfälzer können sich darauf verlassen, dass ihnen im Notfall schnell geholfen wird. Die Investitionen in unsere Krankenhauslandschaft haben wir seit 2016 um 41 Millionen Euro gesteigert: Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms sowie des Krankenhausstrukturfonds stehen den Krankenhäusern im Jahr 2020 damit 161 Millionen Euro für bauliche Maßnahmen zur Verfügung. Die Investitionsfinanzierung der Kliniken wird im Jahr 2021 um ca. 37 Mio. Euro auf 198 Mio. Euro erhöht, Hinzu kommen 200 Mio. Euro, im Wesentlichen für den Ausbau der Digitalisierung, aus dem Krankenhauszukunftsgesetz des Bundes, von denen das Land Rheinland-Pfalz weitere 50 Mio. Euro finanziert.

11.) Haben Sie Ideen, um die Krankenhausfinanzierung zu reformieren? Plädieren Sie für eine Beibehaltung des DRG-Systems?

Aus unserer Sicht ist es unverzichtbar, das DRG-System weiterzuentwickeln und die vorhandenen Nachteile zu Ungunsten der Krankenhäuser zu beseitigen. Eine auskömmliche und faire Finanzierung der Betriebskosten ist zwingend notwendig. Daher hat die SPD-geführte Landesregierung auf der Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2019 die Einrichtung einer Bund-Länder Arbeitsgruppe gefordert, die sich mit einer Neuausrichtung der Strukturen der Krankenhausfinanzierung insgesamt und des DRG-Systems im speziellen auseinandersetzt. Diese Arbeitsgruppe hat ihre Arbeit im Januar 2020 aufgenommen mit einem breiten Konsens, dass die notwendige Reform des Vergütungssystems die Finanzierung der akutstationären

Versorgung der Bevölkerung auf dem Land und in den Städten mit ihren spezifischen Vorhaltekosten sichergestellt werden muss. Wir sind der Auffassung, dass nicht allein die Größe eines Krankenhauses, sondern seine Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung vergütungsrelevant werden muss.

12.) Wie stehen Sie zum Thema Substitution ärztlicher Leistungen?

In ihrem Koalitionsvertrag auf Bundesebene haben Union und SPD festgelegt, die „Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe neu zu justieren und den Gesundheitsfachberufen mehr Verantwortung zu übertragen“. Unser Schwerpunkt liegt aber auf einer Entlastung von Ärztinnen und Ärzten durch Delegation, wo immer es sinnvoll ist. Eine Substitution sehen wir daher eher kritisch.

13.) Wie wichtig ist es Ihnen, den ärztlichen Beruf als Freien Beruf weiter zu stärken?

Kernelement der Freien Berufe ist es, dass die Berufsgestaltung und -ausübung selbstständig und nicht im Wege eines Gewerbes erbracht wird. Zwar werden die Grenzen des Freien Berufs durch berufsreglementierende Regelungstexte abgesteckt; innerhalb dieser Grenzen ist man in der Berufsausübung jedoch frei. Bei möglichen anstehenden Reformen sollen die entsprechenden Kammern beteiligt werden, um so auch die Belange der Freien Berufe in einer angemessenen Art und Weise in unsere politischen Entscheidungen einzubeziehen.

14.) Wie stehen Sie zu den ärztlichen Versorgungseinrichtungen? Können Sie sich vorstellen, entweder die berufsständischen Versorgungswerke in die DRZ zu integrieren oder die Beitragsbemessungsgrenze zu erhöhen, sodass jüngere Nachwuchsmitglieder in der DRV statt im Versorgungswerk landen?

Die rheinland-pfälzischen Versorgungswerke für die Heilberufe sind wie in den anderen Bundesländern auch für die Versorgung der Ärzt*innen von grundlegender Bedeutung. Ende der 60er Jahre entstanden in der Bundesrepublik für die Heilberufe nahezu flächendeckend berufsständische Versorgungswerke auf landesgesetzlichen Grundlagen. Bedeutsam war dabei auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes. Ein wichtiger Aspekt der Berufsstände war, die Altersvorsorge ihrer Mitglieder den eigenen Bedürfnissen anpassen und selbst verwalten können. Eine Überführung der Versorgungswerke in die Rentenversicherung scheitert (bisher) am Verfassungsrecht. Die verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine Überführung der Versorgungswerke in die Rentenversicherung begründen sich damit, dass eine solche Überleitung geeignet sein müsste, die Finanzlage der Rentenversicherung dauerhaft zu verbessern. Schließlich müsste dann die Rentenversicherung, die aus dem Eigentumsschutzes des Art. 14 Abs. 1 GG in den Versorgungswerken aufgebauten Leistungsansprüche voll erfüllen.

15.) Was ist nötig, um den Gesundheitsstandort Rheinland-Pfalz zu stärken?

Die Stärkung des Gesundheitsstandortes Rheinland-Pfalz kann immer nur über ein Gemeinschaftswerk wichtiger Partner im Gesundheitswesen realisiert werden. Wir wollen, dass sich die ambulanten und stationären Leistungserbringer in den Versorgungsregionen vernetzen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der medizinischen Versorgung in unseren ländlichen Regionen, die durch den demografischen Wandel und den Fachkräftemangel auch in Zukunft vor besonderen Herausforderungen steht. Die Chancen der Digitalisierung nutzen wir konsequent zum Wohle der Patientinnen und Patienten und zur Entlastung der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Wir lernen aus unseren Erfahrungen mit Corona, um für vergleichbare

Krisen in der Zukunft noch besser gerüstet zu sein. Wir sorgen nachhaltig für gute Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Gesundheitssystems und treiben die Digitalisierung weiter voran.

16.) Wie stehen Sie zur Einführung einer Bürgerversicherung im Vergleich zur bisherigen dualen Struktur der Krankenversicherung?

Nach dem Willen der SPD soll eine Bürgerversicherung als Krankenvoll- und Pflegeversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger eingeführt werden, damit alle Bürgerinnen und Bürger, unabhängig von ihrem Einkommen, ihrer Lebenslage oder ihrem Erwerbsstatus, eine gute Kranken- und Pflegeversicherung erhalten. Aus Sicht der SPD müssen die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung unabhängiger werden von Konjunktur und dem Faktor Arbeit. Die Bürgerversicherung erweitert die Finanzbasis der Kassen.

Fragen an die Parteien für das Schwerpunktthema im Ärzteblatt März 2021

Antworten von BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN Rheinland-Pfalz

LANGFASSUNG



1.) Wie stehen Sie zur aktuellen Anzahl der Medizinstudienplätze in Rheinland-Pfalz? Reichen diese aus oder sind mehr Studienplätze nötig? Und wie soll dies finanziert werden?

Wir wollen mehr Medizinstudienplätze schaffen. Ein erster Schritt zum Ausbau des Medizinstudiums ist die Regionalisierung des klinischen Studiums. In Trier wird sie bereits umgesetzt. Dabei muss gewährleistet sein, dass den Kliniken die nötigen finanziellen Mittel zur Verfügung stehen, um eine erfolgreiche Lehre ermöglichen zu können.

2.) Wie stellen Sie sich die Weiterentwicklung des Campus Trier vor? Ab wann sollen dort die Studierenden ab dem 5. Semester ausgebildet werden? Bedeutet dies auch eine Erhöhung der bislang vorhandenen Studienplätze?

Die Studierenden sollen sobald wie möglich ihr klinisches Studium auch in Trier absolvieren können. Bisher sind die Studienplätze der Mainzer Unimedizin dadurch begrenzt, dass im klinischen Teil nicht genug Plätze an der Mainzer Uniklinik zur Verfügung stehen. Das ändert sich, wenn zusätzlich noch am Campus Trier klinische Plätze angeboten werden. Dadurch könnten mehr Studierende für das Vorklinikum in Mainz zugelassen werden. Ein weiterer Vorteil wäre, dass dadurch Medizinstudierende schon während ihres Studiums auch in einer anderen Region von Rheinland-Pfalz leben und sich so eher nach dem Studium dort niederlassen werden.

3.) Wie sehen Sie die Möglichkeit, neben Mainz und Trier einen dritten Uni-Standort für Medizinstudierende in Koblenz aufzubauen?

Wir sehen große Vorteile in der Regionalisierung des Medizinstudiums und wollen deshalb eine Ausweitung auf weitere Standorte erreichen. Koblenz wäre dafür ein möglicher Standort.

4.) Wie kann die Universitätsmedizin gestärkt werden, damit finanzielle Engpässe Lehre und Forschung nicht beeinträchtigen?

Wir GRÜNE werden uns auch in Zukunft dafür einsetzen, dass die Mittel für Forschung und Lehre kontinuierlich erhöht werden. Im Haushalt 2021 sind zusätzliche 5 Millionen Euro für Forschung und Lehre an der Universitätsmedizin vorgesehen. Auf diesem Weg wollen wir weitergehen. Durch Investitionen in die technische Infrastruktur und die Einführung eines landesweiten Organisationssystems wollen wir außerdem die Voraussetzungen für einen echten Digitalisierungsschub schaffen.

5.) Wie bewerten Sie die Reform der Approbationsordnung? Uns interessiert hier besonders:

- Wie sehen Sie die Verschiebung der mündlichen Prüfung vom 4. ins 6. Semester mit einer gleichzeitigen Ausweitung der Prüfung?

Im Rahmen der neuen mündlichen Prüfung im 6. Semester sollen auch klinische Inhalte mitabgeprüft werden, was die angestrebte stärkere Verschränkung von wissenschaftlicher und klinischer Ausbildung unterstützen dürfte.

- Wie beurteilen Sie die Ausweitung der Prüfung am Ende des Medizinstudiums? Wir halten es grundsätzlich für begrüßenswert, wenn zentrale Lerninhalte auch Inhalt von Prüfungen sind und die vorhandenen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um die Vergleichbarkeit und Transparenz von Prüfungsergebnissen zu erhöhen. Zusätzlich begrüßen wir, dass auch die ambulante Versorgung einen höheren Anteil in Ausbildung und Prüfung bekommt und dadurch gestärkt wird.

- Ist die geplante verpflichtende wissenschaftliche Arbeit, die während des Studiums angefertigt werden muss, sinnvoll? Und woher sollen die hierfür notwendigen Betreuungskräfte rekrutiert werden?

Um eine wissenschaftliche Beschäftigung schon vor einer möglichen Doktorarbeit zu gewährleisten und um diese besser vorzubereiten, halten wir eine wissenschaftliche Arbeit während des Studiums für sehr sinnvoll. Wie die Betreuung der Arbeiten zu organisieren ist, soll, wie alle Entscheidungen, die Studium und Lehre betreffen, durch die Zuständigen innerhalb des Fachbereichs festgelegt werden. Sollten dafür zusätzliche Personalstunden vonnöten sein, so müssen diese bereitgestellt und finanziert werden.

- Wie bewerten Sie die im Praktischen Jahr vorgesehene interprofessionelle Bewertung der Medizinstudierenden durch Pflegekräfte?

Dies halten wir für eine sehr gute Neuerung, da in der ärztlichen Praxis eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärzt*in und Pflegekraft unabdingbar ist. Dabei kommt es auch auf eine Kommunikation auf Augenhöhe an. In der täglichen Zusammenarbeit können Pflegekräfte oft eine andere Perspektive auf die Leistung der Medizinstudierenden bekommen als deren ärztliche Betreuungspersonen.

- Ist es Ihrer Ansicht nach gut, dass Studiengänge für Pflege und/oder Hebammen auf das Medizinstudium angerechnet werden können?

Ja, auf jeden Fall. In den Studiengängen für Pflege und Hebammen lernen die Studierenden wesentliche medizinische Grundlagen, die auch für das Medizinstudium wichtig sind. Vergleichbare Inhalte sollten hier angerechnet werden, um eine Durchlässigkeit zu gewährleisten.

- Wie soll die Umsetzung der geplanten reformierten Approbationsordnung finanziert werden?

Durch die Reformen der Gesundheitsberufe, die von der Bundesregierung angestoßen wurden, kommen laut ersten Berechnungen massive zusätzliche Kosten auf die Länder zu. Da die geplante neue Approbationsordnung eine tiefgreifende Veränderung im Gesundheitswesen darstellt, sind wir der Ansicht, dass sich der Bund signifikant an den Kosten beteiligen muss, damit sich die gewünschten positiven Effekte einstellen können.

6.) Welche Pläne haben Sie, um mehr Ärzt*innen für die Versorgung zu gewinnen?

Nicht zuletzt die Erfahrungen der vergangenen Monate zeigen, dass medizinisches und pflegerisches Fachpersonal dringend gebraucht wird. Wir wollen mehr Medizinstudienplätze schaffen. Auf lange Sicht möchten wir eine zweite Universitätsmedizin aufbauen. Dabei muss gewährleistet sein, dass den Kliniken die nötigen finanziellen Mittel zur Verfügung

stehen, um eine erfolgreiche Lehre ermöglichen zu können. Mehr Absolvent*innen der Medizin sollen eine Beschäftigung im behandelnden medizinischen Bereich aufnehmen. Dafür sind auch unten genannte Maßnahmen zur hausärztlichen Versorgung geeignet.

7.) Welche Maßnahmen halten Sie für geeignet, die hausärztliche Versorgung im Flächenland Rheinland-Pfalz zu stärken?

Die Förderprogramme zur Versorgung durch den Hausarzt müssen weiter ausgebaut, finanziell gestärkt und auf Bereiche ausgedehnt werden für die Fachärzte fehlen. Die Kommunen, in denen ein Ärztemangel droht, müssen besser beraten werden. Wir brauchen auch stärkere Anreize, um eine Niederlassung im ländlichen Raum und in städtischen Problemgebieten zu fördern. Häufig müssen Patient*innen zu weite Wege zu medizinischen Einrichtungen in Kauf nehmen. Deshalb wollen wir Bürgerbusse, Hol- und Bringdienste (z.B. Therapietaxis) und mobile ärztliche Praxen mit Sprechstunden vor Ort fördern. Telemedizinische Angebote können spezialisierte Angebote auch in abgelegene Regionen bringen, sie sollen den menschlichen Kontakt aber nicht ersetzen. Daher wollen wir telemedizinische Angebote dort unterstützen, wo sie sinnvoll sind und Versorgungsdefizite ausgleichen können. In Regionen mit ärztlicher Unterversorgung müssen die Kliniken auch die ambulante Versorgung mitübernehmen und niedergelassene Ärzt*innen, Krankenhäuser und Pflegeheime besonders eng zusammenarbeiten. Wir wollen die Beratung für Kommunen verbessern, die Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen wollen, Modellprojekte unterstützen und Gründungen von vertragsärztlichen Praxiskliniken fördern.

8.) Wie stehen Sie in diesem Zusammenhang zu den Selektivverträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung?

In vielen Fällen ist es medizinisch sinnvoll, wenn zunächst der Hausarzt oder die Hausärztin aufgesucht wird. Das Recht der freien Arztwahl hat hierzulande jedoch einen hohen Stellenwert. Die Beteiligung an Primärarztssystemen wird deshalb weiterhin nur auf freiwilliger Basis erfolgen können. Gleichzeitig sehen wir die große Bedeutung der Primärversorgung - gerade vor dem Hintergrund eines zunehmenden Anteils älterer und chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Aus unserer Sicht sind insbesondere die bestehenden Hausarztverträge ein gutes Instrument, um durch Anreize für Patientinnen und Patienten sowie für Leistungserbringer die steuernde Funktion der Primärversorgung zu stärken.

9.) Können Sie sich vorstellen, Strukturen im ambulanten Sektor zu fördern, die die ärztliche Selbständigkeit - auch in größeren Praxen in Kombination mit angestellten Kolleg*innen - zum Ziele haben und nicht die Begünstigung von MVZ-Strukturen?

Wir wollen im ambulanten Sektor alle Strukturen fördern, die Zusammenschlüsse von Ärzt*innen erleichtern. Chancen sehen wir dabei nicht nur für junge Ärzt*innen, sondern auch für ältere Ärzt*innen, die noch in Teilzeit weiterarbeiten wollen und so dem System erhalten bleiben. Damit wird die Versorgung in der Fläche besser gewährleistet. Wir können uns viele Modelle vorstellen. Dazu gehören auch MVZ, die vom medizinischen Personal, einem Krankenhaus oder auch einer Kommune geleitet werden. Ein interessantes Modell ist das genossenschaftliche MVZ der medicus Eifler Ärzte eG.

10.) Wie werden Sie die Krankenhauslandschaft zukunftsfest gestalten?

Kleine ländliche Krankenhäuser leisten einen wichtigen Beitrag für die wohnortnahe Versorgung. Zum Teil können sie jedoch nicht mehr ausschließlich als Krankenhaus betrieben werden. Wir unterstützen es, diese Krankenhäuser zu lokalen Gesundheitszentren weiterzuentwickeln. Diese integrierten Pflege- und

Beratungsbereiche können sich mit niedergelassenen Ärzt*innen vernetzen, um ein bedarfsgerechtes Angebot für die Menschen vor Ort aufrecht zu erhalten. Wir sprechen uns für mehr Kooperationen und Spezialisierung der Krankenhäuser zum Nutzen der Patient*innen aus. Doppelvorhaltungen innerhalb der näheren Umgebung sollen abgebaut und die Zusammenarbeit der Krankenhäuser gefördert werden. Außerdem muss das Land seine Investitionsförderung weiter schrittweise erhöhen.

11.) Haben Sie Ideen, um die Krankenhausfinanzierung zu reformieren? Plädieren Sie für eine Beibehaltung des DRG-Systems?

Wir wollen das aktuelle Krankenhausfinanzierungssystem (DRG-System) grundlegend reformieren. Die aktuelle Vergütung von Einzelleistungen wollen wir in ein Budgetbemessungssystem überführen, in dem regionale und soziale Faktoren stärker berücksichtigt werden. Damit wird Fehlanreize entgegengewirkt. Dafür soll sich das Land bei der Selbstverwaltung und auf Bundesebene stark machen. Maximalversorger wie z.B. die Universitätsmedizin in Mainz halten rund um die Uhr ihre hochspezialisierten medizinischen Leistungen für akute Notfälle vor. Die Notfall- und Intensivmedizin darf nicht länger rein nach betriebswirtschaftlicher Kostenbetrachtung betrachtet werden, sondern muss als öffentliche Daseinsvorsorge anerkannt und ausreichend, auch aus Steuermitteln, finanziert werden. Wir wollen ein Personalbemessungsinstrument, das es erlaubt, in jeder Klinik genauso viele Pflegekräfte einzusetzen, wie es die Zahl und die Bedürfnisse der Patient*innen erfordern.

12.) Wie stehen Sie zum Thema Substitution ärztlicher Leistungen?

Gut ausgebildete Medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte können die Ärzt*innen im Alltag wirkungsvoll unterstützen und die Versorgung der Patient*innen verbessern. Sie können Hausbesuche machen, Aufgaben wie die Wundversorgung übernehmen und mit Pflegestützpunkten zusammenarbeiten. Wir wollen die Aus- und Weiterbildung dieser Berufsgruppen unterstützen und fördern. Das erhöht die Attraktivität der Pflegeberufe und entlastet Ärzt*innen.

13.) Wie wichtig ist es Ihnen, den ärztlichen Beruf als Freien Beruf weiter zu stärken?

Für uns steht die ärztliche Freiberuflichkeit nicht zur Disposition. Freiberufliche Berufsausübung bedeutet für uns nicht nur die Selbständigkeit in der eigenen Praxis. Wir verstehen Freiberuflichkeit vor allem so, dass Ärzt*innen ihr medizinisches Können unabhängig von falschen ökonomischen Anreizen in den Dienst der Patientinnen und Patienten stellen und dabei auch eine Verpflichtung gegenüber dem Gemeinwohl haben.

14.) Wie stehen Sie zu den ärztlichen Versorgungseinrichtungen? Können Sie sich vorstellen, entweder die berufsständischen Versorgungswerke in die DRZ zu integrieren oder die Beitragsbemessungsgrenze zu erhöhen, sodass jüngere Nachwuchsmitglieder in der DRV statt im Versorgungswerk landen?

Wir Grüne wollen die Rentenversicherung mittelfristig zur Bürgerversicherung weiterentwickeln. Zunächst sind dazu alle nicht anderweitig abgesicherten Selbstständigen, Langzeitarbeitslose, Minijobber*innen und Abgeordnete in die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) einzubeziehen.

In einem zweiten Schritt gilt es Beamt*innen und Selbstständige, die in den berufsständischen Versorgungswerken pflichtversichert sind, ebenso die Chance auf eine Versicherung in der GRV zu bieten. Bisher sind Ärzt*innen sowohl in den Versorgungswerken als auch in der GRV pflichtversichert. Im Rahmen des §6 SGB VI kann eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der GRV beantragt werden. Eine Befreiung

von der Versicherungspflicht im berufsständischen Versorgungswerk zugunsten der GRV ist hingegen leider nicht möglich. Dieser zweite Schritt stellt eine langfristige Herausforderung dar und kann nur Stück für Stück gemeinsam mit den Angehörigen der Berufsstände erfolgen.

15.) Was ist nötig, um den Gesundheitsstandort Rheinland-Pfalz zu stärken?

Gesundheitsplanung muss sich an den Versorgungspfaden der Patient*innen ausrichten, die nicht an den Sektorengrenzen Halt machen dürfen. Auf regionaler Ebene wollen wir daher Gesundheits- oder Versorgungskonferenzen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft einführen. Wir möchten, dass diese von einem oder mehreren Landkreisen und kreisfreien Städten getragen werden. An diesen Konferenzen sollen unter Leitung des Gesundheitsamtes je nach Tagesordnung Vertreter*innen der niedergelassenen Ärzt*innen, Krankenhäuser, Therapeut*innen, Psychotherapeut*innen, Hebammen, Sozialarbeiter*innen und Pflegedienste, Mitglieder des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Krankenkassen, bürgerschaftlich organisierte Nachbarschaftshilfen und Selbsthilfegruppen sowie Patient*innenvertretungen teilnehmen. Sie sollen gemeinsam die besten Lösungen für die optimale Versorgung spezieller Patientengruppen, wie zum Beispiel Demenzkranke, entwerfen. Ergänzend soll eine Landesgesundheitskonferenz auf Landesebene koordinierende Aufgaben übernehmen. So können jährlich besondere Entwicklungen in der Gesundheit und in der medizinischen Versorgung in unserem Land, in unseren Kreisen und Städten besprochen und geeignete Maßnahmen abgeleitet werden. Das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V wollen wir stärken. Wir GRÜNE wollen regionale Modellprojekte zur sektorenübergreifenden Versorgung anstoßen – zunächst insbesondere in unterversorgten Regionen.

Wir wollen unsere Anliegen für eine bessere Gesundheitsversorgung deshalb in einem neuen Landes-Gesundheitsgesetz bündeln. Damit orientieren wir uns stärker an dem Nutzen für die Patient*innen, beziehen die Bürger*innen besser mit ein und stärken die regionale Versorgung. Langfristig sollen die bisher voneinander getrennte Landeskrankenhausplanung und die Planung der Kassenärztlichen Vereinigung durch eine gemeinsame Gesundheitsplanung abgelöst werden. Regionale Gesundheitsbudgets sollen dann die aktuellen sektoralen Budgets für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzt*innen ersetzen.

16.) Wie stehen Sie zur Einführung einer Bürgerversicherung im Vergleich zur bisherigen dualen Struktur der Krankenversicherung?

Die finanziellen Lasten für die Gesundheitsversorgung müssen gerecht verteilt werden. Deshalb wollen wir uns auf Bundesebene für unser Konzept einer grünen Bürgerversicherung einsetzen, in der alle Bürger*innen – ohne Unterscheidung zwischen gesetzlich und privat – in einer Versicherung eingebunden sind. Damit wollen wir die Beiträge und Versorgungskosten sozial gerecht und familienfreundlich auch auf die starken Schultern verteilen und allen Bürger*innen eine gute Versorgung und einen raschen Zugang zu gesundheitlichen Leistungen ermöglichen. So lange dieser Systemwechsel bundesweit nicht erreicht ist, wollen wir den Beamt*innen und Richter*innen, die sich bisher privat versichern müssen, landesgesetzlich ein Wahlrecht für den Zugang zur Gesetzlichen Krankenversicherung eröffnen.

Fragen an die Parteien für das Schwerpunktthema im Ärzteblatt März 2021

Antworten des CDU-Landesverbandes Rheinland-Pfalz

LANGFASSUNG



1.) Wie stehen Sie zur aktuellen Anzahl der Medizinstudienplätze in Rheinland-Pfalz? Reicht diese aus oder sind mehr Studienplätze nötig? Und wie soll dies finanziert werden?

Stellt man die aktuellen Studienanfängerzahlen in Rheinland-Pfalz (451/Jahr) dem deutschlandweiten Gesamtangebot an Studienplätzen (11.145 lt. MFT) gegenüber entspricht dieses einem prozentualen Anteil von 4,04 %. Vergleichsweise weist der „Königsteiner Schlüssel“ für Ländervergleiche einen Prozentwert von 4,82 für RLP aus, d.h. Rheinland-Pfalz bildet ~20% zu wenig Medizin-Studierende (60) aus.

Allerdings ist die Universitätsmedizin Mainz (gemessen an der Studienanfängerzahl) deutschlandweit bereits der drittgrößte Standort. Auch ist die Jahreskapazität im 1. FS der Humanmedizin von 407/a in 2020 auf 451/a in 2021 erhöht worden.

Die reale Jahreskapazität im klinischen Teil (ab 5. FS) liegt aber bei 244/a (bezogen auf 1260 Betten der UM in 2019). Die Differenz von 207/a sind im Prinzip Teilstudienplätze, die per Dekret des MWWK als Vollstudienplätze ausgewiesen werden. D.h. wir haben z.Zt. 621 Studierende zu viel im klinischen Abschnitt (3 Jahre), die nicht auskömmlich ausfinanziert sind und die prinzipiell keine vorgabengerechte Ausbildung erhalten.

Ab der Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 und der neuen Approbationsordnung wird voraussichtlich (ab 2025) ausschließlich die klinische Kapazität (z.Zt. also 244) maßgeblich für die Gesamtkapazität sein.

Jegliche Erhöhung der Studierendenzahlen setzt neben der Verfügbarkeit vorklinischer und klinischer Räumlichkeiten für die Lehre und Ausbildungskapazität eine auskömmliche Finanzierung voraus, die über den Landeszuführungsbetrag sichergestellt werden muss und sich in der Höhe am Bundesdurchschnitt (alte Flächenländer: € 33.450/Studierender, DESTATIS) orientieren sollte. (+200 Stud.plätze = +7, 7 Mio. €/a + bauliche Infrastruktur + klinische Betten).

An der UM ist für den klinischen Teil bereits mit den derzeitigen angebotenen Plätzen das Maximum erreicht. Insbesondere die Umwandlung der Landesregierung von Teil- in Vollstudienplätze ohne die notwendige Finanzierung gesichert zu haben, stellt die Lehre vor große Probleme. Somit müssen wir zu einem gemeinsamen Konzept zur Ausbildung der Studierenden nach dem Physikum mit anderen Standorten und nicht nur Trier kommen. Eine besondere Herausforderung wird auch der präklinische Abschnitt werden. Hierfür eignet sich im Moment nur Mainz, da in Mainz die für das Medizinstudium notwendigen Naturwissenschaften doppelt besetzt sind. Es müssten jedoch neue Lehrgebäude erstellt werden, ein nicht unerheblicher finanzieller Aufwand, der aber zu leisten sein wird, wenn zusätzliche Studienplätze geschaffen werden, s.o.. Wenn nicht ausreichend klinische Plätze zur Verfügung gestellt werden können, kann es auch im klinischen Teil keine Ausweitung geben. Weiterhin wäre eine Studienplatzvergabe, die bereits bei der Zuteilung die Studienorte vorgibt, notwendig. Bspw. Mainz/Trier, Mainz/Koblenz, Mainz/Mainz (UM), Mainz/Mainz (KKM).

2.) Wie stellen Sie sich die Weiterentwicklung des Campus Trier vor? Ab wann sollen dort die Studierenden ab dem 5. Semester ausgebildet werden? Bedeutet dies auch eine Erhöhung der bislang vorhandenen Studienplätze?

Die gegenwärtige Planung sieht einen Ausbau auf das 9. und 10. Fachsemester für je 30 Studierende pro Semester vor. Ein Ausbau, der den gesamten klinischen Studienabschnitt (ab dem 5. Fachsemester) inkludiert, ist bisher nicht geplant. Logistische Problematik ist das „Zufüttern“ klinisch-theoretischer Studieninhalte von Mainz aus. Die Ausbildung weiterer Studierender, bzw. weiterer Semester in Trier würde nicht zu einer Erhöhung der vorhandenen Studienplätze führen. Durch die Mehrausbildung in Trier erhöht sich nur die klinische Kapazität, nicht die Gesamtkapazität. Die Mehrausbildung in Trier führt nur zu einer rechnerischen Verringerung der (nicht ausgewiesenen) Teilstudienplätze und einer Reduktion der aktuellen klinischen Überlast in der Studierendenausbildung.

3.) Wie sehen Sie die Möglichkeit, neben Mainz und Trier einen dritten Uni-Standort für Medizinstudierende in Koblenz aufzubauen?

Koblenz hat eine hervorragende Präsentation zur Bewerbung seinerzeit abgegeben und ist mit seinem Konzept und seiner Krankenhauslandschaft sehr gut für einen weiteren Standort im klinischen Bereich geeignet und motiviert. Es ist gut erreichbar und vernetzt. Wie den obigen Ausführungen zu entnehmen ist, fehlt es massiv an klinischen Ausbildungsplätzen. Dies – wie auch die verkehrstechnische Anbindung – würde für eine Einbindung von Koblenz sprechen. Auch für die Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020/der neuen Approbationsordnung ist eine Beteiligung externer Partner notwendig, um die klinische Kapazität zu erhöhen. Logistische Problematik ist auch hier das „Zufüttern“ klinischtheoretischer Studieninhalte von Mainz aus. Der Aufbau eines Medizincampus benötigt einen langfristigen organisatorischen Vorlauf, personelle Ressourcen und eine nachhaltige Finanzierung seitens des Landes.

4.) Wie kann die Universitätsmedizin gestärkt werden, damit finanzielle Engpässe Lehre und Forschung nicht beeinträchtigen?

Die Landesregierung wird jeden Studienplatz mit mindestens ca. 33.400€/Jahr und Studierenden finanzieren müssen. Auch die zusätzlich angestrebten 200 Studienplätze. Ein CDU geführtes Ministerium für Wissenschaft und Innovation wird für Forschung und Lehre in einem ersten Schritt zusätzlich mindestens 25 Mio.€ jährlich bereitstellen und somit bspw. die Lohnzahlungen in F und L im klinischen Bereich tarifieren. Dies ist bisher nur für die Vorklinik erfolgt, so dass 2010 noch 348 Ärzte in F und L finanziert waren hingegen in 2019 nur noch 168. Die Differenz ist nicht zuletzt der ausgebliebenen Tarifierung zum Opfer gefallen. Zusätzlich muss massiv in Lehrbauten investiert werden. Dies muss mit einem nun zügig umzusetzenden Baumasterplan einhergehen, um die zum Teil maroden Bauten des Campus zu sanieren und die UM auch gebäudetechnisch zukunftssicher aufzustellen. Hierfür wird eine von der CDU geführte Landesregierung mindestens 1,5 Mrd.€ in den nächsten 10 Jahren zur Verfügung stellen.

Es ist ein zusätzlicher Betrag zur Finanzierung der aktuellen Studierendenzahlen in Höhe von rd. 16 Mio. € notwendig, der sich aus der Multiplikation der aktuellen Studierendenzahlen und dem bundesweiten Durchschnittswert für alte Flächenländer ergibt, wenn dieser Betrag ins Verhältnis zu dem aktuellen Landesführungsbetrag gesetzt wird (3.481 Studierende x 33.450 Durchschnittskosten = rd. 116 Mio. abzüglich rd. 100 Mio. aktueller Landesführungsbetrag).

Im Kontext des Masterplans Medizinstudium 2020 schließt dieses in jedem Fall zusätzliche Räume für ein modularisiertes Studium mit ein. Hierfür war zuletzt eine Neunutzung der kernsanierten „alten Zahnklinik“ vorsondieret worden, mit dem der erhebliche zusätzliche Raumbedarf für die Lehre bedient werden könnte.

Die Zukunft der Forschung liegt in der Attraktivität der Universitätsmedizin für den wissenschaftlichen Nachwuchs, um den in Deutschland und weltweit ein Konkurrenzkampf entbrannt ist. Es wird nur gelingen wissenschaftlichen Nachwuchs für Mainz zu interessieren, wenn die Arbeitsbedingungen mindestens so gut wie an anderer Stelle sind. Die

Universitätsmedizin hat gemeinsam mit den biomedizinisch interessierten Fachbereichen der

Johannes Gutenberg-Universität eine gemeinsame fachbereichsübergreifende Dachstruktur zur strukturierten Graduiertenausbildung etabliert, die Mainz Research School of Translational Biomedicine (Trans-Med), die sich der Ausbildung von clinician scientists (= in der Forschung tätige Ärzte/innen) und medical scientists (= in der Krankenversorgung tätige Wissenschaftler/innen) widmet. Ein sichtbarer Aufwuchs der Grundausrüstung des Programmes ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Einwerbung von Drittmitteln zu dessen Ausweitung und Weiterentwicklung – auch um weitere Mittel anderer Geldgeber beantragen zu können.

Von Seiten der Drittmittelgeber wird als Standortnachteil thematisiert, dass es man eine deutlichere Unterstützung und Beteiligung des Landes bei der Beantragung von Exzellenzprofessuren und anderen Zukunftsprojekten – in Form von Mitteln zur Verstärkung und Grundausrüstung und u.U. weitere umfangreichen Zusagen – z.B. auch baulicher Artwünscht.

Aktuell muss der überwiegende Anteil der zur Verfügung stehenden Gelder für die Finanzierung der Personen, die Drittmittel einwerben, aufgewendet werden. Diese thematische Bindung der Mittel steht der Erschließung neuer Forschungsfelder im Wege. Die stagnierende Landeszuführung gefährdet auf Grund massiver Kostensteigerung den Status Quo. Nachdem die Universitätsmedizin mit einer enormen Leistungssteigerung in Vorlage gegangen ist, muss jetzt die Landeszuführung für Forschung und Lehre nachgeführt werden, damit die Erfolge und die Entwicklung der hierfür erforderlichen Strukturen aufrechterhalten und weiterentwickelt werden können. Nötig wären hier einerseits die Erhöhung der Zuführung der Mittel für Forschung und Lehre inklusive Berufungsmittel und andererseits der Mittel für notwendige Baumaßnahmen sowie Investitionen, Mittel zur Verstärkung und Ausweitung intramuraler Forschungsförderung, und einer breiten Palette an hochmodernen, gut ausgestatteten Technologieplattformen und anderen zentral finanzierten Forschungsplattformen.

Darüber hinaus müssen Strukturen geschaffen werden, speziell in den Bereichen Digitalisierung, Datenschutz, Datenmanagement und Datenarchivierung, um die Zukunftsfähigkeit in der Forschung und Lehre zu erhalten. In diesem Zusammenhang wäre auch die Vor- und Nachteile des „Bauens auf der grünen Wiese“ nochmals zu thematisieren.

5.) Wie bewerten Sie die Reform der Approbationsordnung? Uns interessiert hier besonders:

Die Reform der Approbationsordnung bringt in der vorliegenden Form u.a. die Förderung des kompetenzorientierten Unterrichts, die Strukturierung anhand des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs (NKLM) und die longitudinale Aufwertung von Schwerpunktthemen (z.B. Digitalisierung; Allgemeinmedizin, Wissenschaftsorientierung) mit sich.

• Wie sehen Sie die Verschiebung der mündlichen Prüfung vom 4. ins 6. Semester mit einer gleichzeitigen Ausweitung der Prüfung?

Die zeitliche Trennung der beiden Prüfungsteile des M1 macht eine umfangreiche Änderung des Curriculums notwendig. Um klinische Inhalte in der bisherigen Vorklinik abbilden zu können, bedarf eines stärkeren Einsatzes von ärztlichen Dozenten in den ersten Semestern des Medizinstudiums. Dieses impliziert sowohl kapazitätstechnische Absicherungen, als auch tarifrechtliche Anpassungen, die diesen Einsatz der Dozenten erlauben. Die Ausweitung der mündlich-praktischen M1-Teilprüfung auf einen OSCE-Parcours mit Zeitvorgaben für verschiedene Stationen bedeutet große räumliche, personelle und logistische Herausforderungen zur konkreten Umsetzung.

- Wie beurteilen Sie die Ausweitung der Prüfung am Ende des Medizinstudiums?

Grundsätzlich sind strukturierte, praxisorientierte Prüfungssituationen wie OSCEs zu begrüßen. Ob die Durchführung eines OSCE nach dem PJ aus didaktischen, lerntheoretischen und organisatorischen Gründen sowie hinsichtlich des Kostenaufwandes zielführend ist, erscheint fraglich. Die im Rahmen des PJ bereits unter Einbezug von Patientinnen und Patienten erreichte Komplexität und Tiefe der erlernten Kompetenzen geht weit über das Niveau hinaus, das in einer simulierten Prüfungssituation wie dem OSCE prüfbar ist. Generell ist zu den Staatsexamina zu sagen, dass die Verantwortung zur Umsetzung (z.B. Prüfer, (Schauspiel-)Patienten, Vertreter der Gesundheitsberufe, Räumlichkeiten) bei den LPA liegt.

- Ist die geplante verpflichtende wissenschaftliche Arbeit, die während des Studiums angefertigt werden muss, sinnvoll? Und woher sollen die hierfür notwendigen Betreuungskräfte rekrutiert werden?

Das Medizinstudium ist gegenwärtig wenig aktiv wissenschaftlich ausgerichtet („Lernstudium“). Wissenschaftliches Arbeiten ist aber ein wichtiger Bestandteil eines Hochschulstudiums. Die wissenschaftliche Arbeit muss sinnvoll in den übrigen Studienverlauf integriert werden.

- Wie bewerten Sie die im Praktischen Jahr vorgesehene interprofessionelle Bewertung der Medizinstudierenden durch Pflegekräfte?

Der Einbezug und das Prüfen interprofessioneller Kompetenzen ist ein sinnvoller und für den beruflichen Alltag bedeutender Aspekt. Kritisch ist jedoch die Verfügbarkeit von ohnehin schon überlastetem Pflegepersonal zu sehen.

- Ist es Ihrer Ansicht nach gut, dass Studiengänge für Pflege und/oder Hebammen auf das Medizinstudium angerechnet werden können?

Die Anrechnung von Studienleistungen erfolgt über das Landesprüfungsamt. Wir gehen davon aus, dass nur gleichwertige Ausbildungsinhalte aus anderen Studiengängen angerechnet werden.

- **Wie soll die Umsetzung der geplanten reformierten Approbationsordnung finanziert werden?**

Es liegt eine Berechnung der Mehrkosten zur Umsetzung der neuen Approbationsordnung vor, die unter der Federführung des Wissenschaftsrates entstanden ist. Dieser kalkuliert für die Umstellung (bis 2025) jährlich einen Aufwand im Umfang von 5 % des Landeszuführensbetrags (entspricht 5 Mio. Euro) ein. Für den dauerhaften Betrieb fehlen genaue Angaben, da bisher noch kein Musterstudienplan vorliegt. Der Wissenschaftsrat gibt eine Bandbreite an, die umgerechnet auf den Standort Mainz Kosten für einen Dauerbetrieb in Höhe von 6 bis 11 % umfasst.

Eine entsprechende Kostenschätzung auf Basis der bekannten Rahmeninformationen der neuen Approbationsordnung wurde erstellt und dem Land kommuniziert. Die Universitätsmedizin ist mit dem Land im Austausch über die notwendigen Finanzierungsbestandteile, die sich zunächst auf die Umstellungsmaßnahmen des Masterplan 2020 und den nächsten Doppelhaushalt beziehen

- 6.) Welche Pläne haben Sie, um mehr Ärzt*innen für die Versorgung zu gewinnen?

Gemäß Masterplan 2020 wird die Allgemeinmedizin zum longitudinalen Ausbildungsinhalt aufgewertet und soll entsprechend lt. Masterplan Medizinstudium 2020 über das gesamte Studium gelehrt werden. Außerdem wird die Vorgabe einer allgemeinärztlichen Prüfung im Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung die Allgemeinmedizin stärker in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken. Jedoch gehen wir davon aus, dass die Möglichkeiten Ärzte/innen über Maßnahmen der Ausbildung für den Versorgungsbereich zu gewinnen prinzipiell begrenzt sind. Vielmehr gehen wir davon aus, dass ein Bündel an Maßnahmen notwendig ist, um die konkreten Arbeits- und Lebensbedingungen vor Ort für die zukünftigen Absolventen/innen attraktiv zu gestalten.

eben den bereits angesprochenen Maßnahmen zur Studierenerweiterung müssen neue Arbeitsmodelle erdacht werden. Zwar ist die Medizin zunehmend weiblich geworden, jedoch muss sowohl in Bezug auf die Weiterbildung und Karriereentwicklung die persönliche genderneutrale Lebensgestaltung berücksichtigt werden. Dies ist nicht einheitlich für einen Standort zu klären, sondern ist vor Ort bspw. mit den Tarifparteien zu klären. Eine finanzielle Unterstützung zur Umsetzung der geeigneten Maßnahmen vor Ort ist hierfür erforderlich.

7.) Welche Maßnahmen halten Sie für geeignet, die hausärztliche Versorgung im Flächenland Rheinland-Pfalz zu stärken?

8.) Wie stehen Sie in diesem Zusammenhang zu den Selektivverträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung?

9.) Können Sie sich vorstellen, Strukturen im ambulanten Sektor zu fördern, die die ärztliche Selbständigkeit - auch in größeren Praxen in Kombination mit angestellten Kolleg*innen - zum Ziele haben und nicht die Begünstigung von MVZ-Strukturen?

10.) Wie werden Sie die Krankenhauslandschaft zukunftsfest gestalten?

Die Landesregierung muss ihren gesetzlich vorgeschriebenen Anteil an den Krankenhausinvestitionen erfüllen. Um dies zu tun und die entstanden Mängel zu beseitigen werden die Investitionsförderungen um 100 Mio.€ erhöht. Die Krankenhausdichte ist aber nicht nur ein finanzielle, sondern auch eine inhaltliche Herausforderung. Qualifizierte Ärzte fehlen in der Hausarztversorgung und im stationären Bereich. Somit sollten bspw. Schwerpunkthäuser entstehen, die eine hohe Expertise in speziellen Fachrichtungen nachweisen. Um diese Häuser für Fach- und Assistenzärzte interessant zu machen, sollte man im Rahmen der Weiterbildung in Abstimmung mit den Landesärztekammern bspw. diskutieren, ob nicht ein Teil der Facharztausbildung in diesen Häusern absolviert werden muss. Andere Länder in und außerhalb der EU sind uns hier voraus. Bspw. Belgien oder die Schweiz. Dort muss die Facharztausbildung auch in kleineren Häusern absolviert werden. Zusätzlich kann auch über den Einsatz von Studierenden im Praktischen Jahr nachgedacht werden. Somit könnte auch eine gewisse regionale Verbundenheit erreicht werden.

11.) Haben Sie Ideen, um die Krankenhausfinanzierung zu reformieren? Plädieren Sie für eine Beibehaltung des DRG-Systems?

IM DRG-System sind häufige Leistungen, die an Krankenhäusern unterschiedlicher Standards erbracht werden, erfasst. Spitzenmedizin und Leistungen der Supramaximalversorger werden jedoch nicht abgebildet. Die stationäre Pädiatrie ist besonders unterfinanziert und führt zur Schließung von Kinderstationen im gesamten Bundesgebiet. Sowohl in der Spitzenmedizin als auch in der Pädiatrie ist eine finanzielle Anhebung erforderlich. Ein weiteres sehr großes Manko im DRG System besteht aber darin, dass Vorhaltung nicht finanziert wird. Dies wurde in der Corona Pandemie sehr deutlich. Dadurch entsteht im Epi-, Pandemie- oder Katastrophenfall eine Versorgungslücke, die nicht zeitnah geschlossen werden kann. Hier muss der Gesetzgeber dringend Abhilfe schaffen.

Vergleichbar ist dies mit der Feuerwehr, die nicht für Ihr Dasein, sondern nur pro Einsatz bezahlt würde.

12.) Wie stehen Sie zum Thema Substitution ärztlicher Leistungen?

Um den Ärztemangel kurzfristig abzumildern, ist eine Substitution zwingend erforderlich. Da die Pflege ebenfalls bereits überlastet ist, hat sich der Beruf des physician assistant entwickelt. Diese Arztassistentin ist von der BÄK und der KBV als Berufsbild anerkannt und in einer strukturierten Ausbildung vorgegeben. Bisher wird diese duale Ausbildung nahezu nur an privaten Hochschulen oder Ausbildungsstätten angeboten. Der physician assistant ist ein Bindeglied zwischen Arzt/Pflege und Patient und kann beide Seite in medizinischen, aber auch wirtschaftlichen und verwaltungstechnischen Bereichen entlasten und so die Versorgung erleichtern. Somit sollte dieser duale Studiengang entweder an Hochschulen und/oder Universitäten angeboten werden. Die Beseitigung des Hausarztmangels auf dem Land wird aufgrund der Vernachlässigung durch die Landesregierung mindestens 12 Jahre dauern. Die Unterstützung der ländlichen Ärzte und Pflege durch physician assistants wird deutlich schneller erreichbar sein.

13.) Wie wichtig ist es Ihnen, den ärztlichen Beruf als Freien Beruf weiter zu stärken?

14.) Wie stehen Sie zu den ärztlichen Versorgungseinrichtungen? Können Sie sich vorstellen, entweder die berufsständischen Versorgungswerke in die DRZ zu integrieren oder die Beitragsbemessungsgrenze zu erhöhen, sodass jüngere Nachwuchsmitglieder in der DRV statt im Versorgungswerk landen?

15.) Was ist nötig, um den Gesundheitsstandort Rheinland-Pfalz zu stärken?

Die Ausfinanzierung der Universitätsmedizin in Investitionen, Forschung und Lehre ist die Grundlage für einen erfolgreichen Gesundheitsstandort RP. Die Universitätsmedizin muss als Motor für Innovation und Krankenversorgung ausfinanziert werden. Nirgends ist die Umsetzung von Forschungsergebnisse in die Praxis so schnell wie in der Medizin. Investitionen in innovationsstarke Bereiche lohnen sich sowohl für die Patienten als auch das Land RP. Ausgründungen aus der UM müssen unterstützt und erleichtert werden, so dass ein medical valley entstehen kann. Die Ausgründung von TRON, Ganymed, Leibniz und Helmholtz Institut und nicht zuletzt Biontech vor über 10 Jahren zeigen, was alles gelingen kann. Die Ansiedlung eines Helmholtz Zentrum für Altersforschung wäre ein großer Gewinn für den Gesundheitsstandort und natürlich muss die Digitalisierung und Förderung der Biotechnologie zwingend vorangetrieben werden.

16.) Wie stehen Sie zur Einführung einer Bürgerversicherung im Vergleich zur bisherigen dualen Struktur der Krankenversicherung?

Fragen an die Parteien für das Schwerpunktthema im Ärzteblatt März 2021

Antworten der FDP Rheinland-Pfalz

**Freie
Demokraten**

Landesverband
Rheinland-Pfalz **FDP**

LANGFASSUNG

1.) Wie stehen Sie zur aktuellen Anzahl der Medizinstudienplätze in Rheinland-Pfalz? Reicht diese aus oder sind mehr Studienplätze nötig? Und wie soll dies finanziert werden?

Innerhalb der letzten Legislaturperiode hat Rheinland-Pfalz die Medizinstudienplätze leicht erhöht. Mit der Einführung der Landarztzoffensive haben wir es geschafft, neben anderen wichtigen Faktoren, die Quotierung für Medizinstudenten und Medizinstudentinnen einzuführen, wenn sie sich verpflichten in einem unterversorgten Gebiet zu arbeiten. Dies ist aus unserer Sicht ein richtiger Schritt Menschen für den Beruf zu gewinnen und die unterversorgten Gebiete zu stützen. Für die Zukunft muss natürlich eine Evaluierung dessen und eine notwendige Anpassung erfolgen. Weiter erfolgt eine Regionalisierung in der Ausbildung, in Rahmen von regionalen Lehrkrankenhäusern. Ein für die FDP wichtiges Thema, weil dadurch Ärzte für eine Region gebunden und gewonnen werden können. In der Fläche lernen die Ärzte nicht nur die universitäre Medizin, sondern auch die Probleme der Menschen kennen. So entsteht ein besonderer Klebeeffekt. Im Wintersemester 2020/2021 werden 30 Medizinstudierende für das zehnte Semester freiwillig nach Trier wechseln und das Praktische Jahr in einem der kooperierenden Krankenhäuser absolvieren. Diese Kooperation bringt der Universität Mainz auch eine Entlastung. Dennoch müssen weiter, und gerade wegen der medizinischen Versorgung in der Fläche, die Medizinstudienplätze der Realität angepasst werden.

2.) Wie stellen Sie sich die Weiterentwicklung des Campus Trier vor? Ab wann sollen dort die Studierenden ab dem 5. Semester ausgebildet werden? Bedeutet dies auch eine Erhöhung der bislang vorhandenen Studienplätze?

Wir Freien Demokraten sehen in diesem Projekt, gerade auch wegen der regionalisierten Ausbildung, die Notwendigkeit der Weiterentwicklung. Ohne Weiterentwicklung hätte das Projekt nicht die erwünschten Effekte. Daher muss nach einer Evaluierung auch die Weiterentwicklung folgen. Zu den Medizinstudienplätzen an sich darf ich mich wiederholen und erwähnen, dass die Freien Demokraten die Anzahl der Medizinstudienplätze an die Versorgungsrealität anpassen möchten.

3.) Wie sehen Sie die Möglichkeit, neben Mainz und Trier einen dritten Uni-Standort für Medizinstudierende in Koblenz aufzubauen?

Wir Freien Demokraten stehen zur Weiterentwicklung der regionalisierten Ausbildung. Deshalb wäre es grundsätzlich eine Diskussion wert weitere Standorte zu finden. Wir möchten auch die Diskussion über Bildung von Lehrkrankenhäusern in der Fläche führen. Um die werdenden Ärztinnen und Ärzte von einer beruflichen Karriere auf dem Land zu überzeugen, wollen wir auch gemeinsam mit den Partnerinnen und Partnern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer medizinische Weiterbildungszentren in den ländlichen Regionen gründen.

4.) Wie kann die Universitätsmedizin gestärkt werden, damit finanzielle Engpässe Lehre und Forschung nicht beeinträchtigen?

Zurecht wird eine gute Finanzierung der Universität gefordert. Finanzen dürfen nicht die Ursache sein, dass Forschung oder Lehre beeinträchtigt werden.

Die Landesregierung hat in der Vergangenheit die Mittel diesbezüglich erhöht. Die Freien Demokraten sehen aber gerade auch die Forschung im Vordergrund. Die Pandemie hat es gezeigt. Der Impfstoff kommt aus Mainz. Dies müssen und können wir nutzen. Daher brauchen wir eine solide Forschungsfinanzierung, ergänzt durch Partnerschaften in der Wirtschaft.

Hier wollen die Freien Demokraten in der Zukunft ein noch stärkeres Engagement etablieren.

5.) Wie bewerten Sie die Reform der Approbationsordnung? Uns interessiert hier besonders:

- Wie sehen Sie die Verschiebung der mündlichen Prüfung vom 4. ins 6. Semester mit einer gleichzeitigen Ausweitung der Prüfung?

- Wie beurteilen Sie die Ausweitung der Prüfung am Ende des Medizinstudiums?

- Ist die geplante verpflichtende wissenschaftliche Arbeit, die während des Studiums angefertigt werden muss, sinnvoll? Und woher sollen die hierfür notwendigen Betreuungskräfte rekrutiert werden?

- Wie bewerten Sie die im Praktischen Jahr vorgesehene interprofessionelle Bewertung der Medizinstudierenden durch Pflegekräfte?

- Ist es Ihrer Ansicht nach gut, dass Studiengänge für Pflege und/oder Hebammen auf das Medizinstudium angerechnet werden können?

- Wie soll die Umsetzung der geplanten reformierten Approbationsordnung finanziert werden?

Die Ausweitung der mündlichen Prüfung ist insofern positiv zu bewerten, dass erlerntes Fachwissen breiter und reproduzierbarer wiedergegeben werden muss. Dies geht natürlich zu Lasten der Vergleichbarkeit. Dennoch ist die Abfrage eines solchen Wissen essentiell für die medizinische Tätigkeit. Als negativ zu bewerten ist, dass immer mehr Lernstoff in die Ausbildung aufgenommen werden soll, um die wissenschaftliche Exzellenz zu erhöhen. Diese Exzellenz muss allerdings in der Balance zur klinischen Kompetenz stehen. Die Reform der Approbationsordnung ist daher zu kurz gedacht. Auch weil am Ende des Studiums nun Inhalte abgefragt werden, über welche die Studierenden schon abgeprüft wurden. Dies soll die wissenschaftliche Arbeit erhöhen, bremst aber die klinische Kompetenz und das „Praxiswissen“ aus. Positiv sei erwähnt, dass die Allgemeinmedizin früher betrachtet wird, weil Hausärzte nicht nur die soziale Kompetenz mitbringen müssen, sondern auch erste Anlaufstelle für Patienten sind und somit über alle medizinischen Bereiche Kenntnisse erlangen müssen.

Letztendlich stellt sich auch die Frage wie Betreuer für solche Arbeiten gefunden und finanziert werden. Dafür liegt noch kein schlüssiges Konzept vor.

Daher setzen die Freien Demokraten sich dafür ein, dass der Referentenentwurf entsprechend der Realität und den Bedürfnissen angepasst wird.

6.) Welche Pläne haben Sie, um mehr Ärzt*innen für die Versorgung zu gewinnen?

Zum einen setzen wir uns für eine Verbesserung der personellen und finanziellen Situation des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ein. Hierzu gehört die tarifliche Anpassung der Gehälter an die Tarife im Krankenhausbereich. Weiter bedarf es einer besseren Verzahnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den Selbstverwaltungsorganen der Gesundheitsberufe (Ärzte- u. Pflegekammer) und eine öffentlichkeitswirksame Erhöhung der Wertschätzung des ÖGD.

Zum anderen Wir Freie Demokraten wollen, dass die ambulante ärztliche Versorgung und die Niederlassung in eigener Praxis mit Übernahme einer langfristigen, wohnortnahen Verantwortung für die Patientenversorgung wieder an Attraktivität gewinnen. Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte bilden die Basis der

flächendeckenden und hochwertigen ambulanten ärztlichen Versorgung in unserem Land. Besonders die demografische Entwicklung und die Zunahme des Anteils älterer Menschen erfordert ein gutes Angebot in diesem Bereich. Die ambulante ärztliche Versorgung und die Orientierung auf die häusliche Umgebung erleichtern zudem die Einbeziehung der Pflege und weiterer Gesundheitsberufe. Hier steht der Patient im Mittelpunkt. Zentralisierte Versorgungsformen haben sich bisher nur punktuell als praktikabel erwiesen. Die gesetzlichen Vergütungsregelungen erschweren es derzeit, Behandlungsmethoden aus dem Krankenhaus in den ambulanten Sektor zu überführen. Die dafür notwendigen Verfahren in der Selbstverwaltung müssen beschleunigt werden. Für die Dauer der Entscheidungsverfahren muss die stationäre Vergütung erhalten bleiben, damit kein Patient unversorgt bleibt. Des Weiteren wollen die Freien Demokraten die Budgetierung im Gesundheitswesen abschaffen. Sie hat zu einer Unterfinanzierung der medizinischen Versorgung sowie zu einem Ausbluten der gesundheitlichen Versorgung in den ländlichen Regionen und sozialen Brennpunkten geführt. Derzeit leisten die Bürgerinnen und Bürger Zusatzbeiträge, ohne damit direkt Einfluss auf Art und Qualität der Behandlung nehmen zu können. Gleichzeitig werden ihnen Untersuchungen und Therapien durch Budgetierung und versteckte Zwangsrationierung vorenthalten.

7.) Welche Maßnahmen halten Sie für geeignet, die hausärztliche Versorgung im Flächenland Rheinland-Pfalz zu stärken?

Wir brauchen eine Anpassung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung an die Versorgungsrealität in Stadt und Land. Daher unterstützen wir auch die Forderung der Abschaffung der Bedarfsplanung in der Peripherie. Diese wird benötigt, um eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte medizinische Basisversorgung im ganzen Land Rheinland-Pfalz sicherzustellen. Als eine wichtige Maßnahme hierzu sehen wir die Stärkung der Infrastrukturmaßnahmen „Hausarzt aufs Land“ und die Unterstützung der sogenannten Niederlassungsk Kooperationen aus kassenärztlichen Vereinigungen und Kommunen.

Wir setzen uns weiter für den weiteren Ausbau digitaler Gesundheitsdienstleistungen und für verbesserte Rahmenbedingungen für eine sichere Digitalisierung des Gesundheitssystems ein. Hierzu müssen telemedizinische Anwendungen finanziell gefördert werden. Dennoch darf es nicht soweit kommen, dass die Technik besser finanziert wird als die Ärzteschaft selbst. Auch hier muss eine Balance zwischen unterstützender Leistung und ausführender sowie bewertender Kraft erhalten bleiben.

8.) Wie stehen Sie in diesem Zusammenhang zu den Selektivverträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung?

Wir Freien Demokraten in Rheinland-Pfalz unterstützen die Möglichkeiten der integrativen Versorgung. Auch begrüßen wir die Idee, dass weitere Partner wie die Jugendhilfe involviert werden sollen. Dadurch erhalten Kassen auch die Möglichkeit Selektivverträge gemeinsam abzuschließen oder bestehenden Verträgen beizutreten. Dadurch schafft die Politik es, durch die Initiativen der Bundesländer, Selektivverträge zu öffnen und regionale Versorgungsideen zu ermöglichen. Lediglich die Anreize für Kassen, und hier stützen wir die Forderung der Versorgungsebene, fehlen und müssen geschaffen werden.

9.) Können Sie sich vorstellen, Strukturen im ambulanten Sektor zu fördern, die die ärztliche Selbständigkeit - auch in größeren Praxen in Kombination mit angestellten Kolleg*innen - zum Ziele haben und nicht die Begünstigung von MVZ-Strukturen?

Wir leben in einer sich wandelnden Zeit. Die niedergelassene Praxis ist das beste Ergebnis aber nicht mehr von Jedem erwünscht. Auch die Vereinbarkeit von Familie

und Beruf spielt in diesem Beispiel eine Rolle. Daher begrüßen wir es, wenn sich in der Praxis Ärzte finden, welche gemeinsam eine Praxis aufbauen möchten. Durch die Anstellung von Ärztinnen und Ärzte kann dem Wandel der Gesellschaft entsprochen werden. Es gibt die Praxisinhaber und die angestellten Ärzte.

Zum anderen Wir Freie Demokraten wollen, dass die ambulante ärztliche Versorgung und die Niederlassung in eigener Praxis mit Übernahme einer langfristigen, wohnortnahen Verantwortung für die Patientenversorgung wieder an Attraktivität gewinnen. Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte bilden die Basis der flächendeckenden und hochwertigen ambulanten ärztlichen Versorgung in unserem Land. Besonders die demografische Entwicklung und die Zunahme des Anteils älterer Menschen erfordert ein gutes Angebot in diesem Bereich. Die ambulante ärztliche Versorgung und die Orientierung auf die häusliche Umgebung erleichtern zudem die Einbeziehung der Pflege und weiterer Gesundheitsberufe. Hier steht der Patient im Mittelpunkt. Zentralisierte Versorgungsformen haben sich bisher nur punktuell als praktikabel erwiesen. (siehe Frage 6)

10.) Wie werden Sie die Krankenhauslandschaft zukunftsfest gestalten?

Wir wollen eine wohnortnahe und patientenorientierte stationäre Patientenversorgung für Stadt und Land sicherstellen. Wir setzen uns dafür ein, wirtschaftliche Fehlanreize im DRG- Fallpauschalensystem zu beseitigen. Wir fordern eine separate Kalkulation von kinderrelevanten Fallpauschalen, um die permanente Unterfinanzierung der Kinderabteilungen zu verbessern. Ebenso müssen regionale Besonderheiten bei der Planung der Grund- und Regelversorgung stärker berücksichtigt und die Kosten der Krankenhäuser bedarfsgerecht ausfinanziert werden. Eine private Trägerschaft unterstützen die Freien Demokraten, solange diese auf die langfristige hochqualitative medizinische Versorgung einer Region bedacht ist. Eine rein renditengesteuerte medizinische Versorgung lehnen wir ab.

11.) Haben Sie Ideen, um die Krankenhausfinanzierung zu reformieren? Plädieren Sie für eine Beibehaltung des DRG-Systems?

Das DRG-System hat zwar die Transparenz der Finanzierung deutlich erhöht, zeigt aber zahlreiche Lücken und Fehlanreize auf.

Wir setzen uns dafür ein, wirtschaftliche Fehlanreize im DRG- Fallpauschalensystem zu beseitigen. Wir fordern eine separate Kalkulation von kinderrelevanten Fallpauschalen, um die permanente Unterfinanzierung der Kinderabteilungen zu verbessern. Ebenso müssen regionale Besonderheiten bei der Planung der Grund- und Regelversorgung stärker berücksichtigt und die Kosten der Krankenhäuser bedarfsgerecht ausfinanziert werden. Damit wollen wir, dass spezifische Vorhaltekosten nicht allein von der Größe des Krankenhauses abhängen, sondern von der Bedeutung der Versorgung. Eine sogenannte Öffnungsklausel, welche die Länder fordern und wir stützen, ermöglicht regionalspezifische und sektorenübergreifende Strukturen.

12.) Wie stehen Sie zum Thema Substitution ärztlicher Leistungen?

Substitution ärztlicher Leistung steht für uns Freie Demokraten nicht zur Debatte. Die politische Herausforderung stellt sich anders und wird eher so formuliert: Wie soll eine gute medizinische Versorgung bei einem zu erwartenden Ärztemangel bewältigt werden? Wenn sich die Honorierung in einer Praxis wieder rechnet und eine sichere finanzielle Basis der Praxen bietet, werden sich auch wieder mehr Ärzte (Haus- und Fachärzte) in die ländlichen Regionen begeben. Lediglich die Unterstützung oder Delegation durch Ärzte, unter deren Kontrolle, können in diversen Situationen hilfreich sein. Dies ist z.B. der Fall, wenn sogenannte Tele-VERAs in einem Seniorenheim die

Anamnese durchführen und an den Arzt in die Praxis übermitteln.

13.) Wie wichtig ist es Ihnen, den ärztlichen Beruf als Freien Beruf weiter zu stärken?

Wir Freie Demokraten wollen die Freien Berufe stärken und erhalten. Denn die Herausforderungen sind immens. Hierzu zählt natürlich auch die Ärzteschaft. Bürokratische Auflagen auch und gerade aus Berlin und Brüssel gängeln die Freien Berufe überdurchschnittlich. Die Freien Berufe tragen maßgeblich zum wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Erfolg in Deutschland bei – und das seit vielen Jahrzehnten. Deshalb müssen die über 1,3 Millionen Selbstständigen, deren Familien und deren Mitarbeiter wieder die politische Wertschätzung erfahren, die sie verdienen. Wir Freie Demokraten sind Partner der Freien Berufe. Wir wollen sie fit machen für das 21. Jahrhundert.

14.) Wie stehen Sie zu den ärztlichen Versorgungseinrichtungen? Können Sie sich vorstellen, entweder die berufsständischen Versorgungswerke in die DRZ zu integrieren oder die Beitragsbemessungsgrenze zu erhöhen, sodass jüngere Nachwuchsmittglieder in der DRV statt im Versorgungswerk landen?

Wir halten eine Debatte um die Versorgungswerke für nicht nötig. Wir Freie Demokraten wollen die berufsständischen Versorgungswerke und die Möglichkeit zur Gründung weiterer Versorgungswerke dauerhaft erhalten.

15.) Was ist nötig, um den Gesundheitsstandort Rheinland-Pfalz zu stärken?

Wir setzen uns für den weiteren Ausbau digitaler Gesundheitsdienstleistungen für verbesserte Rahmenbedingungen für eine sichere Digitalisierung des Gesundheitssystems ein. Hierzu müssen telemedizinische Anwendungen finanziell gefördert werden. Die Balance zwischen Finanzen für die Technik und die Ärzteschaft muss aber realistisch bleiben. Wir Freie Demokraten wollen ebenso den Anschluss aller Pflegeeinrichtungen und Seniorenzentren ans Glasfasernetz und deren Abdeckung mit WLAN umsetzen. Nicht erst seit der Corona-Krise ist die soziale Isolierung der Pflegebedürftigen ein Problem, das im Widerspruch zum Versprechen des Alterns in Würde und des sozialen Miteinander steht. Wir wollen daher die nötige Infrastruktur dort bereitstellen, wo sie sein muss, damit die Verbindung zwischen Freunden und Familie auch denen erhalten bleibt, die auf die Obhut der Gesellschaft angewiesen sind. Eine Telematikinfrastruktur ist in medizinischen Einrichtungen flächendeckend, insbesondere im ländlichen Bereich, beschleunigt auszubauen. Wir unterstützen die zukunftsorientierte Einführung der elektronischen Patientenakte. Hierzu gehört auch der Schutz der Daten des Patienten. Der Staat muss die Hoheit des Einzelnen über seine Daten stets gewährleisten. Patientinnen und Patienten bestimmen über ihre Daten und wer wann wie lange und für welchen Zweck darauf zugreifen darf. Aufgrund der millionenfach existierenden anonymisierten Daten von Krankheitsverläufen kann KI helfen frühzeitig mögliche Krankheiten zu erkennen und mögliche Behandlungsrichtungen vorschlagen. Dabei soll die KI mit 99% Ergebnisvorhersage arbeiten, um fehlerhafte Behandlungsvorschläge soweit möglich auszuschließen

Neben der technischen Sicht ist allerdings der Mensch im Mittelpunkt. Hierzu sehen wir natürlich die Stärkung der Allgemeinmedizin, die fachärztliche Versorgung und die Beratung für junge Ärztinnen und Ärzte, welche die Niederlassung wünschen. Dies im Verbund mit Weiterbildungszentren und regionalisierter Ausbildung. Denn hier muss die Technik eingesetzt werden aber auch die soziale Kompetenz erbracht werden. Menschen verbinden sich mit ihrem Hausarzt oder ihrer Hausärztin und erzählen ganze Lebensgeschichten. Diese bringen Erfahrung in die Medizin. Diese Beziehung ist schutzbedürftig und stellt keine Dienstleistung im eigentlichen Sinne dar. Die Förderung der Gesundheitskompetenz und der Erhalt der

Gesundheit ist ein wesentlicher Baustein zwischen Arzt und Patient.
Die Technik kann hierbei nur unterstützen.

16.) Wie stehen Sie zur Einführung einer Bürgerversicherung im Vergleich zur bisherigen dualen Struktur der Krankenversicherung?

Wir Freie Demokraten stehen für Eigenverantwortung und Solidarität im Gesundheitssystem, indem die Wahlfreiheit des Versicherten durch Kassenvielfalt gewährleistet ist. Dazu setzen wir uns neben einer starken privaten Krankenversicherung (PKV) auch für eine freiheitliche gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ein. Einer als „Bürgerversicherung“ getarnten staatlichen Zwangskasse erteilen wir eine klare Absage. Staatlich organisierte und rationierte Zuteilungsmedizin führt langfristig zu einer drastischen Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung und verschärft die demografischen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung. Jede Bürgerin und jeder Bürger soll frei und unabhängig vom Einkommen wählen können, ob sie oder er sich für den Versicherungsschutz bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem Anbieter der privaten Krankenversicherung entscheidet. Hierbei wollen wir die Angebote beider Systeme erhalten und so sicherstellen, dass jeder Mensch die Möglichkeit hat, das für sich und seine Lebensform am besten geeignete Modell zu wählen. Wir wollen außerdem die Möglichkeiten vereinfachen, zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu wechseln. Beide Krankenversicherungen müssen zukunftsfest weiterentwickelt werden. Ebenso muss es Rückwege aus der PKV in die GKV geben. In beiden Systemen gibt es Reformbedarf. Im Fall der Öffnung des Marktes muss die PKV verpflichtet werden, jeden Antragsteller im Basistarif zu versichern. Zugleich muss die Möglichkeit für jeden Versicherten verbessert werden, Altersrückstellungen bei einem Versichererwechsel innerhalb der PKV mitzunehmen. Die gesetzlichen Kassen sollen mehr Selbstständigkeit bei Tarifoptionen und Leistungsangeboten bekommen, um den immer individuelleren Bedürfnissen ihrer Versicherten entgegenzukommen. Es darf keine Diskriminierung oder Wettbewerbsverzerrung geben. Daher muss auch folgerichtig die Finanzierung von sogenannten versicherungsfremden Leistungen aus Bundeszuschüssen, für zum Beispiel Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft oder die Familienversicherung von Kindern und Ehegatten, für alle Versicherten gelten oder für keinen. Die Versicherungen sollen miteinander in fairem und transparentem Wettbewerb stehen. Um das zu gewährleisten, ist die Effizienz und der Verteilungsmechanismus des Gesundheitsfonds rasch und gründlich zu überprüfen, um entstandene Marktverzerrungen und Ungerechtigkeiten zu beseitigen. Vor allem ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), auf dessen Basis die Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen vorgenommen wird, auf eine manipulationssichere Basis zu stellen.

Fragen an die Parteien für das Schwerpunktthema im Ärzteblatt März 2021

Antworten der Alternative für Deutschland Rheinland-Pfalz

LANGFASSUNG



1.) Wie stehen Sie zur aktuellen Anzahl der Medizinstudienplätze in Rheinland-Pfalz? Reicht diese aus oder sind mehr Studienplätze nötig? Und wie soll dies finanziert werden?

In den kommenden Jahren werden in Rheinland-Pfalz mehr Ärzte gebraucht als aktuell ausgebildet werden. Die demografische Entwicklung, die zunehmende Feminisierung des Arztberufes mit mehr Teilzeit-Arbeitsmodellen und die Überalterung der Ärzteschaft müssen als Antwort eine deutliche Erhöhung der Medizinstudienplätze zur Folge haben, um die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen stationären, ambulanten und geburtshilflichen Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft zu gewährleisten.

2.) Wie stellen Sie sich die Weiterentwicklung des Campus Trier vor? Ab wann sollen dort die Studierenden ab dem 5. Semester ausgebildet werden? Bedeutet dies auch eine Erhöhung der bislang vorhandenen Studienplätze?

Die Regionalisierung der Mediziner Ausbildung am Campus Trier bietet den Studenten neue Möglichkeiten der Ausbildung und entlastet die Uniklinik Mainz, wodurch eine Ausweitung der Studienplätze ermöglicht wird. Es gilt, die Ergebnisse der ersten Semester zu evaluieren, Schwachstellen zu erkennen und Optimierungen, wo nötig, durchzuführen. Eine mögliche Ausweitung, was die Zahl der Studenten oder die Zahl der möglichen Semester anbelangt, über das bisherige Maß hinaus, muss dann im Lichte der Ergebnisse entschieden werden.

3.) Wie sehen Sie die Möglichkeit, neben Mainz und Trier einen dritten Uni-Standort für Medizinstudierende in Koblenz aufzubauen?

Rheinland-Pfalz gehört zu den Ländern, die relativ zur Bevölkerung wenige Mediziner ausbilden. Analog zum Medizincampus Trier könnte zusätzlich in Koblenz mit dem Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein ein zweiter Satellitencampus der Universität Mainz für die Absolvierung der letzten klinischen Studienabschnitte im Norden von Rheinland-Pfalz geschaffen werden.

Auch der Standort Kaiserslautern mit dem großen Komplex des Westpfalz-Klinikums würde sich im Süden des Landes anbieten.

4.) Wie kann die Universitätsmedizin gestärkt werden, damit finanzielle Engpässe Lehre und Forschung nicht beeinträchtigen?

Die massive Unterfinanzierung der Universitätsmedizin durch das Land ist lange bekannt mit gravierenden Folgen für Forschung und Lehre.

Der wissenschaftliche Vorstand der Universitätsmedizin kann nur dann für die Güte der Mediziner Ausbildung Verantwortung tragen, wenn die Landeszuweisungen dem Bedarf im

Bereich Forschung und Lehre entsprechen. Das Land muss seinem Bildungsauftrag gerecht werden.

- Zur Stärkung der Universitätsmedizin sind im Landeshaushalt Steuergelder umzuschichten, zu priorisieren, damit eine auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand ausgebildete Ärzteschaft eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung aufrecht erhalten kann.

Wir brauchen:

- Kostendeckende Finanzierung von Forschung und Lehre
- Schließung der Deckungslücke bei den Medizinstudienplätzen
- Die Überakademisierung führt dazu, dass wesentliche Bereiche der hochschulischen Ausbildung unterfinanziert sind: Auch hier müssen die Strukturen überdacht werden. Der Hochschulpakt muss in der Verteilung der Mittel Schwerpunkte setzen: die Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Gesundheitssystems steht hier mit an erster Stelle.

5.) Wie bewerten Sie die Reform der Approbationsordnung? Uns interessiert hier besonders:

- Wie sehen Sie die Verschiebung der mündlichen Prüfung vom 4. ins 6. Semester mit einer gleichzeitigen Ausweitung der Prüfung?
- Die schriftliche Prüfung nach dem 4. Semester entspricht dem früheren Physikum und wird von uns weiter als sinnvoll erachtet. Die geplante mündlich-praktische Prüfung (OSCE) nach dem 6. Semester ergibt dann Sinn, wenn die Lehrinhalte zwischen dem 4.-6. Semester entsprechend ausgerichtet werden. Grundlegende praktische Fähigkeiten wie Anamnese und körperliche Untersuchung bilden weiter fundamentale Bestandteile der ärztlichen Tätigkeit und sollten zentrale Bestandteile der Ausbildung und der Prüfungen sein. *Wie beurteilen Sie die Ausweitung der Prüfung am Ende des Medizinstudiums?*

Die geplanten Änderungen zum künftigen 4. Abschnitt der ärztlichen Prüfung erscheinen uns nicht als gravierende Änderung gegenüber den bisherigen Anforderungen.

- Ist die geplante verpflichtende wissenschaftliche Arbeit, die während des Studiums angefertigt werden muss, sinnvoll? Und woher sollen die hierfür notwendigen Betreuungskräfte rekrutiert werden?

Hier sehen wir in der Tat erheblichen Diskussionsbedarf. Nicht nur dürfte es an der Zahl qualifizierter Betreuungskräfte mit entsprechenden Ressourcen fehlen, auch wird die Belastung der Studenten damit weiter erhöht und läuft damit dem Ziel einer Konzentration auf die theoretisch-praktische Ausbildung im Medizinstudium zuwider. Es sollte weiter im persönlichen Ermessen der Studenten liegen, ob und vor allem wann sie eine wissenschaftliche Arbeit anfertigen möchten.

- Wie bewerten Sie die im Praktischen Jahr vorgesehene interprofessionelle Bewertung der Medizinstudierenden durch Pflegekräfte?

Da die Studenten bereits in vielfältiger Art und Weise von kompetenten medizinischen Ausbildern auf Herz und Nieren geprüft und beurteilt werden, halten wir das für verzichtbar.

- Ist es Ihrer Ansicht nach gut, dass Studiengänge für Pflege und/oder Hebammen auf das Medizinstudium angerechnet werden können?

Wenn die Curricula eins zu eins übereinstimmen, kann man das machen, sonst nicht. Zu überlegen wäre, eine entsprechende Berufsausbildung im Rahmen der Facharzt-Weiterbildung zu berücksichtigen.

- Wie soll die Umsetzung der geplanten reformierten Approbationsordnung finanziert werden?

Darüber müssen sich Bund und Länder vor Verabschiedung eines entsprechenden Gesetzes verständigen. Wir gehen davon aus, dass nichts beschlossen wird, was anschließend nicht finanzierbar ist.

6.) Welche Pläne haben Sie, um mehr Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung zu gewinnen?

- Erhaltung der Freiberuflichkeit
- Stärkung der Ärztlichen Selbstverwaltung
- Gängelung durch den Gesetzgeber beenden
- Aufhebung der Budgetierung
- Einzelleistungsvergütung statt Kopfpauschalen
 - Hierzu müssen die Krankenkassen gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen intelligente Maßnahmen entwickeln, die eine Gegenfinanzierung zum Zweck der Beitragsneutralität bewirken.
- Abbau der überbordenden Bürokratie

Wenn man jungen Ärzten Lust aufs Land machen will, dann müssen sie attraktive Bedingungen vorfinden. Dabei kommt auch der ländlichen Strukturpolitik (Verkehrs-, Bildungs- und Apothekeneinrichtungen, Breitbandausbau etc.) eine enorme Bedeutung zu.

Gleichzeitig ist die Motivation zum Führen einer eigenen Praxis nach Studium und Facharztausbildung unter den bestehenden Rahmenbedingungen ebenso gering wie die Bereitschaft zu einer längeren Berufsausübung über die übliche Altersgrenze hinaus. Um dies zu ändern, ist insbesondere die zunehmend gefährdete ärztliche Versorgung im ländlichen Raum stärker zu fördern.

7.) Welche Maßnahmen halten Sie für geeignet, die hausärztliche Versorgung im Flächenland Rheinland-Pfalz zu stärken?

- Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden medizinischen Versorgung durch massive Erhöhung der vorhandenen Medizinstudienplätze

Grundsätzliches:

Nicht zuletzt fordert die AfD eine weitaus bessere Mittelausstattung für unsere in Teilen stark unterfinanzierten Kommunen, um insbesondere die ländlichen Räume lebenswert zu erhalten. Zugleich sind ganz allgemein Entscheidungsbefugnisse und der Landesentwicklungsplan so zu gestalten, dass der dezentrale Charakter des Landes wieder gestärkt und die ländlichen Gebiete nicht mehr zusehends abgehängt werden.

Denn Stärkung der ländlichen Infrastrukturen ist Voraussetzung für ein Interesse der jungen Ärzte, hier überhaupt arbeiten zu wollen:

- Attraktiv gestaltete Rahmenbedingungen wie gute Verkehrsanbindungen, Erhalt auch kleinerer Schulen, Beschleunigung des Breitbandausbaus,
- Verunstaltung der ländlichen Räume durch Installation weiterer Windkraftanlagen stoppen

Zur Förderung der Niederlassung in ländlichen Räumen sind folgende Maßnahmen geeignet:

- finanzielle und organisatorische Niederlassungshilfen für junge Ärzte.
Dazu gehört insbesondere die Bereitstellung vergünstigter Praxisräume, die das unternehmerische Risiko auf dem Lande (geringer Anteil an Privatpatienten) verringern
- Beendigung der Deckelung im Abrechnungssystem (Degression)
- Abbau der Hürden bei der Anstellung von ärztlichem Personal
- Ausbau von Arztpraxen / Polikliniken mit angestellten Ärzten unter anderem in Trägerschaft der Kommunen
- ein flächendeckendes Netz von Bereitschaftsdiensten, der personell auch aus den Ballungsräumen zu verstärken wäre
- Bereitstellung gering verzinslicher Studiendarlehen für Medizinstudenten, die mit einer (auch anteiligen) Berufstätigkeit in unterversorgten Landkreisen sukzessive erlassen werden
- oder Gewährung von Hausarzt-Stipendien auch für Medizinstudenten, die sich bereits mitten im Studium befinden und sich verpflichten, im Anschluss an ihre Facharztausbildung zehn Jahre in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen zu arbeiten.

Es liegt auf der Hand, dass eine ausgewogene, attraktive Infrastruktur nicht nur für den wirtschaftlichen Erfolg einer Hausarztpraxis einen wesentlichen Faktor darstellt, sondern auch für die Work-Life-Balance. Die Niederlassung eines Hausarztes wiederum stellt einen Standortvorteil für die jeweilige Region dar.

8.) Wie stehen Sie in diesem Zusammenhang zu den Selektivverträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung?

Die grundsätzliche Intention der Selektivverträge nach § 73b SGB V, nämlich die Stärkung der hausärztlichen Versorgung und der Freiberuflichkeit der Hausärzte, wurde durch die rückwirkenden Änderungen der Verträge vom 22.09.2010 unterlaufen. Das, zusammen mit hohen bürokratischen Hürden für teilnahmewillige Patienten und Ärzte, führt dazu, dass diese Versorgungsform oft ungenutzt bleibt. Eine Änderung dieser Situation ließe sich nur über eine Reform der Finanzierung, der Vergütung und eine drastische Erleichterung der bürokratischen Modalitäten für Hausärzte und Patienten erreichen. Die Alternative für Deutschland würde das unterstützen.

9.) Können Sie sich vorstellen, Strukturen im ambulanten Sektor zu fördern, die die ärztliche Selbständigkeit - auch in größeren Praxen in Kombination mit angestellten Kolleg*innen - zum Ziele haben und nicht die Begünstigung von MVZ-Strukturen?

Aufgrund der zunehmenden Zahl ambulant durchgeführter operativer Eingriffe kann die Förderung sogenannter Praxiskliniken (Klinik und Praxis als Einheit) sehr sinnvoll sein. Ohne die gesamte teure Infrastruktur eines Krankenhauses unnötig in Anspruch zu nehmen, erfahren die Patienten in technisch hochwertig ausgerichteten Facharztpraxen eine optimale medizinische Behandlung und Betreuung durch den Arzt ihres Vertrauens. Diese Mini-Kliniken (maximal 72 Stunden stationäre Versorgung) sind eine sinnvolle Ergänzung stationärer Strukturen. Auch tragen sie zur Überwindung der Sektorengrenzen dar.

10.) Wie werden Sie die Krankenhauslandschaft zukunftsfest gestalten?

Zukunftsfeste Gestaltung der Krankenhauslandschaft kann nur mit ausreichend vielen Ärzten gelingen (siehe Frage 1).

Die Herausforderung des demographischen Wandels mit der zu erwartenden Zunahme älterer und multimorbider Patienten muss bewältigt werden.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen, qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung hat sich daher nach dem objektiven Bedarf ausrichten und nicht ausschließlich nach der Kosten-Nutzen-Bilanz.

Krankenhäuser der Grundversorgung müssen in der Fläche durch bedarfsgerechte Investitionskostenförderungen erhalten bleiben, ergänzt durch Praxiskliniken (siehe Frage 9). So können ausreichend Angebotskapazitäten in zumutbarer örtlicher Nähe zum Patienten zur Verfügung gestellt werden.

11.) Haben Sie Ideen, um die Krankenhausfinanzierung zu reformieren? Plädieren Sie für eine Beibehaltung des DRG-Systems?

Wir sehen das 2003 eingeführte DRG-Fallpauschalensystem kritisch, weil die Personalkosten der Krankenhäuser hierin unzulänglich abgebildet und hierdurch die realen Betriebskosten nur unzureichend erstattet würden. Insbesondere die für die Versorgung der Bevölkerung unerlässlichen Krankenhäuser in der Fläche sowie die Universitätsklinika gehören zu den Verlierern dieses Abrechnungssystems, während die Fachkrankenhäuser und die geschickt agierenden Privatkliniken zu den Gewinnern gehören.

Der Ausstieg aus dem DRG-System ist mit der Ausgliederung der Pflege durch das "Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG" eingeleitet worden. Nicht die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip, sondern die Einführung eines Klinik-Individualbudgets sollte die Antwort sein, welches auf Basis verschiedener Kriterien zu erstellen ist:

- das klinische Leistungsgeschehen, zum dem auch der DRG-Casemix herangezogen wird, ohne dass sich daraus jedoch ein Automatismus für die Erstellung eines Budgets ergibt,
- die Prüfungsergebnisse des MDG
- der Bedarf für die Versorgung der Bevölkerung (insbesondere auch an akutmedizinischer Versorgung in Krankenhäusern auf dem Lande),
- die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses.

12.) Wie stehen Sie zum Thema Substitution ärztlicher Leistungen?

Die Substitution ärztlicher Leistungen wird in erster Linie die hausärztliche Versorgung betreffen. Die mögliche Verlagerung der Arzttätigkeit auf nichtärztliches Fachpersonal wird zu einer weiteren Schwächung der hausärztlichen Medizin führen, mit allen Folgen auch im Bereich der Niederlassungsbereitschaft interessierter Ärzte. Aus unserer Sicht ist eine Delegation ärztlicher Leistungen unter der Aufsicht eines Arztes der bessere Weg. Das Pilotprojekt „Telemedizinische Assistenz Rheinland-Pfalz“ weist in die richtige Richtung. Hausärzte zu entlasten ist richtig. Die Zukunft der hausärztlichen Versorgung selbst wird damit aber nicht gesichert; diese kann nur mit einem Mehr an qualitativ hochwertig ausgebildeten Ärzten bewerkstelligt werden.

13.) Wie wichtig ist es Ihnen, den ärztlichen Beruf als Freien Beruf weiter zu stärken?

Freie Arztwahl für die Patienten und die ärztliche Therapiefreiheit sind unverzichtbare Grundbedingungen des ambulanten Gesundheitswesens in Deutschland. Freiberuflichkeit ist Grundlage für ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis, denn sie schützt Patienten davor, dass Dritte (Staat, Investoren, Krankenkassen) in dieses Verhältnis eingreifen. Der ärztliche Beruf muss ein freier Beruf bleiben – unabhängig davon, ob er in selbstständiger oder angestellter Tätigkeit, in Vollzeit oder Teilzeit, stationär oder ambulant, privat- oder vertragsärztlich ausgeübt wird.

14.) Wie stehen Sie zu den ärztlichen Versorgungseinrichtungen? Können Sie sich vorstellen, entweder die berufsständischen Versorgungswerke in die DRZ zu integrieren oder die Beitragsbemessungsgrenze zu erhöhen, sodass jüngere Nachwuchsmitglieder in der DRV statt im Versorgungswerk landen?

Als Öffentlich-Rechtliche Pflichtversorgung in Selbstverwaltung der freiberuflichen selbständigen Mitglieder stellen die Versorgungswerke die Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung sicher und stehen damit selbständig neben anderen Systemen, beispielsweise der Gesetzlichen Rentenversicherung. Die berufsständischen Versorgungswerke erfüllen auch wichtige berufspolitische Aufgaben und sind vom Gedanken der kollektiven Eigenverantwortung geprägt.

Wir sind sowohl gegen eine mögliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze als auch gegen die Integration der berufsständischen Versorgungswerke in die Deutsche Rentenversicherung. Es gibt keine Gründe, dies zu tun. Die höheren Beitragseinnahmen bedeuten ein Momentum und helfen nicht, grundlegende Probleme in der Ausgestaltung der Deutschen Rentenversicherung zu reduzieren.

15.) Was ist nötig, um den Gesundheitsstandort Rheinland-Pfalz zu stärken?

Die Gesundheitswirtschaft ist die beschäftigungsintensivste Branche unserer Volkswirtschaft. Wie andere Wirtschaftszweige auch ist die Gesundheitswirtschaft mit einem zunehmenden Mangel an qualifiziertem Fachpersonal konfrontiert, der sich aufgrund der schrumpfenden Alterskohorten und der verfehlten Bildungspolitik der Landesregierung in den nächsten Jahren ausweiten wird. Dem drohenden Mangel an Ärzten und qualifiziertem Pflegepersonal muss mit einer besseren Bildung, der Ausweitung der Ausbildungsmöglichkeiten, aber auch mit einer besseren Honorierung begegnet werden. Darüber hinaus kommt der raschen Digitalisierung, sowohl was die Infrastruktur, als auch die Angebote im Bereich der Telemedizin angeht, eine hohe praktische Bedeutung zu, um

gerade im ländlichen Bereich eine weiter hochwertige Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Den Markt für Innovationen bei Hard- und Software gilt es politisch durch eine kluge Ordnungspolitik und Deregulierung zu unterstützen. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass der biotechnologischen F&E jetzt und in Zukunft eine zentrale Rolle in der medizinischen Wissenschaft zukommt. Ideologisch geprägte Vorbehalte gegen diese Technologie werden den kommenden Anforderungen an die medizinische Versorgung deshalb in keiner Weise gerecht.

16.) Wie stehen Sie zur Einführung einer Bürgerversicherung im Vergleich zur bisherigen dualen Struktur der Krankenversicherung?

GKV-Versicherte profitieren von einem innovativen medizinischen Fortschritt hauptsächlich aufgrund einer jährlich mehr als zwölf Mrd. Euro hohen Subventionssumme in die GKV durch die PKV. Ein Zusammenlegen beider Systeme würde zu zahlreichen Praxisschließungen führen, da für das Überleben einer Praxis wichtige Privatpatienten wegfielen. Die ärztlichen und medizinischen Leistungen müssten sich zwangsläufig verteuern, was zu steigenden Versicherungsbeiträgen führen würde. Der Anreiz bezüglich Innovationen in neueste Verfahren, Techniken und in den medizinischen Fortschritt wäre nicht mehr gegeben. Es macht daher Sinn, die bisherige duale Struktur der Krankenversicherung zu erhalten.